Accompagnement pluridisciplinaire proposé dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse: le point de vue des patientes à propos d'une série rétrospective de 146 cas

Anne Mangiardi

▶ **To cite this version:**

Anne Mangiardi. Accompagnement pluridisciplinaire proposé dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse: le point de vue des patientes à propos d'une série rétrospective de 146 cas. Sciences du Vivant [q-bio]. 2003. hal-01731860

HAL Id: hal-01731860

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731860

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Double.

UNIVERSITE HENRI POINCARE NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2003 N° 79 164805

SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Anne PIGNON-MANGIARDI

le 19 JUIN 2003

ACCOMPAGNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE PROPOSE DANS LE CADRE DE L'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE : LE POINT DE VUE DES PATIENTES.

A propos d'une série rétrospective de 146 cas.

Examinateurs de la thèse :

M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur de pédopsychiatrie	Président
Mme C. VIDAILHET	Professeur de pédopsychiatrie)	
M. M. SCHWEITZER	Professeur de gynécologie-obstétrique)	
M. A. MITON	Docteur en médecine)	Juges
Mme F. ROMANO-GIRARD	Docteur en médecine)	

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1
D 007 216564 6

UNIVERSITE HENRI POINCARE NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2003 N°

SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Anne PIGNON-MANGIARDI

le 19 JUIN 2003

ACCOMPAGNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE PROPOSE DANS LE CADRE DE L'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE : LE POINT DE VUE DES PATIENTES.

A propos d'une série rétrospective de 146 cas.

Examinateurs de la thèse :

M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur de pédopsychiatrie		Président
Mme C. VIDAILHET	Professeur de pédopsychiatrie	)	
M. M. SCHWEITZER	Professeur de gynécologie-obstétrique	)	
M. A. MITON	Docteur en médecine	)	Juges
Mme F. ROMANO-GIRARD	Docteur en médecine	)	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs	
du 1er Cycle :	**Mme le Docteur Chantal KOHLER**
du 2ème Cycle :	**Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**Mr le Professeur Henry COUDANE**
de la Vie Facultaire :	**Mr le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Professeur Jean-Claude HOEFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT
Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM
Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : ***(Biologie cellulaire)***

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Guy PETIET

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET
Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –
Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT
Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

-

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL
Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET

Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIEWSKI – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)***
Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marie-Nathalie SARDA
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***
Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Damien LOEUILLE

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Michèle BAUMANN

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE
Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ
Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre Maître et président de thèse

Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC
Professeur de Pédopsychiatrie,

Nous vous remercions de nous avoir confié ce sujet de thèse et d'accepter la présidence de ce jury.

Au cours de notre internat nous avons pu apprécier vos qualités professionnelles humaines et éthiques dans les soins apportés aux enfants, aux adolescents et à leurs familles.

Recevez dans cette dédicace notre admiration et notre gratitude.

A notre Maître et Juge,

Madame le Professeur C. VIDAILHET
Professeur de Pédopsychiatrie,

C'est vous, qui, la première, nous avez enseigné la pédopsychiatrie à la Faculté de Médecine de Nancy et nous vous en sommes reconnaissantes.

Nous garderons un excellent souvenir des six mois de stage passés dans votre service, de votre confiance, de votre sympathie.

Nous vous remercions d'accepter de juger notre travail.

Recevez dans cette dédicace l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et juge

Monsieur le Professeur M. SCHWEITZER
Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique

Nous vous remercions d'accepter de juger notre travail.

Nous vous sommes reconnaissantes de votre accueil au sein des unités anténatales de la Maternité Régionale de Nancy.

Nous avons apprécié votre soucis constant de qualité dans l'accueil des patientes, votre intérêt et votre connaissance de la psychopathologie.

Nous espérons que cette thèse répondra à vos attentes.

Nous souhaitons vous témoigner notre profond respect.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur A. MITON

Vous êtes le gynécologue obstétricien référant dans la prise en charge et l'accompagnement des couples vivant une interruption médicale de grossesse. Depuis plusieurs années vous vous préoccupez d'humaniser cet évènement douloureux.

Nous espérons que vous trouverez dans ce travail l'expression de leur satisfaction.

Nous vous remercions d'accepter de juger cette thèse.

Soyez assuré de notre profond respect.

A notre Juge,

Madame le Docteur F. ROMANO-GIRARD,

Nous tenons à vous remercier de votre dynamisme et de votre enthousiasme sans faille.

Vous nous avez fait bénéficier de toutes vos compétences scientifiques pour la rédaction des résultats de cette thèse.

Merci pour votre précieux soutien tout au long de notre travail.

Soyez assurée de toute notre gratitude.

A Madame le Docteur S. ROTHENBURGER,

Au travers de votre activité de psychiatrie de liaison vous intervenez dans la prise en charge des patientes vivant une interruption médicale de grossesse.

Membre à part entière de l'équipe pluridisciplinaire vous participez à la réflexion permanente autour de cet acte.

Nous espérons que ce travail répondra à vos attentes.

A Maman,

Avec toute ma tendresse.

A Papa,

A tous ces moments importants que nous n'avons pas la joie de vivre ensemble.

Où que tu sois j'espère que tu es toujours fier de nous.

A Eric et Pierre,

A notre merveilleuse petite équipe,

Avec tout mon amour.

A Catherine et Philippe,

Avec toute mon affection.

A Louise et Augustine,

A Cyrille,

Aux heures de révisions, de stress et de fous rires passées dans nos cuisines !

A Laurence,

Toi qui m'as transmis ta passion pour la psychiatrie.

A Evelyne,

A notre coopération sans faille tout au long de ces trois années.

A toute ma famille,

A tous mes amis.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE

INTRODUCTION p.20

I. PSYCHOPATHOLOGIE DE L'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE : p.24

1. Les remaniements psychiques au cours de la maternité p.25
2. Le deuil périnatal : p.33
   a. De quelques généralités sur le deuil p.33
   b. Spécificité du deuil périnatal après une I.M.G. p.38

II. L'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE: p.47

1. Historique p.48
2. Lois. Bioéthique p.50
3. Données épidémiologiques p.54
4. Pratiques actuelles : p.57
   a. La prise en charge obstétricale p.57
   b. La prise en charge anesthésique p.63
   c. L'accompagnement du couple dans le post-partum immédiat p.65

III. **METHODOLOGIE DE L'ETUDE** p.71

IV. **RESULTATS :** p.79

1. Données statistiques : p.80
   a. Choix de la population étudiée p.80

b. Données générales concernant les 146 patientes incluses p.82
c. Analyse descriptive des réponses au questionnaire p.83
d. Statistiques comparatives. p.98
2. Analyse de contenu des commentaires libres. p.108

V. DISCUSSION p.116

CONCLUSION p.124

REMERCIEMENTS p.128

BIBLIOGRAPHIE p.130

ANNEXES p.152
Annexes I p.153
Annexes II p.163
Annexes III p.164.

Et je resterai seul
Pleurant toi, moi, mêlés
Toi te pleurant enfant en moi
L'homme futur que tu ne seras pas
Et qui reste sans vie ni joie ...

Poème de Stéphane MALLARME
A la mémoire de son fils Anatole.

INTRODUCTION

Les progrès considérables réalisés dans le domaine du diagnostic anténatal permettent aujourd'hui un dépistage de plus en plus précoce et de plus en plus fiable de malformations sévères au cours de la gestation. Un diagnostic « *de particulière gravité* » autorise alors, dans le respect de la loi, le recours à une interruption médicale de grossesse.

Cependant, malgré la qualité du cadre législatif, éthique et médical, toute interruption médicale de grossesse demeure « *un acte traumatique pour la femme, douloureux pour le couple, pénible pour l'équipe soignante* » (F. MOLENAT).

Au cours de notre travail de psychiatrie de liaison à la Maternité Régionale de NANCY nous avons rencontré et suivi de nombreuses femmes et leur conjoint confrontés à cette situation.

Derrière chaque prise de décision se dissimule un vécu personnel, conjugal et transgénérationnel qui rend vaine et préjudiciable toute tentative de « *standardisation* » de ce geste.

Néanmoins, à l'instar d'autres maternités françaises, l'équipe médicale nancéienne a mis en place depuis quelques années un protocole d'accompagnement pluridisciplinaire précis de prise en charge des interruptions médicales de grossesse (I.M.G.). C'est à partir de données théoriques mais aussi et surtout, de leur expérience quotidienne et de leur cheminement personnel, que ses membres (obstétriciens, anesthésistes, sages-femmes, pédopsychiatres, psychologues) qu'il a été établi.

La qualité de soins apportés à ces femmes, l'attention donnée à leur bébé, sont une préoccupation permanente des professionnels. Cependant, seul un très petit nombre d'entre elles reviendront ensuite en consultation à la Maternité. C'est souvent bien des années plus tard qu'elles évoqueront cet évènement douloureux.
Même s'il semble à présent bien loin le temps où on n'osait pas approcher ces femmes et leur bébé, c'est cette réalité qui a motivé la réalisation de cette thèse.

Dans une première partie, nous nous intéresserons à la psychopathologie de l'interruption médicale de grossesse. Nous étudierons les remaniements psychologiques observés au cours de la maternité et nous traiterons de la particularité du deuil en période périnatale.

Puis, nous aborderons plus spécifiquement l'interruption médicale de grossesse : aspects historiques, cadre législatif et bioéthique, données épidémiologiques et prise en charge actuelle.

Enfin, nous présenterons la méthodologie, les objectifs et les résultats d'une étude entreprise depuis 3 ans à la Maternité Régionale de NANCY.
Cette étude, par le biais d'un questionnaire adressé aux patientes ayant vécu une I.M.G. au cours de la période 1997 à 2000, tente d'évaluer rétrospectivement le

degré de satisfaction mais aussi le ressentir et le retentissement de ce geste pour ces femmes, leur couple, leur famille.

Dans une dernière partie, nous discuterons ces résultats et leurs conséquences possibles sur les pratiques actuelles.

PSYCHOPATHOLOGIE DE L'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE

La maternité est un moment très particulier de la vie d'une femme et de son couple. Outre les transformations physiques, les plus évidentes, cette période transitionnelle, avant la naissance de l'enfant et l'accès à la parentalité, est associée à une activité psychique intense responsable de nombreux remaniements et réajustements psychologiques (102).
Pour mieux comprendre les conséquences psychopathologiques d'une I.M.G et de la perte d'un bébé en période périnatale, il nous semble important de revenir sur ces notions.

1. Les remaniements psychiques au cours de la maternité :

C'est au XIXème siècle, en France, que l'attention se porte pour la première fois sur les troubles spécifiques de la période périnatale : ESQUIROL en 1938 et surtout MARCE qui publie en 1858 *« Le Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices »*(67). Ensuite, ce sont surtout les pays anglo-saxons qui s'intéressent à cette discipline. En France ; il faudra attendre 1961 et les travaux de RACAMIER et al. (83) pour voir apparaître les premières études concernant la psychiatrie périnatale (52).

Pour comprendre la psychologie de la maternité, il est nécessaire de revenir au désir même d'enfant. Actuellement ce désir est le plus souvent conscient, réfléchi voire même programmé. Pourtant *« il est toujours infiltré de significations inconscientes qui viendront faire retour dans cet étranger-familier : l'enfant »* (25).
Dans d'autres cas *« le projet conscient est complètement débordé , inexistant : la venue d'un enfant traduit à l'état pur la mise à jour, la mise en corps, de désirs inconscients »* (25).

Henri MATISSE

Le Rêve

Le désir d'enfant est à la fois banal et complexe par les mécanismes conscients et inconscients mis en jeu, par les remaniements d'ordre œdipiens et narcissiques qu'il opère.

FREUD parle du désir infantile de la petite fille d'obtenir du père l'organe masculin, désir relayé à l'âge de la maternité par celui d'avoir un enfant, l'enfant devenant *« ersatz »* du désir du pénis. Désir qui, après la naissance, tend à se refouler (43).

Pour BYDLOWSKI, l'inceste n'est qu'un versant du désir d'enfant. Selon elle, des signifiants repérables au cours de la grossesse viennent traduire l'émergence du désir inconscient et son inscription dans le corps de l'enfant, sur un registre non œdipien. L'œdipe n'est qu'un versant de la maternité qui s'inscrit aussi sur le versant du même sexe. *« En enfantant, une femme rencontre et touche sa propre mère, elle la devient, la prolonge, en se différenciant d'elle ».* Cette continuité ne peut s'inscrire dans la haine. *« Enfanter c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi ».* La femme s'identifie à sa propre mère, c'est ce que BYDLOWSKI appelle, *« l'ombre de la mère ».* Il se produit alors *« un phénomène d'idéalisation qui s'appuie sur le fantasme d'un double narcissique et de la filiation par partition d'une autre soi-même ».*
En accédant à la maternité la femme vient *« régler sa dette envers sa mère ».* La grossesse résulte donc d'une identification archaïque (27).

A travers l'enfant, nous dit SIBONY, une femme s'explique avec l'*« Autre-femme »* (souvent sa mère, mais pas toujours) ; et ce dès la conception de l'enfant, lors de l'accouchement, de l'éducation, puis à son départ, si départ il y a...(90).
Pour STOLERU et coll., *« l'étude de la vie psychique de la femme enceinte permet d'analyser son articulation avec le mode de fonctionnement mental tel*

qu'il s'est élaboré à travers les conflits infantiles et notamment les vicissitudes de l'organisation du conflit œdipien *»* (95).

Durant la grossesse, l'économie libidinale de la femme s'infléchit progressivement dans le sens narcissique, ses investissements se concentrent sur le fœtus *: « la grossesse est une phase où la femme a tendance à s'aimer plus fortement et où elle aime indistinctement l'enfant qu'elle porte et son corps qui le porte ».* Ce régime narcissique et fusionnel est interrompu par la naissance que RACAMIER associe à une rupture, un traumatisme autant pour la mère que pour l'enfant (83).

WINNICOTT, lui aussi, a décrit et observé un état psychique anormal au cours de la grossesse. C'est ce qu'il appelle *« la préoccupation maternelle primaire »* qu'il définit comme un *« état organisé (qui serait une maladie, n'était la grossesse) qui pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus ».* Il précise que cet état *« se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin ; qu'il dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant ; que les mères ne s'en souviennent que difficilement lorsqu'elles en sont remises, et j'irai même jusqu'à prétendre qu'elles ont tendance à en refouler le souvenir ».* Il ajoute enfin *« je ne pense pas qu'il soit possible de comprendre l'attitude de la mère au début de la vie du nourrisson si l'on n'admet pas qu'il faut qu'elle soit capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité, presque une maladie, pour s'en remettre ensuite »* (108).
Dans la continuité des travaux de RACAMIER et de WINNICOTT, BYDLOWSKI, à partir de son expérience d'analyste à l'écoute des femmes enceintes, a décrit l'apparition de cette crise maturative et son expression dans le

discours des patientes et dans leur fonctionnement psychique. Cet état est particulier à la grossesse. Il se caractérise par *« un état de susceptibilité ou de transparence psychique où les fragments de l'inconscient viennent à la conscience »* (26). Il s'agit d'un moment de crise, de conflictualité exagérée, d'une crise maturative qui mobilise de l'énergie. Cette transparence se caractérise par une grande perméabilité aux représentations inconscientes et par une certaine levée du refoulement. Pour ces femmes, la corrélation entre la situation actuelle, la grossesse et les souvenirs infantiles paraît aller de soi, sans résistance. BYDLOWSKI suggère : *« cette authenticité particulière de la vie psychique est perceptible dès les premières semaines de la gestation. L'état de conscience paraît modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient comme au préconscient est abaissé. Ainsi, d'anciennes réminiscences et des fantasmes régressifs affluent-ils à la conscience sans rencontrer la barrière du refoulement... En cas de grossesse, tout se passe comme si la femme était à priori dans une situation d'appel à l'aide psychique, d'appel à un référent extérieur à sa famille, comme à l'adolescence »* (26).

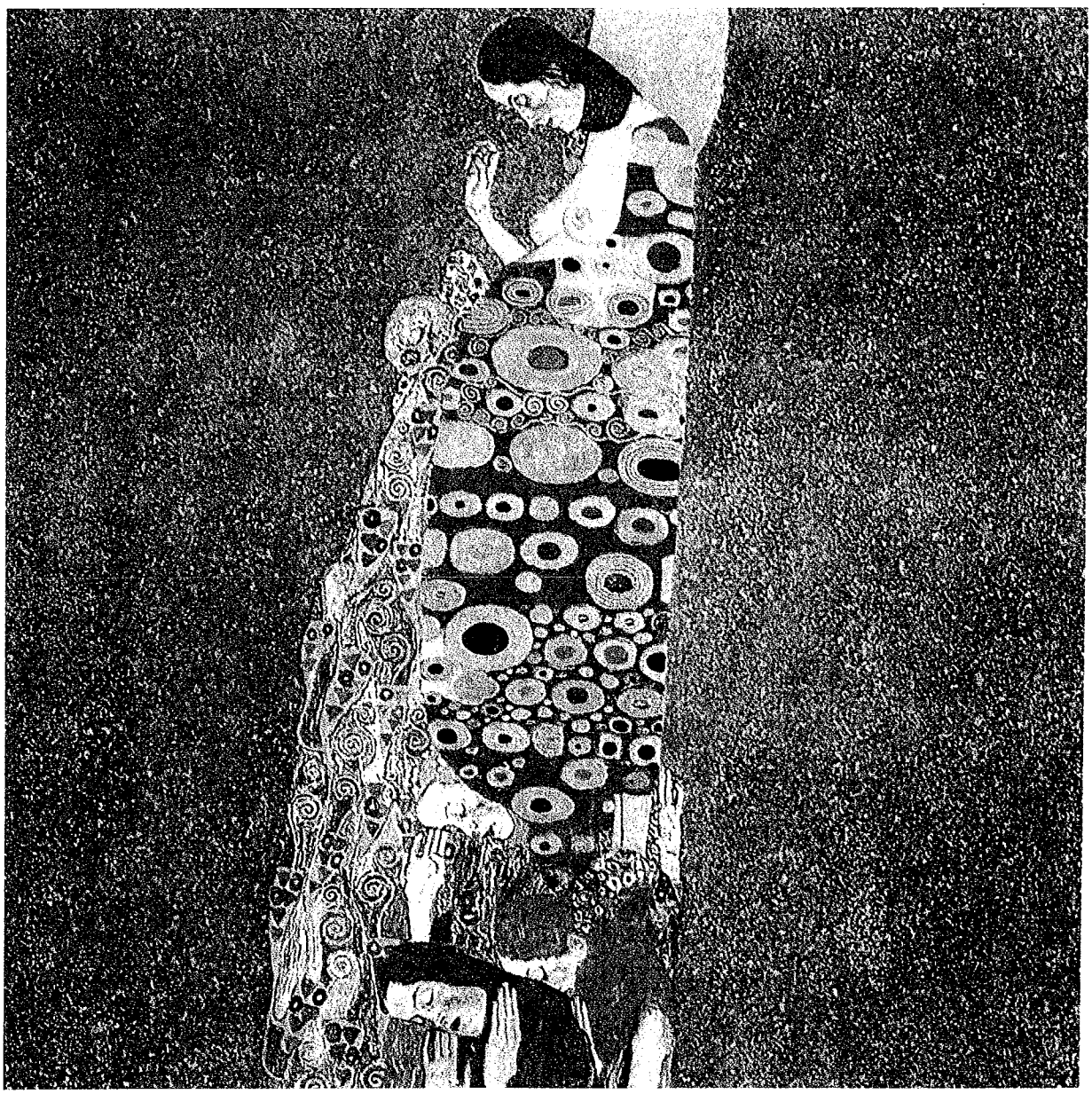
Cette levée de refoulement est secondaire à l'hyper investissement psychique de la femme pour cet enfant à venir, *« investissement narcissique qui vise un objet non figuré, secret, indistinct d'elle-même qui envahit le psychisme de la future mère avec une intensité telle qu'aucune réalité, pas même celle du corps de l'enfant, ne viendra limiter jusqu'au jour de la naissance ».* Ainsi, le fœtus en tant qu'objet extériorisable par l'échographie, par le discours social, n'existe pas pour celle qui le porte. Pour BYDLOWSKI, cette érotisation psychique de cet objet nouveau a pour corollaire la désérotisation du reste de la vie fantasmatique d'où cette certaine perméabilité à l'inconscient (24).

GAUTHIER écrit : *« il semble bien que l'accès à ce matériel refoulé libère les émotions attachées à ces souvenirs et permet à la future mère de consacrer toutes ses énergies à l'enfant après la naissance...Il s'agit d'un mécanisme sain,*

conduisant la jeune mère à réaménager un équilibre ancien pour être prête à ses nouvelles tâches » (48).

SOULE fait les mêmes constatations lorsqu'il écrit *« le fœtus n'est pas investi immédiatement. Pendant les premiers mois, la femme enceinte ressent le plaisir narcissique d'avoir acquis le pouvoir dont disposait sa mère de faire des enfants »* (96).
Ceci explique en partie que les représentations de l'enfant à venir soient en général si peu présentes. C'est l'enfant d'autrefois, à l'intérieur de la mère qui prend toute sa place. C'est essentiellement en début de grossesse, la représentation d'être enceinte qui prévaut. C'est *« le silence sur l'enfant »*. Au contraire, lors de grossesse survenant après une mort périnatale, l'intensité du discours maternel sur l'enfant est alors à la mesure de son hypervigilance, de son anxiété : *« quand tout va bien, rien ne se dit »* (24).

FREUD met en relief la position des parents dans la constitution du narcissisme primaire : « *l'amour des parents envers leur enfant, c'est le narcissisme qui vient de renaître* » (44). Il se produit une « *reviviscence* », une « *reproduction* », du narcissisme des parents qui attribuent à leur enfant toutes les perfections, projettent sur lui tous les rêves auxquels ils ont du eux-mêmes renoncer. « Sa Majesté le Bébé » accomplira « les rêves de désir que les parents n'ont pas mis à exécution », assurant ainsi l'immortalité de leur moi. Le narcissisme primaire représente en quelque sorte un espace de toute puissance qui se crée dans la rencontre entre le narcissisme naissant de l'enfant et le narcissisme renaissant de ses parents. Dans cet espace viendraient s'inscrire les images et les paroles des parents tels les vœux que prononcent les bonnes et les mauvaises fées au-dessus du berceau de l'enfant (63).



Gustave KLIMT

Espoir II

Selon SOULE, la petite fille aménage le fantasme principal que constitue le désir d'enfant après la période de conflit œdipien. Le désir d'enfant participe à l'organisation narcissique avec la possibilité de s'identifier au pouvoir parental. Cet enfant imaginaire subira ensuite des aménagements tout au long de la vie (95).

Pour BYDLOWSKI, l'enfant imaginaire avant même tout début de réalisation, est celui que toute femme enceinte vient un jour à désirer. *« Il est l'enfant manquant à l'appel de celles qui par d'assez nombreuses maternités ont comblé leur désir de procréation mais non leur désir d'enfant. Il est l'enfant suivant dont rêve presque toute accouchée devant son nouveau-né vivant. Il est l'enfant supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuils, solitude, destin, sentiment de perte. Le désir d'enfant peut être entendu comme le lieu de passage absolu. »* (25).

L'enfant qui se développe dans le corps au cours de la gestation reste d'ordre imaginaire. Il n'est pas réel, il reste irreprésentable jusqu'au jour de la naissance. Mais *« dans le corps de sa mère, l'enfant est source de représentations psychiques, de rêves nocturnes où il diffère complètement de sa réalité biologique »* (25).

STOLERU et coll., ont montré comment les *« scénarios maternels »* exprimés pendant la grossesse organisent les interactions ultérieures et se décomposent en *« désir de grossesse et désir de maternité »* (101).

Ce même phénomène a été décrit par PERARD-CUPA D., VALDES L., ABADIE I. et al. Ils définissent le désir de grossesse comme le désir de quelque chose d'un partenaire œdipien et le désir de maternité comme le désir d'être mère (80).

Après avoir perçu le fœtus comme partie intégrante d'elle-même, la future mère l'imagine progressivement comme un individu séparé, après la perception des

premiers mouvements actifs. Les rêves concernant l'enfant à venir se matérialisant alors par le début du comportement maternel : préparation de la layette, de la chambre du bébé... (85)
L'état attractif du bébé à sa naissance, par ses compétences, sa vitalité, sa conformité, ses ressemblances viendront dans le meilleur des cas rapidement démentir les fantasmes maternels, la « *guérir* » de ses angoisses et lui faire accepter ce bébé tel qu'il est, sans nostalgie pour le bébé imaginaire (89).

La maternité est donc une période extrêmement particulière dans la vie d'une femme, riche en émotions tant conscientes qu'inconscientes. Quand la grossesse survient, tout est joie, espoirs, projets... Mais qu'en est-il après l'annonce d'un diagnostic anténatal de malformations sévères, de pathologies létales ou incurables ?

2. Le deuil périnatal :

a. De quelques généralités sur le deuil :

Le deuil est, écrit FREUD, « *la réaction à la perte d'un être aimé ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal*...(45).
Il s'agit de l'ensemble des réactions émotionnelles, somatiques, comportementales qui apparaît après la perte d'un objet d'amour. Ceci définit l'*état* de deuil (1).

Mélanie KLEIN développe un modèle fondamental avec l'idée que tout deuil est la reviviscence d'un deuil originel, celui de la première séparation de l'enfant et de sa mère. Cette séparation correspond à la reconnaissance du fait que la mère est « *un individu qui mène une vie propre et a des rapports avec d'autres*

personnes ». Contemporaine de la reconnaissance de la mère comme un objet total, c'est à dire susceptible de donner le bon comme le moins bon, la possibilité de voir s'éloigner sa mère sans se sentir abandonner va permettre à l'enfant d'explorer son univers extérieur, mais surtout son univers psychique. La tristesse suit la désillusion ressentie à l'égard de cette mère non entièrement dévolue à son enfant. Cette phase appelée *« position dépressive »* par Mélanie KLEIN est indispensable. Elle permet la maturation de l'enfant et constitue le prototype de ses réactions ultérieures à la perte (56).

Dans son ouvrage « Attachement et perte », BOWLBY évoque 4 phases de l'état de deuil (19):

- la phase d'engourdissement : la sidération, l'état de choc :

  La sidération mentale accompagne l'arrêt de toutes les fonctions psychiques. Les sensations de flottement, voire de dissociation, ne sont pas rares, elles constituent des défenses mentales très puissantes dans un premier temps. Les vertiges, nausées, irrégularités du rythme cardiaque sont symptomatiques d'une crise d'angoisse aiguë, parfois véritable attaque de panique. Une sorte d'engourdissement mental et physique entrave les sensations et les perceptions du sujet qui devient imperméable à l'environnement (6).

- La phase de languissement (*yearning*) et de recherche *(searching)* est marquée par la nostalgie et la recherche du disparu avec des bouffées de colère, une irritabilité, des accès de sanglots, la peur, la culpabilité.

- La phase de la désorganisation et du désespoir.

- La phase de plus ou moins grande réorganisation qui permet de nouveaux attachements, rêves, projets, mais qui est à l'origine de la peur d'une nouvelle perte.

Le « *travail* » de deuil , lui, renvoie à un processus dynamique et non à un état. C'est FREUD, lors d'une étude comparée du deuil et de la mélancolie, qui a décrit les mouvements psychiques et l'élaboration nécessaire à sa réalisation (45). Bien plus qu'un événement, le deuil est un affect, un vécu, un processus. Il est représenté par une réalité et consiste à percevoir que l'objet d'amour n'existe plus, c'est *« une réaction extraordinairement douloureuse qui nécessite un travail psychique intense ».* Dans le deuil s'opère un travail de désinvestissement progressif de l'objet par l'évocation des souvenirs, des espoirs par lesquels la libido était liée à l'objet. Ainsi, les représentations mentales liées à l'objet doivent être également désinvesties. *« Après l'achèvement du travail de deuil, le moi redevient libre et non-inhibé »* (45).

Le deuil se définit donc comme une élaboration psychique qui s'opère à partir de certaines traces qu'a laissé la mort et que l'endeuillé reprend et rejette.

BACQUET et HANUS distinguent 3 phases dans le travail de deuil : la recherche de l'objet perdu, l'identification au mort et le détachement. Ils soulignent de même, que ce processus est non seulement nécessaire mais obligatoire, il doit s'effectuer un jour ou l'autre, d'une manière ou d'une autre, et s'il reste bloqué, des troubles apparaissent et persistent ; d'autre part, ils précisent qu'il se fait dans la peine et la souffrance, avec du temps, déterminant l'apparition d'un véritable état dépressif (6-8).

Ces étapes constituent un véritable périple intérieur qui aboutit à l'acceptation de la réalité de la mort de l'autre, mais aussi parfois à un authentique parcours personnel sur les pas de la maturation. Cette maturation est celle de l'acceptation de sa propre mort, non pas en terme de représentation, impossible au niveau de l'inconscient, mais en terme de compréhension. Accepter sa propre mort est foncièrement ambivalent, c'est pourquoi le processus du travail de deuil va constamment osciller entre régression, refus, culpabilité, acceptation, réactivation. Ces étapes suivent souvent un ordre déterminé, mais, chez certaines personnes, elles sont concomitantes et parfois inversées. Le résultat final est pourtant bien celui-ci : l'intériorisation du défunt par le sujet (7-46-77).

Au total, le deuil « normal » se vit dans la dépression, habituellement sans baisse de l'estime de soi. En revanche dès que le deuil se complique, la dépression devient pathologique, en relation avec les mécanismes de défense de la personnalité mis en place avant la perte (7).

DAVID explique que le deuil peut être bloqué dès sa première phase de choc, il est appelé *deuil pathologique*, le sujet reste dans l'hésitation d'acceptation ou de refus de la réalité de la perte. Il s'engage alors dans l'illusion qui confine au délire de la non mort de l'être perdu.
Le deuil peut être bloqué à sa deuxième phase de dépression ; il est dit alors *deuil compliqué*. Certaines raisons comme une grande culpabilité à l'égard du mort peuvent rendre cette dépression interminable (38).

Enfin, ABRAHAM et TOROK évoquent le problème des deuils qui sont d'emblée impossibles. C'est une variété de clivage du moi imperméable, complètement cadenassée, qui va pouvoir compromettre toute une vie. C'est ce qu'ils désignent par le concept de *crypte au sein du Moi,* l'image de la crypte

ayant été choisie parce que les patients eux-mêmes parlaient facilement de crypte, de caveau, de cimetière et d'enterrement.

Elle résulte de la perte d'un objet narcissiquement indispensable, dans le cas où sa perte ne peut même pas s'avouer en tant que perte à cause d'un secret partagé antérieurement entre cet objet et le patient. Dans ces cas , même le refus du deuil ne peut être dit. La perte fait l'objet d'un déni radical et on a un sentiment de lacune dans le discours du patient et dans sa conception de la réalité. Les mots qui n'ont pu être dits, les scènes qui n'ont pu être remémorées, les larmes qui n'ont pu être versées sont « mis en conserve » dans la zone clivée du Moi. Dans la *crypte au sein du Moi*, la personne perdue repose « vivante », reconstituée à partir des mots, d'images, d'affects, avec sa propre topique telle que le sujet a pu se la représenter, accompagnée du sujet enfant (voire adolescent ou adulte immature) telle qu'il se représentait lui-même dans les moments traumatiques de leur relation.

La *crypte* entraîne un monde fantasmatique particulier qui mène à une vie séparée et occulte ; ce sont des fantasmes d'incorporation qui se manifestent cliniquement dans les périodes de décompensation des patients.

La mise en oeuvre des fantasmes d'incorporation est une *magie occulte* pour récupérer l'objet-plaisir perdu et prohibé en l'installant à l'intérieur de soi en compensation du plaisir perdu et de l'introjection manquée. Elle peut opérer sur le mode de la représentation, de l'affect, de quelque état du corps ou du comportement ou en utilisant deux, trois ou quatre modes simultanément (1-2-3-4).

A la lecture de leurs travaux, l'existence face à la perte de défenses maniaques, obsessionnelles ou hystériques, de manifestations phobiques, voire de troubles psychotiques peuvent être ainsi mieux compris.

b. Spécificité du deuil périnatal après une I.M.G :

La perte brutale et inattendue d'un bébé réalise une véritable fracture psychique dans le processus de parentalisation. Naissance et mort, joie et douleur se confrontent. Si cette perte surgit pendant la grossesse, elle devient une crise dans une crise qui entraîne une importante désorganisation maternelle (16).

La perte périnatale est une forme unique de deuil, découlant de la séparation incomplète de la mère et de l'enfant, et entraînant un sentiment de perte d'une partie de soi accompagné d'un engagement intense dans une relation fantasmatique avec l'enfant à naître. Cette mort est différente d'autres morts en ce que les parents affectés n'ont pas eu l'opportunité, par le biais d'interactions, d'identifier et de reconnaître leur bébé comme une personne spécifique et réelle dont ils peuvent porter le deuil (62).

Lorsqu'un parent perd un enfant in utero, il perd quelqu'un qui n'a pas vécu. Comment faire le deuil de ce qui n'a pas eu lieu, le deuil d'*on ne sait quoi et presque rien* ? (94) Cette dimension, à l'occasion de la mort d'un fœtus ou d'un nourrisson, du non-accomplissement d'une vie, ce thème de la perte, non pas d'un passé commun, mais surtout de ce que potentiellement l'enfant aurait pu donner s'il avait vécu, est caractéristique de la souffrance des parents entendus au cours des consultations après un décès périnatal (76).

Envisagé tout d'abord comme le non-accomplissement d'un rêve, on s'accorde actuellement pour penser que le deuil périnatal est un processus plus difficile que celui causé par la mort d'un adulte aimé. Il est compliqué par la perte d'une partie du moi, comparable à la perte d'un membre par amputation ou d'une fonction comme la locomotion en cas de paraplégie (85).

Une part spéciale du deuil périnatal demeure le travail de reconnaissance non seulement de la perte elle-même, mais aussi de l'objet perdu. En effet, la relation avec l'objet d'amour demeure pour une part encore imaginaire. L'expérience du lien est avant-tout celle de la grossesse elle-même. La perte sera souvent exprimée sous la forme d'un sentiment de vide, d'un corps creux duquel on a retiré l'enfant, d'une profonde incomplétude. Fréquemment des illusions, parfois des hallucinations, se font jour, les mères ayant l'impression de ressentir encore le bébé à l'intérieur de leur ventre, voire de percevoir ses mouvements. Pour d'autres femmes, au contraire, est vécue l'impression douloureuse de béance, d'un vidage du corps, d'un enfant disparu sans représentation de naissance (36).

Les sentiments causés par la perte du bébé mort sont ceux décrits dans le chapitre consacré à la théorie du deuil en général : choc, déni, chagrin, colère, culpabilité, anxiété, dépression. L'absence de corps à pleurer rend la perte irréelle et fige l'évolution du deuil. Les sentiments causés par l'impression de la perte d'une partie de soi-même sont de nature différente : sensation de vide, perte de confiance en soi, impression de déchéance (85).

Lorsque la grossesse survient, tout est projet, espoir. L'enfant se profile à l'horizon. Cette heureuse attente d'un enfant se transforme en drame si l'annonce d'une anomalie, d'un handicap ou la mort sont au rendez-vous (41).

Pour LEGROS, il y a indubitablement une spécificité du deuil périnatal dans laquelle il faut distinguer les différentes conditions de ce deuil parfois considéré comme équivalent alors qu'il résulte d'une mort in utero, d'une fausse-couche tardive ou d'une interruption médicale de grossesse (59).

Dans un soucis de concision nous ne développerons ici que la notion de deuil après une interruption médicale de grossesse.

L'I.M.G. c'est un geste actif qui fait suite à une décision mûrie qu'il faudra poser pour qu'une vie cesse. Le fantasme d'une mort passive est le premier déni de ce geste essentiel. Ce qui fonde la différence, c'est justement ce geste actif qui distingue très profondément mort in utero par exemple et I.M.G.

Quelle que soit la gravité et la curabilité de l'atteinte fœtale, quel que soit le terme auquel elle se situe, l'annonce de l'anomalie provoque toujours choc et incrédulité, suivis rapidement d'un mouvement de confusion, de sentiment d'impuissance et de grande anxiété. C'est « le *coup de tonnerre dans un ciel serein* » qui vient brutalement anéantir tous leurs espoirs (11). S'instaure alors une crise confrontant ce couple, souvent très jeune, à la décision sans doute la plus difficile à laquelle il ait jamais eu à faire face. La non-reconnaissance par les professionnels ou par leur famille de l'acuité de la crise (notamment dans les cas d'anomalies létales) est souvent pour eux source d'angoisse et d'aliénation (15).

Cet enfant, la plus part du temps, au moment du diagnostic, était déjà investi, imaginé, inscrit dans leur histoire comme héritier du patrimoine transgénérationnel. Soudainement il ne correspond plus à cet enfant rêvé et ne rempli plus toutes ces missions.

Après la phase de « *surdité psychique* » (106) initiale où le couple n'entend plus, ou plutôt, ne peut plus entendre les explications médicales, survient souvent rapidement, ce que FREUD appelle le sentiment « *d'inquiétante étrangeté* » qui surgit « *chaque fois que les limites entre imagination et réalité s'effacent ou que ce que nous avions tenu pour fantastique s'offre à nous comme réel* » (47). La pensée des parents est alors assaillie par des images d'enfant mal formé, cassé, incomplet, insatisfaisant, qui viennent raviver l'imaginaire archaïque de l'enfant monstrueux et redouté (9) .

Quelle que soit la profondeur de l'attachement au fœtus, est décrit, souvent dès l'annonce de la malformation, un arrêt de l'élaboration de l'enfant imaginaire, une volonté de « *ne plus penser à rien* », ne plus sentir le bébé bouger et le désir d'un geste « *évacuateur* » le plus rapide possible pour que tout redevienne comme avant la grossesse, comme si rien ne s'était passé.
Lorsque, après réalisation d'examens complémentaires, l'anomalie se révèle finalement mineure, n'autorisant plus le recours légal à une interruption médicale de grossesse, il est alors parfois difficile de restaurer la réalité d'un enfant qui existe malgré cette différence (70).

L'annonce renvoie au couple un *sentiment d'incapacité* à être parents, à poursuivre la chaîne de la filiation . Elle vient détruire l'impression de toute puissance ressentie par la femme au cours de la grossesse, qui éprouve alors un sentiment de défaite dans sa rivalité fantasmatique avec sa propre mère (96).

A l'amour porté à ce bébé succède bientôt la *haine* : haine contre ce fœtus décevant, incompétent, haine contre eux-mêmes incapables d'être parents.
Ce moment si douloureux et si particulier d'une interruption médicale de grossesse est souvent l'occasion de la résurgence de conflits anciens, de deuils non élaborés, de souvenirs d'enfance difficiles.

De nombreuses femmes décrivent leur décision comme une décision meurtrière et évoquent une culpabilité profonde suivant cette I.M.G., culpabilité d'avoir conçu un enfant imparfait, renforcée de la culpabilité d'avoir décidé de lui donner la mort (15-73-92).

Cette *culpabilité* qui peut se jouer sur plusieurs plans (96) :

- un plan *conscient* : par exemple, elle a fait pratiquer une I.V.G. autrefois et pense en être punie, ou encore, elle a pris un médicament contre-indiqué en début de grossesse .
- une culpabilité *subconsciente* : à l'adolescence, elle avait eu des relations très difficiles avec sa mère, une sexualité un peu désordonnée, des maladies génitales et elle en serait punie ;
- une culpabilité *inconsciente* : par exemple, elle avait nourri une très violente agressivité avec des vœux mortifères à l'intention d'un petit frère puîné. Cette culpabilité ne réapparaît pas spontanément, mais elle agit sourdement.

Evoquant la culpabilité, WHITE-VAN MOURIK distingue la perte de l'estime de soi morale (liée à la décision d'interrompre la grossesse) et la perte d'estime de soi sociale (liée à l'isolement et au silence). Cette question de la honte et de la blessure parentale peut devenir un indice important de dépression qu'on oublie souvent si on se focalise sur la perte d'un enfant (107).

L'I.M.G. ne fait pas seulement mourir l'enfant mais tente de l'annihiler et de le faire disparaître aux yeux de la société toute entière alors que cette pratique devrait être considérée comme de véritables soins palliatifs à fœtus, ou enfant, dans l'accompagnement à une mort donnée.
LEGROS, prenant l'exemple de l'anticipation de la naissance d'enfants porteurs d'un handicap, explique que l'expression souvent entendue de la part du parent est la crainte du regard des autres, cet insupportable de la confrontation entre le soi de l'enfant et l'autre. Dans le deuil consécutif à une I.M.G., c'est l'inverse de cette appréhension. Ici, c'est la crainte de l'absence de ce regard des autres dans le réel, *cet essentiel invisible pour les yeux, cet essentiel de l'enfant que personne d'autre que soi n'aura vu pour le faire vivre.* Nous savons, dit

LEGROS, que l'enfant n'accède à la vie psychique que s'il rencontre le psychisme de l'autre, car c'est cela qui fait exister l'enfant, le regard que le parent pose sur lui. Pour compenser cela, la mère en situation d'expérience traumatisme extrême, se sent dépositaire de la seule mémoire vivante de l'enfant, disparu avant que de naître (59).

Tant que la grossesse persiste et que le fœtus se trouve vivant à l'intérieur du ventre maternel, la prise de conscience de la mort à venir de l'enfant demeure, pour la mère surtout, une spéculation. Habituellement elle ne présente à ce stade que peu de signes de souffrance psychique perceptible. La reconnaissance intellectuelle du fait demeure clivée de la réalisation affective et émotionnelle de la perte. Très peu de temps après l'I.M.G., s'installe une période de tristesse intense, de ruminations anxieuses, de pleurs, de culpabilité, de sentiments hostiles dirigés contre soi ou les autres et parfois de rêves traumatiques. Celle-ci advenue, le travail de deuil peut se mettre en place. La souffrance est généralement brutale et intense (36-37).

Concernant l'apparence du bébé, les malformations les plus anxiogènes sont celles qui touchent la face ou bien renvoient à une représentation du corps de l'enfant ouvert, comme par exemple l'absence de fermeture du tube neural. L'impossibilité de se représenter clos le corps de l'enfant paraît un élément anxiogène majeur. Le rôle de la représentation à la mère est de faire face, par l'expérience, à ces représentations angoissantes. Au mieux l'inhumation, au minimum, un savoir clair sur le devenir du corps, participent aussi à rendre moins douloureux et plus aisé le travail de deuil (36).

La souffrance exprimée après la perte d'un non encore né ou d'un enfant mort à la naissance doit pouvoir se dire. Pourtant, ces douleurs là, sont souvent

négligées par l'entourage, tant l'idée est ancrée que ces morts-là ne sont « pas si graves » (41).

La connaissance relativement récente des réactions de deuil périnatal a permis aux équipes obstétricales de développer des attitudes d'accompagnement pluridisciplinaires qui ont commencé à remplacer la *conspiration du silence* d'autrefois (68-70-86-91).

La plupart des équipes ont mis en places des protocoles techniques rigoureux, *« point d'ancrage à l'élaboration psychique, comme contenant du non représentable de la mort »* (60), « *« véritables balises pour oser aller au devant des parents les plus fermés »* (71).

Ces protocoles, pragmatiques, tentent d'instaurer un lien, notamment à partir de repérages sensoriels, entre cette femme, ce couple et leur enfant. Faire en sorte que cet enfant mort-né ne leur soit pas subtilisé et reste à jamais le leur, qu'ils puissent en parler ultérieurement ensemble et aux autres, qu'ils puissent avec le temps en faire le deuil ; leur épargner sa transformation en « déchet humain » qu'ils auront ensuite tant de mal à rayer de leur histoire, dans la honte et la culpabilité ; ou sa métamorphose en fantôme errant dont ils auraient à craindre la vengeance, ou en victime implorante à laquelle ils devront une dette éternelle qu'ils essayeront de faire vivre, au moins dans leurs fantasmes, en s'abîmant dans un deuil sans fin (42-88-103).

Il faut ici remarquer soulignent MULLIEZ et de PARSEVAL, que c'est l'expérience acquise au contact des patientes qui a convaincu les équipes de procéder ainsi, afin d'éviter nombre de fantasmes sur des enfants monstres ainsi que les regrets des parents de ne pas avoir vu ce bébé que la mère a, elle, « connu » pendant plusieurs mois.

Ainsi, la vision du fœtus mort, en présence de la sage-femme ou du médecin, est la plupart du temps proposée, même conseillée. Les parents dans leur quasi totalité déclarent d'ailleurs ensuite qu'ils l'ont trouvé beau (ou belle) (76).

BIZOUTE nuance toutefois cette opinion et souligne qu'il est important de repérer pour chacun des deux partenaires du couple, si l'I.M.G. prend davantage le sens de la perte d'un enfant à la naissance ou bien celui de l'issue d'une grossesse inaboutie. *« Si le couple considère clairement que cette I.M.G. ne représente pas la mort d'un bébé, mais l'échec d'une grossesse, les incitations répétées à voir le fœtus et à le toucher peuvent être ressenties comme des pressions pour personnaliser un décès qu'ils ne perçoivent pas comme tel et, par conséquent,* comme un non-respect de leur position parentale » (15).

Dans tous les cas, que les parents aient vu ou non leur enfant, il est préconisé par de nombreux auteurs que des clichés photographiques soient réalisés systématiquement et le plus rapidement possible après l'I.M.G. Ils sont consignés avec soins dans le dossier médical de la patiente. Informés, les parents peuvent à tout moment (immédiatement, quelques jours, mois, voire années plus tard), en disposer s'ils le souhaitent (5-23-40-105).

De même on explique aux parents qu'ils peuvent donner un prénom à leur enfant et ils sont informés des droits de déclarations à l'état civil et d'inscription sur le livret de famille. Inscription administrative en premier lieu mais surtout hautement symbolique d'une trace laissée dans leur histoire de couple, de parents, de famille (5-39-40).

Les couples qui le souhaitent peuvent organiser des funérailles à leur frais, faire rapatrier le corps dans leur tombeau familial. Plusieurs maternités organisent la crémation des enfants laissés par les parents et ont pu obtenir des municipalités dont elles dépendent, la création de carrés du souvenir, emplacement précis dans

le cimetière où sont dispersées les cendres (c'est le cas à Lille, Strasbourg, Nancy par exemple) (39-40-88).

Pour BEN SOUSSAN, derrière toute mort non représentée, non figurée, subsiste un équivalent de meurtre. « *Quand on a fait disparaître un corps, n'est-ce pas pour cacher quelques preuves secrètes de notre culpabilité ? N'est-ce pas une façon de nous blanchir d'un acte condamnable que nous venons de réaliser ?* ». Donner au fœtus mort une sépulture préserve de ces fantasmes et de leur violence déstructurante. Cela préserve aussi des fantômes et des revenants et parfois, cela permet à la vie de mieux continuer (12).

ROUSSEAU et FIERENS, dans une étude réalisée auprès de 33 mères, de 1 à 9 ans après la perte d'un enfant en période périnatale montrent que 24.2% de ces femmes présentent un deuil pathologique. Ils mettent en évidence un certain nombre de facteurs qui diminuent le risque relatif d'évolution pathologique, à savoir : le soutien de l'obstétricien, la présentation de l'enfant mort, le soutien du personnel hospitalier. Alors que, des attitudes négatives de l'équipe médicale reprochées par les mères, le vécu d'un autre deuil, la culture étrangère des mères l'augmentent (84).

L'âge gestationnel au moment de la perte périnatale importe peu, ce sont la nature et l'intensité des liens déjà formés qui conditionnent la gravité du deuil qui s'ensuit (85).

De nombreux auteurs soulignent également le risque important de l'établissement de relations pathologiques avec les enfants vivants aînés ou puînés (20-36-84-94).

L'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE

1. Rappels historiques :

L'interruption médicale de grossesse (I.M.G.) est pratiquée depuis l'Antiquité (13-74). Si elle semble rare chez les égyptiens, chez les hébreux, lorsque le fœtus par sa présence met en danger la vie de la mère, il est licite de le considérer comme un agresseur et de réaliser un avortement.
Chez les grecs, HIPPOCRATE (460-377 av. J.C.), interdit dans son serment le recours à de telles pratiques mais décrit dans « Les Maladies des femmes » de nombreux moyens abortifs et contraceptifs. DEMOCRITE (460-370 av. J.-C.) trouve louable de procurer l'avortement aux femmes que l'accouchement à terme doit mettre en danger de mort.

Au IIème siècle après Jésus-Christ, SORANUS d'EPHESE reconnaît l'avortement comme remède. Il donne comme première indication les bassins rétrécis, prévient les médecins des complications à craindre et décrit avec précision des moyens abortifs tels que : les courses en char sur des chemins défectueux, le jeûne, les décoctions purgatives, la saignée, l'irrigation par voie vaginale d'huile chaude. La notion d'interruption médicale de grossesse est née.

Le christianisme, à ses origines, ne s'oppose pas formellement à l'avortement. C'est à partir du IIème siècle après Jésus-Christ que deux courants de pensées vont s'opposer à propos de la date de « *l'animation* » du fœtus. Un premier courant affirme qu'elle est immédiate et que tout avortement est un homicide dès la conception. Un second courant, soutenu par Saint THOMAS D'AQUIN, soutient que l'animation survient secondairement : après 40 jours de grossesse pour les garçons, 80 pour les filles.
C'est sous CHARLES-QUINT, en 1532, que la *Constitutio Criminalis Coralina* fixe cette date au milieu de la grossesse, soit dès que la mère perçoit les mouvements du fœtus.

En 1558, le Pape Sixte Quint condamne de façon formelle l'avortement, quel qu'en soit le terme. La toute puissance de l'église romaine figera les idées sur l'avortement pendant tout le Moyen-Age.

C'est en Angleterre avec COOPER, à la fin du XVIIIème siècle, qu'est proposé l'avortement précoce en cas de bassin rétréci.
Ce n'est qu'en 1827, en France, sous l'influence de Paul DUBOIS, que l'avortement prématuré est admis. En 1851, l'Académie de Médecine admet comme pratique médicale l'interruption de grossesse pour sauver la vie d'une mère, à condition que toutes les précautions soient prises pour que ce geste ne se fasse pas dans la clandestinité. Il est alors demandé aux médecins de recevoir l'accord de plusieurs de leurs confrères pour pratiquer l'avortement médical.
Le 7 juin 1856, la Cour de Cassation publie une ordonnance tolérant l'interruption médicale de grossesse, sous réserve que cette interruption exclue toute complaisance de la part du corps médical. Malgré cela le code Napoléonien, rédigé en 1810 et toujours en vigueur y demeure opposé, contre les médecins. L'article 317 du code pénal condamne sans distinction « *quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement au moyen d'aliments, de drogues, de médicaments, par violence ou d'autres remèdes, est puni de prison* » (54).

Il faut attendre 1939 pour que le code de la famille stipule « *lorsque la sauvegarde de la vie de la mère, gravement menacée, exige soit l'intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devra obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris dans la liste des experts près du Tribunal Civil qui, après discussion et examen attesteront, par écrit, que la vie de la mère peut-être sauvegardée au moyen d'une telle intervention thérapeutique* ».

En 1960, DESHAIES plaide en faveur de l'extension de l'avortement thérapeutique pour des motifs psychiatriques. Il évoque le « *risque de grossesse* » chez les malades mentales. L'incapacité psychique ou sociale de la future mère est avancée et le risque encouru concerne essentiellement l'enfant à venir (35).

Jusqu'en 1975 seule la notion de mise en péril de la vie de la mère est retenue comme indication de recours possible à une IMG. Il faut attendre le 17 janvier 1975 et l'adoption de la loi VEIL, toujours en vigueur actuellement, pour qu'il soit fait référence au fœtus et à l'enfant à naître (29).

La notion d'interruption médicale de grossesse est donc très ancienne. Son développement au travers des siècles est le reflet de l'évolution des progrès scientifiques mais aussi des courants de pensées religieux, philosophiques, éthiques de notre société, courants passés, actuels et à venir (54).

2. Cadre législatif actuel, notion de Bioéthique :

Les progrès de la médecine fœtale ont été spectaculaires au cours des dernières années. Ils ont permis une amélioration du dépistage anténatal de pathologies létales ou incurables avec pour conséquence une augmentation importante du nombre d'interruptions médicales de grossesse d'indication fœtale (93).

L'autorisation de procéder à des interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines de grossesse (lois de 1975, 1979 et 2001) a fait l'objet des paragraphes 12 et 13 de l'article L. 162 du code de la santé publique (CSP) qui constituent les seuls recours pouvant permettre, dans des indications maternelles et fœtales, de justifier la non-application de l'article 317 du code pénal sur l'avortement anciennement dit criminel et toujours applicable (30-31-99).

Article L.162 :

12 CSP : « *L'interruption volontaire de grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme... ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit porteur d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic* (29). »

La loi française est la seule à donner la possibilité d'une interruption de grossesse jusqu'au terme. D'autres législations européennes ont fixé la limite de cette pratique à 22 ou 24 semaines d'aménorrhée.

Selon l'avis du Comité national d'éthique du 13 mai 1985, « *la décision d'interruption de grossesse appartient aux parents dûment informés sur les résultats des examens* ». Deux médecins, dont l'un exerce dans un centre multidisciplinaire, attestent de la validité du motif thérapeutique de l'interruption médicale de grossesse (I.M.G.) (9-32-97).

La décision est prise par la femme seule et ne peut être discutée par un tiers (35-98).

Outre les limites régissant la pratique de cet acte, le texte de loi prévoit depuis 1997 l'instauration de Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (C.P.D.P.) rendant "collégiale" une décision qui jusque là n'était prise que par deux praticiens hospitaliers. La loi définit strictement les conditions de leur agrément, leur fonctionnement et leur mission (21-78-105).

Les C.P.D.P. ont été créés pour favoriser l'accès à l'ensemble des activités de diagnostic prénatal et assurer leur mise en œuvre. Ils constituent un pôle de compétences cliniques et biologiques au service des patients et des praticiens.

Ils donnent des avis et des conseils, en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic aux cliniciens et aux biologistes qui s'adressent à eux lorsqu'ils suspectent une affection de l'embryon ou du fœtus.

Chaque centre pluridisciplinaire est constitué d'une équipe composée :

- de praticiens exerçant une activité dans l'organisme ou l'établissement de santé au sein duquel le centre est crée, dont au moins :
  - un médecin spécialiste qualifié en gynécologie obstétrique
  - un praticien ayant une formation et une expérience en échographie du fœtus
  - un médecin spécialiste qualifié en génétique médicale ou ayant une formation et une expérience dans ce domaine
  - un médecin spécialiste ou compétent qualifié en pédiatrie et ayant une expérience des pathologies néonatales

- des personnes pouvant ne pas avoir d'activité dans l'organisme ou l'établissement de santé, dont au moins :
  - un médecin spécialiste ou compétent qualifié en psychiatrie ou un psychologue,
  - un médecin expérimenté en foeto-pathologie

- des praticiens responsables dans l'organisme ou l'établissement de santé d'analyse de cytogénétique et de biologie .

« Le travail en équipe permet d'éviter les avis divergents qui traumatisent les parents. La communication entre les divers spécialistes de ces centres et entre ceux-ci et le médecin traitant constitue pour les parents un soutien fondamental. Il est indispensable que les parents perçoivent un intérêt et une cohérence entre les membres de l'équipe. Les informations successives sont délivrées par un médecin référent, le plus souvent l'obstétricien, qui est l'interlocuteur privilégié et permanent des parents » (28).

Un coordonnateur est élu au sein du centre, pour une période de deux ans. Il est chargé de veiller à l'organisation des activités du centre conformément au règlement intérieur. Il établit le rapport annuel d'activité prévu par la loi.

Le centre se réunit au moins une fois par semaine :

- il étudie les demandes d'avis en instance. L'avis pluridisciplinaire est alors formulé par écrit et transmis au médecin traitant qui a sollicité le centre, ou à la patiente directement si la demande d'avis ne s'est pas faite par l'intermédiaire d'un médecin.
- Il réunit les résultats des examens complémentaires sollicités antérieurement, et en particulier les résultats d'examens anatomopathologiques, ;lorsqu'une interruption médicale de grossesse a été pratiquée.
- Il enregistre les demandes d'avis en urgence qui se sont produites dans l'intervalle qui le sépare de la réunion précédente et documente alors le dossier de manière complète.

Tous les avis formulés par un membre du centre, que ce soit en urgence ou non, quelle que soit l'issue de la grossesse, sont colligés. Ils sont regroupés, anonymisés et envoyés une fois par an à une commission de bioéthique nationale : la CNMBRDP. –

Pour NISAND, ce décret de loi « *accorde une place importante à la trace écrite de cette activité vis à vis de l'autorité administrative. On ne peut voir là que la volonté de marquer une fois de plus le fait que le fœtus a aussi des droits dans notre société et que l'analyse de la gravité et de l'incurabilité de sa maladie est faite toujours et chaque fois, dans notre pays, avec la compétence requise pour une décision aussi lourde de conséquences* » (78).

3. Données épidémiologiques:

Nous utiliserons, pour illustrer ce paragraphe les données épidémiologiques recueillies par le service du Département d'Information Médicale de la Maternité Régionale de NANCY.
Nous nous intéresserons aux chiffres recueillis au cours de la période 1993 à 2000.

Au cours de cette période 378 I.M.G. ont été réalisées à la Maternité Régionale. On constate une augmentation globale du nombre d'IMG puisque leur nombre a été multiplié par 2.

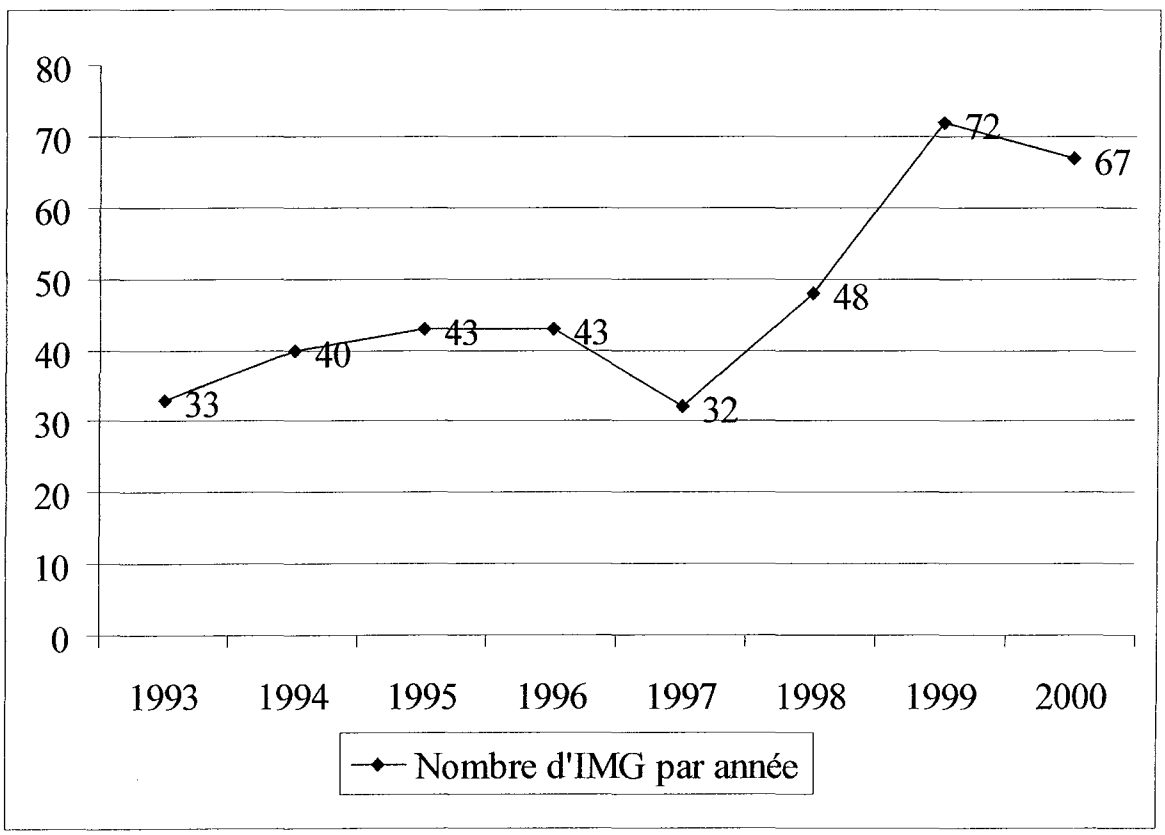


Tableau I : Nombre d'I.M.G.réalisées au cours de la période 1993-2000 à la Maternité Régionale de NANCY.

297 I.M.G.ont été indiquées pour étiologies fœtales. Elles représentent en moyenne 78% de la totalité des I.M.G. Au total 82 causes différentes sont répertoriées.

Parmi les étiologies les plus fréquentes on retiendra :

- Trisomie 21 : 38 cas
- Syndromes polymalformatifs : 34 cas
- Cardiopathies : 18 cas
- Hydrocéphalies : 14 cas
- Trisomie 18 (et malformations associées) : 14 cas
- Syndrome de Turner : 13 cas.

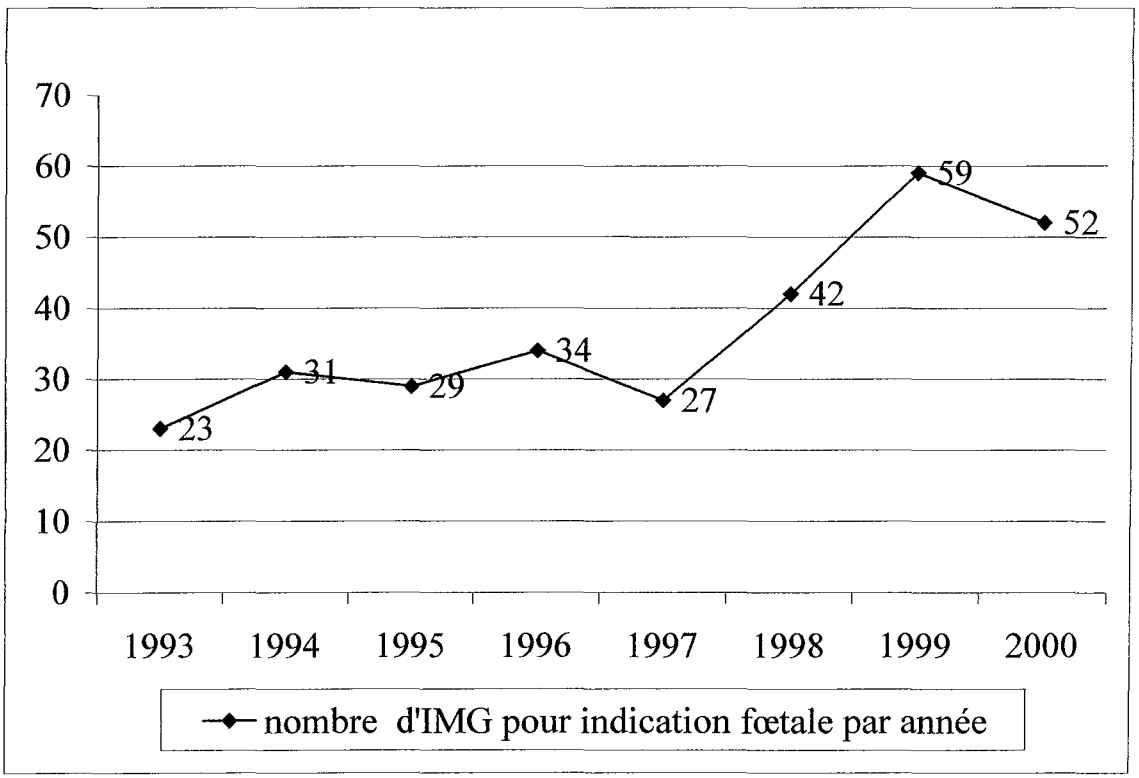


Tableau II : Nombre d'I.M.G. d'indications foetales réalisées au cours de la période 1993-2000 à la Matenité Régionale de NANCY

Le nombre d'I.M.G. pour étiologies maternelles a lui aussi progressé mais d'une façon moins importante que les précédentes. On en totalise 81 (soit 22% du nombre total d'I.M.G.) sur cette même période.

40 étiologies différentes sont répertoriées, on retiendra par ordre de fréquence :

- Ruptures de membranes prolongées avec anamnios : 23 cas
- Tumeurs malignes : 7 cas
- Hémopathies : 6 cas
- Séropositivité H.I.V. : 5 cas
- Troubles psychiatriques majeurs : 4 cas

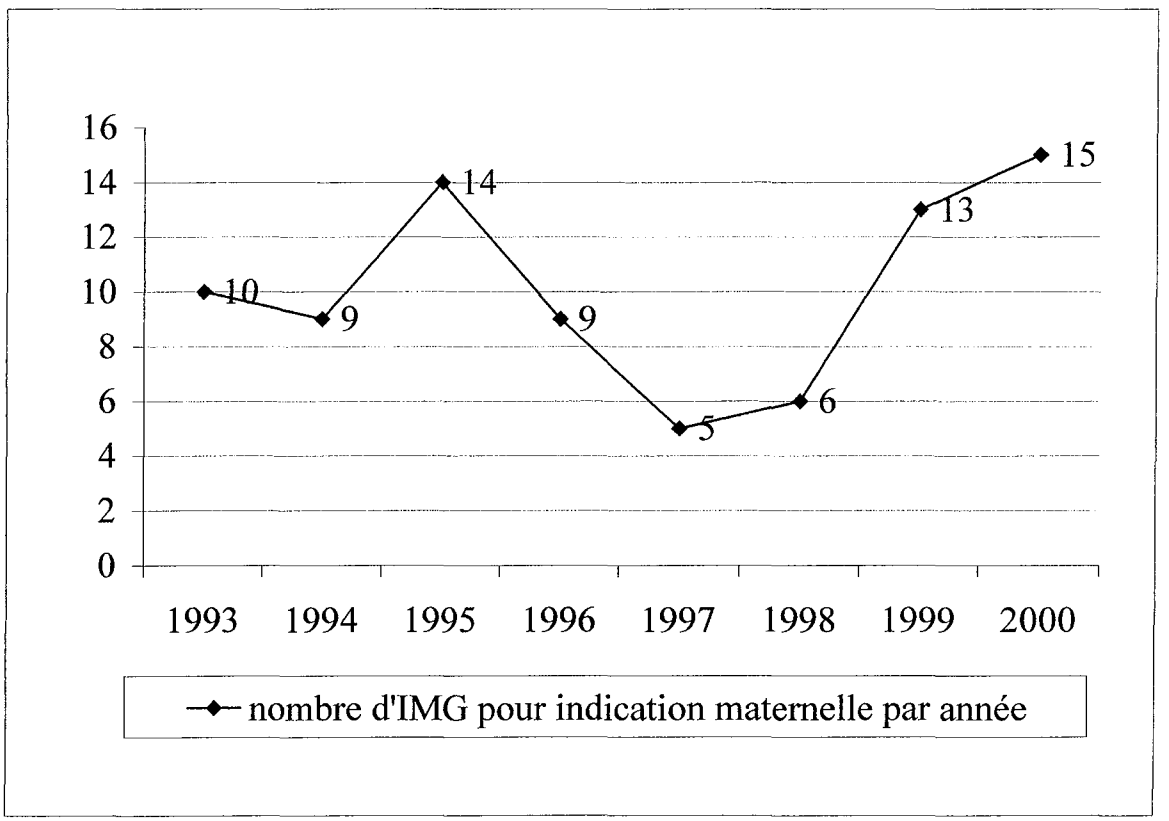


Tableau III : Nombre d'I.M.G. d'indications maternelles réalisées au cours de la période 1993-2000 à la Maternité Régionale de NANCY

Ces données épidémiologiques sont superposables à celles constatées dans d'autres régions (87). Cette augmentation, et notamment en ce qui concerne le nombre d' I.M.G. d'indications fœtales, est liée à l'amélioration des différentes techniques de diagnostic anténatal (techniques de visualisation du fœtus mais aussi des prélèvements biologiques).

4. Pratiques actuelles :

La réalisation et l'accompagnement d'une interruption médicale de grossesse ne sont jamais faciles pour des équipes formées à donner la vie. Que ce soit l'échographiste, le médecin coordinateur, la sage-femme responsable ou l'aide soignante du service, nul ne reste indifférent face à la détresse du couple.

Chacun a conscience *« du traumatisme parental »* (70) même si chaque décision est prise dans le strict respect de la loi. Il peut en découler un sentiment plus ou moins conscient de culpabilité qui fait écho chez les soignants à leur propre histoire, à leurs croyances, à leurs craintes de porter atteinte au sacré (88).

Cet accompagnement nécessite un grand professionnalisme de ces équipes qui doivent être capables de maîtrise technique pour la réalisation du geste médical mais aussi d'humanisme envers le couple.

a) Prise en charge obstétricale :

En raison de la taille du fœtus au $2^{ème}$ et $3^{ème}$ trimestre de grossesse, de l'insensibilité de l'utérus à l'ocytocine et de la rigidité du col à ce terme, la seule technique possible pour interrompre la grossesse et extraire le fœtus a été pendant longtemps l'hystérotomie. Ce geste n'est pas sans conséquences, tant immédiates,

que postopératoires et tardives, liées à une cicatrice utérine corporéale particulièrement fragile.

En 1934, ABUREL propose un déclenchement du travail par instillation intra-amniotique d'une solution de chlorure de sodium à 33p.100. Cette méthode a été largement utilisée ; la quantité utilisée et la concentration ont varié suivant les auteurs ; les complications immédiates et à court terme étaient fréquentes (2 à 20 P.100), marquées essentiellement par des infections et des troubles de la coagulation.

L'apparition des prostaglandines en 1970 a considérablement amélioré la prise en charge de l'interruption médicale de grossesse (64).

- Les prostaglandines :

Les prostaglandines naturelles ne sont plus utilisées actuellement par voie générale en raison de l'importance des effets secondaires (leur action sur les fibres musculaires lisses du tractus digestif et des vaisseaux pouvant provoquer diarrhées, vomissements, hypotension artérielle voire collapsus ou oedème aigu du poumon).

On leur préfère les analogues des prostaglandines qui ont une demi-vie plus longue et une action plus spécifique sur le muscle utérin. Il en existe 2 types :

➢ Les dérivés de la PGE2 : Sulprostone (Nalador®), de moins en moins utilisé en raison du risque cardio-vasculaire.

➢ Les dérivés de la PGE1 : Géméprost (Cervageme®) utilisé par voie vaginale et surtout Misoprostol (Cytotec®). Ce dernier est en réalité un traitement de l'ulcère gastroduodénal, il est utilisé aujourd'hui pour les interruptions volontaires de grossesse en association avec la mifépristone, et de nombreuses équipes le prescrivent pour les interruptions médicales de

grossesse car son utilisation est simple (par voie orale ou vaginale), son efficacité est bonne, démontré par des études randomisées, ses effets secondaires sont minimes, son coût est moindre (14-65-82).

- La Mifépristone (ou R.U. 486 : Mifégyne®) :

C'est une anti-hormone bloquant les récepteurs de la progestérone. Elle a été utilisée au début dans l'interruption volontaire de grossesse, seule, puis associée aux analogues de prostaglandines, puis elle a été proposée pour l'évacuation des morts fœtales in utero et enfin pour faciliter l'I.M.G. (64).

Elle agit en augmentant la contractilité utérine et en sensibilisant le myomètre à l'action des prostaglandines. Elle est administrée 48 à 36 heures avant le déclenchement, à la dose habituelle de 3 comprimés en une prise ; cette prise se fait en présence d'un membre de l'équipe médicale. Tous les auteurs s'accordent pour noter les effets favorables de ce produit administré avant les analogues des prostaglandines (absence d'effets secondaires, diminution des doses de prostaglandines nécessaires au déclenchement du travail, diminution en conséquences des effets secondaires des prostaglandines, raccourcissement du délai d'expulsion) (64-65).

- La dilatation-extraction :

C'est une méthode qui a été décrite pour la première fois en 1972 aux Etats-unis et largement utilisée dans les pays anglo-saxons, elle nécessite une dilatation du col préalable à l'évacuation utérine. Elle peut être utilisée jusqu'à 18-20 SA mais nécessite une certaine expérience (64-65). Elle ne pourra être pratiquée si une étude fœtopathologique est nécessaire.

➢ La dilatation du col :

Les laminaires sont aujourd'hui remplacés par les Dilapan dont l'expansion est plus rapide et régulière ; ils sont posés la veille de

l'intervention, et plus le terme est avancé, plus le nombre nécessaire est grand. Chaque pose est précédée d'une prémédication et d'une analgésie efficaces.

➢ L'évacuation utérine :

Elle consiste à introduire, par l'orifice cervical préalablement dilaté, un instrument appelé « pince à faux germes » ou mieux « forceps Sopher », et à réaliser l'extraction par fragmentation.

- L'hystérotomie :

Seule méthode possible avant les années soixante-dix, elle reste indiquée aujourd'hui en cas de contre-indication aux analogues des prostaglandines ou s'il existe une cicatrice utérine fragile (antécédent d'incision corporéale, suites infectieuses, plus de deux césariennes antérieures).

- Cas particulier de l'interruption du 3ème trimestre :

A cette date deux notions supplémentaires doivent être prises en compte. D'une part, l'utérus, à ce terme est beaucoup plus sensible à l'action des prostaglandines. La demi-vie des analogues, beaucoup plus longue, ne permet pas de moduler les doses en fonction des contractions. Il est donc nécessaire d'utiliser des doses moindres ou, plus simplement d'avoir recours à l'ocytocine, beaucoup plus maniable, notamment après 32-34 semaines.

D'autre part la possibilité d'expulsion d'un fœtus vivant conduit la plupart des équipes à réaliser un geste fœticide préalable, le plus souvent par une injection intracardiaque, sous contrôle échographique de barbituriques, suivie d'une solution de chlorure de potassium. Cette pratique permet *« l'endormissement, l'anesthésie profonde obtenue, l'absence de douleur à tout moment, l'arrêt de la vie pratiqué en douceur, sereinement, avec respect »* (66).

Au final, le choix de la méthode utilisée tiendra compte du terme de la grossesse, de la nécessité ou non d'une étude foetopathologique, des antécédents obstétricaux de la patiente et de l'existence ou non de contre-indications à telle ou telle technique.

LEWIN propose un tableau récapitulatif des choix pour la réalisation de l'I.M.G. (65) :

Tableau IV : PROPOSITION DE CHOIX POUR LA TECHNIQUE D'I.M.G. (19) :

< 15 SA si foetopathologie non indispensable	**15 à 20 SA** si foetopathologie non indispensable	**> 20 SA** et avant si foetopathologie indispensable
Evacuation utérine	Dilatation-extraction	Déclenchement du travail
J1 = Mifégyne 3 comprimés en consultation externe	**J1** = Mifégyne 3 comprimés en consultation externe	**J1** = Mifégyne 3 comprimés en consultation externe
J2 = hospitalisation à 18 heures Pose d'un Dilapan à 20 heures ou 1 Cytotec intravaginal à 22 heures	**J2** = hospitalisation à 15 heures Pose des Dilapans : - 2 à 15 SA - + 1 par SA (3 à 16, 4 à 17...)	**J2** = hospitalisation à 18 heures Pose de 2 à 3 dilapans à 20 heures ou Cytotec intravaginal J3 à 6 heures.
J3 = Bloc – A.G. Evacuation utérine Aspiration Ou « forceps Sopher » petite taille	**J3** = Bloc – A.G. Evacuation utérine sous contrôle échographique	**J3** = pose de péridurale puis / \ < 23 SA : Cytotec per os 2 cp Toutes les 3 heures. >23SA : Foeticide puis / \ < 32- 34 SA : Cytotec per os 2 cp / 3 h. >32-34 SA : Syntocinon IV

b) prise en charge anesthésique :

Le contexte psychologique entourant la réalisation de l'I.M.G. est toujours difficile. Le rôle de l'anesthésiste est d'assurer le plus grand confort possible à la patiente dans le respect de sa sécurité, aussi bien sur le plan physique que psychologique. L'anesthésie loco-régionale reste le moyen le plus efficace d'assurer l'analgésie pour les procédures tardives (104).

La consultation pré-anesthésique qui a lieu plusieurs jours avant l'I.M.G. est un temps privilégié où doit s'instaurer une relation de confiance permettant de rassurer la patiente. Elle est réalisée par un médecin « senior », idéalement il suivra la patiente tout au long des différentes étapes de cet acte.

Outre la recherche habituelle des antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux et d'éventuelles contre-indications à l'anesthésie, il convient d'expliquer le déroulement de l'anesthésie choisie en fonction des différents actes et des différents stades du déclenchement.
Un temps d'entretien suffisamment long permet d'apporter à la patiente une réponse aux inquiétudes exprimées en ce qui concerne la douleur ressentie par elle-même ou son fœtus (64-104).

L'analgésie péridurale est la plus utilisée. Elle représente la technique de choix et doit être proposée très précocement au cours du travail, avant l'apparition de douleurs importantes et sans tenir compte du degré de dilatation cervicale. En effet les contractions peuvent devenir parfois très rapidement douloureuses et l'expulsion survenir très brutalement.
Les produits utilisés sont identiques à ceux employés pour un accouchement standard. En fonction du contexte (geste fœticide, anxiété importante de la

patiente, expulsion difficile...) certaines équipes utilisent, en complément de la péridurale, une sédation intraveineuse par Hypnovel®.

En cas de contre-indication, d'un échec total ou partiel de cette technique, l'utilisation de morphiniques intraveineux par PCA semble la plus efficace et la plus adaptée à ces situations. Des sédatifs y sont toujours associés.
L'anesthésie générale s'impose parfois à l'expulsion, car l'analgésie procurée par les morphiniques intraveineux est largement insuffisante. Dans ce cas, l'intubation trachéale est systématique (10-64-104).

« Cette période de l'expulsion est le moment où l'anesthésiste joue certainement un rôle important dans l'accompagnement psychologique car il est le seul à avoir « les mains libres » contrairement à l'obstétricien et à la sage-femme. Il peut par son attitude compassionnelle, sa perception de la détresse, son attention à ce que vit le couple, ses explications sur les craintes qu'il devine, ses gestes, aider à vivre cet instant redouté » (10).

Des études récentes concernant le pronostic obstétrical après une I.M.G.montrent qu'il n'y a pas de différence significative lors d'une nouvelle grossesse entre des femmes qui ont bénéficié d'une I.M.G. et des femmes sans antécédent d'I.M.G. (terme de l'accouchement, modifications cervicales précoces, hospitalisations pour menace d'accouchement prématuré, prescription de médicaments tocolytiques) (57-61).
LEJEUNE note toutefois qu'il y a eu 3.5% de cerclage chez les femmes ayant eu une I.M.G contre 0 dans le groupe sans antécédent . Il ne précise pas si cette différence est statistiquement significative (61).
LAINE, dans une étude plus récente, retrouve des résultats similaires à ceux de LEJEUNE. Il signale deux facteurs qui pourraient avoir une influence sur la mise en route d'une grossesse ultérieure : le recours à un geste fœticide et la qualité de

l'analgésie. Deux points dont l'analyse justifie selon lui la poursuite de telles études (38).

c) accompagnement du couple dans le post-partum immédiat :

Lorsque cela est possible et souhaité par les parents, l'enfant leur est montré, lavé et recouvert d'un lange après qu'une description leur en ait été faite par le médecin ou la sage-femme.
Cette proposition est systématiquement faite au couple mais n'est jamais imposée, ce, dans le plus grand respect de la volonté des parents.

Des clichés photographiques sont réalisés qui sont remis aux parents s'ils le désirent ou demeurent à leur disposition, sans limite de temps, dans le dossier médical. Il en est de même pour le bracelet de naissance.
Les couples peuvent être réticents voire choqués à l'idée de voir l'enfant, de le tenir dans leurs bras. C'est pour eux l'occasion de démystifier l'image du « *monstre* » qu'ils avaient échafaudée. La plupart d'entre eux sont surpris de le trouver beau, parfois même ressemblant à un membre de la famille.
Ils peuvent alors à nouveau se sentir parents de cet enfant, même mort, l'inscrire dans leur filiation et accompagner son décès. Voir l'anomalie les conforte dans le sentiment d'avoir pris la bonne décision, estompe leur culpabilité. Cela permet d'amorcer le travail de deuil et évite que ne perdure, dans l'esprit des parents, l'image de l'enfant imaginaire, image si préjudiciable pour les grossesses à venir.

Les parents peuvent donner un vêtement ou un petit objet qui était destiné à leur bébé.

Le choix d'un prénom pour leur enfant est aussi une manière pour les couples qui le souhaitent de reconnaître cet enfant dans leur filiation, de lui donner une reconnaissance sociale .

La déclaration à l'état civil est obligatoire dans tous les cas au-delà de 28 semaines d'aménorrhée.

Pour tout enfant né en dessous de 22 semaines d'aménorrhée, la loi ne prévoit pas de possibilité de déclaration.

Pour un enfant né au-delà de 22 semaines d'aménorrhée, un acte d'enfant déclaré sans vie sera établi. L'enfant peut être inscrit à la demande des parents sur le livret de famille si celui-ci existe déjà. Le prénom de l'enfant peut y figurer également. Cette inscription dans le livret de famille aide certains parents à inscrire leur enfant dans leur généalogie.

Tableau V : Récapitulatif de la législation et des droits sociaux en fonction du terme après une I.M.G.

	Avant 22 semaines d'aménorrhée	**Après 22 semaines d'aménorrhée**
Déclaration	Non	Oui
Inscription sur le livret de famille	Non	Possible s'il existe déjà
Frais d'hospitalisation	Variables selon le régime de S.S.	100%
Congés de maternité	Non Arrêt de travail prescrit	Oui
Congés supplémentaires 3ème enfant	Non	Oui
Congés de paternité	Non	Oui
Retraite (prise en compte d'une parité)	Non	Variable selon les régimes
Démarches	*Envoyer le certificat d'accouchement à la Caisse de Sécurité Sociale. *Envoyer un acte d'enfant né sans vie à la Caisse d'Allocations Familiales.	

Dans tous les cas, avant les funérailles, un examen anatomo-pathologique et cytogénétique du fœtus est réalisé. Il est présenté aux parents comme une intervention chirurgicale dans le respect du corps de l'enfant. Il a pour but de confirmer le diagnostic anténatal, de rechercher d'autres anomalies associées passées inaperçues préparant ainsi la prise en charge d'une grossesse ultérieure éventuelle (instauration d'un traitement médical préventif par exemple dès le début de la grossesse suivante). Les résultats de cet examen sont communiqués aux parents au cours d'une consultation post-abortum, 2 à 3 mois en moyenne après l'intervention (18).

Selon leur cheminement et leurs convictions religieuses, les parents pourront choisir de faire don du corps de leur enfant qui sera alors incinéré ou d'organiser des funérailles à leurs frais.
Lorsqu'ils choisissent de ne pas reprendre le corps de l'enfant, une crémation est organisée au crématorium de Nancy et les cendres dispersées dans un endroit bien précis, le jardin du souvenir, au cimetière du sud de Nancy.
S'ils le souhaitent, les parents peuvent être informés de la date de crémation et de dispersion des cendres afin d'y assister.

Enfin, un entretien avec un pédopsychiatre ou un psychologue travaillant au sein de l'équipe pluridisciplinaire est systématiquement proposé à la patiente ainsi qu'au père du bébé lors de l'hospitalisation.
Il permet aux couples de livrer leurs émotions, plus ou moins violentes, d'aborder leur culpabilité qui peut s'exprimer par *de l'angoisse, des pleurs ou de l'agressivité, des réactions de caractère, un mutisme ou un évitement du contact, des troubles du sommeil, des cauchemars, des sentiments dépressifs* (92). Au cours de cet entretien psychologique, le thérapeute tente de les aider à repérer dans leur histoire récente un autre drame qui n'a pas été pris en considération et auquel l'I.M.G. vient faire écho. C'est l'occasion de replacer, d'inscrire l'événement

actuel dans leur histoire individuelle, conjugale et familiale (88-94).

MOLENAT et TOUBIN, comme la plupart des pédopsychiatres travaillant en maternité, ne sont pas favorables à des interventions psychologiques systématiques auprès de tous les couples. Cependant elles ont défini, avec l'aide des parents, des *« indices de vulnérabilité particulière »* qui doivent alerter les membres de l'équipes soignante : *réveil d'un passé douloureux, refus de la patiente de participer activement au processus d'expulsion, absence de communication au sein du couple, culpabilité débordante, impossibilité de parler à un enfant aîné de ce qui se passe, envahissement par un entourage angoissé, obsèques organisées en dehors des parents* (71).

Du fait de la brièveté de l'hospitalisation, seuls 2 à 3 entretiens peuvent le plus souvent être organisés pendant ce laps de temps. Dans ces conditions si particulières, le psychiatre doit veiller à ne pas aller trop loin dans la recherche des confidences et à ne pas laisser ensuite les couples sans aide complémentaire. De plus, il est très rare qu'après la sortie ils reviennent en consultation à la maternité, lieu de tant de souffrances. SOULE écrit, en sortant : *« ils jettent le psychiatre avec le fœtus »* (96). Devant cet état de faits, il est préférable de préparer la sortie et de leur fournir les coordonnées d'un psychiatre proche de chez eux et qui ne sera pas *« compromis »* dans l'évènement qu'ils viennent de vivre.

Ce protocole est régulièrement modifié, témoin du souci permanent de l'équipe soignante d'apporter une qualité de soins la meilleure possible. Ainsi, depuis 2002, une fiche de liaison entre les soignants est complétée par chaque intervenant et jointe au dossier de soins. Elle permet à chacun d'être au fait de ce qui a déjà été dit pour éviter les répétitions souvent ressenties comme agressives par le couple. De même, depuis le début de l'année, un livret d'information résumant les

différentes étapes de l'I.M.G. est remis à chaque patiente à son entrée dans le service.

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Les progrès considérables de la médecine fœtale au cours des dernières années permettent une amélioration du dépistage anténatal de pathologies létales ou incurables. Ils occasionnent une augmentation importante du nombre d'interruptions médicales de grossesse pour indication fœtale.

Les équipes médicales et paramédicales travaillant dans des maternités sont de plus en plus souvent confrontées à la prise en charge de cet événement. Il suscite nombre de questions réflexions et émotions chez les patientes et au sein du personnel soignant. Cet intérêt se retrouve dans les publications scientifiques des dernières années. Lors de notre revue de littérature, certes non exhaustive, nous avons recensé essentiellement des études relatives :

- A l'éthique et aux aspects juridiques (9-49-50-51-82)
- Aux données épidémiologiques et étiologiques (87-109)
- A l'évaluation des pratiques de techniques obstétricales (14-33-57-61-69-82-109) et d'accompagnement (39-40-68-71-105)
- A l'évaluation du retentissement psychologique après une I.M.G. (17-22-34-79-81-84-110).

Une étude récente a eu pour objet d'analyser le point de vue des patientes sur la prise en charge de leur interruption médicale de grossesse pour pathologie fœtale par le biais d'un questionnaire proposé aux patientes au 2ème jour après l'intervention (81). Cette étude confirme le besoin de paroles pour les parents autour de cet évènement et l'intérêt d'une reconnaissance de l'équipe soignante dans son travail d'accompagnement. Elle souligne la nécessité d'études complémentaires à long terme.

Au cours de notre activité de psychiatrie de liaison à la maternité régionale de NANCY, nous avons pu partager une préoccupation croissante au sujet de l'accompagnement de ces couples confrontés à une I.M.G.

L'expérience montre qu'un faible pourcentage de ces femmes revient ensuite en consultation auprès d'un membre de l'équipe médicale ; C'est souvent bien des années plus tard, lors d'une consultation chez le gynécologue, le pédiatre ou le pédopsychiatre qu'elles reparleront de cet épisode douloureux, à l'occasion de difficultés personnelles ou rencontrées dans l'éducation d'un enfant aîné ou puisné. L'éloignement géographique ne peut seul expliquer cet état de fait.

Notre étude a pour objectifs de recueillir rétrospectivement le point de vue des femmes concernant les pratiques d'accompagnement médical et psychologique proposées lors d'une I.M.G. pour pathologie fœtale à la maternité régionale de NANCY.
Nous aimerions pouvoir appréhender le retentissement éventuel de cet acte sur la qualité de vie des patientes après leur retour à domicile et la confrontation à la réalité de la perte de leur enfant.
Nous espérons pouvoir ainsi transmettre aux équipes médicales concernées et souvent très impliquées, les représentations et le retentissement possible de cet évènement dans une dialectique alliant réflexion et savoir-faire.

Méthodologie de l'étude :

1. Population et type d'étude :

Il s'agit de femmes ayant eu recours à une interruption médicale de grossesse à la maternité régionale de Nancy.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Sont incluses dan l'étude, toutes les femmes ayant vécu une interruption médicale de grossesse avec expulsion par voie basse, en raison d'une anomalie fœtale, entre le 1er janvier 1997 et le 31 décembre 2000 à la Maternité Régionale de Nancy.

Sont exclues de l'étude les patientes mineures au moment de l'I.M.G., les décès par morts fœtales in utero, les interruptions médicales de grossesse pour indication maternelle, les interruptions médicales de grossesses sélectives dans le cadre de grossesses multiples ainsi que celles ayant été réalisées par aspiration (I.M.G. du 1er trimestre), par césarienne et/ou ayant nécessité une anesthésie générale.

3. Méthode d'investigation :

L'évaluation sera effectuée d'une part à partir d'un auto-questionnaire adressé aux patientes et d'autre part à partir d'informations relevées dans les dossiers médicaux. Ce questionnaire a été élaboré dans un contexte pluridisciplinaire regroupant des obstétriciens, des sages-femmes, des médecins de santé publique, des pédopsychiatres et des psychologues. Il est établi suivant la chronologie des différentes étapes de l'interruption médicale de grossesse :

- l'annonce
- l'hospitalisation
- le retour à domicile.

Il a été testé au préalable auprès d'un échantillon de femmes afin de s'assurer de la bonne compréhension des différents items.

Des questions avec proposition de reponses sont associées à des espaces de réponses libres pour faciliter l'expression. Ces réponses libres seront traitées selon une méthode d'analyse de contenu.

L'autoquestionnaire permet de recueillir les informations socio-démographiques, l'avis de la patiente lors des différentes étapes de l'I.M.G., les évènements vécus.

Une échelle d'auto évaluation, validée sur le plan international est également intégrée : il s'agit de la G.H.Q. 12 : Général -Health Questionnaire à 12 items,

échelle d'auto évaluation de l'état de santé actuel et de la qualité de vie. C'est un auto questionnaire d'appréciation des troubles psychopathologiques ressentis au cours des semaines passées. Il permet de quantifier le niveau de souffrance psychologique subjective et de définir à partir de notes-seuil des cas pathologiques ou non. Ce questionnaire ne mesure que des variations d'état et ne tient pas compte des manifestations symptomatiques de traits ni des troubles plus durables ou plus anciens. Le GHQ 12 apprécie surtout une notion de souffrance générale. Il couvre quatre domaines de santé : dépression, anxiété, dysfonctionnement relationnel, somatisation (53).
Le protocole de l'étude a fait l'objet d'une soumission auprès de la C.N.I.L. et a obtenu un avis favorable.

Organisation pratique de l'étude et recueil de données :

Le questionnaire est envoyé à distance de l'interruption médicale de grossesse et de la sortie (6 mois minimum) afin de respecter un temps d'élaboration après cet événement douloureux.
Dans un premier temps, un contact téléphonique est établi avec la patiente afin de présenter les objectifs de l'étude et de recueillir son consentement pour participer. Cet échange permet d'établir un lien personnalisé respectueux de la patiente. Puis, le questionnaire est adressé par courrier avec une lettre introductive rappelant les buts, l'organisation de l'étude. Les coordonnées téléphoniques des investigateurs principaux ainsi que l'adresse d'un centre médico-psychologique sont fournies avec le questionnaire pour répondre aux difficultés pratiques ou psychologiques rencontrées par la patiente.

Une étude pilote auprès de 5 femmes est organisée courant 2002 afin d'évaluer notre méthodologie

Les données nominatives : nom, prénom, coordonnées postales et téléphoniques, sont recueillies à partir du dossier médical des patientes. Elles sont nécessaires afin de contacter les femmes par téléphone puis par courrier. Elles permettront de relier et de comparer les informations recueillies par questionnaire aux éléments cliniques issues du dossier. Les informations nominatives ne seront pas saisies informatiquement.
Le questionnaire de l'étude est joint en Annexes I.

Nombre de sujets nécessaires:

Il s'agit d'une étude épidémiologique dont l'objectif principal est descriptif et pour laquelle peu de données sont actuellement disponibles. Du fait de la fréquence des interruptions médicales de grossesse (environ 200 I.M.G. de 1997 à 2000) et du fait de la méthodologie employée (statistiques descriptives et analyse de contenu), il est souhaitable d'inclure au minimum 80 femmes.

Méthode d'analyse et traitement des données :

Le traitement des données a été effectué par Mmes A. MANGIARDI et E. MULLER en collaboration avec Mme le Dr F. ROMANO GIRARD du service d'Epidémiologie et d'Evaluation Clinique du CHU de NANCY.
L'analyse statistique a été réalisée à l'aide des logiciels SAS et Epi Info.

Elle est composée des différentes étapes :

- Description de la population d'étude avec les fréquences des différents items pour les variables qualitatives et les moyennes et écart types pour les variables quantitatives.
- Calcul des scores de satisfaction vis à vis de l'information médicale, de

l'accompagnement, de l'entretien psychologique. Comparaison des niveaux de satisfaction selon les facteurs socio-démographiques, les évènements vécus par des tests de Kruskal et Wallis (pour les comparaisons de moyenne) et par des tests du coefficient de corrélation pour les variables quantitatives.

- Calcul des scores de qualité de vie avec moyenne et écart type selon les différentes dimensions. Comparaison de ces scores selon le type d'accompagnement par les tests statistiques cités ci-dessus avec ajustement sur les facteurs potentiels de confusion.
- Analyse des commentaires libres par la méthode de l'analyse de contenu.

Logistique :

La saisie des données recueillies dans le dossier médical des patientes sera réalisée au sein du département d'informatique médicale de la maternité régionale de NANCY par les 2 investigateurs principaux de l'étude. Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque patiente afin qu'aucun lien ne puisse être établi entre une patiente et son dossier (coordonnées inscrites sur un papier détachable qui sera détruit dès l'envoi du questionnaire).

Chaque patiente a été contactée téléphoniquement pour s'assurer de son accord à l'envoi du questionnaire à son domicile et vérifier l'exactitude de ses coordonnées postales. Ces précautions sont prises afin de garantir le respect du secret médical pour chaque patiente.

Les données recueillies ont été saisies dans une base de données ACCESS 97.

Une lettre concernant les conclusions de l'étude sera adressée à chaque patiente

ayant participé.

Avis et autorisations rendus par les instances scientifiques et éthiques locales et nationales : ils sont joints en Annexes II.

RESULTATS

1. Données statistiques de l'enquête :

a) Taille de l'échantillon :

Au cours de la période 1997 à 2000, un total de 220 I.M.G. a été réalisé à la Maternité Régionale de NANCY, ce, à la demande de 216 patientes. Nous avons étudié la totalité de ces dossiers afin de déterminer le nombre de patientes répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

Ainsi, 70 femmes ne répondaient pas aux critères d'inclusion définis dans le protocole, ce pour les raisons suivantes:

- 5 patientes étaient mineures lors de l'IMG
- 37 patientes ont bénéficié d'une IMG pour raison maternelle
- 8 patientes ont eu recours à une IMG sélective sur grossesse multiple
- 4 patientes ont eu IMG par césarienne
- 13 patientes ont eu une IMG par aspiration
- pour 2 patientes est survenue la Mort Fœtale In Utero (M.F.I.U.) du bébé entre la décision de l'I.M.G. et sa réalisation.
- 1 patiente a eu recours à une 2ème I.M.G. moins de 6 mois avant le début de notre étude.

146 femmes correspondaient aux critères d'inclusion.
Nous avons alors tenté d'établir un contact téléphonique avec chacune d'entre elles. En cas de non réponse et avant de considérer une patiente comme perdue de vue nous avons réitéré nos appels à au moins 5 reprises et à des horaires diverses de la journée.
Par soucis du respect du secret médical, comme nous l'avait demandé le comité d'éthique de la Maternité, nous n'avons laissé aucun message explicite à une tierce personne ou à un répondeur téléphonique.

Ainsi, 65 femmes ont pu être jointes par téléphone contre 81 considérées comme perdue de vue (soit 44,5% du total des femmes répondant aux critères d'inclusion).

Pour les patientes « *perdues de vue* », nous avons pu répertorier les données suivantes :

- 23 femmes ont été contactées a plusieurs reprises (au moins 5 appels pour chacune d'entre elles, à différentes heures de la journée) mais elles étaient toujours absentes de leur domicile (pas de réponse ou répondeur téléphonique)
- pour 43 femmes :le numéro de téléphone noté sur le dossier n'était plus attribué ou ré attribué à une autre personne.
- pour 15 femmes aucun numéro de téléphone ne figurait sur le dossier médical

Parmi les 65 patientes contactées par téléphone, 2 ont immédiatement refusé tout envoi de questionnaire (*« j'ai déjà tout dit », « je veux tourner la page »*), 11 ont donné leur accord téléphonique mais n'ont pas renvoyé leur questionnaire ;
Parmi ces 9 femmes une d'entre elle a voulu nous rencontrer pour remplir avec nous le questionnaire mais est repartie en « *oubliant* » de nous le rendre.

52 femmes ont renvoyé leur questionnaire dûment rempli ce qui représente 43,15% des patientes de l'étude et 85,2 % du nombre total de questionnaires expédiés.
Les caractéristiques des femmes qui ont répondu ont été comparées à celles qui ont été considérées comme « perdues de vue ». Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Au total nous avons rencontré 5 femmes consécutivement à notre appel téléphonique. Deux de ces patientes ont bénéficié d'une prise en charge psychologique durant plusieurs semaines.

b) Données générales concernant les 146 patientes incluses :

Age moyen :

L'âge moyen des patientes lors de l'I.M.G. est de 29 ans (avec un minimum de 18 ans et un maximum de 42 ans).

Situation matrimoniale :

58,2% des femmes étaient mariées lors de cet évènement, 31,5% vivaient maritalement, 6,8% étaient célibataires, 0,7% veuves et 0,7% divorcées.

Niveau d'études :

2,7% ont un niveau de cycle d'études primaires, 26% ont un niveau secondaire, 5,5% ont le niveau baccalauréat, 26,7% ont fait des études supérieures.
62,3% des patientes exercent une profession salariée ou libérale. Elles occupent des activités professionnelles variées (de l'ouvrière au cadre supérieur), 37,7% sont sans emploi.

Antécédents obstétricaux :

Au moment de la réalisation de l'I.M.G., 10,3% des patientes étaient nullipares, 38,4% primipares, 40,4% multipares (pour les 11% restants nous n'avons pas pu recueillir d'information concernant cette donnée).

L'indication d'interrompre la grossesse a été posée en moyenne à 25,7 SA (avec un minimum de 15 SA et un maximum de 40 SA).

Le délai moyen entre la découverte de l'anomalie et la réalisation de l'I.M.G. est de 16,3 jours, avec un délai minimum retrouvé de 2 jours et un délai maximum de 45 jours.

Prise en charge de la douleur :

100% des patientes ont bénéficié d'une anesthésie péridurale.

D'après les réponses aux questionnaires et les informations répertoriées dans le dossier médical de chaque patiente :

- 76 femmes ont vu leur bébé après l'intervention soit 52,1% des patientes.
- 63 bébés ont été prénommés (soit 43,2%).
- 9 patientes ont choisi d'organiser elles-mêmes les funérailles et de rapatrier le corps de l'enfant (soit 6%).

c) Analyse descriptive des 52 réponses au questionnaire :

❖ *Concernant les informations reçues avant l'I.M.G. :*

- 82,7% des patientes que l'information médicale reçue a facilité leur prise de décision, 7,7% pensent le contraire et 3,8% ne souhaitent pas répondre.

- 10 patientes (soit 21,5%) attendaient plus d'informations. L'analyse des commentaires libres montre que si certaines attendaient effectivement plus de précisions sur la pathologie de leur enfant, 4 d'entre elles espéraient en fait une correction du diagnostic (*« que l'enfant pouvait survivre », « une bonne nouvelle », « plus de solutions », « une chance de guérison »*):

- Si 4 femmes disent avoir pris la décision d'I.M.G. seules, 41 femmes ont pris la décision avec leur conjoint, 2 ont été aidées par leur famille, 4 femmes ont pris leur décision avec l'aide des médecins de la maternité.

❖ *Concernant le déroulement de l'hospitalisation :*

- 71,2% des patientes estiment avoir eu suffisamment d'informations concernant le déroulement de l'I.M.G.

- Au cours du séjour à la maternité, les patientes se sont senties suffisamment accompagnées :
  - par les sages-femmes pour 84,6% d'entre elles
  - par les aides-soignantes pour 76,9% d'entre elles
  - par leur obstétricien pour 69,2%d'entre elles
  - par l'anesthésiste pour 7,6% d'entre elles.

- Cet accompagnement a pris la forme :
  - De paroles pour 78,8% des patientes,
  - D'une présence physique pour 78,8% des patientes
  - De gestes de sympathie pour 80,8% des patientes

- Pour 28 des 52 patientes le recours a un geste fœticide a été nécessaire.

- Le père était présent lors de l'I.M.G. dans 65,4% des cas alors que 76,9% des patientes souhaitaient sa présence.

- Sur l'ensemble des 146 femmes inclues, nous avons constaté que 57 femmes avaient souhaité recueillir des informations concernant leur bébé après l'I.M.G.. Parmi celles ayant répondu au questionnaire on note que :
  - 15 (soit 28,8%) ont voulu avoir des renseignements descriptifs précis de leur enfant (taille, poids, sexe, confirmation de la malformation, résultats d'examens et d'autopsie)
  - 15 (soit 28,8%) ont demandé une photographie

- 12 (soit 23%) ont sollicité le bracelet de naissance
- 3 (5,7%) ont désiré avoir des renseignements complémentaires concernant le devenir du corps.

- Au cours du séjour à la maternité, 80,8% se sont senties soutenues par leur conjoint, 65,4% par leurs parents, 63,5% par des amis.

- 48,1% des femmes qui étaient déjà maman en ont parlé avec leurs autres enfants.

- 39 des 52 patientes ont rencontré un psychiatre ou un psychologue au cours de l'hospitalisation (soit 75%). Le père de l'enfant était présent dans 44,2% des cas, 38,5% des patientes déclarent qu'elles souhaitaient sa présence.

❖ *Après l'hospitalisation :*

- 57,7% des patientes reviennent en consultation ensuite à la maternité (soit 30 femmes parmi les 52 répondantes).
19 d'entre elles sont revenues entre 1 et 3 mois après l'intervention ce qui correspond en général au rendez-vous fixé par l'obstétricien pour les résultats de l'autopsie.

- Auprès de quel interlocuteur ?
  - 44,2% sont revenues en consultation auprès de leur obstétricien.
  - 11,5% auprès d'une sage-femme
  - 5 femmes sont venues voir la généticienne
  - 3 femmes un psychiatre ou un psychologue
  - 1 femme la sophrologue.

- Motifs de venue à la maternité après l'I.M.G. :
  - Pour une consultation (sans précision) : 9 patientes
  - Pour les résultats de l'autopsie : 9 patientes
  - Pour voir un psychiatre ou un psychologue : 3 patientes
  - Pour la prise en charge d'une nouvelle grossesse : 2 patientes
  - Pour désir de grossesse : 1 patiente
  - Pour voir une sophrologue : 1 patiente
  - Pour remercier le personnel : 1 patiente

- Raisons du non-retour à la maternité :
  - Inutilité : pour 4 patientes
  - Eloignement géographique : pour 1 patiente

En ce qui concerne la prise en charge psychologique après l'I.M.G. :

- 14 femmes (soit 26,9%) ont bénéficié d'une prise en charge psychologique après l'I.M.G. dont :
  - 7 patientes auprès de l'équipe de la maternité
  - 4 patientes auprès d'un psychiatre libéral
  - 1 patiente au Centre Médico-Psychologique de la Madeleine à Nancy
  - 1 patiente à la maternité de Mont Saint Martin (54)
  - 1 patiente au Centre Médico-Psychologique de Saint Avold (57).

- Parmi les causes de refus d'un soutien psychologique à la maternité on note :
  - Un soutien familial suffisant pour 5 patientes
  - L'éloignement géographique pour 6 patientes.

Trois patientes disent regretter d'avoir refusé une aide psychologique (elles ont été contactées après réception du questionnaire pour proposition d'un suivi psychologique).

- 13 patientes ont eu recours à des médicaments psychotropes, seules 8 d'entre elles peuvent préciser de quel type il s'agit.

- 28 patientes (soit 53,8%) pensent qu'il serait souhaitable de rencontrer d'autres parents confrontés à cette situation (13,5% sont contre, 13,5% ne se prononcent pas).

- Evènements importants survenus après cette I.M.G. :

Evènements importants	Nombre de patientes	Pourcentage
Naissance	43/52	82,7%
Changement de travail	6/52	11,5%
Déménagement	5/52	9,6%
Fausse couche spontanée	4/52	7,7%
Reprise du travail	3/52	5,7%
Mariage	3/52	5,7%
Nouvelle I.M.G.	2/52	3,8%
Arrêt du travail	1/52	1,9%
Séparation conjugale	1/52	1,9%

❖ <u>Tout au long de la prise en charge :</u>

L'évènement le plus pénible a été :

- L'annonce de la malformation : pour 55,8% des patientes
- L'interruption médicale de grossesse : pour 28,8% des patientes
- Le retour à domicile : pour 25% des patientes
- La prise de décision : pour 13,5% des patientes
- Le séjour à la maternité : pour 5,8% des patientes.

❖ Le calcul des scores obtenus pour la G.H.Q. 12 donne les résultats suivants :

- 17 patientes ont un score inférieur à 12 : absence de dépression
- 28 patientes ont un score compris entre 13 et 24 : suspicion de dépression
- 2 patientes ont un score compris entre 25 et 36 : dépression sévère.

Cette échelle donne une estimation de la souffrance globale des patientes au moment où elles ont rempli le questionnaire (soit 2 à 5 ans après le geste). Il semble donc, au vu de ces résultats que la majorité des patientes (soit 57,6%) des patientes interrogées présente une suspicion de dépression ou une dépression avérée.

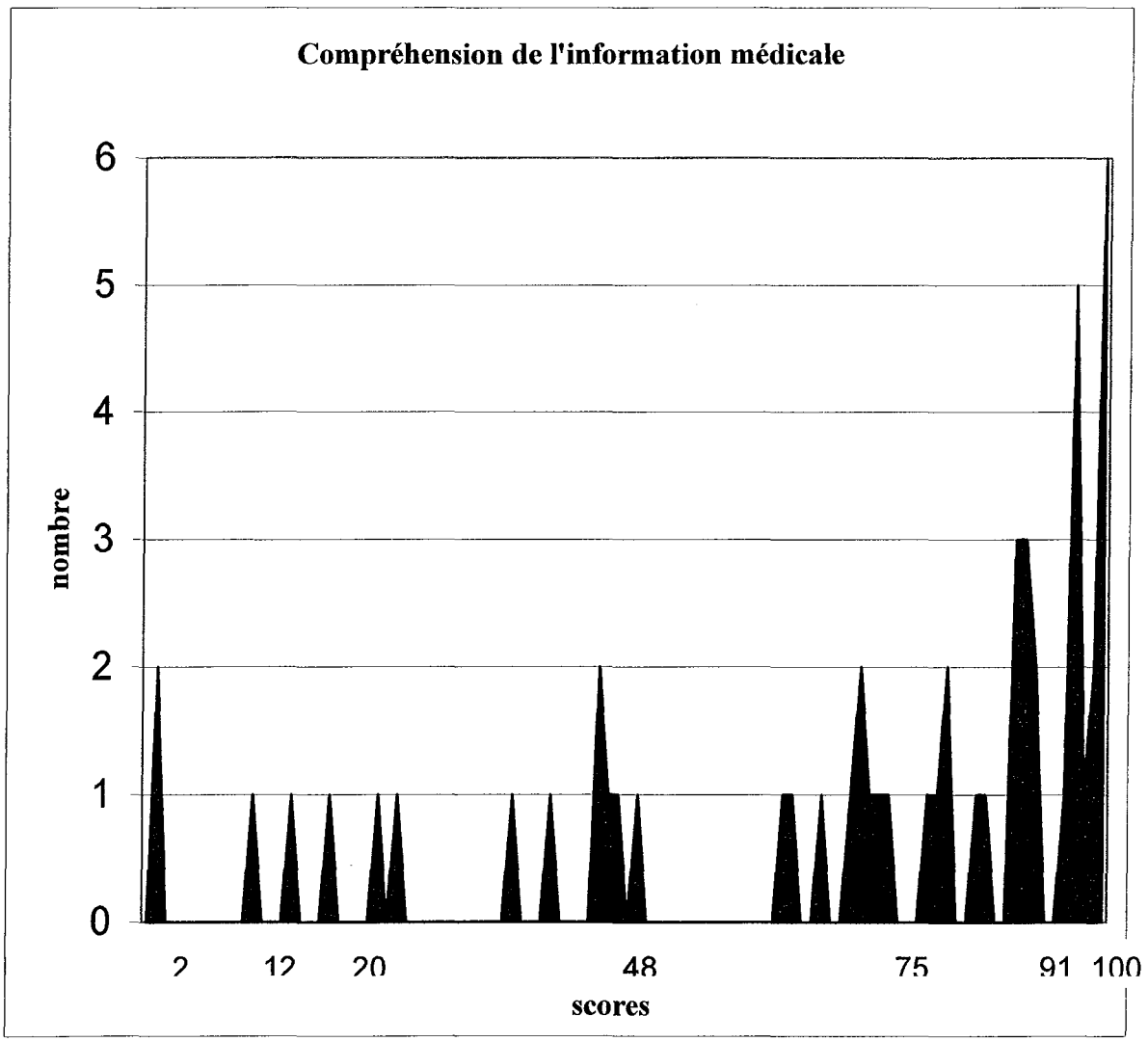
Le score moyen obtenu à la G.H.Q. 12 (après conversion de ces résultats en notes sur 100) est de 62,4 avec un écart-type de 17,8.

Une série de questions étaient formulées sous la forme d'une échelle de satisfaction longue de 10 cm, graduée de 0 à 100 (comme celles utilisées dans la prise en charge de la douleur). Nous présenterons les résultats de ces échelles sous forme de tableau. Pour chaque item une note moyenne a été calculée, la note minimale et maximale, l'écart type et enfin la valeur médiane (valeur centrale pour laquelle 50% des patientes ont données une note inférieure et 50% une valeur supérieure).
Une représentation graphique de ces données y est ajoutée pour permettre une meilleure visualisation de la distribution des réponses.

TABLEAUX RECAPITULATIFS DES ECHELLES DE SATISFACTION :

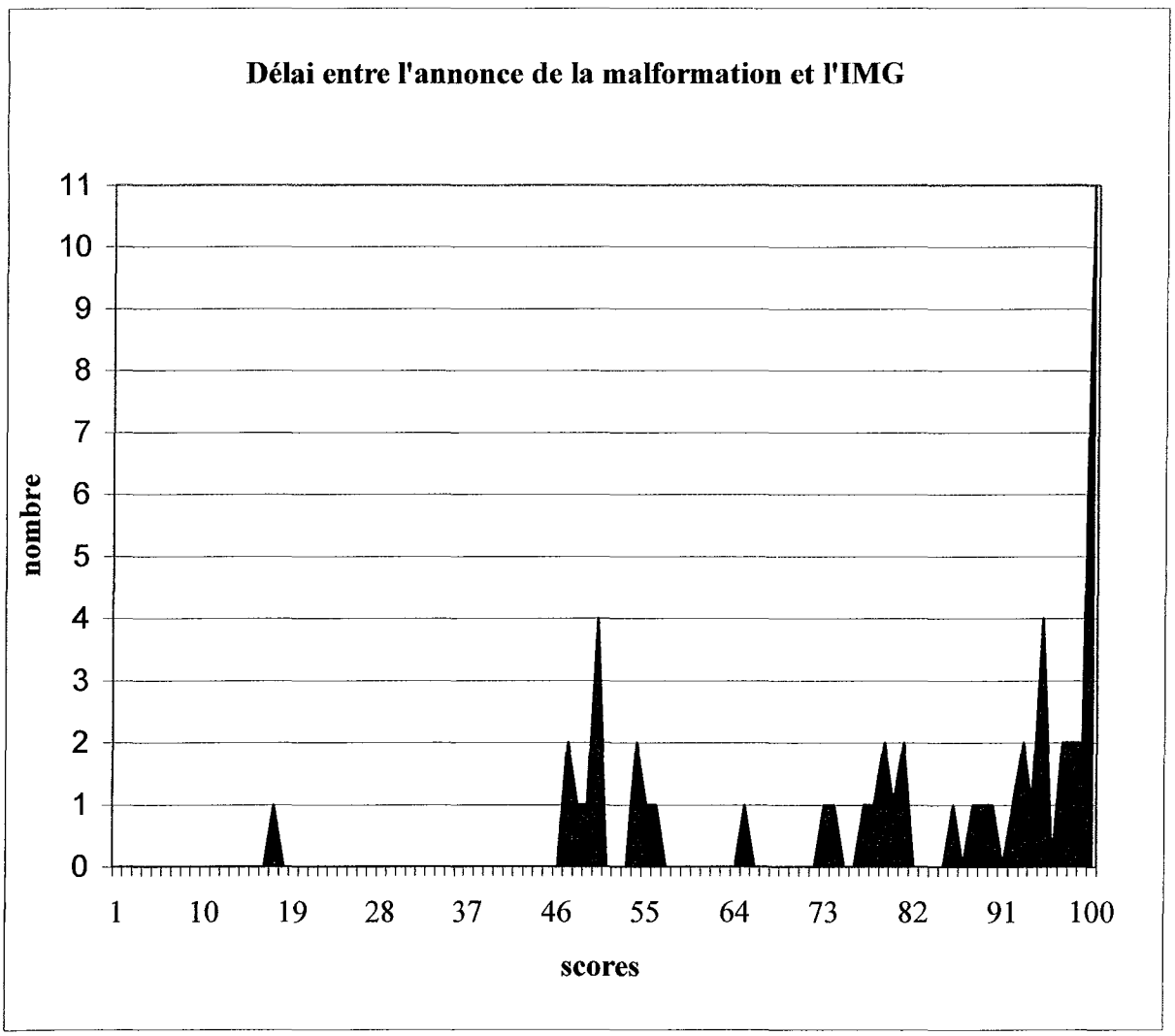
Quelle a été votre compréhension de l'information médicale donnée concernant la malformation de l'enfant ?

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
Compréhension de l'information médicale concernant la malformation	73,3	28,9	2	100	84



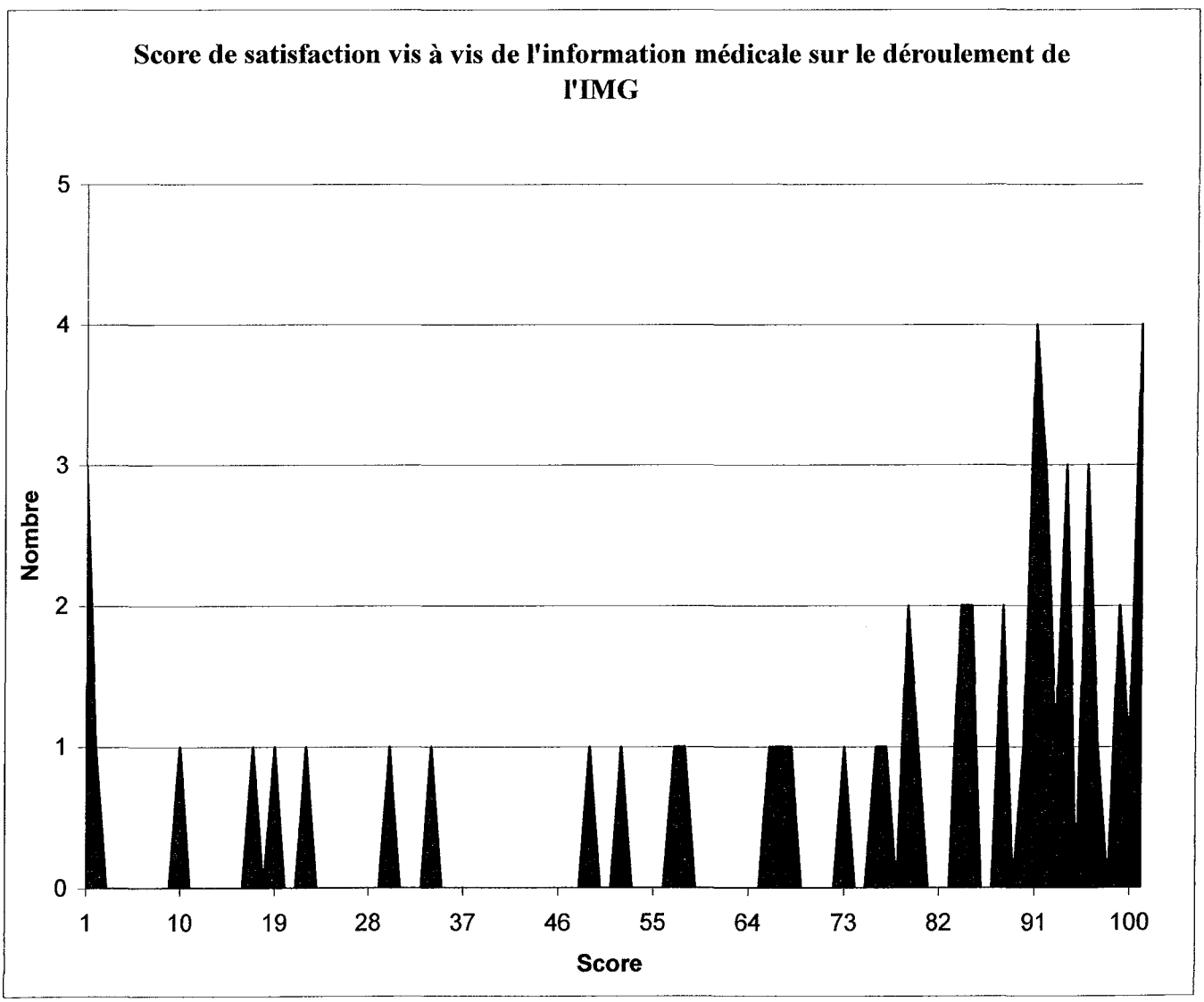
Comment jugez-vous le délai entre la découverte de l'anomalie foetale et la réalisation de l'interruption médicale de grossesse ?

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
Longueur du délai entre L'annonce et l'I.M.G. (notéé de 0 « trop court » à 100 « trop long »)	80,5	21,1	17	100	89,5



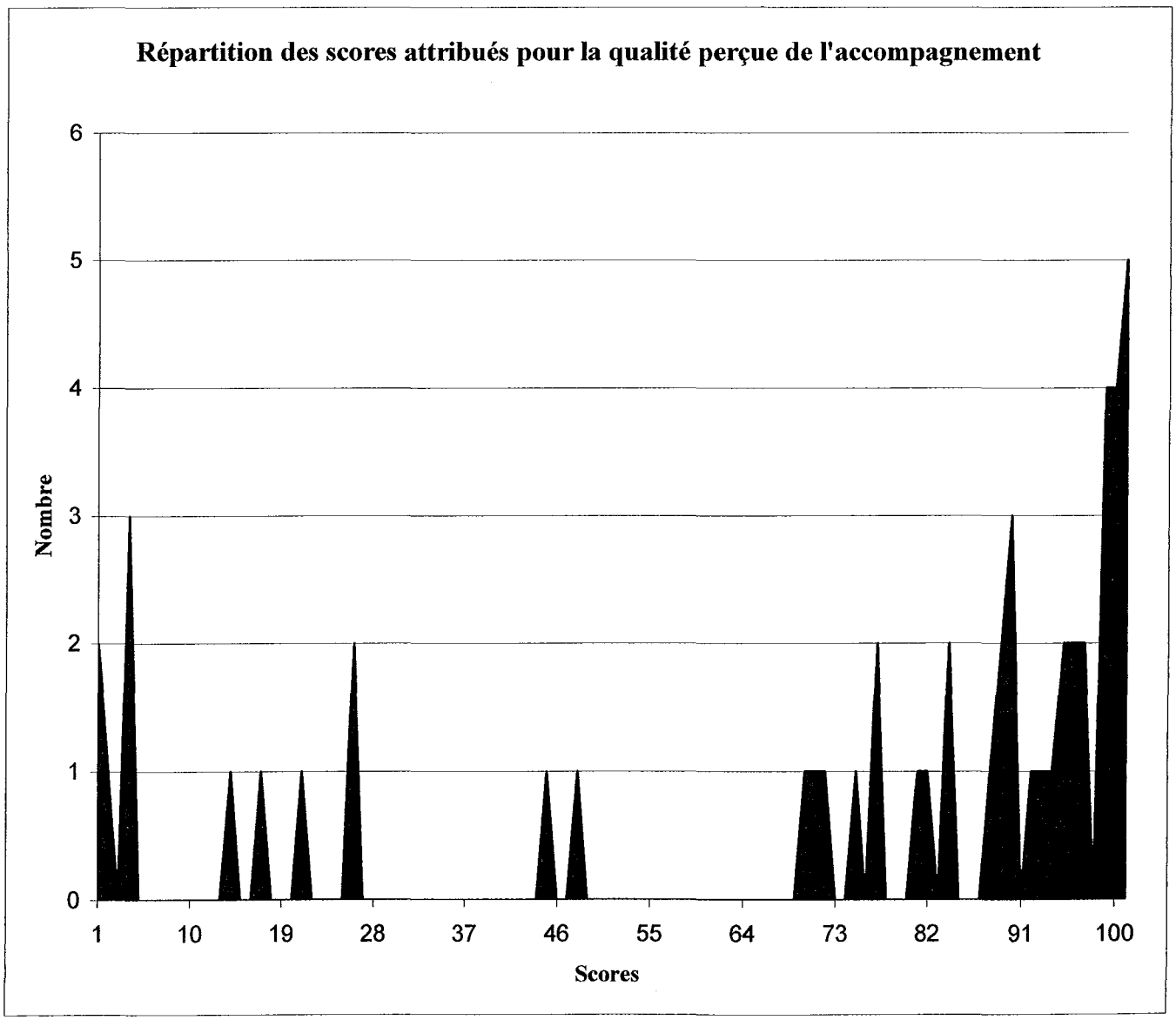
Avez-vous été satisfaite de l'information médicale donnée concernant le déroulement de l'I.M.G ?

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
Satisfaction de l'information médicale concernant le déroulement De l'I.M.G.	70,6	31,6	0	100	84



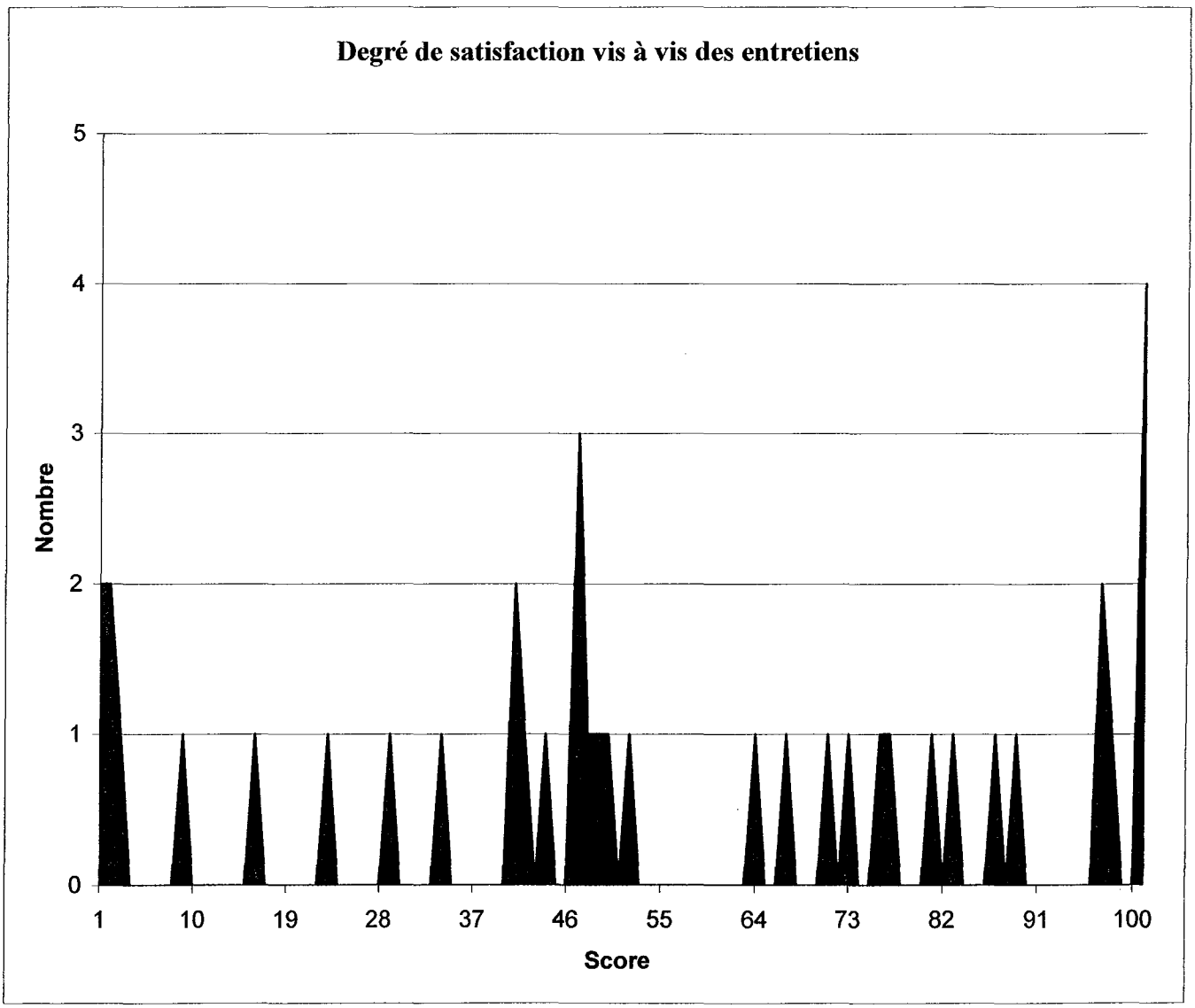
L'accompagnement proposé lors de l'I.M.G. correspondait-il à votre attente ?

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
Satisfaction par rapport à l'accompagnement proposé	71,1	34,9	0	100	88



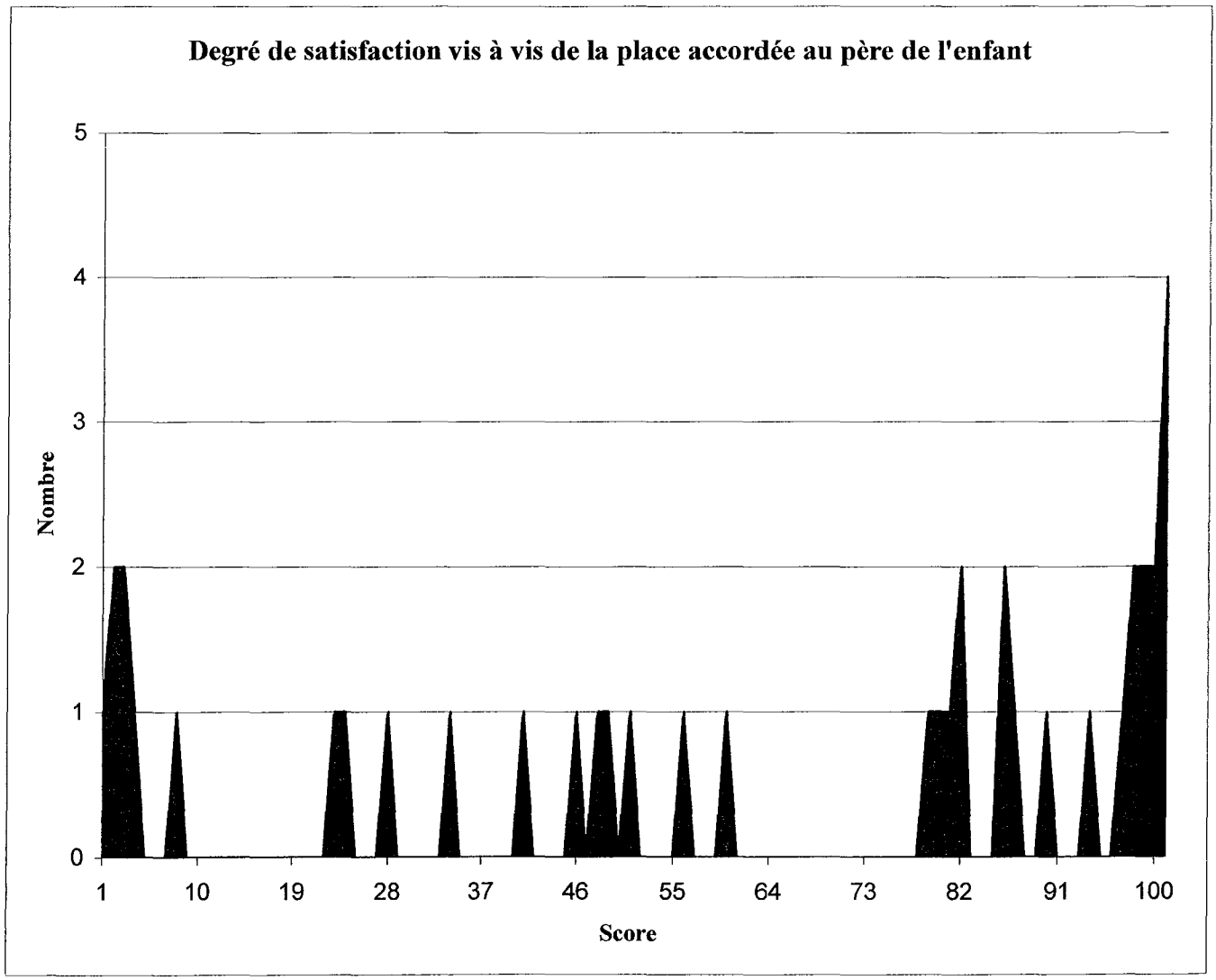
Quelle a été votre satisfaction par rapport aux entretiens que vous avez pu avoir avec un psychiatre ou un psychologue lors de votre hospitalisation ?

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
Satisfaction de la rencontre avec un psychiatre ou un psychologue	54,05	32,9	0	100	48,5



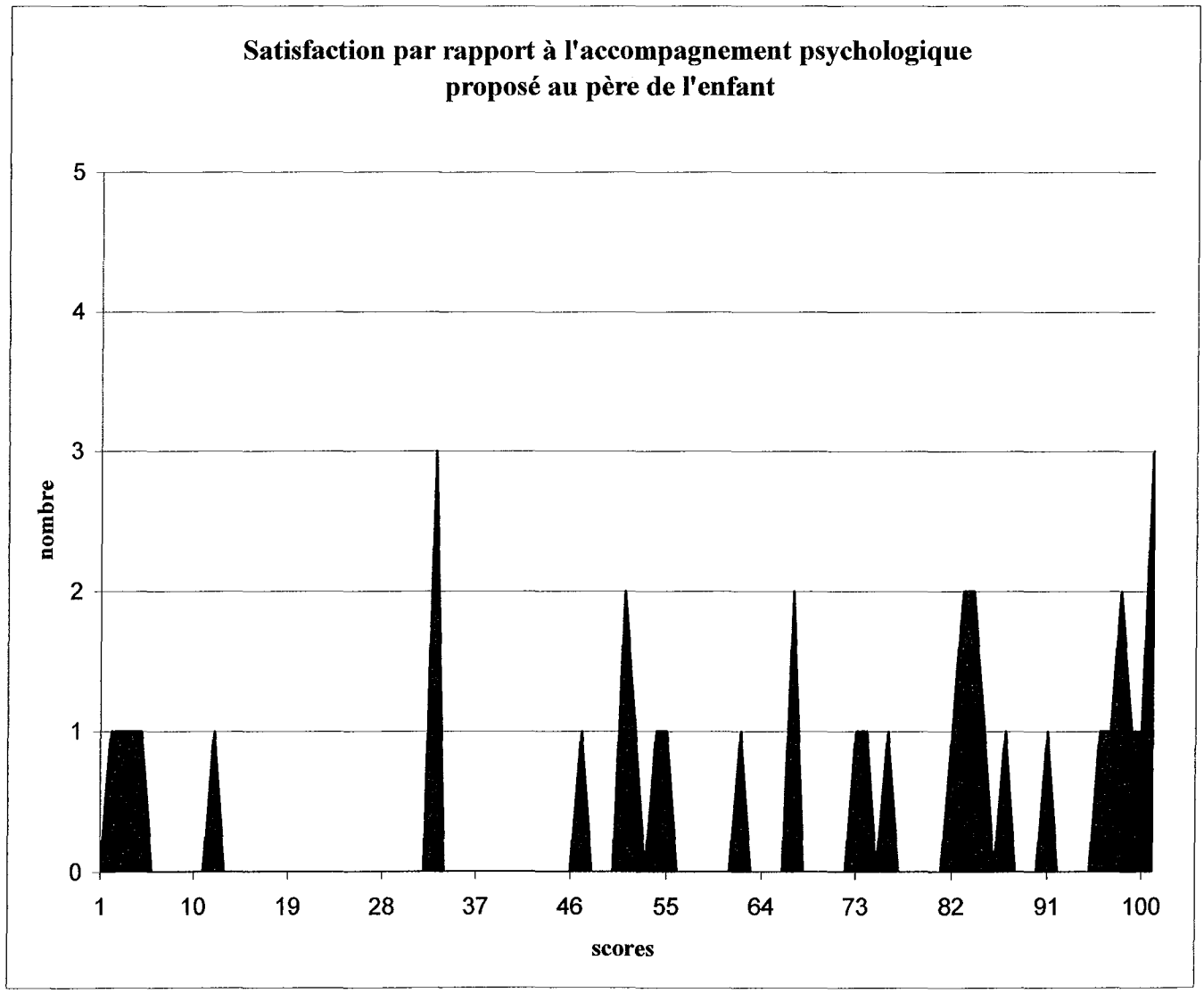
Pensez-vous qu'une place suffisante ait été accordée au père de l'enfant ?

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
Suffisance de la place accordée au père de l'enfant	62,2	36	0	100	80



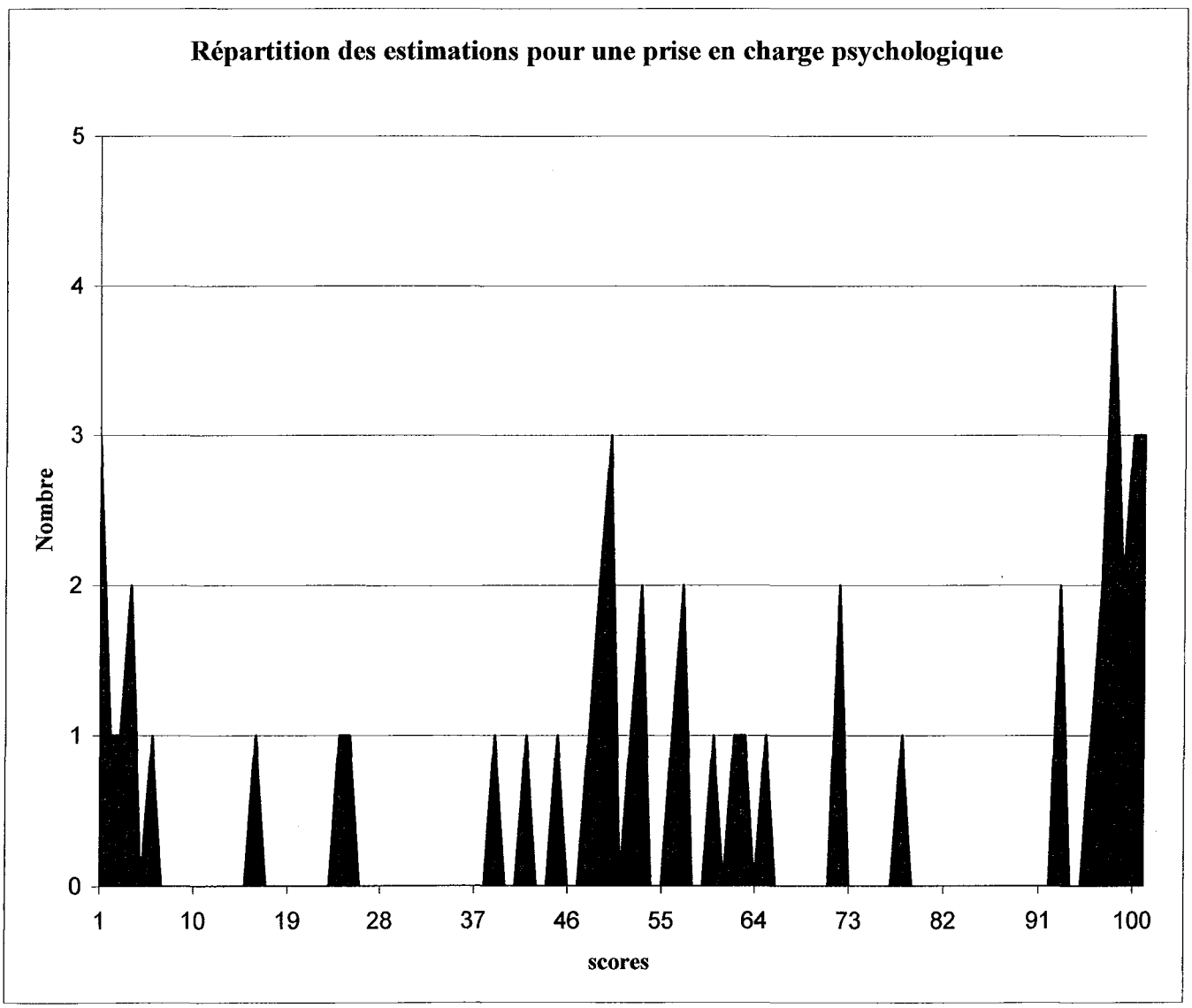
L'accompagnement proposé correspondait-il aux attentes du père de l'enfant ?

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
Satisfaction de l'accompagnement proposé au père de l'enfant	64,5	31,6	1	100	73



Avec le recul, pense-vous qu'une prise en charge psychologique soit nécessaire après cet évènement ?

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
Nécessité d'une prise en charge psychologique après cet évènement	58,56	34,43	0	100	56



d) Recherche des facteurs explicatifs:

Dans cette partie, nous avons essayé de déterminer les différents facteurs (socio-démographiques, caractéristiques de la prise en charge, organisation familiale...) susceptibles d'influencer les 5 items suivants :

- Le degré de satisfaction par rapport à l'information médicale reçue
- Le degré de satisfaction par rapport à la qualité d'accompagnement attendue
- Le degré de satisfaction par rapport à l'entretien avec le psychiatre ou le psychologue
- La nécessité d'une prise en charge psychologique à distance de cet évènement
- Le score à la G.H.Q. 12.

Les résultats sont exprimés sous forme de tableaux, mentionnant la valeur moyenne et l'écart type de la mesure de satisfaction pour les facteurs analysés de type qualitatif, le coefficient de corrélation (r) pour les facteurs quantitatifs. Enfin, dans la dernière colonne est noté la valeur du p résultat du test statistique.

Degré de satisfaction par rapport à l'information :

Facteur	**r (coefficient de corrélation) ou moyenne (écart-type)**	**p**
Age	r=0,32	NS (p=0,07)
Situation matrimoniale: -Mariée -Non mariée	 70,47 (31,0) 72,0 (41,3)	 NS (p=0,63)
Niveau d'études : - < au baccalauréat - > au baccalauréat	 79,0 (29,0) 66,0 (32,1)	 **Significatif** (p=0,04)
Parité lors de l'I.M.G. - Nulliparité - Primi ou multiparité	 68,0 (36,8) 72,3 (28,1)	 NS (p=0,8)
Moment de l'I.M.G.	r=0,11	NS (p>0,1)
Prise de décision : - seule - pas seule	 84,75 (11,5) 69,4 (32,5)	 NS (p=0,64)

Parmi tous les facteurs testés, seul le niveau d'études rentre en ligne de compte par rapport à la satisfaction de l'information médicale reçue. Plus le niveau d'études est élevé plus les patientes attendent une information importante en quantité et en qualité.

Degré de satisfaction par rapport à la qualité attendue de l'accompagnement :

Facteur	**r (coefficient de corrélation) ou moyenne (écart-type)**	**p**
Age	r=0,29	NS (p=0,07)
Situation matrimoniale: -Mariée -Non mariée	 70,5 (34,3) 76,8 (43,24)	 NS (p=0,35)
Niveau d'études : - < au baccalauréat - > au baccalauréat	 79,5 (29,7) 66,9 (37,5)	 NS (p=0,26)
Parité lors de l'I.M.G. - Nulliparité - Primi ou multiparité	 66,0 (42,1) 74,6 (29)	 NS (p=0,97)
Moment de l'I.M.G.	r=0,12	NS (p>0,1)
Accompagnement par l'obstétricien : - oui : - non :	 84,3 (23,5) 42,2 (38,8)	 **Significatif** (p=0,001)
Accompagnement par la sage-femme : - oui : - non :	 83,0 (22,15) 7,0 (8,0)	 **Significatif** (p<0,0001)
Accompagnement par l'aide-soignante : - oui : - non :	 84,0 (21,2) 29,0 (38,8)	 **Significatif** (p=0,0006)

Degré de satisfaction par rapport à la qualité attendue de l'accompagnement (suite) :

Facteur	**r (coefficient de corrélation) ou moyenne (écart-type)**	**p**
Présence du père lors de l'I.M.G. : - oui : - non :	 78,4 (30,5) 56,6 (39,3)	 NS (p=0,07)
Présence physique : - oui : - non :	 79,0 (28,9) 38,8 (40,0)	 **Significatif** (p=0,004)
Gestes de sympathie : - oui - non	 79,6 (27,0) 31,3 (41,1)	 **Significatif** (p=0,001)
Paroles : - oui : - non :	 81,0 (25,3) 30,5 (40,2)	 **Significatif** (p=0,0008)

La présence lors de l'I.M.G. de l'obstétricien, de la sage-femme ou de l'aide-soignante influence de façon très significative le degré de satisfaction des patientes par rapport à l'accompagnement. Il en est de même pour les notions de présence physique, gestes de sympathie, paroles. La présence du père n'est pas statistiquement significative mais on peut néanmoins supposer son importance car la valeur du p est voisine de 0,05.

L'influence des autres facteurs n'est pas significative.

Degré de satisfaction par rapport à l'entretien avec le psychiatre ou le psychologue (38 personnes s'expriment) :

Facteur	**r (coefficient de corrélation) ou moyenne (écart-type)**	**P**
Age	r=0,26	NS (p>0,1)
Situation matrimoniale : -Mariée -Non mariée	 52,7 (33,0) 63,0 (34,4)	 NS (p=0,56)
Niveau d'études : - < au baccalauréat - > au baccalauréat	 58,5 (38,7) 50,8 (28,5)	 NS (p=0,41)
Parité lors de l'I.M.G. - Nulliparité - Primi ou multiparité	 45,5 (32,5) 59,0 (32,8)	 NS (p=0,21)
Moment de l'I.M.G.	r=0,01	NS (p>0,1)
Accompagnement par l'obstétricien : - oui : - non :	 57,7 (30,0) 46,0 (38,9)	 NS (p=0,3)
Accompagnement par la sage-femme : - oui : - non :	 54,9 (33,7) 49,2 (30,8)	 NS (p=0,62)

Degré de satisfaction par rapport à l'entretien avec le psychiatre ou le psychologue : (38 personnes s'expriment) (suite) :

Facteur	**r (coefficient de corrélation) ou moyenne (écart-type)**	**p**
Accompagnement par l'aide-soignante : - oui : - non :	 54,2 (32,1) 53,5 (36,9)	 NS (p=0,88)
Niveau de satisfaction par rapport à l'attente	r = 0,43	NS (p>0,1)
Niveau de satisfaction par rapport à l'information	r = 0,45	NS (p>0,1)
Présence du père lors de l'I.M.G. : - oui : - non :	 62,5 (28,4) 39,5 (36,0)	 **Significatif** (p=0,03)

Parmi tous les facteurs testés, seule la présence du père de l'enfant lors de l'I.M.G. influence favorablement la satisfaction des patientes par rapport à l'entretien avec le psychiatre ou le psychologue : sa présence lors du geste est liée à une satisfaction plus importante des entretiens avec le psychiatre ou le psychologue.
On peut emettre l'hypothèse que la prise en charge du couple dans sa globalité est probablement un moyen d'atténuer la culpabilité de la patiente qui se sent souvent responsable de ne pas avoir su « faire » un enfant. Il faut noter que pour cet item un faible pourcentage de femmes s'exprime (seulement 38 femmes).

Nécessité d'une prise en charge psychologique à distance de l'évènement :

Facteur	**r (coefficient de corrélation) ou moyenne (écart-type)**	**P**
Age	r=0,01	NS (p>0,10)
Situation matrimoniale: -Mariée -Non mariée	 62,4 (32,0) 23,8 (39,2)	**Significatif** (p=0,02)
Niveau d'études : - < au baccalauréat - > au baccalauréat	 52,1 (37,4) 62,0 (32,4)	NS (p=0,5)
Parité lors de l'I.M.G. - Nulliparité - Primi ou multiparité	 62,3 (35,9) 56,3 (33,9)	NS (p=0,56)
Moment de l'I.M.G.	r= -0,07	NS (p>0,10)
Prise de décision : - seule - pas seule	 24,2 (26,8) 61,5 (33,6)	**Significatif** (p=0,02)
Présence du père lors de l'I.M.G. : - oui : - non :	 78,4 (30,5) 56,6 (39,3)	 NS (p=0,43)
G.H.Q.12	r = -0,02	NS (p>0,10)

Les femmes mariées (sont comptabilisées ici les patientes mariées et celles vivants en couple en comparaison avec les femmes célibataires) sont significativement plus demandeuses d'un suivi psychologique à distance de l'I.M.G. : de même que les patientes qui déclarent ne pas avoir pris leur décision seules.

Score à la G.H.Q.12 :

Facteur	**r (coefficient de corrélation) ou moyenne (écart-type)**	**P**
Age	r= -0,05	NS (p>0,10)
Situation matrimoniale: -Mariée -Non mariée	 63,6 (17,9) 49,2 (13,6)	 NS (p=0,09)
Niveau d'études : - < au baccalauréat - > au baccalauréat	 61,9 (20,2) 62,4 (16,6)	 NS (p=0,91)
Parité lors de l'I.M.G. - Nulliparité - Primi ou multiparité	 68,2 (15,5) 52,3 (18,5)	 NS (p=0,07)
Satisfaction par rapport à l'information	r = 0,1	NS (p>0,10)
Recours à un geste fœticide : - oui - non	 61,4 (20,0) 63,3 (16,2)	 NS (p=0,97)
Satisfaction par rapport à l'accompagnement	r = 0,055	NS (p>0,10)
Avoir eu un entretien psychologique : - oui : - non :	 59,6 (16,6) 70,7 (19,6)	 NS (p=0,07)

Score à la G.H.Q.12 (suite) :

Facteur	**r (coefficient de corrélation) ou moyenne (écart-type)**	**p**
Vécu d'un évènement important après l'I.M.G. : - oui : - non :	 51,4 (13,6) 64,3 (17,9)	 NS (p=0,06)
Autre grossesse après l'I.M.G. - oui : - non :	 63,9 (17,5) 55,7 (18,8)	 NS (p=0,33)
Satisfaction par rapport à l'entretient psychologique	r = -0,09	NS (p>0,10)
Délai depuis le geste : - I.M.G. avant 1998 - I.M.G. en 1999 ou 2000	 64,6 (17,3) 60,7 (18,4)	 NS (p=0,22).

Aucun facteur testé (et notamment celui de la nécessité du recours à un geste foeticide) n'influence significativement le score obtenu à la G.H.Q.12.

On note cependant 4 facteurs pour lesquels la valeur du p est très proche du seuil significatif de 0,05 :

- Les femmes mariées ont des valeurs moyennes de score à la G.H.Q.12 supérieures à celles des femmes célibataires.
- Les femmes sans enfant lors de l'I.M.G. ont des scores de G.H.Q.12 supérieurs aux scores de celles qui avaient déjà un ou plusieurs enfants lors de l'I.M.G.

On peut émettre comme hypothèse, pour expliquer ce phénomène que les femmes nullipares sont significativement plus jeunes que les patientes multipares (28 ans en moyenne pour les premières, 31,5 ans pour les secondes avec p=0,01) et qu'elles auront pour la plupart d'autres grossesses et d'autres enfants. Dans le cas des femmes multipares cette grossesse était souvent la dernière « *prévue* ». On peut citer le commentaire de cette patiente, déjà mère de 2 garçons au moment de l'I.M.G. *Il nous manque un enfant dans notre famille, nous pensons souvent à lui »* (I.M.G. en 1999 pour trisomie 21 à 23 SA).

- Les femmes qui ont sollicité un entretien psychologique lors de l'I.M.G. ont des scores de G.H.Q.12 plus faibles.
- Les patientes qui déclarent avoir vécu un évènement important après l'I.M.G. ont des scores de G.H.Q.12 plus faibles (parmi tous les évènements importants recensés, outre 43 naissances on retrouve essentiellement des changements de situations professionnelles, des déménagements, mais aussi de nouveaux échecs de procréation, des décès de proches, la découverte de maladies graves).

2. Analyse de contenu des commentaires libres :

Pour éviter toute confusion, les citations extraites des questionnaires, sont indiquées en italique et soulignées dans l'étude qui suit. Par soucis d'objectivité, elles sont retranscrites exactement comme elles ont été écrites par les patientes.

Nous tenons à souligner la richesse des témoignages transmis par les femmes lors de cette recherche. Leur participation a atteint un seuil important bien que notre appel téléphonique ait souvent été la source d'une réactivation de ce souvenir douloureux, de la résurgence des sentiments d'effraction vécue au moment de l'annonce de la malformation, de la prise de décision puis de l'interruption en elle-même et enfin du retour à domicile.

Le partage d'émotions jalonne et arrime cette étude animée par une attention portée au ressenti, au point de vue des patientes, aux mots qu'elles, qu'ils, vont employer pour le dire…

Se pose alors toute l'importance, mais aussi toute la difficulté de porter attention, de donner la parole et d'être capable de l'écouter au sujet du non représentable de la mort. *« Parler c'est renaître une deuxième fois »* écrit MORIN (75). *« Merci de vous préoccuper de nous mamans attristées »* nous dit une patiente dans son questionnaire (I.M.G. en 1998 à 21,5 SA pour tétralogie de Fallot et omphalocèle).

« A la date anniversaire, on replonge dedans. Les gens autour de nous nous disent : tu oublieras. Non, on n'oublie pas mais on vit avec... » (I.M.G. en 1999 pour malformation cardiaque sévère à 19,5 SA). Ainsi, cette femme entre en résonance avec les propos de FREUD au sujet de notre relation à la mort (46) : *« supporter la vie est bien le premier devoir de tous les vivants »*. Cet

événement est à jamais inscrit dans l'histoire de cette femme, de ce couple, de cette famille…

Des thèmes apparaissent récurrents dans le discours de ces femmes et notamment :

- La problématique de la perte
- Le sentiment de culpabilité
- Le besoin de représentation.

La question de **la perte** se retrouve généralement dans le discours de ces femmes. Cette perte se situe aux frontières du soi et du non soi comme le bébé in utero.

La perte de la grossesse et par la même de son investissement et de sa fonction pour la femme est source d'une atteinte narcissique, d'une incomplétude :

« *...alors je ne pouvais plus me voir dans une glace, moi et mon gros ventre* » (I.M.G. en 1997 pour trisomie 21 à 22,5 SA)

« *j'ai perdu Adeline, une partie de moi est partie avec elle...* » (I.M.G. en 1998 à 28 SA pour syndrome polymalformatif).

« *Aujourd'hui j'ai mon mari, mes enfants, je suis bien mais il me manque quelque chose et je passe des journées moins agréables que d'autres...* » (I.M.G. en 2000 pour trisomie 13 à 22 SA).

Ces femmes expriment un sentiment de vide. Le manque s'inscrit à l'intérieur : c'est le manque d'une partie de soi relatif à la crise narcissique que génère la grossesse. A l'étape du retour à domicile ce vécu de vide peut se traduire par un véritable sentiment d'incomplétude. « *Je rentrais les bras vides, je n'avais plus mon gros ventre je me sentais vide également* » (I.M.G. en 2000 à 33 SA pour monosomie 18).

La perte du « statut » de femme enceinte, de la grossesse, est essentielle pour ces femmes. De plus l'arrêt, la rupture compris dans ce terme « *interruption* » est à

relever comme source de souffrance, de non reconnaissance sociale. Le fait d'avoir des difficultés à nommer l'accouchement peut déboucher sur l'impression de ne pas avoir été reconnu comme *« femme qui a accouché »*. *« J'ai totalement changé pour accoucher après car psychologiquement je me confrontais à mon vécu au sein de la maternité »* (I.M.G. en 1998 pour trisomie 21 à 28 SA).

La perte de l'enfant est surtout parlée par ces femmes à travers la perte de l'enfant imaginaire, par rapport à la perte des projets dont il était porteur : *« ...un vide laissé par cette interruption dans notre avenir. Il nous manque un enfant dans notre famille, nous pensons souvent à lui »* (I.M.G. en 1999 pour trisomie 21 à 23 SA).

Les femmes, les couples, sont confrontés à la blessure narcissique de ne pouvoir « réussir » un enfant d'une part : *« Ce bébé a été conçu par procréation médicalement assistée. Lorsqu'il s 'agit d'un acte médicalement assisté qui a réussi, on a du mal à comprendre que tout d'un coup il faut tout interrompre »* (I.M.G. pour trisomie 21 en 1999) et d'autre part à l'atteinte face à la malformation de l'enfant : *« Lors des examens on s'est soucié plus des malformations du bébé que de mon état général »* (I.M.G. en 1998 à 25 SA pour trisomie 18). *« Même si l'annonce de la malformation a été terrible, la piqûre pour arrêter le cœur du bébé a été le moment le plus dur pour moi future maman. Car c'est vraiment là que j'ai pris conscience des conséquences de notre décision et que s'en était terminé pour mon enfant »* (I.M.G. en 2000 pour spina bifida à 22,5 SA)

La crainte, la menace d'une stérilité plane, le pouvoir de procréation, de filiation sont au cœur des préoccupations : *« J'ai l'impression que la durée d'une grossesse est trop longue, trop de contraintes médicales etc...9 mois me semblent insurmontables »* (I.M.G. pour trisomie 13 en 1999 à 18 SA).

Face à cet événement traumatique, à cette perte spécifique, entre perte de soi et perte d'objet, des paroles, des échanges sont nécessaires *«besoin d'un soutien psychologique...avant ou après , le temps de prendre un peu de recul vis à vis de tout ça et surtout pour réussir a en parler mais pas le lendemain de l'intervention »* (I.M.G. en 1999 à 15 SA pour syndrome polymalformatif).

Le sentiment de culpabilité est verbalisé avec une grande souffrance et occupe une place centrale dans la préoccupation des femmes.
« Le monde s'est écroulé autour de moi mais jusqu'à l'annonce officielle je gardais espoir ».
La culpabilité apparaît dans un premier temps réactionnelle, liée à l'acte en lui-même d'avoir « tué son enfant », d'avoir eu choix de vie ou de mort sur lui. Ce choix est source d'une grande culpabilité : *« une grande culpabilité reste présente, l'équipe médicale bien que présente laisse les parents « trop libres » de leur choix et après ça pèse énormément même maintenant »* (I.M.G. en 1997 à 7 mois et demi de grossesse pour tumeur cérébrale fœtale).

Le sentiment d'être hors du temps, de sortir des conventions humaines et civilisées est à prendre largement en considération. Ainsi cette femme exprime tout à fait ce ressenti face à la transgression d'un des premiers commandements moraux : « tu ne tueras point ».
« J'ai voulu quitter cet endroit le plus vite possible, sentir la vie alors qu'on va donner la mort...c'est horrible...on vit un enfer » (I.M.G. en 1997, pour trisomie 21 à 22.5 S.A.).

Les remords de ne pas avoir laissé une chance de vie au fœtus, même porteur d'un handicap, sont persistants.

A cet égard, les sentiments d'isolement et d'abandon émaillent les commentaires dès l'annonce de la malformation pour se renforcer au moment du retour à domicile.
« ...en sortant de la maternité, j'ai eu l'impression d'avoir abandonné mon bébé » (I.M.G. en 1998 à 23 SA pour malformation cardiaque létale).

Ces sentiments peuvent être partiellement apaisés, rationalisés par des données médicales concrètes : diagnostic porté, particulière gravité de l'atteinte fœtale, viabilité, résultats d'examens complémentaires , résultats de l'autopsie.

La culpabilité d'avoir commis une faute, de s'inscrire dans un enchaînement de ratés, d'être porteur de traces indélébiles reflète une culpabilité plus ancienne, plus inconsciente.
« C'est vrai qu'une césarienne ça laisse une cicatrice, moi ma cicatrice, elle n'est pas sur mon ventre mais elle est dans ma tête » (I.M.G. en 1998, pour syndrome polymalformatif à 28 S.A.).

Ces patientes s'interrogent sur ce qu'elles ont fait ou pas dans le concret, pendant la grossesse : *« j'ai pris cela comme une punition »* (I.M.G. pour trisomie 18, à 25 S.A. en 1998).

Certaines, se défendent par la dénégation d'une présumée faute commise, ainsi, cette maman porteuse d'une malformation cardiaque, déjà transmise à un premier enfant : *« en ce qui me concerne je ne me suis sentie coupable en aucun cas de la malformation de mon enfant car je n'ai rien fait pour la provoquer »* (I.M.G.en 1999 à 28 SA pour malformation cardiaque létale)

Cette culpabilité semble trouver racine dans le passé, et l'I.M.G. prend une fonction de rappel de traumatismes. Ainsi, cette femme relevant tous les « ratés »

ayant entouré son I.M.G. conclut : *« j'ai eu beaucoup de mal à me concentrer sur ce questionnaire... car les évènements étaient encore douloureux, car j'ai l'impression d'avoir raté plein de choses au moment de l'I.M.G. et Après »* (I.M.G. en 1999, pour malformation cérébrale majeure à 34 SA chez une femme ayant dans ses antécédents 2 fausses couches spontanées après F.I.V.).

Le besoin de représentation :

-au niveau de la grossesse arrêtée et de l'enfant perdu

-au niveau de la parentalité.

L'I.M.G. va provoquer une saturation, une perte des représentations de l'enfant. Au-delà du vide physique : *« je rentrais les bras vides »*, c'est le vide psychique, la saturation qui s'installe : *« j'avais l'impression d'être un fardeau pour ma famille, que personne ne comprenait ma douleur...je me réveillais la nuit croyant l'entendre, avec cet instinct que je devais faire quelque chose...et j'étais perdue, seule. J'avais l'impression de devenir* ***seule*** *».*(I.M.G. en 1999 pour syndrome polymalformatif à 19.5 SA).

Les processus de maternalité conduisant à la préoccupation maternelle primaire sont arrêtés. Ces femmes sont « bloquées » dans leur représentation de la grossesse, de l'enfant, mais aussi de leur parentalité.

Toute l'importance de porter attention, de donner la parole au sujet du non représentable de la mort est introduite ici. MORIN souligne : « le langage est une partie de la totalité humaine mais la totalité humaine se retrouve dans le langage » (75).

« J'ai ressenti un vide vertigineux et l'impossibilité d'en parler, même à mon mari, car je voulais le préserver de la douleur...votre appel téléphonique a été pour moi

un appel à la résurrection. Enfin quelqu'un s'intéresse au problème dans sa globalité »(I.M.G. en 1999 pour trisomie 21 après F.I.V.).

Ceci renvoie au besoin de « materialisation », de « réalisation » de l'enfant dans le discours des femmes. Pour cette dame c'est l'évocation des malformations visibles qui est primordiale, pour cette autre femme ce sera la photo, la possibilité de *« voir le bébé si on le souhaite, de le toucher, de le tenir dans ses bras...je me raccrochais à plein de détails qui faisaient penser à elle »* (I.M.G. en 2000, à 33SA pour monosomie 18).

Il s'agit alors de construire des souvenirs, de materialiser l'enfant perdu ainsi tiré du « Rien ».
Le lien avec les différents intervenants, avec ce lieu Maternité est primordiale comme ultime lien avec l'enfant. Ainsi si certains couples fuient la maternité pour une grossesse suivante, la majorité de ceux qui ont répondu à notre étude, reviennent même après un certain temps annoncer une nouvelle grossesse, être suivis par l'équipe obstétricale.

Ainsi Me L. qui nous a contacté simultanément à sa déclaration de nouvelle grossesse, 3ème geste dont un avec I.M.G. en 1998. Pour elle, il sera primordiale au cours des 6 premiers mois de revenir à la maternité où a eu lieu cette I.M.G. pour un suivi médical et psychologique. Elle pourra remémorer sa grossesse passée, les sensations, les transformations antérieures et actuelles pour sortir de « *l'inquiétante étrangeté* », de l'idée d'un « monstre » qui l'habitait.
Me L. évoque « *la reviviscence imprévue d'émotions au moment des dates butoirs des différentes étapes, tout est revenu, tous les moments qui s'étaient mal passés je me suis laissée aller à ce que j'avais envie de faire : allumer des bougies....j'ai un sentiment de soulagement, d'un poids en moins que je n'avais pas conscience d'avoir, quand on est triste tous les jours on finit par croire que c'est normal ».*

Ces étapes, ces dates sont le dernier lien avec l'enfant perdu et matérialisent l'élaboration psychique de cette grossesse arrêtée. Elle permet à ces femmes d'être mères d'un enfant mort *« j'ai eu l'impression de revivre la grossesse de Marie, maintenant j'ai le sentiment de pouvoir accueillir Clara ».*

Il s'agit de dépasser cette angoisse de solitude et d'abandon dans un travail de représentation.

Ainsi l'importance de visualiser l'enfant, de le toucher, de prendre des photographies, de favoriser son inscription à l'état civil, les rites funéraires doit être reliée à un travail d'élaboration dans une mise en mots autour de cette grossesse arrêtée et de cet enfant perdu. Toutes ces étapes semblent bien, au travers des commentaires libres des patientes, concourir à la mise en route du travail de deuil, passant par la légitimité des parents en tant que tels.

DISCUSSION

La mise en place de cette étude a été le fruit d'une longue réflexion avec les différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire.

L'élaboration du questionnaire a nécessité plusieurs mois de travail car nous savions que son envoi allait, pour nombre de femmes réveiller des souvenirs difficiles et, il était très important pour nous de ne pas les heurter tout en évoquant précisément le déroulement de l'I.M.G..

Une précédente étude a été réalisée à la Maternité régionale de Nancy, par COENT, elle concernait la prise en charge anesthésique des interruptions médicales de grossesse du 2ème et du 3ème trimestre au cours des années 1993 à 1995 (33).
Pour des raisons techniques (méthode d'archivage des dossiers de la Maternité différente avant 1997) mais surtout éthiques (ne pas contacter une deuxième fois les mêmes patientes), nous avons choisi de centrer notre étude sur la période du 1er janvier 1997 au 31 décembre 2000.
Nous avons débuté ce travail de recherche courant 2001.

Lors du contact téléphonique, préalable nécessaire à tout envoi de questionnaire, l'accueil des patientes a été favorable dans la grande majorité des cas (seules 2 patientes parmi les 65 contactées ont opposées un refus immédiat). C'est le plus souvent très spontanément, au cours de l'appel qu'elles ont raconté en détails ce qui leur était arrivé. La plupart des conversations ont duré plus d'un quart d'heure.

Le plus souvent les avis étaient très « tranchés », soit en positif, soit en négatif (ce qui est illustré systématiquement au niveau des échelles de satisfaction par les réponses minimum à 0 et les réponses maximum à 100). Ceci témoigne de l'extrême sensibilité de ces femmes à ce sujet même si l'I.M.G. a eu lieu pour certaines plus de 5 ans auparavant.

Plusieurs femmes nous ont remerciées de les avoir appelées et de leur avoir envoyé le questionnaire. Comme si le retour à ce passé douloureux, des années plus tard, était enfin l'occasion de revivre ces évènements d'une façon différente, apaisée par le recul des années, de rompre avec l'isolement profond dans lequel les plonge cette I.M.G. *« Après votre appel, j'ai fondu en larmes et mon mari m'a prise dans ses bras...on a enfin pu reparler de tout ça »* (I.M.G. en 1999).

Toutes les femmes qui ont accepté l'envoi d'un questionnaire à leur domicile ont été sensibles à l'idée que cette étude pouvait aider d'autres femmes confrontées à une I.M.G. en proposant de modifier certains aspects de la prise en charge.
Cette étude a certes des limites méthodologiques. En effet, pour obtenir une puissance statistique raisonnable, il aurait fallu inclure 150 patientes dans notre étude. En raison de la méthodologie retenue (étude rétrospective), du nombre de patientes qui n'ont pas pu ou pas souhaité être contactées, nous n'avons pas pu remplir totalement les conditions estimées au départ. Ce manque de puissance est à prendre en compte dans l'analyse des résultats.
Après avoir détaillé les résultats statistiques obtenus et analysé les commentaires libres des patientes, nous aimerions discuter dans cette dernière partie les résultats obtenus avec certaines études récentes de la littérature et notre expérience clinique.

En ce qui concerne le profil des patientes de notre étude, il est peu différent de celui de l'étude de l'équipe de l'Institut de Puériculture de Paris (81). Les femmes ont 29 ans en moyenne, sont, le plus souvent, mariées ou vivent en couple, sont majoritairement primipares ou multipares, exercent majoritairement une activité professionnelle. Elles sont originaires des 4 départements de la région Lorraine.

L'information médicale donnée, le plus souvent par l'obstétricien mais aussi parfois par les différents experts en fœtopathologie, est considérée comme facile à comprendre et elle a aidé la majorité des patientes à prendre leur décision. On

remarque que plus le niveau d'études des patientes est élevé plus elles attendent d'informations à propos de la malformation fœtale ;
C'est une décision prise en couple pour 41 femmes parmi les 52 interrogées, en s'en remettant uniquement à l'avis médical pour 4 femmes.

Au cours de l'hospitalisation en elle-même, si l'accompagnement par l'obstétricien reste important, c'est le rôle des sages-femmes et des aides soignantes qui semble prépondérant.
Il semble qu'à ce moment de la prise en charge, c'est l'empathie, la plus grande proximité de ce personnel qui sont recherchées et appréciées, alors qu'avant, la plus grande importance est donnée aux informations médicales qui vont permettre la prise de décision. Même si les trois-quarts des patientes pensent avoir reçu suffisamment d'explications sur le déroulement de l'accouchement, il reste un moment extrêmement redouté. La dimension « affective » de l'accompagnement, la présence du père, l'attention du personnel médical et paramédical sont souhaitées et appréciées. Ne pas être seule dans cette épreuve qui reste un dilemme pour bien des femmes et leur conjoint.

Tout au long des commentaires libres nous n'avons dénombré aucune remarque concernant la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement. Ceci témoigne très vraisemblablement de la qualité de l'analgésie proposée.

Nous constatons, comme le soulignent ROUSSEAU et MOREAU (85), que dans ce moment de particulière acuité émotionnelle, chaque mot, chaque attitude maladroite ou désagréable est perçue de manière délétère, agressive par les patientes, véritable cicatrice indélébile encore bien des années plus tard.
C'est le plus souvent la proposition de voir l'enfant qui peut exacerber cette sensibilité. Si pour certaines patientes, certains couples, cette proposition va de soi (même parfois demandée spontanément), il en va tout autrement pour d'autres

patientes : «U*ne sage-femme m'a gâché mon deuil en me proposant de voir mon enfant », « On a voulu me forcer à voir mon enfant, j'en pleure encore aujourd'hui en vous écrivant ».*

Au vu des commentaires libres des patientes, la présentation ou non de l'enfant nous semble l'objet de questionnements.
Si au travers de la littérature la plupart des auteurs soulignent son importance, nous sommes sensibles à la nuance apportée par BIZOUTE (*« Si le couple considère clairement que cette I.M.G. ne représente pas la mort d'un bébé, mais l'échec d'une grossesse, les incitations répétées à voir le fœtus et à le toucher peuvent être ressenties comme des pressions pour personnaliser un décès qu'ils ne perçoivent pas comme tel et, par conséquent, comme un non-respect de leur position parentale »* (15)) que semblent bien illustrer les paroles de ces femmes.

Pour certains couples, ce refus apparaît comme un mécanisme de défense, un processus d'adaptation à une situation extrêmement stressante, un réflexe de protection contre la dépression. C'est une stratégie d'évitement utile face à une situation incontrôlable afin de ne pas être submergé par la détresse. N'envisager cette dimension que sous l'angle du déni est peut-être alors trop restrictif.

Au vu de notre expérience clinique, il nous semble que ce n'est pas tant le fait de voir ou non le bébé qui est important mais plutôt la qualité de la relation, du lien établi avec l'équipe soignante. C'est la sécurité avec laquelle on va leur parler de leur enfant, de ses malformations qui va pouvoir venir apaiser les parents. Au-delà du fait de voir que leur enfant n'est pas un « monstre », ils peuvent le vérifier dans la manière avec laquelle on en parle. *« Je ne regrette pas de ne pas avoir vu mon enfant. Je ne m'imagine pas avoir fait un « monstre » mais seulement une petite fille dont le cerveau ne lui aurait pas donné la possibilité de vivre »* (I.M.G. en 1998, à 31 SA pour malformations cérébrales sévères).

Ce qui nous semble primordiale pour ces parents c'est de pouvoir inscrire cet enfant en tant que tel dans leur filiation.

Chaque couple, en fonction de son cheminement, de sa sensibilité doit pouvoir choisir librement la façon de le faire. Pour certains, ce sera effectivement de le voir, de le prendre dans leurs bras, pour d'autres, récupérer son bracelet de naissance, une photographie, pour d'autres encore, ce sera simplement connaître son sexe, son poids, sa taille.

Ce qui est important, c'est qu'ils puissent être informés de toutes les dispositions possibles (intérêt ici du livret explicatif remis aux couples depuis le début de l'année 2003) pour faire librement leurs choix et ne pas avoir de regrets, ou du moins le moins possible, par rapport au déroulement de l'I.M.G., pour se sentir acteurs de cet évènement qu'ils n'ont pas choisi de vivre, pour se sentir parents de cet enfant qui meurt avant de naître.

Ce sont ces attitudes qui permettent d'humaniser l'I.M.G. en différenciant chaque prise en charge, chaque couple, chaque histoire.

En 1997, le travail de thèse de COENT mettait l'accent sur l'importance d'une prise en charge psychologique des patientes (33). Cette possibilité est actuellement systématiquement proposée, le plus souvent dès l'annonce du diagnostic.

Une équipe de pédopsychiatres et de psychologues travaille depuis plusieurs années au sein de la Maternité Régionale de Nancy et fait partie à part entière de cette équipe pluridisciplinaire.

Outre la prise en charge des couples qui le souhaitent, le pédopsychiatre effectue un travail de liaison entre les différents intervenants et les patientes. Il siège aux réunions du C.P.D.P.. Il peut être amené à soutenir les équipes lors de situations particulièrement éprouvantes. Il participe par le biais d'enseignements, à la formation du personnel de santé.

Parmi les patientes de notre étude, les ¾ ont rencontré un psychiatre ou un psychologue lors de leur séjour à la maternité. La note de satisfaction accordée à ces entretiens est de 54,05/100.

Avec le recul, plus des deux-tiers des patientes pensent qu'une prise en charge psychologique de cet évènement peut être utile.

Au vu de ces résultats et des commentaires libres des femmes, il semble que le souhait de rencontrer un psychiatre ou un psychologue serait plus important au moment de l'annonce et à distance de l'évènement.

Le moment de l'annonce reste pour les couples le moment le plus douloureux (pour 55,8% des cas). Ce résultat est identique à celui de l'étude parisienne qui a été réalisée, elle, 48 heures après l'I.M.G.. C'est le temps de la sidération psychique, de l'impossibilité de penser, de dire. Cette période d'attente est souvent jugée dans un premier temps trop longue, puis, au travers des commentaires libres, comme utile voire nécessaire à l'élaboration psychique, à la prise de décision. La mise en mots des émotions, du ressenti peut aider ces couples dans leur cheminement, dans la « réalisation » de cet évènement.

Comme nous l'avons vu, le temps de l'hospitalisation ne semble pas le plus propice pour rencontrer ces femmes. La venue du psychiatre est parfois perçue à ce moment là comme intrusive. Les mécanismes de défense mis en place pour lutter contre le traumatisme de cet évènement sont souvent trop puissants.

Si au moment même de l'interruption médicale de grossesse, la patiente est souvent très entourée sur le plan affectif, nous avons été frappées par l'état d'isolement et de dépression latente de nombre de ces patientes plusieurs mois, années après cet évènement. Ce sont les femmes mariées ainsi que celles qui déclarent ne pas avoir pris leurs décisions seules qui pensent le plus souvent qu'un suivi psychologique est utile après une I.M.G. on peut se demander pourquoi. Est-ce parce qu'elles ont été très entourées lors des différentes étapes de l'I.M.G.

qu'elles perçoivent plus, ensuite, le sentiment d'isolement ? Est-ce que les femmes célibataires sont plus déprimées et donc moins dans la demande d'aide ?

C'est à la prise en charge « après coup » qu'il nous semble important de réfléchir. Plusieurs pistes de réflexion nous semblent intéressantes pour que perdure le lien thérapeutique qui a pu s'établir durant le séjour à la Maternité :

- La prise d'un rendez-vous de consultation le même jour que celui fixé par l'obstétricien pour les résultats de l'autopsie, est préconisée par plusieurs équipes. Il a lieu en moyenne 6 à 8 semaines après l'I.M.G et d'après notre étude près de la moitié des femmes reviennent pour cette consultation ;

- Un appel téléphonique, en moyenne quatre semaines après la sortie de la Maternité, peut permettre de faire le point avec la patiente de son état de santé et, si elle en fait la demande, de lui fixer un rendez-vous de consultation ou de l'orienter vers une équipe de secteur proche de son domicile.

  Au cours de notre dernier semestre d'internat, nous avons pu constater l'importance de ce contact téléphonique avec les femmes vues en entretien lors de l'hospitalisation, appel dont elles ont été prévenues avant leur départ du service.

- Une autre approche pourrait être proposée, c'est celle de la constitution d'un groupe de parents confrontés au deuil périnatal. Elle est souhaitée par 53,8% des patientes interrogés (seuls 13,5% y sont opposées). Cet accompagnement existe depuis peu de dans d'autres centres, et notamment au CHR de La Citadelle à Liège en Belgique (72), il semble apporter des perspectives intéressantes. Ces réunions ont un impact individuel et collectif tant au niveau des soignants que des parents.

CONCLUSION

La maternité est une période tout à fait particulière de la femme, de son couple. C'est un moment de rêveries où tous les vœux sont permis, où tous les sentiments sont mêlés. C'est « Le Rêve » de MATISSE et de son modèle *protégé par la lumière de son sommeil.* Invincibilité, toute puissance narcissique rien ne semble pouvoir arriver à la femme enceinte et à l'enfant qu'elle porte.
C'est l' « Espoir » pour KLIMT point de rencontre entre un passé, un présent, un futur, symbolisé par ces visages de femmes peints dans la robe de grossesse mais c'est aussi la crainte, l'angoisse, la mort... A l'annonce d'un diagnostic anténatal de particulière gravité, tout s'effondre, tout est anéanti....

Le cadre législatif, en constante modification au fil des siècles, de l'évolution des progrès scientifiques, des mentalités, de la bioéthique, laisse à la patiente le choix de la décision finale d'interrompre ou non sa grossesse.
Depuis une dizaine d'années les équipes pluridisciplinaires en charge de ces patientes se mobilisent et réfléchissent ensemble à l'amélioration des conditions de réalisation de cet acte.

Si on considère que jusqu'en 1993, ces femmes accouchaient le plus souvent dans leur chambre, sans analgésie péridurale, avec une sédation de la douleur peu ou pas efficace et sans accompagnement particulier, on peut mesurer l'importance du cheminement parcouru.

Aujourd'hui, les équipes des unités anténatales de la Maternité sont formées à cette prise en charge, les élèves sages-femmes y sont sensibilisées au cours de leurs études.
Des réunions ont lieu régulièrement entre les différents protagonistes dans un soucis de constante amélioration.

Les réponses au questionnaire d'étude témoignent de la qualité des soins apportés, reflet de la plus grande sérénité, de la plus grande sécurité des équipes dans l'accompagnement de ces patientes, de leur couple, de leurs familles.
Les sentiments éprouvés lors de cet acte, et notamment ceux de perte et de culpabilité, ne sont certes pas annihilés mais il nous semble que toute les démarches qui vont tendre à redonner à ce couple un sentiment de légitimité de leur décision (description précise, résultats d'autopsie) et de leur parentalité (en particulier en inscrivant cet enfant dans leur filiation) permettent un certain apaisement.
Si le moment le plus douloureux reste l'annonce de la malformation, le séjour à la maternité est celui décrit comme le moins pénible.
Pour un quart des patientes, le retour à domicile est un moment très douloureux. Elles décrivent dans leurs commentaires un sentiment profond d'abandon et d'isolement propice à l'installation d'une symptomatologie dépressive.

Les deux-tiers des patientes pensent qu'un soutien psychologique est nécessaire après un tel évènement (prise en charge psychologique à laquelle elles n'ont pas

souvent adhéré lors de l'hospitalisation) et 53,8% d'entre elles souhaiteraient rencontrer d'autres parents confrontés à la même épreuve.

Si l'importance du suivi psychologique n'est nullement remise en cause par notre étude, il nous semble qu'en fonction du moment de la prise en charge ce soutien va être incarné par des personnes différentes, par des compétences spécifiques. C'est tout le sens de la psychologie médicale au sens large du terme qui s'inscrit ici, c'est tout l'intérêt de la pluridisciplinarité des équipes soignantes.

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur S. ROTHENBURGER, pédopsychiatre à la Maternité Régionale de NANCY.

A Madame M.L. PICHON, sage-femme chef d'unité anténatale de la Maternité Régionale de NANCY.

Au personnel soignant des unités anténatales RICHON 2 et 3 de la Maternité Régionale de NANCY.

A Madame le Docteur J. FRESSON, chef de service du Département d'Information Médicale de la Maternité Régionale de NANCY.

A Madame Maryse SCHUZGER responsable des archives à la Maternité Régionale de NANCY.

A Madame le Docteur E. SPITZ, Professeur de psychologie de la santé, Directrice du laboratoire de recherche, Université de METZ.

A Madame Nicole FISCHER technicienne en informatique au service d'Epidémiologie et d'Evaluation Clinique de l'Hôpital Marin de NANCY.

A Mesdames S.LEGRAND et P. WITTMANN, secrétaires du 2ème secteur infanto-juvénile de Centre Psychothérapique de NANCY.

A Madame le Docteur C. PICHENE, à Messieurs les Docteurs B. KABUTH et J.P. PAREJA et en leurs noms l'Association des Praticiens Hospitaliers du Centre Psychothérapique de NANCY.

A Madame B. MALINGREY et aux laboratoires GSK.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABRAHAM N., TOROK M.
Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis.
In : L'écorce et le noyau.
Paris, Aubier Flammarion, 1978, p.229-251.

2. ABRAHAM N., TOROK M.
Introjecter-incorporer..
In : L'écorce et le noyau.
Paris, Aubier Flammarion, 1978, p.259-275.

3. ABRAHAM N., TOROK M.
« L'objet perdu-moi ». Notions sur l'identification endocryptique.
In : L'écorce et le noyau.
Paris, Aubier Flammarion, 1978, p.295-317.

4. ABRAHAM N., TOROK M.
Notes du séminaire sur l'unité duelle et le fantôme.
In : L'écorce et le noyau.
Paris, Aubier Flammarion, 1978, p.393-433.

5. AUTHIER-ROUX F.
Traces et rituels
In : Ces bébés passés sous silence. A propos des interruptions médicales de grossesse.
Mille et uns bébés, éditions Erès, 1999, n°20, p.47-56.

6. BACQUE M.-F., HANUS M.
Le déroulement du deuil « normal »
In : Le deuil
Que sais-je ?, PUF, 2001, chapitre 3 p.27-35.

7. BACQUE M.-F., HANUS M.
Analyse psychologique du travail de deuil.
In : Le deuil
Que sais-je ?, PUF, 2001, chapitre 4, p.36-42.

8. BACQUE M.-F., HANUS M.
Les complications du deuil
In : Le deuil
Que sais-je ?, PUF, 2001, chapitre 5, p.50

9. BARJOT Ph., LEVY G.
Interruptions médicales de grossesse : bases et fondements éthiques
Contraception Fertilité Sexualité – 1997 – Vol.25, n°1, pp. 37 – 45

10.BAYOUMEU F.
Communication, 7èmes rencontres nancéiennes de gynécologie obstétrique du 3 octobre 1997.

11.BEN SOUSSAN P.
Ces maudits mots dits: la révélation du handicap à la naissance.
In : Naître différent ouvrage rédigé par BEN SOUSSAN P., KORFF SAUSSE S., NELSON J.R., VIAL COURMONT M.
Milles et un bébés, ERES éditions, 1997, p.43-60.

12.BEN SOUSSAN P.
« Ces abandonnés jetés aux heures éternelles ». Des fœtus sans sépulture.
In : Le fœtus exposé, ouvrage rédigé par AUTHIER-ROUX F., BEN SOUSSAN P., FABRE-GRENET M., FONTANGES-DARRIET M., FRYDMAN R.
Mille et uns bébés, éditions Erès, n°18, p.39-62.

13.BENZAKINE Y., SIBONY O.
Interruption médicale de grossesse: de l'Antiquité à nos jours.
Réalités en Gynécologie - Obstétrique - N°28 - Février 1998 pp27 à 29.

14.BERGER D., ODENT S., MILON J. et al.
Interruption thérapeutique de grossesse. Diagnostic et protocoles à propos de 54 cas.
Revue française de gynécologie et d'obstétrique 1991, 86, 7-9, p.498-502.

15.BITOUZE V.
Mort périnatale et processus de deuil
In : Psychopathologie périnatale, ouvrage rédigé sous la direction de BYDLOWSKI M. et CANDILIS D.
PUF, novembre 1998, p.47-57.

16.BLIN D., SOUBIEUX M.-J.
Perte périnatale : deuil, dépression ou mouvement nostalgique
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1999,47 (1-2), p.22-26.

17.BLUMBERG B.D., GOLBUS M.S., HANSON K.H.
The psychological sequelea of abortion performed for a genetic indication.
American journal of obstetrics and gynecology, august 1, 1975, volume 122, number 7, p.799-808.

18.BOUTE O., MANOUVRIER S.
Rôle du médecin généticien et du conseil génétique dans la prise en charge des interruptions médicales de grossesse
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, N°40, décembre 1999 p.28-30.

19.BOWLBY J.
Perte du conjoint
In : Attachement et perte, vol. 3 :La perte, tristesse et dépression.
PUF, 1999, chapitre 6, p.109-147.

20.BOWLBY J.
Perte d'un enfant
In : Attachement et perte, vol. 3 :La perte, tristesse et dépression.
PUF, 1999, chapitre 7, p.148-164.

21.BRIARD M.L.
Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal: les textes de loi.
Médecines Fœtales et Echographie en Gynécologie, N°32, décembre 1997, p. 4 à 9.

22.BRODY H., MEIKLE S., GERRITSE R.
Therapeutic abortion : a prospective study I.
American journal of obstetrics and gynecology, february 1, 1971, volume 109, number 3, p.347-353.

23.BUCOURT M.
Matérialiser l'enfant
Gynécologie internationale, tome 7, n°10, décembre 1998, p.381-384.

24.BYDLOWSKI M.
La relation fœto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus.
In : LEBOVICI S., SOULE M., DIATKINE R., Eds.
Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
Paris : PUF, 1995, p.1881-1891.

25.BYDLOWSKI M.
Les enfants du désir. Le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient.
Psychanalyse à l'université1978 ; 4 (13), p.59-92.

26.BYDLOWSKI M.
La transparence psychique due à la grossesse.
In : La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité.
PUF, 1997, chapitre 2, p.91-99.

27.BYDLOWSKI M.
La dette de vie, enjeu de la filiation féminine.
In : La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité.
PUF, 1997, chapitre 4, p.159-181

28.Circulaire du cabinet santé, cabinet famille et enfance DHOS/DGS/DGGAS n°2002/239, du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré-et postnatale d'une maladie ou d'une malformation p.1 à 8.

29.Code de la Santé Publique:
Livre 2, Chapitre 3 bis, Section 2, p.21.3b03AJ.

30.Code de la santé publique
Livre 2, chapitre 3bis, p21.3b01AU à 21.409AX.

31.Code de la santé publique
Livre 2, chapitre 4, p21.3b01AU à 21.409AX.

32.COEN A.
Interruption thérapeutique de grossesse : problèmes juridiques, éthiques et religieux
Gynécologie Internationale, tome 7 – N°10, décembre 1998, 385-390.

33.COENT D.
Prise en charge anesthésique des interruptions médicales de grossesse des 2èmes et 3èmes trimestres. Evaluation de la qualité des soins. A propos d'une série rétrospective de 86 cas.-147 p.
Thèse de doctorat en médecine, Nancy I, 1997.

34.DAGG P.K.B.
The psychological sequelae of therapeutic abortion-Denied and complated.
The american journal of psychiatry, volume 148, number 5, may 1991, p.578-585.

35.DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M.
Adaptation parentale aux complications obstétricales et néonatales
In : Psychopathologie de la périnatalité
Collection Les âges de la vie, Masson, 1999, p. 458 à 474.

36.DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M.
Le deuil périnatal
In : Psychopathologie de la périnatalité
Collection Les âges de la vie, Masson, 1999, p.474-506.

37.DAYAN J.
« Maman, pourquoi tu pleures ? » Les désordres émotionnels de la grossesse et de la maternité.
Editions Odile JACOB, Février 2002, 301 p.

38.DAVID D.
Le deuil
In : L'interruption de grossesse depuis la loi Veil. Bilan et perspectives.
Sous la direction de P. CESBRON.
Flammarion, 1997, chapitre 7, p.115-116.

39.DUMOULIN M.
L'enfant né après une interruption médicale de grossesse. Déclarations à l'état civil. Prise en charge du corps (autopsie, funérailles...)
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, n°41, mars 2000, p.9-15.

40.DUMOULIN M., VALAT A.S.
L'enfant mort en maternité : les rites d'accompagnement de l'échographie aux funérailles.
In : Mourir avant de n'être ?, sous la direction de FRYDMAN R., FLIS-TREVES M.
Editions Odile JACOB, mai 1997, p.109-138.

41.FLIS-TREVES M.
Deuil et périnatalité
In : Le deuil de maternité,
Editions PLON, 2001, chapitre 1, p.17-30.

42.FRAIBERG S., ADELSON E., SHAPIRO V.
Ghosts in the nursery
Journal of the academy of child psychiatry, summer 1975, vol.XIV, n°3, p.387-421.

43.FREUD S.
Sur la sexualité féminine
In : La vie sexuelle
PUF, 1985, p.139-155.

44.FREUD S.
Pour introduire le narcissisme
In : La vie sexuelle
PUF, 1973, p.81-105.

45.FREUD S.
Deuil et mélancolie
In : Métapsychologie.
Paris, Gallimard, 1993, p.145-171.

46.FREUD S.
Notre attitude à l'égard de la mort.
In : Essais de psychanalyse.
PAYOT, 1951, p.236 à 250.

47.FREUD S.
L'inquiétante étrangeté
In : Essais de psychanalyse appliquée
Gallimard, collection Idées, 1933, p.163-210.

48.GAUTHIER Y.
Du projet d'enfant aux premières semaines de la vie
Perspectives psychanalytiques
In : Psychiatrie périnatale. Parents et bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de la vie, ouvrage collectif sous la direction de MAZET P., LEBOVICI S.
PUF, 1998, p.39-60.

49.GOLD F., DESCAMPS Ph., TOUTAIN A. et al;
Problèmes éthiques soulevés par les pratiques françaises actuelles de l'interruption médicale de grossesse. 1ère partie : étude prospective sur 24 mois au C.H.U. de Tours (76 cas).
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1995, 24, p.586-594.

50.GOLD F., BLOND M.H., HERVE C. et al.
Problèmes éthiques soulevés par les pratiques françaises actuelles de l'interruption médicale de grossesse. 2ème partie : enquête par questionnaire dans 15 C.H.U. français.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1995, 24, p.722-726.

51.GOLD F., HERVE C., TAURELLE R. et al.
Problèmes éthiques soulevés par les pratiques françaises actuelles de l'interruption médicale de grossesse. 3ème partie : contribution à la résolution des dilemmes moraux de la médecine du fœtus.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.,1995, 24, p.727 à 732.

52.GUEDENEY N.
Psychiatrie périnatale: spécificités et apports.
E.M.C. Psychiatrie / Pédopsychiatrie, 37-37-200-B-30, 2002, 5p.

53.GUELFI J.D., LEPINE J.P.
Questionnaire de santé : General Health Questionnary.
In : L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome 1.
Editions médicales Pierre Fabre, p.149 à 153.

54.HASSOUN D.
Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France.
In : L'interruption de grossesse depuis la loi Veil. Bilan et perspectives, Sous la direction de P. CESBRON.
Flammarion, 1997, chapitre 1, p.1-10.

55.HOUZEL D.
Les dimensions de la parentalité
Journal de la psychanalyse, N°21, 1997, p.164-190.

56.KLEIN M.
Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs.
In : Essais de psychanalyse
Paris, Payot, 1978, 452 pages.

57.LAINE J.C., FAURE J.M., HOFFET M., PICOT M.C., BOULOT P.
Pronostic obstétrical après interruptions médicales de grossesse du second et du troisième trimestre
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, N°40, décembre 1999, p.31-34.

58.LAMOUR M., LEBOVICI S.
Les interactions du nourrisson avec ses partenaires: évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutique.
Psychiatrie de l'enfant, XXXIV, 1, 1991, p.171-275.

59.LEGROS J.Ph.
Cette part de l'inconsolable... L'interruption médicale de grossesse et la notion de deuil.
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, N°41, mars 2000, p.22-24.

60.LEGROS J.P.
Quand le diagnostic prénatal devient le cadre d'une indication d'interruption médicale de grossesse.
In : Le diagnostic prénatal. Aspects psychologiques. Sous la direction de DAVID D., GOSME-SEGURET S.
Collection ESF éditions, La vie de l'enfant, octobre 1996, p.43 à 51.

61.LEJEUNE V., LEWIN F., LEPERCQ J., TOURNAIRE M.
Pronostic obstétrical après une interruption médicale de grossesse (IMG)
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, N°21, mars 1995, p.30-34

62.LEON I.G.
The psychoanalytic conceptualisation of perinatal loss: a multidimensional model.
American journal of psychiatry, 149: 11, Novembre 1992, p.1464-1472.

63.LE POULICHET S.
Le concept de narcissisme
In : Enseignement des 7 concepts cruciaux de la psychanalyse, sous la direction de J.D. NASIO.
Editions Payot, 1992, p.69-108.

64.LEWIN F., LEPERCQ J., TOUBAS F.
Interruptions de grossesse aux 2ème et 3ème trimestres. Aspect médical.
In : L'interruption de grossesse depuis la loi Veil. Bilan et perspectives, sous la direction de P. CESBRON.
Flammarion, 1997, ch.7, 109-115.

65.LEWIN F.
Interruptions médicales de grossesse : aspects techniques.
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, N°40, décembre 1999, p.10-12.

66.MAHIEU-CAPUTO D., DUMEZ Y.
L'arrêt de vie in utero
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, N°40, décembre 1999, p15.

67.MARCE L.-V.
Le traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices ;
Editions L'Harmattan, 2002, 390 p.

68.MEUNIER E.
L'entretien pré-IMG
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, n°40, décembre 1999, p.8-9.

69.MIRLESS V. MAHIEU D. VALAT A.S.
Prise en charge des interruptions médicales de grossesse . Un état des lieux.
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, N°40, décembre 1999, p.4 à 7.

70.MOLENAT F.
L'interruption médicale de grossesse : vécu parental et accompagnement
Les cahiers de l'Afrée, 1993, n°6, p.49-54.

71.MOLENAT F., TOUBIN R.M.
Réflexions de pédopsychiatres : bilan de 15 années de collaboration.
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, n°40, décembre 1999.

72.MOLENAT F.
Place des émotions dans les pratiques autour de la naissance : quelle évaluation ?
Les Cahiers de l'Afrée, n°17, janvier 2003, 188 pages.

73.MOREL D.
L'interruption médicale de grossesse ou les erreurs de cigogne.
Psychiatrie française, n°4.93, décembre, p.77-80.

74.MOREL M.F.
IMG: Le point de vue de l'historienne
Médecines Fœtales et Echographie en Gynécologie - N°40 - décembre 1999 p. 38 à 39.

75.MORIN E.
L'identité humaine
In : La méthode. Volume 5, L'humanité de l'humanité.
Seuil, novembre 2001, 288 pages.

76.MULLIEZ N., de PARSEVAL G.
Le deuil périnatal
Abstract Gyneco bimensuel N°164, 15/31, mai 1996, p.33-39.

77.NACHIN C.
Sept thèses sur « les maladies du deuil »
Psychiatrie française, n°4.93, Décembre, p.14-22.

78.NISAND I.
Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. Point de vue.
Médecine fœtale et échographie en Gynécologie, N°32, décembre 1997, p.9 à 11.

79.NISWANDER K. R., SINGER J., SINGER M.
Psychological reaction to therapeutic abortion.
American journal of obstetrics and gynecology, september 1, 1972, volume 114, number 1, p.29-33.

80.PERARD-CUPA D., VALDES L., ABADIE I. et al.
Bébé imaginé et interactions précoces.
Devenir, 1992, 4 (2), p.47-60.

81.PERROTTE F., MIRLESS V., DE VIGAN C., KIEFFER F., MEUNIER E., DAFFOS F.
Interruption médicale de grossesse pour anomalie fœtale. Le point de vue des patientes.
J. Gynecol Obstet Biol Reprod 2000; 29, p.185 à 191.

82.PERSCH M., ABRAR D., LEONARD J. et al.
Interruption médicale de grossesse. Indications et techniques. Etude critique et réflexions à propos de 324 cas.
Revue française de gynécologie et d'obstétrique 1992, 87, 2, p.70-75.

83.RACAMIER P.C., SENS C., CARRETIER L.,
La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum.
Evolution psychiatrique 1961, 26 (4), p.525-570.

84.ROUSSEAU P., FIERENS R.-M.
Evolution du deuil des mères et des familles après mort périnatale.
J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod., 1994, 23, p.166-174.

85.ROUSSEAU P., MOREAU K.
Le deuil périnatal
L'enfant, 1984; 5, p.39-52.

86.ROUSSEAU P.
Les pertes périnatales, la famille, les soignants et la société.
Devenir, volume 7, n°1, 1995, p.31-60.

87.SCHNEIDER S.,ROUSSEY M., ODENT S. et al.
Réflexions sur 10 ans d'interruptions médicales de grossesse (IMG) en Ile-et-Vilaine
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reproduction., 1994, 23, 157-165.

88.SIBERTIN-BLANC D., ROTHENBURGER S.
L'accompagnement psychologique dans les I.M.G. : l'expérience des psychiatres.
Communication aux VIIèmes rencontres nancéiennes de Gynécologie Obstétrique, octobre 1997.

89.SIBERTIN-BLANC D., ROTHENBURGER S.
Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum
Février 2003, 12 pages, à paraître.

90.SIBONY D.
Mères coupables
In : La haine du désir
Editions C. BOURGEOIS, 1984, suite III, p.159-172.

91.SIROL F
La psychiatrie en médecine fœtale.
Psychiatrie française, n°3.94, septembre, p.66-73.

92.SIROL F.
Malaise dans la compassion : l'accompagnement psychologique du diagnostic prénatal, de l'annonce à la décision.
Gynécologie obstétrique et fertilité 2000,28, p.291-301.

93.SOUBIEUX M.-J., SOULE M.
La psychiatrie fœtale.
Psychiatrie française n° 3, 98, Nov.p.31-44

94.SOUBIEUX M.J., SOULE M.
La psychiatrie fœtale
Psychiatrie française, 1998 n°3, p.31-44.

95.SOULE M
L'enfant dans la tête. L'enfant imaginaire.
In : ESF, 1983 : 135-175.

96.SOULE M.
Le psychiatre dans un service de médecine fœtale et de diagnostic anténatal
In : Introduction à la psychiatrie fœtale
ESF, 1992, p.129-140.

97.SOUTOUL J.H., PIERRE F.
Le cadre législatif de l'interruption médicale de grossesse : l'évolution des indications en France.
SYNGOF N°14, juin 1993, p.17.

98.SOUTOUL J.H.
L'interruption médicale de grossesse. Qui décide ? Qui interrompt ? Qui contrôle ? Question au législateur à l'oeuvre.
J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod., 1993, 22, 107-108.

99.SOUTOUL J.H., BODY G., GROMB S, PIERRE F.
L'interruption "dite" thérapeutique de la grossesse sans supports juridiques valables en France
Rev.fr.Gynécol.Obstét., 1991, 86, 11, 701-708.

100.STOLERU S.
La parentification et ses troubles
In : Psychopathologie du bébé, sous la direction de S. LEBOVICI et F. WEIL-HALPERN
PUF, 1989, p.113-130.

101.STOLERU S., MORALES M., GRINSCHPOUN M.F.
De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère-nourrisson.
Psychiatrie de l'enfant, XXVIII, 2, 1985, p.441-484.

102.THOMAIN C.
Remaniements psychologiques au cours des interruptions médicales de grossesse. A propos de neuf patientes prises en charge au C.H.U. de Besançon.
Mémoire du D.E.S. de Psychiatrie, 1998, 122 p.

103.TISSERON S.
Les transmissions familiales de la honte
In : La honte : psychanalyse d'un lien social.
Dunod, Collection psychismes,1992, chapitre 4, p.83-108.

104.TOUBAS M.F.
Particularités de la prise en charge anesthésique des interruptions médicales de grossesse.
Médecine fœtale et échographie en gynécologie, N°40, décembre 1999, p.13-14.

105.VALAT A.S., DUMOULIN M.
Pratiques et rites autour du corps de l'enfant né à l'issue d'une I.M.G.
Médecine Fœtale et Echographie en Gynécologie, N°41, mars 2000, p.3 à 8.

106.VIAL-COURMONT M.
Accueil d'un nouveau-né différent à la maternité
In : Naître différent ouvrage rédigé par BEN SOUSSAN P., KORFF SAUSSE S., NELSON J.R., VIAL COURMONT M.
Milles et un bébés, ERES éditions, 1997, p.33-59.

107.WHITE-VAN MOURIK M.C.A.,CONNOR J.M., FERGUSON-SMITH M.A.
The psychosocial sequelae of a second trimester termination of pregnancy for fetal anormality
Prenatal Diagnosis, 1992, 12, p.189-204.

108.WINNICOTT D.W.
La préoccupation maternelle primaire
In : De la pédiatrie à la psychanalyse.
Paris : Payot, 1969, p.168-174.

109.ZIMBRIS L., BOULOT P., GIACALONE P.L., HOFFET M., SARDA P., MOLENAT F., TOUBIN R.M., MARES P.
Prises en charge des interruptions médicales de grossesse. Evolution de 1986 à 1994.
J. Gynecol Obstet Biol Reprod 1997, 26, p.76-84.

110.ZOLESE G., BLACKER C.V.R.
The psychological complications of thérapeutic abortion
British journal of psychiatry, 1992, 160, p.742-749.

ANNEXES

ANNEXES 1: Questionnaire de l'étude et lettre d'accompagnement

N° d'anonymat

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

- **Date de naissance :**
- **Situation :** Mariée ☐ Vivant en couple ☐ Veuve ☐
  Divorcée ☐ Célibataire ☐
- **Niveau d'étude :** - primaire ☐ .....
  - secondaire ☐ .....
  - baccalauréat ☐ .....
  - études supérieures ☐ .....
- **Profession :** .....
- **Nombre d'enfants :** .....
  leur date de naissance :

INFORMATIONS RECUES AVANT L'HOSPITALISATION:

• **L'information médicale concernant la malformation de l'enfant vous a-t-elle semblé :**

Difficile à comprendre ——————————————— Facile à comprendre

*(mettre une croix sur le trait à l'endroit correspondant à votre degré de compréhension : **par exemple**, si l'information médicale était **moyennement** facile à comprendre :*
Difficile à comprendre ——————X——————Facile à comprendre)

• **A quel moment de la grossesse a eu lieu l'interruption médicale de grossesse ? :**
.....

• **Combien de temps s'est-il écoulé entre la découverte de l'anomalie fœtale et la réalisation de l'interruption médicale de grossesse ?:**.....

• **Ce délai vous a-t-il semblé :**

Trop court ——————————————— Trop long
(mettre une croix sur le trait à l'endroit correspondant à votre sentiment)

• L'information donnée a-t-elle facilité votre prise de décision ?
Oui ☐ Non ☐ Ne peut répondre ☐

• Attendiez-vous autre chose de l'information délivrée ?
Oui ☐ Non ☐ Ne peut répondre ☐

• Si oui qu'en attendiez-vous ?
.....
.....
.....

• Aviez-vous pris cette décision seule ?
Oui ☐ Non ☐

• Quelles autres personnes vous ont aidée dans ce choix ?.....
.....
.....

DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION :

• **L'information médicale sur le déroulement de l'interruption médicale de grossesse** (modalités d'accouchement, technique, durée...) **a-t-elle été** :

Plutôt très insatisfaisante ——————————————————— Plutôt très satisfaisante

(mettre une croix sur le trait à l'endroit correspondant à votre degré de satisfaction)

• Attendiez-vous plus d'informations ? Oui □ Non □

Si oui lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

• **Vous êtes-vous sentie suffisamment accompagnée au moment de l'interruption médicale de grossesse ?**

Par l'obstétricien : Oui □ Non □
Par les sages-femmes : Oui □ Non □
Par les aides-soignantes : Oui □ Non □
Autres personnes : .....

• Quelle forme a pris cet accompagnement ?

Présence physique : Oui □ Non □
Gestes de sympathie : Oui □ Non □
Paroles : Oui □ Non □ Autre : □ .....

• Cet accompagnement correspondait-il à vos attentes ?

Pas du tout ——————————————————— Complètement

(mettre une croix sur le trait à l'endroit correspondant à votre degré de satisfaction)

• Qu'attendiez-vous d'autre comme accompagnement ?

.....

.....

.....

.....

• Le père de l'enfant était-il présent à l'intervention ?

Oui □ Non □

• Souhaitiez-vous sa présence ?

Oui □ Non □

Si l'âge de la grossesse était suffisamment avancé :

• Avez-vous vu votre bébé après l'interruption médicale de grossesse ?
Oui ☐ Non ☐

• Avez-vous souhaité recueillir des informations le concernant ?
Oui ☐ Non ☐

• Avez-vous donné un prénom à votre bébé ?
Oui ☐ Non ☐

• Y a-t-il eu des obsèques ?
Oui ☐ Non ☐

Commentaires :
.....
.....
.....
.....

• **Vous êtes-vous sentie soutenue par :**
Votre conjoint : Oui ☐ Non ☐
Des amis : Oui ☐ Non ☐
Des parents : Oui ☐ Non ☐ Autres : ☐ .....

• **Si vous avez des enfants leur en avez-vous parlé ?**
Oui ☐ Non ☐

Commentaires :
.....
.....
.....

• **Parmi les évènements suivants, quel a été pour vous l'événement le plus pénible ?** (une seule réponse possible) **:**
L'annonce de la malformation : ☐
La prise de décision : ☐
L'interruption médicale de grossesse : ☐
Le séjour à la maternité : ☐
Le retour à domicile : ☐

• Commentaires : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

• **Au cours de l'hospitalisation, avez-vous rencontré un psychiatre ou un psychologue ?**

Oui ☐ Non ☐

• Ces entretiens vous ont-ils semblé :

Très insatisfaisants ——————————————— Très satisfaisants
(mettre une croix sur le trait à l'endroit correspondant à votre degré de satisfaction)

• Commentaires :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

• Le père de l'enfant était-il présent au cours des entretiens ?

Oui ☐ Non ☐

• Souhaitiez-vous sa présence ?

Oui ☐ Non ☐

• Pensez-vous qu'une place suffisante ait été accordée au père de l'enfant ?

Insuffisante ——————————————— Suffisante
(mettre une croix sur le trait à l'endroit correspondant à votre degré de satisfaction)

• Cet accompagnement correspondait-il à vos attentes ?

Pas du tout ——————————————— Complètement
(mettre une croix sur le trait à l'endroit correspondant à votre degré de satisfaction)

• Commentaires :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

APRES L'HOSPITALISATION :

• **Avez-vous rencontré un ou plusieurs membres de l'équipe médicale ?**
Oui ☐ Non ☐
- Si oui, pourquoi ?.....
- Si non, pourquoi ?.....

• Après combien de temps ?
..... jours
..... semaines
..... mois.

• Qui avez-vous rencontré ?
- Obstétricien ☐
- Sage-femme ☐
- Autres ☐ .....

• Commentaires : .....
.....
.....

• **Avez-vous bénéficié d'une prise en charge psychologique après l'hospitalisation ?**
Oui ☐ Non ☐
Si oui, pouvez-vous préciser à quel endroit :
.....
.....
.....

• Avez-vous souhaité poursuivre un suivi psychologique avec l'équipe de la maternité ?
Oui ☐ Non ☐
Pouvez-vous préciser :
.....
.....
.....

• Commentaires :
.....
.....

•**Avez-vous eu recours à des médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs) ?**

Oui ☐ Non ☐

Pouvez-vous préciser le nom de ces médicaments ainsi que la durée de leur prise ?

Noms	Durée	Posologies

• Avec le recul, pensez-vous qu'une prise en charge psychologique après cet événement soit :

Inutile ——————————————————————— Nécessaire
(mettre une croix sur le trait à l'endroit correspondant à votre sentiment)

• Pensez-vous que de rencontrer d'autres parents confrontés à cette situation soit souhaitable ?

Oui ☐ Non ☐

• Pouvez-vous nous citer les événements importants qui se sont déroulés dans votre vie après cet événement ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

• Avez-vous eu d'autres grossesses depuis cette interruption médicale de grossesse ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel en a été leur déroulement ? :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nous aimerions savoir comment d'une manière générale, vous vous êtes portée ces dernières semaines. Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la réponse qui vous semble correspondre le mieux à ce que vous ressentez.

Actuellement :

1 - Etes-vous capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites ?
- ☐ mieux que d'habitude
- ☐ comme d'habitude
- ☐ moins bien que d'habitude
- ☐ beaucoup moins bien que d'habitude

2 - Manquez-vous de sommeil à cause de vos soucis ?
- ☐ pas du tout
- ☐ un peu plus que d'habitude
- ☐ pas plus que d'habitude
- ☐ beaucoup plus que d'habitude

3 - Vous sentez-vous capable de prendre des décisions ?
- ☐ plus que d'habitude
- ☐ moins bien que d'habitude
- ☐ comme d'habitude
- ☐ beaucoup moins que d'habitude

4 - Vous sentez-vous constamment tendue ou stressée ?
- ☐ pas du tout
- ☐ un peu plus que d'habitude
- ☐ pas plus que d'habitude
- ☐ beaucoup plus que d'habitude

5 - Avez-vous le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?
- ☐ plus que d'habitude
- ☐ moins utile que d'habitude
- ☐ comme d'habitude
- ☐ beaucoup moins utile que d'habitude

6 - Avez-vous le sentiment que vous ne pouvez pas surmonter vos difficultés ?
- ☐ pas du tout
- ☐ un peu plus que d'habitude
- ☐ pas plus que d'habitude
- ☐ beaucoup plus que d'habitude

7 - Etes-vous capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?
- ☐ plus que d'habitude
- ☐ moins que d'habitude
- ☐ comme d'habitude
- ☐ bien moins que d'habitude

8 - Etes-vous capable de faire face à vos problèmes ?
- ☐ mieux que d'habitude
- ☐ un peu moins que d'habitude
- ☐ comme d'habitude
- ☐ beaucoup moins que d'habitude

9 - Etes-vous malheureuse et déprimée ?
- ☐ pas du tout
- ☐ un peu plus que d'habitude
- ☐ pas plus que d'habitude
- ☐ beaucoup plus que d'habitude

10 - Perdez-vous confiance en vous même ?
- ☐ pas du tout
- ☐ un peu plus que d'habitude
- ☐ pas plus que d'habitude
- ☐ beaucoup plus que d'habitude

11 - Vous arrive-t-il de vous considérer comme quelqu'un qui n'a pas de valeur ?
- ☐ pas du tout
- ☐ un peu plus que d'habitude
- ☐ pas plus que d'habitude
- ☐ beaucoup plus que d'habitude

12 - Vous sentez-vous raisonnablement heureuse, tout bien considéré ?
- ☐ plus que d'habitude
- ☐ un peu moins que d'habitude
- ☐ comme d'habitude
- ☐ beaucoup moins que d'habitude

Remarques et commentaires libres : .

Nous vous remercions pour votre collaboration.

MATERNITE REGIONALE DE NANCY

CLINIQUE UNIVERSITAIRE
DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Coordonnateur : Pr. Jean-Louis BOUTROY

Nancy, le

Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers

Pr. Jean-Louis BOUTROY
Pr. Philippe JUDLIN
Pr. Patricio MONNIER-BARBARINO
Pr. Michel SCHWEITZER

Praticiens Hospitaliers

Dr. Aurélio BARBARINO
Dr. Gilles BURLET
Dr. Marie-Odile DELAPORTE
Dr. Brigitte FONTAINE
Dr. Michelle GROUSSIN-WEYLAND
Dr. Frédérique GUILLET-MAY
Dr. Antoine KOEBELE
Dr. Alain MITON
Dr. Anne-Marie RIBON
Dr. Annie ZACCABRI

Chefs de Clinique Assistants des Hôpitaux

Dr. Fabienne ABEL - DECOLLOGNE
Dr. Tao-Yung LIN
Dr. Olivier THIEBAUGEORGES

Madame,

Vous avez vécu une interruption médicale de grossesse et l'équipe de la maternité a le souci d'évaluer la prise en charge de cet acte douloureux.

Cette mission nécessite une enquête pour laquelle votre concours nous serait précieux.

Aussi, après avoir recueilli votre consentement par contact téléphonique, nous nous permettons de vous adresser un questionnaire qui, bien entendu, sera anonymisé et bénéficiera de la plus stricte confidentialité. Il a été soumis au comité d'éthique de l'établissement et a bénéficié de son agrément le 27 juin 2001.

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire en toute liberté et de nous le retourner complété dans l'enveloppe ci-jointe.

Cette étude sera réalisée par Mme MANGIARDI A. (Interne de Spécialité en Psychiatrie) et Mme MULLER E (Psychologue) qui se tiendront à votre disposition, si vous le souhaitez, pour répondre à vos questions et recevoir vos commentaires soit par téléphone au (03.83.73.14.24), soit en vous recevant au Centre Médico-Psychologique, 11 Rue de la Madeleine à NANCY.

Nous nous engageons à vous faire parvenir les conclusions de cette étude.

Nous vous remercions pour votre participation et vous prions de croire, Madame, en nos sentiments dévoués.

A.MANGIARDI

E.MULLER

Pr. SCHWEITZER Dr MITON Pr. SIBERTIN-BLANC Dr ROTHENBURGER

10, rue du Docteur Heydenreich - BP 4213 - 54042 NANCY CEDEX (France) - Tél. : 03 83 34 44 44

ANNEXES II : Avis et autorisations rendus par les instances scientifiques et éthiques locales et nationales

MATERNITE REGIONALE A. PINARD

10, rue du Dr Heydenreich – BP 4213 – 54042 NANCY (F) – Tél. : 33(0).383.344.444.

COMITE D'ETHIQUE D'ETABLISSEMENT

Mercredi 5 Décembre 2001, MD

Dr Jean-Michel HASCOËT
Professeur de Pédiatrie
Chef de Service
Président du C.E.E.

Mme Christine BONNEAUX
Surveillante Chef
Secrétaire du C.E.E.

SECRETARIAT
03.83.34.43.77

FAX :
03.83.34.44.11
e-mail :
sec-neonat@maternite.chu-nancy.fr

Madame A. MANGIARDI
Madame E. MULLER
Service de Mr le Professeur SIBERTIN-BLANC
CMP - 1 Avenue Voltaire
54300 LUNEVILLE

Je soussignée, Madame Christine BONNEAUX, certifie que suite aux modifications apportées à sa demande, le Comité d'Éthique de la Maternité Régionale donne à l'unanimité un avis favorable à la réalisation de votre étude :

"Évaluation de l'accompagnement pluridisciplinaire proposé dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse."

Mme Christine BONNEAUX,
Secrétaire du C.E.E.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA RECHERCHE

Secrétariat général
du Comité consultatif sur le traitement
de l'information en matière de recherche
dans le domaine de la santé

Paris, le 3 mai 2002

Réf. : BE/n° 02.357

Recommandé avec AR
Dossier n° 01.328

Monsieur,

Conformément aux dispositions de la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, vous avez adressé au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, un projet de traitement automatisé de données nominatives relatif à une étude intitulée : « Evaluation de l'accompagnement pluridisciplinaire dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse ».

Après examen de votre dossier, le Comité consultatif a émis l'avis ci-joint.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Béatrice EVENO
Secrétaire générale du Comité

Monsieur Michel SCHWEITZER
Maternité régionale de Nancy
10, rue du Docteur Heydenreich
BP 42 13
54042 NANCY Cedex

1, rue Descartes - 75231 PARIS Cedex 05 Tél. : 01.55.55.87.84 Fax : 01.55.55.88.50

R E P U B L I Q U E F R A N C A I S E

M I N I S T E R E D E L A R E C H E R C H E

DIRECTION DE LA RECHERCHE

Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° : 01.328

Intitulé de la demande : Evaluation de l'accompagnement pluridisciplinaire dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse.

Demandeur : Service d'épidémiologie et évaluation cliniques
Hôpital Marin
CHU Nancy
CO n°34
54035 NANCY Cedex

Responsable : Michel SCHWEITZER

Dossier reçu le : 12 avril 2002

Dossier examiné le : 30 avril 2002

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

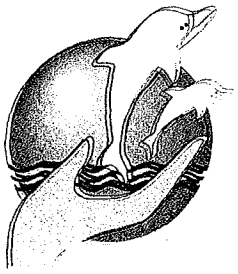
Fait à Paris, le 3 mai 2002

La Présidente du Comité consultatif

Marie-Jeanne MAYAUX

1, rue Descartes - 75231 PARIS Cedex 05 Tél. : 01.55.55.87.84 Fax : 01.55.55.88.50

ANNEXES III : Lettre de restitution des résultats aux patientes ayant participées à l'étude.



MATERNITÉ RÉGIONALE DE NANCY

CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Coordonnateur : Pr Jean-Louis BOUTROY

Nancy, le 2003

SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers

Pr Jean-Louis BOUTROY
Pr Philippe JUDLIN
Pr Patricia MONNIER-BARBARINO
Pr Michel SCHWEITZER

Praticiens Hospitaliers

Dr Aurélio BARBARINO
Dr Gilles BURLET
Dr Marie-Odile DELAPORTE
Dr Brigitte FONTAINE
Dr Michelle GROUSSIN-WEYLAND
Dr Frédérique GUILLET-MAY
Dr Antoine KOEBELE
Dr Alain MITON
Dr Anne-Marie RIBON
Dr Annie ZACCABRI

Chefs de Clinique Assistants des Hôpitaux

Dr Fabienne ABEL-DECOLLOGNE
Dr Olivier THIEBAUGEORGES

Madame,

Votre concours pour la réalisation de notre étude a été précieux.
Votre témoignage nous a permis de mieux connaître votre point de vue concernant l'accompagnement proposé lors de l'interruption médicale de votre grossesse et de mesurer l'importance de parler de ce moment douloureux et de l'inscrire dans votre vie familiale et sociale.

Si la prise en charge médicale à la maternité s'est, pour la plupart des mères, bien déroulé, c'est au retour à domicile, à distance de cet évènement, que ce besoin de parole est le plus important. C'est à cette période qu'un soutien psychologique, paraît, au travers de vos commentaires, le plus souhaité.
Enfin, la place des pères est importante à prendre en compte dans l'accompagnement proposé.

Nous vous remercions de votre participation et nous vous rappelons que l'équipe médicale et psychologique de la Maternité reste à votre disposition.

Nous vous prions de croire, Madame, en l'expression de nos sentiments dévoués.

Mme MANGIARDI A. Mme MULLER E.

Pr. SCHWEITZER Dr. MITON Pr. SIBERTIN-BLANC Dr. ROTHENBURGER

10, rue du Docteur-Heydenreich - BP 4213 - 54042 NANCY Cedex (France) - Tél. : 03 83 34 44 44

VU

NANCY, le **16 avril 2003**
Le Président de Thèse

Professeur **D. SIBERTIN BLANC**

NANCY, le **15 mai 2003**
Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **19 mai 2003**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
par délégation,

Professeur **P. STEINMETZ**

RESUME DE LA THESE :

Les progrès considérables réalisés dans le domaine du diagnostic anténatal permettent aujourd'hui un dépistage de plus en plus précoce et de plus en plus fiable de malformations sévères au cours de la gestation. Un diagnostic de « *particulière gravité* » autorise alors, dans le respect du cadre législatif, le recours à une interruption médicale de grossesse.
La qualité de l'accompagnement proposé aux patientes qui vivent cet évènement est un souci permanent des équipes obstétricales qui en assurent la prise en charge.
Après avoir décrit les remaniements psychologiques observés au cours de la grossesse et les particularités du deuil en période périnatale, l'auteur présentera les résultats d'une étude réalisée au sein de la Maternité Régionale de Nancy.
Cette étude rétrospective tente d'évaluer le degré de satisfaction mais aussi le retentissement de ce geste pour ces femmes, leur couple, leur famille. Elle espère restituer aux équipes des unités anténatales le point de vue des patientes concernant l'accompagnement pluridisciplinaire proposé.

TITRE EN ANGLAIS :

Multi-disciplinary accompaniment suggested as part of the medical interruption of pregnancy : The patients point of view.
About a retrospective serie of 146 cases.

THESE : MEDECINE SPECIALISEE-ANNEE 2003

MOTS CLEFS : Interruption Médicale de Grossesse - Psychopathologie-Accompagnement – Pluridisciplinarité.

Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cédex.