

Ecole de sage-femme René Rouchy

Université de médecine d'Angers

La perte fœtale au deuxième trimestre de la grossesse :

Impact chez le couple parental



Mémoire présenté et soutenu par Marie-Liesse Roche-Bruyn

Sous la direction du docteur Pierre-Emmanuel Bouet

Diplôme d'Etat de sage-femme

Année universitaire 2012/2013



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Marie-Liesse Roche-Bruyn, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.

Remerciements

Je remercie le Docteur Pierre-Emmanuel Bouet, directeur de mémoire, pour sa contribution à l'élaboration de ce projet et ses conseils avisés.

Je remercie les pères et les mères qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et qui n'ont pas hésité à me faire part de leur vécu personnel pour un sujet émotionnellement si difficile. Je les remercie également pour les fréquents petits mots d'encouragements.

Je remercie Katia Nardin, psychologue en maternité au CHU d'Angers, pour le temps qu'elle m'a consacré et la présentation toute particulière de 4 histoires de couples ayant vécu ces « situations traumatisantes ».

Je remercie mon petit frère Vianney, de son aide précieuse pour l'orthographe, la syntaxe et la pagination de ce mémoire.

Sommaire

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	5
PARTIE 1	7
I. <i>Quand naissance et mort ne font qu'un :</i>	<i>8</i>
II. <i>Le deuil, concept et clinique :</i>	<i>15</i>
III. <i>Les spécificités du deuil périnatal :</i>	<i>19</i>
PARTIE 2	22
MATERIELS ET METHODES.....	23
I. <i>Les objectifs de l'étude :</i>	<i>23</i>
II. <i>Matériels :</i>	<i>23</i>
III. <i>Population et méthode :</i>	<i>25</i>
IV. <i>Notre étude.....</i>	<i>27</i>
RESULTATS.....	28
I. <i>Etude des dossiers obstétricaux :</i>	<i>29</i>
II. <i>Les résultats du PSS-I.....</i>	<i>37</i>
DISCUSSION	42
UNE ETUDE MEDICALE	43
I. <i>Les caractéristiques de la population.....</i>	<i>43</i>
I. <i>L'histoire de la grossesse :</i>	<i>45</i>
II. <i>Les étiologies retrouvées :</i>	<i>46</i>
III. <i>Le bilan de mort fœtale in utero:</i>	<i>47</i>
QUAND LA MORT L'EMPORTE SUR LA VIE.....	48
I. <i>Le deuxième trimestre de la grossesse, quelle place donné à « ce » qui fut porté :</i>	<i>48</i>
II. <i>« Un évènement traumatisant » ? Quel impact sur le couple :</i>	<i>52</i>
III. <i>Le monde extérieur, quel danger ?</i>	<i>57</i>
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE	61
ANNEXES	63
ANNEXE 1.....	64
ANNEXE 2.....	68
RESUME	70

Introduction

La maternité est certainement, de tous les services hospitaliers, celui où l'on s'attend le moins à être confronté à la mort. La profession de sage-femme est souvent considérée comme « le plus beau métier du monde » par notre société. Elle nous évoque dans un premier temps, l'accompagnement d'évènements heureux, la mise au monde et l'entrée dans la vie. Malheureusement à tout moment ces évènements heureux peuvent être interrompus par un arrêt brutal de la grossesse, appelé fausse couche tardive ou mort fœtale *in utero*. Le choc est alors violent, inattendu et souvent incompréhensible.

Notre intérêt s'est porté sur l'impact psychologique que peut avoir cet « évènement » sur un couple l'ayant vécu. Les sujets de cette étude sont plus particulièrement les couples ayant affrontés cet arrêt brutal, entre 15 et 24 semaines d'aménorrhées (SA), c'est-à-dire chez un fœtus qui n'était pas encore viable.

Dans un premier temps, nous reverrons, de manière plus générale, quelques points théoriques concernant la fausse couche tardive et la mort fœtale *in utero*, leur prise en charge, quelques concepts du deuil ainsi que les spécificités du deuil périnatal.

Dans une deuxième partie, nous présenterons les résultats obstétricaux concernant la population étudiée.

Puis nous verrons les résultats obtenus à la suite d'un questionnaire envoyé à domicile, appuyé de quelques témoignages de parents ainsi que ceux issus d'entretiens avec une des psychologues du service de maternité, Katia Nardin. Les questionnaires ont été adressés aux pères et aux mères ayant été confrontés à l'un de ces "évènements traumatisants".

Ce travail consistera donc à étudier 3 hypothèses :

- ✓ La difficulté rencontrée, pour toute personne confrontée à l'accompagnement des couples ayant subi "ce" type d'épreuve, à définir le "ce" extrêmement complexe pour notre société, les professionnels de santé, et les parents en particulier.
- ✓ La difficulté pour le couple de vivre cette étape ensemble mais de manière différente. Et également plus particulièrement, peut-être, la difficulté du père, à la fois *pater familias* et *pater doloris*.
- ✓ Les difficultés principales, auxquelles il semble que les parents soient confrontées, semble être la non reconnaissance de leur parentalité et l'impossibilité de dialoguer autour de "cette" étape de leur vie, de « ce quelque chose » qui n'a souvent pas existé aux yeux du monde extérieur.

Enfin, suite à l'analyse des résultats, nous nous interrogerons sur le rôle de la sage-femme lors de ces "événements traumatisants". Un rôle alliant une prise en charge à la fois individuelle et de couple.

Partie 1

De la fausse couche tardive et de la mort fœtale *in utero* entre 15 et 24 semaines d'aménorrhées, quelques concepts de deuil et particularités du deuil périnatal.

I. Quand naissance et mort ne font qu'un :

Le réflexe commun, en parlant de la grossesse et l'accouchement est de penser dans un tout premier temps, à l'entrée dans la vie. Cependant, en tant que sages-femmes, nous pouvons être confrontées, à tout moment, au décès d'un fœtus avant même qu'il ne soit né.

Nous allons dans un premier temps, définir ce qu'est la fausse-couche tardive et la mort *in utero* entre 15 et 24 SA et nous montrerons un exemple de prise en charge globale.

Après avoir suivi une approche théorique du deuil nous expliciterons quelques particularités du deuil périnatal.

1. Définitions et diagnostics :

1.1. Définitions :

1.1.1. La fausse couche spontanée tardive :

La « fausse couche spontanée tardive » est définie comme l'« expulsion spontanée d'un fœtus entre 14 et 22 semaines d'aménorrhées ». On pourrait également y inclure les accouchements dits « prématurissimes » entre 22 et 24 SA (c'est-à-dire avant un terme de viabilité raisonnable). **(1)**

1.1.2. La mort fœtale *in utero* :

La « mort fœtale *in utero* » est définie par « l'arrêt de l'activité cardiaque fœtale au-delà de 14 semaines d'aménorrhées avec un fœtus dont les mensurations échographiques correspondent effectivement à ce terme de plus de 14 semaines d'aménorrhées » **(1)**, pour les distinguer d'une grossesse arrêtée précocement qui aurait été découverte plus tardivement.

1.2. Diagnostic :

1.2.1. La fausse couche spontanée tardive :

- Elle est cliniquement évidente :
 - ✓ modifications cervicales
 - ✓ protrusion de la poche des eaux
 - ✓ contractions utérines ou douleurs abdominales ou pelviennes

NB : elle peut être précédée d'une rupture prématurée des membranes quelques heures ou jours auparavant.

- Il est important de savoir si le fœtus présentait encore une activité cardiaque à l'arrivée à la maternité, afin d'exclure une mise en travail à distance, comme lors d'une mort fœtale *in utero*. (il s'agit d'un diagnostic différentiel qui est capital pour le bilan étiologique et la prise en charge ultérieure).

1.2.2. La mort fœtale *in utero* :

Le diagnostic de la mort fœtale *in utero* est uniquement échographique : c'est l'absence d'activité cardiaque chez le fœtus de plus de 14 SA.

Mais il peut être suspecté cliniquement devant une disparition des mouvements actifs fœtaux.

2. Conduite à tenir immédiate :

2.1. La fausse couche tardive :

Lorsqu'une fausse couche se produit ou devient inévitable, la conduite à tenir vise :

- En premier lieu à informer les parents de l'évolution prévisible dans l'immédiat et à distance et à accompagner cette situation de deuil.

- Cette étape est difficile à cause du manque de temps disponible le plus souvent, pourtant, elle est très importante pour les parents.

Elle consiste à informer ceux-ci que l'enfant attendu ne vivra pas car il va décéder au cours du travail ou rapidement après la naissance.

- L'information porte ensuite sur le déroulement de la fausse couche spontanée, proche de celui d'un accouchement « physiologique », et de l'utilité de réaliser une anesthésie, idéalement locorégionale. L'information porte aussi sur la nécessité des examens complémentaires maternels et fœtaux.

- Puis à prendre en charge la douleur et les difficultés et/ou complications éventuelles dans le déroulement de la fausse couche. L'analgésie péridurale semble le plus souvent nécessaire à une bonne prise en charge. Elle est essentiellement utile pour la réalisation de manœuvres lors de l'expulsion - ceci n'est pas exceptionnel avec des fœtus de petite taille qui peuvent se trouver en présentation du siège (avec un risque de rétention de tête dernière), ou en présentation transverse (ce qui nécessiterait une version par manœuvre interne). Elle permet également la réalisation soigneuse d'une révision utérine.

-Enfin à rechercher d'éventuels éléments d'orientation vers une cause possible à cette fausse couche. Ce qui a pour but d'orienter au mieux le suivi et les interventions médicales éventuelles au cours de la grossesse suivante. Ces éléments sont basés sur l'anamnèse, un examen clinique rigoureux suivi d'examens complémentaires. **(1)**

2.2. La mort *in utero* :

De même que pour la conduite à tenir immédiate dans le cas d'une fausse couche tardive, nous verrons celle de la mort *in utero* selon trois angles :

- Premier angle : l'accompagnement psychologique de la patiente et du couple, en commençant par l'annonce du diagnostic.

- Il existe deux contextes pour cette annonce. Elle peut parfois se faire dans un contexte d'urgence où l'aspect de sauvetage maternel l'emporte sur l'aspect émotionnel de la mort *in utero*. Mais le plus souvent, la santé de la mère n'est pas en danger dans l'immédiat, ce qui peut laisser du temps aux explications et aux questions des parents.

- Généralement la mort fœtale *in utero* est découverte de manière fortuite ou sans

aucun élément annonciateur ce qui rend l'annonce d'autant plus difficile que le décès est perçu comme plus douloureux, puisque incompréhensible et inattendu.

-Deuxième angle : les modalités de déclenchements, privilégiant la préservation du pronostic obstétrical ultérieur et la possibilité d'examen fœtopathologique et placentaire, sont à étudier.

➤ L'évacuation utérine doit parfois être réalisée de manière urgente (césarienne), en particulier dans le cas d'HRP (hématome rétro-placentaire) aggravé par des troubles de la coagulation. Les possibilités d'obtention d'un accouchement par voie basse doivent néanmoins être privilégiées dans la mesure du possible, afin de faciliter les suites immédiates, tant sur le plan physique que psychologique, et de préserver le pronostic obstétrical ultérieur.

➤ En l'absence de situation d'urgence il conviendra de faire un bilan d'hémostase de base à la recherche de trouble de coagulation. Bilan qui devra être répété si le déclenchement est fait quelques jours après le diagnostic de mort *in utero* pour éviter une éventuelle décompensation maternelle, autrement dit, afin de laisser aux parents le temps d'accueillir cette annonce et de se préparer à la suite de la prise en charge.

➤ Les modalités habituelles de déclenchement reposent sur l'utilisation de mifépristone suivie de prostaglandines. Les doses et les délais seront modifiés en fonction des circonstances telles que l'âge gestationnel, une éventuelle sur-distension utérine et surtout l'existence d'un utérus cicatriciel.

-Dernier angle : le bilan étiologique.

➤ Le principe n'étant pas de réaliser un bilan exhaustif au moment même de la mort fœtale *in utero* mais de rechercher des éléments étiologiques qui ne pourront plus être recherchés par la suite. Il repose sur des éléments cliniques (contexte infectieux : fièvre maternelle, écoulement de liquide amniotique, éruption cutanée maternelle ; contexte vasculaire : hypertension maternelle, protéinurie, retard de croissance intra-utérin, dopplers utérins pathologiques... ; contexte traumatique ou iatrogène). Il convient de faire également quelques examens complémentaires. Certains examens sont à réaliser immédiatement et systématiquement : test de Kleihauer à la recherche d'une hémorragie fœto-maternelle ; examen bactériologique et anatomopathologique du placenta ; hémocultures en cas de signes infectieux, avec une recherche particulière de *listeria* ; examen fœtopathologique, après avoir informé les parents de son importance et après avoir recueilli leur consentement dûment signé. A défaut d'examen fœtopathologique, une description du fœtus, aussi minutieuse que possible, doit être faite à la recherche d'éventuelles malformations externes.

➤ Le reste du bilan pourra être entrepris à distance de la mort *in utero*, regroupant les examens à réaliser éventuellement (comme par exemple un bilan complet de thrombophilie), guidés par les résultats de l'examen fœtopathologique (si possible) et d'autres examens réalisés immédiatement après le mort *in utero*. (1)

3. Législation face à la mort en périnatalité :

3.1. Le statut juridique du corps fœtal :

3.1.1. Fœtus mort-né avant 22 SA et/ou pesant moins de 500g :

- Seront systématiquement faits : photos, description, mesures et radios du fœtus, examen fœtal et examen des organes. Le fœtus est considéré comme « pièce anatomique ».
- Il fait l'objet d'une simple déclaration administrative. Aucun acte d'état civil n'est établi, l'établissement de soins pouvant néanmoins fournir aux parents qui le souhaitent un certificat d'accouchement d'un enfant né mort et non viable.
- La famille a 2 choix :
 - ✓ Le fœtus est inscrit sur le registre des pièces anatomiques par l'agent de la chambre mortuaire et éliminé à la charge de l'établissement par le circuit des pièces anatomiques identifiables.
 - ✓ Le corps du fœtus est remis à la famille après restauration tégumentaire, selon le souhait des parents ; il sera alors incinéré ou inhumé.

3.1.2. Fœtus mort-né après 22 SA et/ ou pesant plus de 500g :

- Seront de même systématiquement réalisés : photos, radios, examen clinique du fœtus. En revanche les examens complémentaires et prélèvement spécifiques ne peuvent être faits sans l'accord parental.
- De même que précédemment, la famille peut choisir entre deux options :
 - ✓ Ou bien le corps est confié à l'hôpital pour incinération ;
 - ✓ Ou alors il est enregistré au registre des enfants sans vie et les obsèques seront à charge des parents.

3.1.3. Fœtus né vivant puis décédé avant 22 SA et/ou pesant moins de 500g :

La prise en charge est la même que pour un fœtus mort-né après 22SA et/ou pesant plus de 500g.

3.1.4. Fœtus né vivant puis décédé après 22 SA et /ou pesant plus de 500g :

- Le fœtus est inscrit « né puis décédé » à l'état civil.
- Les obsèques sont obligatoirement à charge des parents.
- L'autopsie est soumise aux réglementations inscrites dans les lois de bioéthique de 2004.

N.B. Dans tous les cas, seul les 10 jours suivant le décès sont laissés aux parents pour réclamer le corps avant que l'établissement de santé ne procède à l'incinération.

(1 et 2)

3.2. Les droits parentaux :

Les droits sociaux sont très différents selon l'état de viabilité du fœtus au moment du décès (le seuil de viabilité étant un terme de grossesse supérieur ou égal à 22 SA ou un fœtus dont les poids est supérieur ou égal à 500 g).

3.2.1. Les droits maternels :

3.2.1.1. **En cas de perte d'un fœtus « viable » :**

Les droits sociaux sont quasi-identiques au cas de naissance vivante :

- ✓ La prise en charge de l'hospitalisation par la Sécurité sociale est faite à 100%, dans le cadre d'une maternité
- ✓ La femme a droit à la totalité de ses congés de maternité (calculés à partir de la date théorique prévue de l'accouchement), majorés s'il s'agit d'un 3^e enfant. Les deux parents ont droit au congé parental.

À noter que cet enfant né sans vie ne sera pas pris en compte pour le calcul de la retraite, mais qu'il peut être déclaré dans le cadre d'une déclaration d'impôts sur le revenu sur l'année en cours uniquement.

3.2.1.2. **En cas de perte d'un fœtus non viable :**

Dans ce cas :

- ✓ La prise en charge de l'hospitalisation par la Sécurité sociale se fait à 75%, comme pour une maladie
- ✓ La patiente n'a pas droit à des congés de maternité, mais peut bénéficier d'un arrêt maladie dont la durée est fixée par le médecin. Elle a l'obligation d'adresser à la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) et à la CNAF (Caisse nationale des allocations familiales) son certificat de grossesse.

Cette grossesse, non comptée en parité pour le calcul des congés maternités d'éventuelles grossesses ultérieures, ne donne pas droit au congé parental pas plus qu'à une déclaration au service de l'impôt sur le revenu ou aux organismes de retraite.

3.2.2. Les droits paternels :

3.2.2.1. **En cas de perte d'un fœtus « viable » :**

Le congé paternité, complétant les 3 jours d'absence autorisés par le Code du travail, est d'une durée maximale de :

- 11 jours consécutifs au plus (samedi, dimanche et jours fériés compris) pour un enfant ;
- 18 jours consécutifs au plus (mêmes conditions) pour une naissance multiple.

Il peut débuter immédiatement après les trois jours ou à tout autre moment dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant.

Ce congé peut durer moins de onze jours si le père le souhaite mais il reste non-fractionnable et doit débuter impérativement dans les quatre mois qui suivent la naissance.

Si l'enfant est mort-né, plus particulièrement, le père peut désormais bénéficier du congé paternité sous réserve de fournir à la CNAM la copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort et viable. (3)

3.2.2.2. En cas de perte d'un fœtus « non viable » :

Le père ne peut bénéficier que des 3 jours d'absence autorisés par le Code du travail, sous réserve de la présentation d'un certificat d'accouchement.

(2 et 3)

II. Le deuil, concept et clinique :

1. Le travail de deuil, généralités :

La théorie du deuil est un élément capital du fondement de l'accompagnement psychologique des pertes fœtales (fausse couches et/ou mort *in utero*).

1.1. Le travail de deuil est universel :

Les nombreuses études anthropologiques n'ont identifié aucune société humaine dont les membres ne manifestent pas de signes de deuil malgré l'immense variation dans les manières de l'exprimer. (4)

1.2. Un deuil nécessaire et incontournable :

Le sujet ne recouvrera sa capacité de vivre et d'aimer qu'au terme d'un travail de déliaison-reliaison que nous ne pouvons soutenir qu'en étant conscient du fait que toute perte est une blessure qui, pour cicatriser, doit être ouverte. Le deuil est donc un phénomène naturel de cicatrisation mentale. (5)

1.3. Le travail de deuil a besoin d'être soutenu par des rituels :

Dans une société où il semble parfois qu'il « ne convient plus d'afficher sa peine ou même d'en éprouver » (6), nous observons l'émergence de nouveaux rites de passage, notamment autour de la présentation d'un enfant mort-né, de son inscription au livret de famille et donc de la possibilité de lui donner un nom, la Mort ne pouvant s'inscrire dans le vide.

1.4. Le deuil ne va pas de soi :

En effet, le travail de deuil est une expérience très déstabilisante. Il s'inscrit dans la durée, durée ni quantifiable, ni prévisible, qui peine à trouver sa place dans les exigences de la vie quotidienne.

Ce travail de deuil est très douloureux et s'accompagne d'une intense fatigue physique et psychique. De plus, tout deuil réactive les souffrances passées.

Le travail de deuil, comme nous l'avons souligné auparavant, est incontournable et a besoin de « l'autre » (la personne décédée) pour s'exprimer. Il est inquiétant pour le sujet lui-même et malheureusement souvent mal soutenu par une société en perte de rituels, peu respectueuse des temps psychiques et dévalorisant le statut des émotions. Le sujet a alors tendance à se retirer d'une situation complexe et accablante en évitant les stimulations qui rappellent la perte. Nous sommes alors confrontés à un paradoxe : « afin de moins souffrir, le sujet neutralise ses affects, niant la réalité de l'événement ; or seule la reconnaissance affective de la réalité de la perte permet la mise en route du travail de deuil » **(6)** dont nous avons souligné l'aspect incontournable auparavant.

2. Les processus psychique du deuil, et son expression clinique :

Accompagner une personne en deuil nécessite une bonne connaissance des éléments susceptibles d'être rencontrés dans ce processus, tout en tenant compte des particularités individuelles.

2.1. L'expression clinique du deuil :

On peut schématiquement le classer en quatre phases :

2.1.1. Première phase :

C'est le stade de la sidération, de refus de la réalité : on parle souvent d'état de choc. Cette phase peut durer de quelques heures à quelques jours. Elle se caractérise par un aspect d'incrédulité et un ralentissement psychomoteur. Si cette situation persiste, elle peut aboutir au déni de la réalité.

2.1.2. Deuxième phase :

C'est le moment de la nostalgie ; c'est ici que vont s'exprimer de nombreuses émotions : colère, tristesse, peur, culpabilité. Les pleurs y sont présents et importants. Cette phase peut durer plusieurs semaines.

2.1.3. Troisième phase :

La désorganisation ; elle est accompagnée de sentiments de désespoir. Il est important ici de bien voir que nous ne sommes pas face à un état dépressif.

[N.B. Sur le plan clinique, lors de ces deux dernières phases, différents signes peuvent s'observer, même si parfois les seuls visibles sont d'ordre somatiques avec une altération de l'état général :

- ✓ Perturbation du sommeil, de l'appétit
- ✓ Multiples infections (diminution de l'immunité), douleurs diverses, intense fatigue... traduisent tous le stress corporel.
- ✓ Ralentissement physique et intellectuel, accompagné d'une grande difficulté de concentration.
- ✓ Anhédonie (du grec *an-hedoniê* : perte du plaisir), souvent jugée par le sujet – à tort – comme définitive.
- ✓ Tendance au repli sur soi, à l'inhibition
- ✓ Tristesse intense, avec de possibles idées suicidaires, liées au désir de mettre fin à cette souffrance et de retrouver l'autre.
- ✓ Possible diminution de l'estime de soi.
- ✓ État d'anxiété, souvent lié aux symptômes précédents... **(6)**

2.1.4. Quatrième phase :

C'est enfin le temps de l'acceptation de la réalité, du réinvestissement social ; il s'agit d'une réorganisation de la vie en l'absence de la grossesse et de l'enfant. Ce désir de réinvestissement se manifeste en général durant le sommeil paradoxal, le sommeil du rêve. (7)

Les souvenirs apporteront alors plus de plaisir que de douleur, ils s'exprimeront plus sur le versant nostalgique.

L'élaboration du deuil ne signifie en rien l'oubli : une cicatrice demeure qui peut se raviver dans certaines conditions, mais la perte n'envahit plus le quotidien des endeuillés.

En revanche, une personne n'ayant pas traversé cette souffrance de la perte restera dans l'évitement et ne pourra l'évoquer si ce n'est sur un mode totalement désaffecté. (6)

2.2. Le processus psychique du deuil :

Trois mouvements psychiques sont indispensables au processus de deuil (le deuil périnatal est malheureusement peu propice à leur déploiement).

2.2.1. La reconnaissance de la réalité :

La réalité de la perte (difficile à appréhender pour un bébé mort *in utero*, et la reconnaissance de la réalité psychique entraînée par la perte, s'expriment par des changements intérieurs qui sont souvent inquiétants « est-ce normal docteur, » « Ne suis-je pas folle/fou ? ». Ils sont souvent accompagnés par beaucoup de culpabilité, la jalousie, la colère, les peurs multiples. « Je n'aime pas me voir comme ça, » peuvent dire certains parents.

2.2.2. Le renforcement de l'intériorisation de la relation :

Il se fait par les identifications et la remémoration. Lors d'un deuil périnatal les supports de remémoration sont hélas peu nombreux.

2.2.3. L'élaboration des sentiments de culpabilité :

On distingue deux sortes de culpabilités :

- La « culpabilité inconsciente », qu'il faut lier à l'ambivalence. Ceci explique son intensité lors d'un décès survenu dans des conditions conflictuelles ou au cours d'une grossesse dont le vécu est ambivalent.
- La « culpabilité consciente », en lien avec les regrets de ce qui a été ou n'a pas été fait. Tout ce qui a été vécu au cours de la grossesse et de l'accouchement est alors passé au crible.

III. Les spécificités du deuil périnatal :

La clinique des décès périnataux montre que les réactions de deuil des parents existent tout autant pour des enfants qui n'ont pas vécus.

1. Le fœtus, star de cinéma :

Le deuil périnatal est un deuil souvent difficile à comprendre pour ceux qui ne l'ont pas expérimenté. De fait, essayons de comprendre pourquoi l'être qui n'a pas d'identité selon la loi suscite de telles questions face au deuil de ses parents.

Premier point : en 1821, le fœtus est devenu réalité quand Jacques-Alexandre Lejumeau de Kergaradec est le premier à distinguer les bruits de son cœur.

Puis c'est un gynécologue écossais, Ian Donald, qui invente l'échographie. On ne pouvait se représenter alors qu'un fœtus aux contours grossiers qui s'approchait plus du brouillon que du dessin, et laissaient à l'imaginaire toute sa place.

Aujourd'hui, les progrès accomplis nous donnent des images extrêmement précises, en couleurs et en relief. Des centres dits « d'échographie-spectacle », à but non-médical, prolifèrent depuis quelques années. Ils proposent de voir le fœtus filmé en trois dimensions dans l'utérus. Les futurs parents reçoivent même un DVD en souvenir. Mais, il est à rappeler tout de même que la plupart des parents ne bénéficient « que » d'échographies médicales, réalisées aux 12^e, 22^e, et 32^e semaines, échographies qui ont pour objectif de vérifier le bon développement du fœtus et de détecter d'éventuelles malformations. (8)

L'échographie dite médicale est donc importante dans la prise en charge de la mère et de l'enfant pendant la grossesse et en prévision de la naissance de celui-ci. Mais, du côté des parents, ces images échographiques sont très souvent comme des premières photos de l'album de famille. Elles sont également quelquefois la seule trace d'existence d'un être attendu et mort avant d'avoir vécu.

2. Faire le deuil d'un enfant mort avant même d'être né :

Le deuil d'une personne n'ayant pas vécu, c'est-à-dire d'un fœtus décédé avant de naître, se distingue du deuil d'un défunt qui a une histoire au sein de la famille. Nous constatons plusieurs différences, importantes à prendre en compte. En effet, elles compliquent le processus de deuil chez le couple parental. Quatre différences sont à noter :

- Il n'y a pas de passé commun ni de souvenirs.

Habituellement, tout le travail de deuil se fait par l'intermédiaire d'une reconstruction intérieure à partir des traces laissées par la personne disparue au cours de sa vie, même si elle a été courte. Dans le cas d'une mort fœtale *in utero* ou d'une fausse couche tardive, l'enfant n'a pas vécu à l'extérieur du ventre de la mère ou très peu. Chantal HAUSSAIRE-NIQUET explique que, « la présence n'[ayant pas existé, il] n'y a pas eu de vie partagée, de liens concrets, visibles, pas de regards échangés, pas de traces évidentes ». (9)

- Le couple parental doit donc faire le deuil d'un enfant qui n'a existé que dans leur imaginaire.

Selon Michel SOULE, « l'enfant imaginaire » existe dans nos esprits depuis tout petit. Il est idéal, parfait et présente toutes les qualités. Cette perception peut varier selon l'environnement social, culturel et familial dans lequel chacun évolue.

Dès le moment où nous annonçons le décès *in utero* du fœtus, ou le risque de décès à court terme de celui-ci, les parents doivent faire le deuil de toutes les projections faites autour de l'enfant, voire de l'idée d'accéder à la parentalité.

En effet, contrairement au décès d'un enfant ayant vécu plus ou moins longtemps auprès des parents, le couple n'a pas eu l'occasion d'accomplir ne serait-ce qu'une partie de leurs projets et de connaître le sentiment d'être père ou mère. (10)

- Suite à la découverte et à l'annonce de la mort fœtale *in utero*, une médicalisation se met en place.

Un bilan étiologique est nécessaire. De plus l'accouchement de l'enfant aura été précédé de nombreux gestes médicaux : mise en place d'un traitement par voie orale puis, plus ou moins, par voie intra-veineuse pour déclencher le travail, mise en place d'une anesthésie péridurale... Contrairement à une mort habituelle où l'on observe des retrouvailles en famille dans des milieux intimes, la patiente se retrouve seule, au mieux avec son conjoint, entourée de personnes inconnues, en milieu hospitalier. Tout ceci peut accroître le sentiment de détresse dans le couple. (11)

- Très souvent dès le moment de l'annonce, la patiente reste hospitalisée et ne retrouvera son domicile que quelques jours après l'accouchement.

Les seuls souvenirs avec son enfant, qu'elle pourra éventuellement rencontrer après la naissance, seront à l'hôpital. Mis à part le milieu médical, aucun autre endroit ne pourra évoquer des moments passés avec le bébé.

La dimension du non-accomplissement d'une vie ; c'est-à-dire, potentiellement, ce que l'enfant aurait pu donner s'il avait vécu, est caractéristique de la souffrance des parents confrontés à une mort périnatale. Mais rappelons que pour que le deuil se fasse, il faut que la mort frappe, et que le corps soit identifié (On sait depuis toujours que les personnes disparues sont particulièrement difficiles à pleurer.) et qu'un rituel (cérémonie, tradition, venue de l'entourage...) est nécessaire.

Les générations doivent être suffisamment différenciées. Or, souvent, la place de l'enfant mort dans les générations n'est pas assez claire (ce dernier est parfois télescopé, gommé, voire identifié à un ancêtre ou à un autre membre de la famille en deuil, mort antérieurement ou né plus tard (ce qu'on appelle un « bébé de remplacement »). **(12)**

Partie 2

Etude de dossiers et enquête auprès des couples

Matériels et méthodes

I. Les objectifs de l'étude :

Les objectifs de l'étude présentée *infra* furent :

- D'essayer de comprendre les réactions des parents, leur vécu, leur ressenti face à « cette mort » à laquelle ils n'ont souvent pas eu le temps de se préparer et pour laquelle ils ne disposent parfois d'aucun élément permettant un début d'explication ;
- Et, à travers le témoignage des mêmes parents, faire une analyse des réactions de l'entourage face « ce type d'évènement ».

Nous avons tenté de comprendre et de cibler ces réactions à la fois par l'étude des dossiers obstétricaux et par l'analyse d'un questionnaire évaluant un état de stress post-traumatique. (Ce questionnaire a été effectué auprès des parents.)

II. Matériels :

1. Le type d'étude :

Nous avons effectué une étude rétrospective afin d'évaluer l'impact psychologique d'une mort fœtale *in utero* ou d'une fausse couche spontanée entre 15 et 24 SA.

2. Les critères de jugement :

Dans un premier temps, cette étude a été menée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers, qui possède un pôle de gynécologie obstétrique de niveau III. La période de l'étude s'étend du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2012.

Dans un temps second, une enquête a été menée au moyen d'un questionnaire auprès des patientes concernées et, préalablement, contactées par téléphone.

3. L'analyse statistique des données :

Le bordereau de recueil de données et la saisie informatique ont été effectués à partir du logiciel de traitement de données © Microsoft Excel, de WindowsTM.

L'analyse psychologique a été faite à partir d'une échelle des symptômes post-traumatiques : le PSS-I.

III. Population et méthode :

1. La population :

Le recrutement des patientes a été réalisé en fonction du terme de l'évènement survenu. Elle concerne les fausses couches spontanées tardives et les morts *in utero* survenues entre 15 et 24 semaines d'aménorrhées incluses.

Ont été exclues de l'étude :

- ❖ Les fausses couches précoces (avant 15 SA).
- ❖ Les fausses couches spontanées et morts *in utero* après 24 SA.
- ❖ Les interruptions médicales (IMG) et thérapeutiques (ITG) de grossesse.

2. La méthodologie :

Pour réaliser cette étude, nous avons sélectionné toutes les fausses couches tardives et les morts fœtales *in utero* survenues entre 15 et 24 SA, entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2013 au CHU d'Angers.

2.1. Le recueil des données obstétricales :

Les différents paramètres étudiés ont été recueillis manuellement à partir des dossiers obstétricaux des patientes. Le bordereau de recueil de données et la saisie informatique ont été effectués à partir du logiciel Excel, de Microsoft.

71 cas ont été enregistrés au cours de cette période ; cependant, seulement 66 dossiers obstétricaux ont pu être étudiés (5 patientes ayant été exclues de l'étude, suite à l'impossibilité de trouver leurs dossiers obstétricaux). 38 dossiers concernent des fausses-couches tardives (3 ayant été exclus) et 26 dossiers des morts fœtales *in utero* (2 ayant été exclus) ont donc été retenus.

La recherche des dossiers de fausses couches tardives est restée difficile car il n'existe pas de cotation des fausses couches tardives mais seulement des fausses couches (donc du 1^{er} au dernier trimestre de la grossesse).

Le recueil a permis de relever :

✓ Les caractéristiques initiales suivantes ont été relevées pour chacune des patientes : âge ; indice de masse corporelle (IMC) ; gestité et parité ; antécédents obstétricaux de fausses couches spontanées à répétition ou tardives, de mort fœtale *in utero*, de rupture prématurée des membranes, de malformations utérines connues ; antécédents chirurgicaux de curetage, conisation, cerclage, césariennes, ces caractéristiques étant recherchées comme facteur de risques.

✓ Les variables concernant le déroulement de la grossesse ont été étudiées : antécédents du 1^{er} trimestre de la grossesse, de métrorragies, de douleurs abdominales, et du 2^e trimestre de grossesse.

✓ Les paramètres de la prise en charge ont été analysés :

- La prise en charge obstétricale :

Travail spontané ; travail déclenché par ® cytotec ou ® nalador ; utilisation de ® myféline ou ® dilapan avant déclenchement.

Une autopsie a-t-elle été demandée ? Une anatomopathologie placentaire a-t-elle été faite ? Y-a-t-il eu une hystérosalpingographie et un test à la bougie ?

Une étiologie a-t-elle été retrouvée pour la fausse couche tardive (FCT) ou la mort intra-utérine (MIU) ?

- La prise en charge du corps fœtal :

L'enfant a-t-il été vu ? Y a-t-il eu des photos, des empreintes ? Si oui, ont-elles été données aux parents ? Une psychologue a-t-elle été vue pendant l'hospitalisation ou après ?

2.2. L'analyse psychologique :

108 questionnaires (**annexe I**) ont pu être envoyés (56 questionnaires aux mères et 52 aux pères). 4 patientes étant non francophones, le questionnaire ne leur a pas été envoyé.

En premier lieu, nous avons pu relever (en complément des dossiers obstétricaux qui sont souvent, malheureusement, incomplets):

- Pour la prise en charge psychologique du couple.

Une psychologue a-t-elle été vue à la maternité, avant ou après l'accouchement ? Par qui a-t-elle été vue ? L'a-t-on revue ?

La question a été étendue aux autres professionnels de santé qu'ils ont pu rencontrer et aux traitements médicaux ou non qui ont pu être utilisés.

- Pour la constitution de souvenirs.

À la naissance le « bébé » a-t-il été vu ? Des photos ont-elles été faites et les parents les ont-ils récupérées ? Des empreintes, un bracelet, ont-ils été faits ?

Puis une analyse psychologique a été réalisée à partir d'une échelle des symptômes post-traumatiques : le PSS-I. (**annexe II**).

En complément de ces données, et pour donner des exemples concrets au cours de notre discussion, ont été, dans un premier temps, recueillis quelques témoignages de parents ayant vécu ce type « d'évènement traumatisant » (était laissé un espace libre en fin de questionnaire autorisant ceux qui le souhaitaient d'exprimer leurs vécu, de se décharger de leurs interrogations...).

Puis, une des psychologues responsable du service de maternité, Katia Nardin a gentiment accepté de nous présenter les histoires de quatre couples, rencontrés et suivis après « l'évènement ». 3 couples ont vécus une fausse couche spontanée tardive et 1 couple une mort fœtale *in utero*.

IV. Notre étude

1. Les points faibles :

Grosse faiblesse : notre étude n'est basée que sur une soixantaine de dossiers. Les raisons de cette faible quantité sont le faible pourcentage de fausses couches et de morts *in utero* chaque année entre 15 et 24 SA, et l'impossibilité d'étendre notre étude sur une période trop élevée, ce qui aurait entraîné l'impossibilité d'analyse du vécu psychologique, car trop discordante du fait de l'ancienneté de « l'évènement ».

En lien avec ce faible pourcentage de survenu de ces « évènements » dans notre société contemporaine, nous avons été dans l'obligation d'inclure à la fois les fausses couches tardives et les morts fœtales *in utero*.

L'analyse psychologique réalisée à partir d'une échelle des symptômes post-traumatique, le PSS-I, n'a pu être effectuée que sur un faible échantillon de population. Elle était (trop ?) dépendante du nombre de réponses au questionnaire qui s'est avéré être de 20 pour les mères et de 12 pour les pères. De plus, « l'évènement » traumatisant était plus au moins proche (survenu depuis un plus ou moins grand nombre de mois, de 1 à 36 selon les cas).

2. Les points forts :

Le fait d'avoir eu recours à un questionnaire standardisé pour réaliser notre enquête psychologique nous a permis une analyse bien ciblée de l'impact sur la psychologie parentale.

De plus, l'analyse a pu être réalisée à la fois chez les mères mais également chez les pères (qui sont rarement présents dans les études).

Enfin, l'espace laissé libre pour l'expression des parents s'est montré très enrichissant. Il était percevable qu'ils ressentaient beaucoup d'émotions, plus ou moins fortes selon les personnes, et qu'entre les pères et les mères, les émotions étaient radicalement différentes.

Les entretiens avec une des psychologues du service maternité du CHU d'angers furent riches et passionnants. Ils ont permis d'orienter notre questionnement face au vécu parental et d'agrémenter cette discussion d'exemples concrets.

Résultats

Au CHU d'Angers, durant la période du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2012, 12 385 accouchements ont été réalisés (4084 en 2010, 4003 en 2011, 4298 en 2012), 71 fausses couches tardives et morts fœtales *in utero* ont été recensées (soit 0,57% des accouchements). 41 cas étaient des fausses couches spontanées tardives (soit 0,33%) et 28 cas étaient des morts fœtales *in utero* entre 15 et 24 SA (soit 0,22%).

64 dossiers obstétricaux ont pu être étudiés mais seulement 56 patientes ont pu participer à l'étude rétrospective (les quatre n'ayant pas participé étant non-francophones, et comme précisé *supra*, certains dossiers n'étaient pas disponibles)

Au total, 56 patientes et 52 conjoints ont été recrutés pour cette étude psychologique rétrospective (la différence de 4 est expliquée par l'absence du père pour 4 accouchements).

Sur 56 questionnaires maternels envoyés, 20 réponses ont été obtenues et sur 52 questionnaires paternels, il y en a eu 12.

I. Etude des dossiers obstétricaux :

1. Caractéristiques de la population :

1.1. Age moyen, origine géographique, statut pondéral :

Les patientes ont entre 20 et 42 ans, avec une moyenne d'âge à 29 ans et une médiane à 30. 52 patientes sont d'origine française, 7 d'origine africaine et 1 d'origine asiatique. L'IMC (indice de masse corporelle) le plus bas est de 14,36 et le plus élevé 35,32. La moyenne de l'IMC chez nos patientes est de 23,64. Aucune patiente n'est en obésité morbide.

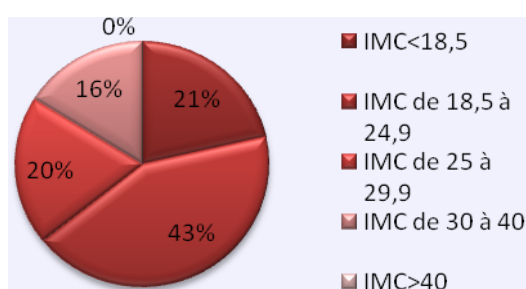


Figure 1 : répartition de la population selon l'IMC

1.2. Gestité, parité :

Nous remarquons que presque la moitié (48,4%) de la population est constituée de primipares. Mais par contre seulement 14 femmes (soit 22,6%) sont primigestes.

	Gestité (nbre de cas/%)	Parité (nbre de cas/%)
Primi	14 (22,6)	30 (48,4)
2 ^e	15 (24,2)	15 (24,2)
3 ^e	11 (17,7)	7 (11,3)
4 ^e	10 (16,1)	8 (12,9)
5 ^e	6 (9,7)	1 (1,6)
6 ^e	5 (8,1)	1 (1,6)

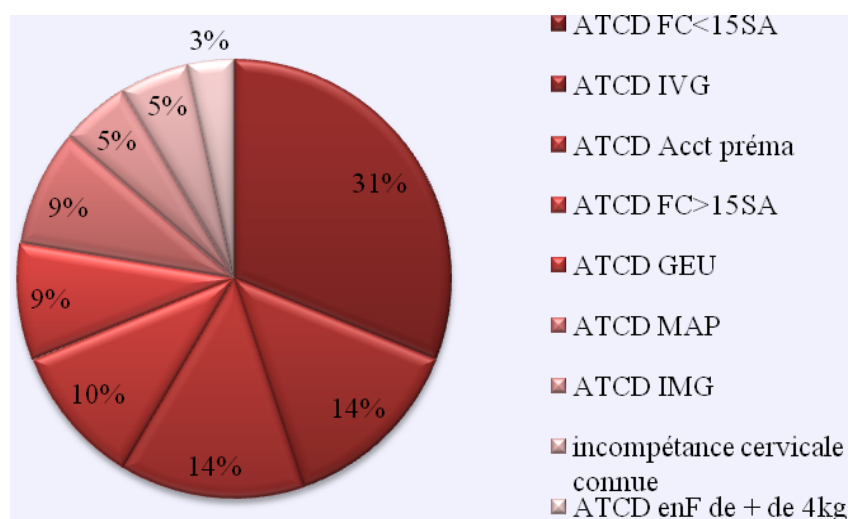
Tableau I : gestité, parité

1.3. Recherche de facteurs de risques :

1.3.1. Antécédents obstétricaux :

Nous notons 31% d'antécédent de fausses couches spontanées précoces (soit 18 patientes). Remarquons qu'aucune patiente ne présentait un antécédent d'incapacité cervicale connue.

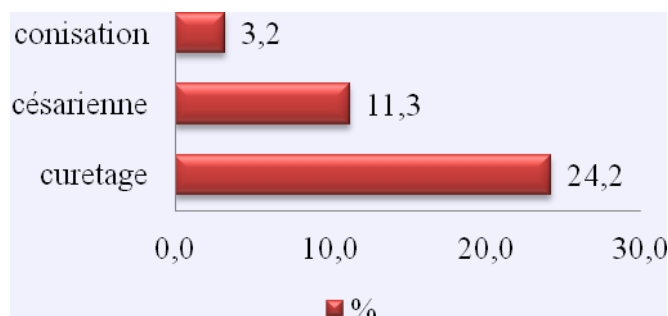
Figure 2: les antécédents obstétricaux



1.3.2. Antécédents chirurgicaux :

Nous notons que 15 patientes (soit 24,5%) ont dans leurs antécédents un curetage. 7 patientes (soit 11,3%) ont déjà eu une césarienne. En revanche, seules, 2 patientes ont dans leurs antécédents une conisation.

Figure 3: Antécédents chirurgicaux



1.3.3. Antécédents médicaux :

Nous notons que 20 patientes (soit 32%) ont un diabète. Et 10 (soit 16%) font de l'hypertension artérielle.

2. La grossesse actuelle :

2.1. Les antécédents de 1^{er} trimestre :

Il peut être remarqué que 14 femmes (soit 22,6%) ont consulté pour des métrorragies. Cependant, 5 (8,1%) seulement ont consulté pour des douleurs abdominales ou pelviennes.

Il est également à noter que 7 patientes (soit 11,3%) avaient un placenta bas inséré au 1^{er} trimestre.

Seules, 3 patientes (soit 4,8%) avaient eu une amniocentèse.

2.2. Les antécédents du 2^{ème} trimestre :

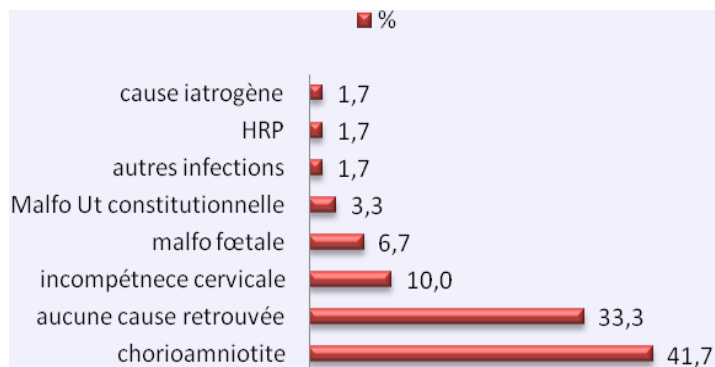
Il ressort que 15 femmes (24,2%) ont consultées pour métrorragies et 9 pour douleurs abdominales ou pelviennes (soit 14,5%).

3. Les étiologies retrouvées :

Notons que la cause la plus fréquente de fausses couches spontanées tardives et de morts fœtales *in utero* est la chorioamniotite (41,7%).

Dans 33,3% des cas il n'y a aucune étiologie retrouvée.

Figure 4: Etiologies



4. La prise en charge :

4.1. La prise en charge médicale :

4.1.1. Le terme :

Nous avons décidé d'étudier les dossiers des fausses couches ou mort *in utero* entre 15SA et 24SA. 24SA constituant la limite d'une réanimation néonatale.

La moyenne des termes des dossiers étudiés est à 22 SA (soit 154 jours).

Sur 62 dossiers, 41 avaient un terme inférieur à 22SA et 21 sont situés entre 22 et 24 SA.

Nous constatons que la médiane est elle située à 20SA+1j (soit 141 jours)

4.1.2. Travail spontané ou déclenchement en cas de MIU :

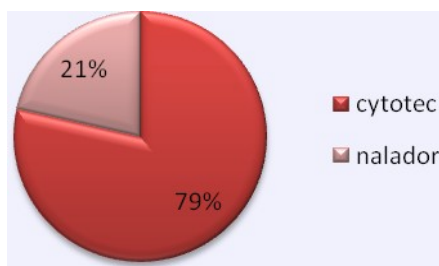
Il est intéressant de noter que dans 76% des cas (soit 19 patientes) l'accouchement a du être déclenché. 1 patiente seulement s'est mise en travail spontanément.

Notons également que 3 patientes (soit 12%) ont eu directement un curetage (en raison d'un terme assez précoce), et que pour 4 autres patientes l'accouchement a été retardé en raison d'une grossesse gémellaire (avec un jumeau vivant).

4.1.2.1. Le mode de déclenchement :

11 patientes (soit 57,9%) ont consommé du cytotec et 3 du Nalador (soit 15,8%) en raison d'un utérus cicatriciel.

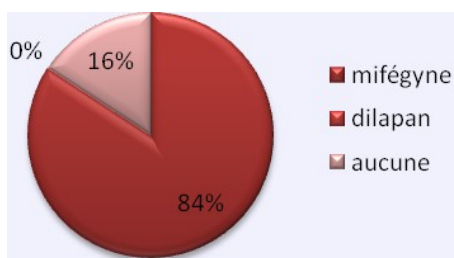
Figure 5: Modes de déclenchement



4.1.2.2. La maturation cervicale :

Notons que 16 patientes ont reçu de la mifégyne (soit 84,2%). Il n'a jamais été posé de Dilapan. Et pour 3 patientes (soit 15,8%) il n'a été réalisé aucune préparation cervicale.

Figure 6: Maturation cervicale



4.1.3. La recherche d'étiologies :

Différents moyens sont à disposition pour rechercher l'étiologie de cette fausse couche tardive ou mort *in utero* entre 15 et 24 SA.

4.1.3.1. **Le bilan sanguin avant l'accouchement :**

Nous notons que lors des fausses couches tardives ce bilan n'a pas été réalisé, ou n'a pas été noté dans le dossier médical. (Cela est certainement lié aux urgences des situations)

Lors des découvertes de morts *in utero* dans 72% des cas (soit 18 cas sur 25) il a été réalisé un bilan de mort fœtale *in utero* et dans 24% des cas ce bilan n'a pas eu lieu.

Nous notons que pour 2 cas aucune information n'a été retrouvée.

4.1.3.2. **L'autopsie :**

Nous pouvons noter qu'une autopsie a été réalisée dans 30 cas (soit 50%). Pour les 30 autres cas, elle n'a pas été réalisée en raison du refus des parents.

4.1.3.3. **L'anatomopathologie (AnaPath) placentaire :**

Notons qu'elle a été réalisée pour 51 cas (soit 85%). Dans 11,7% (soit 7 cas) le placenta n'a pas été envoyé en AnaPath. Pour 2 cas aucune information concernant le placenta n'a été retrouvée.

4.1.4. Le corps de l'être né :

4.1.4.1. **Le corps à la naissance :**

Dans 46,9% des cas (soit 30 personnes) l'enfant a été vu à la naissance. Mais notons que ce n'est pas toujours le couple ensemble et seulement lui qui voit l'enfant :

La mère seule	5 (7,8%)
Le père seul	2 (3%)
Le père et la mère	21 (32,8%)
Parents + Autres personnes (grands-parents, fratrie...)	5 (7,8%)
Non renseigné	33 (51,6%)

Tableau II: Par qui le corps fœtal a-t-il été vu?

4.1.4.2. **Les photos et les empreintes :**

Les photos et les empreintes ont une valeur à la fois médicale mais elles peuvent être également une aide importante dans le deuil des parents.

Notons que les photos ont été demandées par 15 parents (23,4%) et les empreintes par 11 parents (17,2%).

4.1.4.3. L'inscription au livret de famille :

Nous pouvons noter que l'enfant a été inscrit au livret de famille dans 50% des cas (soit 32 enfant).

23 (soit 35,9%) n'ont pas été déclarés et dans 7 cas, aucune information n'a été retrouvée dans le dossier.

Age gestationnel en semaines d'aménorrhées	Nombre d'enfant non déclaré	Nombre d'enfant déclaré
Entre 15 et 15+6		1
Entre 16 et 16+6	5	
Entre 17 et 17+6	2	5
Entre 18 et 18+6	3	5
Entre 19 et 19+6		2
Entre 20 et 20+6	2	2
Entre 21 et 21+6	4	2
Entre 22 et 22+6	4	9
Entre 23 et 23+6	3	2
24 SA		4

Tableau III: inscription au livret de famille et terme

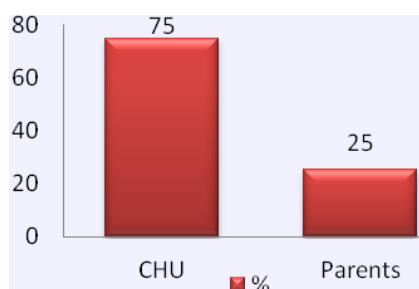
Nous remarquerons qu'il n'y a pas de différence significative quant au rapport enfant déclaré et enfant non déclaré quelque soit l'âge gestationnel.

4.1.4.4. Le devenir du corps :

Nous remarquons que dans la majeure partie des cas le corps est confié au CHU pour une incinération « globale ».

Les parents ne désirent s'occuper de la sépulture du corps que dans 25% des cas.

Figure 7: Prise en charge du corps fœtal



4.2. La prise en charge psychologique :

4.2.1. Aide extérieure :

4.2.1.1. Avec un/une psychologue :

Par l'étude des dossiers médicaux, on remarque que la psychologue a été vue à la maternité avant et/ou après l'accouchement par 28 femmes (soit 43,8%) et par 14 hommes (soit 21,9%).

Au travers des réponses au questionnaire envoyé, nous pouvons étudier le suivi psychologique après le retour à la maison. Nous notons que 5 patientes (soit 25% des patientes) et 3 pères (soit 25%) ont revu la psychologue vue à la maternité. 4 patientes (soit 20%) et 2 patients (soit 16,7%) ont vu une ou un autre psychologue en ville.

	Mère (nbre de cas/%)	Père (nbre de cas/%)
A la maternité (avant ou après l'accouchement)	28 (43,8)	14 (21,9)
Au retour à la maison	9 (45)	3(25)
-psychologue de l'hôpital revue	5 (25)	2 (16,7)
-psychologue extérieure	4(20)	1 (8,3)

Tableau IV: rencontre avec une psychologue de la maternité d'Angers

4.2.1.2. Avec une personne du milieu médical :

Nous pouvons noter que les pères et mères ont pu également se tourner vers des personnes du milieu médical : 2 patientes (soit 10%) ont consulté un psychiatre, 2 mères (soit 10%) et 1 père (soit 8,3%) ont pu discuter de cet « évènement » avec leur médecin traitant et 1 femme (soit 5%) a fait appel à une sage-femme libérale.

4.2.1.3. Autres personnes rencontrées :

Nous pouvons noter que quelques femmes à qui est arrivé cet «évènement traumatisant » ont pu également avoir recours à des acupuncteurs, des ostéopathes ou encore un prêtre. Une patiente déclare avoir été aidée par les forums internet.

	Mère Nbre de cas (%)	Père Nbre de cas (%)
Ont vu qqn	9 (45)	3 (25)
Vu une psychologue :		
-psychologue de l'hôpital	5 (25)	2 (16,7)
-autre psychologue	4 (20)	2 (16,7)
Vu un médecin :		
-psychiatre	2 (10)	0
-médecin traitant	2 (10)	1 (8,3)
-sage-femme libérale	1 (5)	0
Autres :		
-acupuncteur	1 (5)	0
-ostéopathe	1 (5)	0
-prêtre	1 (5)	0
-forum internet	1 (5)	0

Tableau V: Professionnels consultés

4.2.2. Des traitements pris :

Nous pouvons noter que 9 mères ont eu recours à un traitement (soit 45%) et seulement 2 pères (soit 16,7%). La principale classe de médicaments qui a été prise est celle des anxiolytiques (35% des mères et 10% des pères)

	Mère (nbre de cas/%)	Père (nbre de cas/%)
Anxiolytique (xanax, lexomil, atarax...)	7 (35)	2 (10)
Tétrazépam	2 (10)	0
Somnifère	2 (10)	0
Plantes	1 (5)	0

Tableau VI: Traitement pris

II. Les résultats du PSS-I

Les parents ont reçu un questionnaire évaluant un stress post-traumatique (appelé PSS-I) (**annexe I**) comportant 17 questions évaluant une liste de sentiments ou attitudes que les personnes peuvent avoir après avoir vécu un événement traumatisant.

A chaque question il devait mettre une cotation :

- 0 = pas du tout ce sentiment ou cette attitude
- 1 = une fois par semaine ou moins (=un petit peu, une fois de temps en temps)
- 2 = 2 à 4 fois par semaine (=un peu, la moitié du temps)
- 3 = 3 à 5 fois ou plus par semaine (=beaucoup, presque toujours)

A la suite de ce questionnaire était également posé des questions plus globales sur la satisfaction de vie, les amitiés, le travail... (**annexe I**).

1. Analyse globale :

Nous notons qu'un peu plus de la moitié des femmes ont une cotation totale de 17 à 33. L'évènement traumatisant entraîne pour 55% des mères des signes de stress, des images bouleversantes, des cauchemars, une modification des relations avec l'autre ou encore des difficultés au travail, dans différentes activités... de façon assez répétées, à peu près « la moitié du temps ».

Pour les pères nous pouvons noter que la majeure partie se situe dans le groupe où les attitudes ou sentiments en lien avec l'évènement traumatisant se répètent peu régulièrement, interviennent « de temps en temps ». En effet 75% se situe dans le groupe avec un score inférieur à 17.

On peut également remarquer que sur 20 réponses maternelles, 2 obtiennent un score entre 34 et 50, l'une ayant un score de 36 et la seconde un score de 41.

	Mère (nbre de cas/%)	Père (nbre de cas/%)
<17	6 (30)	9 (75)
De 17 à 33	11 (55)	3 (25)
De 34 à 50	2 (1)	0
=51	0	0

Tableau VII: Scores du PSS-I

Analyse :

- <17 : les sentiments ou attitudes se répètent peu régulièrement, ils interviennent de temps en temps, dans certains contextes
- De 17 à 33 : les sentiments ou attitudes sont plus fréquents, à peu près la moitié du temps et dépendent des lieux, activités ou personnes avec qui nous sommes.
- De 34 à 50 : les sentiments ou attitudes sont presque toujours fréquents, quelque soit le lieu, l'activité ou les personnes avec lesquelles nous sommes.
- ≥51 : la vie quotidienne est complètement perturbée, chaque acte, chaque pensée... est liée à l'évènement traumatisant.

2. Analyse plus détaillée :

Nous avons pu faire une analyse plus détaillée du questionnaire, en mettant en corrélation à la fois l'analyse des 17 questions données par le test d'évaluation du stress post-traumatique PSS-I et celle des questions plus globale regroupant des lieux des personnes, des activités... **(Annexe I).**

L'évènement traumatisant peut créer des perturbations dans différents contextes :

2.1. Au travail :

Nous notons que les femmes (40%) comme les hommes (33%) disent être « perturbés » au travail.

Cette réponse peut être mise en corrélation avec les réponses apportées aux questions 5, 13 et 15 du questionnaire PSS-I.

En effet, nous remarquons que 41,7% des pères ont répondu avoir des réactions physiques (question 5) lorsque l'on parle de l'évènement traumatisant ou de quelque chose qui le rappelle, « 2 à 4 fois par semaine » (=la moitié du temps). On remarque par contre que chez les mères, ces réactions sont moins fréquentes, 35% disent en avoir « de temps en temps ».

Il est également à noter que 41,7% des hommes disent avoir des problèmes de concentration (question 15) « la moitié du temps » (= à une fréquence de 2 à 4 fois par semaine). Problèmes de concentration qui sont susceptibles de poser des soucis au travail.

La question 13 met en évidence des difficultés à s'endormir ou à rester endormi. 35% des femmes disent avoir ces difficultés « la moitié du temps ». Ce qui est susceptible de provoquer une importante fatigue et un trouble du rythme de sommeil et travail pouvant provoquer des difficultés dans leur vie professionnelle.

Voici ce qu'un homme exprime lors de la réponse au questionnaire (au cours d'une deuxième grossesse après « l'évènement traumatisant ») : « Personnellement j'ai été anxieux du début à la fin de la grossesse avec des conséquences professionnelles qui m'ont valu 3 mois d'arrêt maladie. Depuis la naissance, je vis dans l'angoisse qu'il arrive quelque malheur qui soit à ma fille. Depuis 1 an, je fais des crises d'angoisse dès que quelqu'un m'énervé (gorge serrée, perte de voix, accélération du cœur et hypertension artérielle [hyperTA]) »

2.2. Dans les tâches ménagères :

35% des femmes disent être perturbée dans les tâches ménagères quotidiennes. Les questions 7 et 13 du questionnaire pourraient venir expliquer ces difficultés.

En effet, 20% des femmes disent vouloir éviter les activités ou les personnes qui leur rappellent l'évènement traumatisant (question 7). Les tâches ménagères peuvent faire partie de ces activités.

Comme nous l'avons relevé auparavant, 35% des mères disent avoir des troubles du sommeil. Troubles qui pourraient entraîner une grande fatigue, une perte d'énergie, qui peut être révélée par des difficultés à accomplir les tâches ménagères.

2.3. Les relations familiales:

50% des femmes et 42% des hommes disent être « perturbés » depuis l'évènement traumatisant dans leurs relations familiales.

Nous pouvons corrélérer ces pourcentages avec les réponses aux questions 5, 6 et 14 du questionnaire.

Nous notons que 40% des mères disent se sentir irritables ou avoir des accès de colère (question 14) de temps en temps (environ 1 fois par semaine). Et chez les pères 25% disent avoir ce sentiment presque toujours. Ces réactions peuvent expliquer des difficultés dans la relation à l'autre et tout particulièrement au sein de l'environnement familial.

Une mère a écrit à la suite du questionnaire : « C'est difficile d'en parler avec des personnes qui n'ont pas vécu cela car elles ne comprennent pas forcément vos émotions ».

2.4. Les relations de couple :

Nous notons que 45% des mères et 33% des pères disent éprouvés des difficultés dans leur vie de couple depuis « l'évènement traumatisant ». Les questions 5, 6, 7, 10, 11, 12 et 14 viennent appuyer cette idée.

De nombreuses études ont eu lieu sur le deuil périnatal. Il a été mis en évidence des différences dans les étapes de deuil, la longueur de ces étapes et la façon dont elles sont vécues entre l'homme et la femme. On peut donc à juste titre envisager des difficultés au sein du couple après un « décès néonatal ».

Par la question 12 les parents évoquent une impression que leurs espoirs et plans ne se réaliseront pas. 20% des femmes disent avoir ce sentiment « presque toujours ».

A la question 14, 25% des hommes répondent se sentir irritable ou avoir des accès de colère très souvent (3 à 5 fois par semaine). 40% des femmes elles, disent en avoir de temps en temps (c'est-à-dire une fois de temps en temps). Ces réactions de colère peuvent expliquer des difficultés de communication dans le couple et une incompréhension de l'autre.

Voici une réponse qu'a donnée un des pères : « cet évènement a provoqué une séparation de notre couple malgré tout notre amour ».

2.5. Les amitiés :

35% des femmes et 25% des hommes répondent être « perturbés » dans leurs relations amicales.

Nous pouvons mettre en relation ces réponses avec celles apportées aux questions 5, 6, 7, 9, 10, 14.

Nous notons que 41,7% des hommes disent avoir des réactions physiques (questions 5) lorsque l'on parle de l'évènement traumatisant. Dans sa réponse au questionnaire un père a répondu : « Depuis 1 an, je fais des crises d'angoisse dès que quelqu'un m'énervé (gorge serrée, perte de voix, accélération du cœur et hyper TA) ».

Même si une grande partie des hommes (83,3%) et femmes (55%) interrogés disent ne « pas du tout » essayer d'éviter les activités ou personnes qui leur rappellent l'évènement traumatisant. Tout de même 15% des femmes disent essayer très souvent (« presque toujours ») de les éviter.

Une maman exprime également une grande maladresse des personnes de son entourage après cet évènement : « Nous nous protégeons encore face à l'idiotie des gens voulant nous rassurer avec des phrases comme "vous avez raison, il ne faut pas rester sur un échec!"... La bêtise et la méchanceté humaine n'ont pas de limite, nous nous en sommes rendus compte. »

Ou encore « C'est difficile d'en parler avec des personnes qui n'ont pas vécu cela car elles ne comprennent pas forcément vos émotions. »

2.6. Le fonctionnement global :

Nous notons que 40% des femmes et 33% des hommes disent être « perturbé » dans leur fonctionnement global.

Nous pouvons appuyer ces chiffres par les réponses aux questionnaires PSS-I.

Nous notons que 50% des femmes et 41,7% des hommes expriment être en alerte sur le « qui vive » de temps en temps (environ 1 fois par semaine) (question 16).

25% des pères et des mères disent être extrêmement nerveux ou facilement effrayés « la moitié du temps ».

Les réponses à la question 15 (sur la concentration) viennent également bien représenter ces modifications du fonctionnement.

A la question 1 (« avez-vous des pensées bouleversantes ou des images sur « l'évènement traumatisant » qui viennent dans votre tête lorsque que vous ne voulez pas qu'elles viennent ») 45% des femmes et 51,3% des hommes répondent en avoir « de temps en temps ». Nous notons que tout de même 25% des femmes disent en avoir « presque toujours » et 25% des hommes, en avoir « la moitié du temps ».

Un père exprime des modifications de son fonctionnement, « Depuis 1 an, je fais des crises d'angoisse dès que quelqu'un m'énervé (gorge serrée, perte de voix, accélération du cœur et hyper TA) ».

2.7. La satisfaction générale :

60% des femmes et 58% des hommes répondent avoir une satisfaction de vie générale modifiée par cet évènement. Les réponses aux questions 11 et 12 viennent bien illustrer ces pourcentages.

Même si 60% des femmes et 66,7% des hommes disent ne pas être « du tout » émotionnellement engourdis (question 11), 20% des mères disent l'être « presque toujours » et 16,7% des pères disent l'être « la moitié du temps ».

A la question 12 « vous sentez-vous comme si vos espoirs futurs ou vos plans ne se réaliseront pas », 35% des femmes et 50% des hommes disent avoir cette impression « la moitié du temps ».

Voici ce qu'une mère exprime « Je ne souhaite pas d'autre enfant, mon époux si, le temps me fera peut-être changer d'avis. Nous avons une fille de 3 ans cela me suffit maintenant. J'ai fait un travail sur moi-même, je redeviens celle que j'étais avant l'évènement et je me sens beaucoup mieux [...] aujourd'hui je souhaite retrouver mon corps et profiter de la vie et de ma famille. C'est ce qui compte le plus. »

Discussion

A la suite de l'analyse de ces différents critères tentons de comprendre les réactions parentales, familiales et de la société en générales face à la mort survenue entre 15 et 24 SA.

Une étude médicale

I. Les caractéristiques de la population

1. Les caractéristiques générales :

Les caractéristiques générales de la population étudiée n'apportent pas de conclusion sur un éventuel facteur de risque, l'âge moyen de la population étant à 29 ans avec un nombre maximal de patientes ayant 30 ans.

Nous avons comparé l'IMC des patientes étudié avec celui des femmes de la population générale (issue de l'étude ObEpi datant de 2012) **(13)**. 43% des patientes ont un IMC entre 19 et 24,9, tandis que dans la population générale ce chiffre est de 49,7%. 20% de nos patientes présentent un surpoids contre 32,3% dans la population générale. 16% ont un IMC entre 30 et 40 avec en comparaison 13,8% dans la population issue de l'étude ObEpi. Il ne ressort donc pas de différence majeure entre la population générale et la population que nous avons étudiée.

2. Les antécédents :

2.1. Les antécédents médicaux :

Il semble qu'il y ait un taux élevé de diabète dans la population étudiée (patientes ayant eu une fausse couche tardive ou une mort *in utero* entre 15 et 24 SA au CHU d'Angers entre janvier 2010 et décembre 2012) puisqu'il est de 32%. Nous n'avons pu trouver d'étude en comparaison à ce chiffre. Toutefois, nous constatons, dans une étude sur les morts fœtales *in utero* après 20 SA et un poids supérieur à 500 g, publiée dans la revue Urgences en gynécologie obstétrique en 2005 **(14)** qu'il est retrouvé un diabète dans 3% des cas.

2.2. Les antécédents chirurgicaux :

Nous constatons que 24, 2% de nos patientes ont eu un curetage avant la grossesse actuelle.

Nous n'avons retrouvée aucune étude associant le curetage comme un éventuel facteur de risque à la fausse couche tardive ou la mort fœtale *in utero*.

2.3. Les antécédents obstétricaux :

En 2012, une étude sur les fausses couches précoces a été réalisée à l'hôpital Rotschild à Paris. **(15)** Nous constatons à partir de celle-ci que 10,2% des femmes ont déjà eu une fausse-couche précoce. Nous pouvons constater que dans notre population 31% des femmes ont déjà eu une fausse couche précoce. Malheureusement nous n'avons pas trouvé d'étude dans la littérature pouvant affirmer qu'un antécédent de fausse couche précoce constitue un facteur de risque d'une fausse couche tardive ou mort fœtale *in utero* lors d'une grossesse ultérieure.

I. L'histoire de la grossesse :

1. Les antécédents du premier trimestre de la grossesse :

Un des antécédents principaux au 1^{er} trimestre de la grossesse que nous pouvons constater chez nos patientes est la présence de métrorragies. 22,6% des femmes ont consulté pour ce motif. Mais nous ne pouvons conclure à un facteur de risque car dans la population générale, sur 100 grossesses, 25 (soit 25%) ont eu des métrorragies au premier trimestre de la grossesse. (16)

2. Les antécédents du deuxième trimestre de la grossesse :

Dans la population étudiée, 24,2% des femmes ont eu des métrorragies au deuxième trimestre de la grossesse. Nous constatons que dans la population générale pour seulement 0,57% des accouchements il avait été retrouvé des métrorragies au deuxième trimestre de la grossesse. (17) Notre pourcentage de métrorragies est bien plus élevé, on peut donc noter que les métrorragies du 2^{ème} trimestre de la grossesse sont probablement un facteur de risque de fausses couches spontanées tardives.

II. Les étiologies retrouvées :

Il nous est difficile de faire une comparaison de nos résultats avec d'autres études car l'épidémiologie des pertes fœtales, au-delà de 14SA, est peu précise en raison de l'absence d'uniformité dans les méthodes d'enregistrement, et l'hétérogénéité des définitions dans les publications. Aucune étude concernant les fausses couches tardives de la fin du premier trimestre n'a été retrouvée ; et les études rapportées concernent souvent les MIU et rarement les FCT. Il ne nous est donc pas possible de comparer les résultats des différentes études de la littérature.

Toutefois nous pouvons noter que dans 33,3% des cas aucune cause n'a été retrouvée. Et que la plus grande cause des fausses couches tardives et des morts in utero entre 15 et 24 SA issues de notre étude est la choriomniotite concernant 41,7% des cas.

Notons également que dans 10 % des cas une béance cervico-isthmique a été retrouvée dans le post-partum.

L'analyse de nos données a été difficilement comparable avec celles de la littérature, du fait du manque d'études concernant ce sujet. En effet peu d'études ont été réalisées concernant les fausses couches tardives, et d'autant moins concernant les morts *in utero* au deuxième trimestre de la grossesse. De plus, en analysant les études sur les fausses couches tardives, je me suis rendu compte que dans plusieurs d'entre elle la définition donnée à la FCT et à la MIU n'était pas la même. Dans plusieurs cas il est décrit que la fausse couche tardive concerne la perte d'un fœtus entre 14 et 22 SA et que la mort fœtale in utero n'est diagnostiquée qu'à partir de 22SA.

III. Le bilan de mort fœtale *in utero*:

Nous ne pouvons comparer la prise en charge médicale avec d'autres études du fait de la difficulté à trouver les informations et la différence de définition. Nous pouvons tout de même constater qu'un bilan de mort fœtale *in utero* complet est fait quasiment systématiquement (18 cas sur 25) alors que dans plusieurs recommandations retrouvées il est indiqué que certains ne doivent être faits que lors de signes d'appel (comme par exemple un prélèvement vaginal, un ECBU et des hémocultures avec recherche de *listeria* quand la patiente présente de la fièvre, et peuvent même quelques fois être repoussés en post-partum, si aucune cause n'a été retrouvée (par exemple le bilan de thrombophilie).

Quand la mort l'emporte sur la vie

I. Le deuxième trimestre de la grossesse, quelle place donné à « ce » qui fut porté :

1. Quel nom lui donner ?

Les termes sont variés pour nommés « ce » qui se développe au sein de la future mère. Dans la société européenne actuelle, un terme est souvent employé, celui de « projet parental ».

En médecine, on parle d'embryon, jusqu'à 8 SA. Puis on lui donne le nom de fœtus et ce jusqu'à sa naissance.

Mais quel terme emploient les parents ? Comment parler de cette « être » qui se développe en sein de la femme ? Voilà une difficulté souvent rencontrée par les psychologues, sages-femmes, médecins, amis... et autres personnes qui accompagnent un couple à la suite d'une mort in utero ou d'une fausse-couche tardive.

Le terme de « projet parental » ne semble pas en soi le mot approprié : il semble avoir été rompu par cet « évènement » douloureux et inattendu. Quant au terme de fœtus, il ne semble pas plus utilisé par les couples concernés.

Dans leurs témoignages à la fin des questionnaires, nous pouvons remarquer que les parents ayant choisi de parler de ce « ce » si difficile à nommer, utilisent le plus souvent le terme de « bébé ». Il le nomme également comme « leur enfant », « leur fille », « leur petit garçon ». Certains préfèrent le nommer par son prénom. Et dans de plus rares cas, il est simplement évoquer le terme de « grossesse ».

Après discussion avec la psychologue Katia Nardin, et écoute des parents, il semble important d'être attentif aux termes utilisés par ceux-ci, afin de les accompagner le mieux possible dans ce deuil indispensable mais unique à chacun. Car en aucun cas il ne s'agit de faire du harcèlement psychologique, voire de culpabiliser les parents en brandissant l'étendard du deuil dit idéal (attitude que l'on aurait tendance à avoir pour des termes avancés du deuxième trimestre de la grossesse), ni de minimiser et rationaliser de manière trop importante le lien des parents avec « leur enfant » (attitude plus souvent observable lors la perte fœtale au début du deuxième trimestre de la grossesse).

Nous avons pu remarquer, lors de l'analyse des données de notre étude, que la déclaration de naissance lors des fausses couches tardives et des morts in utero entre 15 et 24 SA, n'est pas dépendante du terme de la grossesse.

2. La place des supports de deuil :

2.1. L'échographie :

En introduction nous avons vu la place grandissante de l'échographie au cœur de nos sociétés lors du suivi de grossesse. On parle d'images échographiques comme premières photos de l'album de famille. (8)

Dans certains cas, l'échographie est le seul souvenir matériel que des parents peuvent avoir de l'être qu'ils ont attendu. Par exemple lors d'une mort *in utero* au début du deuxième trimestre de la grossesse, il peut alors avoir été fait un curetage.

2.2. La vision du corps :

L'étude de ce paramètre fut assez difficile car dans 51,6% des cas aucun renseignement n'a été trouvé dans le dossier. Nous n'avons donc pu qu'étudier ce critère sur une population plus restreinte (33 patientes).

Nous notons que sur les 33 accouchements qui ont eu lieu dans 63,6% des cas les couples ont demandés à voir leur bébé (soit 21 couples).

Dans 15,2% des cas (soit 5 mères) la mère seule a désiré voir son bébé. Notons que sur ces 5 mères, 2 étaient seules à l'accouchement.

Il existe également quelques situations où seul le père a désiré voir son enfant (3 pères soit 6% des cas). Et dans une des situations le bébé a été présenté à aux grands-parents paternels.

La vision du corps fœtale est une question souvent très complexe, et qui est fréquemment difficile à aborder pour le soignant tout spécialement à ce terme de la grossesse (deuxième trimestre). L'enfant sera-t-il présentable, sera-t-il intact ? Comment montrer un bébé si malformé, si petit, ou encore si abîmé, à ces parents ?

Il n'y a pas de réponse exacte à cette question. Nous savons aujourd'hui que l'imaginaire des parents face à l'annonce d'une naissance trop prématurée de leur enfant, est parfois monstrueuse. Mais doit-on pour autant montrer tous les enfants ? Ne doivent-ils pas garder cette image échographique de leur bébé ?

Toutefois nous pouvons souligner qu'il est important de répondre à la demande des parents de voir leur enfant, afin d'éviter une culpabilité, un immense regret et un sentiment d'avoir été indigne.

Voici le témoignage d'un père : « il est dommage que nous n'ayons pu voir notre enfant, car même s'il était très petit et, nous a-t-on dit abîmé, il était notre bébé, une partie de nous et jamais je ne pourrais me pardonner de ne pas avoir osé être un père jusqu'au bout ».

2.3. Les photos de naissance :

Nous pouvons noter que seulement 15 parents (soit 23,4%) ont demandés les photos de leur enfant. Ce pourcentage n'est pas très élevé. Nous nous sommes demandé quelle en est la raison.

Plusieurs hypothèses sont évoquées : ont-elles été faites ? ont-elles été proposées ? Sont-elles importantes pour les parents ? (car dans plus de 50% des cas l'être né a été vu par ses parents).

Encore une fois il n'y a pas de réponses justes à ces questions, car il semble que pour certains parents, la rencontre avec leur enfant le jour de l'accouchement soit suffisante, ou simplement l'image échographique ou encore l'image personnelle qu'ils ont intérieurement de « l'être porté ». Mais toute fois nous pouvons noter qu'elles constituent un support matériel de plus pour aider les parents à faire leur deuil et elles sont parfois indispensables quand une mère ou un père n'a pas désiré voir son bébé à la naissance et veut pourtant avoir une image réelle de lui quelque temps après.

Voici le témoignage de Mélanie : « j'ai perdu ma première fille Camille, *in utero* le 6 juin 2004. » « Cela fait deux mois que je l'ai rencontrée en photo, je n'avais pas souhaité la voir le jour de l'accouchement. On m'avait dit qu'elle était abîmée. Depuis que nous nous sommes rencontrés ça va beaucoup mieux." (11)

2.4. Le prénom :

Dans 50% des cas l'être né a été inscrit dans le livret de famille. Un nom lui a donc été donné.

L'idée de donner un nom à son bébé, nous dit Françoise GONNAUD (dans « Surmonter la mort de l'enfant attendu ») vient de l'expérience d'avant, quand on ne nommait pas ces bébés décédés, qu'on ne les déclarait pas (en tout cas pas pour un bébé de moins de 22 SA). Et puis c'est venu du fait que les parents avaient l'impression de vivre quelque chose d'extrêmement important dans leur histoire de couple, dans leur histoire personnelle et qu'aux yeux de la société il ne restait rien de transmissible de cet événement. (11)

Voici le témoignage de Mme T*** auprès de la psychologue du CHU d'Angers, Katia Nardin : « Mon bébé s'appelle « Noan », mais personne n'utilise son prénom lorsqu'on en parle, comme s'il ne voulait pas le reconnaître en temps que tel ». Mme T. exprime sa peur d'oublier ce petit garçon, car, elle-même, à force de ne pas entendre son prénom dans la bouche des autres, se met à l'appeler « bébé ».

Le prénom, l'inscription au livret de famille semble être pour les parents l'occasion de donner au mort un rôle dans l'histoire familiale.

Lorsqu'il est confronté à cette mort, le couple peut avoir un choc qui peut être quelquefois très brutal, incompréhensible. Donner un prénom à cet enfant permet peut-être ainsi à certains parents de se réapproprier cette histoire comme étant la propre histoire de cet enfant (son identité) et qui, parce qu'elle aura pris sens, et aura sa place, deviendra une souffrance tolérable.

Voici le témoignage de M. J*** auprès de la psychologue Katia Nardin : M. J*** est le seul à avoir vu son bébé, qu'il a nommé « Alinoé ». Il explique que ce nom vient de la bande dessinée *Thorgal*, et est le nom d'un enfant asexué, un enfant fantôme.

On peut également se poser cette question ; « la place dans la filiation ainsi affirmée permettra-t-elle à l'enfant suivant de ne pas être un enfant de remplacement, de ne pas occuper la place du défunt ? » (18)

2.5. La prise en charge du corps :

Nous avons pu constater que dans 75% des cas lors d'une fausse couche ou mort fœtale *in utero*, le corps fœtal est confié au CHU.

Remarquons que dans 100% des cas, la question du devenir du corps fœtal est réglée avant le départ des parents de la maternité, c'est-à-dire, trois jours maximum après l'accouchement ; comme s'il fallait à tout prix se débarrasser de ce poids, de ce fardeau source d'incompréhension, de détresse de colère et de rancœur ? (de temps en temps peut-être autant chez les parents que chez le soignant).

Voici pourtant le témoignage d'un père dans la réponse au questionnaire : « Par contre cette prise en charge devrait intégrer une meilleure connaissance des procédures et effets REELS d'inhumation. On a envie un peu de tourner la page sur le coup mais un mauvais choix (incinération gérée ou non par l'hôpital) pourrait être regretté à vie ».

Ce témoignage laisse à réfléchir quant à la connaissance réelle que nous avons des procédures d'inhumation, etc. concernant les « bébés » nés « trop tôt ». La rapidité de ces démarches est-elle faite pour plus de simplicité ou est-elle réellement un manque de connaissance de la législation autour du corps fœtal ? Rappelons-nous que la législation laisse aux parents 10 jours pour prendre une décision sur le devenir du corps (ces 10 jours débutant à l'accouchement).

Voici également le témoignage de Mme D***, rencontrée également par la psychologue Katia Nardin : « La perte de mon bébé est très douloureuse. Je n'ai pas voulu d'obsèques, mais je le regrette aujourd'hui car je voudrais qu'il y ait un lieu de souvenir mais il n'y en a pas. » Mme D***, pour pallier à ce manque, songe à planter un arbre.

II. « Un évènement traumatisant » ? Quel impact sur le couple :

Nous avons pu constater lors des réponses au questionnaire, que 45% des mères et 33% des pères disent éprouver des difficultés au sein de leur couple depuis cet « évènement traumatisant ». Différents sentiments sont exprimés par l'un ou l'autre ou les deux.

1. La culpabilité :

Aujourd'hui, la conception d'un enfant ne semble plus être attribuée à la Nature ou à une divinité. « Un enfant quand je veux, si je le veux », slogan alors proclamé par les féministes dans les années 1960-70, est devenu réalité. Les progrès des moyens de contraception et des techniques de procréation médicalement assistée permettent de programmer les naissances. On choisit le moment adéquat pour devenir parents. Puis les techniques de diagnostic anténatal entrent en jeu pour venir protéger l'image de ce bébé « parfait » que les parents ont imaginé. Tout semble réuni pour que l'enfant attendu arrive sans encombre. Peu de chose si ce n'est rien ne prépare des parents à la perte de cet être tant désiré. Ces investigations, ces techniques, cette médicalisation qui semble parfois excessive de la grossesse ne laisse malheureusement pas toujours place à l'idée que tout n'est pas maîtrisable.

A la réponse au questionnaire, un père exprime sa culpabilité à ne pas avoir pu « sauver » son enfant, alors que « la médecine, elle, avait réussi à fabriquer ce bébé » (sa femme était enceinte après plusieurs années d'un parcours FIV).

Voici également le témoignage donné par une mère dans le questionnaire : « Je regrette de ne pas avoir fait plus attention aux "signes" et de ne pas avoir consulté plus tôt. Ça aurait pu la sauver ».

Il est important de comprendre que la technique est certes le plus souvent nécessaire au bon déroulement de la grossesse. Cependant, peut-elle aussi donner une impression de toute puissance qui peut parfois conduire à un oubli qu'autour de la vie tout n'est pas maîtrisable ?

« Les femmes enceintes, nous dit le Dr Véronique LUTGEN (6), ont parfois un sentiment de toute puissance par rapport à leur grossesse, les pères eux s'attribuent le rôle de protection de leur famille et il leur paraît inconcevable de n'avoir pas su protéger leur famille. »

Ce sentiment de culpabilité peut-il également quelques fois être accompagné d'un sentiment de honte de n'avoir pas su mener une grossesse à terme ou encore d'avoir « fait » un enfant malformé ?

2. L'isolement :

A la question « vous sentez-vous éloignés, isolés,... » 50% des femmes et 66,7% des hommes répondent ne pas du tout avoir cette impression. Toute fois, tout de même 30% des femmes et 25% des hommes expriment avoir ce sentiment de temps en temps (une fois par semaine). On peut corrélérer ces réponses avec celles d'une perturbation dans les relations d'amitié, décrite 35% des mères et 25% des pères et une perturbation également dans les relations familiales chez 50% des femmes et 42% des hommes.

Les parents sont très souvent les seuls porteurs d'une trace de leur enfant. Ils sont souvent les seuls à l'avoir vu, à avoir vu des photos, à l'avoir touché... Sur 30 enfants vus à la naissance, 5 seulement ont été présenté à des personnes extérieures au couple (grands-parents, frères et sœurs).

Une mère exprime cette difficulté de ne pouvoir parler de ce que les autres n'ont pas connu (cf. *supra*).

Mme D***, elle, exprime auprès de la psychologue Katia Nardin un sentiment d'isolement important avec son mari face à leur famille. Le frère et la sœur de son mari ont le sentiment qu'elle en fait trop.

Une mère, lors d'un entretien avec la psychologue Katia Nardin exprime également ce sentiment d'isolement par l'abandon de « son bébé ». Elle exprime avoir la sensation d'avoir été totalement abandonnée par lui.

Une autre exprime la peur d'être la seule à penser que le week-end suivant, cela aura fait un mois que son enfant les aura quittés.

3. Le décalage du deuil au sein du couple :

Les parents peuvent se sentir très isolés, ce sentiment étant accentué par le fait qu'ils sont souvent seuls les porteurs des différentes traces. Il n'est pas rare que des parents, pensant se rapprocher dans l'épreuve, se sentent en décalage. Ils vivent le deuil différemment et de façon asynchrone.

Nous avons pu remarquer une différence dans les réponses aux questions du questionnaire, notamment une différence dans le vécu de cet événement et dans l'après. 20% des femmes expliquent être émotionnellement engourdi « presque tout le temps » contre seulement 8,3% des hommes. Nous remarquons également que 25% des pères disent se sentir irritable presque toujours (3 à 5 fois par semaine) contre seulement 10% chez les mères.

La communication peut alors devenir plus difficile au sein du couple, pouvant quelques fois déteindre sur les petits détails de la vie courante.

Lors d'un entretien avec la psychologue, M. J*** exprime un grand sentiment de solitude, car il est le seul à vouloir parler de sa fille « Alinoé », sa femme ne voulant pas aborder le sujet. Il a l'impression qu'il n'y a pas de parentalité, mais que seul lui se sent père.

Mme D*** dit, quant à elle, se sentir soulagée car elle se sent entendue, considérée. Ne pouvant pas en parler avec son conjoint, elle dit être réconfortée « car le fait de pouvoir en discuter prouve que "ça" existe ».

Plus dramatique, un père parle de la séparation de ce couple suite à ce deuil (cf. *supra*)

3.1. Le deuil chez la mère :

Nous savons aujourd'hui grâce à de nombreuses études que le deuil est un processus universel, nécessaire. Mais nous savons également combien il est individuel, propre à chacun, orienté par le vécu, la personnalité... . Le deuil chez la mère semble être primordial pour beaucoup dans le monde médical comme dans sa vie sociale. En effet elle est la première à subir cet événement traumatisant. Il s'inscrit en sa chair. À travers la rupture brutale de la grossesse, une véritable mutilation narcissique peut être vécue, puisque la perte de son « enfant » peut être ressentie comme la perte d'une partie d'elle-même. « Le risque pour elle serait d'ailleurs d'être tenté de retrouver la mort dans la mort » (18) ; « "J'ai eu un accident hier. J'ai failli mourir. Ça m'était tout à fait indifférent, j'aurais pu retrouver mon bébé", dit une femme. » (18)

Malgré cela il ne faut pas oublier que les hommes aussi peuvent être touchés dans leur corps par cet « événement », certains peuvent avoir une réceptivité somatique extrêmement violente.

Un père (cf. *supra*) confie qu'il subit des soucis de santé répétés.

3.2. Le deuil chez le père :

Au moment de l'annonce d'une mort *in utero*, le père n'est pas confronté au cadavre du bébé. Il est confronté au corps porteur d'un bébé mort. Un moyen pour lui d'appréhender ce corps mort est le manque de réaction lorsqu'il touche le ventre de la mère.

Le temps entre l'annonce et l'accouchement, peut être un moment d'incertitude. Le père peut espérer qu'il y ait eu une erreur, que l'enfant ne soit pas mort. Ensuite il peut risquer de craindre l'accouchement et cette confrontation avec le cadavre (qui n'est pas toujours en bon état) ou la naissance d'un « bébé » qui ne pourra pas survivre (dans le cas d'une fausse couche tardive avec naissance d'un enfant vivant). La question est de savoir comment il va intégrer « ce » réel.

On peut ainsi supposer que le chagrin du père dépend de son identification par rapport au bébé, s'il parlait de « son » bébé, dans le corps de « sa » compagne. Son chagrin dépend également du rapport qu'il a eu avec le bébé durant la grossesse, établi par voie sonore, en parlant au bébé à travers le ventre de la mère et/ ou par voie tactile, en passant par le contact avec celle qui porte le bébé.

Sur le fond il est important de souligné que dès que l'on parle de deuil du père, il faut compter sur le fait qu'un homme est confronté à deux choses : à son propre deuil, et à celui de sa compagne, de la mère de son enfant ; de celle qui a porté l'enfant mort et pour qui il peut éprouver un grand sentiment de devoir de protection.

Souvent certains hommes veulent ménager leur compagne pour ne pas ajouter leur peine à la sienne. Et puis d'autres hommes ou éventuellement les même à des temps différents, sont confrontés au fait qu'ils attendent de leur compagne et de leur entourage qu'ils entendent la douleur de leur deuil.

Pascal, papa de Margot décédée *in utero* témoigne : « Notre entourage appelait pour prendre des nouvelles de Sophie (sa femme). On recevait dix à quinze appels par jour. Il fallait que je les filtre car Sophie ne souhaitait pas y répondre. Je donnais donc des nouvelles. Jusque-là rien d'anormal, rien d'illogique, mis à part le fort sentiment d'être exclus de cette douleur. ... Et malheureusement, mon entourage, formaté dans le concept de l'homme fort, insensible, quasi inhumain, m'a oublié, à l'exception d'un seul coup de fil qui m'était personnellement adressé. C'est après cet appel que j'ai identifié le vide dont je vous parle. » (11)

Pascal explique que le but de ses propos n'est en aucun cas pour faire plaindre les hommes, mais seulement de faire prendre conscience que la douleur masculine, si différente soit elle, existe et doit être reconnue. Il exprime « plus que de la compassion, il nous faut de la considération, et du positif pour nous aider à tenir notre rôle protecteur, et ensuite enfin pouvoir faire notre deuil ».

Il semble que c'est cette considération qu'est venu chercher le mari de Mme J***, en accompagnant sa femme lors de sa rencontre avec la psychologue Katia Nardin. Il est venu exprimer ce besoin de dire qu'il est un père (idée qu'il ne peut partager avec sa femme pour des

raisons expliqué *supra*). Pour des raisons géographiques, M. J*** ne pourra pas retourner voir Katia, mais il a pris par contre les coordonnées qui lui sont données pour aller voir un psychologue en libéral.

III. Le monde extérieur, quel danger ?

Bien que le deuil périnatal soit, nous l'avons vu un deuil à part entière, et même un deuil particulièrement difficile à élaborer compte tenu de ses spécificités, il n'est bien souvent pas reconnu comme tel et la souffrance qui s'y rattache peut être malheureusement niée.

1. La non reconnaissance de la souffrance par les parents eux-mêmes :

La souffrance peut être minimisée dans un premier temps par certains parents eux-mêmes, mais cette première réaction a besoin d'être encadrée par les soignants car dans un second temps il pourrait apparaître la douleur de la perte et la recherche de traces.

Voici ce qu'un père exprime lors d'un entretien avec Katia Nardin : il vient ici car il désire faire rapidement son deuil pour aller vite mieux, mais peu après il affirme n'être venu que pour accompagner sa femme.

On peut remarquer une grande ambivalence dans ce désir de faire son deuil, avec peut-être une sorte de honte à devoir le faire (il faut le faire vite et bien) et donc, nous pouvons supposer, une incapacité à exprimer ses besoins, son vécu.

Aujourd'hui nous savons que l'étape du deuil est indispensable mais cette minimisation du deuil par certains parents n'est-elle pas de temps en temps liée à l'image que la société renvoie de l'être qu'ils attendaient ? D'un point de vue légal, l'enfant mort-né n'a pas d'existence.

La législation autour de la naissance d'un fœtus mort-né avant 22 semaines d'aménorrhées ou de moins de 500 grammes ne permet pas d'avoir quelques jours de congé maternité et paternité. Le temps accordé aux parents par la société pour faire leur deuil semble restreint et n'est-il pas un facteur qui pousserait à la minimisation de la souffrance vécue, à la non reconnaissance de ce qui est arrivé.

2. La non reconnaissance par les proches :

2.1. Une démarche de rationalisation insupportable :

Cette minimisation de la souffrance peut l'être également par l'entourage dans une démarche de rationalisation insupportable pour les parents : « tu as d'autres enfants, c'était mieux pour lui, tu en auras d'autres... ». C'est une réalité qui dérange nous dit Geneviève Delaisi (12).

Voici le témoignage d'une mère dans sa réponse au questionnaire : « Nous nous protégeons encore face à l'idiotie des gens voulant nous rassurer avec des phrases comme "vous avez raison, il ne faut pas rester sur un échec !" La bêtise et la méchanceté humaine n'a pas de limite, nous nous en sommes rendus compte ». Ou encore, « tu en auras d'autres ».

2.2. La non-reconnaissance de la parentalisation :

Une fausse couche tardive ou une mort fœtale *in utero* (entre 15 et 24 SA) peut être vécue très différemment d'un couple à l'autre et tout simplement d'une personne à une autre, car ce vécu est en parti lié au lien que chacune de ces personnes avait établi avec cet être attendu. Mais rappelons que ce n'est pas à la personne extérieure d'estimer ce que cet être représente. Laissons aux parents, sans le leur imposer, le droit d'exprimer leur sentiment d'être devenu père ou mère.

Voici le témoignage d'une femme en réponse au questionnaire envoyé : « Pendant cette grossesse je ne me sentais pas encore "mère" et j'avais peur de ne pas être à la hauteur malheureusement. En perdant ma fille j'ai compris que j'avais tout l'amour qu'une mère porte à son enfant pour elle. Après cet événement je n'avais plus "peur" d'être mère, j'en étais déjà une ».

Trop souvent malheureusement l'entourage qui se veut rassurant, qui veut aider à aller de l'avant, peut en oublier ce besoin à être reconnu comme un père ou une mère, même lorsqu'il ne reste plus de trace vivante de « l'enfant ».

Mme T*** nous apporte son témoignage lors d'un entretien avec Katia Nardin : sa maman lui a un jour dit « tu verras quand tu auras un enfant », mais [?] elle exprime elle [?], avoir eu un enfant.

2.3. L'incompréhension de la souffrance:

On retrouve également cette minimalisation de la souffrance au sein de certaines familles, certains groupes d'amis par l'incompréhension de ceux-ci face à la nécessité d'exprimer sa douleur, sa tristesse face à « quelque chose » qu'ils n'ont pas connu, qui n'a pas « existé », face à une grossesse qui s'est terminée si « tôt ».

Voici le témoignage de Mme D*** auprès de Katia Nardin : « mon beau-frère et ma belle-sœur m'ont dit que j'en faisais trop, que ce n'était pas un bébé mais un fœtus ».

2.4. Une attitude d'indifférence :

Certains parents expriment quelques-fois une grande souffrance face à l'indifférence de leur entourage.

De nombreux parents ont exprimé en réponse au questionnaire ce sentiment d'indifférence. Sentiment qu'ils rapprochent souvent avec le sentiment d'abandon, d'oubli. « Personne ne désire en parler », « ont-ils peur de nous blesser ou l'ont-ils déjà oublié ? ». (témoignage dans le questionnaire)

Une femme raconte à la psychologue Katia Nardin, qu'elle a cette grande impression d'indifférence de sa belle-mère qui accepte de faire une plaque en souvenir de l'enfant perdu mais n'accepte pas de mettre une date sur cette plaque. Et pourtant dit-elle « cette date restera à jamais graver dans notre mémoire ».

Malheureusement ce déni risque de s'accroître avec le temps, et peut devenir quasi absolu après la naissance d'un autre enfant. Cette attitude peut peut-être alors priver la famille d'une parole partagée sur cette perte et sur toutes les interrogations qui s'y rattachent. « Car le travail de deuil, nous dit le Dr Véronique LUTGEN (6), est à la fois intime mais également ne peut se déployer que dans le lien social pour asseoir le processus de réalité, de remémoration et favoriser l'élaboration des différentes étapes de déstructuration et restructuration de la vie ».

Conclusion

Si aujourd'hui, la grossesse aboutit le plus souvent à une naissance, c'est malgré tout, parfois la mort qui est au rendez-vous.

Faire le deuil de son enfant décédé avant même qu'il ne soit né est une situation qui peut être très difficile à vivre pour un couple parental. La mort fœtale *in utero* et la fausse couche tardive, sont des événements impensables, qui s'opposent à l'ordre chronologique de la vie et auxquels personne n'est jamais préparé.

Plusieurs difficultés peuvent augmenter la complexité de l'élaboration de ce processus, telles que le manque de souvenir, la médicalisation souvent importante au tour de "l'annonce" (les investigations à la recherche d'une étiologie, une intervention rapidement pour un sauvetage maternel...). Difficultés auxquelles se surajoute une impossibilité d'expression du chagrin face à un entourage qui, malheureusement, ignore très souvent l'existence de la perte, qui pensant bien faire, tentent de minimiser l'évènement.

Pourquoi si peu de reconnaissance du monde extérieur? Pourquoi tant de difficulté à se positionner face à « ce qui a été porté » ? Voici la question d'une mère à la fin du questionnaire : « Face à cette réaction d'autruche, quelle responsabilité a la société ? »

Les parents et l'entourage sont-ils totalement « responsables » de cette réaction « d'ignorance » ? Ne peut-on pas se questionner sur l'influence de la société et de ses techniques médicales de plus en plus performantes, vis-à-vis du vécu de ces morts « aux limites de la vie » **(18)** qui attirent l'attention sur l'infime frontière entre « le rien » et la personne ? Quels repères avons-nous pour penser la mort ?

Les parents, accompagnants et le personnel médical sont face à :

À la fois une combinaison d'un savoir sur les débuts de la vie et le désir d'enfant, qui personnalise très tôt ce que l'on porte en soi lors d'une grossesse ; et une grande variété de noms... fœtus, embryon, produit utérin, projet parental, produit innommé, rien, grossesse, ..., renvoyant à « une imprécision qui concourt à renforcer le flou entourant ces disparus » **(18)**.

Et qu'en est-il du rôle de la sage-femme ? Il semble être primordial pour favoriser l'élaboration du deuil. Il consiste à la fois à la réalisation d'actes médicaux nécessaire à la santé de la femme, mais également à l'accompagnement "psychologique", de celle-ci individuellement, (passant par l'écoute, par son bien-être, favorisant une réappropriation de son corps, de sa psychée, lui redonnant alors sa capacité à être femme et mère) et de celui du couple. La sage-femme peut se trouver à la limite de ses compétences dans ces situations, elle devient alors un intermédiaire essentiel pour le couple, vers les psychologues, ou les psychiatres. Pour qu'ainsi face à "ces événements" jamais ne règne "un silence de mort sur la mort". **(18)**

Bibliographie

(1) Véronique LEJEUNE, Bruno CARBONNE

Fausse couches et morts fœtales, prise en charge des grossesses ultérieures
Elsevier Masson, Paris, 2007

(2) La législation face à un fœtus non viable.

Disponible sur: <http://www.senat.fr/lc/lc184/lc1840.html>

(3) Les droits parentaux face à une perte fœtale au deuxième trimestre de la grossesse
disponible sur: www.ameli.fr

(4) PARKES CM (2003). *Le deuil*. Paris : Frison Roche, 415p)

(5) FAURE C (1995)- *Vivre le deuil au jour le jour*. Paris : ALBIN Michel, 217p.)

(6) *Le deuil périnatal*, Dr Véronique LUTGEN

disponible sur:

http://maitredestage.free.fr/congres/forum_rangueil_2006/pages/14h_15h30/MATERMIP/Deuil_perinatal_MG.pdf

(7) HANUS M (1997). *Les deuils dans la vie*. Paris : Maloine, 331p

(8) Stéphane CLERGET

Quel âge aurait-il aujourd'hui ? Le tabou des grossesses interrompues
Librairie Arthème Fayard, 2007

(9) HAUSSAIRE-NIQUET Chantal, *Le deuil périnatal : Le vivre et l'accompagner*
Edition le souffle d'or, 2004, 158 pages

(10) Docteur DAVID Didier, *Représentation de l'embryon chez la femme enceinte* (mémoire), 1993

disponible sur: <http://ccsd11.ccsd.cnrs.fr/?q=node/1760>

(11) Elisabeth Martineau, préface de Bernard Martino

Surmonter la mort de l'enfant attendu : dialogue autour du deuil périnatal
Lyon : Chronique sociale, DL 2008

(12) Revue Etudes (1997) DELAISI de PARSEVAL G, *Les deuils périnataux* ; n°387-5

(13) Etude Obépi 2012

disponible sur:

http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html

(14) Professeur Franck PERROTIN, *Mort fœtale in utero*

Urgences en gynécologie obstétrique/2005-les 6 CHRU de la Région Ouest

Disponible sur: <http://umvf.univ-angers.fr/gynecologie-et-obstetrique/urgences/chap23pdf>

(15) *Fausse couche spontanée*, JL BENIFLA

Hôpital Rothschild à Paris

Disponible sur: www.chusa.umpc.fr

(16) De PONCHEVILLE L.

Conduite à tenir devant des métrorragies du premier trimestre de la grossesse

EMC ; 2003

(17) *Métrorragies du deuxième trimestre de la grossesse : devenir obstétrical et périnatal*

Journal de gynécologie-obstétrique et de biologie de la reproduction 2000 ; 29 ; 66-77

Masson, Paris, 2000

Disponible sur: www.em-consulte.com/en/article/113918

(18) Muriel FLIS-TREVES, préface de René FYDMA

Le deuil de maternité

Calmann-Lévy, 2004

Annexes

Annexe 1

Angers, le 1^{er} janvier 2013

Chère madame,

Je m'appelle Marie-Liesse Roche-Bruyn. Je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} et dernière année d'étude.

Je réalise un mémoire sur la perte d'un enfant au 2^{ème} trimestre de la grossesse. Plus précisément sur l'impact psychologique de la perte d'un bébé entre 15 semaines d'aménorrhée et 24 semaines d'aménorrhée..

Je fais cette étude, dans le but d'améliorer l'accompagnement des parents lors de la perte d'un enfant né ou mort très prématurément.

Pour cela j'évalue dans un premier temps la prise en charge médicale qui a eu lieu à l'hôpital. Puis j'ai besoin de vous pour étudier l'accompagnement que vous avez reçu.

Pouvez-vous m'y aider, s'il vous plait, en remplissant le questionnaire suivant et en me le renvoyant avant le **31 janvier 2013**?

(Vous trouverez joint au questionnaire une enveloppe timbrée avec l'adresse à laquelle vous pourrez le renvoyer.)

Je vous prie de ne pas mettre votre nom et prénom sur ce questionnaire, il est **anonyme**.

Les résultats seront utilisés uniquement pour mon mémoire.

Je vous remercie de votre participation et du temps que vous aurez bien voulu prendre pour m'aider à l'élaboration de ce mémoire.

Respectueusement

Marie-Liesse Roche-Bruyn

Questionnaire

A. Quelques questions sur votre vécu à l'hôpital.

1. Qu'avez-vous ressenti au moment de « l'évènement traumatisant » ?

- | | | |
|-----------------------------|-----|-----|
| -une grande peur | oui | non |
| -un sentiment d'impuissance | oui | non |
| -horrifiée | oui | non |
| -autres... | | |

2. Votre enfant :

- | | | |
|---|-----|-----|
| ✓ L'avez-vous vu ? | oui | non |
| ✓ Avez-vous vu des photos ? | oui | non |
| -Vous les a-t-on données ? | oui | non |
| - Si non vous les a-t-on proposées ? | oui | non |
| ✓ Avez-vous vu des empreintes ? | oui | non |
| -Vous les a-t-on données ? | oui | non |
| - Si non vous les a-t-on proposées ? | oui | non |
| ✓ Avez-vous eu un bracelet de naissance ? | | |

3. L'après :

- | | | |
|--|-----|-----|
| • Avez-vous rencontré une psychologue à la maternité ? | oui | non |
| -Si oui : l'avez-vous plusieurs fois ? | oui | non |
| -Avez-vous eu son numéro ? | oui | non |
| -Vous l'a-t-on proposé ? | oui | non |
| -L'avez-vous revu après votre sortie ? | oui | non |

- Avez-vous vu quelqu'un d'autre après (psychologue, psychiatre, groupe de partage...). Précisez qui vous avez vu.

Oui non

.....

- Avez-vous pris des médicaments pour vous détendre, vous aidez à dormir... ?

oui non

Pouvez-vous précisez lesquels ?

.....

.....

B. Ci-dessous une liste de sentiments ou attitudes que les personnes ont parfois après avoir vécu un évènement traumatisant :

Sur une échelle de 0 à 3 décrivez la fréquence de ces sentiments ou attitudes pour vous:

0 =Pas du tout

1 =Une fois par semaine ou moins / un peu bits / une de temps en temps

2 =2 à 4 fois par semaine / un peu / la moitié du temps

3 =3 à 5 fois ou plus par semaine / beaucoup / presque toujours

1. Avez-vous des pensées bouleversantes ou des images sur « l'évènement traumatisant » qui viennent dans votre tête lorsque vous ne voulez pas qu'elles viennent ?

0 1 2 3

2. Avez-vous de mauvais rêves ou des cauchemars à propos de « l'évènement traumatisant »

0 1 2 3

3. Revivez-vous « l'évènement traumatisant » (agissant comme si il se déroulait de nouveau) ?

0 1 2 3

4. Vous sentez-vous bouleversée lorsque quelque chose vous rappelle « l'évènement traumatisant » ?

0 1 2 3

5. Avez-vous des réactions physiques lorsqu'on parle ou que quelque chose vous rappelle « l'évènement traumatisant » (transpiration, augmentation du rythme cardiaque) ?

0 1 2 3

6. Essayez-vous de ne pas penser ou parler de « l'évènement traumatisant » ?

0 1 2 3

7. Essayez-vous d'éviter les activités ou les personnes qui vous rappellent l'évènement traumatisant ?

0 1 2 3

8. Vous arrive-t-il de ne pas être en mesure de vous rappelez un aspect important de « l'évènement traumatisant » ?

0 1 2 3

9. Avez-vous beaucoup moins d'intérêt ou participez-vous beaucoup moins souvent à des activités importantes ?

0 1 2 3

10. Vous sentez-vous éloignée ou coupée des gens autour de vous ?

0 1 2 3

11. Vous sentez-vous émotionnellement engourdie (incapable de pleurer ou éprouver des sentiments tendres) ?

0 1 2 3

12. Vous sentez-vous comme si vos espoirs futurs ou vos plans ne se réaliseront pas ?
0 1 2 3

13. Avez-vous de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi ?
0 1 2 3

14. Vous sentez-vous irritable ou avez-vous des accès de colère ?
0 1 2 3

15. Avez-vous des problèmes de concentration ?
0 1 2 3

16. Etes-vous très alerte, tout le temps sur le « qui vive » ?
0 1 2 3

17. Etes-vous extrêmement nerveuse ou facilement effrayées ?
0 1 2 3

C. Etes-vous perturbé depuis l'évènement traumatisant dans les différents propositions ci-dessous:

1. Travailler	Oui	Non
2. Les relations familiales	Oui	Non
3. Les tâches ménagères	Oui	Non
4. Vie de couple	Oui	Non
5. Amitiés	Oui	Non
6. La satisfaction de vie générale	Oui	Non
7. Loisirs	Oui	Non
8. Fonctionnement global	Oui	Non
9. Travail scolaire	Oui	Non

D. Si vous désirez noter quelque chose qui est important pour vous :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 2

		Mère (nbre de pers/%)	Père (moyenne/écart type)
1	E=0	1 (5)	2(16,7)
	E=1	9(45)	7(58,3)
	E=2	5(25)	3(25)
	E=3	5(25)	0(0)
2	E=0	5(25)	8(66,7)
	E=1	7(35)	3(25)
	E=2	6(30)	1(8,3)
	E=3	2(10)	0(0)
3	E=0	6(30)	7(59,3)
	E=1	9(45)	4(33,3)
	E=2	2(10)	1(8,3)
	E=3	3(15)	0(0)
4	E=0	2(10)	1(8,3)
	E=1	6(30)	2(16,7)
	E=2	2(10)	8(66,7)
	E=3	10(50)	1(8,3)
5	E=0	3(15)	3(25)
	E=1	7(35)	2(16,7)
	E=2	5(25)	5(41,7)
	E=3	5(25)	1(8,3)
6	E=0	8(40)	7(58,3)
	E=1	3(15)	4(33,3)
	E=2	7(35)	1(8,3)
	E=3	2(10)	0(0)
7	E=0	11(55)	10(83,3)
	E=1	4(20)	1(8,3)
	E=2	2(10)	1(8,3)
	E=3	3(15)	0(0)
8	E=0	15(75)	10(83,3)
	E=1	3(15)	1(8,3)
	E=2	2(10)	1(8,3)
	E=3	0(0)	0(0)
9	E=0	10(50)	7(58,3)

	E=1	4(20)	4(33,3)
	E=2	3(15)	1(8,3)
	E=3	3(15)	0(0)
10	E=0	10(50)	8(66,7)
	E=1	6(30)	3(25)
	E=2	0(0)	0(0)
	E=3	4(20)	1(8,3)
11	E=0	12(60)	8(66,7)
	E=1	1(5)	1(8,3)
	E=2	3(15)	2(16,7)
	E=3	4(20)	1(8,3)
12	E=0	5(25)	5(41,7)
	E=1	3(15)	1(8,3)
	E=2	7(35)	6(50)
	E=3	5(25)	0(0)
13	E=0	5(25)	9(75)
	E=1	4(20)	2(16,7)
	E=2	4(20)	0(0)
	E=3	7(35)	1(8,3)
14	E=0	6(30)	5(41,7)
	E=1	8(40)	4(33,3)
	E=2	4(20)	0(0)
	E=3	2(10)	3(25)
15	E=0	8(40)	4(33,3)
	E=1	7(35)	3(25)
	E=2	2(10)	5(41,7)
	E=3	3(15)	0(0)
16	E=0	4(20)	5(41,7)
	E=1	10(50)	5(41,7)
	E=2	3(15)	0(0)
	E=3	3(15)	2(16,7)
17	E=0	5(25)	6(50)
	E=1	6(30)	1(8,3)
	E=2	5(25)	3(25)
	E=3	4(20)	2(16,7)

Résumé

La maternité est certainement, de tous les services hospitaliers, celui où l'on s'attend le moins à être confronté à la mort.

Malheureusement les événements heureux qui y ont lieu peuvent, à tout moment, être interrompus par un arrêt brutal de la grossesse, appelé fausse couche tardive ou mort fœtale *in utero* (étudiée ici entre 15 et 24SA).

Le couple parental entame alors un processus de deuil, deuil d'un "enfant" décédé le plus souvent avant même d'être né. Plusieurs difficultés peuvent être rencontrées dans l'élaboration de ce processus, telles que le manque de souvenir, la médicalisation souvent importante autour de "l'annonce"... . Difficultés auxquelles se surajoute une impossibilité d'expression du chagrin face à un entourage qui ignore très souvent l'existence de la perte et qui pensant bien faire, minimise "l'évènement". Et face à des repères pour penser la mort semblant quelques fois bien flou. La combinaison d'un savoir sur les débuts de la vie, qui personnalise souvent très tôt ce que l'on porte en soi lors d'une grossesse et la grande variété des noms qui lui sont donnés (fœtus, embryon, produit utérin, grossesse...) concourt à renforcer le flou entourant "ces disparus".

Le rôle de la sage-femme présente dès le début de "ces événements" semble primordial afin qu'il ne règne pas un silence de mort sur cette mort.

Summary

The maternity ward is, of all hospital services, certainly the one in which there is the lowest expectation of being faced with death.

Unfortunately, the happy events that take place there can, at any moment, be jarred by an abrupt end to pregnancy, called late-term miscarriage or intrauterine fetal death (studied here from 15 to 24SA).

The parents thus begin a grieving process – grief for a "child," often dead before even being born. Numerous difficulties can be encountered throughout this process, including the absence of memories and the often significant medicalization of "the announcement" Added to these difficulties is the impossibility of expressing sorrow in a circle that frequently ignores the existence of the loss and, thinking it to be best, tries to downplay "the event". And when faced with certain reminders, the death may seem like even more of a blur. The combination of knowledge regarding the start of life – with what the mother carries during the pregnancy often being attributed personhood very early – and the broad spectrum of names given to the entity (fetus, embryo, uterine product, pregnancy...) serves to intensify the lack of clarity surrounding "the disappeared".

The midwife's involvement from the very beginning of "these events" seems essential to prevent the death from being enshrouded in a deathly silence.