

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—

**TOME XXXII  
publié le 3.12.2008**



*TRENTE-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2008*

# L'IMG : une clinique de l'indésirable

D. VERNIER \*  
(Paris)

Le diagnostic anténatal a amené une clinique très particulière, lourde de responsabilités et très éprouvante émotionnellement ; psychologue clinicienne, je la côtoie au quotidien.

Confrontés à cette médecine, les soignants en obstétrique ont eu à inventer une prise en charge difficile permettant de mieux soutenir les patientes dans ces moments douloureux.

L'aspect psychologique de la prise en charge médicale des IMG me semble reposer sur cette « alchimie » soignant-patiente étroitement liés. Depuis maintenant une vingtaine d'années, nous savons qu'il est préférable de ne pas cacher la réalité ; parler de la malformation, la montrer, avec beaucoup de précautions, va permettre que le couple supporte au mieux la situation. Aujourd'hui, les mentalités ayant évolué, les médecins sont amenés à davantage de transparence, un véritable dialogue s'instaure avec les parents et les informations sont données avec précision.

\* Psychologue clinicienne - Hôpital Robert Debré - Service de Gynécologie Obstétrique -  
48 boulevard Sérurier - 75985 Paris cedex 19

## TRAVAIL DE LIAISON

La prise en charge de l'IMG suit un protocole médical précis ainsi que son accompagnement.

Il est expliqué au couple lors de la consultation de diagnostic anténatal. J'assiste à cette consultation fréquemment, ce qui permet une prise de contact et de pouvoir recevoir le couple à la suite de cette dernière. J'essaie de maintenir un fil conducteur de l'anténatal au post-natal, véritable compagnonnage avec l'équipe et suivi classique avec le couple.

On voit ici l'importance du travail de liaison nécessaire pour que les choses dites soient entendues, comprises et reliées à l'équipe qui devra prendre en charge la patiente ; éviter les redites, pouvoir répondre aux questions de la patiente afin de ne pas la réinterroger à plusieurs reprises.

Effrayée par l'imaginaire que provoque une malformation, l'équipe en salle doit connaître le diagnostic posé afin d'éviter des représentations négatives ou un jugement concernant le choix des parents.

## PENSER LES PROTOCOLES

Pour le couple amené à vivre l'interruption de grossesse, il s'agit d'une expérience unique. Les protocoles sont des repères à la fois pour les équipes et pour les patients pour se sentir en sécurité, mais nous devons de toujours les interroger afin d'être les plus attentifs aux couples qui vivent là une situation extrême. Pour le couple amené à vivre l'interruption de grossesse, l'annonce de l'anomalie est un véritable choc qui entraîne une sidération et un véritable arrêt du cours de la pensée ; et ce, même s'ils ont été avertis au préalable, ils sont dans un moment de chaos.

La prise en charge psychologique essentielle est de respecter les différents temps inhérents au diagnostic anténatal et à sa prise en charge : temps de l'annonce, temps de l'information, temps de la décision, déroulement et organisation personnelle que ce soit du couple ou de l'équipe, et enfin sa prise en charge.

## URGENCE ?

Il n'y a aucune urgence à hospitaliser la femme, sauf bien sûr pour des raisons médicales qui risqueraient de la mettre en danger ; en revanche il y a urgence à les recevoir au moment de l'annonce, à ne pas les laisser seuls. Il s'agit de leur donner du temps pour cheminer, un temps accompagné et non pas un temps dans le vide qui ne peut que générer de l'angoisse.

Le psychologue est le gardien de ces temps : ne pas répondre à l'urgence, être là quand tout vacille, temporiser pour contenir les affects déstructurants, tenir bon pour laisser venir les angoisses massives, sans se laisser entamer.

## TEMPS ET DÉCISION...

Ce temps permet au couple de s'interroger, de reposer des questions, de voir ou de revoir éventuellement un spécialiste. Ce temps en amont de la décision aide le couple à ne pas ressentir de précipitation pour décider d'arrêter la vie. Pour les parents, le doute de ne pas avoir « tout fait » pour leur enfant les hantera toujours. Ils doivent garder le sentiment d'avoir tout tenté pour leur enfant, même si pour le corps médical les choses sont plus évidentes.

Ce temps donné leur est nécessaire et doit être manié avec précaution, si nous estimons « a priori » qu'ils vont demander l'arrêt de la grossesse, nous nous devons de rester prudents, pour eux l'espoir est encore là et c'est quand ils pourront arriver à leur décision qu'ils seront à même de se séparer de leur enfant.

Il s'agit du cheminement de la pensée, d'un temps variable pour chacun : quand une patiente demande « est-ce qu'on peut arrêter la grossesse à ce terme-là ? », car la femme ignore la réglementation, le médecin va être tenté de répondre « oui » et d'enchaîner par exemple en disant « inutile de faire l'écho », or la patiente a besoin de cette écho pour continuer à cheminer psychologiquement. Elle n'est pas encore à ce moment-là.

Le couple a souvent besoin qu'on lui répète plusieurs fois le diagnostic, ce qui permet qu'il reprenne pied dans la réalité, et qu'à ce moment-là il accède à la décision qui devient véritablement la sienne.

Il ne s'agit pas de les laisser seuls porter le poids de cette décision, qui est dictée avant tout par le diagnostic médical, mais de les soutenir à la prendre. La femme ne peut pas rester dans l'illusion qu'elle va simplement arrêter la grossesse ; elle doit pouvoir accéder à la décision radicale d'arrêter la vie de son enfant et pour cela elle doit passer par différents mouvements psychiques qui sont des étapes nécessaires pour décider.

L'équipe par son attitude empathique permet de contenir les affects qui sont parfois violents, les défenses psychiques sont massives : déni, clivage, grâce à la compréhension de ces défenses par les soignants, elles vont pouvoir s'assouplir.

Les couples comprennent bien qu'il n'y a pas d'urgence même s'ils ont pu demander « d'aller vite, et de ne pas attendre ». Ce bébé qui leur faisait peur redevient leur enfant avec une pathologie grave, pour laquelle ils ont à prendre cette décision.

Les explications données du devenir du corps de leur bébé leur aident à comprendre et à prévoir ce que, eux veulent, et non pas ce qu'« il faut faire » pour être de bons parents ou mieux « faire son deuil ».

Ils vont s'organiser psychiquement et concrètement.

## LE RÔLE DES SOIGNANTS

C'est avant tout le médecin et la sage-femme qui prennent en charge la patiente, au moment du diagnostic, en salle d'accouchement, dans le service, en consultation et avec eux l'équipe infirmière aide-soignante. Le psychologue est auprès d'eux, prêt à intervenir à leur demande.

Aujourd'hui, la présence des psychologues en maternité est davantage connue, les couples consultent directement, en particulier dans leur réflexion au moment de la décision, moment de doute et d'interrogation profonde.

Pour ma part, faire partie de l'équipe, c'est être disponible auprès des soignants et auprès du couple dans les bouleversements que chacun traverse.

**La sage-femme** apporte la reconnaissance de l'enfant, elle met au monde les enfants et son savoir-faire humanise ce fœtus, bébé en devenir. Quand elle peut prendre dans ses bras l'enfant mort, elle permet à la mère de l'accueillir : « la sage-femme l'a pris en disant

« viens-là mon p'tit bonhomme », et j'ai tendu les bras en criant : « donnez-le moi », sans elle je ne l'aurais jamais fait ». C'est de cette alchimie dont je parlais, qui ne s'apprend pas, mais qui s'invente au cas par cas, si on laisse parler les émotions. « Je n'étais pas sûre de vouloir le voir, j'ai fait confiance, et de l'avoir vu, ça m'aide à comprendre qu'il n'est plus là... ».

La salle de naissance est le lieu où tout se vit. Accompagnés, les couples vivent ces situations dramatiques, ils disent en être « sortis grandis », quand nous avons pu les aider à dépasser leurs peurs.

## RITUELS

Au fur et à mesure des années, de nombreux rituels ont été imaginés, en parler aide le couple à faire ce qui va lui convenir dans le respect de ses convictions, mais il peut aussi ne rien faire ! Un grand tact et beaucoup de délicatesse sont de mise afin de respecter leur intimité et leur choix.

Cette adaptation au cas par cas demande une grande disponibilité émotionnelle, sans jugement, sans « faire à la place » et sans savoir pour l'autre, ce qui dans les pratiques médicales est peu habituel.

Les rituels viennent donner du sens à ce bébé mort à l'hôpital, que personne ou presque n'aura vu et qui risque d'être oublié par l'entourage. Le devoir de sépulture leur permet de se reconnaître responsables, parents à leur tour, malgré tout.

La déclaration à l'état civil pour tout fœtus sans limite de date de gestation, décret de ce mois d'août 2008, aura probablement des répercussions, cela devrait répondre à la demande de quelques-uns mais là encore la reconnaissance collective n'est pas seulement celle attendue.

Pour certains, la perte d'un fœtus peut rester quelque chose d'intime sans besoin d'inscription qui risquerait de donner davantage de poids à leur désarroi et les laisser désespérés.

La reconnaissance de pertes très précoces paraît davantage du ressort de la reconnaissance de la perte et de la peine qui est associée que l'inscription à l'état civil, ici encore raisonnons au cas par cas.

## LA CONSULTATION POST-IMG

Elle est essentielle à la prise en charge globale. Elle est bien sûr nécessaire au couple pour les résultats d'examens qu'il attend avec impatience et beaucoup d'anxiété. Pour eux, il s'agit de « clore le dossier », il manque une dernière pièce à l'histoire et ils peuvent passer à autre chose, sorte de point final au dossier médical et qui ouvre vers un autre temps, davantage celui du deuil.

Cette consultation se doit d'ouvrir le discours sur les ressentis, le médecin doit demander comment ils sont après cette épreuve ?... même si la crainte est au premier plan, longueur de la consultation, émotions importantes ; c'est en effet le moment où le couple va se reparler de l'événement, la femme est souvent surprise d'entendre son compagnon parler d'insomnie, de fuite en avant dans le travail, de plaintes somatiques, d'évitement de l'hôpital, etc.

## LE TEMPS DU DEUIL

Douleur, culpabilité, honte font partie de ce deuil complexe.

Comment faire le deuil d'un enfant qui n'a pas vécu dans la famille, sorte d'enfant virtuel, attendu par tous et déjà oublié. Pour ne pas avoir mal, l'entourage préfère ignorer leur chagrin. Les femmes éprouvent un grand vide corporel, une grande solitude, elles se sentent meurtries tout au fond d'elles-mêmes sans pouvoir partager cette douleur, se sentant parfois même illégitimes dans leur malheur : ont-elles le droit de pleurer cet enfant non encore advenu ? Sont-elles mères ? Leur peine n'est-elle pas trop longue ? Ne faudrait-il pas passer à autre chose ? Tu y penses encore ?... C'est ce qu'elles entendent de leur entourage, souvent démuné et impuissant à les consoler.

« Je me sens dure à l'intérieur de moi, mais personne ne s'en rend compte... de tout façon personne n'en parle plus... quand ils parlent d'enfants, ils parlent de ceux des autres, ceux qui sont là ou ceux qui viendront, même ma mère a dit que c'est mon frère qui va lui donner d'autres petits enfants, à moi elle ne me dit rien, comme si je n'étais pas là » (IMG 24SA).

Se sentir transparente, comme absente de la scène quand l'entourage évite le sujet.

Leur culpabilité est au premier plan, les femmes ne s'autorisent pas à montrer leur chagrin qu'elles estiment avoir provoqué par leur décision, elles en oublient la raison médicale grave et demeurent avec ce reproche incessant qu'elles ont fait mourir leur enfant ou qu'elles l'ont tué. On voit ici l'importance de rappeler la raison de la mort de leur enfant lors d'une consultation médicale. Cette culpabilité peut les ronger et elles peuvent se replier sur elles-mêmes, « sèches », ne montrant rien de leur douleur : « je m'enferme dans ma souffrance, ne dis rien... je deviens dure et sèche... je m'interdis de pleurer, je n'en ai pas le droit, ma culpabilité m'étouffe... ». Nous savons combien les choses non-dites rendent coupables.

Les aider à en parler va permettre une mise à distance, évoquer ce que disent d'autres femmes les aide à se sentir comprises.

En même temps, elles maintiennent cette douleur de peur d'oublier leur enfant, la maintenir permet d'y penser encore, ce qui fait exister cet enfant, douleur nostalgique, compagne du deuil vivant. Il peut prendre beaucoup d'aspects, se rappeler à d'autres en fonction de l'histoire de chacune.

Il est difficile de résumer ce deuil complexe, polymorphe, qui prend du temps comme tout deuil, sait-on s'il se termine un jour ?

## LA GROSSESSE D'APRÈS

L'envie de refaire rapidement un autre enfant peut être exprimée, « j'ai besoin de combler ce vide », c'est aussi être en vie, ne pas rester « arrêtée dans le malheur », c'est restaurer un narcissisme profondément blessé. Avec un temps variable pour chacun dans le couple, le désir refait surface. Cela ne veut pas dire que ce bébé sera oublié. Le suivi de la grossesse d'après permettra de les différencier. La grossesse suivante est envahie de peurs, la femme s'empêche de rêver de son bébé, de lui acheter des vêtements, comme si l'investir voulait dire : y croire !, et donc se condamner à être malheureuse en ne réussissant pas cette nouvelle grossesse.

La dévalorisation est au premier plan, la punition est sous-jacente, chaque examen est appréhendé comme annonciateur de catastrophes.



## CONCLUSION

La valorisation de ce travail d'accompagnement des IMG est indispensable et devrait être l'objectif de toute équipe médicale. Ces événements, quand ils sont reconnus et non pas passés sous silence, permettent aux parents de se reconstruire et aux équipes de continuer ces prises en charge délicates, en y trouvant du sens. L'accompagnement humain repose sur ces moments forts qui apportent respect et dignité, où il ne peut y avoir de faux-fuyants. Il pourrait être le modèle de toutes les situations difficiles en maternité.

Il s'agit là d'une médecine difficile, à l'antithèse de sa vocation première puisqu'il s'agit de donner la mort. Pourtant il me semble qu'elle s'inscrit dans un rôle de prévention et qu'avec précaution et humanisation, elle doit permettre au couple de reprendre place dans sa trajectoire de vie.

Il s'agit d'un véritable questionnement qui autorise à penser le doute et qui peut permettre une réflexion au cas par cas, adaptée à chaque patient, sans rien imposer.

*Résumé*

*L'aspect psychologique de la prise en charge de l'IMG est aujourd'hui bien encadré. Pourtant, tout repose sur la compétence et la disponibilité émotionnelles des soignants.*

*La lourdeur des situations ainsi que la charge professionnelle en maternité rendent la prise en charge délicate. Le temps à accorder et la disponibilité ne sont pas toujours reconnus alors qu'ils sont la priorité de tout accompagnement humain.*

*Pour que cette prise en charge garde sa qualité et son importance, nous apportons quelques témoignages et interrogations afin de développer ce thème.*

*Mots clés : temps, élaboration, reconnaissance, deuil*