

Livret d'informations à l'usage des parents sur

# L'Interruption Médicale de Grossesse (IMG)



**CHU de Montpellier**  
Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic  
Prénatal  
34925 Montpellier  
[www.chu-montpellier.fr](http://www.chu-montpellier.fr)



## Informations pour les parents

Vous venez d'avoir un entretien avec un médecin pour vous expliquer les différentes modalités de votre interruption médicale de grossesse.

Les informations délivrées ont été nombreuses, parfois inattendues, bouleversantes...

Nous savons qu'il persiste souvent des interrogations après ce type d'entretien.

Ce livret ne se substitue pas au lien humain établi entre vous et notre équipe. Il retrace les différentes étapes de votre prise en charge hospitalière, précise les démarches administratives, et présente les différents intervenants que vous rencontrez.

Nous restons attentifs à vos demandes et disponibles pour toutes les autres questions que vous souhaiteriez aborder.

*L'équipe soignante du CPDPN .....*

# Sommaire

Introduction	p. 5
Interruption médicale de grossesse	p. 6
Les différentes étapes d'une Interruption Médicale de Grossesse	p. 7
La consultation préalable à l'IMG	p. 7
L'hospitalisation	p. 8
Le protocole médicamenteux d'accouchement	p. 8
Le déroulement du travail et l'accouchement	p. 9
Le séjour à l'hôpital	p. 11
Le soutien psychologique	p. 11
Les étapes importantes après la sortie	p. 11
L'examen foetopathologique	p. 11
La consultation post accouchement	p. 12
La consultation génétique	p. 13
Reconnaissance de l'enfant. Funérailles. Questions administratives. Droits sociaux	p. 13
Après l'IMG	p. 15
Numéros utiles CHU Arnaud de Villeneuve	p. 18
Liens utiles	p. 19

## Introduction

En France, chaque année, 7000 familles sont confrontées au deuil périnatal. Les interruptions médicales de grossesse représentent un événement douloureux et intense en émotions, faisant suite à un diagnostic d'une pathologie d'une gravité extrême et non curable. Il s'agit d'une démarche accompagnée et entourée par toute une équipe médicale et soignante.

Elle relève tout autant d'une demande parentale que d'une expertise éclairée et donnée par les professionnels de santé concernés par la pathologie détectée.

C'est un collège de médecins spécialisés : gynécologues obstétriciens, pédiatres néonatalogistes, échographistes, généticiens... travaillant au sein d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal qui se réunit parfois à plusieurs reprises pour évaluer et valider cette décision.

Ce livret vous permet de vous préparer autant que possible à cet événement éprouvant qu'est l'interruption médicale de grossesse et à l'accouchement particulier que vous allez vivre au sein du CHU de Montpellier avec notre équipe.

# L'Interruption Médicale de Grossesse (IMG)

au CHU de Montpellier

Quand une anomalie fœtale est détectée, et dans les situations où cette anomalie est considérée comme ayant une « forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic » (art. L. 2231-1 du CDP), les CPDPN ont la charge de l'attester. Ceci rend alors possible, si les parents le demandent, l'interruption volontaire de la grossesse pour motif médical (IMG).

Elle est régie en France par la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, plus communément appelée loi Veil (Art. 162-12). Elle n'est pas limitée dans le temps, elle peut être pratiquée jusqu'à la fin de la grossesse.

Décider d'interrompre la grossesse n'est pas une solution de facilité, mais c'est le terme d'une démarche qui fait suite au diagnostic d'une très grave affection de l'enfant à naître. Cette décision relève de la demande des parents, d'une décision prise par eux à un moment donné, dans un contexte donné, en cherchant ce qui fait sens pour eux, leur enfant, leur famille. Il est important que cette décision soit envisagée avec un praticien qui suit la grossesse. Après réflexion au sein du couple, la mère présente sa demande, fondée sur l'expertise médicale de la pathologie du bébé, aux sages-femmes et médecins du CPDPN.

Cette demande est validée par un collège de médecins spécialisés intervenant obligatoirement dans un CPDPN. Depuis la loi du 4 juillet 2001, l'accord confirmé par la signature de deux médecins membres du CPDPN attestant le motif médical de l'interruption de grossesse. Ils peuvent relever de spécialités différentes : gynécologue-obstétricien, pédiatre, néonatalogiste, échographiste spécialisé en médecine fœtale ou généticien.

La plupart des malformations n'entraînent pas de souffrance pour l'enfant tant qu'il est dans le ventre de sa mère, et un suivi médical régulier permet de le confirmer. Lorsque la vie de la femme enceinte n'est pas en danger, interrompre la grossesse n'est pas une urgence, au contraire, prendre du temps pour préparer les étapes à venir est important, même si les couples témoignent très souvent d'une envie que tout soit terminé le plus rapidement possible.

Le délai entre l'annonce de l'anomalie de l'enfant et l'hospitalisation pour l'IMG est variable, notamment selon les explorations liées à la pathologie. Extrêmement difficile à vivre, il s'avère néanmoins nécessaire et permet au couple d'appréhender ce qui va se passer pour eux et pour leur bébé.

Il est essentiel que ce temps puisse être accompagné par des professionnels, aussi un soutien psychologique est proposé systématiquement aux couples.

## Les différentes étapes d'une Interruption Médicale de Grossesse

Une fois l'autorisation d'interrompre la grossesse accordée par le CPDPN, des rencontres sont programmées pour préparer l'accouchement et aborder toutes les questions souhaitées.

### La consultation préalable à l'IMG

Le couple rencontre l'équipe de sages-femmes référentes du CPDPN qui présente le déroulement de l'IMG. En plus de répondre aux questions de l'après, elle répond aux questions autour de l'hospitalisation d'un point de vue administratif : le congé maternité, la rencontre avec le bébé, la prise en charge du corps...

Il est donc recommandé que les deux parents assistent à cet entretien, cela permet d'apporter un éclairage supplémentaire pour le couple tant sur le plan médical que du vécu. En l'absence du conjoint, la présence d'un accompagnant est conseillée.

C'est un entretien dense en informations et intense en émotions, il ne faut pas hésiter à rédiger une liste de questions à poser. Aucune question n'est taboue ou choquante, l'essentiel étant de comprendre parfaitement le déroulement de l'IMG.

Pour ce premier entretien, au vue des questions sensibles qui peuvent se poser, il est demandé de ne pas venir avec les enfants. Lors de cette consultation le soutien psychologique est également proposé.

## L'hospitalisation

Elle se fait dans le service de gynécologie-obstétrique des grossesses à risques, au 4<sup>ème</sup> étage de l'hôpital Arnaud de Villeneuve.

L'hospitalisation se fait en chambre seule, permettant au conjoint ou à la personne accompagnante de rester dormir auprès de la patiente.

L'admission a lieu en fin de journée, dans un temps où la sage-femme du service reprend toutes les explications abordées pendant l'entretien précédent.

Une consultation avec un anesthésiste aura également lieu lors de cette entrée dans le service.

Même s'il semble très douloureux d'être dans un service de maternité et d'entendre parfois des pleurs de bébés, il s'agit aussi d'une reconnaissance du statut de parent ainsi que de celui de l'enfant.

En fonction du stade de la grossesse, de l'état de santé physique et psychique de la femme, de ses antécédents gynécologiques et obstétricaux, et de contre-indications éventuelles, la technique d'IMG est définie par les obstétriciens.

Lorsque la grossesse a moins de 15 SA, la méthode chirurgicale peut être proposée. Mais cette technique n'est envisageable que lorsque l'examen foetopathologique n'est pas nécessaire pour le diagnostic et le conseil génétique.

La plupart du temps, l'IMG est réalisée en déclenchant médicalement l'accouchement par les voies naturelles. Il s'agit de préserver les possibilités ultérieures d'accouchement en évitant une cicatrice de césarienne qui fragiliserait l'utérus. Les obstétriciens évitent donc de pratiquer une césarienne qui reste un acte chirurgical.

Les parents nous ont appris que, loin d'être traumatisant, un accouchement très accompagné les aidait à traverser cette étape à long terme, dans leur parcours de reconstruction.

## Le protocole médicamenteux d'accouchement

### Le traitement débute le soir de l'hospitalisation

La prise de comprimés de Mifégyne (antiprogestérone) a lieu 36 heures avant le déclenchement de l'accouchement, le soir de l'admission. Elle entraîne au niveau du col de l'utérus une dilatation partielle et une modification de sa consistance, dans le but de faciliter l'accouchement.

Cette molécule peut également induire des contractions utérines, mais peut rarement à elle seule déclencher le travail. C'est le début de la prise en charge, et dans la mesure du possible il est important que le couple soit ensemble, ou que la patiente soit accompagnée d'un proche.

### **Le lendemain de l'admission**

Le col de l'utérus étant le plus souvent fermé, une dilatation artificielle peut être effectuée : sous inhalation de gaz analgésique, est réalisée une insertion de dilateurs dans le col utérin appelés laminaires Dilapans (petits bâtonnets d'algues se libérant progressivement et de façon indolore sur plusieurs heures dans la nuit). Si le col de l'utérus est largement ouvert, cette procédure ne sera pas effectuée.

### **Le déroulement du travail et l'accouchement**

Les contractions utérines conduisent à «l'expulsion» du bébé par les voies naturelles.

La pratique d'une césarienne est exceptionnelle (échec de déclenchement du travail, disproportion foeto-pelvienne, bassin anormal, antécédent contre-indiquant un accouchement par voie basse).

Une ou plusieurs sages-femmes s'occupent de la patiente tout au long du déclenchement. Elle peut être accompagnée de la personne de son choix : conjoint, amie, parent..., dont le soutien est essentiel.

Il peut se passer plusieurs heures entre le début du déclenchement et l'accouchement. De ce fait une analgésie par anesthésie péridurale est vivement recommandée, ou l'emploi d'antalgiques puissants en cas de contre-indication ou si ce type d'anesthésie n'est pas souhaité, permettant d'apaiser les douleurs liées aux contractions.

### **Le décès de l'enfant en cas d'IMG**

Elle varie en fonction du terme de la grossesse et du protocole utilisé.

Avant 22 SA, le travail, du fait des contractions, conduit au décès du fœtus, et ce de manière indolore pour lui.

A partir de 22 SA, afin de ne pas occasionner de douleurs liées aux contractions pour le fœtus, les équipes pratiquent un geste d'arrêt de vie avant la naissance.

Dans un premier temps, une injection d'anesthésiques est réalisée par le gynécologue-obstétricien, sous contrôle échographique dans le cordon ombilical, permettant d'endormir complètement le fœtus. Puis dans un second temps, une injection d'un médicament conduit à l'arrêt du cœur du fœtus.

### **La présentation de l'enfant**

Il est proposé aux parents de voir leur bébé, de le prendre dans leurs bras, de le toucher, de lui parler. Ils peuvent demander à être seuls avec lui, à le présenter aux proches, et à le revoir plusieurs fois après l'accouchement s'ils le souhaitent.

Il est possible de le photographier, de l'habiller avec un linge ou des vêtements, lui déposer une gourmette, une peluche, un dessin.

Un représentant religieux peut être prévenu si les parents le souhaitent.

Les équipes encouragent le couple à voir l'enfant. Mais cela ne saurait être imposé. Ce n'est pas parce que l'on ne voit pas qu'il est impossible d'entreprendre le deuil. Chaque personne sait, de manière personnelle, ce qui lui convient de faire et cette question rester le plus souvent en suspend jusqu'au moment de l'accouchement où le vécu peut aider à se positionner. Au-delà de son regard professionnel, l'équipe soignante peut accompagner le couple en décrivant le bébé et ses éventuelles malformations visibles. Il est tout à fait normal d'appréhender de voir le bébé. La couleur de sa peau, par exemple, est assez rouge de façon normale jusqu'au cinquième mois.

Tous les parents qui ont pu ainsi découvrir leur enfant gardent le souvenir d'un moment d'infinie tendresse et d'apaisement après la douleur de l'accouchement. Cette rencontre peut aussi permettre de mettre un terme aux représentations imaginaires qui peuvent être faites de l'apparence et de l'aspect de l'enfant.

### **Les photos, bracelet, empreintes**

Des photos peuvent être prises si les parents le souhaitent. Ces photos ont, avant tout, fonction de témoignage. Si la rencontre directe n'est pas possible ou non souhaitée, les photos peuvent justement permettre aux parents, dans leur temporalité propre, de faire connaissance à distance de leur enfant. S'ils n'ont pas l'envie de les voir d'emblée, elles pourront être conservées dans le dossier médical et remises lors d'une prochaine consultation médicale par un des professionnels de santé de l'équipe. Un bracelet d'identification portant le prénom de l'enfant peut être remis aux parents ainsi que ses empreintes.

## Le séjour à l'hôpital

Le séjour à l'hôpital varie selon le terme et le contexte, de 1 à 5 jours en moyenne. C'est un moment de transition avant le retour à la maison, où il ne faut pas hésiter à poser toutes les questions souhaitées à l'équipe médicale.

A la sortie, le médecin prescrit les médicaments nécessaires (inhibition de la montée de lait, antalgiques, contraception, éventuels antibiotiques).

Une liste de coordonnées des personnes qui font partie de l'équipe accompagnante (sages-femmes, psychologues...) est transmise.

Un courrier de sortie sera adressé au gynécologue-obstétricien référent de la patiente et/ou professionnels impliqués (médecin généraliste, sage-femme de proximité). Ce partage d'informations permet une continuité de la prise en charge.

## Le soutien psychologique

Tout au long du parcours un soutien psychologique et/ou pédopsychiatrique est proposé. Après l'IMG, ce suivi hospitalier peut se poursuivre si cela s'avère nécessaire et en fonction des besoins de chacun.

## Les étapes importantes après la sortie

### L'examen fœtopathologique

Après l'accouchement, un certain nombre d'examens peuvent être proposés et pratiqués sur le corps de l'enfant.

L'objectif est de compléter les investigations pratiquées avant la naissance pour aboutir au diagnostic final de la pathologie.

Pour de nombreux cas, seule cette démarche peut permettre de définir avec précision le risque éventuel de récurrence de la pathologie et, par conséquent, la meilleure prise en charge des futures grossesses.

Parmi ces examens complémentaires, l'examen fœtopathologique (ou autopsie) consiste en un examen morphologique systématique minutieux du corps de l'enfant et de ses organes, à la fois macroscopiques et microscopiques (au microscope). Il ne peut être réalisé qu'avec l'accord des parents.

C'est le seul examen qui permette un bilan complet des toutes les malformations, dont bon nombre ne peuvent être détectées par les examens d'imagerie (échographie, scanner, IRM) pratiqués avant ou après la naissance. Des photographies sont alors effectuées, qui sont intégrées au dossier médical de l'enfant.

L'examen fœtopathologique comprend par ailleurs l'analyse radiologique complète du squelette et l'examen du placenta, qui apportent des informations complémentaires précieuses pour comprendre certaines malformations.

Cet examen est pratiqué par des médecins spécifiquement formés à l'analyse des anomalies détectées au cours de la grossesse et intégrés aux équipes médicales du CPDP, avec lesquelles ils dialoguent et réfléchissent sur chaque patient.

Pour l'examen le corps est confié quelques heures au laboratoire fœtopathologique et revient ensuite en chambre funéraire où les parents peuvent le revoir.

Le compte-rendu complet de l'examen sera rendu au couple au décours d'une consultation génétique dans un délai de 3 à 6 mois ( le rendez-vous est à prendre à réception du courrier)

### **La consultation post-accouchement**

Six à huit semaines après l'accouchement, un rendez-vous est prévu avec le médecin qui a pris en charge la patiente. Cette consultation obligatoire permet au médecin d'évaluer l'état physique et psychologique de la femme et de lui donner des conseils pour les grossesses suivantes (délai d'attente, précautions...). La présence du compagnon est fortement recommandée. La date du rendez-vous est donnée par l'équipe avant sortie.

En cas de pathologie maternelle, des rendez-vous avec les spécialistes concernés sont prévus. Une rééducation du périnée peut être prescrite si besoin.

### **La consultation génétique**

La consultation avec les médecins généticiens, médecins impliqués dans le diagnostic des maladies héréditaires et des malformations, est primordiale. Ils pourront, au vue de l'ensemble des données (caryotype, examen fœtopathologique) donner le plus souvent un diagnostic de la maladie du bébé, en préciser les risques de récurrence et indiquer les stratégies de diagnostic pour les futures grossesses. Il est capital que le couple soit présent à cette consultation. Parfois

une enquête familiale est proposée, voire fortement conseillée. Les résultats de l'examen fœtopathologique, s'il a été fait, sont longs à obtenir. Le rendez-vous devra donc être pris 4 à 6 mois après l'accouchement.

## Reconnaissance de l'enfant. Funérailles. Questions administratives. Droits sociaux

La parution au journal officiel n° 0195 du 22 août 2008 page 13145 texte n°10 des décrets n°2008-800 et n°2008-798 du 20 août 2008 a pour conséquence de modifier la prise en charge des enfants mort-nés pouvant être déclarés «nés sans vie» dans le cas «d'accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale (dont IMG)».

Ainsi, désormais, un certificat d'accouchement est délivré quel que soit le terme de la naissance d'un «enfant mort-né». Ce certificat accompagnera obligatoirement la demande de déclaration d'enfant né sans vie, ou restera en la possession des parents s'il n'y a pas de déclaration. Une copie sera conservée dans le dossier médical.

### Déclaration «d'enfant né sans vie» à l'état civil

La déclaration «d'enfant né sans vie» peut désormais être faite quelle que soit la durée de gestation à la naissance.

A partir de 22 semaines d'aménorrhées (SA) à la naissance, une déclaration «d'enfant né sans vie» est faite systématiquement par le CHU de Montpellier. Avant 22 SA les parents peuvent faire une déclaration «d'enfant né sans vie» (Il s'agit d'une possibilité et non d'une obligation). Il n'y a pas de délais pour effectuer cette démarche.

La déclaration «d'enfant né sans vie» donne lieu à un «Acte d'enfant sans vie», qui permet aux parents qui le souhaitent :

- De donner un prénom à l'enfant,

- D'en faire figurer la mention sur le livret de famille,
- De demander à cette occasion s'ils n'en possèdent pas la création d'un livret de famille,
- De prendre en charge les obsèques.

## Devenir du corps de l'enfant

### **Né AVANT 22 SA au CHU de Montpellier :**

Si les parents désirent prendre en charge le corps, ils pourront réclamer le corps et prendre en charge les obsèques de l'enfant (après examen fœtopathologique le cas échéant), en choisissant librement l'opérateur funéraire et les modalités des obsèques.

Si les parents ne désirent pas prendre en charge le corps, le corps sera acheminé à la chambre funéraire de l'hôpital Lapeyronie (après examen fœtopathologique le cas échéant), où il sera conservé pendant un délai d'une dizaine de jours à compter de la date de la naissance au cours duquel les parents pourront toujours réclamer le corps. Si au terme de ce délai le corps n'a pas été réclamé, le CHU fera procéder à la crémation. Les parents ne peuvent ni assister à la crémation, ni récupérer les cendres.

### **Né APRES 22 SA au CHU de Montpellier :**

Si les parents désirent prendre en charge le corps : Les parents peuvent réclamer le corps et prendre en charge les obsèques de l'enfant (après examen fœtopathologique le cas échéant), en choisissant librement l'opérateur funéraire et les modalités des obsèques.

Si les parents privilégient une prise en charge hospitalière, le corps est transféré à la chambre funéraire de l'hôpital Lapeyronie, (après examen fœtopathologique le cas échéant), avec la déclaration «d'enfant né sans vie».

Passé le délai de 10 jours à compter de la date d'accouchement il sera fait procéder à l'inhumation au cimetière St Lazare à Montpellier, dans le carré communal. Les parents ont la possibilité de revenir sur ces démarches pour décider d'une prise en charge par leurs soins dans un délai de 5 années après l'inhumation.

## Congés maternité et paternité

**Avant 22 SA**, même si l'enfant fait l'objet d'une déclaration « d'enfant né sans vie », il n'y a pas d'ouverture de droit au congé maternité. Un certificat d'arrêt de travail est délivré par le médecin du service.

**A partir de 22 SA**, les congés maternité et paternité sont acquis.

Un certificat médical d'accouchement d'enfant né sans vie est remis au couple afin qu'il puisse faire valoir ses droits : il faut en envoyer un à son employeur, un autre à la CAF, et un qu'il faut remettre à la CPAM.

La mère peut cumuler, à compter de la date d'accouchement, l'ensemble des congés non pris en prénatal avec les congés post nataux.

Le père peut poser 14 jours. Soit en les coupant en 2 périodes (3 jours au déroulé de l'accouchement, 11 jours consécutifs dans les 4 mois qui suivent l'accouchement, soit en cumulant ces deux périodes sur 14 jours consécutifs calendaires.

Avant l'obtention par l'état civil d'un acte d'enfant né sans vie un certificat médical d'enfant né sans vie vous sera remis par le service afin de commencer les démarches administratives et faire valoir vos droits.

## Après l'IMG

En retrouvant la vie quotidienne, beaucoup de parents passent par des périodes plus ou moins longues, plus ou moins fréquentes où tout tourne autour de l'enfant et des projets perdus. Certains sont submergés par des sentiments violents (jalousie, culpabilité, tristesse) ; d'autres ne ressentent rien et peuvent en culpabiliser. On peut également éprouver des difficultés à communiquer avec l'entourage, entendre des propos maladroits...

Il n'y a pas une bonne façon de réagir, mais autant de façons que de personnes suivant leur histoire, leur vécu : toutes les réactions sont donc « normales » et adaptées à la situation. Mais ces réactions sont parfois difficiles à vivre et demandent à être accompagnées, dans ce cadre il est possible de faire appel à un soutien psychologique.

Souvent, les caps difficiles à passer sont les dates anniversaires, les événements familiaux et des moments de tristesse peuvent survenir des années après alors que personne ne s’y attend.

Dans le couple, l’expression des sentiments est parfois très différente et on ne comprend pas toujours pourquoi l’autre réagit ainsi, il peut sembler trop touché ou au contraire insensible. Très souvent, les mères ont besoin de parler, tandis que les pères se réfugient dans l’action. Ce qui amène parfois à de l’incompréhension, des non-dits et une certaine tension.

Protéger l’autre à tout prix se révèle souvent une erreur car la douleur de l’un fait aussi partie de l’histoire de l’autre. Chacun avance dans le deuil à son rythme. L’essentiel est de se respecter mutuellement.

Il s’avère alors essentiel d’en parler : au sein du couple des familles, avec des amis, au sein d’associations, et bien sûr avec les psychologues du service ou la pédopsychiatre formées en périnatalité.

A tout moment, vous pouvez refaire appel à ces professionnels si vous en ressentez le besoin.

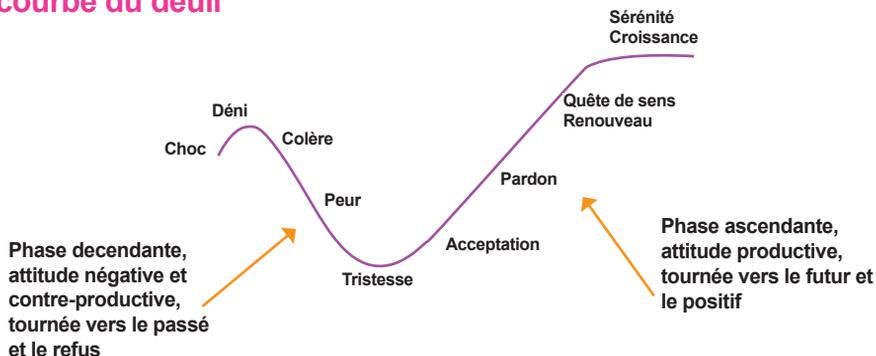
Les psychologues et pédopsychiatre sont également disponibles pour vous aider face à ces questions. Pour les autres membres de la famille : les frères et sœurs, il est parfois difficile de trouver les mots pour en parler car l’on peut avoir besoin d’évoquer ses ressentis dans un espace de parole, dans un temps dédié.

Il est possible d’expliquer avec des mots simples, adaptés à l’âge des enfants concernés, que le bébé attendu ne pourra ou ne pouvait pas vivre, qu’il était très malade, et qu’en lien avec les médecins, il n’y avait pas de traitement pour le soigner.

Certains livres existent pour aborder ce sujet délicat et douloureux (cf. Liens utiles, éléments de bibliographie en fin de livret)

A la suite d'un deuil, plusieurs phases sont décrites :

## La courbe du deuil



Toutes ces étapes sont nécessaires pour s'approprier les événements qui ont eu lieu, plus ou moins rapidement, avec plus ou moins de difficultés, avec des allers-retours...

Chacun est différent et progresse dans son deuil à son propre rythme. Ce processus prend du temps et nécessite beaucoup de patience (de soi, de son partenaire et de l'entourage). Il est important d'accepter la descente, de laisser s'exprimer les émotions, d'accepter que l'autre s'exprime différemment ou pas au même moment et de garder contact avec la réalité.

## La grossesse suivante

La grossesse suivante n'est pas vécue comme une grossesse ordinaire. Elle peut être désirée et en même temps très angoissante. Cette ambivalence des émotions est normale et adaptée à la situation.

Certains couples souhaitent tout de suite envisager une nouvelle grossesse, d'autres veulent s'accorder du temps. Il n'y a pas de règle. Le seul délai minimum à respecter est celui qui permet au corps et à l'esprit de se reposer de la grossesse pour être prêt pour la suivante. Ce délai dépend de chaque femme et de chaque couple.

Il est normal également de désirer avoir d'autres enfants malgré le chagrin. Le désir de parentalité qui avait conduit le couple à avoir un enfant ne s'efface pas avec la perte de celui-ci.

On n'oublie jamais l'enfant perdu, même si un autre enfant naît après. Dans l'élaboration de ce projet, l'équipe soignante est là pour vous guider et en parler avec vous. N'hésitez pas à vous faire aider.

**Secrétariat du CPDPN**

04 67 33 64 87

04 67 33 09 80

[centre-diag-prenat@chu-montpellier.fr](mailto:centre-diag-prenat@chu-montpellier.fr)

**Sages-femmes coordinatrices**

04 67 33 67 83

**Psychologues**

04 67 33 65 35

**Pédopsychiatre**

04 67 33 96 88

**Assistante sociale**

04 67 33 58 33

**Service de Grossesses à Haut Risque**

04 67 33 65 23

**Secrétariat des consultations de gynécologie-obstétrique**

04 67 33 64 52

04 67 33 64 82

**Secrétariat de consultation génétique et de foetopathologie**

04 67 33 65 64

04 67 33 68 67

**Aumônerie / représentants des cultes religieux**

04 67 33 60 69

**Chambre funéraire de Lapeyronie**

04 67 33 83 52

**Service Administration des Cimetières (ville de Montpellier)**

04 34 88 92 00

**Service d'Etat-Civil de Grammont (ville de Montpellier)**

04 99 52 88 70

04 99 52 88 72

04 67 22 83 83

## Liens utiles

### Questions législatives et administratives

Textes législatifs : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

### Associations

Association Petite Emilie : [www.petiteemilie.org](http://www.petiteemilie.org)

A nos tout petits : [www.nostoutpetits.fr](http://www.nostoutpetits.fr)

Association Sparadrap : [www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org)

### Quelques éléments de bibliographie sur l'IMG et le deuil périnatal

Ces propositions de lecture sont des aides précieuses pour vous aider à comprendre et à mettre des mots sur des sentiments douloureux et confus, que vous pouvez avoir l'impression d'être seuls à ressentir.

Ces références d'ouvrages écrits par des professionnels pourront vous aider à voir plus clair. Les récits d'autres parents, leurs témoignages de vécu de situations de deuil périnatal également.

Nous vous proposons aussi des livres qui peuvent être un support au dialogue que vous pourrez avoir avec les enfants : pour expliquer ce qui se passe, ce que vous ressentez et ce qu'ils peuvent ressentir.

### Livres d'accompagnement écrits par des professionnels :

Mourir avant de n'être ? *René Frydman et Muriel Flis-Trèves*

L'attente et la perte du bébé à naître, *Micheline Garel et Hélène Legrand*

Dans ces moments-là, *Hélène Gérin*

Sortir du deuil, *Anne Ancelin Schützenberger*

Vivre le deuil au jour le jour, *Christophe Faure*

### Témoignages et récits de parents :

Auguste mon bébé né sans vie mais pas sans amour, *Véronique Eude*

Ma petite plume, *Julie de Troy Lecante*

Histoire d'un deuil périnatal, *Marie Kerguelen*

L'histoire d'Anna, *Catherine Gonthiez-Chaudelet*

Pater Dolorosa, *Jérémie Szpirglas*

### Livres pour enfants

Léa n'est pas là, *Anne Isabelle et David Ariyel*

Si on parlait de la mort, *Catherine Dolto*

La petite soeur de Virgile, *Edwige Planchin et Anne-Soline Sintès*

Les raccommodeuses de coeurs déchirés, *CATIBOU et Géraldine Hary*

Graines d'amour, *Carole Parrier et Marie-Eve Thomas*

Le grand frère de mes rêves, *Anne Huriot*

Un petit bout de route pour un p'tit bout d'chou : Comment parler en famille de la mort d'un bébé avant sa naissance, *Albane de Latrollière, Colette Vyvey et Anne Villedey*

Pour toute la vie, *Sophie Helmlinger*

Ce livret est issu d'un travail collaboratif  
de l'équipe du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal  
au sein de l'hôpital Arnaud de Villeneuve du CHU de Montpellier  
inspiré du livret créé et diffusé par l'association petite Emilie.



**CHU de Montpellier**  
Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal  
34925 Montpellier  
[www.chu-montpellier.fr](http://www.chu-montpellier.fr)