



INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE (IMG) ET DEUIL PÉRINATAL

VOUS INFORMER POUR MIEUX VOUS ACCOMPAGNER

Sommaire

- I. Qu'est-ce que l'interruption médicale de grossesse (IMG) ?
- II. Dans quelles situations peut-on interrompre une grossesse au-delà de 12 semaines ?
- III. Les alternatives à l'interruption médicale de grossesse
- IV. Déroulement de l'interruption médicale de grossesse
- V. Démarches administratives
- VI. Souvenirs et photos
- VII. Le retour à domicile... L'après
- VIII. Informations pratiques

Editorial

Madame, Chers parents,

Vous venez d'apprendre que l'enfant que vous attendiez avec tant d'impatience est atteint d'un handicap ou d'une malformation sévère. Cette nouvelle est comme un "coup de tonnerre dans un ciel serein" et vous bouleverse.

Le choc, la tristesse, la souffrance et parfois la colère font que les informations médicales données sont souvent difficilement intégrées.

Ce livret s'adresse aux parents et aux familles qui ont fait le choix de l'interruption médicale de grossesse et vivent cette douloureuse expérience. Il en reprend toutes les étapes importantes, afin de permettre à chacun de relire calmement les explications qui lui auront été données par le médecin, les sages-femmes, les psychologues et l'assistante sociale.

L'équipe reste bien entendu à votre disposition pour vous soutenir au mieux et pour toute information complémentaire.

I. Qu'est-ce que l'interruption médicale de grossesse ?

Une grossesse peut être interrompue lorsque le diagnostic prénatal (échographie, amniocentèse) révèle que le fœtus est atteint d'une grave affection ou lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie de la future maman.

La plupart des Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) sont réalisées en raison de la mise en évidence d'une atteinte fœtale. Les motifs fœtaux d'interruption sont les maladies génétiques, les anomalies chromosomiques telles que les trisomies 21, 18 et 13, les malformations fœtales sévères et les infections. Dans certains cas, l'enfant à naître ne survivra pas à la naissance ou décèdera dans ses premières années de vie. Parfois, la survie de l'enfant n'est pas en jeu mais il sera porteur d'un handicap sévère, physique et/ou mental, qui ne pourra être traité. C'est le cas par exemple de la trisomie 21 ou de certaines malformations cardiaques sévères ne pouvant être opérées.

L'IMG est autorisée dans notre pays sous certaines conditions définies par la loi.

II. Dans quelles situations peut-on interrompre une grossesse au-delà de 12 semaines ?

L'interruption médicale de grossesse est autorisée en Belgique au-delà de 12 semaines de grossesse et quel que soit le terme de la grossesse dans certaines conditions particulières.

Une interruption est donc inscrite dans un cadre légal et réglementaire précis qui doit être respecté.

L'interruption médicale de grossesse est autorisée en Belgique au-delà de 12 semaines de grossesse et quel que soit le terme de la grossesse dans certaines conditions particulières.

Une interruption est donc inscrite dans un cadre légal et réglementaire précis qui doit être respecté.

Par ailleurs, la loi précise que l'interruption de grossesse doit être pratiquée dans de bonnes conditions médicales par un médecin dans un établissement de soins où existe un service d'information qui accueillera la femme enceinte et lui donnera les informations nécessaires.

Le médecin sollicité par une patiente en vue d'interrompre sa grossesse doit l'informer des risques médicaux (actuels ou futurs) que cet acte lui fera encourir ; il doit également l'informer quant aux diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître, et s'assurer de la détermination des futurs parents à faire pratiquer cette IMG.

L'intervention ne pourra être pratiquée avant un délai de 6 jours après la première consultation de l'annonce du diagnostic et après que la patiente ait exprimé par écrit sa détermination à faire procéder à l'intervention.

Loi du 03/04/1990 - Article 350 du Code pénal belge

III. Y a-t-il des alternatives à l'IMG?

Face à la découverte d'une maladie grave et non curable, le choix ne se limite pas à l'interruption médicale de grossesse. D'autres solutions sont possibles et selon le contexte personnel, religieux, philosophique, elles peuvent correspondre à certaines familles. Ces questions peuvent toujours être abordées avec l'équipe :

LES SOINS PALLIATIFS

Si l'enfant à naître est atteint d'une maladie réputée létale, c'est-à-dire incompatible avec la vie, les parents peuvent faire le choix de poursuivre la grossesse jusqu'à son terme et d'accompagner l'enfant jusqu'à son décès naturel. L'équipe de néonatalogie prendra en charge l'enfant dès sa naissance, avec pour objectif d'assurer au mieux son confort et de l'accompagner jusqu'à son décès en utilisant des médicaments antalgiques si nécessaire.

VIVRE AVEC SON HANDICAP

Si les parents décident de poursuivre la grossesse et d'élever leur enfant avec le handicap annoncé, des associations spécifiques à la pathologie de l'enfant seront à même de renseigner les familles et de les aider dans leur choix.

L'ADOPTION

Les parents peuvent également décider de poursuivre la grossesse et de confier l'enfant à une famille d'accueil.

IV. Déroulement de l'IMG

LA RENCONTRE AVEC LE GYNÉCOLOGUE EN CHARGE DE VOTRE IMG

Les informations sur le déroulement de l'IMG seront délivrées par votre gynécologue ou par le gynécologue du service en charge de l'accouchement.

LA RENCONTRE AVEC LA PSYCHOLOGUE

La psychologue du service vous apportera, à vous et votre conjoint, l'écoute et le soutien nécessaires dans ce moment de vie difficile. Elle vous permettra de parler, d'exprimer votre désarroi, votre colère, votre tristesse. Elle vous aidera aussi à gérer cette situation lorsqu'il y a d'autres enfants à la maison, à expliquer à la famille et aux proches... Elle sera également un support pour l'après.

LA RENCONTRE AVEC L'ASSISTANTE SOCIALE

Vous rencontrerez l'assistant(e) social(e) le jour de l'intervention et le lendemain (si l'intervention est suivie d'une nuit en hospitalisation). A la demande d'un ou des parents, une ou des rencontres peuvent se faire entre l'annonce et l'intervention ainsi que jusqu'à plusieurs jours après si nécessaire. Ces rencontres vous permettent de recevoir des informations sur les démarches à réaliser une fois l'enfant né, le devenir du corps, l'organisation ou non de funérailles ou d'une crémation. Vous aurez toujours le choix et le temps de la réflexion.

LE PROTOCOLE D'ACCOUCHEMENT

Prise de Mifégyne®

La première étape est la prise de mifépristone (Mifégyne®) 48h avant l'hospitalisation. La prise de ce médicament ne peut se faire à domicile. Il sera délivré en salle de naissance. Cette molécule permet d'accélérer la maturation du col et prépare l'utérus aux contractions. Il ne donne en principe pas de contractions et la patiente pourra retourner à son domicile.

Arrêt de vie foetale

Avant 22 semaines d'aménorrhée, l'enfant naît sans vie du fait des contractions utérines. Lorsque l'interruption est réalisée au-delà de 22 semaines d'aménorrhée, un geste d'arrêt de vie avant la naissance est nécessaire afin que l'enfant ne naisse pas vivant. Dans un premier temps, une injection de morphine est réalisée dans le cordon ombilical, sous contrôle échographique, pour éviter toute douleur au fœtus, puis un second médicament provoque l'arrêt du cœur de l'enfant à naître.

Cette intervention se déroule à Saint-Luc.

Ensuite, vous reviendrez de Saint-Luc et serez accueillie en salle de naissance à Ottignies par la sage-femme et le gynécologue en charge de l'interruption et vous serez hospitalisée.

Prise de Cytotec® pour déclencher l'accouchement

Le déclenchement de l'accouchement consiste à provoquer des contractions en vue de l'expulsion du bébé, comme pour un accouchement traditionnel. On favorise l'accouchement par voies naturelles afin de préserver au maximum l'utérus en vue d'une prochaine grossesse. Les contractions sont provoquées par la prise de prostaglandines (Cytotec®), à raison d'une prise de 4 comprimés puis de 2 comprimés toutes les 3 heures jusqu'à l'accouchement. Des antalgiques sont donnés, et très souvent une péridurale est mise en place.

ACCOUCHEMENT

Une ou plusieurs sages-femmes s'occuperont de la maman tout au long du déclenchement. La mère peut être accompagnée par une seule personne de son choix dont le soutien est essentiel.

La sage-femme vérifiera régulièrement l'ouverture du col. Cela peut parfois prendre beaucoup de temps avant que le col ne s'ouvre, celui-ci n'étant pas préparé à se dilater si tôt dans la grossesse. Une fois que le travail a commencé, le bébé étant généralement petit, il se peut que l'accouchement aille très vite. C'est pourquoi il peut parfois survenir subitement, sans symptôme préalable. Ce n'est pas grave, il suffit simplement d'appeler le personnel qui s'occupera de tout.

Lors de l'accouchement, seront présents le/la gynécologue de la patiente, une sage-femme qui restera tout le long auprès de la maman ainsi qu'un assistant de gynécologie.

LES SOINS DU BÉBÉ

Celui-ci sera emmené directement dans une petite pièce à côté. Des photos et des empreintes seront réalisées. Il sera enveloppé d'un nid d'ange. Un doudou et/ou une couverture pourront l'accompagner.

La sage-femme qui s'occupe du bébé informera les parents de sa description physique. Ceux-ci auront le choix de voir leur enfant ou non.

Une fois les soins auprès de la maman terminés, les parents pourront, s'ils le désirent, passer un moment avec leur bébé dans l'intimité, prendre des photos, le présenter à la famille...

Les photos prises par la sage-femme (bébé nu et habillé) seront conservées dans le dossier médical de la patiente.

La maman restera deux heures en salle de naissance sous surveillance avant de rejoindre sa chambre. Le gynécologue prescrira les médicaments nécessaires, notamment pour éviter la montée laiteuse.

Généralement, la patiente pourra quitter l'hôpital après 24h, avec les coordonnées de personnes de contact en cas de besoin (sage-femme, psychologue, ...) et recevra une prescription d'antalgiques, d'une contraception et éventuellement de kiné.

L'AUTOPSIE

Après l'accouchement, certains examens peuvent être pratiqués sur l'enfant afin de réaliser un bilan complet de la pathologie. Certaines malformations ne peuvent en effet pas être détectées par les examens réalisés pendant la grossesse. La réalisation d'une radiographie et d'une autopsie permet de donner des renseignements complémentaires et, dans certains cas, d'aboutir à un diagnostic précis. Ceci permet alors de définir le risque de récurrence pour une future grossesse et donc d'améliorer la prise en charge ultérieure. En cas de mort fœtale in utero inexpliquée, l'autopsie permet dans certains cas de trouver la cause du décès.

Cette autopsie vous sera donc systématiquement proposée, sauf dans les cas où une anomalie chromosomique bien connue a été détectée dès la période anténatale et où les examens complémentaires sont moins utiles.

Une analyse du placenta sera également réalisée afin de compléter la démarche diagnostique.

S'il y a autopsie, vous devrez compléter l'autorisation d'anatomopathologie. Le fœtus sera ensuite envoyé à l'institut d'anatomopathologie de Gosselies (IPG). Vous devrez aussi mentionner sur ce document si vous souhaitez le retour de l'enfant à la clinique pour l'organisation de funérailles.

Les résultats seront disponibles auprès du gynécologue référent après 4 à 6 semaines.

LA CONSULTATION POST-ACCOUCHEMENT

Un rendez-vous chez le gynécologue référent est recommandé 6 semaines après l'accouchement. Celui-ci a pour but d'évaluer votre état physique et psychologique, ainsi que de vous donner des conseils ou répondre à vos questions en vue d'une éventuelle future grossesse (délais d'attente, précautions, ...).

Le gynécologue vous transmettra également les résultats de l'autopsie ou des analyses génétiques s'ils sont déjà disponibles.

Parfois un rendez-vous auprès d'un généticien à Saint Luc ou à Gosselies sera fixé afin d'évaluer le risque de récurrence et les examens à réaliser lors d'une future grossesse.

V. Les démarches administratives

Dans ce chapitre, nous vous proposons un accompagnement administratif, une information relative à l'obligation ou à la possibilité de déclarer et d'enterrer l'enfant, des informations concernant le congé parental et les éventuelles primes.

LA DÉCLARATION

Quelle place donner à l'enfant né sans vie ?

En Belgique, les enfants nés sans vie à partir de 26 semaines de grossesse doivent obligatoirement être déclarés à l'Etat civil. Cette déclaration s'accompagne des obligations de funérailles, d'un congé de maternité, de primes de naissance, ... Les parents peuvent choisir un ou plusieurs prénoms pour l'enfant ainsi qu'un nom de famille et l'inscrire sur l'acte de décès. Si les parents sont mariés, ils peuvent l'inscrire sur leur livret de mariage.

Entre 20 et 26 semaines de grossesse, l'enfant peut être déclaré par la mère, le père ou la coparente auprès de l'Etat civil mais cela n'est pas obligatoire.

Entre 15 et 20 semaines, le fœtus né sans vie ne doit pas être déclaré et ne sera pas porté sur les registres de l'Etat civil. Il existe cependant la possibilité de funérailles, sans obligation.

En pratique : La déclaration est généralement faite par le service des pompes funèbres ou par l'assistante sociale de l'hôpital. Si les parents le souhaitent, ils peuvent eux-mêmes déclarer leur enfant.

Qui effectue la déclaration ?

- Si le couple est marié : le père, la mère et le délégué des pompes funèbres ou l'assistante sociale.
- Si le couple n'est pas marié : la mère ou l'assistante sociale et le délégué des pompes funèbres.

Quels sont les documents nécessaires ?

- Les cartes d'identité de la mère et du père de l'enfant
- Le livret de mariage
- Le certificat d'enfant "né sans vie" signé par le médecin (modèle 3D) qui sera remis aux parents à l'hôpital.

LES FUNÉRAILLES

Quoique les parents décident, l'assistante sociale peut les aider dans ces démarches douloureuses que sont les adieux à leur enfant.

Avant 26 semaines de grossesse

Les funérailles sont possibles mais pas obligatoires.

Si les parents souhaitent des funérailles, ils peuvent opter pour un enterrement ou une crémation.

Soit l'enfant sera inhumé au cimetière d'Ottignies centre sur la parcelle des étoiles. Pour cela une constatation de fausse-couche tardive leur sera remise par le gynécologue qu'ils devront remettre au service sépulture de la commune où l'enfant sera enterré. Le coût des funérailles sera à charge des parents ; celui-ci varie selon les communes et le cérémonial qu'ils auront choisi. Ils peuvent faire appel aux pompes funèbres de leur choix pour discuter des modalités cérémoniales.

Soit une Incinération au crématorium du Champ de Court à Court-Saint-Etienne. Les cendres ne pourront pas être reprise librement par vos soins, la dispersion doit se faire sur place sauf demande particulière de votre part pour une dispersion dans un autre lieu où vous devrez être attendu par un professionnel (fossoyeur, propriétaire d'un lieu laïque de mémoire...).

Dans ce cas, vous devrez prendre contact avec la commune du lieu où vous souhaitez la dispersion des cendres.

Il est toujours possible de demander une plaque commémorative au nom et prénom de l'enfant. Elle est gratuite au crématorium.

Si par contre, les parents ne souhaitent pas organiser de funérailles, l'hôpital prendra en charge l'enfant et il sera incinéré. Ces démarches sont gratuites. S'il y a eu autopsie et que les parents ne veulent pas récupérer le corps, le fœtus sera incinéré à l'IPG à Gosselies.

Attention, en-dessous de 20 semaines, on ne peut faire et une autopsie et des démarches funéraires. Il faut choisir l'un des deux.

Après 26 semaines de grossesse

L'enfant est déclaré à l'Etat civil et reconnu légalement. C'est donc le service des pompes funèbres que les parents (ou l'assistante sociale) auront contacté qui accompagnera les parents dans l'organisation des obsèques et les formalités administratives.

Les parents doivent choisir entre une incinération ou un enterrement. L'enfant reposera à la salle des défunts de l'hôpital. Les parents les plus proches pourront s'y recueillir et différents rites funéraires peuvent y être réalisés.

L'enfant sera enterré dans le cimetière de leur choix. Il y a également une parcelle au cimetière d'Ottignies Centre prévue à cet effet (parcelle des étoiles)

Si les parents choisissent une incinération, celle-ci se fera au crématorium de Court-Saint-Etienne.

Le coût des funérailles sera à charge des parents. Celui-ci varie selon les communes et le cérémonial qu'ils auront choisi. Ils peuvent faire appel aux pompes funèbres de leur choix pour discuter des modalités cérémoniales. Ils pourront ainsi choisir le funérarium, organiser des visites au sein de celui-ci ou pas.

LE CONGÉ PARENTAL

Au-delà de 26 semaines de grossesse, les parents ont droit à un congé de maternité et de paternité. Pour bénéficier de son congé de paternité, le père doit avoir fait une pré-reconnaissance de paternité au service des naissances à l'Etat civil avant le jour de l'interruption de grossesse. Les parents sont invités à prendre contact avec leur mutuelle pour avoir droit à ce congé.

Avant 26 semaines de grossesse, un certificat d'arrêt de travail sera fourni par le médecin.

LA PRIME DE NAISSANCE

Au-delà de 26 semaines, les parents ont également droit à une prime de naissance. Ils devront pour cela prendre contact avec la caisse d'allocations familiales dont ils dépendent.

RÉCAPITULATIF

En dessous de 26 semaines de grossesse

- Pas de déclaration à l'Etat civil
- Possibilité d'obsèques selon le choix des parents
- Possibilité d'autopsie
- Pas de droit au congé parental mais certificat médical d'arrêt maladie délivré par le médecin

Au-delà de 26 semaines de grossesse

- Déclaration obligatoire à l'Etat civil
- Obsèques à organiser avec assistante sociale et pompes funèbres
- Possibilité d'autopsie
- Droit au congé parental et prime de naissance

VI. Les souvenirs

De nombreux témoignages montrent à quel point le moment de l'accouchement en cas d'IMG est vécu par les parents comme surréaliste et hors du temps. Très fréquemment, quelques jours, voire quelques semaines plus tard, des questions surgissent avec un besoin de se réapproprier ce moment difficile. Créer des souvenirs de cet enfant permet alors de lui donner une "réalité" et de lui faire une vraie place dans l'histoire familiale. C'est pourquoi les sages-femmes réalisent quelques photos de l'enfant et des empreintes de ses pieds qui vous seront confiées dès que vous le souhaitez ou conservées dans le dossier médical confidentiel. Il est conseillé de prendre

un doudou, un petit vêtement de bébé ou tout autre objet personnel qui seront laissés avec l'enfant ou que vous reprendrez.

VII. Le retour à domicile... L'après...

Lors du retour au quotidien, certains parents se sentent envahis par des sentiments complexes tels la jalousie, la tristesse, la culpabilité et la solitude.

Comment continuer à avancer alors qu'on a vécu l'impensable ?

La vue d'autres femmes enceintes peut sembler insupportable et raviver le chagrin. A ces sentiments peuvent se mêler honte et culpabilité de ne pouvoir se réjouir du bonheur de personnes qui sont parfois proches. D'autres parents auront davantage de difficulté à exprimer leurs émotions et à communiquer avec leur entourage. Ils se montreront gênés ou taiseux.

Toutes ces réactions sont normales. Il n'y a pas une bonne ou une mauvaise façon de réagir, cela dépend du vécu et de l'histoire de chacun.

Beaucoup de parents passent par des phases, plus ou moins longues, où leur vie et leurs agissements tournent autour de ce petit être perdu, des rêves et attentes qui lui étaient associés. Cette période permet d'ancrer cet enfant dans leur cœur et dans l'histoire de la famille.

Certaines dates anniversaires et/ou réunions de familles peuvent être des caps plus difficiles à vivre. Dans ces moments, partager sa tristesse, que ce soit avec son conjoint, sa famille, ses amis et/ou un psychologue formé au deuil périnatal, est d'autant plus important.

Il est essentiel de se donner des moments où l'on pense pleinement à cet enfant afin d'accepter qu'à d'autres moments il se fasse plus discret et qu'on reprenne le chemin de la vie.

Les réactions au sein du COUPLE sont souvent différentes. On est parfois dans l'incompréhension face aux réactions de l'autre. Généralement, les mères ont davantage besoin de parler afin d'ancrer ce petit être dans leur vie. Les pères, eux, se réfugient dans la reprise de leur travail et s'expriment moins, souvent, dans le but d'épargner les mères. En voulant protéger sa femme, le père est souvent perçu comme étant moins affecté par ce drame... alors qu'il l'est tout autant.

La communication et le respect mutuel sont donc essentiels dans ce cheminement où chacun avance à son rythme.

Partager avec la FRATRIE l'impensable départ de ce bébé est souvent très difficile pour les parents. Aidé ou non par un psychologue, il nous semble important de ne pas leur cacher cette vérité mais de l'expliquer par des mots simples et appropriés à l'âge des enfants : "Ce bébé que nous attendions tant ne pouvait/ou ne pourra pas vivre au quotidien avec nous... Il était malade et les médecins ne savaient pas le soigner".

L'implication des enfants dans les heures/ jours suivant le décès - que ce soit sous forme de dessins, fleurs, visites au cimetière - semble très importante afin qu'ils ne se sentent pas exclus de cette épreuve que traverse leur famille.

LA GROSSESSE SUIVANTE, même si généralement très désirée, peut se montrer angoissante. Ces sentiments ambivalents sont normaux en raison des antécédents. Certains parents envisagent rapidement la venue d'un nouvel enfant, d'autres s'accordent plus de temps. Il n'y a pas de règle, à l'exception peut-être du délai médical à respecter afin que le corps puisse se reposer de la grossesse précédente (à discuter avec le gynécologue).

Lors de cette nouvelle grossesse, il y aura des moments plus difficiles à vivre (certaines échographies, "dates clés" qui feront davantage penser au bébé précédent) et l'accouchement lui-même peut également renvoyer à ce qui s'est passé avant. Partager ces émotions complexes avec l'équipe médicale et psychologique de la maternité, mais également avec l'enfant attendu, pourra vous soulager.

Parfois, pour différentes raisons, il n'y a pas de "grossesse suivante". Le couple doit alors tenter d'élaborer d'autres projets. Dans cette étape souvent difficile à vivre, notre équipe médicale et thérapeutique reste également à votre disposition.

L'ENTOURAGE est bien souvent perdu face à ce décès "prématuré". En effet, il n'est déjà pas simple de reconforter quelqu'un qui vient de perdre un être cher, mais c'est peut-être encore plus délicat lorsqu'il s'agit d'une mort périnatale.

Quelle attitude adopter face à ces parents qui ont véritablement perdu un enfant ? Les parents se retrouvent confrontés à la mort alors qu'ils pensaient donner la vie ; ils perdent leur statut de future mère et futur père. Ils sont venus à la maternité et ont vécu la douleur physique et psychologique. Pour certains, ils ont vu leur bébé. Et, même si les parents sont conscients d'avoir pris la meilleure décision pour leur enfant et pour eux, cette mort restera toujours inacceptable.

Ils souffrent et ont d'abord besoin d'exprimer leur douleur, qu'on la respecte et qu'on ne la minimise pas.

La douleur de chaque parent est unique. Il n'y a pas de gradation de la souffrance et de la tristesse en fonction de la durée de la grossesse ou de la gravité de la pathologie. Chacun va à son rythme. Il est inutile de les brusquer. Lors des périodes plus difficiles (comme une date anniversaire ou les fêtes familiales), les parents seront généralement beaucoup touchés par les petites attentions à leur égard.

Le processus de deuil prend du temps et nécessite beaucoup de patience vis-à-vis de soi, de son partenaire et de son entourage. L'expression des émotions, l'acceptation que l'autre puisse s'exprimer différemment et/ou à des moments différents et le fait de garder contact avec la réalité sont des éléments primordiaux dans ce processus.

Si vous vous sentez moins compris par votre entourage et/ou si vous désirez un suivi personnalisé et/ou en couple, la maternité peut vous conseiller des psychologues et des associations de parents endeuillés qui savent, par expérience, ce que vous êtes en train de vivre, afin de vous rassurer et de vous aider dans cette épreuve si difficile.

VIII. Informations pratiques

CONTACTS

- Bloc accouchement : 010/437287
- Sages-femmes de la maternité : 010/437281
- Assistante sociale : 010/437223
- Psychologue : 010/437193

QUELQUES ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

Pour adultes

- Le berceau vide, M-H. Soubiaux, Ed. Rès. L'enfant interrompu, C. Haus-saire-Niquet, Paris, Ed. Flammarion, 1998.
- Je n'ai pas vu tes yeux, S.Tabet, Paris, Ed. Hachette Littérature, 2002.
- Congé maternité sans bébé, B.Trichard-Gautier, Paris, Ed. Sparadrap, 2001.

Pour enfants

- Léa n'est pas là, A.I. et D. Ariyel (à commander sur le site <http://www.petiteemilie.org>). Le deuil:
- Y a pas de mal à être triste, M. Michallene, Ed. du signe.
- Au revoir Blaireau, S. Varley, Ed. Gallimard-jeunesse.
- Si on parlait de la mort, C.Dolto, Ed. Gallimard-jeunesse.
- La découverte de Petit-Bond, M.Velthuys, Ed. L'école des loisirs.

ASSOCIATIONS

- Association Petite Emilie : <http://www.petiteemilie.org> Pour toute question sur l'IMG et le deuil périnatal
- Association Spama : <http://www.spama.asso.fr>
- Pour toute information concernant les soins palliatifs Souffle de vie : <https://www.souffledevie.be>
- Au-delà des nuages : <https://audeladesnuages.be>
- Arbres du souvenir : <https://www.arbresdusouvenir.com>

Service de Gynécologie - Obstétrique

010 437 360

secretariat.gynecologie@cspo.be



Membre du réseau
Lid van het netwerk

Huni