

L'interruption de grossesse pour cause d'anomalies fœtales au cours du 2^e trimestre

le rôle du médecin et les répercussions sur l'évolution du deuil périnatal

Gilles Brunet et Suzy Fréchette-Piperni

Lucie et Jean se présentent à votre cabinet en grande détresse. Ils viennent d'apprendre, à 20 semaines de grossesse, que leur bébé bien-aimé est porteur du gène de la trisomie 18. Ils doivent prendre une décision quant à une possible interruption de grossesse. Ils vous demandent conseil sur les techniques disponibles.

Soucieux de bien les accompagner dans leur démarche, vous vous demandez :

- **si le modèle de soins mis au point pour une perte fœtale au troisième trimestre peut être utilisé avec des parents faisant face à une interruption de grossesse au deuxième trimestre ; et**
- **si le choix de la technique d'interruption de grossesse a une influence sur le processus de deuil périnatal.**

LE DIAGNOSTIC PRÉNATAL au premier et au deuxième trimestres est de plus en plus utilisé et permet le dépistage précoce d'anomalies fœtales. Malheureusement, la science médicale actuelle offre peu d'options thérapeutiques, particulièrement pour les anomalies chromosomiques et les malformations fœtales importantes. Par conséquent, la majorité des couples optent, comme solution, pour une interruption de la grossesse.

En 2005, au Québec, le nombre d'interruptions de grossesse était de 18,1 pour 1000 femmes (15-44 ans)¹. Au Canada, 20 % de toutes les interruptions de grossesse se font au deuxième trimestre².

Mettre fin à la vie du bébé qu'ils aiment est pour plusieurs parents la décision la plus difficile de leur vie. Ils mettent dans la balance leurs propres valeurs face à l'avortement et à la qualité de vie qu'ils veulent pour eux, leur famille et leur bébé. Ils ont souvent peur d'être jugés. Cette décision peut être associée à une détresse psychologique que les médecins doivent reconnaître. Une interruption de grossesse entraîne sou-

vent de la culpabilité, surtout chez la mère qui peut ressentir un sentiment tenace et combien douloureux de responsabilité d'avoir permis qu'on élimine son bébé qui était si bien à l'intérieur d'elle. Le deuil de l'enfant perdu s'accompagne souvent d'une diminution de l'estime de soi et de la honte d'avoir conçu un bébé anormal. Les parents sont souvent privés du soutien de leur entourage et des intervenants qui ne comprennent pas qu'ils aient de la peine d'avoir perdu un bébé qui n'était pas « normal ».

Zeanah³ a montré que les femmes qui subissaient une interruption de grossesse pour cause d'anomalies fœtales avaient un chagrin aussi intense que celles qui expérimentaient un avortement spontané au deuxième trimestre. Elles exigeaient donc un soutien psychosocial comparable. Selon notre expérience, les pères vivent aussi un deuil important, même s'ils remettent moins en question la décision d'interrompre la grossesse et ressentent moins de culpabilité.

Évaluation préalable à l'interruption de grossesse

Trop souvent, les relations des parents avec le médecin se bornent à l'annonce du diagnostic, aux explications concernant les anomalies fœtales, au devenir du

Le Dr Gilles Brunet, omnipraticien, exerce au CSSS Pierre-Boucher, à Longueuil. M^{me} Suzy Fréchette-Piperni est infirmière spécialisée en deuil périnatal et auteure du livre Les rêves envolés : Traverser le deuil d'un tout petit bébé.

Tableau

Techniques d'interruption de grossesse au cours du deuxième trimestre

Dilatation et aspiration

Pour les grossesses de moins de 15 semaines, en effectuant une plus grande dilatation par des canules et des tubulures appropriées (16 mm).

Dilatation et évacuation chirurgicale

Pour les grossesses \geq 15 semaines. Cette technique demande l'usage de pinces et de spéculums adaptés.

Avantages :

- Taux moindre de complications (4 % : surtout lacérations cervicales) que la méthode de déclenchement du travail (29 %, rétention placentaire dans la majorité des cas)⁵
- Séjour hospitalier plus court (congé le même jour)
- Intervention rapide (moins de 30 minutes)
- Absence de contractions, donc moins de souffrances physiques
- Absence de la période de travail qui peut être longue
- Certaines femmes peuvent trouver cette façon de faire plus facile émotionnellement

Inconvénients :

- Habilité de l'opérateur exigée
- Pas d'autopsie possible

Déclenchement du travail selon différents protocoles

Pour les grossesses de plus de 15 semaines

- Misoprostol par voie orale ou vaginale
- Prostaglandine F_{2α} par injection intra-amniotique (moins utilisée)

Avantages :

- Autopsie et étude du placenta possibles
- Expérience d'un accouchement naturel. Permet aussi de voir le bébé et de se rendre compte qu'il n'est pas une « chose » monstrueuse, ce qui peut être bénéfique pour améliorer l'estime de soi des parents
- Situation qui permet de prendre le bébé et de l'embrasser, ce qui peut être un réconfort plus tard lorsque les parents se souviendront de moments sereins passés avec lui
- Situation qui permet d'avoir des souvenirs tangibles du bébé, comme des photos ou des empreintes de pied
- Situation qui donne la possibilité de montrer le bébé aux proches et aux autres enfants de la famille
- Méthode qui facilite le deuil en rendant le bébé plus réel

Inconvénients :

- Hospitalisation plus longue
- Risque de rétention placentaire (17 %)⁵
- Travail parfois long et douloureux
- Risque que le bébé soit vivant à la naissance

bébé et à la suggestion d'interrompre la grossesse le plus tôt possible, parfois la journée même. Certains parents vont eux-mêmes demander une intervention rapide. Cette réaction peut être due au choc de la nouvelle, mais aussi à un désir de se protéger de la souffrance. Comme le disait une maman : « J'ai dit au médecin : Enlevez-moi ça de là tout de suite ! Mais après, j'ai réalisé que cette chose que je voulais qu'on m'enlève, c'était mon bébé bien-aimé. »

La souffrance ressortira après l'intervention, et les parents regretteront d'avoir pris des décisions trop rapidement. D'où l'importance de leur laisser le temps de réaliser ce qui leur arrive et de réfléchir à une décision qui leur conviendra et qui facilitera la résolution du deuil. Certains parents se sentiront plus sereins quant à leur choix s'ils ont l'occasion de dire à leur bébé qu'ils l'aiment, de lui expliquer la situation et le pourquoi de leur décision.

À la suite d'un diagnostic prénatal révélant des anomalies fœtales importantes, le rôle du médecin devrait être de conseiller les couples en leur donnant toute l'information nécessaire pour qu'ils fassent un choix éclairé et en les soutenant à chaque étape de l'interruption de la grossesse.

Il ne faut pas oublier que les discussions concernant la poursuite de la grossesse ou son interruption surviennent dans un contexte très particulier et propre à chaque couple et créent souvent un conflit de valeurs dont le médecin ne peut négliger l'influence. C'est pourquoi l'intervention psychosociale est si importante auprès des couples touchés.

Durant la rencontre d'évaluation, le couple recevra de l'information précise dans le but de leur permettre de prendre une décision éclairée sur :

- les anomalies et le devenir du bébé ;
- les risques et les avantages d'interrompre la grossesse ou de poursuivre.

Lors de cette même visite ou au cours d'une séance ultérieure, si les parents le préfèrent, le médecin pourra aborder :

- les différentes techniques d'intervention utilisées pour interrompre la grossesse ;
- les avantages et les inconvénients de chacune ;
- le suivi psychosocial après la grossesse ;

- les différents moyens de contraception après l'intervention.

Il faut garder à l'esprit que, pour certains parents, l'interruption de grossesse n'est pas une option. Certains veulent garder le bébé et s'en occuper s'il survit, quel que soit son handicap. Plusieurs ne se sentent pas capables de vivre avec le poids d'une interruption de grossesse et veulent laisser la nature décider pour eux. D'autres ont espoir qu'à la naissance les examens prouveront que les anomalies sont moins importantes que prévues ou que, d'ici la naissance, on trouvera un remède aux problèmes de santé du bébé. Ils veulent donc donner au bébé « sa chance ».

Dans ces cas, les parents ont droit à un accompagnement et à un soutien durant toute la grossesse et après la naissance, tout comme le bébé a droit à des soins palliatifs, s'il y a lieu.

Techniques d'interruption de grossesse au deuxième trimestre

En septembre 2004, le Collège des médecins du Québec émettait des lignes directrices concernant une interruption médicale de grossesse à la suite de l'évolution des différentes techniques médicales utilisées⁴. Plusieurs techniques ayant recours à différents protocoles sont suggérées (*tableau*). Toutefois, dans tous les cas, le col nécessite une préparation par misoprostol ou à l'aide de tiges laminaires.

Avec la technique de déclenchement du travail, dans la majorité des cas, le bébé si fragile ne résiste pas à l'accouchement et est mort à la naissance. Il est toutefois possible qu'il vive de quelques minutes à quelques heures. À moins de 24 semaines, le bébé n'est pas viable à cause de sa grande prématurité. Il est important que les parents soient préparés à l'éventualité que le bébé présente des signes de vie. Il faut leur suggérer de profiter de ces moments pour accompagner leur bébé avec amour dans sa courte vie. Ces instants peuvent permettre aussi d'ondoyer le bébé si les parents le désirent. En général, les parents chérissent ces moments

Encadré 1

Modèle d'accompagnement

Programme de soutien aux parents qui vivent un deuil périnatal

Un programme de soutien aux parents qui vivent un deuil périnatal sous-entend que tous les intervenants en contact avec les parents partagent la même philosophie et qu'ils ont reçu une formation sur les émotions que les parents sont susceptibles de ressentir et sur les méthodes les plus aidantes pour le déroulement du deuil.

Ce programme doit au moins comprendre les actions suivantes :

- soutenir les parents durant le travail, l'accouchement et la période post-partum ;
 - faciliter l'expression des émotions ;
 - créer des souvenirs du bébé ;
 - favoriser l'intégration des autres enfants de la famille ;
 - stimuler le soutien des proches ;
 - encourager les rituels d'adieu : cérémonie, etc. ;
 - donner des ressources et de la documentation ;
- assurer un arrimage avec le CLSC pour le suivi de deuil.

Plusieurs hôpitaux ont un programme structuré d'accompagnement, dont le Centre hospitalier Pierre-Boucher, à Longueuil.

précieux passés avec leur bébé vivant. Il faut, toutefois, que les intervenants soient formés à l'accompagnement des parents et puissent être guidés par un protocole de soins palliatifs pédiatriques.

Selon les lignes directrices (2004) du Collège des médecins du Québec⁴, « à partir de 20 semaines, afin de faciliter l'évacuation et d'éviter l'expulsion d'un fœtus vivant, il est suggéré de faire une injection intra-amniotique ou intrafœtale de digoxine ou de chlorure de potassium (KCl) au moment de l'insertion des tiges laminaires. »

Cependant, nous n'avons pas trouvé d'études sur les aspects éthiques et sur les répercussions du geste foeticide sur le processus de deuil des parents. Il est à noter qu'en France, cette pratique largement répandue commence à disparaître dans les maternités (entre autres, à la Maternité Jeanne de Flandre, à Lille, et à la Maternité Mathilde, à Rouen) qui disposent d'un programme d'accompagnement et de soutien

Trop souvent, les relations des parents avec le médecin se bornent à l'annonce du diagnostic, aux explications concernant les anomalies fœtales, au devenir du bébé et à la suggestion d'interrompre la grossesse le plus tôt possible, parfois la journée même.

Repère

émotionnel aux parents vivant une perte périnatale.

Plusieurs facteurs peuvent donc avoir une influence sur le choix du type d'intervention qui sera utilisée pour interrompre une grossesse au deuxième trimestre, dont le choix du médecin ! Bien que des études antérieures⁵⁻⁷ semblent indiquer une réduction des complications avec la technique chirurgicale (dilatation et évacuation) par rapport à la technique médicale de déclenchement du travail, il n'existe pas d'études récentes comparant les deux techniques⁸.

Choix des techniques d'interruption de la grossesse et deuil périnatal

Les services de maternité offrent de plus en plus de protocoles de soutien aux parents devant faire face à un deuil périnatal au troisième trimestre. Ces protocoles comprennent différentes interventions bien connues dans nos milieux. Une étude récente⁹ a évalué les conséquences, de deux à sept ans plus tard, d'une interruption de grossesse pour cause d'anomalies fœtales avant la 24^e semaine (période moyenne de gestation : 18 semaines). Les résultats ont montré que 2,6 % des mères présentaient toujours des symptômes de deuil pathologique persistant et que 17 % avaient des symptômes évocateurs d'un syndrome de stress post-traumatique.

Est-ce que le modèle de soins conçu pour une perte fœtale au troisième trimestre s'applique aux parents vivant une interruption de grossesse au deuxième trimestre ?

Le chagrin n'est pas proportionnel à la grosseur du bébé ni à la durée de la grossesse, mais plutôt à l'importance des liens existants avec le bébé, aux rêves que les parents avaient faits pour lui et au rôle que ce petit être venait jouer dans leur vie. En l'absence d'étude clinique concernant l'utilisation du même protocole de soins pour un deuil périnatal au deuxième et au troisième trimestres, nous pensons que tous les parents devraient bénéficier d'une approche humaine et compa-

tissante associée à toutes les interventions et à tout le soutien qui est accordé habituellement aux parents qui perdent un bébé à une étape ultérieure de la grossesse.

Est-ce que le choix de la technique d'interruption de grossesse a une influence sur le processus de deuil périnatal ?

Nous avons un élément de réponse avec l'étude prospective récente (2005) du D^r Gary A. Burgoine¹⁰, menée auprès d'une cohorte de 49 femmes qui avaient subi une interruption de grossesse au deuxième trimestre pour cause d'anomalies fœtales (22 par méthodes chirurgicales et 27 par déclenchement du travail par misoprostol vaginal ou oxytocine intraveineuse). Tous les sujets ont été évalués douze mois plus tard à l'aide du test d'Édimbourg¹¹ et du « Perinatal Grief Scale »¹². Les résultats ne révèlent aucune différence quant à l'incidence de la dépression et à la résolution du processus de deuil périnatal.

Cette étude nous montre qu'avec une information adéquate et un bon soutien, les couples peuvent choisir une technique d'interruption de grossesse qui répond à leurs attentes, tout en respectant leur bien-être et leurs préférences. C'est ce choix qui semble favoriser l'évolution du deuil périnatal et non la technique d'interruption de grossesse sélectionnée.

Selon l'opinion courante dans nos milieux, il est préférable d'encourager la méthode chirurgicale afin d'éviter à la mère tout contact avec le fœtus, une expérience vue négativement pendant le deuxième trimestre. Pourtant, on donne ce choix à la patiente chez qui on découvre un bébé mort *in utero* au troisième trimestre ! Serait-il possible que le malaise du médecin ou des autres intervenants à côtoyer l'agonie et la mort du fœtus ou la souffrance des parents ait une influence ?

Dans le cas d'une évacuation chirurgicale, les parents doivent faire face au même problème que ceux qui perdent un bébé au premier trimestre, soit l'absence de souvenir tangible qui rend le bébé plus réel

Une étude récente nous montre qu'avec une information adéquate et un bon soutien, les couples peuvent choisir une technique d'interruption de grossesse qui répond à leurs attentes, tout en respectant leur bien-être et leurs préférences. C'est ce choix qui semble favoriser l'évolution du deuil périnatal et non la technique d'interruption de grossesse sélectionnée.

Repère

et le détachement dans le deuil plus facile. La photo d'échographie prend ici toute son importance (il est souvent possible d'avoir une photo où l'anomalie est peu visible pour un profane). La longueur du pied du bébé et son sexe, déterminés par l'examen du pathologiste, ou un objet symbolique sont aussi des éléments qui ont beaucoup de valeur aux yeux des parents. Par contre, il faut être conscient que pour certains parents, le bébé n'est pas encore réel et qu'il n'y a pas eu d'attachement.

La démarche la plus appropriée serait donc de demander aux parents quels liens ils avaient avec leur bébé et comment ils vivent l'événement et d'offrir un soutien en conséquence. Pour certains couples, la méthode chirurgicale plus rapide favorise le détachement souhaité. Pour d'autres, la méthode de déclenchement du travail leur permettant d'expérimenter un accouchement et de voir le fœtus peut être bénéfique.

Suivi psychosocial après l'interruption de grossesse

Une rencontre avec le médecin au cabinet dans les semaines suivant l'interruption de grossesse peut être très appréciée des parents, qui auront alors l'occasion de poser des questions et de recevoir du soutien. Il est important de reconnaître la valeur qu'a le bébé perdu pour les parents et le droit de ces derniers d'avoir de la peine.

Les parents vont souvent se faire dire que c'était mieux ainsi. Un tel commentaire n'évoque que la malformation du bébé alors que, pour les parents, il s'agit de la mort d'un de leurs enfants, un enfant qu'ils aimaient et pour lequel ils avaient fait des rêves.

La perte de ce bébé entraîne souvent des difficultés dans le couple. En effet, même si les deux parents ont perdu un enfant, ils vivent leur deuil différemment. Il est très important pour assurer la survie du couple que chacun accepte que l'autre vive l'épreuve différemment et fasse preuve de respect.

Les autres enfants de la famille sont aussi touchés, car tout ce qui perturbe les parents affecte les enfants¹² et les rend anxieux. Cela se reflète ensuite sur leurs comportements. Les parents attendent souvent de leur médecin qu'il les guide dans la manière d'aborder le sujet avec leurs autres enfants. L'anxiété des enfants sera réduite si les parents leur expliquent ce qui s'est passé dans des termes accessibles (Ex. : Le bébé était

Encadré 2

Différents facteurs ayant une influence sur le deuil des parents

- ☉ La difficulté à concevoir
- ☉ Le rôle de la grossesse et du bébé à venir
- ☉ Les valeurs et les attitudes personnelles
- ☉ La situation à l'origine de l'interruption de grossesse
- ☉ L'estime de soi des parents
- ☉ La présence ou l'absence d'autres enfants
- ☉ Le soutien reçu à l'hôpital lors de la perte
- ☉ Le soutien entre les conjoints
- ☉ Le soutien de l'entourage

très malade. Les médecins n'ont pas pu le guérir, et il est mort.). Une grande préoccupation de l'enfant est la peur de mourir comme le bébé ou que ses parents meurent. Aussi, à cause du mélange fantaisie-réalité de la pensée enfantine, du narcissisme de l'enfant et de l'importance de sa pensée magique, ce dernier peut vivre beaucoup de culpabilité et se croire responsable de la mort du bébé s'il était ambivalent sur sa venue. Les parents doivent donc le rassurer sur ces points.

Parmi les outils qui aideront les parents à traverser leur deuil, le médecin peut suggérer la lecture de documents et de livres appropriés, certains sites Web de soutien, l'écriture, l'exercice physique, etc. (encadré 3). Outre le médecin, le CLSC, les psychothérapeutes en pratique privée et le Centre de soutien au deuil périnatal (1 866 990-2730) peuvent aussi donner du soutien aux parents vivant un deuil.

Les parents peuvent aussi tirer profit des rencontres d'un groupe de soutien. Au contact d'autres parents ayant vécu une perte périnatale, ils ne se sentent plus seuls et ils réalisent que leurs réactions et leurs émotions sont normales. Ils y trouvent de la compréhension, du réconfort et des moyens d'avancer dans leur deuil. Plusieurs groupes accueillent les parents dans la région de Montréal et ailleurs en province. Les parents peuvent se renseigner auprès de leur CLSC ou de leur médecin.

Quelle que soit la technique d'interruption de grossesse choisie par les parents, le soutien du médecin est d'autant plus important pendant la grossesse suivante¹³. Les parents se sentent vulnérables. Ils savent qu'ils ne sont pas protégés par les statistiques.

Encadré 3

Ressources pour les parents

Livres

- ⑥ Béatrice Trichard-Gautier. *Congé maternité sans bébé*. Éditions Sparadrap ; 2002.
- ⑥ Chantal Haussaire-Niquet. *L'enfant interrompu*. Flammarion ; 1998.
- ⑥ Suzy Fréchette-Piperni. *Les rêves envolés : Traverser le deuil d'un tout petit bébé*. Éditions de Mortagne ; 2005
- ⑥ Louise Désaulniers. *Je pleure mon bébé*. Société scientifique parallèle ; 2004.
- ⑥ Regina Sara Ryan. *L'insoutenable absence : Comment survivre à la mort de son enfant ?* Éditions de l'Homme ; 1995.
- ⑥ Francine DeMontigny et Line Beaudet. *Lorsque la vie éclate : Impact de la mort d'un enfant sur la famille*. Éditions ERPI ; 1997.
- ⑥ Isabelle de Mézérac. *Un enfant pour l'éternité*. Éditions du Rocher ; 2004.
- ⑥ Ann Yarwood. *La perte d'un bébé*. Institut canadien de la santé infantile ; 1999.
- ⑥ Suzy Fréchette-Piperni. *Le décès périnatal et la fratrie : Guide à l'usage des parents*. Dépliant disponible à la Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier Pierre-Boucher ; 1998.
- ⑥ Jerry Oehler et Catherine Pons. *Bébé ourson est mort*. Distributeur : Préma-Québec ; 1998.

Sites Internet

- ⑥ www.prenat.ch
- ⑥ <http://communities.fr.msn.ca/nospetitsangesauparadis>
- ⑥ www.femmesensante.ca/facts/quick_show.cfm?subject=deuil
- ⑥ www.lagentiane.org
- ⑥ <http://nostoutpetits.free.fr>

Ils vivent beaucoup d'anxiété et alternent continuellement entre la peur et l'espoir. Ils déplorent de ne pas pouvoir vivre une grossesse sereine comme les autres parents. Très souvent, ils vont se protéger en essayant de ne pas s'attacher au bébé. Des visites plus fréquentes au cabinet et des échographies plus nombreuses seront souvent nécessaires pour contenir cette anxiété.

Comme dans le cas de Lucie et de Jean, qui doivent prendre une décision sur l'interruption de grossesse qui leur a été suggérée, vous pouvez renseigner les parents sur les différentes méthodes d'interruption de grossesse et les encourager à sélectionner celle qui respecte leurs valeurs.

Mais il est important d'avoir à l'esprit comment bien les accompagner lors de cet événement traumatisant pour eux afin de favoriser l'évolution du deuil.

Le médecin doit être disponible pour soutenir les parents, car sa présence bienveillante peut faire toute la différence au moment où leur vie bascule dans l'horreur. Le soutien aux parents après l'interruption de grossesse et des suggestions qui les aideront dans leur deuil font aussi partie du rôle du médecin. Ce soutien se poursuivra durant la grossesse suivante qui sera vécue avec beaucoup d'anxiété par les parents. ☹

Date de réception : 30 janvier 2007

Date d'acceptation : 9 février 2007

Mots clés : deuil périnatal, perte périnatale, anomalies foetales, avortement au deuxième trimestre, interruption de grossesse

Bibliographie

1. Institut de la statistique du Québec, juillet 2006. Site Internet : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/naissance/415.htm (Date de consultation : le 30 janvier 2007).
2. Canadian Perinatal Surveillance System. *Induced abortion fact sheet*. Ottawa : Health Canada ; 2003.
3. Zeanah CH, Dailey JV, Rosenblat MJ et coll. Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. *Obstet Gynecol* 1993 ; 82 : 270-5.
4. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec. *L'interruption volontaire de grossesse*; 2004. Site Internet : www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/ligne_interruptionvolontaire_grossesse.pdf (Date de consultation : le 30 janvier 2007).
5. Autry AM, Hayes EC, Jacobson GF et coll. A comparison of medical induction and dilatation and evacuation for second trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 187 : 393-7.
6. Grimes DA, Schulz KF. Morbidity and mortality from second trimester abortion. *J Reprod Med* 1985 ; 30 : 505-14.
7. Grimes DA. The continuing need for late abortion. *JAMA* 1998 ; 280 : 747-50.
8. Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Borgatta L. Methods for induced abortion. *Obstet Gynecol* 2004 ; 104 (1) : 174-85.
9. Koremromp MJ, Christiaens GCML, Van den Bout J et coll. Long term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality. A cross sectional study. *Prenatal Diagn* 2005 ; 25 : 253-60.
10. Burgoine GA, Van Kirk SD, Romm J et coll. Comparison of perinatal grief after dilatation and evacuation or labor induction in second trimester terminations for fetal anomalies. *Am J Obstet Gynecol* 2005 ; 192 : 1928-32.
11. Cox JI, Holden JM, Sagovsky R. Detection of post natal depression. *Br J Psychiatry* 1987 ; 150 : 782-6.
12. Toedter LJ, Lasker JN, Janssen HJ. International comparison of studies using the Perinatal Grief Scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies* 2001 ; 25 : 205-28.
13. Fréchette-Piperni S. La perte d'un bébé et les autres enfants de la famille. *Soins Pédiatrie-Puériculture* 2001 ; (199) : 31-6.
14. Rillestone P, Hutchinson SA. Managing the reemergence of anguish: Pregnancy after a loss due to anomalies. *JOGNN* 2001 ; 30 (3) : 291-8.