

Le mort-né est-il considéré comme une personne humaine par les soignants de maternité?

**par Dumoulin Maryse
DEA 1994**

Les progrès techniques réalisés ces dernières années en obstétrique et en pédiatrie néonatale d'une part, ont permis d'abaisser considérablement la mortalité périnatale et le seuil de viabilité des nouveau-nés (1,25) et d'autre part ont fait du fœtus, un véritable patient et de la médecine fœtale une nouvelle discipline.

Toutefois, un travail récent (8) a montré que les conditions de déclaration d'une naissance en France, avant loi de janvier 1993, n'avaient pas suivi cette évolution et que 28.5% d'enfants grands immatures, mort-nés ou nés vivants, n'étaient pas déclarés à l'état civil et n'avaient pas d'existence juridique ni administrative. Cependant, pour les enfants nés vivants, -la nouvelle loi du 8 janvier 1993 a pratiquement gommé le décalage existant entre la définition de l'existence juridique et administrative d'un être et ce qu'on entend par naissance et décès en termes médicaux. Malheureusement, la loi n'a pas modifié les conditions de déclaration de naissance des enfants mort-nés et plus de 15% des mort-nés en France n'ont toujours pas d'existence administrative et juridique.

Avant les années 80, l'attitude des soignants de maternité à l'égard du mort-né, était celle de la "conspiration du silence" (22). Il a fallu de nombreux travaux pour établir tout d'abord la réalité du deuil après la naissance d'un enfant mort-né (3,10,28), et ensuite décrire les complications du deuil périnatal des mères, des pères, de leurs enfants déjà nés et à venir (17,18,4)

Depuis, aux Etats-Unis en Europe ensuite, certaines équipes ont progressivement développé des attitudes et des pratiques visant à favoriser l'évolution du deuil périnatal (23): accouchement sous analgésie péridurale, présentation de l'enfant mort, photos, encouragement à l'organisation de funérailles, recherche des causes de décès et demande d'autopsie D'autres données de la littérature (6,15,16,19,20,24,27) ont confirmé la valeur pratique de ces attitudes et dans un travail très récent, P.Rousseau et R.M.Fierens (23) ont montré que le risque relatif de deuil périnatal pathologique maternel était lié pour une part, aux attitudes des soignants pendant la période qui a entouré la mort. Ces pratiques visent pour l'essentiel à faire prendre conscience à la mère et aux autres membres de la famille de la réalité de la perte de l'enfant et permettre de débiter le travail de deuil.

Il reste à déterminer si le changement d'attitudes des soignants face à l'enfant mort-né et si l'avènement de la médecine fœtale ont induit un changement des mentalités chez les soignants de maternité. Qu'en est-il aujourd'hui du mort-né pour les soignants de maternité?: le voient-ils comme une "personne" humaine?, considèrent-ils qu'il appartient à l'humanité?, respectent-ils son corps comme celui de l'enfant né vivant?.

Avant d'essayer de répondre à ces questions et d'exposer la recherche, il convient de définir le mort-né sur le plan médical et juridique et donc de pouvoir le situer sur le plan social.

Le mort-né selon la médecine

En médecine, le mort-né est un enfant qui ne présente aucun signe de vie à la naissance. La mort fœtale survient in utero. Elle peut se produire avant ou pendant le travail de l'accouchement. Selon le délai passé entre le décès et l'accouchement, l'aspect de l'enfant mort-né à la naissance sera qualifié de "frais" ou "macéré".

Le décès du fœtus peut se produire soit spontanément, il s'agit alors d'une mort in utero spontanée (MIU) soit après une interruption- de grossesse d'indication médicale appelée aussi interruption médicale de grossesse (IMG) et anciennement interruption thérapeutique de grossesse (ITG). Dans l'IMG, la mort fœtale survient après l'accouchement prématuré provoqué d'un fœtus non viable (cas le plus fréquent) ou après fœticide si le fœtus est viable. L'IMG, légalisée par la loi Neyrinck de 1975 (14), peut être d'indication maternelle (environ 5% des cas actuellement en France) si la grossesse met en péril grave* la santé de la mère", ou d'indication fœtale en cas d'"affection grave reconnue incurable" du fœtus.

Si le juriste exprime la durée de la grossesse en jours ou semaines de gestation", le médecin lui préfère les semaines d'aménorrhée (SA) soit: semaines de gestation + 2 semaines. Classiquement, l'obstétricien parle d'embryon de la conception jusqu'à 15 SA (J mois de grossesse), de fœtus ensuite. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est légale en France jusqu'à 12 SA(14).

La "viabilité fœtale de fait" dans notre pays se situe vers 25 SA et les enfants sont pris en charge dans les services de réanimation entre 24 et 26 SA selon les équipes. Enfin, 37 SA constitue le seuil inférieur de l'accouchement à terme, avant il s'agit d'accouchement prématuré.

L'Organisation Mondiale de la Santé (21) recommande de choisir 22 SA comme seuil inférieur d'enregistrement des naissances, en dessous de ce seuil il s'agit d'avortement. Le taux de mortalité périnatale*, évalué lors d'une de nos précédentes études (8) est de 16‰. Il est dû pour environ ses 2/3, à la mortinatalité. Il naît donc en France par an pas loin de 7500 mort-nés.

*La mortalité périnatale regroupe la mortinatalité (les mort-nés). et la mortalité néonatale précoce, c'est à dire les décès entre 0 et 6 jours révolus.

Le mort-né en droit français.

Avant le 8 janvier 1993, était "mort-né" aux yeux de la loi française (11), tout enfant sans vie au moment de la déclaration de sa naissance à l'officier d'état civil. Ce dernier établissait alors un acte d'enfant déclaré sans vie. Il en était ainsi

- des enfants nés morts (mort-né de facto ou vrai mort-né) après 180 jours de gestation, soit 6 mois de grossesse ou 28 semaines d'aménorrhée.

- des enfants nés vivants (mort-né de jure ou faux mort-né) après 180 jours du gestation et décédés avant la déclaration de leur naissance à l'état civil.

La loi du 8 janvier 1993 (parue dans le Journal Officiel de la République Française du 9 janvier 1993) et sa circulaire d'application du 8 mars 1993 (parue dans le Journal Officiel de la République Française* du 24 mars 1993) a supprimé d'ans sa quasi totalité la notion de mort-né de jure ou faux mort-né. Désormais, tout enfant né vivant et viable, décédé avant la déclaration de sa naissance à l'état civil, aura un acte de naissance et un acte de décès sur foi d'un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable, quelque soit la durée de la gestation, quelque soit la durée de vie. En l'absence de certificat médical, l'officier d'état civil dressera un acte d'enfant sans vie. La déclaration de la naissance est obligatoire et doit se faire, comme pour toute naissance vivante, dans un délai de trois jours ouvrables après la naissance (5).

Un consensus de professionnels, réunis à l'initiative de la Direction Générale de la Santé (cf annexe 1) s'est établi sur la détermination d'un seuil inférieur de viabilité. Le seuil retenu a été celui recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (21) pour l'enregistrement des naissances soit un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée (4 mois 1/2 de grossesse) ou, un poids à la naissance d'au moins 500 grammes.

Si la loi de janvier 1993 a fort heureusement supprimé les "faux mort-nés" et permet désormais à l'officier d'état civil de dresser un acte de naissance pour tout enfant certifié né vivant et viable quelque soit la durée de la gestation, elle n'a pas modifié les conditions de déclaration du "vrai mort-né". Pour les mort-nés, l'ancienne législation (11) reste toujours en vigueur, et un acte d'enfant sans vie n'est dressé que si l'enfant est né mort après une gestation d'au moins 180 jours. Dans le cas des mort-nés il n'existe pas, à la différence des enfants nés vivants, de délai pour la déclaration de la mortinaissance à l'état civil (13). La naissance d'un mort-né est enregistrée à l'état civil décès et est reportée, si la mère le désire,

sur le livret de famille uniquement à la rubrique "décès" de l'enfant. L'inscription du prénom n'est pas obligatoire à la différence des enfants nés vivants. La rubrique naissance n'est pas remplie.

Ainsi, l'acte d'enfant sans vie est désormais dressé dans deux situations, dont la première est de loin la plus fréquente :

- celle d'enfant né mort après une gestation d'au moins 180 jours,

- celle d'enfant né vivant, décédé avant sa déclaration à l'état civil, et n'ayant pas de certificat médical l'attestant né vivant et viable. Il peut s'agir d'enfants nés vivants à moins de 22 SA, cas extrêmement rares ou encore de médecins ne respectant pas les recommandations du Directeur Général de la Santé.

Qu'en est-il des enfants mort-nés quand la gestation a duré moins de 180 jours?. Pour la loi française, ils n'existent pas. Es sont appelés par les Juristes: produits innomés, débris "humains, choses" (8). Il existe donc un décalage important entre les conditions de déclaration de naissance des enfants mort-nés et celui des enfants nés vivants et décédés précocement. Un enfant né à 24 SA et qui vit quelques minutes aura un acte de naissance et un acte de décès alors qu'un enfant mort-né à 27 SA n'existe pas pour la loi.

Les conséquences juridiques, administratives, sociales, pénales et psychologiques sont nombreuses et ont déjà été décrites dans un précédent travail (8), seules seront évoquées ici, celles directement en rapport avec les pratiques des soignants.

L'acte d'enfant sans vie ne confère pas " la personnalité juridique" à l'enfant, seul l'acte de naissance le permet. Il lui confère une existence administrative juridique. Le mort-né n'est donc pas une "personne" au sens juridique du terme, et ce quelque soit la durée de la gestation. Les droits de filiation, succession et donation ne peuvent s'exercer à son égard.(14). Ainsi sur l'acte d'enfant sans vie (cf annexe 3), l'enfant mortné est né de Mme X sa mère, éventuellement épouse de Mr.Y.

Les mort-nés n'étant pas des " personnes ", le transport de leur corps n'est pas soumis à réglementation (cf annexes).

L'inhumation ou la crémation en crématorium est possible pour les mort-nés déclarés à l'état civil, mais elle n'est pas obligatoire. Elle est impossible pour les mort-nés non déclarés, ils n'ont pas de permis d'inhumer. Les corps des mort-nés non déclarés, et ceux des enfants mort-nés déclarés mais non repris par leur famille, sont traités comme des débris humains et sont incinérés dans les incinérateurs à déchets hospitaliers.

L'autorisation parentale de l'autopsie n'est légalement nécessaire que pour les mort-nés déclarés. Pour les mort-nés non déclarés il s'agit d'un examen anatomopathologique qui ne nécessite aucune autorisation parentale.

En droit social, le congé postnatal des femmes qui travaillent n'existe pas quand l'enfant mort-né n'est pas (ne peut pas être) déclaré. Il s'agit d'un congé maladie, imposable et n'accordant pas l'immunité face au licenciement. Pour le droit social, il ne s'agit pas d'une mère qui accouche d'un enfant mort, mais d'une femme malade hospitalisée en gynécologie.

L'enfant mort-né non déclaré n'a pas sa place dans la famille, il n'est pas une parité supplémentaire pour ses parents, l'enfant puîné prendra sa place dans la fratrie puisque socialement il n'a pas existé.

Le mort-né dans notre société

Le problème de la reconnaissance sociale du mort-né n'est pas un problème récent. Au moyen-âge, les croyances étaient que les enfants mort-nés, ne pouvant être baptisés, n'allaient pas au Paradis (8). S'ils n'allaient pas au Paradis, c'est donc qu'ils allaient en enfer. Pour éviter l'enfer aux mort-nés, les Limbes ont été inventées. C'est un endroit d'accueil où les âmes des mort-nés vont jusqu'à la fin de l'éternité. Le problème n'était pas résolu pour autant: les limbes ne sont pas le paradis et, parents et mort-nés étaient séparés pour l'éternité. Une pratique s'est alors répandue dès le XIVème siècle et s'est poursuivie

jusqu'au tout début du XX^e siècle (8): la ressuscitation des enfants mort-nés. Le mort-né était amené par ses parents dans une "chapelle ou un sanctuaire à répit", déposé sur l'autel, veillé plusieurs jours jusqu'au moment où il se mettait à bouger: un répit était alors demandé pour avoir le temps de le baptiser et qu'il aille ainsi au Paradis.

Les rites funéraires (22,23) ont une grande importance dans la société. Ils ont pour but d'aider les survivants à franchir l'incrédulité, de permettre l'expression des émotions, de réunir la société. L'accouchement en maternité a considérablement réduit la place de ces rites. Comme l'a décrit P.Rousseau (22), c'est jusque dans les années 80, une « conspiration du silence » qui s'était installée. La mère accouchait sous anesthésie générale, ou derrière un champ opératoire pour qu'elle ne puisse rien voir. Elle était isolée, évitée par les soignants, le retour à la maison précipité. (3,4,7,2). L'impossibilité, pour les parents, d'inhumier leur enfant mort-né, associée à l'impossibilité de le voir ou de le toucher, l'absence de photographies et d'autres traces tangibles de l'enfant disparu, ont pour effet d'interrompre plus souvent le travail de deuil au stade du déni, et de le compliquer plus volontiers. 25% des deuils périnataux sont pathologiques (22). en effet, le deuil périnatal. augmente le risque de psychoses et dépression du postpartum, et augmente le RR de relation pathologique mère-enfant (présents et à venir).

Les pratiques mises en place dans nos maternités françaises vers 1980-85 ont installé de nouveaux rites lors de la naissance d'un enfant mort-né. L'analgésie péridurale est préférée à l'anesthésie générale, les propositions de faire connaissance avec l'enfant: le voir, le toucher sont répétées. Les souvenirs: photos bracelet de naissance sont favorisés, l'autopsie et l'examen anatomo pathologique demandés, l'organisation des funérailles, -si l'enfant a pu être déclaré, encouragée.;

Il reste à s'interroger sur la diffusion de ces pratiques et sur la reconnaissance, qu'a le soignant du mort-né. C'est ce que ce travail va tenter de faire. La loi française, la société ne reconnaissent pas au mort-né l'appartenance à la communauté des personnes. Si le soignant ne le fait pas qui le fera?.

Cadre principal de l'étude

L'étude a été réalisée, pour sa plus grande part, au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille. Ce C.H.R.U compte 3 maternités: H.Salengro, Pavillon V.Olivier, Pavillon P.Gelle, d'activité globale sensiblement équivalente: respectivement de 2200, 2200, 2500 accouchements/ an. Ces 3 centres sont localisés sur 3 sites géographiquement séparés (5 et 15 kms) eux-mêmes distincts du site principal d'installation des autres services du C.H.R.U., notamment du service de médecine néonatale. Un service de grossesses pathologiques ou grossesses à hauts risques (GHR), de médecine fœtale et de diagnostic anténatal (DAN) existent dans chacun de ces centres. Ces 3 centres gèrent les 2/3 des grossesses à hauts risques de la région Nord-Pas de Calais (60 000 accouchements/ an) en collaboration avec les maternités des hôpitaux périphériques. Ces L'étude a été réalisée, pour sa plus grande part, au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille. Ce C.H.R.U compte 3 maternités: H.Salengro, Pavillon V.Olivier, Pavillon P.Gelle, d'activité globale sensiblement équivalente: respectivement de 2200, 2200, 2500 accouchements/ an. Ces 3 centres sont localisés sur 3 sites géographiquement séparés (5 et 15 kms) eux-mêmes distincts du site principal d'installation des autres services du C.H.R.U., notamment du service de médecine néonatale. Un service de grossesses pathologiques ou grossesses à hauts risques (GHR), de médecine fœtale et de diagnostic anténatal (DAN) existent dans chacun de ces centres. Ces 3 centres gèrent les 2/3 des grossesses à hauts risques de la région Nord-Pas de Calais (60 000 accouchements/ an) en collaboration avec les maternités des hôpitaux périphériques. Ces 3 services seront réunis dans un seul et même hôpital "Mère-Enfant" dans le courant de l'année 1995.

Une maternité d'un hôpital périphérique: C.H. Schaffner de Lens, a également participé à cette étude. Il s'agit du centre d'accouchement le plus important, en activité, de la région Nord-Pas de Calais: 2800 accouchements/ an. Il est situé dans le département du Pas-de-Calais à environ une trentaine de kms du CHRU.

CONCLUSION

Ce travail par l'étude des pratiques des équipes soignantes de maternité met en évidence une reconnaissance certaine de l'enfant mort-né, comme faisant partie de la communauté humaine. L'enfant mort-né est inscrit sur les registres de naissance de la même façon que l'enfant né vivant. Les soignants parlent de lui comme d'un bébé, d'un enfant, ils s'enquière au moins pour un soignant sur deux, du prénom choisi. Les équipes soignantes proposent quasi systématiquement (95%) de montrer aux parents leur enfant mort. Il est présenté très souvent (85%) dans les bras d'un soignant, toujours habillé ou enveloppé dans un linge, photographié (80%). L'autopsie, à la recherche des causes de son décès est largement (80%) demandée. Les trois quarts des soignants trouvent injustes les conditions de sa déclaration. Leur incinération, avec et comme "déchets hospitaliers" est intolérable pour une large majorité (70%) de soignants qui préféreraient (pour 60%) que leur inhumation en cimetière soit possible.

Les soignants reconnaissent (à 88%) également dans la femme qui a porté l'enfant mort-né, une mère. Leurs visites sont, au moins aussi fréquentes (pour 90% d'entre eux) qu'aux accouchées "normales". Ils prévoient souvent (70%) une consultation postnatale. Es donnent aux parents une pseudo-vérité tolérable quant au devenir du corps de leur enfant. C'est aussi l'accord des parents que les soignants exigent en tout premier rang, avant de légitimer l'utilisation des corps des mort-nés pour la recherche médicale.

Ce travail a également montré que la reconnaissance du mort-né en tant que personne humaine par les soignants de maternité West ni totale, ni parfaite. Sur le plan du type de mort-né, la reconnaissance est plus difficile pour le mort-né issu d'une Interruption Médicale de Grossesse, que d'une Mort In Utero spontanée. Les soignants parlent de lui d'abord comme d'un fœtus, avant d'en parler, comme d'un enfant. Es demandent moins souvent son prénom ($p < 0.05$). L'hospitalisation de la mère a tendance à se faire plus volontiers en secteur gynécologique qu'obstétrical. ($p < 0.01$). Le terme d'accouchement pour parler de l'issue de la grossesse n'est utilisé qu'en 2ème intention et qu'après 37 SA.

Sur le plan de la durée de la grossesse, la reconnaissance est plus difficile pour le mort-né de moins de 28 SA, seuil de son existence juridique. Sur les registres d'accouchement, le mort-né n'est inscrit que s'il est déclaré. Les soignants parlent de lui d'abord comme d'un fœtus s'il a moins de 28 SA. Le terme d'accouchement pour parler de l'issue de la grossesse n'est utilisé préférentiellement qu'après 28 SA. Par contre, la demande de prénom, la présentation ne sont que sensiblement affectées par la durée de la grossesse. 60% des soignants demandent que la déclaration de naissance d'un mort-né puisse se faire dès 22 SA (seuil de déclaration des enfants nés vivants).

La malformation même très importante n'empêche pas l'enfant mort-né qui en est porteur, d'être reconnu par le soignant comme appartenant à l'humanité.

La reconnaissance de l'enfant mort-né n'est pas la même dans toutes les maternités. Certaines maternités choisissent préférentiellement le secteur gynécologique plutôt qu'obstétrical pour hospitaliser les mères. Dans ces centres, les pédiatres ne sont pas intégrés dans les équipes prenant en charge les IMG et MIU, ils ne voient ni les mères et ni les enfants. Le prénom de l'enfant y est moins souvent demandé ($p < 0.05$). La présentation et la prise en charge de l'enfant mort-né reposent presque exclusivement sur les sages-femmes.

Enfin la formation, notamment au deuil périnatal, aide les soignants dans leurs démarches de reconnaissance de l'enfant mort-né en tant que personne humaine. La présentation des corps des mort-nés se fait plus volontiers par les soignants formés que par les autres ($p < 0.01$), il en est de même de l'habillement des enfants ($p < 0.05$), des photos ($p < 0.05$). La demande d'autopsie est aussi plus fréquente chez les soignants formés ($p < 0.02$). enfin, ils connaissent mieux que les autres les lois sur la déclaration de naissance ($p < 0.001$) et sur l'inhumation. ($p < 0.001$).

A mon sens, les soignants de maternité ne peuvent aider efficacement les mères et les pères, dans leurs démarches de reconnaissance de leur enfant mort-né que s'ils reconnaissent eux-mêmes, consciemment ou pas, que le mort-né est un être humain, issu d'un père et d'une mère et qu'il appartient à l'humanité. Prendre en charge un enfant mort-né, le présenter à ses parents, l'habiller, le photographier, c'est quelque part s'identifier à lui et signer son appartenance à une commune humanité.

Cette reconnaissance demande certainement à chaque soignant, un long et difficile travail de réflexion. Mais ce travail risque d'être vain à l'intérieur d'un service hospitalier, s'il n'est que l'affaire de quelques-uns. C'est une nouvelle politique de service, de nouvelles mentalités qui sont à redéfinir. Si on ne veut pas nier la grossesse de ces femmes, il faudrait les hospitaliser dans le secteur de grossesses pathologiques plutôt qu'en gynécologie. Si on veut reconnaître l'existence de l'enfant, il faudrait ouvrir ces services aux pédiatres. Enfin, il faut promouvoir la formation de tous les soignants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blondel B., Bréart G. Mortalité foeto-infantile. Evolution causes et méthodes d'analyse.* Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris: Editions Techniques, 1990; 4002F50 : 1-11.
2. Bourne S. The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. J.R. Coll. Gen. Pract. 1968, 16, 103-112.
3. Bruce S.J. Reaction of nurses and mothers to stillbirths. Nurs. Outlook, 1962, 10 : 88-91.
4. Cain A.C., Erickson, M.E., Fast I., Vaughan R.A. Children's disturbed reactions to their mother's miscarriage. Psychosom. Med., 1964, 26: 58-66.
5. Code civil. Art 55. Code Dalloz, Paris, 1990 : p. 82.
6. Cohen L., Zilkha S., Midelton J., O' Donohue N. Perinatal morality : assisting parental affirmation. Am. J. Orthopsychiatry, 1978, 48 : 727-3 1.
7. Cullberg J. Reactions to perinatal mortality. (I) Psychic sequelae in the woman. Lakartidningen, 1966, 63, 4065-4068.
8. Dumoulin M., Blondel B., Lequien P. Naître et ne pas être. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1992, 22 :385--392.
9. Gelis J. L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne XXIe-XIX siècle. Edition Fayard. 1984, 611 pages.
10. Giles. P.F.H. Reaction of women to perinatal death. Aust. N.Z.J. Obstet. Gy, aecd., 1970, 10: 207-210.
11. Instruction Générale relative à l'état civil. Art 466. Journal Officiel de la République Française, Paris, 1990 : p. 199.
12. Instruction générale relative à l'état civil. Art. 461 alinéa 2. Journal Officiel de la République Française, Paris, 1990 : p. 198.
13. Instruction Générale relative à l'état civil. Art. 462. Journal Officiel de la République Française, Paris, 1990 : p. 198.
14. Labbé X. Condition Juridique du corps humain avant la naissance et après la mort. Presses Universitaires de Lille, 1990.447 pages.
15. Lake M.F., Johnson T.M., Murphy J., Knuppel R.A. Evaluation of perinatal grief support team. Am. J. Obstet., 1987, 157: 1203-06.
16. Laroche C., Lalinec-Michaud M., Engelsmann F., Fuller N., Copp M., Mc Quade-Soldatos L. et al. Grief reactions to perinatal death - a follow-up study. Can J. Psychiatry, 1984, 29: 14-9.

17. Lewis E. The management of stillbirth : coping with. an unreality. *Lancet*. 1976, 11: 619620.
18. Lewis E., Page A. Failure to mourn a stillbirth : an over looked catastrophe. *Br J. Med.*, 1978, 51 : 237-241.
19. Murray J., Callan V.J. Predicting adjustment to perinatal death. *Br J. Med. Psychol.*, 1988, 61 : 245-54.
20. Nicol M.T., Tompkins J.R., Campbell N.A., Syme G.J. Maternal grieving response after perinatal death. *Med. J. Aust.*, 1986, 144: 287-9.
21. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des maladies. Révision 1975. Genève; OMS, 1977.
22. Rousseau P. Psychopathologie et accompagnement du deuil périnatal. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1988, 17: 285-94.
23. Rousseau P., Fierens R.M. Evolution du deuil des mères et des familles après mort périnatale. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1994, 23 : 166-174.
24. Rowe J., Clyman R., Green C., Haight J., Ataide L. Follow-up of families who experience a perinatal death. *Pediatrics*, 1978, 6 2: 166-70.
25. Rumeau-Rouquette C., Du Mazaubrun C., Rabarison Y. 10 ans d'évolution. Paris; INSERM /Doin, 1984.
26. Soutoul J.H., Merger-Pelier M., Merger Ch., Pierre F. Problèmes juridiques médico-légaux et de responsabilité en obstétrique et néonatalogie : le droit à la naissance; problèmes juridiques soulevés par la grossesse et la naissance. *Encycl. Med. Chir. (ParisFrance), Obstétrique*. 5150 AIO, 5-1989, 15 p.
27. Tudehope DI, Iredell J., Rodgers D., Gunn A. Neonatal death: grieving families. *Med. J..Aust.*, 1986, 144: 290-2.
28. Wolff J.R., Nielson P.E., Schiller P. : The emotional reaction to a stillbirth. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1970, 108: 73-77.