

DEUIL PÉRINATAL

Guide à l'attention des soignants

2015

Réalisé en collaboration avec l'association Nos Tout Petits de Nice
Rédigé avec le soutien du Réseau Méditerranée,
réseau de périnatalité PACA, Corse et Monaco



Sommaire

3

Introduction

4

La mort fœtale in utero

5

Interruption Médicale de grossesse

7

Prise en charge de l'accouchement

8

Accueil d'un enfant à la limite de la viabilité ou en deçà

9

Suites de couches et sortie

10

Prise en charge du père, de la fratrie et de la famille élargie

12

Législation

14

Rites et religions autour du deuil en établissement de santé

15

Bibliographie et liens utiles

“ Il n'existe pas de « bonnes » façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres. ”

Moley-Massol

« L'annonce de la maladie, une parole qui engage »

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est une situation pénible que ce soit pour le patient ou pour le soignant. En effet il est toujours difficile de dire à une personne que le cours de sa vie va changer et que ses projets d'avenir sont remis en question.

La particularité du deuil périnatal est d'arriver de manière inattendue, dans une période de fragilité physique et émotionnelle considérée comme devant « normalement » être porteuse d'un heureux événement.

De surcroît, les procédures administratives sont complexes ; elles peuvent mettre dans l'embarras les équipes de soins qui, par ailleurs, assurent la prise en charge médicale de la pathologie.

Ce livret est général et ne peut répondre à la totalité des questions qui se posent. Toutes les situations ne peuvent pas être envisagées.

L'objectif de ce livret est donc multiple :

- donner des points de repères aux professionnels concernant l'annonce faite aux mères et pères afin d'en atténuer au maximum le traumatisme et de favoriser le travail de deuil ;
- apporter des conseils pour améliorer le vécu de l'hospitalisation et la prise en charge médicale des mères ;
- proposer des pistes pour la prise en charge du père, de la fratrie et de la famille élargie ;
- expliquer l'organisation du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDP) qui est parfois concerné ;
- et, enfin, faire une synthèse sur les procédures légales et administratives.



La mort fœtale in utero

SITUATIONS D'URGENCE

a. L'accueil

La plupart du temps, c'est la sage-femme qui accueille les parents. Il est important qu'elle formule clairement son inquiétude (« *Je n'entends pas le cœur, je vais chercher un médecin* »)

La prise de contact entre elle et le médecin doit se faire en dehors de la présence de la patiente. Il vaut mieux laisser la femme seule plutôt que de la laisser avec une personne étrangère à la situation.

Il faut éviter :

- Les comportements de fuites (par exemple éviter le contact visuel,...)
- Tous comportements de réassurance verbale (ex : « ne vous inquiétez pas »).

En revanche :

Se présenter avec votre nom et votre fonction

b. L'échographie

Optimiser la situation

L'annonce de la mort in utero sera vécue comme un séisme par les parents et à compter de ce moment, tout autre investigation clinique deviendra impossible. Il est donc essentiel d'avoir réalisé toute l'échographie avant de mettre des mots sur la situation.

- Se mettre dans de bonnes conditions techniques : pièce calme, minimum d'intervenants, appareil d'échographie de bonne qualité.
- Réaliser l'échographie intégralement avant l'annonce, tout en réduisant la durée du geste technique au maximum : biométries (confirmation datation ou diagnostic de RCIU), recherches étiologiques pouvant influencer la prise en charge obstétricale (HRP, DPPNI, PBI...).

- C'est le médecin qui a réalisé l'échographie qui, une fois l'acte terminé, pose la sonde et annonce la mort in utero : avec des mots simples, sans ambiguïté, sans laisser la place au doute.

Il existe ensuite un moment de sidération durant lequel aucune parole n'est audible. Il est donc nécessaire de laisser le temps aux parents d'exprimer leurs émotions puis de reprendre à distance les causes du décès si cela est possible.

Il faut éviter :

- Les intervenants ne connaissant pas la situation : risque d'incohérence des discours.
- L'annonce en cours de réalisation de l'échographie : sensation pour la patiente d'attitude de fuite du soignant (car yeux rivés sur l'écran, mains occupées à autre chose) et impossibilité pour le soignant de finir l'acte technique (pleurs, mouvements de rejet).
- Le jargon médical pouvant être vécu comme un repli défensif du médecin.

c. Après l'annonce

- Vérifier si les parents souhaitent rester seuls
- Rester proche de la mère si elle le désire
- Rester respectueux et compréhensif quelle que soit la réaction des parents
- Afin d'éviter de donner espoir, une asepsie verbale est nécessaire
- S'assurer que le bilan clinique et biologique de mort fœtale est réalisé
- En cas de retour à domicile, il est souhaitable de donner aux parents les coordonnées des différents référents.

HORS DU CADRE DE L'URGENCE

Les parents auront un rendez-vous avec le référent du service pour avoir des informations :

- S'adapter et réutiliser le langage des parents. Essayer de connaître la représentation des parents sur cette grossesse (embryon, fœtus, enfant, bébé, fille/fils, le prénom ... / fausse couche, accouchement, avortement...) Cette représentation peut évoluer tout au long de la prise en charge de ces parents.
- Expliquer le déroulement de la prise en charge médicale (fait idéalement par l'obstétricien).
- Lire ensemble le livret « parents endeuillés » adapté à leur situation, notamment pour les explications administratives et leur laisser le livret.
- Informer que les parents ont le droit de choisir

de voir, toucher et photographier le bébé (explications & accompagnement en détails en dehors de l'urgence).

- Expliquer l'utilité d'une autopsie dans un temps distinct de l'annonce du décès.
- Donner un RDV avec le psychologue du service.
- Laisser les coordonnées des référents.

Attitude à privilégier :

- Proposer sans imposer, donner suggestions plutôt que des conseils.
- Informer de la possibilité de rassembler & conserver des souvenirs, pour remise aux parents tout de suite ou dans le dossier pour plus tard : photos, bracelet d'identification, bonnet porté, feuille avec taille & poids, mèche de cheveux, empreinte des pieds,...

“ Il n'y a pas d'empreintes trop petites pour laisser une marque sur ce monde. ”

Auteur inconnu



Interruption médicale de grossesse

L'ANNONCE DE LA PROBABILITÉ D'UNE ANOMALIE

Les conditions à réunir sont les mêmes que pour l'annonce d'une MFIU.

- Salle calme, peu d'intervenants, réalisation de l'échographie intégrale avant l'annonce
- Éviter le jargon médical trop complexe
- S'adresser au couple, non pas uniquement à la mère.

D'autres points sont également importants : Choisir des mots simples, compréhensibles et faire attention à son attitude car ce sont ces paroles et ces images qui resteront gravées dans la mémoire des parents comme étant « la vérité » (même s'il s'avère qu'il n'y avait pas de malformation)...

Expliquer la séquence de formation de l'anomalie si besoin à l'aide de schéma.

Expliquer la suite du parcours de soins via le CPDPN car l'obstétricien devient le pivot de la prise en charge.

S'il existe un doute, ne pas noircir le pronostic mais expliquer son degré d'incertitude. Expliquer l'objectif du rendez-vous chez un échographiste référent : mieux préciser le diagnostic et le pronostic. Ce rendez-vous sera pris, si possible, téléphoniquement en présence de la patiente.

Lorsque l'IMG est demandée par les parents, il est essentiel de ne pas céder à l'urgence. Le délai de présentation au CPDPN leur permettant de redevenir parents et de prendre une décision de protection et non d'éradication.

ORGANISATION DU DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Toute anomalie de découverte anténatale peut faire l'objet d'un avis du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) si le médecin en charge de la patiente estime que cela peut être utile. Cette réunion a lieu tous les mardis au CHU de Nice et avec une même fréquence à Marseille : l'Hopital Nord et Timone.

La démarche pour ce faire implique :

- Une information et un consentement écrit de la patiente à la présentation de son dossier au CPDPN (document à télécharger sur le site du CPDPN de Nice)
- La communication d'une fiche de synthèse du dossier ainsi que des examens complémentaires utiles au secrétariat du CPDPN si possible avant le lundi matin.

Les conclusions du CPDPN sont communiquées à l'obstétricien « traitant » de la patiente. C'est ce dernier qui doit transmettre ces résultats à la patiente et l'informer de la suite de la prise en charge. Les médecins spécialistes du CPDPN sont à la disposition des couples pour les recevoir, les informer et les aider dans leur parcours. Il est également vivement conseillé de les orienter vers un soutien psychologique.

Le site permet entre autre de trouver la liste des référents pour les différents examens d'imageries (échographies de référence, IRM, TDM...) ou pour les différentes consultations (génétiques, pédiatriques, chirurgie pédiatrique, réanimation néonatale, pédopsychiatrie...)

Si la démarche complète aboutit à la confirmation d'une anomalie d'une particulière gravité, incurable au moment du diagnostic, c'est l'obstétricien traitant qui doit recueillir l'avis des parents sur la situation et notamment recueillir leur demande d'IMG.

La demande doit être exprimée par écrit et signée de la mère (document à télécharger sur le site du CPDPN) puis transmise au CPDPN. Le centre, lors de la réunion hebdomadaire, accorde alors une attestation permettant la réalisation de l'IMG. (Aucun autre organisme ou médecin n'est habilité à donner cette attestation).

L'IMG est possible à n'importe quel terme de la grossesse en France, cependant il convient de réaliser un existus (ou geste fœticide) lorsque le terme de la grossesse est trop avancé. L'obstétricien, s'il ne peut le réaliser lui-même, se mettra alors en relation avec un établissement susceptible de prendre en charge sa patiente.

Coordonnées utiles :

Site internet : <https://extranet.chu-nice.fr/Diagnostic-prenatal-cpdpn/>

Secrétariat : tel : 04 92 03 59 48 - fax : 04 92 03 59 49 - mail : cpdp@chu-nice.fr

Marseille Timone : tel : 04 91 38 66 36 - <http://www.cpdpn.fr/module-Contenus-viewpub-tid-2-pid-35.html>

Marseille Nord : tel : 04 91 96 57 25 - <http://www.cpdpn.fr/module-Contenus-viewpub-tid-2-pid-34.html>



Prise en charge de l'accouchement

Au moment de l'hospitalisation et dès que possible, il sera nécessaire de réitérer différentes propositions aux parents : voir leur enfant, le toucher, le porter, lui donner un prénom... Revoir la référente, le psychologue... Rencontrer une personne de leur culte.

En salle de naissance :

- Pour la prise en charge médicale, se référer au protocole de chaque établissement
- Noter dans le dossier les mensurations fœtales : poids, taille, +/- PC
- En cas d'autopsie, le placenta doit être acheminé avec le corps
- En l'absence d'autopsie, discuter au cas par cas de l'envoi du placenta en anatomopathologie.

Après la naissance :

- Respecter le choix des parents sans jugement
- Ne pas imposer
- S'assurer de l'intimité de la rencontre si les parents la souhaitent

- Prendre des photos du bébé : il faut distinguer les photos prises dans un but scientifique (le bébé est nu, bien éclairé), à classer dans le dossier, et les photos destinées aux parents (le bébé est habillé et confortablement installé dans un berceau), mises sous enveloppe dans le dossier et qu'ils pourront récupérer au moment où ils le souhaitent.
- Rassembler & conserver des souvenirs, pour remise aux parents tout de suite ou dans le dossier pour plus tard : bracelet d'identification, bonnet porté, feuille avec taille & poids, mèche de cheveux, empreinte pieds,...

Il faut éviter de :

- Imposer : « il faut que vous regardiez/teniez ce bébé »
- Entraver : « Mieux ne vaut pas voir votre bébé malformé » Il est souhaitable de décrire l'enfant avant de le montrer, incluant malformations et aspects non-pathologiques, faire (ensemble) toilette mortuaire incluant vêtement et/ou jouet.



Accueil d'un enfant à la limite de la viabilité ou en deçà

DÉFINITIONS ; PRINCIPES

- A partir de 26 SA le pronostic est « suffisamment bon » pour décider une prise en charge active (enfant à priori viable).
- En dessous de 24 SA le pronostic est très mauvais ; une prise en charge exclusivement palliative est totalement légitime (enfant à priori non viable).
- De 24 SA à 25 SA + 6J, le pronostic est très difficile à préciser ; c'est la zone grise ou période de limite de viabilité. Il sera alors primordial de discuter avec les parents pour déterminer l'attitude à adopter (soins curatifs et transfert in utero ou soins palliatifs).

LA CONSULTATION PÉDIATRIQUE EN MATERNITÉ

Les conditions idéales :

- après discussion du dossier entre obstétriciens et pédiatres
- en dehors de l'urgence
- en présence du conjoint

Trois objectifs :

- informer = présenter les deux attitudes possibles - soins curatifs ou soins palliatifs - en période prénatale, périnatale et postnatale immédiate
- se positionner (donner notre avis)
- recueillir l'avis des parents (qui peut être différé).

NB : Un entretien téléphonique entre le couple et un néonatalogiste du niveau III est possible.

Le consensus médical de l'équipe de réanimation néonatale du réseau Sécurité Naissance concernant l'éventualité d'une prise en charge intensive dans la zone grise :

- l'opinion des parents est primordiale
- à 24 SA une prise en charge intensive ne semble à priori pas raisonnable
- à 25 SA une prise en charge intensive peut être débutée si bonne vitalité à la naissance et demande parentale
- pas de manœuvres de réanimation si le nouveau-né est en état de mort apparente
- dans tous les cas cette attitude sera réévaluée régulièrement après la naissance.

LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DU NOUVEAU-NÉ

a. Les principes de la prise en charge palliative

- objectif de la prise en charge palliative d'un nouveau-né à la limite de la viabilité = tout pour le bien-être / rien pour prolonger la vie
 - la loi autorise le renoncement à la réanimation
 - renoncer à porter l'enfant vers la vie n'est pas l'abandonner
- Les modalités concrètes doivent être réfléchies ensemble parents + soignants :
 - voilà ce que nous vous proposons, qu'en pensez-vous ?
 - en particulier, dans quelles conditions souhaitez-vous rencontrer votre enfant ?
 - tous les réajustements seront possibles

b. Les modalités pratiques

- Même si décidée avec les parents en prénatal, on peut y renoncer à la naissance, face à nouveau-né particulièrement actif.
- Un cathéter ombilical peut être immédiatement mis en place par le pédiatre + sédation par morphiniques (à discuter : objectif = être certain de l'absence de souffrance pendant l'agonie).
- Installation confortable dans un berceau, enveloppé dans un linge.
- Drogue dans le but d'arrêter l'activité cardiaque (ex : potassium) = illégal et non éthique.
- Résumé de ces soins palliatifs dans le dossier obstétrical.

c. La rencontre parents / enfants

Les parents envisagent-ils d'être avec leur enfant pendant la phase d'agonie, ou après le décès, ou pas du tout ? Souhaitent-ils un rituel particulier ? En cas de rencontre avant le décès, le phénomène des gasps doit leur être expliqué à l'avance.

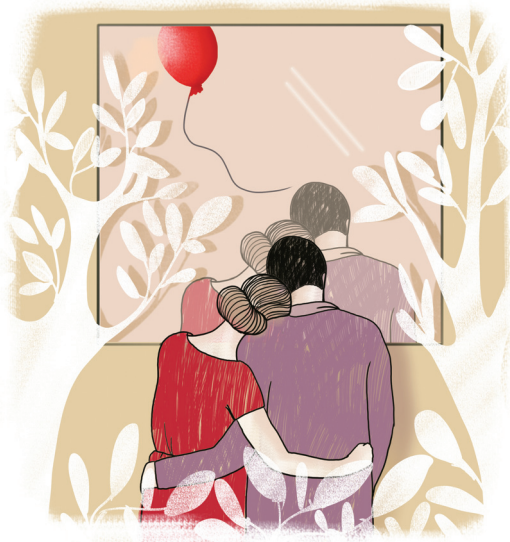
Une réponse immédiate n'est pas nécessaire ; ils pourront la donner plus tard, après la naissance. Ils pourront également changer d'avis.

AVANT 15 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE

A ce stade de la grossesse, il peut être trop facile de banaliser l'évènement, mais aussi trop intrusif d'influencer les parents vers une représentation qui n'est pas encore la leur. Cependant, même (très) tôt dans la grossesse, le ressenti peut être fort et douloureux, ne pas hésiter à proposer un soutien (cadre référent du service, psychologue, associations,...) aux parents.

Aucune démarche administrative n'est possible.

- Statut juridique inexistant
- Etat civil : pas de déclaration d'enfant sans vie possible
- Cahier d'accouchements ou registre spécifique selon modalités de l'établissement
- Ni autopsie, ni conservation du corps mais examen anatomopathologique possible
- Pas de funérailles
- Pas de droits sociaux acquis.





Suites de couches et sortie

LE SÉJOUR

La durée du séjour sera adaptée à la patiente, à sa pathologie en accord avec le protocole de chaque service.

Il est essentiel de penser à un inhibiteur de la lactation à partir de 17SA. Privilégier la prescription en prise unique (Cabergoline 0.5mg, 2 cps en prise unique dans les 24h suivant la naissance), aux antalgiques et à toute autre traitement en fonction de la pathologie.

Renouveler la proposition de présentation du corps pour les parents ainsi que la famille élargie.

Si un livret a été donné aux parents reprendre avec eux les points essentiels afin de s'assurer de leur compréhension. Proposer le passage du psychologue, de l'obstétricien, de la sage-femme et ou du cadre.

LA SORTIE

S'assurer de donner le CMA (certificat médical d'accouchement) pour la déclaration en mairie ainsi qu'une attestation de fin de grossesse avec le terme en SA au moment de l'accouchement (ouverture des droits sociaux).

Proposer de façon systématique un rendez-vous post natal avec un membre de l'équipe, +/- rdv pour les résultats de l'autopsie. Il faut signifier aux parents qu'un membre de l'équipe sera disponible pour les rencontrer à distance du décès pour en reparler s'ils en éprouvent le besoin. Donner les conseils de sortie habituels, les prescriptions de sortie ainsi que les coordonnées des référents et numéros utiles.

Penser aux courriers de sortie informant de la situation de la patiente.

Un courrier témoignant de la sympathie de l'équipe peut leur être adressé.



Prise en charge du père, de la fratrie et de la famille élargie

PRISE EN CHARGE DU PERE

Toute la dynamique conjugale est bouleversée par la mort d'un bébé ou d'un fœtus.

L'histoire du couple, leurs liens, les épreuves de la vie conjugale, vont déterminer leur manière de surmonter ce traumatisme.

Chacun va vivre indépendamment de l'autre ce traumatisme et va réagir selon sa propre structure psychique et ses propres expériences de perte.

Le père ne souffre pas moins que la mère, il est donc important d'être attentif à ses émotions et à sa détresse.

Il est souhaitable de :

- s'adresser à lui et prendre en compte son état
- l'accompagner tout le long de l'hospitalisation de sa femme
- ne pas l'accabler de tâches administratives sans l'y avoir préparé et s'être assuré qu'il puisse les réaliser

- lui proposer une prise en charge psychologique s'il le désire.

Les pères ont des modalités de réaction différentes de celle de leurs femmes face au deuil ;

- ils peuvent être solidaires et dans l'échange comme inhiber leurs émotions de peur de réveiller la souffrance de leur compagne
- fuir dans une suractivité pour s'éloigner du drame et se rassurer
- éviter de se remémorer la perte.

Au moment de l'événement les conjoints sont souvent solidaires, mais avec le temps, le rapport peut se distendre et la communication devenir difficile.

Les entretiens avec le couple permettent de lever les malentendus et d'exprimer les émotions retenues.

Le devenir du couple va dépendre de ce que chacun pourra comprendre de sa propre souffrance et de celles de l'autre, avec un rythme et des réactions propres à chacun.

En les aidant à s'écouter, ils pourront respecter et accepter leurs différences dans leur façon de vivre ce drame.

PRISE EN CHARGE DE LA FRATRIE

C'est toute une famille qui est touchée lorsqu'un bébé meurt.

Le désarroi ressenti par les parents est aussi celui des enfants aînés.

Quel que soit l'âge des enfants, il est nécessaire de parler de la perte de bébé.

Même si les enfants ne peuvent pas se représenter la mort avant l'âge de 5/6 ans, ils ressentent la détresse des parents.

Les enfants s'inquiètent beaucoup pour leurs parents : ils peuvent les solliciter pour les secouer de leur tristesse et les faire réagir ou les protéger en évitant les questions et en négligeant leurs affects.

Il est donc important de leur expliquer la perte de bébé avec des mots simples, cohérents avec le niveau de compréhension de l'enfant, la culture et les traditions familiales.

Suite au décès de bébé, l'enfant aîné peut développer une symptomatologie variable :

- anxiété avec sentiment d'insécurité
- peur de quitter leur mère et/ou père
- peur de la maladie
- peur de la mort
- peur de perdre un être cher
- manifestations psychosomatiques
- troubles du sommeil et sphinctériens
- besoin de protéger ses parents
- sentiment de culpabilité

Des entretiens psychologiques avec les aînés peuvent être proposés à des parents qui ne savent pas comment parler à leurs enfants.

L'absence de paroles et les affects vécus lors d'un tel événement peuvent perdurer, pour certains enfants, et se réactiver aux moments de devenir parents eux-mêmes.

Il existe des livres pour aider les parents à parler de la mort aux enfants ; cf. Annexe Bibliographie.

PRISE EN CHARGE DES GRANDS-PARENTS

Les grands-parents ont aussi besoin de soutien car ils souffrent de la souffrance de leurs enfants.

Ils sont aussi désemparés et cherchent une juste place à occuper sans envahir la souffrance de leurs enfants par la leur

Souvent pendant l'hospitalisation, ils s'occupent des aînés et peuvent être en difficulté à répondre à leurs questions et à parler à la place des parents.

La qualité des relations parentales déterminera la qualité de cet accompagnement.

	Acct entre 15 SA et 22 SA et/ou poids < 500g	Acct à partir de 22 SA Enfant mort né, MF
Statut juridique	Pas d'acte de naissance Pas d'ouverture de droits	Pas d'acte de naissance Ouverture de droits sociaux - congé
Etat civil	Déclaration possible (pas de délai) ▶ Acte d'enfant né sans vie établi grâce au certificat d'acct ▶ Prénom possible Livret de famille possible s'il n'existe pas	Déclaration possible (pas de délai) ▶ Acte d'enfant né sans vie établi grâce au certificat d'acct ▶ Prénom possible Livret de famille possible s'il n'existe pas
Cahier d'acct	Pas de comptage dans le nombre des accts au sens statistique pour les calculs de mortalité cependant Inscription sur le cahier d'acct dans l'ordre des naissances ▶ soit en N° bis ▶ soit dans un registre annexe en respectant l'ordre des naissances (Mention du Nom de l'enfant, Nom des parents, poids de naissance SA, Mort né.....)	Comptage dans le nombre d'accts des naissances) (Mention du Nom de l'enfant, du poids de naissance, de l'âge gestationnel,
Autopsie et conservation du corps	Enfant né sans vie Autorisation de la mère d'autopsie obligatoire. Autorisation maternelle obligatoire pour analyses génétiques Si prélèvement ADN, autorisation de la mère obligatoire. Transport de corps réglementé Conservation du corps 4 semaines maximum après l'acct si autopsie. 10 j après l'acct + 2 j supplémentaires si pas d'autopsie	
Funérailles	Si acte d'enfant né sans vie La famille réclame le corps dans les 10 j en vue des funérailles à leur charge ▶ Permis d'inhumér délivré par l'état civil ▶ Transport de corps réglementé La famille ne réclame pas le corps dans les 10 j L'établissement fait procéder à la crémation selon le circuit des pièces anatomiques dans les 2 j suivant le délai ou au bout de 4 semaines en cas d'autopsie ▶ Transport de corps non réglementé Si absence d'acte d'enfant sans vie Le corps peut être remis à la famille et la commune peut exceptionnellement avec une dérogation organiser les funérailles L'établissement fait procéder à la crémation selon le circuit des pièces anatomiques dans les 2 j suivant le délai ou au bout de 4 semaines en cas d'autopsie ▶ Transport de corps non réglementé	La famille réclame le corps dans leur charge ▶ Permis d'inhumér délivré à l'état civil ▶ Transport de corps réglementé La famille ne réclame pas le corps L'établissement fait procéder à la crémation selon le circuit des pièces anatomiques dans les 2 j suivant le délai ou au bout de 4 semaines en cas d'autopsie ▶ Transport de corps non réglementé
Droits sociaux	▶ Risque maladie ordinaire ▶ Remb. Des frais médicaux à 75 % ▶ Congés maladie ▶ Pas de congés maternité Licenciement: pas de protection Aucun droit vis à vis de la retraite Aucune prestation de CAF	▶ Risque maternité ▶ Remb. À 100% ▶ Congés maternité (pré et post prénatal) ▶ Congés paternité possible si d'acct et acte d'enfant sans vie ▶ Droit au congés supplémentaire Licenciement : protection sociale Retraite : la parité compte pour la retraite Prime de naissance et allocation conditions de ressource et de la de la 14 ^{ème} SA, 2 autres conditions d'enfant sans vie et la naissance

SA et/ou poids > 500g IU, IMG avec foeticide	Acct à partir de 22 SA ou poids > 500g Enfant né vivant puis DCD (inclus IMG sans foeticide)	
maternité et paternité	Enfant avec personnalité juridique Acte de naissance Acte de décès Ouverture des droits	Loi du 08/01/1993 et circulaire du 22/07/1993 - Instruction générale relative à l'état civil(IGREC) Décret et arrêté du 20/08/2008
délai grâce	Déclaration obligatoire à l'état civil (soumise à délai) Acte de naissance et acte de décès avec : ▶ Déclaration de naissance ▶ Déclaration de décès ▶ Prénom et patronyme obligatoires ▶ Mention de la naissance et du décès sur le livret de famille	Décret et arrêté du 20/08/2008 Circulaire du 19/06/2009
n'existe pas		
(N° d'acct attribué dans l'ordre nom des parents, du poids de mort né...)	Comptage dans le nombre d'accts (N° d'acct attribué dans l'ordre des naissances) (Mention du Nom de l'enfant, du nom des parents, du poids de naissance, de l'âge gestationnel, de l'heure de naissance et de l'heure du décès)	Circulaire du 19/06/2009
	Autorisation parentale d'autopsie obligatoire Si prélèvement ADN, autorisation parentale obligatoire Transport de corps réglementé Conservation du corps Legislation pénale de prise en charge des personnes décédées	Décret du 06/11/1997 Décret du 01/08/2006 Rapport IGAS 04/2006 Circulaire du 19/06/2009
les 10 j en vue des funérailles à civil dans les 10 j l'incinération ou l'inhumation dans de 4 semaines en cas d'autopsie	▶ Funérailles obligatoires à la charge de la famille ▶ Permis d'inhumer (autorisation fermeture cercueil) ▶ Inhumation ou crémation dans les 6 j suivant la remise du corps à la famille ▶ Transport de corps réglementé Si le livret de famille n'existe pas: délivrance automatique	Loi du 29/07/1994 Décret du 06/11/1997 Décret et arrêté du 20/08/2008 Circulaire du 19/06/2009
cumulés si décès avant le début du présentation du certificat médical pour 3 ^{ème} enfant retraite de base de la PAJE : en plus des déclaration de grossesse avant la fin s'ajoutent: la production d'un acte doit être intervenue à au moins 24SA	▶ Risque maternité ▶ Remb. À 100% ▶ Congés maternité (pré et post cumulés si décès avant le début du prénatal) ▶ Congés paternité de 15 j ▶ Droit au congés supplémentaire pour 3ème enfant Licenciement: protection sociale Retraite: la parité compte pour la retraite Prime à la naissance et allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) de la CAF si la grossesse a été déclaré avant la fin de la 14 ^{ème} Sa et avec conditions de ressource	Code de la sécurité sociale Arrêté du 09/01/2008 Circulaire du 30/04/2004



Rite et religions autour du deuil en établissement de santé

	Lois alimentaires	Prière	Fin de vie	Post-mortem	Particularités
Bouddhistes	Végétarien.	Contemplation (méditation). La mort est un voyage : l'esprit se sépare d'un corps.	Avoir une personne religieuse afin de tranquilliser et dédramatiser la mort.	Ne pas troubler le corps, l'esprit du défunt par pleurs, démonstrations bruyantes, perturbant le passage de la personne.	Faire en sorte de positiver car les circonstances doivent être favorables pour une bonne renaissance.
Catholiques	Aucune interdiction particulière.	Individuelle ou communautaire. Importance de la messe, de la communion et certains autres sacrements.	Voir s'il y a une demande de prière ou de recueillement. L'ondolement peut être donné par toute personne baptisée.	Bénédiction possible. Dès le décès : signe de la croix et prière, croiser les mains, y placer un objet religieux (chapelet, croix), eau bénite en rappel du baptême.	IMG non-autorisée. La messe et les obsèques sont célébrées à la demande de la famille.
Evangeliques	Végétariens, médecines douces.	Personnelle avec une Bible. Onction d'huile.	Insistance sur dignité et respect de la personne, pour la question de l'acharnement thérapeutique	Pas de recommandation particulière.	
Juifs	Le jeun peut être suspendu pendant l'hospitalisation. Les aliments doivent être cashers.	3 fois par jour prières pour guérison et psaumes (prononcées par un juif) après la mort près du corps pour veiller le mort.	Assistance de la famille au mourant. Dès le décès : rabattre drap sur visage (plus personne ne verra les traits), yeux fermés, bras le long du corps, paumes vers le sol, doigts écartés.	Bougie (blanche) allumée après de la tête. Préparation du corps par membres du Dernier Devoir. Habits de toile blanche.	Dans heures qui suivent, l'âme reste présente, Nommer un enfant est possible à partir de 7 jours de vie. Délai bref entre décès et inhumation (Israël <1 journée ; France : 24 heures légales).
Musulmans	V viande «hallal» ; sinon oeufs, poisson ou laitages.	5 fois par jour, tourné vers le Sud Est, ablutions avec eau ou galet.	Analgésiques recommandés Son regard se dirige vers la Mecque. Prières en dernière phase et après la mort.	Tête tournée vers le sud-est, visage couvert d'un drap blanc, sur le dos, bras le long du corps. Toilette par bénévoles musulmans en moins de 24h.	Le mourant est très entouré. Le défunt peut encore être embrassé (plus après la toilette rituelle). IMG non autorisée, sauf en cas exceptionnel et soumise à des conditions strictes.
Orthodoxes	Variables selon les pays.	Personnelle devant des icônes. Prière pour le malade, signe de croix.	Lire l'Evangile Onction avec une huile bénite, bougies allumées.	Corps lavé et revêtu d'habits de fête, mains croisées sur la poitrine (main droite dessus) et une icône.	Ne pas faire : manifester son chagrin perturbe la paix de l'âme qui s'en va.
Protestants réformés	Pas de recommandation particulière.	Personnelle avec une Bible Une prière et/ou le Notre Père.	Bénédiction.	Lors de la toilette mortuaire, on peut croiser les doigts ou les mains du défunt mais ce n'est pas une obligation.	Grande sobriété rituelle chez les protestants. Pas de décoration particulière, possible : Bible, croix huguenote.

Sources: Aumônerie Catholique des Etablissements de sante 75007 Paris & groupe interreligieux du CHU de Nice Avril 2012



Bibliographie et liens utiles

LIVRES

Les rêves envolés : Traverser le deuil d'un tout petit bébé

Suzy Fréchette-Piperni (infirmière), Mortagne - 2005

Le deuil périnatal, le vivre et l'accompagner

Chantal Haussaire-Niquet (psychothérapeute), Le Souffle d'or, 2004

L'enfant interrompu

Chantal Haussaire-Niquet (psychothérapeute), Flammarion, Paris – 1998

La mort, la vie de famille

De Marie-Hélène Encreve-Lambert (psychanalyste), Bayard Éditions, Paris – 1999

« Mourir avant de n'être »

René Frydman Editions Odile Jacob, 1997

« Parler de la mort »

Françoise Dolto, Editions Mercure de France, 1998

« Repères pour vos parents en deuil »

Diffusé par l'association Sparadrap, 2001 actualisé 2014

DOCUMENTAIRES

N'être, visible sur :

http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/n_etre.2153

M. Mas, WebTV de l'enseignement supérieur - 2007

Donner la vie... les morts périnatales, visible sur :

http://www.canalu.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcam/donner_la_vie_les_morts_perinatales.1835

Isabelle Deputier (sage-femme), WebTV de l'enseignement supérieur - 2005

ASSOCIATIONS

Nos Tout Petits, présidée par le Dr Maryse Dumoulin :

<http://www.nostoutpetits.fr/>

Nos Tout Petits de Nice, constituée de soignants et de parents :

<https://www.facebook.com/pages/Nos-Tout-Petits-de-Nice/295959443857988>

Sparadrap : <http://www.sparadrap.org/>

Information sur le deuil périnatal, soins palliatifs et d'autres sources bibliographiques.

Coffrets de mémoire à fabriquer disponible sur demande.



Pour nous contacter :

Tél : 06 28 34 78 14 (Messagerie 24/24)

Email : nostoutpetitsdenice@gmail.com

Retrouvez la page Nos Tout Petits de Nice sur Facebook

www.nostoutpetitsdenice.org