

L'INTERRUPTION DE GROSSESSE POUR CAUSE GÉNÉTIQUE



*Cliniques externes de
gynéco-obstétrique*

Pour vous, pour la vie

L'interruption de grossesse pour cause génétique

Vous venez d'apprendre que votre grossesse ne se déroule pas comme prévue et vous vivez une expérience de vie intense. Notre brochure a été planifiée pour vous aider à traverser cette période. L'équipe du programme mère-enfant vous accompagnera tout au long de ce processus de décision, soit le choix de poursuivre ou d'interrompre la grossesse. La décision vous appartient et nous respectons votre choix.

Dans ce document, des informations détaillées vous seront transmises pour prendre une décision éclairée. Aujourd'hui, les techniques utilisées pour le diagnostic prénatal des atteintes fœtales permettent de dépister de nombreuses anomalies au cours de la grossesse. Le diagnostic prénatal est soit morphologique ou cytogénétique.

Diagnostic prénatal morphologique

1. L'échographie fœtale précoce entre la 11^e et 14^e semaine de grossesse permet d'évaluer le risque, pour votre bébé, d'être porteur d'une anomalie chromosomique (syndrome de Down) en tenant compte également de votre âge. La clarté nucale est un épaississement au niveau de la nuque chez le fœtus. Plus la clarté nucale est épaissie, plus le risque d'anomalie chromosomique augmente.

Un prélèvement sanguin maternel combiné à la mesure de la clarté nucale du fœtus permet grâce au dosage de deux protéines, la protéine A associée à la grossesse (PAPP-A) et l'hormone Chorion gonadotrophique (HCG), d'augmenter ce taux de détection à 90% afin de déterminer plus précisément votre risque de trisomie 21 (mongolisme) et de malformation majeure du tube neural (spina-bifida et anencéphale). Contrairement à la consultation lors de l'échographie, ces tests sanguins sont effectués à la clinique Procréa et ne sont pas présentement couverts par le régime d'assurance-maladie du Québec et requièrent un déboursé de votre part.

2. Échographie fœtale détaillée au second trimestre, vers la 18^e - 20^e semaine.

Diagnostic prénatal cytogénétique (étude des chromosomes et des gènes)

1. L'amniocentèse

Permet de déceler la présence d'une anomalie chromosomique chez le fœtus, ce test a lieu à la 15^e - 16^e semaine de grossesse. Il s'agit de la méthode la plus couramment utilisée en diagnostic prénatal.

Après avoir repéré le fœtus et le placenta, grâce à une échographie du ventre de la mère, le médecin insérera une aiguille fine dans l'utérus afin d'y prélever un peu de liquide amniotique entourant le fœtus. Des études chromosomiques sont effectuées, après culture, sur les quelques cellules fœtales (amniocytes) présentes dans le liquide amniotique.

2. Biopsie du chorion

Consiste à prélever un fragment de placenta pour l'analyser avant la 14^e semaine de grossesse. Il y a un risque plus grand d'avoir une fausse couche après la biopsie. Celle-ci est faite à l'hôpital Sainte-Justine.

La prise de décision

Les maladies génétiques et les malformations congénitales sont les premières sources de morbidité et de mortalité infantile. Environ 3% des nouveau-nés présentent à la naissance des anomalies. Présentement de 200 à 300 maladies peuvent être détectées in utéro. Plusieurs de ces diagnostics révèlent des anomalies physiques et intellectuelles de gravité variable connue, ex : spina-bifida, trisomie 21, fibrose kystique, dystrophie musculaire.

D'autres sont des diagnostics à expressions tardives, ex. : chorée de Huntington, dystrophie myotonique. La médecine est capable de diagnostiquer plusieurs déficiences, mais dans la majorité des cas, elle est incapable de les traiter.

Dans la grande majorité des cas, pour les anomalies chromosomiques, les maladies métaboliques et les malformations graves chez le fœtus, il n'existe aucune thérapie prénatale.

Dans cette situation, le dépistage prénatal peut aboutir à une demande d'interruption de grossesse de la part du couple et nous savons comment il peut être déchirant d'être confronté à cette situation.

L'annonce d'une anomalie chez le bébé déclenche une réaction douloureuse, souvent marquée de scepticisme, de déni, de peur et de colère à l'annonce du diagnostic et ce, même dans les situations où un tel risque était prévu. Vous êtes en état de choc.

L'impact de cette nouvelle est grand, il est possible que vous éprouviez un sentiment de perte pouvant se manifester sur différents aspects, soit la perte réelle et rêvée d'un bébé en santé, la perte d'être enceinte et du sentiment de ne faire qu'un avec le fœtus, la perte de ses attentes, espoirs et illusions ainsi que l'échec du rôle parental.

On peut observer une importante perte d'estime de soi résultant de l'incapacité de la femme à se fier à son corps et réussir à donner naissance. De plus, les parents peuvent croire être porteurs de gènes défectueux. La perte de la grossesse transforme une expérience de fierté personnelle en dévastation.

D'où l'importance d'un counseling avec le médecin au bureau et/ou à la clinique le plus tôt possible pour favoriser, chez chacun des parents, une compréhension la plus réaliste dans le processus de perte de cet enfant désiré «parfait».

L'interruption de grossesse pour cause génétique

Après une discussion avec votre médecin, deux options s'offrent à vous pour mettre fin à votre grossesse. Soit l'accouchement vaginal ou par dilatation et curetage sous anesthésie générale en chirurgie d'un jour. Pour permettre une décision éclairée, voilà les différents avantages et inconvénients des deux approches.

L'accouchement vaginal

Votre admission sera planifiée avec votre médecin et vous serez hospitalisée à l'unité du 7^e AB dans une chambre privée.

À votre arrivée, l'infirmière vous accueillera. Une cueillette de données sera complétée et vous signerez un consentement pour l'accouchement.

Apportez des serviettes sanitaires, des pantoufles, une robe de chambre, des papiers mouchoirs et autres objets personnels désirés.

Des prélèvements sanguins seront effectués et, pour les femmes ayant un groupe sanguin négatif, un vaccin Win Rho sera donné après la délivrance placentaire.

L'installation d'une perfusion intraveineuse pour l'administration d'un médicament et hydratation sera installée par l'infirmière.

Périodiquement, l'infirmière appliquera des comprimés de Misoprostol 200 à 400 µg aux 3 heures en intra-vaginal jusqu'à l'expulsion du fœtus. Ce médicament permet la dilatation du col de l'utérus.

Durant toute la période de votre hospitalisation, une personne significative pourra être présente auprès de vous.

- Une analgésie vous sera offerte sous forme de voie orale voire intra-musculaire ou sous-cutanée pour le soulagement de la douleur
- En association, l'épidurale peut être effectué par l'anesthésiste.

Les contractions de l'utérus permettront la dilatation du col de l'utérus et l'expulsion du fœtus.

- Au choix des parents, un contact avec bébé sera possible. Vous pourrez le voir et le prendre si vous le désirez. Par ailleurs cela pourra être remis à plus tard. Photos et carte d'identification possibles.
- Une fois le bébé expulsé, le placenta le sera à son tour. Un saignement vaginal en quantité modéré est normal; l'infirmière vérifiera la fermeté de votre utérus et des saignements périodiquement. Une analgésie complémentaire vous sera offerte.
- Des saignements allant en diminuant pourront s'échelonner de 10 à 14 jours.
- Un congé sera planifié le lendemain.

Il sera possible d'avoir une aide psychologique.

Avantages

- L'accompagnement par l'infirmière et l'équipe médicale pendant le travail,
- Possibilité de contact avec le bébé à la naissance dans le respect des attentes du couple,
- Prise de photos et bracelet d'identification du bébé, vêtements,
- Possibilité d'autopsie du fœtus, si demande de la famille,
- Présences de personnes significatives pour vous durant le travail : conjoint, famille, amis,
- Support du personnel infirmier et médical,
- Possibilité de funérailles selon les valeurs et croyances, mais aux frais des parents,
- Analgésie médication per os IM IV,
- Possibilité de bloc paracervical ou épidurale.

Inconvénients

- Hospitalisation de courte durée,
- Douleur due aux contractions de l'utérus,
- Durée de travail de quelques heures à 24 heures,
- Possibilité de rétention placentaire; un curetage utérin sera effectué au bloc opératoire sous anesthésie générale.

Dilatation et curetage sous anesthésie générale en chirurgie d'un jour

1er jour

Présentez-vous à la clinique externe, Centre de soins ambulatoires, 2^e étage, section terracota, aile G. À l'arrivée, vous devez vous présenter à l'accueil de la gynéco-obstétrique avec votre carte d'assurance-maladie et celle de l'hôpital. Vous devez vous diriger ensuite à la salle d'attente de la clinique de planning familial. Une infirmière vous accueillera, effectuera une prise de sang (FSC, groupe sanguin) et vous rencontrera pour une session de counseling, complètera le dossier médical et vous expliquera la procédure de l'intervention.

De l'aide psychologique vous sera offerte; vous pourrez rencontrer une psychologue ou l'intervenante sociale si vous le désirez avant ou dans les semaines suivant l'interruption de la grossesse. Lors de votre rencontre médicale, un examen gynécologique sera effectué par le gynécologue.

2e jour

Préparation

La veille ou les jours précédant l'intervention, des tiges laminaires seront insérées dans le col de l'utérus pour dilater progressivement le col. Ces tiges seront installées :

Date : _____

Lieu : Clinique externe, planning familial, CSA, 2^e étage, aile G, section terracota.

Bien que peu douloureuse, cette manipulation peut nécessiter la prise d'un analgésique pour soulager l'inconfort avant et après la pose des tiges.

3e jour d'intervention

Votre intervention aura lieu le :

Le jour de l'intervention, présentez-vous à l'admission du Centre de soins ambulatoires, au rez-de-chaussée (près de l'ascenseur). Vous serez ensuite hospitalisée en chirurgie d'un jour.

- Vous devez être à jeun à partir de minuit la veille de l'intervention, c'est-à-dire, ni boire, ni manger.
- L'anesthésiste recommande de ne pas appliquer de crème hydratante sur la peau car elle empêche les électrodes cardiaques d'adhérer à la peau.
- Apporter des serviettes sanitaires, des pantoufles, une robe de chambre, des papiers mouchoirs et autres objets personnels désirés.
- Enlever le vernis à ongles sur les doigts et orteils. Laisser vos bijoux à la maison.
- Nous vous recommandons d'être accompagnée à votre arrivée ou que quelqu'un vienne vous chercher à votre sortie de l'hôpital puisque vous ne pourrez conduire ou prendre les transports en commun seule durant les 24 heures suivant l'anesthésie.

Procédure

L'intervention aura lieu sous anesthésie générale à la salle d'opération et durera environ 15 à 20 minutes. Le col sera d'abord dilaté afin d'y introduire la canule servant à libérer les produits de conception de l'utérus; le médecin fera ensuite un curetage de la muqueuse de l'utérus afin qu'il ne reste aucune trace de placenta ou menstruation. Il est impossible, pour le médecin, de reconnaître dans les produits de conception, le fœtus lui-même, de même que son sexe, le placenta et l'endomètre. Les produits de conception retirés de votre utérus seront envoyés en pathologie pour analyse de routine et ensuite incinérés. Aucun test approfondi n'est fait pour déterminer la cause. Pour les femmes ayant un groupe sanguin RH négatif, un vaccin Win Rho vous sera donné.

Période de repos

Après une surveillance à la salle de réveil et une période de récupération de deux heures ou plus selon votre condition, vous pourrez quitter l'hôpital. L'intervention peut provoquer des crampes abdominales et des saignements ressemblant à une menstruation.

Dilatation et curetage

Avantages

- Counseling et rencontre de la femme ou du couple,
- Intervention pratiquée sous anesthésie générale en salle d'opération en chirurgie d'un jour,
- Préparation du col avec insertion de tiges laminaires 1 à 2 jours précédant l'intervention,
- Diminution de la douleur,
- Possibilité de rencontrer un psychologue et/ou une intervenante sociale, préintervention à la demande avec l'équipe du planning,
- Analgésie, médication per os, I.M. S.C.

Inconvénients

- Il n'y a pas de contact physique avec le fœtus et pas de possibilité d'autopsie. Le conjoint ne peut être présent en salle d'intervention.

Conseils pour faciliter votre récupération physique et psychologique à la suite de l'interruption de grossesse

- Si vous avez subi une anesthésie générale, une diète légère est permise quelques heures après l'intervention. Par la suite, vous pourrez reprendre une alimentation normale en prenant soin de boire beaucoup d'eau.
- Le jour même, reposez-vous le plus possible et permettez à une personne chère de vous entourer de petites attentions et prenez soin de vous en vous offrant des moments de douceur et de détente.
- Le lendemain, vous pouvez reprendre progressivement vos activités régulières. Évitez pendant quelques jours (environ une semaine) les activités demandant un effort vigoureux, les travaux fatigants et les sports violents.

Voici les conseils importants à lire :

1. Les saignements

Les saignements et les crampes abdominales ressemblant à des menstruations sont normaux durant les jours suivant l'intervention.

Les saignements sont variables d'une personne à l'autre. Les situations suivantes sont considérées comme normales :

- Aucun saignement et peu de douleur,
- Saignement modéré durant 2 à 5 jours avec ou sans caillots,
- Taches de sang jusqu'à 2 à 3 semaines,
- **Aucun saignement après l'intervention, mais 4 à 5 jours après, des crampes importantes avec des caillots et un saignement plus abondant pendant quelques heures,**
- Une courte période de fièvre peut survenir,
- Votre prochaine menstruation devrait avoir lieu 4 à 6 semaines après l'intervention ou à la fin de la prise d'une séquence de contraceptifs oraux.

2. Pour soulager les crampes abdominales

- Vous pouvez prendre de l'acétaminophène (Tylénol) 325 mg ou extra-fort 500 mg, 1 à 2 comprimés aux 4 à 6 heures;

- Si vous n'êtes pas allergique à la codéine, vous pouvez demander à votre pharmacien du Tylénol no 1 et prendre 1 à 2 comprimés aux 4 à 6 heures;
- Si le Tylénol n'est pas efficace, vous pouvez prendre de l'ibuprofène (Advil) 200 mg, 2 comprimés aux 4 à 6 heures, c'est un anti-inflammatoire efficace pour soulager les crampes;
- Ne prenez pas de l'aspirine (acide acétylsalicylique) car il y a un risque de saignement plus abondant;
- Un analgésique-narcotique vous sera prescrit à votre départ lors d'une interruption de grossesse en chirurgie d'un jour;
- Appliquez un sac d'eau chaude recouvert d'une serviette sur l'abdomen ou d'un sac magique;
- Buvez des liquides chauds;
- Marchez un peu;
- Étendez-vous, pliez les genoux et ramenez-les contre le corps, changez de position fréquemment;

- Il se peut que vous ayez une montée laiteuse (seins douloureux avec ou pas d'écoulement de lait) à cause de la sécrétion hormonale qui persiste une à deux semaines après l'intervention et qui a été déclenchée avec l'interruption de grossesse. Pour vous soulager, portez un soutien-gorge qui comprime la poitrine jour et nuit durant 2 à 3 jours et prenez des douches froides ou encore appliquez des compresses froides sur les seins. Évitez surtout de vider les seins, car cela stimulerait la production de lait. Diminuer votre consommation d'eau ou de liquides pourra diminuer ces malaises.

3. En post-intervention, voici les signaux d'alerte pour consulter rapidement un médecin

- S'il y a apparition de fièvre : température de 38°C ou 100° F, durant 24 à 48 heures;
- Si de fortes douleurs abdominales apparaissent, plus intenses que celle survenant lors des menstruations régulières et allant en augmentant et non soulagées par la médication prise régulièrement aux 4 - 6 heures pour au moins 24 heures;
- Si des saignements importants survenaient durant les jours qui suivent, c'est-à-dire l'équivalent de plus d'une serviette sanitaire à l'heure pendant environ 4-6 heures.

4. La prévention des infections

- Prendre une douche plutôt qu'un bain, les trois premiers jours. Pas de douche vaginale, pas de natation pendant une semaine;
- Attendre deux semaines avant d'avoir une relation sexuelle avec pénétration;

- Utiliser des serviettes sanitaires plutôt que des tampons vaginaux jusqu'à la prochaine menstruation;

Une prescription d'antibiotique peut vous être remise au besoin par le médecin.

Quand consulter ou revoir le médecin

Discutez avec votre médecin avant de quitter l'hôpital de votre éventuel retour au travail, du permis de congé temporaire et de la durée de celui-ci. Il est important de revoir votre médecin dans quatre (4) semaines environ pour évaluer votre état général et votre récupération physique et psychologique, de même que pour vérifier si la contraception choisie vous convient maintenant.

Réactions émotives liées à l'interruption de grossesse pour cause génétique

Chaque personne réagit de façon différente selon sa personnalité, son histoire personnelle, conjugale et familiale, ses conditions de vie et le contexte de la grossesse. Pour certaines personnes, l'interruption de grossesse vient mettre un terme à une grossesse non planifiée et amène un certain soulagement.

Pour d'autres, au contraire, elle met fin à une grossesse désirée et provoque une immense tristesse face à la perte de l'enfant attendu et rêvé.

Les facteurs qui influencent vos réactions sont :

- Soit la présence d'enfants dans votre famille;
- Le temps qu'il a fallu pour qu'il y ait conception;
- L'importance accordée à cette grossesse pour vous et votre conjoint;
- L'expérience de fausse couche antérieure;
- L'attachement que vous ressentez pour le futur bébé;
- Les sentiments liés à l'image de soi et votre compétence personnelle en sont affectés;
- L'âge de la mère , une femme plus âgée ressent la limite du temps quant à la possibilité d'être enceinte à nouveau;
- Le sentiment de culpabilité de la mère de n'avoir pu concevoir un bébé viable ou elle se croit responsable de comportements déclencheurs de l'expulsion du fœtus.

Au sein du couple, l'homme et la femme peuvent aussi réagir différemment. En partageant ensemble ce que vous ressentez, vous pouvez mieux vous comprendre et vous aider mutuellement.

Parmi les sentiments et réactions que vous êtes susceptible de vivre dans les semaines qui suivent, s'inscrivent cinq (5) étapes de deuil. Ces étapes se caractérisent par des réactions émotives et comportementales qui sont tout à fait normales et courantes.

Ces étapes peuvent varier en intensité et en durée d'un conjoint à l'autre, car elles ne suivent pas un ordre chronologique. Vous pouvez revivre ces émotions lors de la date anniversaire de l'interruption de la grossesse, à la date prévue de l'accouchement, au moment d'une autre grossesse ou lors des événements importants de l'année.

Les étapes du deuil

La perte

La négation couvre la période entourant la réception de la nouvelle, car le couple ne peut admettre la réalité ou la finalité de cette grossesse. Cette période dure de quelques heures à plusieurs jours. Elle est marquée par le désir compréhensible d'éviter la terrible prise de conscience de la perte de l'être cher et une tentative désespérée et frénétique de rétablir la relation avec l'être perdu.

Un état d'engourdissement rend les partenaires moins disposés à s'acquitter de leurs tâches habituelles. On peut réagir par des pleurs, de la stupeur, de la confusion, de la torpeur.

La protestation

Elle se manifeste par des pleurs, de la colère et de l'hostilité qui peuvent être dirigés contre soi ou les dispensateurs de soins, surtout pour avoir échoué à éviter la perte de l'enfant d'une manière ou d'une autre.

La recherche d'un sens à cette perte et la recherche d'un responsable sont très marquées. On se blâme et on blâme autrui. On accepte graduellement la permanence de la perte.

La désorganisation

Correspond à la période de chagrin la plus intense et les réactions à la perte atteignent alors un point culminant. Le couple prend conscience du caractère permanent de la perte du bébé et en absorbe graduellement la signification.

Les sentiments présents à cette étape sont: la colère, la dépression, l'impuissance, l'auto-accusation, la culpabilité, la honte, la baisse d'estime de soi, le rejet, le sentiment d'abandon et l'idéation suicidaire (à la limite).

Ce qui caractérise cette étape, c'est qu'on voudrait suspendre le temps présent pour penser au passé et reconstruire la relation avec l'être perdu.

Ces souvenirs sont dérangeants et douloureux mais font partie du cheminement nécessaire pour renoncer à cet attachement si important.

La réorganisation

Les symptômes de chagrin aigu s'estompent et on remarque le début d'un réinvestissement social et émotif dans le monde. Le couple n'oublie pas la perte de l'enfant, mais il apprend à vivre avec la conscience de cette perte et de ses répercussions d'une manière qui ne l'empêche plus de poursuivre une croissance saine et affirmative de la vie.

Aboutissement du travail de deuil

Cette étape se caractérise par l'acceptation de la perte. Le couple verra sa détresse s'estomper graduellement et retrouvera une certaine stabilité et un regain d'intérêt à la vie.

Une mise en garde

Ces sentiments peuvent être vécus avec plus ou moins d'intensité et peuvent nécessiter, dans les semaines qui suivent, l'aide d'un professionnel (infirmière, psychologue, travailleur social ou psychiatre) pour surmonter cette période difficile et vous permettre de l'intégrer positivement à votre vie.

Consultez un professionnel de la santé si après quelques semaines vous vous sentez fatiguée et déprimée, si vous éprouvez de la difficulté à reprendre vos activités normales ou si vous ressentez divers symptômes inhabituels (fatigue, insomnie, diminution de l'appétit, cauchemars, baisse de concentration).

Les réactions des hommes

Un des grands oubliés lors de divers types de décès périnataux est le père. Les hommes vivent de grandes émotions lors d'une interruption de grossesse. Ils ont besoin d'exprimer leur chagrin, généralement ils font face à la perte en maîtrisant leurs émotions et en intellectualisant leur chagrin et parfois ils se retournent vers des exutoires différents (travail, sport).

Le père semble s'ajuster plus rapidement à la perte et manifeste des réactions de deuil moins intenses et moins étendues dans le temps que leur conjointe.

Il est porté à mettre plus rapidement en veilleuse ses émotions afin de soutenir et d'appuyer sa conjointe.

Les réactions du couple

Les hommes et les femmes manifestent leur chagrin et leurs sentiments de façon différente, ce qui peut produire des malentendus et conflits. Chacun a besoin d'exprimer les siens et de se sentir compris par l'autre pour maintenir une relation de confiance essentielle à un bon état de santé psychologique.

Vous allez trouver utile de vous en parler et d'être à l'écoute l'un de l'autre. Même si la majorité des couples vivent une période de conflit, ils sont capables, avec le temps et le recul, de considérer cette épreuve comme un élément positif sur leur union.

Les réactions des enfants du couple

Les réactions des enfants du couple dépendent de leur âge et de leur stade de développement. Il ne faut pas cacher la mort du bébé aux enfants. Utilisez des mots simples pour leur expliquer ce qui s'est passé.

Les longues explications ne sont pas nécessaires, mais ils ont besoin de comprendre votre chagrin et d'être rassurés qu'ils ne sont pas responsables de la mort du bébé.

Favorisez la communication et consacrez du temps avec vos enfants. Ne sous-estimez pas leur niveau de compréhension.

Les réactions de l'entourage

Souvent les amis évitent d'aborder le sujet, car ils sont mal à l'aise devant une telle situation; ils se sentent impuissants et maladroits tout en voulant vous aider. Les couples qui, tôt après la perte de l'enfant, peuvent se tourner vers leur réseau d'amis, semblent plus être en mesure de traverser cette période difficile et voit leur chagrin diminuer en intensité avec le temps.

Extrait de : Des directives pour les professionnels de la santé qui soutiennent des familles après un décès périnatal. *Paediatrics & Child Health* 2001; 6 (71) : 469-477.

Lemieux, Julie A. Le deuil périnatal, une famille en deuil, Montréal, Hôpital Sainte-Justine.

L'éventualité d'une nouvelle grossesse

L'utérus reprend sa position et sa forme normale après une ou deux menstruations. Sur le plan physique, il est donc conseillé d'attendre au moins deux à trois mois avant d'envisager une autre grossesse.

Sur le plan psychologique, par contre, une période de plusieurs mois s'impose avant d'être émotivement disposée à une nouvelle grossesse. Sachant que l'enfant perdu ne sera jamais remplacé par un autre, il est conseillé de ne pas précipiter les événements, ni de brusquer les étapes de deuil et de perte.

Une prochaine grossesse, une éventuelle naissance ou tout autre événement heureux ou malheureux pourrait être influencé par l'expérience que vous vivez actuellement. Il est important de vous accorder le temps qu'il faut pour traverser celle-ci.

Contraception

Les risques de grossesse sont présents immédiatement après l'intervention. L'utilisation d'un moyen contraceptif est donc de rigueur dès la reprise des relations sexuelles. Vous pouvez utiliser le condom en plus de la mousse spermicide en attendant la prochaine grossesse.

Contraceptifs oraux (pilule)

Si vous désirez utiliser la pilule contraceptive, commencez à la prendre le dimanche qui suit l'intervention pour les grossesses inférieures à 12 semaines; si vous avez des relations sexuelles durant le premier mois, utilisez un moyen contraceptif complémentaire, comme la mousse ou le condom.

Si la grossesse est supérieure à 12 semaines, commencez à prendre la pilule contraceptive le 2^e dimanche après l'interruption de la grossesse.

Si vous prenez des antibiotiques ou autres médicaments, l'efficacité de la pilule peut être diminuée; il faudra prévoir l'utilisation d'un moyen contraceptif complémentaire (condom + mousse spermicide) en plus de la pilule. Informez-vous auprès de votre médecin ou de votre pharmacien.

Stérilet

Si vous avez choisi le stérilet comme méthode de contraception, le gynécologue ou autre médecin pourra vous l'installer lors de votre prochain rendez-vous, 4-6 semaines après l'IVG ou lors de votre première menstruation. En attendant, il faut prévoir l'utilisation d'un autre moyen contraceptif : condom et mousse par exemple.

Deux types de stérilet vous seront offerts :

1. Nova T : Système intra-utérin recouvert de cuivre
2. Mirena : Système intra-utérin libérant une hormone Levonorgestrel

	Nova-T	Mirena
Coût	55\$ et plus	tarif selon assurance médicament
Efficacité	97-98%	99,9%
Durée	3-5 ans	5 ans

Dépo-Provera

Si vous utilisez le Dépo-Provera, vous devez recevoir le Dépo-Provera régulièrement aux 12 semaines. Procurez-vous le médicament et l'infirmière vous l'administrera avant votre départ de l'hôpital ou au CLSC, dans les 5 jours suivant l'interruption de grossesse. Le condom est nécessaire le premier mois suivant l'injection.

Ressources

Quelques soient vos besoins et vos préoccupations, n'hésitez pas à communiquer avec l'infirmière qui vous a reçue à la clinique.

Nom de l'infirmière :

Nom du médecin :

No de téléphone (514) 252-3400, poste 4273 boîte vocale du planning familial ou aux postes 4275 - 4276 à la clinique d'obstétrique-gynécologie, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30 ou à l'urgence les fins de semaine.

Mme Anne Major, travailleuse sociale
(514) 522-1276

Mme Christiane David, psychologue
(514) 252-3400, poste 4728

Ordre des travailleurs sociaux du Québec
(514) 731-3925

Ordre professionnel des psychologues du Québec
(514) 738-1881

Association des CLSC du Québec
(514) 931-1448

Lectures

GAREL, Micheline et LEGRAND, Hélène. Une fausse couche et après, Paris, Albin Michel, 1995.

MONBOURQUETTE, Jean. Aimer, perdre et grandir: L'art de transformer une perte en gain, St-Jean sur Richelieu, Éditions du Richelieu, 1984.

RYAN, Régina Sara. L'insoutenable absence: comment peut-on survivre à la mort de son enfant, Montréal, Éditions de l'homme, 1995.

DESAULNIERS, Louise. Je pleure mon bébé : réflexion suite au décès d'un nourrisson, de la fausse couche à un an de vie, Notre-Dame-du-Mont-Carmel, Éd. Société scientifique parallèle, 2004.

Groupe de soutien de deuil périnatal

Les rêves envolés

Centre hospitalier Pierre Boucher

1333, boul. Jacques Cartier Est

Longueuil (Québec) J4M 2A5

Tél : (450) 468-8111, poste 2309 (boîte vocale)

Personne-ressource : Suzy Fréchette-Piperni, infirmière spécialisée en deuil périnatal.

Les rencontres ont lieu le deuxième lundi de chaque mois.

Les nouveaux rêves

Centre hospitalier Pierre Boucher

1333, boul. Jacques cartier Est

Longueuil (Québec) J4M 2A5

Tél : (450) 468-8111, poste 2309 (boîte vocale)

Personne-ressource : Suzy Fréchette-Piperni, infirmière spécialisée en deuil périnatal

Groupe d'entraide pour les femmes qui attendent un nouveau bébé après une perte d'un enfant ou une fausse couche. Rencontre le 1er mardi de chaque mois.

Centre Jérémy Hill

Hôpital de Montréal pour enfants

2300, rue Tupper, suite C-833

Montréal (Québec) H3H 1P3

Tél : (514) 412-4400, poste 23261

Personne-ressource : Teresa Gurez

Centre de recherche et de traitement se consacrant au syndrome de mort subite, à l'apnée et aux troubles respiratoires du sommeil de l'enfant. Les parents dont l'enfant est décédé du syndrome de mort subite du nourrisson peuvent y rencontrer une infirmière et être jumelés à des parents ayant déjà vécu la même expérience quelques années auparavant.

Par amour pour Marie-France

CLSC Ville de Legardeur

193, rue Notre-Dame

Legardeur (Québec) J5Z 3C4

Tél : (450) 654-2572

Les rencontres ont lieu le 2e mercredi du mois.

Personnes-ressources : Claudine Gourd et Marielle

Laforge, parents ayant vécus un deuil périnatal et

offrent aussi un service d'écoute téléphonique,

tél : (514) 644-2105.

Paroles aux anges

CLSC La Presqu'île

490, boul. Harwood

Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 7H4

Tél : (450) 455-6171, poste 359.

Personne-ressource : Manon Cyr, infirmière en petite enfance. Les rencontres ont lieu ce quatrième jeudi du mois de 19 h à 22 h.

Mes Anges: groupe de soutien du deuil périnatal

Centre ambulatoire régional de Laval (CARL)

1515, boul. Chomedey

Laval (Québec) H7V 3Y7

Tél : (450) 978-8300, poste 8349.

Personne-ressource : Julie Emond, infirmière spécialisée en deuil périnatal.

Les rencontres ont lieu le premier mercredi de chaque mois de 19 h à 22 h.

Appeler l'infirmière avant d'aller au groupe.

Nourrisson-nous

Centre de santé et services sociaux de l'Énergie

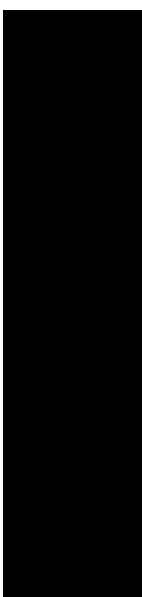
1600, boul Biermans

Shawinigan (Québec) G9N 8L2

Tél : (819) 539-8371

Groupe d'entraide pour les parents ayant perdu un enfant de la conception à 1 an de vie. Deux fois par an, il y a des ateliers de 6 rencontres à raison d'une fois par semaine. Il est possible de jumeler des familles sur demande.

Personnes-ressources : Louise Desaulniers, infirmière en périnatalité ou Thérèse Letartre, infirmière.



Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Adresse postale

5415, boul. de l'Assomption

Montréal QC H1T 2M4

Téléphone: (514) 252-3400

www.maisonneuve-rosemont.org

Tous droits réservés

©HMR, 2006

CP-SFE-058