



HAL
open science

Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité : enquête auprès de 123 sages-femmes

Charlotte Morin

► To cite this version:

Charlotte Morin. Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité : enquête auprès de 123 sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00672383

HAL Id: dumas-00672383

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00672383>

Submitted on 21 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**Le vécu des sages-femmes face à la mort en
périnatalité : enquête
auprès de 123 sages-femmes**

Mémoire présenté par
Mademoiselle Charlotte Morin
Née le 12 mars 1986

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2010

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**Le vécu des sages-femmes face à la mort en
périnatalité : enquête
auprès de 123 sages-femmes**

Mémoire présenté par
Mademoiselle Charlotte Morin
Née le 12 mars 1986

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2010

Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité :
enquête auprès de 123 sages-femmes

ERRATUM

A la *page n°48*, dans la partie concernant la population étudiée, il est dit que la population de sage-femme en France comporte 8% d'hommes, or, il y en a 1,7%. De ce fait notre population comporte un pourcentage d'homme plus important que la population de sage-femme en France.

Veillez m'excuser de cette erreur.

Merci de votre compréhension.

Je tiens à remercier :

Monsieur Halfon, pour les conseils qu'il a su me prodiguer et pour les connaissances qu'il a pu me transmettre pendant et en dehors de la direction de ce mémoire,

Madame Hébert, pour la patience et la disponibilité dont elle a su faire preuve tout au long de ce mémoire,

Les sages-femmes pour leur coopération à mon enquête,

Ma famille, notamment ma mère pour sa présence et son écoute ainsi que mes sœurs pour leur soutien tout au long de ce mémoire,

Cécile, pour sa patience, son énergie et son amitié,

Xavier, pour m'avoir aidé dans différentes parties de ce travail,

Toute la promotion 2010,

Mes amis

Et tout ceux que je ne peux nommer qui m'ont soutenu tout au long de ces quatre années d'études.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE	2
1. LE SUJET EN QUELQUES CHIFFRES	2
1.1 La mort en périnatalité	2
1.2 La population des sages femmes	2
2. LA SOCIETE FACE A LA MORT EN PERINATALITE	3
2.1 La mort et la naissance dans les différentes sociétés	3
2.2 Evolution de la perception de la mort en périnatalité	4
2.3 Législation de la mort en périnatalité.....	5
3. LE DEUIL	7
3.1 Définition	7
3.2 Les parents	9
3.3 Les professionnels.....	14
3.3.1 Le personnel soignant	14
3.3.2 Les sages-femmes	15
4. LA FORMATION	17
4.1 La formation initiale.....	18
4.2 La formation continue.....	20
METHODOLOGIE	22
1. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	22
2. LES MOYENS DE L'ETUDE	22
3. LES DEMARCHES	23
4. LE QUESTIONNAIRE AUPRES DES SAGES-FEMMES	23
5. LES TESTS STATISTIQUES.....	27
RESULTATS.....	28
1. PROFIL DE LA POPULATION.....	28
2. LA SAGE-FEMME FACE A LA MORT EN PERINATALITE	30
3. MOYENS DE FORMATIONS POUR FAIRE FACE A CES SITUATIONS	42
4. LES SOUHAITS DES SAGES-FEMMES	45
DISCUSSION	48
1. LA POPULATION ETUDIEE	48
2. LA FORMATION DES SAGES-FEMMES	49
3. LE VECU DES SAGES-FEMMES	50
3.1 Nécessité de partager.....	50
3.2 Les sentiments ressentis	51
4. LES MOYENS D'EXPRESSIONS	54
CONCLUSION.....	56
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE	

Introduction

Le terme périnatalité intègre tout événement qui peut survenir entre la 28^{ème} semaine de grossesse et le 7^{ème} jour de vie inclus. La plupart de ces événements sont heureux mais parfois ils ne le sont pas et les sages-femmes en sont les premiers témoins. En effet, elles sont confrontées à la mort en périnatalité lors de la mort fœtale in utero (MFIU), de l'interruption médicale de grossesse (IMG) et de l'échec de réanimation du nouveau-né.

De par la dimension humaine de leur profession, les sages-femmes, interlocuteurs privilégiés des couples, peuvent être profondément touchées lorsque de tels événements se produisent.

Dans notre société occidentale, la mort est un sujet « tabou ». Le sentiment d'échec et de tristesse qu'elle engendre est souvent insupportable pour les personnes qui la côtoient. C'est pourquoi elle est souvent occultée. Cependant, elle peut survenir dans tous les services hospitaliers et même en maternité, qui normalement, est associée à la joie de la naissance.

L'observation, au cours de mes études, du bouleversement émotionnel qu'ont pu engendrer ces situations sur les sages femmes m'a guidé dans le choix du thème de ce mémoire.

Le but de ce travail est donc, de réfléchir à l'amélioration du vécu des sages-femmes confrontées à la mort en périnatalité, et d'évaluer s'il est nécessaire de développer des outils pour améliorer la gestion de ces vécus.

Tout d'abord, par une revue de la littérature, nous aborderons plusieurs notions concernant la mort en périnatalité, les chiffres, le positionnement de la société et enfin nous présenterons ce qu'est le deuil, et comment il est enseigné dans la formation des sages-femmes.

Puis nous analyserons l'étude réalisée auprès des professionnels afin de mettre en exergue les difficultés qu'elles rencontrent lors de ces prises en charge, les soutiens auxquels elles peuvent avoir recours, ainsi que leurs souhaits.

Revue de la littérature

1. Le sujet en quelques chiffres

1.1 La mort en périnatalité

Le nombre de naissances en France augmente d'année en année, il était de 828400 en 2008 (56). Il en est de même en Haute Normandie où, en 2008, le nombre de naissance s'élevait à 23 800 (47). Les naissances sont la plupart du temps des moments heureux, mais parfois ils ne le sont pas (mort fœtale in utero, interruption médicale de grossesse, échec de réanimation)

Par ailleurs, le taux de mort fœtale in utero, qui est de 0.9% par an en France pour des singletons, reste assez stable(48).

L'interruption médicale de grossesse atteint un nombre qui varie de 3000 à 5000 par an. En Haute Normandie, il y en a environ 100 par an.

Dans toutes ces situations les sages-femmes sont présentes, et il leur faut faire face.

1.2 La population des sages femmes (50)

La répartition des sages-femmes dans les différents modes d'exercice garde la même proportion que ce soit au plan national ou au plan départemental.

En France, en 2008, elles étaient 17400 : 80% d'entre elles travaillent dans le secteur hospitalier (public ou privé), 4% en PMI et 12% sont installées en libéral.

En Seine Maritime, le nombre de sages-femmes est de 467, 4% sont installées en libéral, pour les autres secteurs le taux est sensiblement le même qu'au plan national.

Les sages-femmes qui sont le plus susceptibles d'être confrontées à la mort en périnatalité sont celles exerçant en milieu hospitalier. Donc, plus de 80% d'entre elles peuvent y être confrontées assez régulièrement. De plus chacune a travaillé en milieu hospitalier ne serait-ce que pendant les études, et de ce fait, toute sage femme peut avoir été mis face à la mort en périnatalité, au cours de ses études et de sa carrière.

2. La société face à la mort en périnatalité

2.1 La mort et la naissance dans les différentes sociétés (16, 23, 28 ,45)

Ce n'est pas seulement les sages-femmes qui sont confrontées à la mort lors de la naissance, mais la société dans son entier.

Si dans notre société occidentale, la mort est un sujet tabou, c'est que peu d'adultes ont une philosophie cohérente de ce qu'est la mort. C'est pourquoi, pour toute personne issue d'une société industrielle, la science reste une valeur primordiale dont dépend sa compréhension du monde. Les sociétés dites « traditionnelles » offrent une vision plus mystique de la vie et des évènements qui peuvent la jalonner. Pour ces civilisations, la naissance n'est pas un simple fait biologique.

La plupart de ces peuples (tous continents confondus) ont élaboré diverses mythologies depuis leurs origines, instaurant une continuité métaphysique entre la vie et la mort. La naissance est tout d'abord le passage d'un monde à un autre. L'homme, dont l'imagination reste impuissante devant le mystère insondable de l'existence, a mis en valeur les liens intimes qui unissent la naissance au trépas.

L'idée principale qui sous-tend tous les rites de la grossesse et de l'accouchement, est la préexistence, dans un autre monde, de l'âme de l'enfant à naître. L'enfant n'est pas un être tiré du néant, mais d'un au-delà, pour renaître dans notre réalité. Il ne naît pas, il renaît, son âme existant déjà au royaume des morts, et ayant déjà eu des incarnations ici-bas.

Dans ces sociétés traditionnelles à culture orale, le chaman ou le sorcier remplace la sage-femme, tout simplement parce que la naissance est un passage mystérieux et magique nécessitant des compétences en harmonie avec le mythe. Si naître ici, c'est mourir là-bas, l'inverse serait vrai. La vie est alors considérée comme un transit. Dans ces conditions, la naissance est une sorte de mort, comme la mort est une sorte de naissance.

En Occident, seuls les rites de mort ont gardé cette idée d'étape vers un ailleurs (veillée mortuaire, visites au mort, cérémonies du souvenir, etc.).

Dans nos sociétés, la naissance est un moment primordial dans lequel la mort n'a pas sa place. En effet, chaque enfant compte. Le taux de fécondité est faible, il n'atteint pas ou difficilement le seuil de renouvellement des générations qui est de 2,05. A titre d'exemple, en France, il est de 2,018 et en Allemagne de 1,41...(55). A l'opposé, dans les sociétés traditionnelles, ce taux est plus élevé. Au Mali il est de 7,29 et de 6,28 au

Burkina Faso. Dans ces pays les taux de mortalité infantile sont respectivement de 102,05‰ et 84,49‰, alors qu'il ne sont que de 3,3‰ pour la France et de 3,99‰ pour l'Allemagne.

Cette différence explique la relation que la population de chacun de ces pays a avec les enfants et avec la mort de ceux-ci. En occident, tout particulièrement en France, l'enfant est planifié, immédiatement investi.

Outre les chiffres, la façon d'aborder la naissance et la mort d'un enfant peut s'expliquer aussi par son évolution dans le temps.

2.2 Evolution de la perception de la mort en périnatalité (1, 7, 8, 19, 41)

Au XVII^{ème} et au XVIII^{ème} siècle, en occident, un enfant sur quatre au moins mourait avant un an. Cette énorme proportion résultait principalement de la surmortalité aux premiers jours de la vie. A Rouen, un sur vingt était emporté le jour de la naissance, un sur sept mourrait au cours de la première semaine de son existence, et à la fin du premier mois, plus de 20% des enfants étaient décédés.

A cette même époque, lorsqu'un enfant ne survivait pas, la famille n'en cherchait pas la cause : le nouveau né était constamment menacé et la famille savait qu'il pouvait mourir. L'enfant mort était habituellement remplacé. L'intervalle moyen entre deux accouchements était raccourci de manière significative en cas de décès prématuré de l'enfant né du premier des deux accouchements. L'allaitement, très souvent inhibiteur de l'ovulation, était en effet brusquement interrompu et la femme concevait donc plus rapidement. Mais le remplacement de l'enfant disparu n'était pas imputable seulement à cette réalité biologique, il résultait aussi de la volonté des parents de répondre au défi de la mort, puisque ceux-ci donnaient habituellement au cadet le prénom de l'aîné disparu. Ce n'est pas pour autant que la perte d'un enfant n'était pas douloureuse.

La ponction qu'opérait la mort parmi les femmes en couches et les enfants ne laissait pas les populations indifférentes contrairement à ce qui est le plus souvent pensé. La conscience de la vie propre au milieu rural conduisait à une passivité apparente devant la mort, aujourd'hui cela se rapprocherait d'une attitude fataliste. La mort aussi cruelle fût-elle faisait partie du cycle vital. La mort de l'enfant était mal vécue mais en même temps elle était acceptée, car elle était dans l'ordre des choses.

Le chagrin lié à la perte d'un enfant était dissimulé, refoulé ; mais il se manifestait parfois malgré soi. La femme qui tolérait de souffrir et de risquer sa vie pour

perpétuer le couple, supportait mal la mort du nouveau-né. La femme vivait d'autant plus mal cette mort qu'elle l'acceptait et la refusait en même temps.

Le pire, ce n'était pas la mort, elle était alors tellement familière qu'elle faisait parti de la vie, mais c'était cet enfant mourant sans avoir été ondoyé (baptisé sans cérémonies extérieures), faute de temps. Pour les parents, rien n'était plus humiliant.

Dans la deuxième moitié du XVIIIème siècle, le roi, Louis XV, a voulu favoriser une politique nataliste. En effet, après 1750, l'opinion publique s'est montrée de plus en plus soucieuse de la sauvegarde des nouveau-nés. De cela vont naître des techniques nouvelles pour essayer de réanimer les enfants à la naissance, comme lui insuffler de l'air dans les poumons, le maintenir au chaud.... Jusqu'alors, les seules solutions étaient d'insuffler violemment à la poitrine ou sur le visage de l'enfant du vin préalablement gardé dans la bouche. Les contextes d'accouchements ne vont cesser d'évoluer, tout comme les techniques médicales afin de réanimer les nouveau-nés, de progresser. Tout cela a permis de faire baisser le taux de mort en périnatalité jusqu'à aujourd'hui, où chaque grossesse et donc chaque enfant est précieux...

Progressivement, l'impact d'une perte précoce comme la fausse couche ou la grossesse ectopique est reconnue, ainsi que l'importance du suivi du deuil et de l'aide apportée par un groupe de soutien. De plus, l'amélioration des méthodes de diagnostic prénatal permettent le plus fréquemment de découvrir des anomalies présentes chez le fœtus. Lorsque l'anomalie est d'une particulière gravité et que cela amène à une décision d'interruption de grossesse, cela exige des intervenants de répondre aux besoins de soutien du couple.

2.3 Législation de la mort en périnatalité (33, 34, 35, 36, 49)

La législation a évolué au fil des années. En 1977, l'OMS a placé la limite de viabilité à 22 SA ou un poids fœtal d'au moins 500g. Auparavant, les parents dont le fœtus ne satisfaisait pas aux critères précédents ne pouvaient pas déclarer leur enfant ; en effet celui-ci avait le statut de pièce anatomique. Pour beaucoup de parents, le fait de ne pouvoir déclarer et donc pour eux reconnaître leur enfant était difficile à vivre et cela a engendré de nombreux deuils pathologiques. Le décret n° 2008-800 du 20 août 2008, relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil, ainsi que la circulaire n°2009-182 du 19 juin 2009 ont modifié l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et celui pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie.

Maintenant, lorsqu'un enfant est décédé avant que sa naissance ait été déclarée à l'état civil, l'officier d'état civil établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant le jour et l'heure de sa naissance et de son décès. Si l'enfant est né mort, il est établi un acte d'enfant sans vie. D'autre part, il peut être établi en cas d'accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale un certificat d'accouchement. Par contre, les fausses couches précoces et les IVG ne permettent pas d'établir un tel certificat. La circulaire de 2009 précise que le seuil en dessous duquel un certificat d'accouchement ne peut être dressé est de 15 SA.

Suite au certificat, les parents, s'ils le demandent, pourront faire inscrire le nom de l'enfant sur le livret de famille. En l'absence de livret préexistant, il en est dressé un à cette occasion, y compris si les parents ne sont pas mariés.

Jusqu'à présent, seuls les parents qui disposaient d'un livret de famille en raison de leur mariage ou de la naissance d'un autre enfant pouvaient y faire inscrire un acte d'enfant sans vie. Un acte d'enfant sans vie seul ne donnait pas la possibilité aux parents de disposer d'un livret de famille, conformément au décret n°74-449 du 5 mai 1974.

Cette évolution a été une avancée pour les familles qui demandaient que leurs enfants soient reconnus. Pour mémoire, des parents de trois enfants morts-nés entre 1996 et 2001 avaient porté l'affaire en justice après s'être vu refuser la possibilité d'enregistrer leurs enfants à l'état civil. Saisi des trois dossiers, un tribunal de grande instance avait donc débouté les familles. En mai 2005, la cour d'appel de Nîmes a confirmé les jugements. La Cour de cassation a jugé, dans trois arrêts identiques, que la cour d'appel avait violé l'article 79-1 du Code civil car il "ne subordonne pas l'établissement d'un acte d'enfant sans vie, ni au poids du fœtus, ni à la durée de la grossesse". Selon elle, la cour d'appel a ajouté au texte des conditions qu'il ne prévoit pas. Par une telle décision, la Cour de cassation décide de bousculer le législateur. Dans ses conclusions, l'avocat général Alain Legoux a d'ailleurs rappelé que ce n'est pas à la jurisprudence de fixer la norme mais à la loi. Suite à ce jugement, la loi a effectivement été modifiée.

C'est pourquoi, maintenant le corps des enfants sans vie doit être déposé dans une chambre mortuaire de l'établissement. L'existence d'un acte d'enfant né sans vie permet aux parents de réclamer à l'établissement de santé le corps de leur enfant décédé dans les 10 jours suivant l'accouchement, afin de faire procéder, à leur charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps et d'organiser les obsèques. Si le corps n'a pas été réclamé

par la famille dans les 2 jours qui suivent ce délai de 10 jours, l'établissement de santé procède soit à la crémation, soit à une inhumation, si l'établissement de santé a pris des dispositions spécifiques en ce sens en accord avec les communes concernées.

Lorsque l'enfant est né vivant et qu'un acte de naissance puis un acte de décès sont dressés, les parents se trouvent dans l'obligation de prendre en charge la crémation ou l'inhumation de leur enfant.

D'autre part, la circulaire précise que si le droit crée une distinction entre les enfants, pouvant ou non, donner lieu à l'établissement d'un acte civil, il convient néanmoins de respecter le deuil des familles, quelle que soit la situation.

De plus, elle indique que « dans tous les cas, le personnel soignant veillera à proposer, sans imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil ».

3. Le deuil

3.1 Définition (9, 12, 13, 15, 20, 23, 30, 40)

Le terme de deuil vient du latin « *dolere* » qui signifie souffrir. Il se définit comme une profonde souffrance causée par la mort de quelqu'un. Il englobe un aspect psychologique, en effet, être en deuil est un processus dynamique : faire son deuil. Une autre définition du deuil s'inspire de la philosophie de Diderot. Pour lui, le processus de deuil commence dans le renoncement de la toute puissance (l'homme n'est pas maître de tout). Lors d'une perte, le processus est réactivé, puis mis de côté. Il concerne le plus souvent une personne avec laquelle on a longtemps vécu et dont on garde de nombreux souvenirs.

Le deuil périnatal, lui, se rapporte à un être « non né » avec lequel il n'y a pas de souvenir mais des projets, de l'espoir. Tous les éléments pour faire un deuil pathologique sont alors réunis.

Le deuil est accompagné de modifications physiques, psychologiques et comportementales.

Les *symptômes physiques* du deuil peuvent être classés en deux groupes. Les symptômes aigus, tels qu'une sensation de détresse physique extrême, soupirs, faiblesse musculaire, et les symptômes chroniques, tels que la fatigue, l'asthénie, la diminution des capacités intellectuelles, troubles de l'appétit...

Les réactions psychologiques se succèdent en quatre étapes :

-L'installation plus ou moins difficile dans le deuil dès l'annonce de l'événement. Appelée **choc**, cette réaction psychologique est celle de l'incrédulité et de l'engourdissement. C'est lors de cette phase que surviennent les symptômes physiques aigus qui s'accompagnent le plus souvent d'une hyperactivité désordonnée et d'une prostration. Vient tout d'abord le refus de l'événement, puis la mort est reconnue. Elle véhicule une très grande perturbation émotionnelle accompagnée de cris, de larmes et de révolte. Elle provoque aussi la colère initialement dirigée vers le disparu, puis vers l'entourage et l'équipe médicale. Cette phase dure habituellement de quelques minutes à quelques heures.

-Le vécu douloureux lié au fait qu'il n'est pas facile d'abandonner le disparu surtout s'il s'agit d'un être très proche. Appelée **dépression**, cette deuxième phase du deuil est celle de la nostalgie et de la recherche du disparu. Elle permet de comprendre la naissance des quatre catégories d'émotions qui lui sont associées : la colère, la tristesse, la peur, la culpabilité et dont l'intensité initiale peut durer plusieurs semaines. Cette phase débute dès que la réalité de la perte commence à s'imposer. La recherche du disparu est fondamentale. Elle se manifeste souvent sous forme de demande d'explication des causes de sa mort, notamment lors des cas des pertes périnatales. Elle est caractérisée par des accès d'irritabilité et des crises de sanglots. Ces derniers sont provoqués par tout ce qui peut rappeler la perte et faire croire un instant qu'elle n'a pas eu lieu. La déception causée par la perte de chaque nouvel espoir provoque une nouvelle frustration. La colère ainsi provoquée et entretenue, est généralement sous estimée. L'acceptation de la réalité provoque la tristesse et les pleurs. La douleur causée par la violence de ces émotions fait craindre leur réapparition et naître la peur.

-La troisième étape est celle de la **désorganisation**. Désorganisation des habitudes et des projets noués avec le disparu et, dans les cas de pertes périnatales, des rêves investis dans le bébé attendu. Elle est accompagnée de sentiments de désespoir. Cela s'accompagne d'un temps dans le deuil souvent qualifié de « maladie dépressive ». Cette appellation est dangereuse car elle risque de faire prendre pour maladie une réaction normale et incontournable qui mérite d'être respectée.

-La dernière étape met fin au deuil et aboutit au retour à la vie normale, il s'agit de la **réadaptation**. Cette phase correspond à la réorganisation de la vie en l'absence du disparu. Elle est caractérisée par la réapparition des rêves et des projets, par une impression de libération, par l'établissement de nouvelles relations mais aussi par la

peur de perdre tout nouvel objet d'attachement, comme de l'enfant suivant après une perte périnatale.

La durée du deuil est longue, habituellement plus d'un an. Sa réactivation lors des anniversaires de la date ou de l'âge de la grossesse au moment de sa perte est normale. Les émotions peuvent être d'une intensité comparable à celle des premiers moments du deuil et devenir dangereuse lors de la grossesse suivante.

La pathologie peut apparaître à chacune de ces étapes. Lors de la première phase, si l'incrédulité persiste, cela peut aboutir au déni de la réalité. Il est normal s'il ne dure que 24h mais il doit s'arrêter. L'absence de deuil conscient peut favoriser dans le cadre de la périnatalité, la constitution de l'enfant de remplacement, dont Vincent Van Gogh est un exemple.

Lors de la deuxième phase, la persistance anormale de la colère peut faire évoluer le deuil vers la chronicité. La colère peut être entretenue par tout ce qui rend la perte inacceptable, par des attitudes et des comportements inadéquats des soignants ou par des désirs irréalistes de retrouver le disparu.

Le deuil ambivalent est caractérisé par une amélioration apparemment rapide de la personne endeuillée, puis par l'apparition retardée de sentiments de désespoir, de culpabilité et de conduites d'autopunition qui peuvent aller jusqu'au suicide.

En résumé, le deuil pathologique apparaît lorsqu'il n'aboutit pas à l'adaptation de l'individu à la perte éprouvée et à la réorganisation de sa vie. Son développement est important à identifier pour qu'il puisse être endigué.

3.2 Les parents (15, 20, 23, 24, 41, 43, 45)

La perte d'une grossesse quel que soit son terme, qu'elle soit spontanée ou à la suite d'une découverte d'une malformation incompatible avec la vie ou encore juste après la naissance est le plus souvent résumée par l'expression « mort fœtale ». Or, les conséquences psychologiques qui en découlent sont sensiblement les mêmes, qu'il s'agisse d'une mort fœtale in utero, d'une grossesse extra utérine ou d'une fausse couche spontanée. Il est primordial que le corps médical qui se trouve face à des parents durant ces moments difficiles ait conscience de cela.

En début de grossesse, l'annonce (fausse couche spontanée, grossesse extra utérine...) peut se faire soit en consultation devant l'absence de bruit du cœur à l'auscultation, soit en échographie, devant l'absence d'activité cardiaque.

Dans les deux cas, le professionnel se trouve en présence d'une mère ou d'un couple qui vient, en toute confiance et plein d'espoir pour rencontrer pour la première fois son bébé. L'annonce est faite et leur monde s'écroule.

Le choc est d'autant plus dur que le médecin et les futurs parents ne sont pas animés des mêmes intentions, qu'ils n'ont ni la même attitude, ni les mêmes attentes.

Sur l'écran, l'échographiste scrute l'embryon afin de dépister une éventuelle anomalie, alors que les parents viennent tout simplement pour découvrir leur enfant. Ils ne s'imaginent pas venir pour être confrontés à une nouvelle de ce type. Le soignant n'est pas prêt lui non plus, mais il n'a pas le choix et ne peut reculer. Il est dans une situation où il se doit de dire ce qu'il sait dans le respect du droit à l'information prévu par la loi (article L.1111-1 et L.1111-2 de la loi du 4 mars 2002).

Ce qu'il va annoncer va entraîner l'effondrement de tout un rêve. Perdre son enfant, c'est perdre un morceau de soi, bien plus que de perdre un être aimé : il y a une connotation charnelle dans ce cas. Non seulement la mère n'a plus cet enfant, mais il lui est enlevé toute possibilité de continuer à recourir à son imaginaire, à son idéal, puisqu'elle n'a même plus la moindre possibilité de support.

En règle générale, le père, qui est le plus souvent absent lors de l'annonce, peut lui se tourner rapidement vers la grossesse suivante, et ne pas regarder en arrière. La femme peut se sentir perdue, incomprise des gens qui devraient être là pour la soutenir. En effet, l'investissement du père est différent, l'attachement se fait une fois que l'enfant est né, alors que pour la mère, il se fait dès la fécondation.

Plus loin dans la grossesse, il peut y avoir, là encore l'annonce d'une MFIU ou d'une anomalie présente sur le fœtus lors d'une échographie.

En cas de MFIU, c'est la mère qui vient consulter de sa propre initiative parce qu'elle sent qu'il y a quelque chose d'anormal. Commence alors la longue recherche des bruits du cœur à l'auscultation ou celle d'activité cardiaque en échographie. Ici, ce ne sont pas les mots qui priment, mais les silences qui en disent long. La moindre mimique du professionnel (sage-femme, médecin) est anxieusement scrutée, le plus petit froncement de sourcils aussitôt interprété.

Une anomalie peut être détectée lors d'une échographie,. L'annonce est inattendue pour les futurs parents, l'examen ultrasonographique étant, dans leur esprit, réalisé par mesure de précaution et pour le plaisir de la découverte de l'enfant.

L'échographiste qui constate l'anomalie ne peut dire à la future mère que tout se passe bien pour son enfant. Il va donc lui révéler extemporanément les constatations faites, sans pour autant pouvoir en préciser réellement les conséquences à en attendre, donc le handicap éventuel à venir. Afin d'aller plus loin dans l'interprétation, il est, le plus souvent, fait appel à un expert échographiste, après quoi le couple doit « attendre le verdict final ».

Apprendre qu'une anomalie a été découverte fortuitement, alors que la grossesse n'était pas à risque particulier, est l'amorce pour le couple d'une période chargée de moments émotionnels très importants. Les futurs parents n'envisageaient pas que l'échographie dévoilerait chez leur enfant une anomalie, voire plusieurs. Après un moment de doute et de dénéigation, ils demandent alors aux médecins de préciser l'avenir de cet enfant. Une échographie plus poussée, un caryotype, voire un examen moléculaire, pourront préciser le diagnostic. Mais dans bien des cas, le pronostic repose uniquement sur les données échographiques. Or, celles-ci ne permettent pas réellement de savoir si l'enfant est exposé à développer un handicap intellectuel, sensoriel ou moteur.

Après l'annonce du handicap, le bébé qui était jusqu'à présent parfait dans l'esprit de sa mère, peut se trouver réduit à son anomalie, à sa pathologie seule.

Lorsque l'annonce est faite, les mots prononcés, les parents sont sous le choc, étourdis, assommés, groggys. Il faut leur laisser le temps de recouvrer leurs esprits. Il leur faut ensuite assimiler la nouvelle, l'intérioriser, prendre la mesure de la réalité. Et surtout, avoir l'intime conviction de ne pas se tromper.

Contrairement à ce que peuvent souhaiter les femmes, il faut laisser le temps au temps. Le délai entre l'annonce et l'interruption active de la grossesse est nécessaire. Ce temps doit être mis à profit par toute l'équipe médicale pour apporter son soutien au couple, qui ne doit pas se sentir isolé dans ces moments là. Ce soutien, est d'autant plus important qu'il est souvent le seul sur lequel les parents peuvent compter.

En ce qui concerne l'accouchement, l'accompagnement est permanent, de manière à faciliter le deuil. Il s'agit d'abord d'expliquer concrètement ce qui va se

passer sur le plan technique : les contractions utérines, la dilatation, la perfusion, l'analgésie péridurale, la naissance proprement dite...

Par ailleurs, lors d'une IMG se pose la question du foeticide. Les parents ont peur que leur enfant souffre durant l'accouchement ou pendant la manœuvre foeticide qui peut parfois être faite avant le début du travail. Il faut que l'équipe soit là pour répondre à toutes les questions et tout simplement pour entourer ces parents qui vivent une épreuve. Le couple doit réaliser que l'enfant ne doit pas être réduit à sa malformation, qu'il s'agit de leur enfant, qu'il a été malade avant de mourir, qu'il a droit à l'amour de ses parents et qu'il est important, pour l'image qu'ils auront d'eux plus tard, de se comporter réellement en parents.

Il ne faut jamais oublier, tout au long de l'accompagnement, que, face à une mort in utero ou à une malformation aboutissant à la mort, les parents éprouvent le plus souvent un réel sentiment de culpabilité, fréquemment entaché de honte, qui ne peut qu'être aggravé si leur attitude vis à vis de l'enfant n'est pas digne. Et c'est là que l'équipe médicale doit agir en donnant sa dignité à cet être, en tentant d'atténuer cette culpabilité et cette honte.

Au cours du travail, pour ne pas rompre le contact avec le couple, les soignants doivent s'efforcer de parler. De parler de l'enfant, non comme s'il était vivant mais bien comme d'un enfant mort. Il ne faut pas hésiter à demander aux parents s'ils ont choisi un prénom de manière à pouvoir le nommer, de façon à lui donner son côté humain.

De même, il faut informer la mère de l'avancement du travail; l'analgésie péridurale est facilement utilisée, car le travail peut être parfois long, difficile et douloureux surtout lorsqu'il s'agit d'un déclenchement dans des conditions de mécanique obstétricale défavorable. Il faut éviter d'avoir recours à une anesthésie générale autant que possible, pour que la femme devienne mère en mettant son enfant au monde. Cette perception de l'enfant qui sort de son corps par les voies naturelles signe la fin de la grossesse, la « délivrance ». Avec la naissance de l'enfant, même mort, la mère prend conscience de la naissance. S'il faut éviter l'anesthésie générale, c'est parce qu'elle provoque un trou, un blanc dans la mémoire. La femme se réveille avec le ventre plat, sans aucun vécu de l'accouchement.

Le père quant à lui, peut participer à l'accouchement en étant aux côtés de sa femme. Si le père voit l'enfant, et s'il le trouve beau, il y a toutes les chances pour que la mère, elle aussi veuille le voir. Mais, là encore, il faut laisser jouer le temps. Le temps pour les parents de se convaincre que, même porteur d'une anomalie, cet enfant est le leur, et qu'à ce titre il n'y a aucune raison de refuser de le voir.

Rares sont les couples qui quittent la maternité sans avoir vu leur enfant. Les psychanalystes s'accordent sur le fait que le deuil sans matérialité est difficilement surmontable. Il faut proposer au couple de rencontrer leur enfant autant de fois qu'il le souhaite mais sans jamais imposer. En outre, dans beaucoup de maternités à l'heure actuelle, des photos de l'enfant (vêtu d'un lange, ou d'un vêtement) sont prises, un doudou peut être donné pour que l'enfant ne soit pas « seul », des empreintes des pieds et des mains sont faites avec de l'encre ...et tout cela va être remis aux parents lors de la sortie de la maternité ou plus tard selon leur souhait. L'absence de souvenir de l'accouchement, le fait de ne pas vouloir ou pouvoir rencontrer son enfant peut induire un deuil pathologique. Dans ce cadre, chacun des parents a tendance à se replier sur «son» malheur, car à l'évidence, ils ne peuvent pas gommer le vécu d'une telle expérience. Ils ne communiquent plus entre eux, un mur de silence commence à s'édifier, les non dits sont nombreux, la fracture s'élargit, le schisme s'aggrave, entraînant inexorablement la dégradation de la personnalité, la dépression, pouvant conduire à la dissolution du couple...

L'annonce de la mort de l'enfant peut aussi se faire après un échec de réanimation. La femme se présente à la maternité, à terme ou non, pour accoucher. L'accouchement peut se passer normalement, ou avec une aide instrumentale ou bien encore, par césarienne. Dans tous les cas, l'état de l'enfant à la naissance peut nécessiter une réanimation. Cette dernière peut se terminer par un échec...

L'annonce de la mort de l'enfant doit être faite aux parents par le pédiatre qui se trouve accompagné, le plus fréquemment, de la sage-femme. Là encore, la nouvelle assomme les parents qui, le plus souvent ne s'y attendent pas surtout si l'accouchement a lieu à terme et que la grossesse s'est, pour eux, bien passée. En ces moments difficiles, l'équipe médicale doit se montrer disponible pour aider les parents à entrer dans le processus de deuil.

La durée d'hospitalisation à la maternité est souvent très brève, elle dépend des besoins de la mère. Cette période permet de préparer le couple au retour au domicile sans l'enfant. De plus, le plus souvent, le psychologue du service vient se présenter au couple et se tient à leur disposition. Les parents peuvent garder contact, s'ils le souhaitent, avec ce professionnel à la sortie de la maternité.

Dans le même temps, une autopsie peut être demandée si elle est contributive au diagnostic ou au pronostic, lors d'une nouvelle grossesse. Elle est présentée aux parents,

comme un acte chirurgical réalisé avec toutes les précautions et tout le respect requis. Le corps de l'enfant reste à la morgue jusqu'au départ des parents afin qu'il puissent voir leur enfant autant de fois qu'ils le désirent.

Ce temps permet aussi à l'équipe d'aider le couple dans les démarches administratives. Il est important de soutenir les familles dans ces démarches qui ne sont pas simples et qu'il faut régler le plus rapidement possible.

3.3 Les professionnels

3.3.1 Le personnel soignant (2, 13, 15, 17, 19, 27)

L'accompagnement des parents dans ce parcours est fondamental. Il se fait par le personnel soignant, dès l'annonce de l'anomalie ou de la mort. Car accepter la vie, c'est aussi accepter la mort. En effet, en totalisant dans le tout venant d'une consultation gynéco-obstétricale, les fausses couches, les grossesses extra utérines, les IMG, les réductions embryonnaires et les MFIU, une femme sur trois ne mènera pas sa grossesse à terme. De plus, un certain nombre de nouveau-nés décèdent après être venus au monde lorsqu'il y a échec de réanimation.

Pour les soignants, il s'agit essentiellement de faire preuve d'une extrême vigilance dans l'annonce de la mort ou de la malformation. Il en est de même pour l'accompagnement des parents à toutes les étapes de ce délicat processus, tout en gardant à l'esprit que la réussite repose avant tout sur un travail d'équipe qui met en jeu les compétences et l'écoute des gynécologues, des pédiatres, des psychologues et des sages-femmes. Tous ces soignants, en contact permanent plus ou moins étroit avec le couple, jouent chacun individuellement un rôle capital et de leur complémentarité dépend la qualité de la prise en charge. Accueil, écoute et disponibilité en sont les principaux axes.

Durant toute prise en charge, une relation s'établit entre le couple et la sage femme. Dans ce cadre particulier du deuil périnatal les processus de transfert et de contre transfert sont importants. Le transfert est l'acte par lequel un malade reporte sur son médecin les sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouve, dès l'enfance et de manière latente, pour une autre personne, le plus souvent un de ses parents. Le contre transfert est l'ensemble des réactions du soignant en face de son patient constitué à la fois de l'interprétation donnée par le soignant des cas qui lui sont soumis, et de son attitude personnelle, ses réactions et son comportement à l'égard du patient.

Lors de l'annonce d'une malformation, d'une MFIU ou d'une mort d'un nouveau-né après l'échec de réanimation, l'annonceur qui est en première ligne, se trouve au pied du mur. C'est lui qui est le témoin privilégié de ce grand moment de désespoir, dont l'explosion va revêtir des aspects très divers. Il peut se voir brutalement reprocher de n'avoir pas fait son travail et devenir ainsi l'objet d'une vindicte qui, à travers lui, englobe tout le corps médical.

Quand tout est enfin apaisé, il lui faut encore partager un lourd moment de silence pesant et interminable, où chacun a le sentiment que toute parole est dérisoire. La réaction de la femme ou du couple peut venir renforcer le sentiment d'échec ressenti par l'ensemble de l'équipe médicale. Ce sentiment d'échec s'accompagne en général d'un aveu d'impuissance, du désarroi de n'avoir rien vu venir, de l'injustice à échouer près du terme, le tout baigné d'une immense compassion.

La compassion est la vertu fondamentale dans ces cas, car elle n'est ni jugement, ni directivité, parce que la réaction des couples est le plus souvent la culpabilité.

3.3.2 Les sages-femmes (13, 15, 17, 25, 27, 41)

La sage-femme est présente à chaque étape (annonce, travail, mise au monde, suites de couches) et ces situations singulières ne sont pas sans conséquences sur leur vécu.

Dans l'esprit de la population générale, les sages-femmes sont des « donneuses de vie », elles ne sont normalement pas confrontées à la maladie, puisque la grossesse n'est pas un état pathologique. Et si elles sont tellement attachées à leur métier, c'est que, dans la majorité des cas, elles accompagnent un heureux événement, et que la grossesse induit un sentiment de plénitude et de joie.

De par sa fonction, la sage-femme trouve sa place à la jonction entre la mère et son enfant. Elle a donc un grand rôle à jouer, lors de la naissance, dans l'accueil de l'enfant et dans l'accompagnement des couples à devenir parents. Elle a ainsi la chance de pouvoir établir avec ce couple une relation basée sur la confiance et le respect, voire la complicité.

Elle a la mission de montrer le chemin de l'enfantement à la femme et ce quel que soit son bébé. La femme en donnant naissance est transformée et ce point reste immuable. A l'opposé, l'état de l'enfant à la naissance change : l'enfant peut naître vivant ou mort. Cela n'influe pas forcément sur le déroulement de l'accouchement. C'est pourquoi, il faut savoir que mettre au monde ne signifie pas donner la vie mais bel

et bien devenir parents. C'est à la sage-femme d'aider tous les couples à affronter ce bouleversement. Bien sûr, elle doit adapter son accompagnement à chaque femme et chaque couple, tant l'investissement de la grossesse est plurifactoriel. Il faut donc voir ici, toute l'importance relationnelle et symbolique de la sage-femme auprès des parturientes.

Face à un drame, à la mort, elle doit d'abord reconnaître sa propre souffrance pour pouvoir reconnaître celle du patient, mais aussi s'en distancer pour lui permettre de vivre, de travailler, sans amalgamer le vécu professionnel et la vie personnelle. Différentes réactions professionnelles sont observables :

- La réaction première devant des parents en souffrance est souvent de dire, de faire ou de fuir. La sage-femme se heurte alors de plein fouet à sa propre fragilité, ses peurs, son impuissance face à ce qui la bouleverse à double titre en tant qu'individu, (c'est à dire père, mère, sœur...) mais aussi soignant (impuissance face à un échec médical). Elle a alors tendance à se réfugier derrière sa technique, comme pour mettre un mur entre elle et ces gens en souffrance.
- Elle peut aussi se réfugier dans la parole et s'appropriier celle de l'autre pour la dominer, ainsi la parole fait moins peur. C'est parler pour autrui, lui dire qu'elle sait bien ce qu'il ressent et que par conséquent, elle sait bien ce qui est bon pour lui. Cette parole nie l'altérité et n'est structurante pour aucun des protagonistes.
- Ou bien encore, le soignant, n'écoute pas, ne prend pas en compte le ressenti propre à la patiente, au couple. Il soigne selon le ressenti, qui lui est propre, selon ses protocoles...pour ne pas trop s'investir.

Accueillir, écouter, accompagner

Ce mot "accompagnement" entendu souvent à tout propos, prend ici comme un sens par trop réel. Accompagné, oui, mais jusqu'où ? Se pose ici la question de l'investissement du soignant. Chaque professionnel doit trouver ses propres limites... Jusqu'où peut-il aller dans la prise en charge affective du couple ?

Lors des premières prises en charge difficiles, le professionnel est souvent amené à faire à ses dépens l'expérience de ses propres limites. Il y a régulièrement la peur d'aller trop loin, d'en pâtir. Il lui faut comprendre qu'accompagner, ce n'est pas guider en suivant sa propre représentation, mais suivre l'autre sur son propre chemin et être présent pour l'autre dans ce qu'il vit.

Ni le savoir dire, ni le savoir faire, n'importe autant que le savoir-être.

La sage-femme, lors de séances de préparation à la naissance ou de consultations prénatales, doit aussi savoir apporter son aide aux femmes qui ont vécu un deuil en périnatalité et pour qui ce deuil se trouve réactivé par une nouvelle grossesse ou une nouvelle naissance. Elle ne doit pas hésiter à aborder le sujet en premier lorsqu'elle juge le moment opportun. En effet la femme ne le fera peut être pas d'elle même car elle jugera déplacé de penser à cela lors d'un moment « heureux ». Il faut que la femme se sente libre d'en parler. Si la patiente peut s'exprimer (parler, pleurer...) ce n'est pas parce que le soignant l'a fait s'exprimer, c'est plutôt parce qu'il le lui a permis, et lui a ouvert un espace dans lequel elle se sent suffisamment en confiance pour s'abandonner à ses émotions .

La présence d'un psychologue, peut être alors souhaitée. Pour qu'il puisse être présent pour la sage-femme sans pour autant la décharger de sa fonction d'accompagnement. Car, pour certains professionnels, moins souvent confrontés à ce type de prise en charge, la prise de recul peut être plus difficile et le risque majeur est de voir se développer chez le professionnel une fantasmatisation morbide, une identification au drame d'autrui, qui vont nuire à l'établissement d'une relation.

Pour beaucoup de sage-femme l'amélioration de la prise en charge se fait par le biais de la formation.

4. La formation (32, 44)

Selon les professionnels de santé, une formation est indispensable afin qu'ils puissent faire face à ces situations difficiles, et donc être présents pour les couples.

La profession de sage-femme est classée dans la quatrième partie du code de la santé publique, titre IV du livre 1er, parmi les professions médicales. La loi du 19 mai 1982 a nettement défini ses champs d'activité et la politique de périnatalité lui donne une place de choix en tant qu'acteur de santé.

La notion de formation ici, comprend l'acquisition de trois niveaux de compétences complémentaires. *Le Savoir*, qui est le socle des connaissances théoriques, *le Savoir-faire*, qui est l'apprentissage des gestes techniques, et *le Savoir-être*, qui correspond aux valeurs, à l'attitude et aux comportements.

Le savoir, s'acquiert en grande partie, lors de la formation initiale à l'école de sage femme tout comme le savoir-faire lors des stages. Le Savoir-être, correspond aux valeurs, à l'attitude et aux comportements. Même s'il nécessite d'être transmis, il s'acquiert principalement avec l'expérience.

4.1 La formation initiale (22, 32, 36, 44)

La formation initiale a une durée de 4 ans : après la première année de médecine, permettant l'entrée dans l'école de sage-femme.

Cette formation doit amener les étudiants à l'exercice d'une compétence médicale et d'une réelle responsabilité. Parallèlement à l'acquisition du savoir médical, elle permet de développer, d'une part des qualités d'analyse et de synthèse qui permettent aux futurs praticiens de participer à la politique de santé publique du pays, d'autre part des qualités humaines et relationnelles pour une meilleure prise en charge possible des patientes.

La sage-femme développe des capacités regroupées dans différentes catégories d'objectifs afin de produire des actions en faveur de la santé maternelle et infantile. Elle doit pouvoir, à l'issue de sa formation, assurer la prise en charge globale de la mère et de l'enfant, favoriser la relation mère-père-enfant, participer à des programmes de recherche, d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'amélioration de la qualité des soins etc.

Le programme officiel décrit les différentes matières ainsi que les sujets au cœur de ces matières qui doivent être abordés. Notamment, lors de l'enseignement des sciences humaines et sociales, du droit et la législation, et de l'obstétrique.

L'enseignement de sciences humaines et sociales

L'enseignement de la **psychologie** permet l'acquisition de connaissances de base, permettant l'accompagnement de la femme, du couple et de la famille. Il favorise la réflexion philosophique d'un point de vue épistémologique, anthropologique et éthique. Cet enseignement permet l'acquisition de techniques de communication. Lors de cet enseignement, plusieurs sujets sont traités, la psychologie de la cellule familiale, la psychologie de la naissance etc.. L'**anthropologie médicale** permet de voir, entre autres, le vécu de la mort, de la douleur, de la naissance dans les différentes sociétés. L'enseignement de **sociologie** s'intéresse principalement à la sociologie de la famille, la sociologie médicale.

A partir des concepts fondamentaux vus en première phase, l'étudiant est amené progressivement à mener une réflexion sur des situations cliniques rencontrées en périnatalité.

Le sujet de la mort en périnatalité est abordé, et dans l'enseignement d'éthique la place de la sage femme dans le diagnostic anténatal est retrouvée.

L'enseignement théorique doit être complété par des travaux dirigés fondés sur des analyses de cas, illustrant les conflits de valeur qui sont à la source de l'émergence et de l'approfondissement de la réflexion éthique.

Le temps d'enseignement global, lors de la formation est de 1820 heures, celui des sciences humaines et sociales doit représenter 10% du temps total.

L'enseignement du droit et de la législation doit permettre, entre autres, à l'étudiant de connaître les modalités de déclarations de naissance, ainsi que la législation concernant : l'autopsie, les prélèvements et dons d'organes, le transport de corps concernant nouveau-né et fœtus. Parallèlement, il doit connaître les différentes modalités d'union, de séparation, les règles lors d'un accouchement sous le secret etc.

Le temps d'enseignement pour l'ensemble du droit et de la législation représente 6% du temps total.

L'enseignement de l'obstétrique, en première phase, permet l'acquisition de connaissances pour la maîtrise de l'obstétrique physiologique. Puis en deuxième phase, il permet de dépister, d'orienter et de participer à la prise en charge des patientes présentant une pathologie maternelle et/ou fœtale pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

La prise en charge de la mort fœtale in utero d'un point de vue obstétrical est abordée, ainsi que celle de l'interruption médicale de grossesse.

Le temps d'enseignement total pour l'obstétrique représente 30% du temps total.

L'enseignement théorique doit s'accompagner d'un enseignement pratique qui se fait à travers des stages réalisés dans toutes les formes d'exercice professionnel. L'organisation des stages doit permettre l'acquisition des compétences professionnelles. L'enseignement clinique comporte 54 semaines en première phase et 51 semaines en deuxième phase.

4.2 La formation continue (39, 44, 51)

La sage-femme a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances (art. L.4127-304 du Code de la santé publique) pour assurer l'acquisition de nouvelles techniques dans les limites de sa capacité professionnelle.

De plus, l'organisation du travail doit privilégier les liens entre l'ensemble des professionnels (médicaux, soignants et administratifs...) qui interviennent dans la prise en charge de ces couples. Il faut que l'ensemble des équipes acquiert une culture commune afin que soit délivrées des informations actualisées et cohérentes. Cela passe obligatoirement par une formation continue du fait de l'origine diverse des soignants et de l'évolution de la législation dans le temps.

La formation continue peut être faite dans le cadre :

-D'un plan de formation de l'établissement. Avec :

- *Les formations de services* qui sont orientées par le projet de service pour faire évoluer les pratiques en équipe.
- *Les formations individuelles* qui peuvent être prises en charge par l'établissement quand elles sont en lien avec le projet du service.

Durant l'année 2008 plusieurs formations ont eu lieu, à titre d'exemple :

- Un congrès organisé sur 3 jours à Toulouse en avril 2008 sur le thème « Le deuil périnatal, le deuil d'un enfant, l'accueil de l'enfant handicapé » animé par C. Cazard, psychologue.
- Une formation de 2 jours à Strasbourg en novembre 2008, sur le thème « le deuil périnatal : émotions et accompagnements » animée par des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et psychologues.
- Une formation de 2 jours à Brest sur « Deuil et accompagnement » organisée par l'association « vivre son deuil » en partenariat avec la société de thanatologie.

-D'une auto formation :

- Lectures ou recherche d'informations (articles de revues, de journaux, mémoire traitant de ce sujet...).
- Participation à des congrès, à des conférences.
- Par recherche de ressources et d'« experts », qui peuvent accompagner les professionnels de première ligne (associations, réseau de santé...).

-De formations sur le lieu de travail :

La formation sur le terrain peut correspondre à des réunions d'équipe visant à favoriser le partage des connaissances et des pratiques en équipe ou des rencontres avec le psychologue de la maternité pour reparler des dossiers, des prises en charge.

Le vécu de ces situations (mort fœtale in utero, interruption médicale de grossesse et échec de réanimation) est douloureux pour les professionnels, en particulier pour les sages-femmes. C'est pourquoi, il est intéressant de les interroger sur ce sujet, pour avoir connaissance de leur vécu et de leur ressenti.

Méthodologie

1. Les objectifs de l'étude

Les sages-femmes sont les interlocuteurs privilégiés des couples lors de la naissance, en toutes circonstances. Elles sont auprès de ceux touchés par la mort en périnatalité, et sont donc confrontées à des événements dramatiques dans leur activité professionnelle. Deux hypothèses en découlent :

- Le vécu de ces situations est difficile pour les sages-femmes
- Le développement d'outils est nécessaire pour la gestion des vécus en situation professionnelle.

2. Les moyens de l'étude

Notre étude a reposé sur une enquête prospective, multicentrique par questionnaire anonyme destiné aux sages-femmes hospitalières. Les questionnaires ont été distribués dans des maternités des établissements de soins publics et privés de Seine-Maritime. Six maternités ont accepté le principe de l'enquête :

- Maternité de niveau I : CH de Lillebonne (18 sages-femmes)
- Maternité de niveau II : CH du Belvédère (75 sages-femmes)
CH d'Elbeuf, Louviers, Val de Reuil (36 sages-femmes)
Clinique Mathilde (30 sages-femmes)
- Maternité de niveau III : CHU de Rouen (63 sages-femmes)
CH Monod (50 sages-femmes)

Pour permettre de compléter les données, une enquête a aussi été menée auprès des sages-femmes cadres. Elle a été effectuée par entretien lors de la remise des questionnaires, ou par entretien téléphonique ou bien encore par mail selon les disponibilités des cadres.

Elle a été réalisée afin de connaître le nombre de naissance ainsi que le nombre de MFIU, d'IMG et d'échec de réanimation pour l'année 2008, et de savoir de façon certaine s'il existe dans les services des protocoles pour la prise en charge de ces situations et enfin, pour savoir ce qui ^{est} proposé aux sages-femmes de la maternité afin qu'elles puissent s'exprimer.

3. Les démarches

Une étude préalable a été effectuée au mois de juin 2009 afin de connaître le nombre de sages-femmes des différentes maternités et d'avoir un accord préalable des cadres.

Au mois d'octobre, chaque cadre a été contacté, par téléphone, afin de savoir s'il était toujours possible de pratiquer un étude auprès des sages-femmes de la maternité par le biais de questionnaire. L'accord a été donné soit lors du contact téléphonique, soit par mail.

Tous les questionnaires ont été distribués dans les différents services par enveloppe ou dans des boîtes disposées dans les chambres de garde ou sur les bureaux, à l'exception de la maternité de Lillebonne où le questionnaire a été envoyé par mail, avec reproduction et distribution effectuées par la cadre de cette maternité.

Les questionnaires ont été à la disposition des sages-femmes du 19 octobre 2009 au 28 novembre 2009.

Au total, 272 questionnaires ont été distribués, 123 ont été récupérés. Le taux de retour est de 45,22%.

Pour chaque maternité le taux de retour est de :

- CHU Charles Nicolle : 63,5%
- CH du Belvédère : 36%
- Clinique Mathilde : 60%
- CH Elbeuf, Louviers, Val de Reuil : 50%
- CH de Lillebonne : 44,4%
- CH Monod : 24%

4. Le questionnaire auprès des sages-femmes (annexe I)

Le questionnaire comportait trente-trois questions réparties en quatre parties.

La première partie, avait pour objectif de dresser le profil de la population enquêtée :

- **Sexe** :variable qualitative à deux classes : féminin, masculin.
- **Age** :variable quantitative continue, transformée en variable qualitative à trois classes : [20-35 ans], [36-50 ans], [51-65 ans].

- *Situation familiale* :variable qualitative à deux classes :célibataire, en couple.
- *Présence ou non d'enfants* : variable qualitative à deux classes : oui, non.
- *Ancienneté* :variable quantitative transformé en variable qualitative à sept classes : [1-5 ans], [6-10 ans], [11-15 ans], [16-20 ans], [21-25 ans], [26-30 ans], [31-35 ans].
- *Lieu d'exercice* :variable qualitative à six classes (nom des différentes maternités interrogées).
- *Existe-t-il dans la maternité des protocoles pour prendre en charge MFIU, IMG et échec de réanimation* : variable qualitative à deux classes (oui, non) pour chaque item.

La deuxième partie, cherchait à connaître les situations rencontrées par les sages-femmes et leurs ressentis face à ces situations.

- *Situations rencontrées par les sages-femmes* :variable qualitative à trois classes : mort fœtale in utero, interruption médicale de grossesse, échec de réanimation.
- *Nombre de confrontation à ces situations* : variable qualitative à quatre classes pour chaque situation : jamais, [1-3], <3 fois, je ne sais pas.
- *Confrontation à titre personnel* : variable qualitative à deux classes : oui, non.
- *Annonce d'une mort fœtale in utero déjà faite* : variable qualitative à deux classes : oui, non.
- *Ressenti face à ces situations* :variable qualitative à 9 classes, pour chacune des trois situations : culpabilité, révolte, acceptation, frustration, impuissance, injustice, détachement, échec, et autre, avec possibilité de réponse libre.
- *Sentiments en présence des couples vivants ces situations* : variable qualitative à six classes, pour chacune des trois situations : désarroi, compassion, tristesse, identification, avec du recul, et autre, avec possibilité de réponse libre.
- *Rôle principal auprès des couples* : variable qualitative à six classes : Manifester une présence attentive, veiller au bon déroulement technique du travail dans le cadre du protocole, permettre aux parents d'accueillir leur enfant le mieux possible, établir une relation d'aide et de confiance, accompagner les parents jusqu'au bout de la démarche, et autre, avec possibilité de réponse libre.

- *Besoin de s'esquiver face au couple* : variable qualitative à deux classes : oui, non.
- *Tendance à combler, par la parole, tous les silences* : variable qualitative à deux classes : oui, non.
- *Sentiment d'être disponible pour écouter les couples* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte une sous partie, afin de connaître la raison d'une réponse négative.
- *Sentiment face à leur comportement* : variable qualitative à quatre classes : *adapté* : bonne gestion de vos émotions, *difficile* : sensibilité forte et difficultés dans ces situations, *insatisfaction* : accompagnement lacunaire et souhait de l'améliorer, et *autre*, avec possibilité de réponse libre.
- *Difficulté à présenter l'enfant à ses parents* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte une sous partie, afin de connaître la raison de la réponse.
- *Sentiment d'être accompagné dans le service pour la prise en charge de ces couples* : variable qualitative à deux classes : oui, non.
- *Ressenti après le départ du couple* : variable qualitative à six classes : du soulagement, un malaise, envie de pleurer, volonté de ne plus y penser, tristesse, sentiment de solitude.
- *Nécessité de partager le ressenti* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte deux sous parties :
 - *si oui, avec qui* : variable qualitative à trois classes : un(e) collègue, l'équipe, un psychologue du service.
 - *si non, pourquoi* : variable qualitative à deux classes : vous n'en ressentez pas le besoin, vous préférez attendre d'être rentré chez vous pour en parler avec un proche.
- *Sujet professionnel abordé avec l'entourage* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte deux sous parties :
 - *si oui, pourquoi* : variable qualitative à cinq classes : vous désirez partager votre expérience, vous espérez que cela vous aide à réfléchir sur vous même, vous voulez sortir de votre isolement par rapport à cette situation, vous voulez vous ressourcer et relativiser la situation, et autre, avec possibilité de réponse libre.

-si non, pourquoi : variable qualitative à six classes : vous n'en ressentez pas le besoin, vous pensez qu'ils ne vous comprendraient pas, vous avez peur de les choquer, vous ne voulez pas que votre vie professionnelle interfère avec votre vie privée, vous ne voulez pas enfreindre le secret professionnel, et autre, avec possibilité de réponse libre.

- *La maternité offre des moyens pour s'exprimer* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte une sous partie, afin de connaître, si réponse positive, *les moyens d'expression possibles* : variable qualitative à trois classes : groupe de parole régulier, entretien à la demande avec le psychologue du service, et autre, avec possibilité de réponse libre.
- *Besoin d'améliorer la gestion de ces situations* : variable qualitative à deux classes : oui, non.

La troisième partie, cherchait à connaître les moyens de formations dont ont pu bénéficier les sages-femmes interrogées.

- *Formation durant les études à l'école de sage-femme* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte une sous partie afin de connaître, si réponse positive, *la forme de cet enseignement* : variable qualitative à cinq classes: cours magistraux, enseignement fait par un psychologue, table ronde autour du vécu de stage, témoignages de couples endeuillés, et autre, avec possibilité de réponse libre.
- *Sentiment d'être apte à prendre en charge ces couples, au sortir de l'école* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte une sous partie afin de connaître, si réponse négative, *ce qu'il manquait* : variable qualitative à quatre classes : de l'expérience, de la théorie, de l'expérience et de la théorie, et autre, avec possibilité de réponse libre.
- *Formation continue sur ce thème* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte une sous partie afin de connaître, si réponse positive, *ce que les formations ont apporté* : variable qualitative à sept classes : des connaissances théoriques, une meilleure compréhension de vos sentiments, une meilleure approche de ce problème, une amélioration de votre accompagnement, la connaissances des interactions entre le couple et la sage femme, peu de chose, et autre, avec possibilité de réponse libre.

La quatrième partie, visait à connaître les souhaits des sages-femmes en matière de formation.

- *Nécessité d'une formation plus importante, à l'école de sage-femme* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte une sous partie afin de connaître, si réponse positive, *la forme que devrait prendre cette formation* :question ouverte.
- *Besoin d'une formation continue sur ce sujet* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte une sous partie afin de connaître, si réponse positive, *la forme que devrait prendre cette formation* :question ouverte.
- *Besoin d'une aide de la part du psychologue* : variable qualitative à deux classes : oui, non. Cet item comporte une sous partie afin de connaître, si réponse positive, *la forme que devrait prendre cette formation* :question ouverte.
- *Besoin de réunions ou de temps de réflexion et de dialogues collectifs, au sein de la maternité* : variable qualitative à deux classes : oui, non.
- Espace libre permettant aux sages-femmes de nous faire part de leurs *remarques* et de leurs *suggestions*.

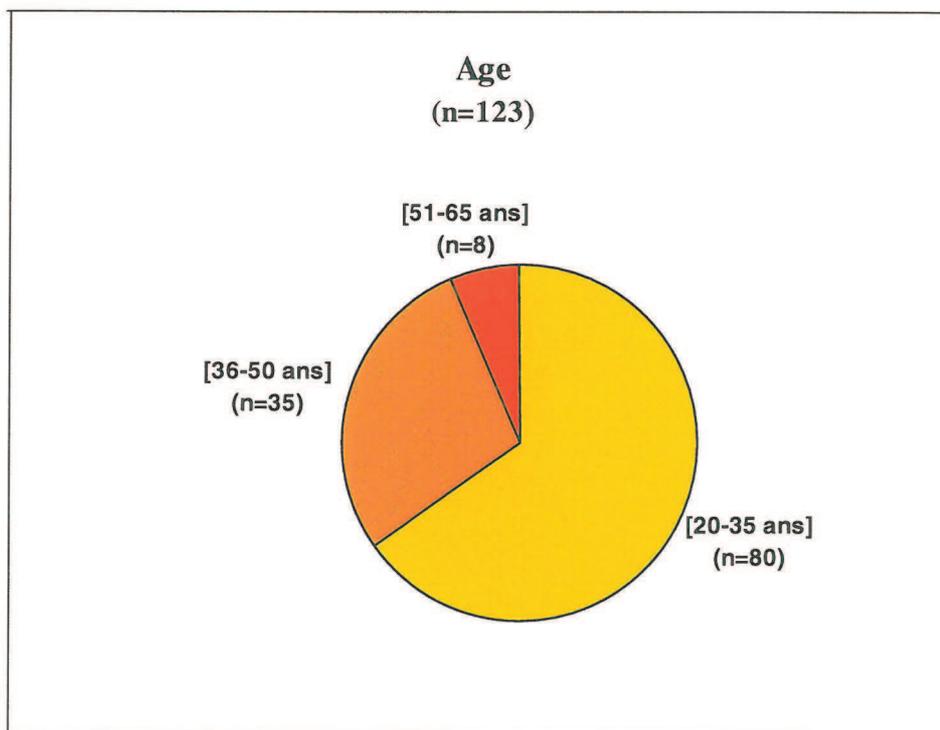
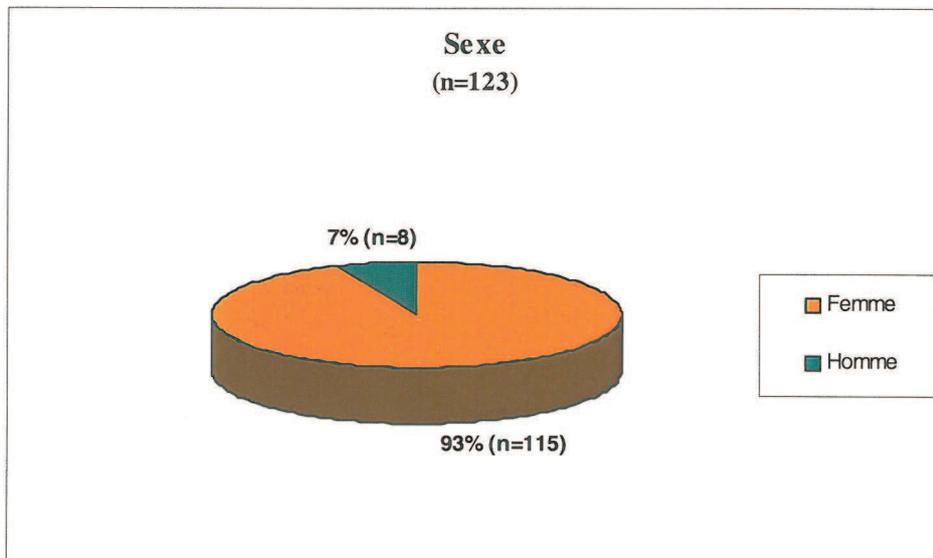
5. Les tests statistiques

L'analyse statistique a été réalisée en utilisant le logiciel stata 7.0 (Stata Corporation, 4905 Lakeway Drive, College Station, texas, USA). Dans le cadre de l'analyse uni-variée, les différences observées ont été considérées statistiquement significatives pour $p < 0,05$.

La représentation graphique des résultats a été réalisée par le logiciel Microsoft Office Excel 2003.

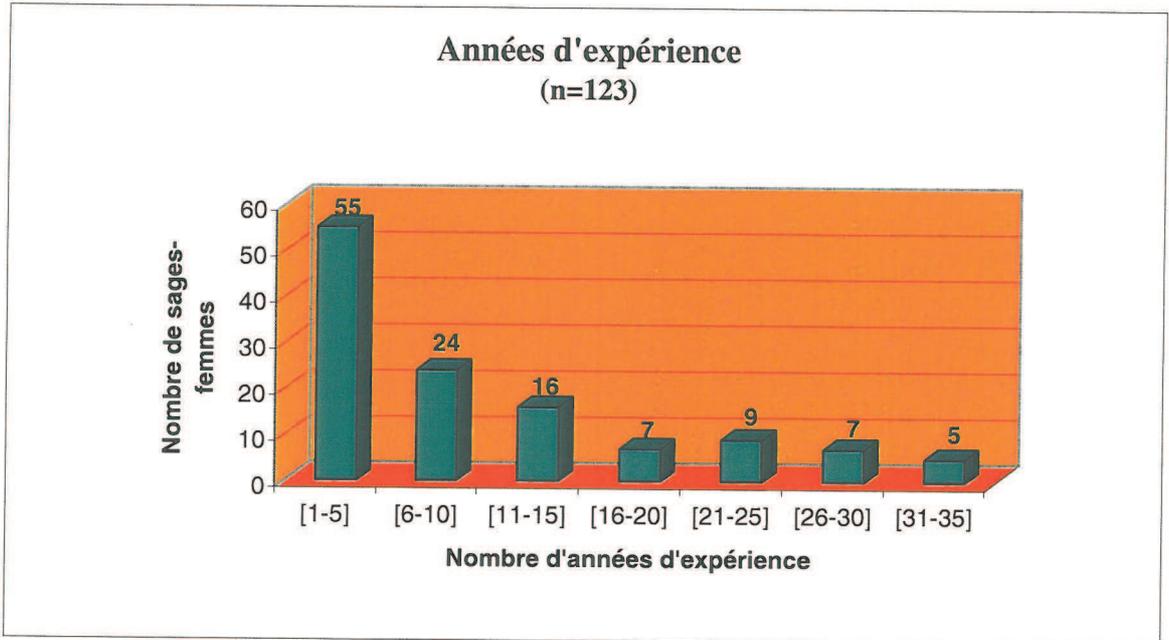
Résultats

1. Profil de la population



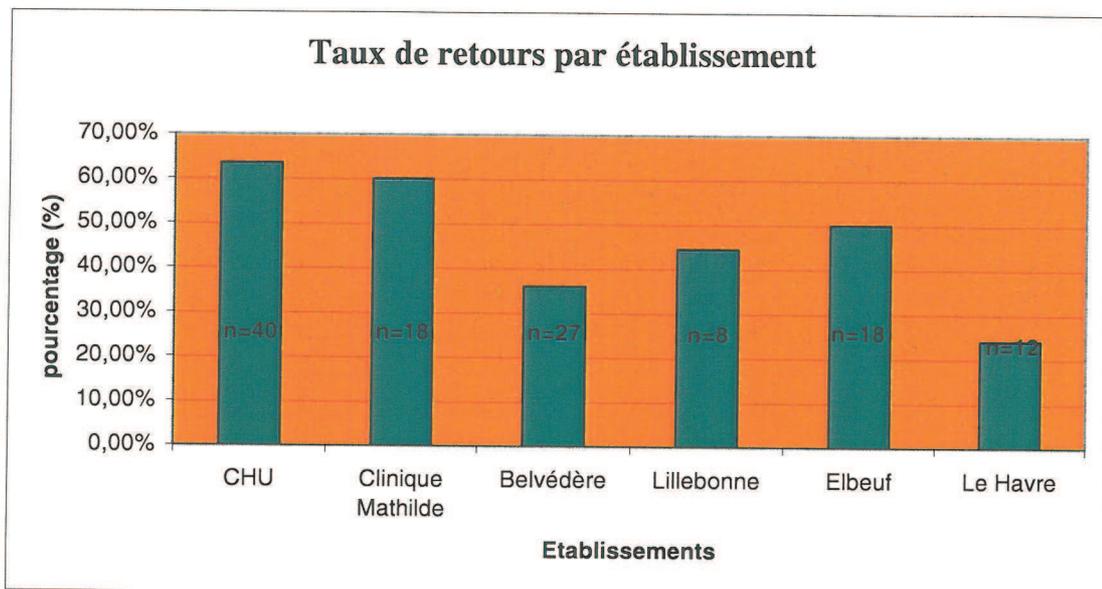
Sur le plan de la **SITUATION FAMILIALE**, 81% (n=100) des sages-femmes sont en couple contre 19% (n=23) de célibataires.

De plus, 59% (n=73) du personnel interrogé a des enfants et donc 41% (n=50) n'en a pas.



A propos de L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES (jugée par le nombre d'années d'exercice), nous constatons que 64% (n=79) des sages-femmes ont moins de 11 ans d'exercice parmi lesquelles 70% (n=55) ont moins de 6 ans . (Résultats significatifs avec $p < 0,001$)

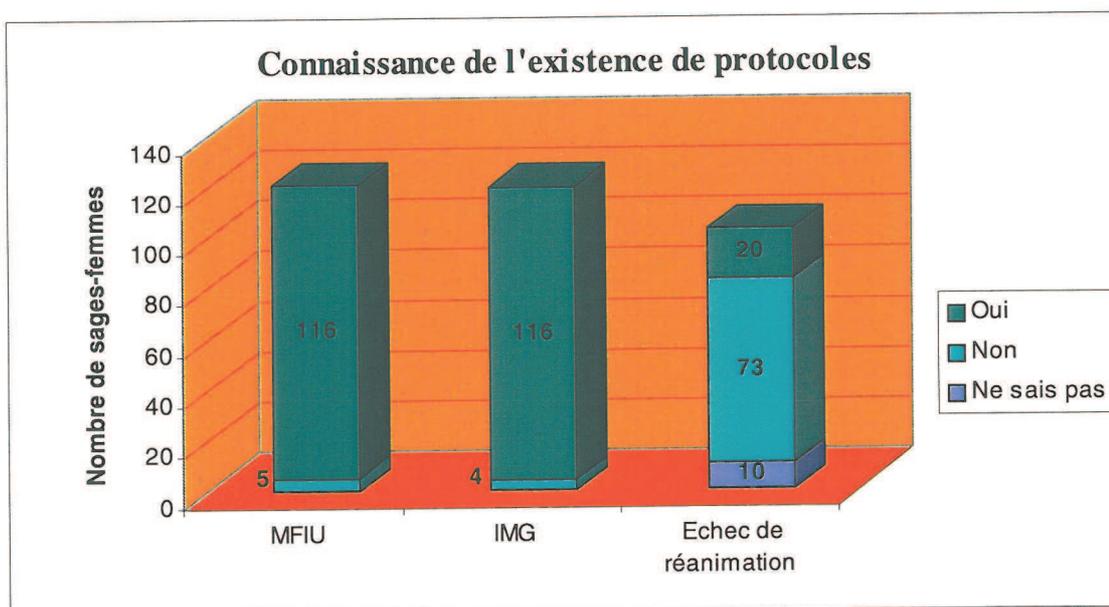
Age	Année d'expérience (n=123)						
	[1-5]	[6-10]	[11-15]	[16-20]	[21-25]	[26-30]	[31-35]
[20-35]	53	22	5	0	0	0	0
[35-50]	2	2	11	7	8	5	0
[51-65]	0	0	0	0	1	2	5
Chi2	p<0,001						



Nombre de questionnaires distribués et récupérés selon les niveaux des maternités :

Pour obtenir ces résultats nous avons pris en compte le nombre de questionnaires distribués dans les maternités et le nombre récupérés.

	Questionnaires déposés		Questionnaires récupérés	
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentages (%)
Niveau I	18	6,6	8	6,5
Niveau II	141	51,8	63	51,2
Niveau III	113	41,6	52	42,3
Somme	272	100	123	100

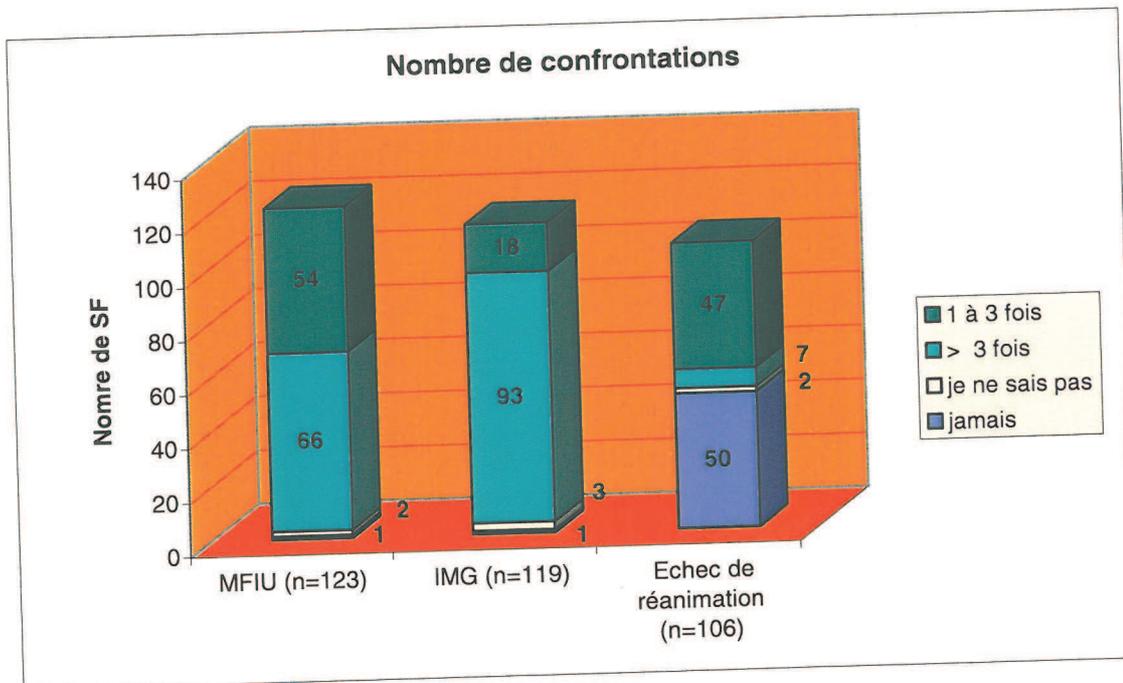


A cette question, les taux de non réponses sont respectivement, 1,6% (n=2), 2,4% (n=3) et 16,2% (n=20) pour la MFIU, l'IMG et l'échech de réanimation.

2. La sage-femme face à la mort en périnatalité

Dans les questions 1 et 2, nous nous sommes interrogés sur les **SITUATIONS RENCONTREES** par les sages-femmes lors de leur exercice professionnel ainsi qu'à leur **NOMBRE**.

Situations rencontrées (n=123)							
Situations rencontrées	1 situation			2 situations		3 situations	
	MFIU	IMG	Echech réa	MFIU + IMG	MFIU + Echech réa	IMG + Echech réa	MFIU + IMG + Echech réa
Nombre de SF	7	1	0	61	2	0	52
%	5,7	0,8	0	49,6	1,6	0	42,3

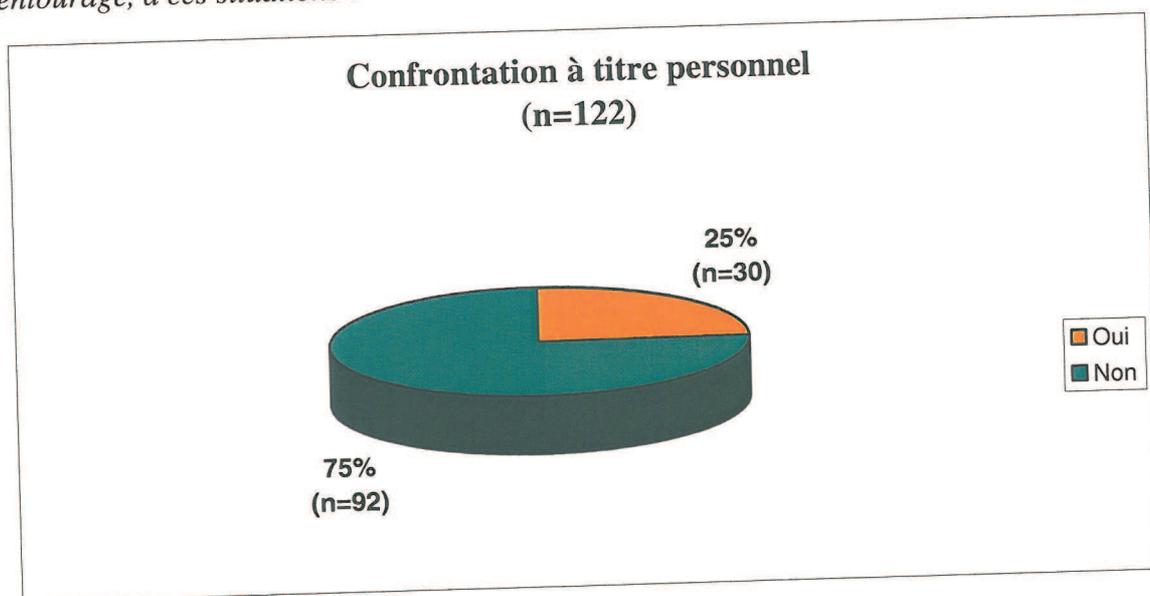


Les taux d'abstention sont respectivement 3,2% et 13,8% pour l'IMG et l'échec de réanimation.

En ce qui concerne l'IMG, le nombre de confrontations est relativement important, puisque 93,3% des sages-femmes interrogées ont été obligées d'y faire face au moins une fois et 78,1% plus de 3 fois.

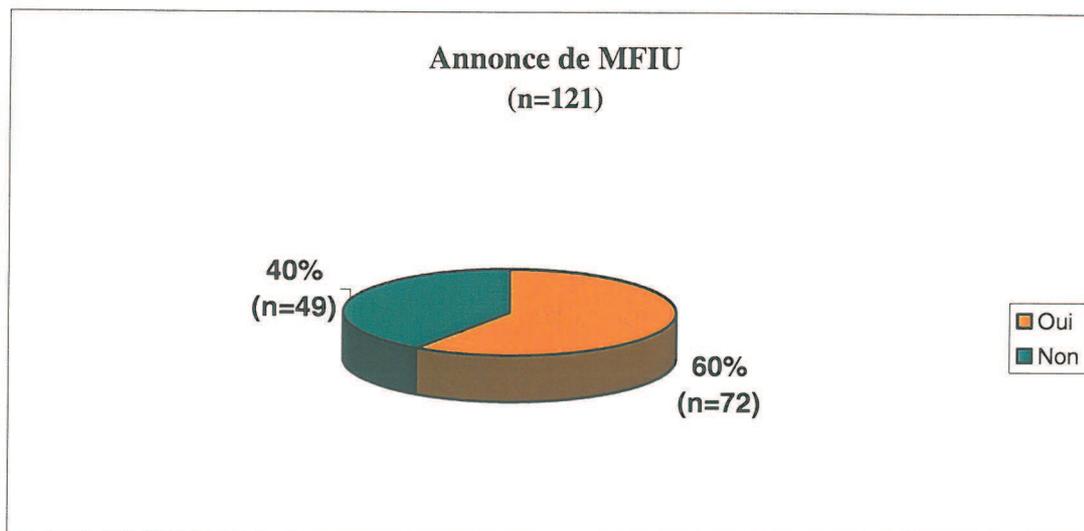
Pour ce qui est de la MFIU, 98% des sages-femmes interrogées y ont été confronté, soit quasiment la totalité de la population, et 54% l'ont été plus de 3 fois.

Question 3, Avez-vous déjà été confronté(e) à titre personnel, vous ou votre entourage, à ces situations ?



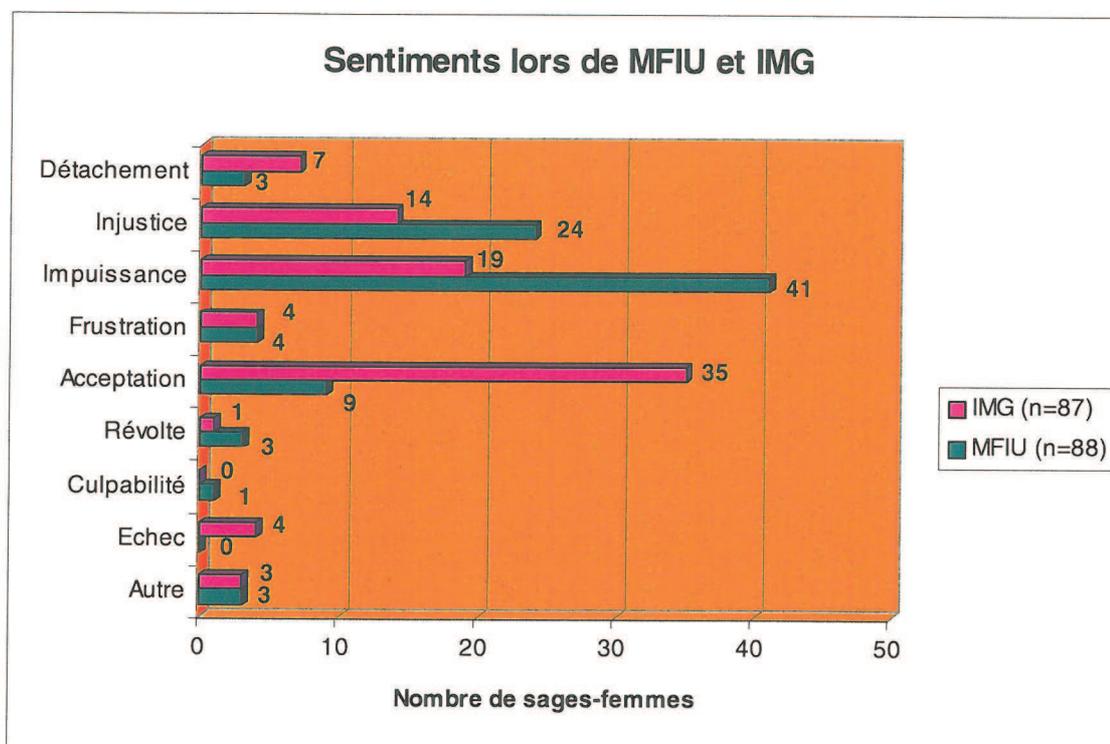
Un seul questionnaire n'a pas été rempli à cette question (0,8%).

Question 4, Avez-vous déjà eu à annoncer la mort d'un fœtus in utero ?



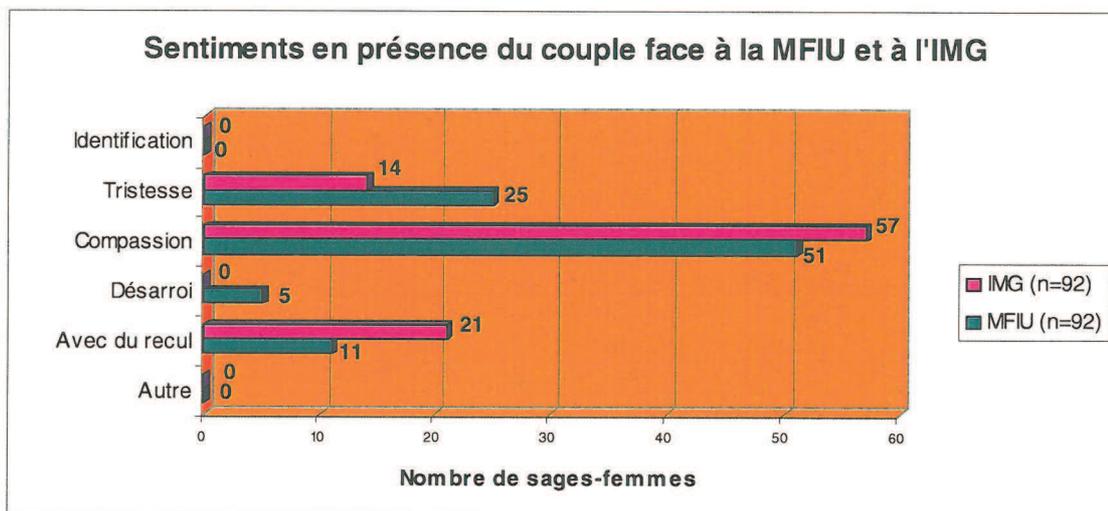
Le nombre de non réponses est de 2 (1,6%).

A propos des questions 5 et 6, « *qu'avez vous ressenti face à cette ou à ces situations* » et « *quels sont vos sentiments en présence des couples vivant ces situations* », il était précisé dans l'énoncé de ne choisir qu'une réponse, mais de nombreuses fois, plusieurs réponses ont été cochées. Les réponses multiples n'ont pas pu être prises en compte dans les résultats.



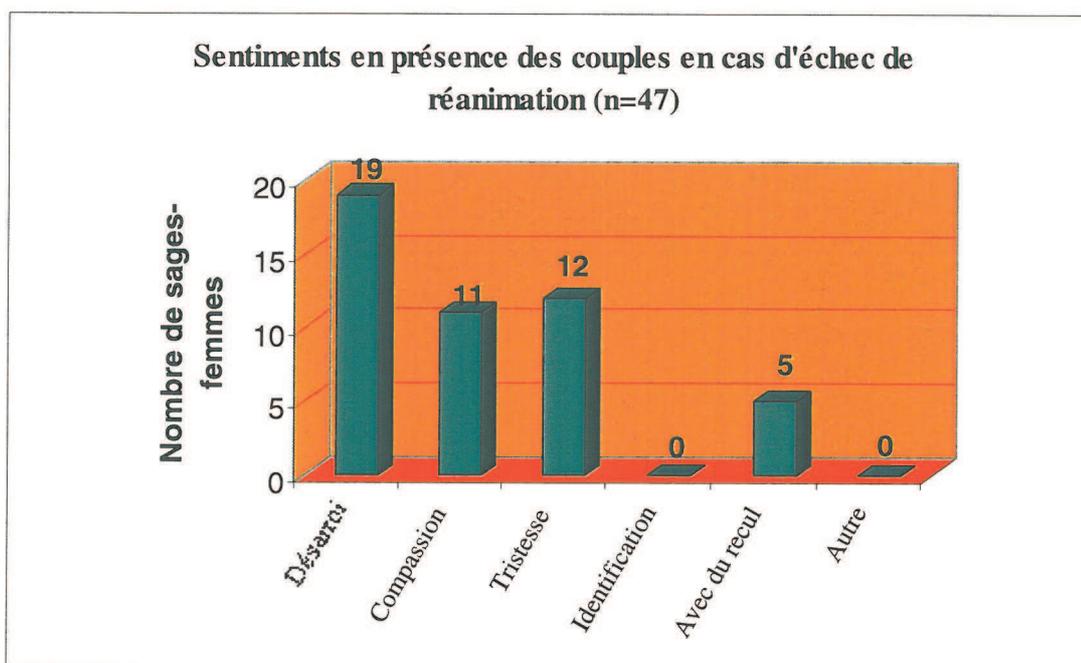
Le taux de réponses inexploitables et de non réponses en ce qui concerne, le MFIU est de 28% (n=35) et en ce qui concerne l'IMG, il est de 29% (n=36).

Le dernier item de cette question visait à connaître le ressenti des professionnels face à l'échec de réanimation. Les résultats ne sont pas exploitables, en effet le taux d'abstention est de 54,5% (n=67), et celui de réponses multiples est de 13%(n=16). Soit 67,5% de réponses non exploitables.



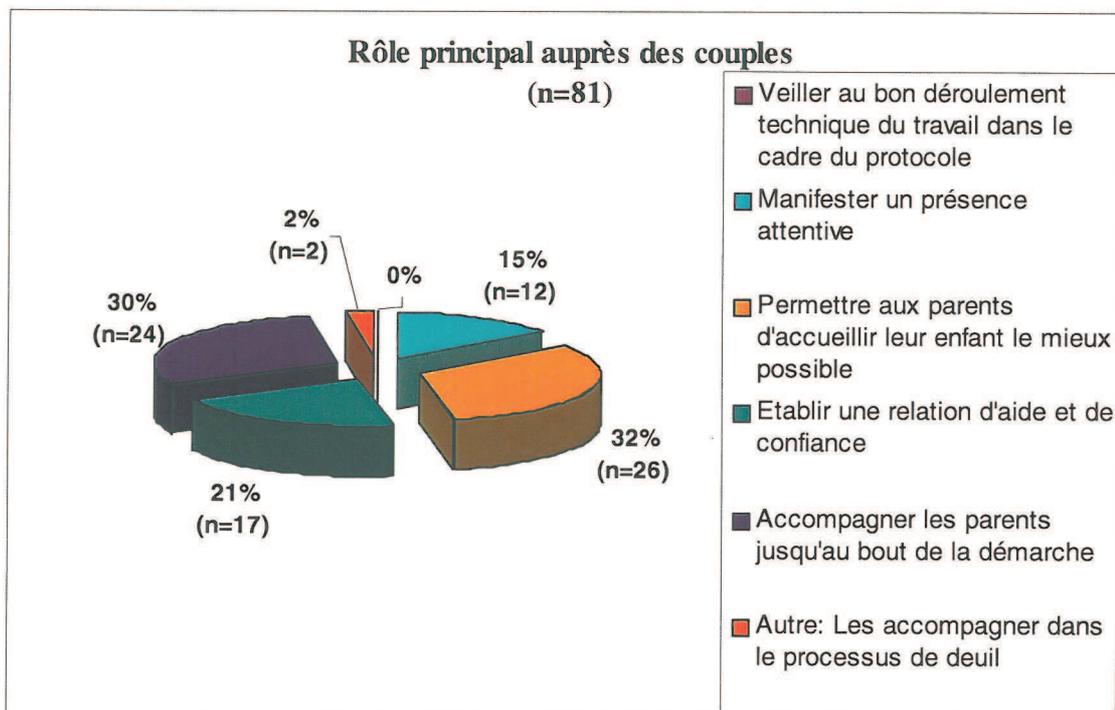
La *compassion* est le sentiment dominant, que se soit face à des couples vivant une MFIU ou une IMG.

La *tristesse* est la deuxième composante majeure du ressenti face aux couples vivant une MFIU. Ces résultats sont significatifs avec $p < 0,001$



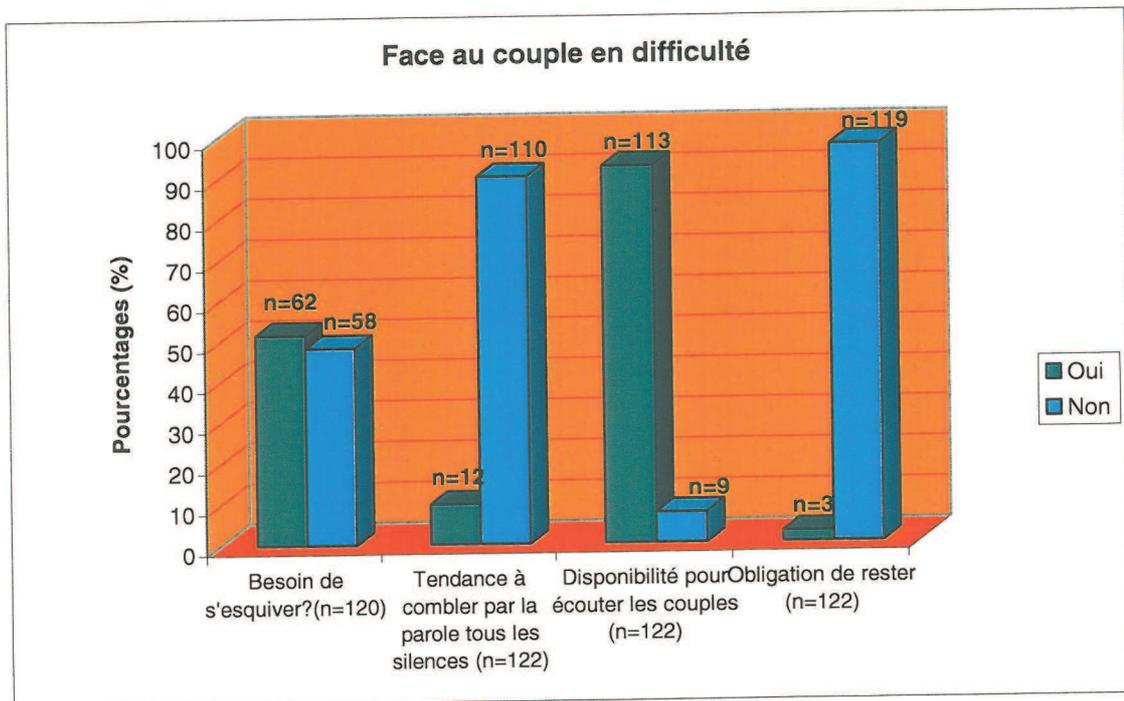
En ce qui concerne l'échec de réanimation, là encore les données sont inexploitables avec un taux d'abstention de 55% (n=68) et 8 réponses multiples. Le sentiment, le plus partagé est cependant le désarroi, avec 15,4% de retours (n=19).

A la question 7, « Selon vous, quel est votre rôle principal auprès de ces couples ? », il était demandé de ne donner qu'une seule réponse, cela n'a pas toujours été respecté.



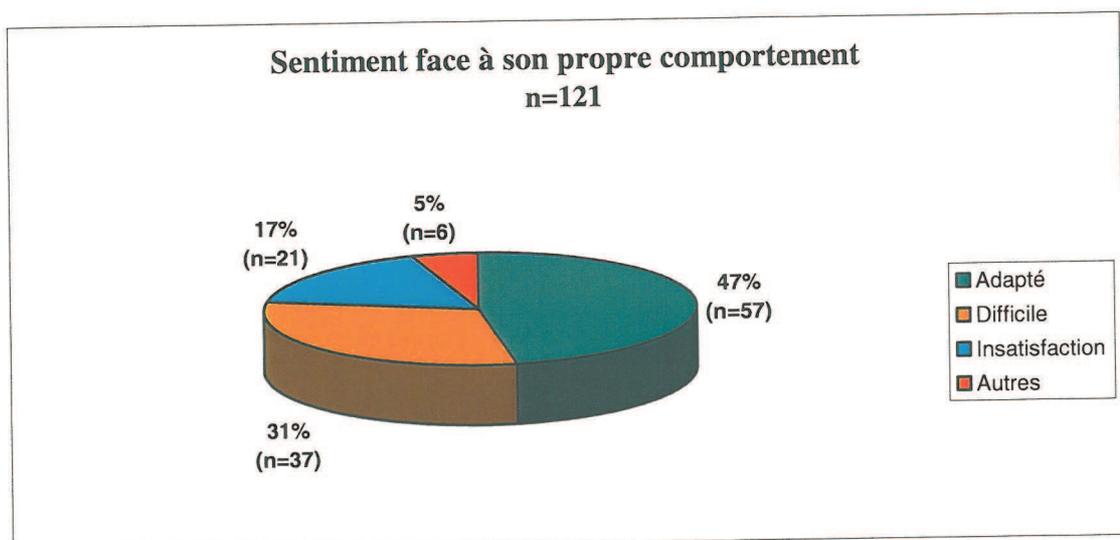
Le taux de non réponses est de 1,6% (n=2) et le taux de réponses multiples, donc non exploitables, est de 32,5% (n=40).

Les questions 8, 9, 10 s'intéressent aux comportements adoptés, aux difficultés rencontrées par les sages-femmes en présence des couples.



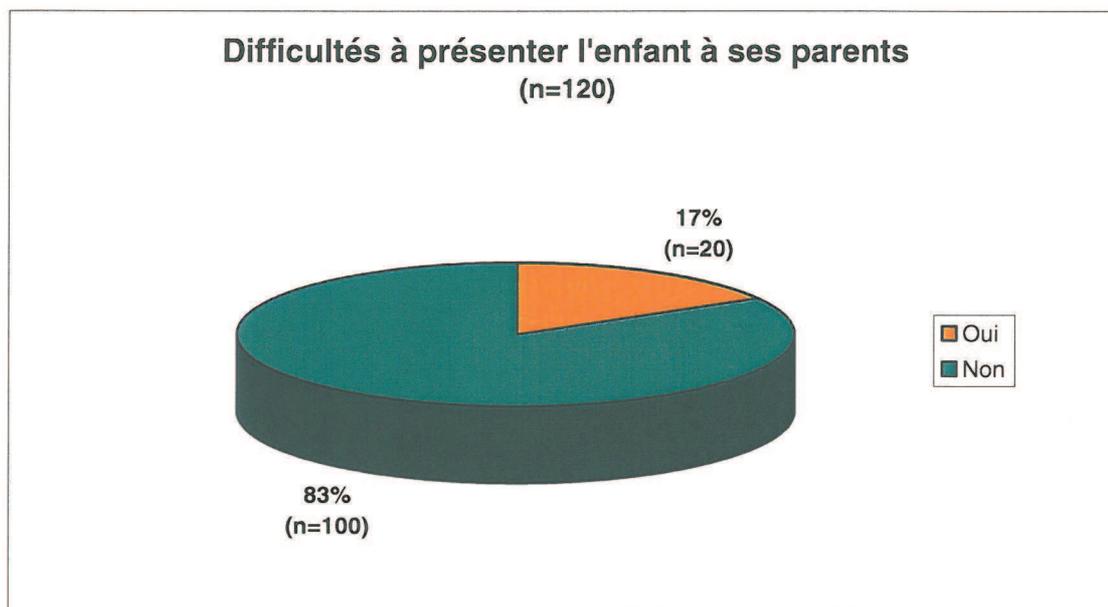
Les sages-femmes se sentent disponibles pour pouvoir écouter les couples à 92%(n=113). A la sous question « Si non, pourquoi ? » de la question 9, 88,9%(n=8) des personnes ayant répondues « non », disent que c'est par manque de temps. D'autre part, des personnes (n=11, 9,7%) ayant répondu « oui » précisent que parfois la garde est trop chargée pour qu'elles puissent être disponibles.

Question 11, « *Quel est votre sentiment face à votre comportement ?* »



Pour cette question ,il y a deux non réponses.
50% des sages-femmes qui ont répondu à la question ouverte ont exprimé le souhait de vouloir améliorer leur pratique.

Question 12, « Avez-vous des difficultés à présenter l'enfant décédé à ses parents ? »



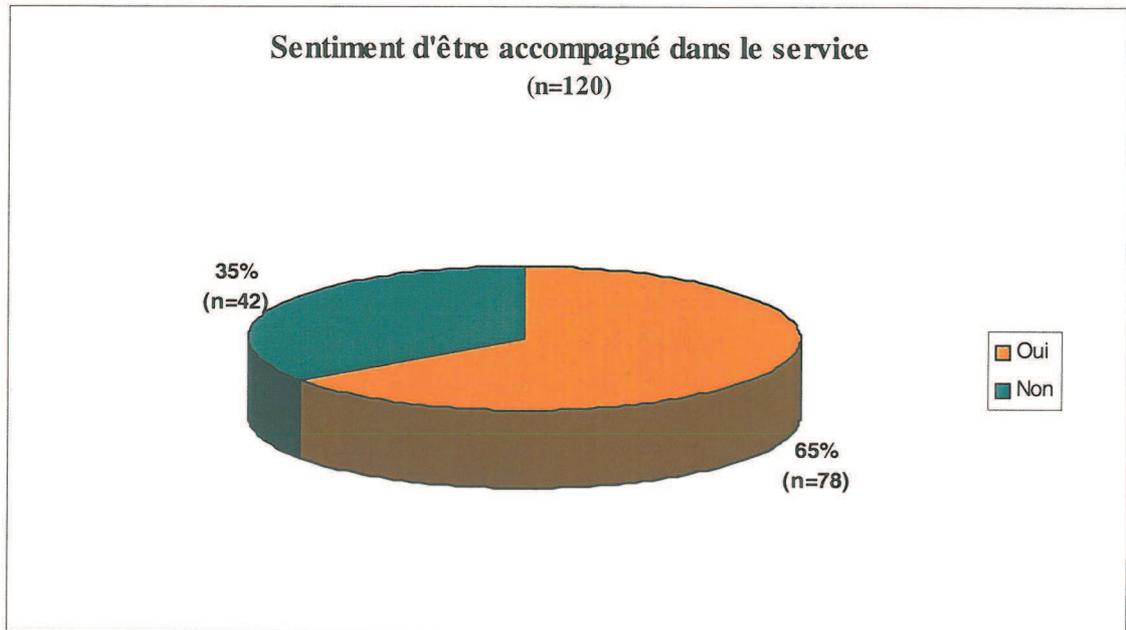
A cette question, 3 sages-femmes n'ont pas répondu.

Une sous question « pourquoi » a permis de préciser les motifs des difficultés à présenter l'enfant.

Pour la réponse « Oui », 17 personnes ont répondu à cette sous question. Les difficultés éprouvées à présenter l'enfant résident principalement dans la *peur de se laisser déborder par ses émotions* (35% des réponses, n=6) et dans la *difficulté d'être face à la douleur des parents* (30% des réponses, n=5).

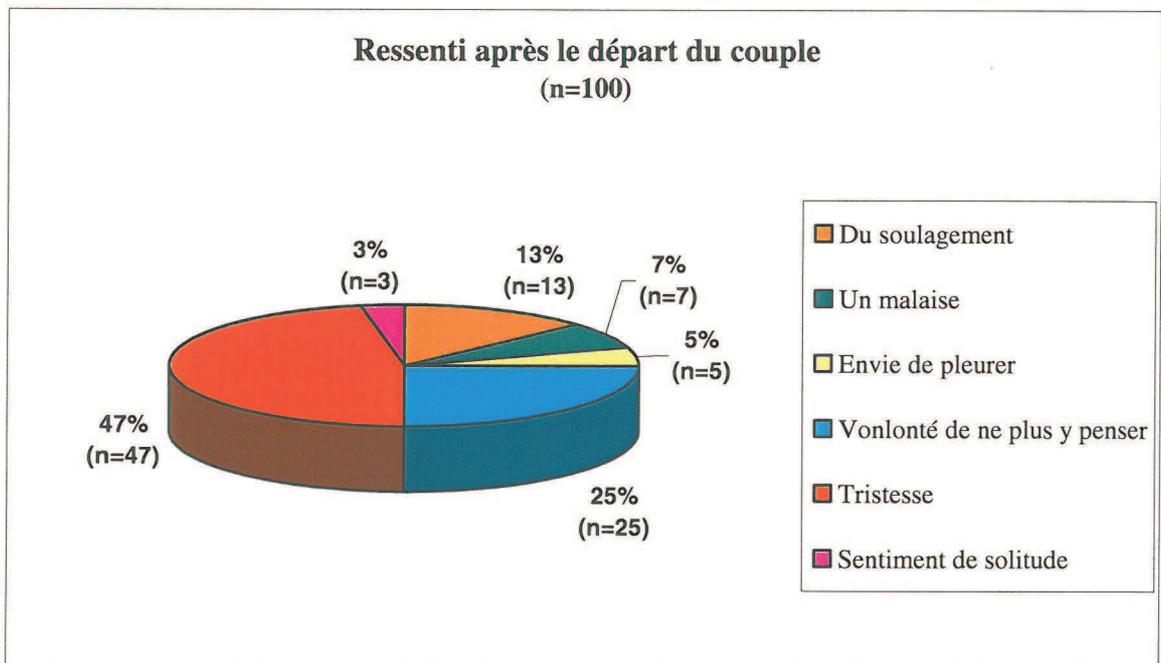
Pour la réponse « Non », 20 sages-femmes (20%) ont répondu à cette sous question. Le fait est, que pour ces personnes, *l'importance du moment* (la présentation de l'enfant) *semble l'emporter sur la difficulté* argument avancé par 60% (n=12) des professionnels ayant répondu. Une nuance est, cependant à apporter : *l'état de l'enfant à la naissance* peut être cause de difficultés.

Question 13, « Vous sentez-vous accompagné(e) dans votre service pour la prise en charge de ces couples »



Une seule non réponse pour cette question.

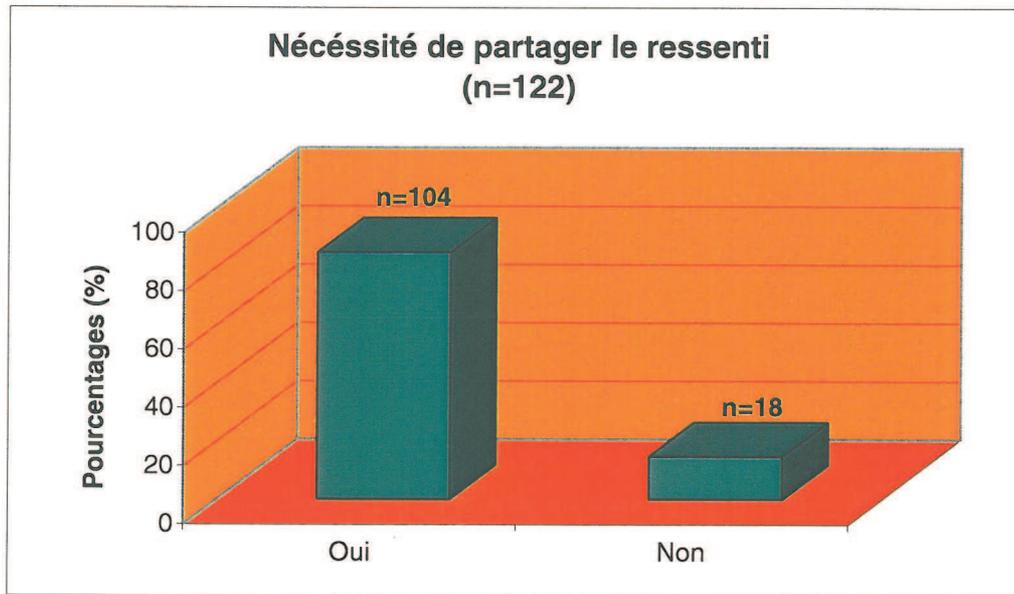
Question 14, « Une fois le couple parti, que ressentez-vous ? »



Le taux de non réponses est de 9,7% (n=12) et le taux de réponses multiples est de 4% (n=5).

6 sages-femmes ont souhaité répondre librement, pour elles après le départ du couple, elles ont « le sentiment d'avoir fait ce qu'il fallait ».

Question 15, « A ce moment là, ressentez-vous la nécessité de partager ce que vous avez ressenti ?



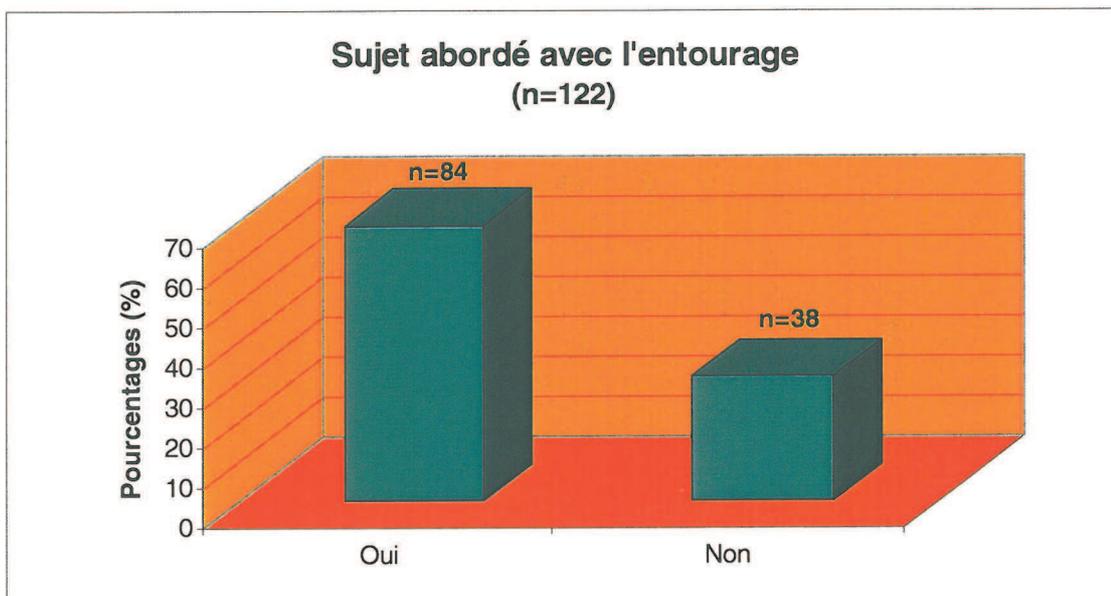
Une non réponse à cette question.

Les sous questions « pourquoi » cherchaient à connaître les interlocuteurs choisis par les sages-femmes à ce moment là. Une deuxième sous question s'adressait aux professionnels qui ne ressentent pas le besoin de partager dans l'immédiat, afin de connaître leur raison.

Si oui, avec qui ? (n=104)							
Avec qui ?	Avec un collègue	Avec l'équipe	Avec le psychologue du service	Collègue et équipe	Collègue et psychologue	Equipe et psychologue	Collègue, équipe et psychologue
n	48	30	0	15	5	3	3

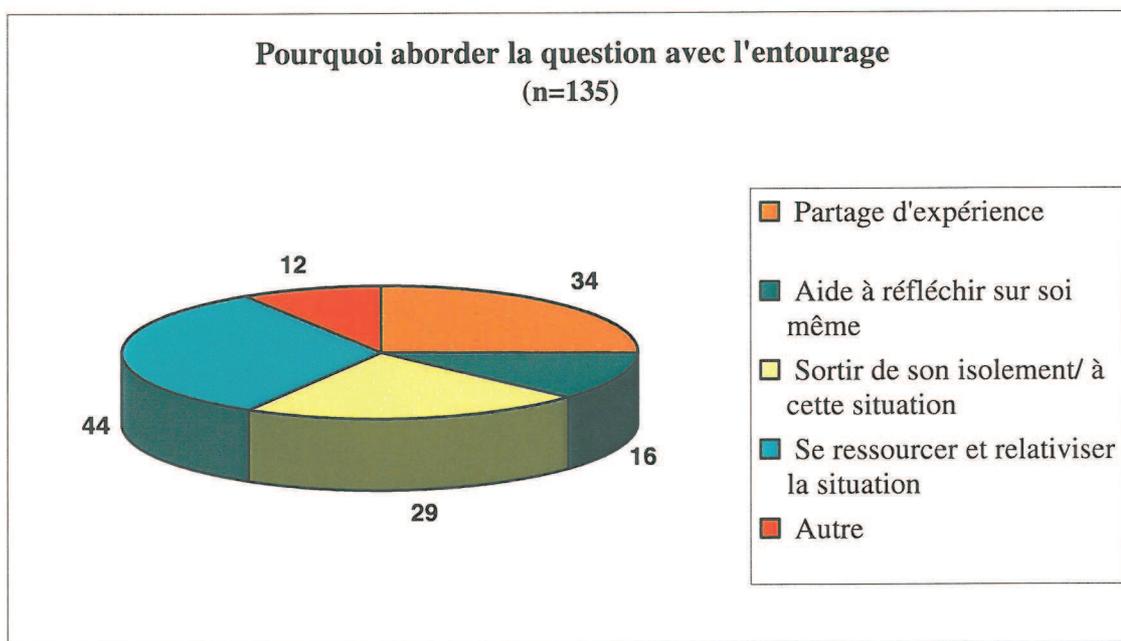
Si non, pourquoi? (n=17)		
Pourquoi	Besoin non ressenti	En parler chez soi
n	8	9

Question 16, « Abordez-vous ce sujet avec votre entourage ? »

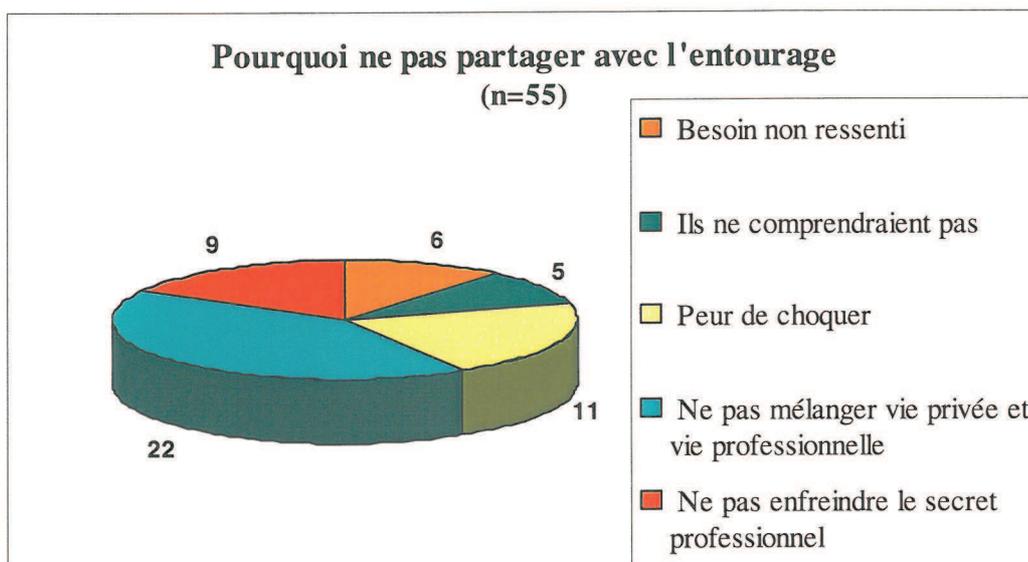


Une non réponse pour cette question.

Deux sous questions cherchaient à savoir pourquoi elles partagent ou non, avec leur entourage. Pour ces questions ,plusieurs réponses ont pu être choisies.

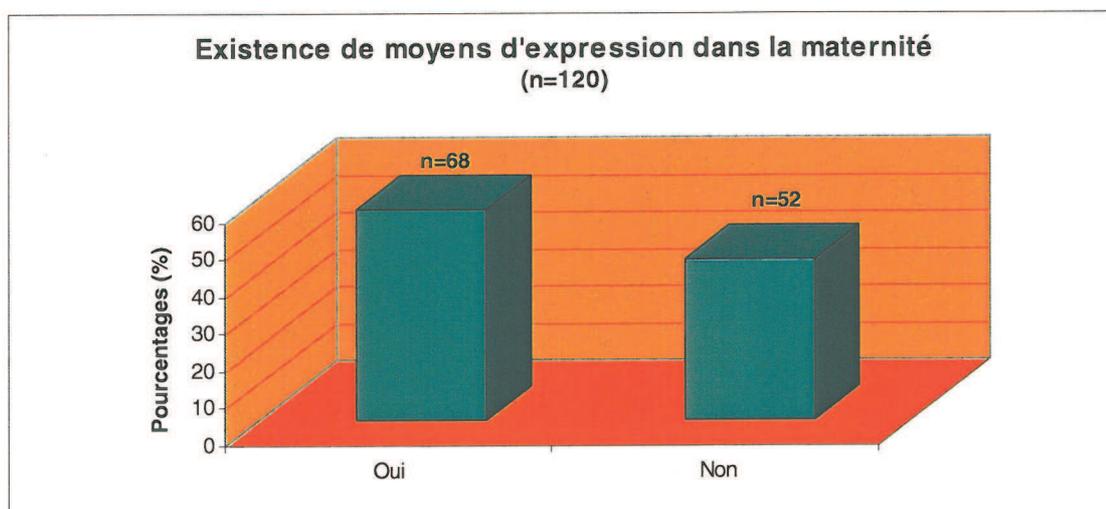


Les personnes ayant répondu « Autre », veulent « pouvoir expliquer une baisse de moral », ou bien encore, ont « besoin d'être réconfortées », et certaines ont besoin de cela pour « pouvoir relativiser, décompresser».



Les 2 personnes ayant répondu « autre », ne souhaitent pas parler de cela avec l'entourage « pour ne pas l'angoisser ».

Question 17, « La maternité dans laquelle vous travaillez vous offre-t-elle des moyens pour vous exprimer ? »

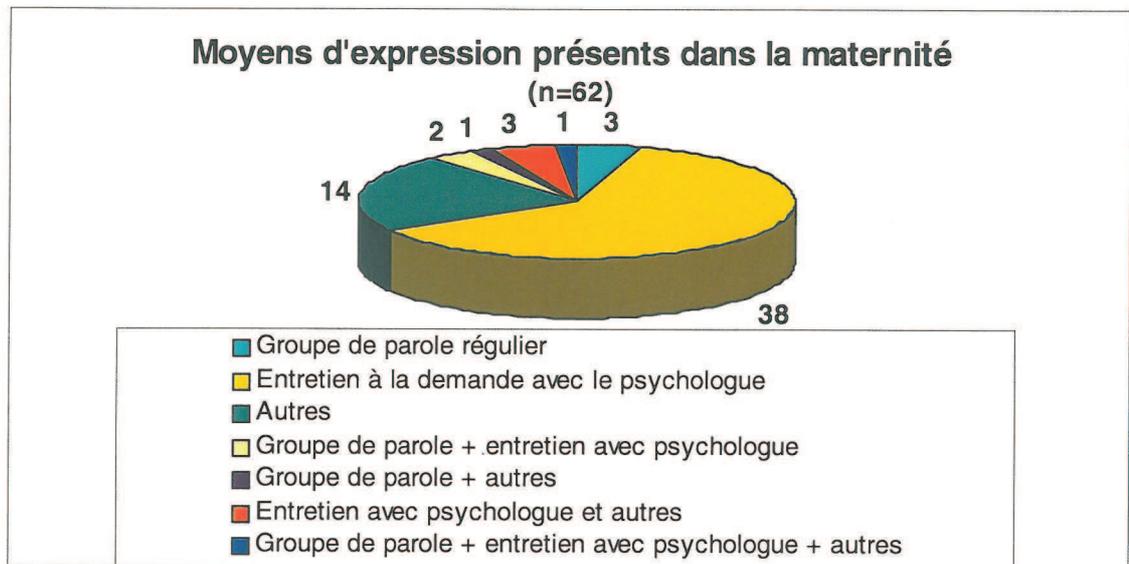


Le taux de non réponse est de 2,4% (n=3).

	Moyens d'expression (n=120)				Entretien cadre	Somme n
	Oui		Non			
Etablissement	n	%	n	%		
A	10	26,3	28	73,7	Oui	38
B	8	44,4	10	55,6	Oui	18
C	24	92,3	2	7,7	Oui	26
D	8	100	0	0	Oui	8
E	10	55,6	8	44,4	NR	18
F	8	66,7	4	33,3	NR	12

Chaque maternité a été traitée anonymement. C'est pourquoi, des lettres ont été utilisées pour les différencier.

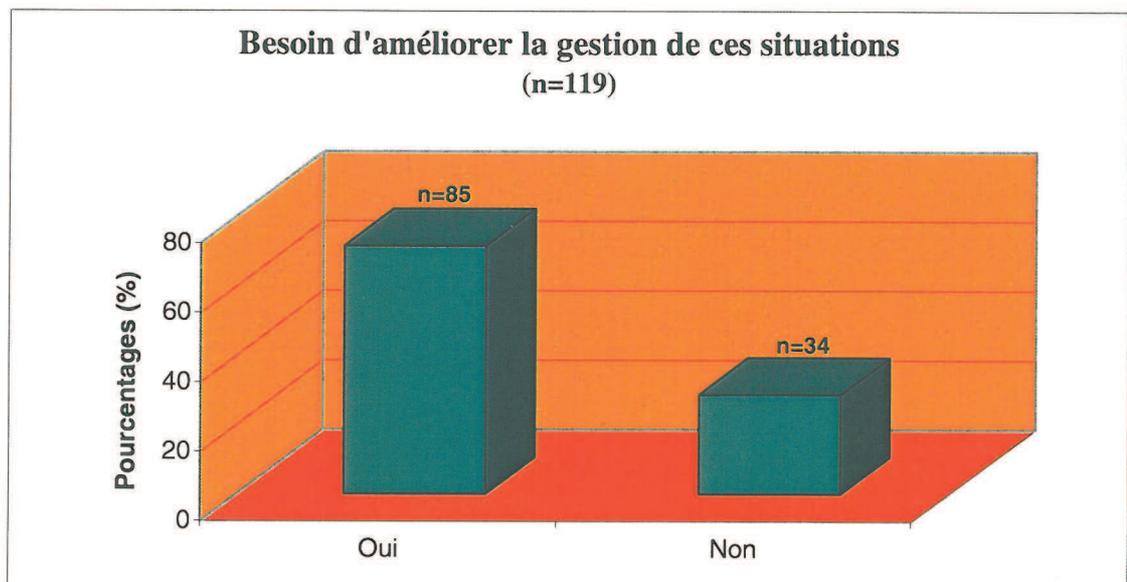
Une sous question a été posée aux professionnels ayant répondu oui, elle visait à connaître les moyens d'expression proposés dans la maternité.



Le taux de non réponse est de 8,8%(n=6).

Les sages-femmes ayant répondu « Autres », ont mis à l'unanimité l'équipe comme moyen d'expression présent dans la maternité.

Question 18, « Ressentez-vous le besoin d'améliorer votre gestion de ces situations ? »

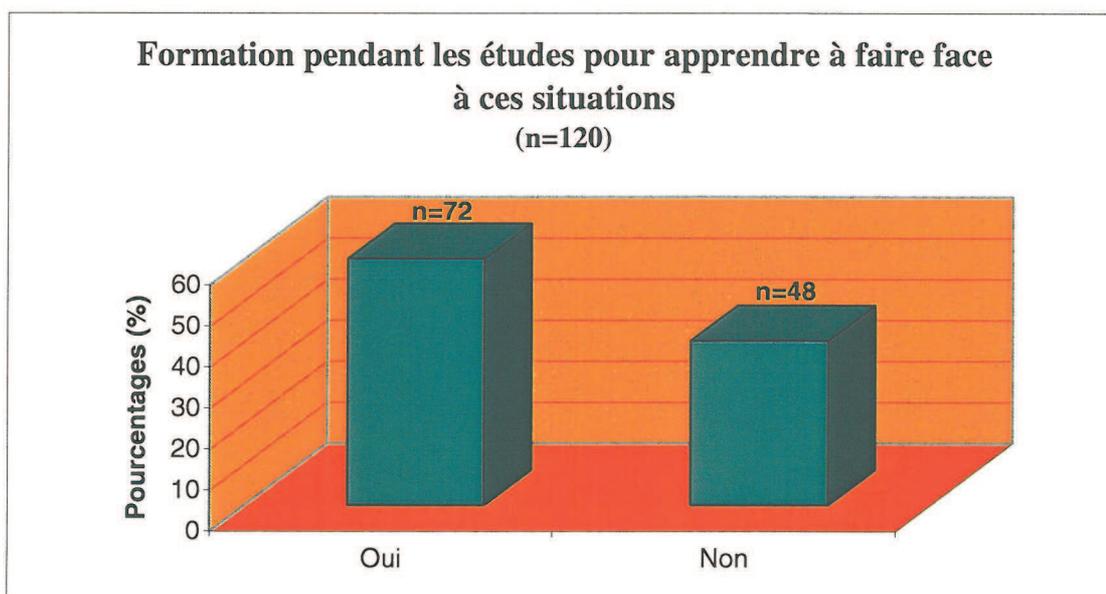


Le taux de non réponse est de 3,3% (n=4).

Comportement	Besoin de s'améliorer (n=118)			
	OUI		NON	
	%	n	%	n
<i>Adapté</i>	22	26	24	28
<i>Difficile</i>	30	35	1,7	2
<i>Insatisfaction</i>	15	18	0,8	1
<i>Autres</i>	4	5	2,5	3
<i>total</i>	71	84	29	34
<i>chi 2</i>	p<0,001			

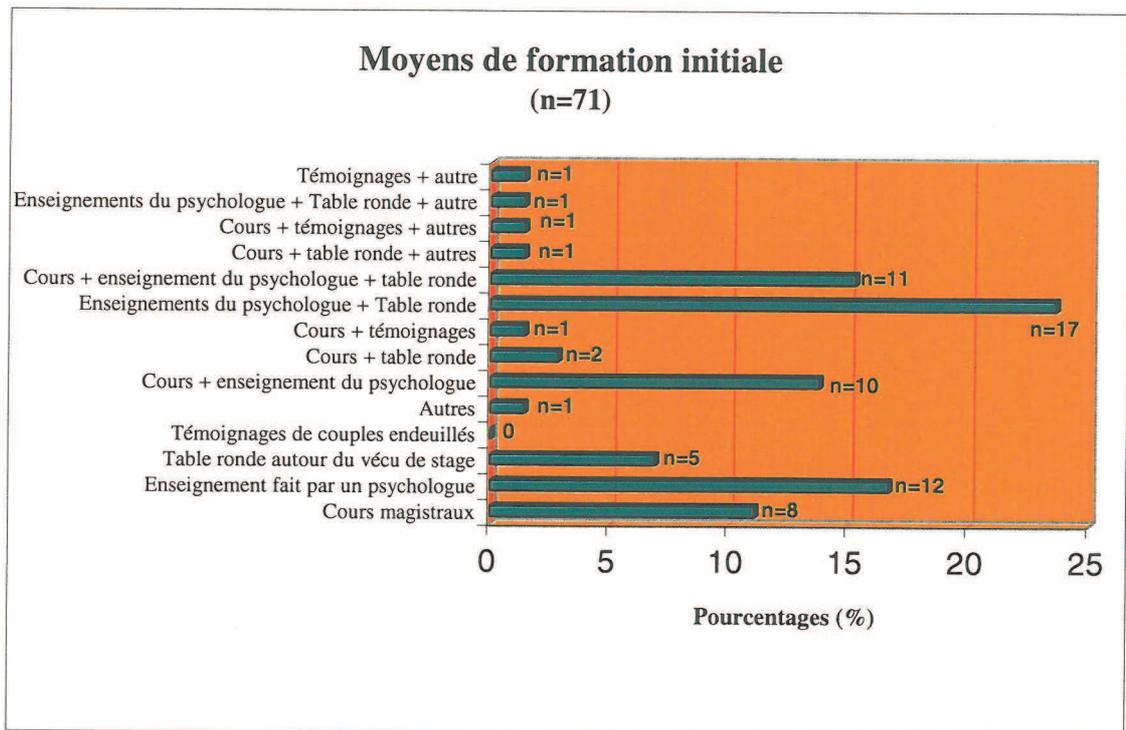
3. Moyens de formations pour faire face à ces situations

Question 1, « Avez-vous reçu une formation durant vos études pour apprendre à faire face à ces situations ? »



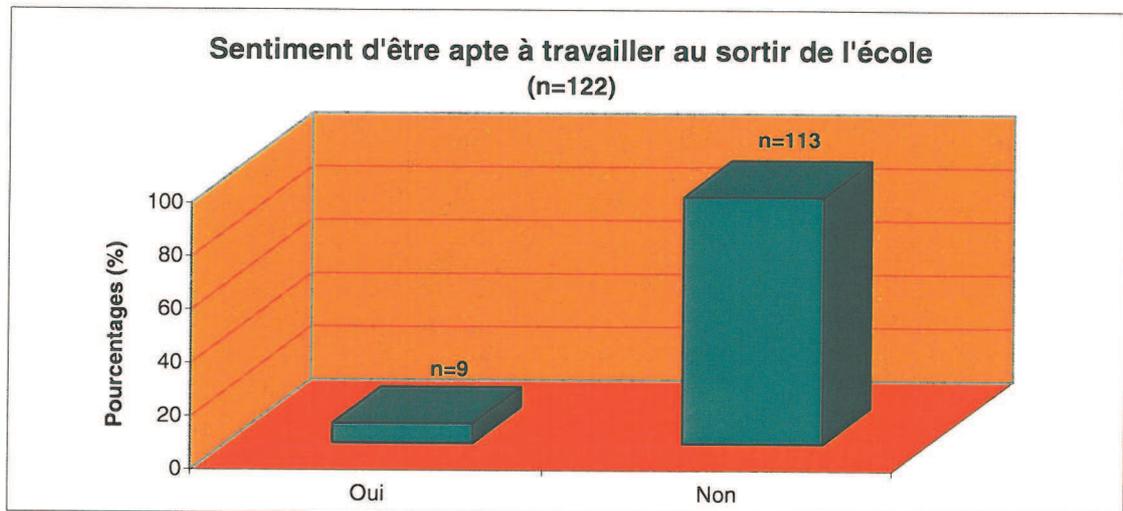
Le taux de non réponse est de 2,4% (n=3).

Une sous question s'adressait aux sages-femmes ayant répondu oui. Elle cherchait à connaître les moyens de formations dont elles avaient bénéficié durant leurs études. Plusieurs réponses étaient possibles.



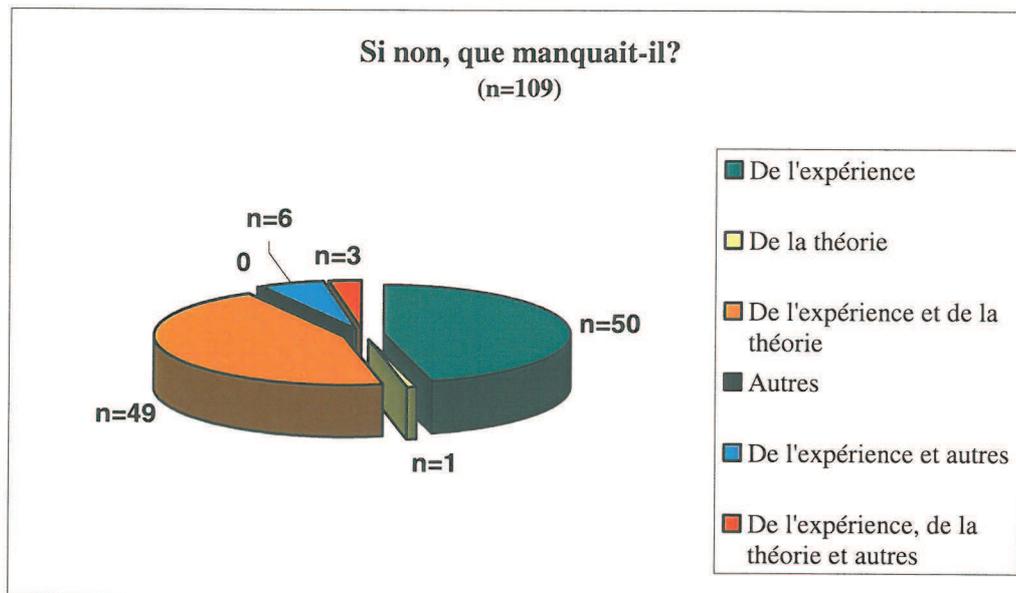
Une non réponse pour cette question.

Question 2, « Avez-vous le sentiment qu'au sortir de l'école vous étiez apte à prendre en charge ces couples ? »



Une non réponse pour cette question.

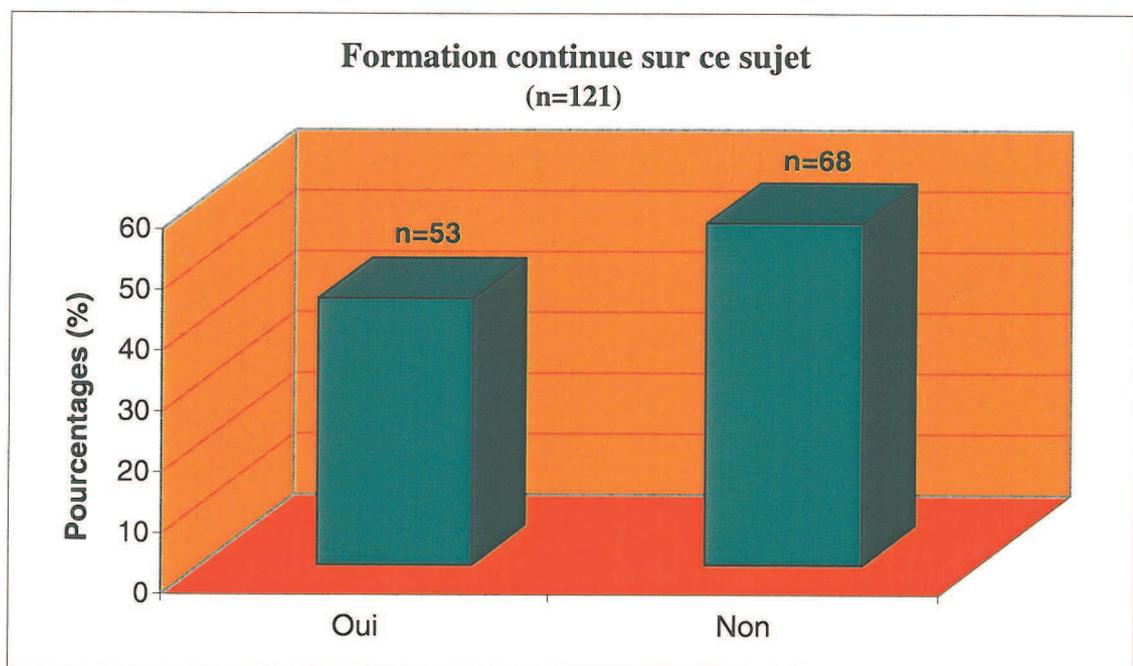
Formation pendant les études	Apte au sortir de l'école	
	Oui	Non
Oui	9	63
Non	0	48
Chi2	p=0,011	



Le nombre de non réponses est de 4.

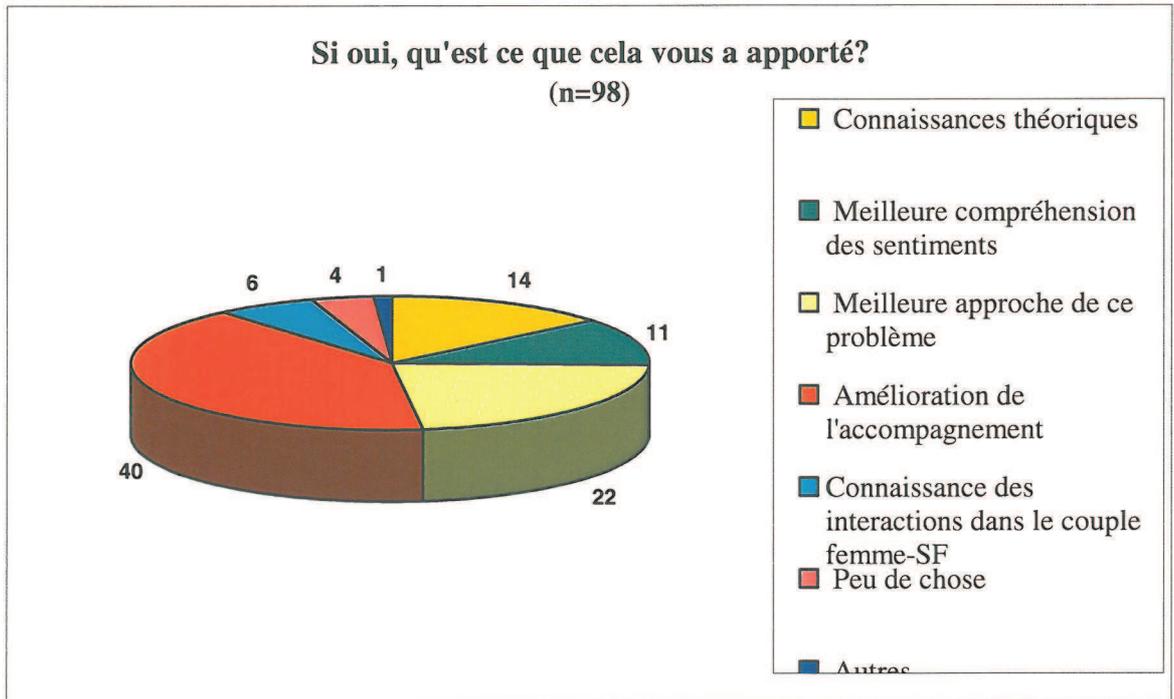
Les autres raisons citées par les sages-femmes (n=9), sont, entre autre, le manque de maturité (n=5), une absence de formation sur le deuil (n=4).

Question 3, « Avez-vous eu, lors de votre exercice professionnel, des formations sur ce thème ? »



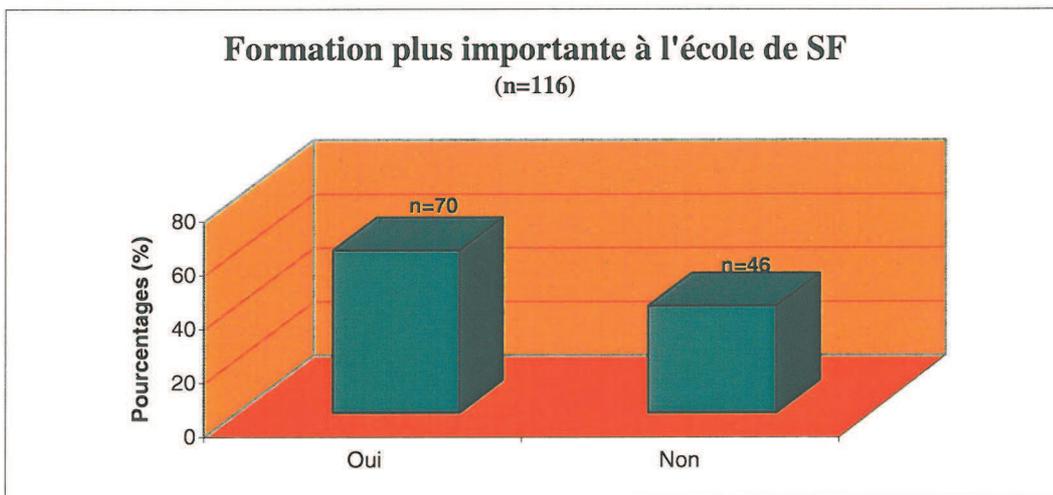
Le nombre de non réponses est de 2.

Une sous question s'adressait aux professionnels ayant répondu oui. 3 n'ont pas répondu. Plusieurs réponses étaient possibles.



4. Les souhaits des sages-femmes

Question 1, « Une formation plus importante sur ce sujet à l'école de sage-femme ? »



7 sages-femmes n'ont pas répondu à cette question.

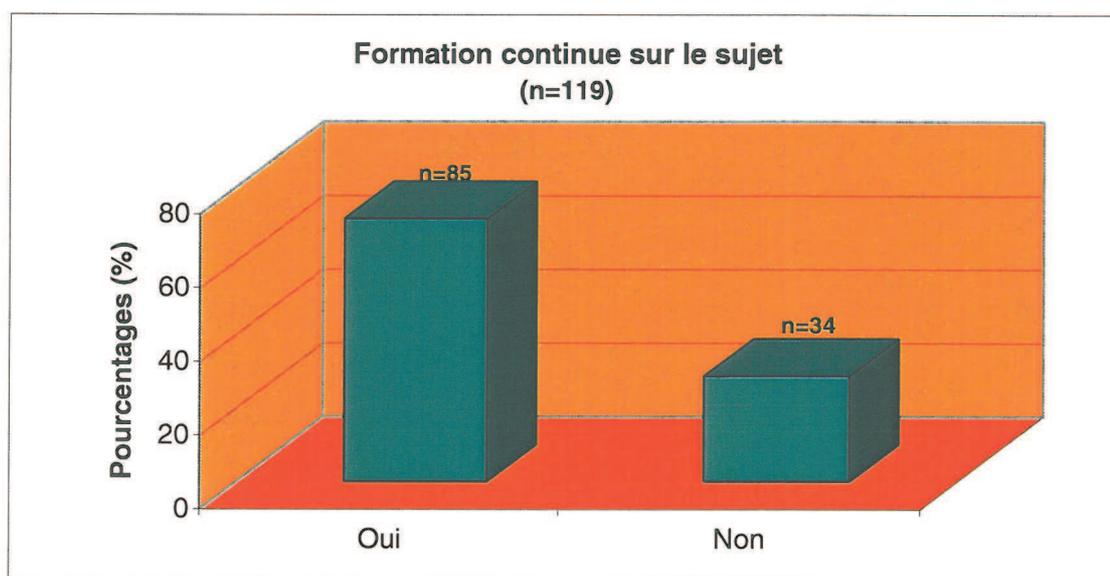
61% (n=43) des personnes interrogées se sont prononcées sur la forme que devrait prendre cette formation, et leurs points de vue se recourent :

-21% (n=9) souhaitent des *cours de psychologie interactifs*,

-30% (n=13) souhaitent des *rencontres avec les familles endeuillées*

-19% (n=8) souhaitent des *moments de partage* avec des sages-femmes de différentes maternités pour voir les différentes prise en charge qui existent.

Question 2, « Une formation continue sur le sujet ? »

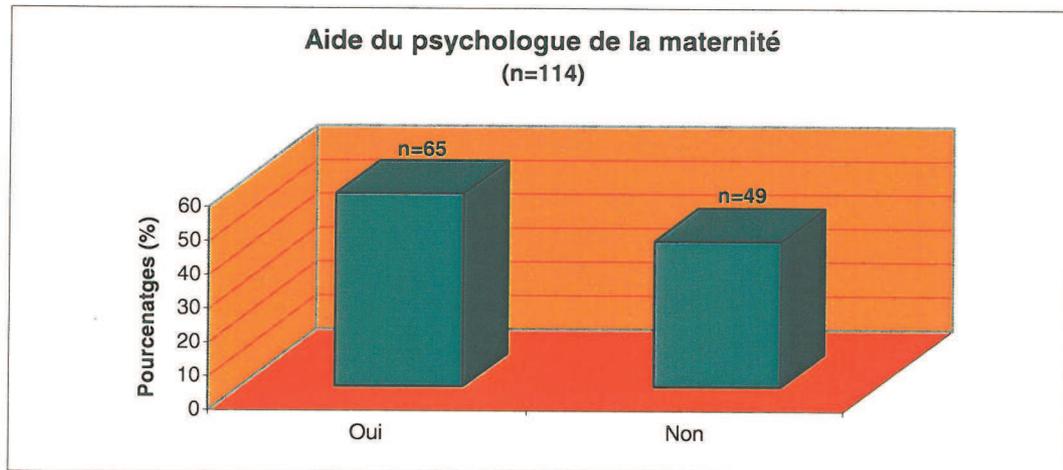


Le taux de non réponses est de 3,3% (n=4).

56,4% (n=48) des personnes interrogées se sont prononcées sur la forme que devrait prendre cette formation, et leurs points de vue se recourent :

-56% (n=27) souhaitent des *temps de parole réguliers* avec l'équipe et le psychologue de la maternité.

Question 3, « Une aide de la part du psychologue de la maternité ? »



9 personnes n'ont pas répondu à cette question.

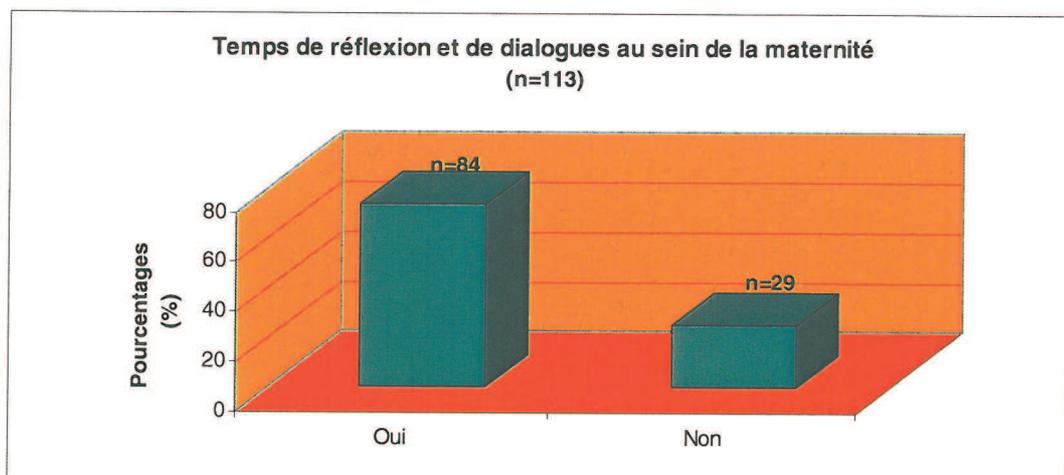
Sur la forme que devrait prendre cette formation, là encore les points de vue des professionnels se rejoignent. 67,6% (n=44) de la population interrogée a répondu.

Les principales réponses peuvent se regrouper :

-34% (n=15) souhaitent des *tables rondes* animées par le psychologue du service régulières.

-41% (n=18) souhaitent pouvoir bénéficier d'entretien individuel, si besoin est.

Question 4, « Des réunions ou du temps de réflexion et de dialogues collectifs, au sein de la maternité ? »



Le taux de non réponses est de 8,1% (n=10).

Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité :
enquête auprès de 123 sages-femmes

ERRATUM

A la *page n°48*, dans la partie concernant la population étudiée, il est dit que la population de sage-femme en France comporte 8% d'hommes, or, il y en a 1,7%. De ce fait notre population comporte un pourcentage d'homme plus important que la population de sage-femme en France.

Veillez m'excuser de cette erreur.

Merci de votre compréhension.

Discussion

Les sages-femmes sont les interlocuteurs privilégiés des couples lors des situations difficiles que sont la MFIU, l'IMG et l'échec de réanimation. Elles sont donc confrontées à des événements dramatiques dans leur activité professionnelle. Deux hypothèses en découlent :

- Le vécu de ces situations est difficile pour les sages-femmes
- Le développement d'outils est nécessaire pour la gestion des vécus en situation professionnelle.

Notre étude a été menée auprès de 123 sages-femmes de Haute-Normandie travaillant en milieu hospitalier (public et privé).

1. La population étudiée

La population de sages-femmes ayant répondu à l'enquête est à peu près représentative pour l'âge et le sexe d'un échantillon modèle de sages-femmes de France. En effet, notre échantillon comporte une majorité de professionnels (n=80, 65%) qui se situent dans la classe d'âge 20-35 ans. Cela s'explique par le fait, que seules les sages-femmes hospitalières ont été interrogées, puisqu'elles sont en moyenne plus jeunes que celles travaillant dans d'autres secteurs (PMI, libéral).(52) De même, le rapport homme/femme est respecté, puisque, en France, il y a 8% d'hommes et il y en a 7% dans notre population (51).

La répartition des sages-femmes selon le secteur public ou privé des maternités en France est inégale. 75% des sages-femmes travaillent dans le public, contre 25% dans le secteur privé (51). Cette inégalité de répartition est accentuée dans l'enquête puisque 105 (85%) des professionnels interrogés travaillent dans le secteur public.

Pour ce qui est de l'étude, nous pouvons regretter que l'échantillon sur lequel elle a porté ne soit pas assez important. Mais aborder un tel sujet, peut s'avérer délicat pour les sages-femmes, et certaines n'ont peut-être pas souhaité répondre au questionnaire. D'autre part, nous constatons que la majorité de nos résultats proviennent des niveaux 2 et 3, cela peut s'expliquer par le fait qu'il y a plus de maternité de ces niveaux en Haute-Normandie que de maternité de niveau 1.

2. La formation des sages-femmes

La prise en charge des couples quelles que soient les situations nécessite une formation. Elle se fait à l'école de sage-femme durant les 4 années d'étude. Elle est à la fois théorique et pratique, grâce aux stages. Seulement 60% (n=72) des sages-femmes interrogées reconnaissent avoir eu une formation pendant leurs études.

Pour 24% (n=17) des professionnels ayant bénéficié d'une formation, celle-ci a consisté en des enseignements faits par un psychologue et des tables rondes. Pour 17% il s'agit d'un enseignement fait seulement par le psychologue, et pour 14% (n=10), des cours se rajoutent, aux enseignements du psychologue.

En ce qui concerne la **formation initiale**, seules 9 des sages-femmes qui ont reçu une formation pendant leurs études, se sentaient aptes à prendre en charge ces situations au sortir de l'école, contre 63 qui n'avaient pas le sentiment de l'être. Ce sentiment est le même pour les professionnels qui n'ont pas reçu de formation. Ces résultats sont significatifs ($p=0,011$).

Plusieurs hypothèses sont à envisager :

- la formation n'était pas adaptée.
- les étudiants n'étaient pas assez matures pour accueillir cette formation, pour pouvoir en bénéficier pleinement.

Néanmoins, la formation ne s'arrête pas à l'école, elle doit être **continue**, et se faire tout au long de la carrière. De nombreuses formations sont organisées sur ce thème tous les ans. Dans notre population, seules 43,1% (n=53) des sages-femmes ont pu bénéficier d'une de ces formations. Pourtant l'apport est non négligeable : pour 40 de ces sages-femmes, cela a permis une amélioration de l'accompagnement, pour 22 d'entre elles une meilleure approche du problème.

La faible participation des sages-femmes à ces formations est d'autant plus à déplorer que 71,4% (n=85) d'entre elles souhaitent s'améliorer.

Dans le questionnaire nous leur avons demandé comment elles évaluaient leur comportement dans ces situations, afin de savoir, s'il y a un besoin de formation. 47% trouvent leur comportement adapté. Paradoxalement, 22% pensent que même si leur comportement leur semble adapté, elles ont besoin de s'améliorer. Au total, 71% (n=84) souhaitent s'améliorer, contre 29% (n=34) qui ne le jugent pas nécessaire et ce, même si

elles sont insatisfaites de leurs accompagnements dans ces situations difficiles (2,4%, n=3). Ces résultats sont significatifs ($p < 0,001$).

Nous leur avons demandé ce qu'elles souhaitaient pour améliorer la gestion de ces situations, pour qu'elles en aient un meilleur vécu. Pour certaines, cela passe par une formation complémentaire, pour d'autres par une formation initiale différente, pour d'autres encore, par des moyens d'expression, ou bien encore par une aide de la part des professionnels de la maternité. Il est donc important, que ces professionnels aient le moyen de se former.

3. Le vécu des sages-femmes

3.1 Nécessité de partager

Parmi les aides qu'il est possible de leur apporter, une des plus importantes, est le soutien des collègues. En effet, lorsque le couple est reparti (de salle de naissance, du service), le besoin de partager le ressenti avec l'équipe est nécessaire pour 85,2% des sages-femmes. Pour 48 d'entre elles, ce sera avec leur collègue de garde, et pour 30 autres ce sera avec l'équipe au sens large. Il faut cependant noter que parmi les autres, il y a 50% (n=9) des professionnels qui préfèrent en parler avec leur entourage familial en rentrant chez eux.

D'autres moyens d'expression, de partage peuvent être présents dans les maternités, comme des entretiens avec le psychologue, des tables rondes autour de ces sujets douloureux. 56,7% des sages-femmes ont des moyens pour s'exprimer dans leur maternité, dont 61,2% (n=38) qui ont la possibilité d'avoir des entretiens à la demande avec le psychologue du service, mais pour 22,6% (n=14), c'est l'équipe qui est encore citée.

De retour chez eux, 69% des professionnels ont besoin de partager, avec leur entourage. Partager avec les proches, permet de se ressourcer et aide à relativiser la situation, pour 44 sages-femmes. Pour 34 professionnels, c'est « un partage d'expérience », et pour 29 cela « leur permet de sortir de l'isolement dans lequel elles ont l'impression de se trouver ». A l'inverse, pour certaines sages-femmes, ce n'est pas l'envie de partager avec leur proches qui manque, mais pour 11 d'entre elles, c'est la peur de choquer, et pour 5, c'est la peur de ne pas être comprises qui les en empêche. Et

22 ne souhaitent pas en parler, car elles ne veulent pas mélanger la vie privée et la vie professionnelle.

Au final, après la prise en charge d'un couple qui se trouve dans une de ces situations, la quasi totalité de notre population aura partagé son vécu à la maternité et/ou à la maison.

Le vécu de ces situations a donc un impact sur la vie privée des sages-femmes. Beaucoup de sentiments se mêlent lors de ces rencontres avec les couples.

3.2 Les sentiments ressentis

Nous avons demandé aux sages-femmes de donner leur sentiment dominant, pour chaque situation (MFIU, IMG et échec de réanimation) et en présence des couples vivant ces situations. Beaucoup, ont répondu en cochant plusieurs réponses, ce qui est malheureusement inexploitable. En effet pour les sentiments ressentis en cas de MFIU, il y a 23% de réponses multiples, en cas d'IMG, 18%. Pour les sentiments en présence des couples, les taux de réponses multiples sont globalement les mêmes. Il aurait été préférable de leur demander de classer les sentiments ressentis.

Les sentiments ressentis sont différents d'une situation à une autre. En ce qui concerne la MFIU, c'est le sentiment d'impuissance qui est le plus souvent retrouvé (46,5%), puis vient l'injustice (27%). Cependant, il ne faut pas oublier que la mort fait partie de la vie et qu'elle est inéluctable. De ce fait elle doit être reconsidérée pour ne plus être vécue comme un échec. (23, 27) De plus, la MFIU est d'autant plus difficile à accepter qu'il s'agit d'un deuil particulier (5). Elle concerne un enfant qui de surcroît est décédé avant d'avoir vu le jour, ce qui bouleverse la logique de la vie. Parallèlement, il y a toujours le risque que la sage-femme s'identifie à cette femme en deuil puisqu'elle est avant tout une femme et souvent une mère. Ce qui est le cas pour 59% de notre population.

En ce qui concerne l'échec de réanimation, il y a eu peu de réponses, et 28,5% étaient multiples. Nos données ne sont donc pas significatives. De plus, peu de données sont disponibles, peu de nouveau-nés décèdent en salle de naissance, la plupart du temps, cela se passe en service de réanimation néonatale. Nous pouvons néanmoins noter que dans notre population, différents sentiments ressortent en cas d'échec de réanimation, l'impuissance et la culpabilité pour 20% (n=8), la frustration ainsi que la révolte pour 15% (n=6).

La sage-femme peut avoir à annoncer la mort d'un fœtus in utero, ce qui a déjà concerné 72 des professionnels (60%), ou bien encore, elle peut avoir dépisté une malformation, en faire part au couple et être présente, le soutenir lorsque le diagnostic est annoncé par le médecin. Elle est présente, pour le couple, tout au long du chemin du deuil.

En salle de naissance, elle l'accompagne, tout le temps du travail et de l'accouchement. Le sentiment qui prédomine est la compassion en cas de MFIU et d'IMG, retrouvé respectivement à 62% et à 55%. La prise de recul semble plus ardue pour la MFIU que pour l'IMG. Ce sentiment est revenu 21 fois pour l'IMG contre 11 fois pour la MFIU. Cela s'explique par le fait que l'IMG, bien que difficile, est un choix, une décision prise par les parents et le corps médical. Si une IMG est pratiquée c'est qu'une anomalie ou une maladie a été dépistée et que cette anomalie ou maladie est incurable au moment du diagnostic.

A l'opposé, la MFIU survient de manière inopinée, et le plus souvent sans signe avant coureur.

Dans ces deux cas, la sage-femme ressent de la tristesse pour le couple.

Dans ces situations difficiles pour les couples, la sage-femme doit les accompagner, les aider à accueillir cet enfant. Tout cela, dans le but de les aider à commencer leur deuil. La femme doit comprendre qu'elle devient mère, même si cet enfant n'est pas.(24)

Pour 32% des sages-femmes, leur rôle est d'accompagner ce couple pour lui permettre d'accueillir son enfant le mieux possible, et pour 30% d'entre elles, c'est d'accompagner les parents tout au long du séjour. Chacune essaie d'être auprès du couple, soit en manifestant une présence attentive, soit en essayant d'établir une relation d'aide et de confiance.

Une autre partie de l'accompagnement réside dans le fait de présenter cet enfant sans vie à ses parents. Certains refusent, d'autres acceptent de le voir. Le rôle de la sage-femme n'est pas de les forcer, mais de respecter leur décision. Présenter un enfant sans vie, n'est pas évident, d'autant plus si l'état de l'enfant ne le permet que difficilement (enfant macéré, anasarque...).(24)

Parmi les professionnels interrogés, seuls 17% (n=20) éprouvent des difficultés à présenter l'enfant. La peur de laisser déborder ses émotions, ne pas savoir comment se comporter face aux émotions des parents et l'état de l'enfant à la naissance sont autant

de raisons évoquées. Même si les professionnels trouvent ces moments pénibles, leur importance pour les parents est telle que cela passe en arrière plan.

Etre auprès de ces couples, peut être malaisé, il n'est pas toujours facile de trouver quoi dire, quoi faire. Parfois, il faut s'éloigner, prendre du recul pour souffler. Il ne faut pas s'imposer, ne pas se sentir obligé de rester, tout en sachant se montrer disponible pour eux. Le besoin de s'éloigner est retrouvé chez 48% des professionnels.

Une fois le couple parti, la pression diminue, différents sentiments peuvent alors être observés, une envie de pleurer, un sentiment de solitude et ce d'autant plus si l'équipe est absente, du soulagement ou bien encore une volonté de ne plus y penser. Par ailleurs, 6% des sages femmes interrogées ont exprimé librement leur sentiment d'avoir fait ce qu'il fallait.

Si durs soient-ils, ces moments sont plus faciles à vivre, pour les professionnels s'ils se sentent accompagnés, soutenus par l'équipe. Pourtant, dans notre population, il y a 34% (n=42) des sages-femmes qui ne se sentent pas bien accompagnées dans leur service.

Bien que ces situations soient pénibles à vivre pour elles, aucune n'essaie de fuir. Elles prennent leur rôle à cœur, à savoir, accompagner ces couples qui souffrent de la perte de leur enfant. La majorité des sages-femmes essayent de se rendre disponibles afin de pouvoir les écouter, et ce même si une garde chargée ne leur laisse que peu de temps.

De plus, même si le positionnement face aux couples peut être délicat, aucun des professionnels interrogés ne se réfugie derrière la technique du travail, et très peu d'entre eux essaient de combler tous les silences par la parole (9,8%, n=12).

A contrario, il ne faut pas minimiser l'impact que ces rencontres ont sur ces professionnels. Beaucoup d'entre eux, vivent ces moments difficilement, et cela peut influencer sur leur vie privée : 69% (n=84) ont besoin de partager leur vécu, leur ressenti avec leur proches. Pour certains, c'est le seul moyen de se ressourcer, de réussir à prendre du recul.

Les résultats de notre enquête montrent qu'effectivement, « Le vécu de ces situations est difficile pour les sages-femmes ». Notre première hypothèse se trouve validée.

Il faut donc impérativement développer des moyens pour que ces professionnels puissent vivre ces situations le moins mal possible.

4. Les moyens d'expressions

Se préparer à vivre ces situations n'est pas simple, puisque chaque couple, chaque histoire est différente, mais savoir les appréhender le mieux possible, le faire en équipe et savoir qu'il y a des possibilités pour reparler de ces situations peut rendre les choses moins dures.

Dans un grand nombre de maternités, des moyens d'expression existent. Mais, parfois, dans ces mêmes maternités, les sages-femmes ne sont pas informées des moyens dont elles peuvent bénéficier. Dans une maternité, par exemple, 74% des professionnels pensent qu'il n'y a rien de fait, qu'aucune aide ne leur est proposée.

Lors des entretiens, les cadres ont spécifié ce qui était fait pour les sages-femmes dans leur maternité. Ces dernières, peuvent trouver le soutien de l'équipe, du psychologue ; des tables rondes sont parfois organisées.

Une simple information permettrait de porter à la connaissance de ces professionnels ce qui est fait dans leur maternité.

Mais, apparemment, ce qui est fait ne suffit pas. En effet, une grande majorité des sages-femmes souhaitent améliorer leur prise en charge des couples.

Les résultats de notre enquête montrent que « Le développement d'outils pour la gestion de ces vécus difficiles en situation professionnelle est nécessaire ». Cela vient valider notre deuxième hypothèse.

Pour cela, plusieurs propositions peuvent être faites :

En ce qui concerne la **formation initiale**, nous leur avons demandé ce qui leur aurait manqué tout au long de leur cursus. Pour 45% (n=49) des professionnels interrogés, il leur manquait à la fois de la théorie et de l'expérience, et pour 46% (n=50) seule l'expérience manquait.

Des tables rondes permettraient aux étudiants de revenir sur le vécu de stage, de pouvoir partager leurs expériences, mêmes douloureuses. Des rencontres avec des professionnels, de diverses maternités, confrontés à ces situations pourraient donner un aperçu des différentes prises en charge : à la fois pour les couples et pour les professionnels. En effet, dans la littérature, nous retrouvons beaucoup de

Conclusion

Accompagner les couples touchés par la mort en périnatalité paraît pénible pour les sages-femmes, plus à l'aise à guider des évènements heureux.

Pour certaines, cela fait peur, tant les situations paraissent absurdes et illogiques. Pour d'autres, le sentiment d'échec se conjugue à l'impuissance. De plus, beaucoup compatissent au malheur des couples endeuillés dont elles s'occupent. Et enfin, pour certaines, dissocier la vie privée et la vie professionnelle s'avère être, dans ces moments, difficile.

Malgré tout, le rôle de la sage-femme auprès de ces couples est fondamental puisque c'est elle qui les accompagne. Ces professionnels ont donc, à faire face à ces situations douloureuses, et à gérer leurs émotions ainsi que celles des couples.

Les sages-femmes aussi ont besoin de soutien. Il semble donc important qu'elles soient préparées au cours de leurs études à appréhender ces situations d'un point de vue théorique mais aussi pratique par le partage d'expériences.

Il est aussi nécessaire que les sages-femmes qui en ressentent le besoin puissent être soutenues par leur équipe et par le psychologue de la maternité chaque fois que la situation se présente.

Les professionnels souhaitent pouvoir avoir accès à des formations sur ce thème.

Ces solutions sont à encourager partout, même si elles ne résolvent pas tous les problèmes. De plus, il semble important que les sages-femmes qui se sentent impliquées, demandent et favorisent elles-mêmes de telles mesures. Elles seules connaissent leur limites et savent de ce dont elles ont besoin.

Si, le ressenti restera toujours personnel, car lié à l'histoire propre de chaque sage-femme, ces mesures devraient contribuer à l'amélioration du vécu de ces situations.

Bibliographie

LIVRES

1. AUTHIER-ROUX (F) - Ces bébés passés sous silence - Bonchamp-les-Laval – Érès - 1999 - 68 pages - Mille et un bébés
2. BEAULIEU M-B - L'accompagnement au quotidien : l'aide-soignant face aux souffrances et aux deuils - Paris - Masson – 2007 -103 pages.
3. CLERGET J. - Mort D'un Bébé, Deuil Périnatal - Bonchamp-les-Laval – Érès – 2004 – 174 pages
4. CZERNICKOW.P – Epidémiologie – PARIS -Masson-2001- 443 pages
5. FRYDMAN R ; dir. FLIS-TREVES M - Mourir avant de n'être – colloque GynécologieI PSYchologie - Paris : Odile Jacob - 1997. - 192 pages.
6. GARNIER-DELAMARE – Dictionnaire des termes technique de médecine – PARIS – Maloine – 1997 – 1095 pages
7. GELIS J. – La sage-femme ou le médecin – Mesnil-sur-l'Estrée – Fayard – 1988 – 560 pages
8. GELIS J. – L'arbre ou le fruit – Evreux – Fayard – 1984 – 611 pages
9. Petit Larousse - Dictionnaire - Malesherbes - Maury - 2006 - 1855 pages
10. LEJEUNE V - CARBONNE B - Fausses couches et morts fœtales - Paris - Masson - 2007 - 222 pages.
- 11.SEGURET S – Le bébé du diagnostic prénatal – Mille et un bébés – Bonchamp-les-Laval – Eres – 2003 – 120 pages

23. KNAPCZYK (C) – Comment accompagner les aînés ? - « LES DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE » - 1997 – n°247 – p14 à 30

24. LAFFY (A) – La mort fœtale : de l'annonce au deuil - « LES DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE » - 1999 – n°274 – p 52 à 56

25. LEGROS JP. - « Les sages-femmes ont aussi la capacité d'accompagner la mort » - « PROFESSION SAGE-FEMME » - 2006 – n°128 – pages 36-38

26. PARTOUCHE M – Le deuil, aujourd'hui - « L'INFIRMIERE MAGAZINE » - 2002 - n° 176. - pages 34-39

27. PORTOLANO C. - Appréhender et gérer les situations de deuil - « LES DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE » - 1997 - vol. 24, n° 247 - pages 2-3

28. PROTAIN (T) – La venue au monde dans les sociétés traditionnelles « PROFESSION SAGE-FEMME » - page 42-43

29. RIOUFOL M-O - Le soignant face à la perte, au deuil, au chagrin dysfonctionnel - « CAHIERS DE KINESITHERAPIE » - 2005 - n° 44-45 - pages 66-67

30. ROUSSEAU P. - Les différentes phases du processus de deuil – « LES DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE » - 1997 - vol. 24, n° 247 – pages 4-6

31. VENDITTELLI F., RIVIERE O., CRENN-HEBERT C., CLARIS O., TESSIER V., PINQUIER D., TEURNIER F., LANSAC J., MARIA B. – Réseau sentinelle Audipog 2004-2005. Partie 1 : résultats des principaux indicateurs périnataux « GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET FERTILITE » – 2008 – 36 – p 1091 à 1100

TEXTES OFFICIELS

32. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme

33. Décret – n°2008-800 – 20 août 2008 – relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil

34. Arrêté – 20 août 2008 – relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie.

35. Arrêté – 20 août 2008 modifiant l'arrêté du 1er juin 2006 fixant le modèle de livret de famille

36. Circulaire – n°2009 – 182 – 19 juin 2009 – relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus.

MEMOIRES

37. LELIEVRE F : Le personnel soignant face à l'IMG - Mémoire de l'Ecole de Sages-Femmes de Rouen – 1996

38. PAYEN DE LA GARANDERIE H : La sage femme face à la Mort Fœtale In Utero en salle de naissance – Mémoire de l'Ecole de Sages-Femmes de Rouen – 2000.

39. PIOLE N : La formation des sages-femmes à l'accompagnement du deuil périnatal - mémoire école de sage-femme de Nantes - 2009

AUTRES SOURCES

40. www.aurore-perinat.org/doc/File/CPAM%20Avril%202008.pdf consulté en septembre 2009

41. http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=ESLM&ID_NUMPUBLIE=ESLM_119&ID_ARTICLE=ESLM_119_0147 consulté en juin 2009

42. www.croix-saint-simon.org/.../le-deuil-perinatal-a-livres-ouverts.html consulté en juin 2009

43. www.droit.org/jo/20020305/MESX0100092L.html consulté en septembre 2009
44. www.eclec-tic.blogspot.com/2006/05/il-faut-en-plus-enseigner-les-valeurs.html
45. www.espace-ethique.org/fr/documents/dossier1.pdf consulté en juin 2009
46. www.insee.fr/fr/insee_regions/haute-normandie/themes/bil_bilan_demographique_2007.pdf consulté en octobre 2009
47. www.insee.fr/fr/insee_regions/hautenormandie/themes/dossiers/bilan2008/bil_bilan_demographique_2008.pdf consulté en octobre 2009
48. www.lesjta.com/article.php?ar_id=805 consulté en août 2009
49. www.liberation.fr/societe/010129372-les-enfants-morts-nes-pourront-etre-declares-a-l-etat-civil consulté en octobre 2009
50. www.masef.com/scores/bornoutsyndromeechellelbi.htm consulté le 8 mars 2009
51. www.ordre-sages-femmes.fr/pro/exoprof/proexointro.htm consulté en octobre 2009
52. www.petiteemilie.org/index.php?option=com_content&task=section&id=4&Itemid=88 consulté en juin 2009
53. www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/santepop2007.htm consulté en octobre 2009
54. www.statistiques-mondiales.com/ consulté en août 2009
55. www.webmanagercenter.com/management/article-79499-natalite-828-400-naissances-en-france-en-2008-en-hausse-de-1-2-par-rapport-a-2007 consulté en octobre 2009

Annexe

Annexe I

Questionnaire

Etudiante sage femme en 4^{ème} année, je réalise un travail sur le vécu des sages femmes face à la mort en périnatalité. Ce travail est basé sur un questionnaire, je me permets de vous solliciter. Je sais que votre emploi du temps est chargé, merci d'y consacrer quelques minutes.

Charlotte Morin

I .RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Etes-vous : une femme un homme
2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
 20-35 ans 36-50 ans 51-65 ans
3. Etes-vous : célibataire en couple
4. Avez vous des enfants ?
 oui
 non
5. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?.....
6. Dans quel établissement travaillez-vous ?.....
7. Existe-t-il un protocole pour prendre en charge ces situations :

	MFIU	IMG	échec de réanimation
-Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. LA SAGE FEMME FACE A LA MORT EN PERINATALITE

1. Avez-vous déjà été confronté(e) à la prise en charge de ces situations : (cocher les situations rencontrées)
 - Mort fœtale in utero
 - Interruption médicale de grossesse
 - Réanimation d'un nouveau né aboutissant à la mort de celui-ci
2. Combien de fois y avez vous été confronté(e) ?

	MFIU	IMG	échec de réanimation
-jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-1 à 3 fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
->3 fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Avez-vous déjà été confronté(e) à titre personnel, vous ou votre entourage, à ces situations ?
- oui
 - non

4. Avez-vous déjà eu à annoncer la mort d'un fœtus in utero ?
- oui
 - non

5. Qu'avez-vous ressenti face à cette ou à ces situations ? (donner **la réponse** dominante pour chacune des trois situations)

	MFIU	IMG	échec réanimation
-culpabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-révolte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-acceptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-frustration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-impuissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-injustice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-détachement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-autre ; précisez :			

6. Quels sont vos sentiments en présence des couples vivant ces situations ? (donner **la réponse** dominante pour chacune des trois situations)

	MFIU	IMG	échec réanimation
-désarroi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-compassion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-identification	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-avec du recul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-autre ; précisez :			

7. Selon vous, quel est votre rôle principal auprès de ces couples ?

- Manifester une présence attentive.
- Veiller au bon déroulement technique du travail dans le cadre du protocole.
- Permettre aux parents d'accueillir leur enfant le mieux possible.
- Etablir une relation d'aide et de confiance
- Accompagner les parents jusqu'au bout de la démarche.
- Autres ; précisez :

8. Face au couple en difficulté :

-ressentez-vous, parfois le besoin de vous esquiver ?

- oui
- non

-Avez-vous tendance à combler, par la parole, tous les silences ?

- oui
- non

9. Vous sentez-vous disponible pour les écouter ?

- oui
- non

Si non,
pourquoi ?.....

10. Vous sentez-vous obligé(e) de rester en permanence auprès du couple ?

- oui
- non

Si oui, quelles sont les raisons qui vous poussent à
rester ?.....

11. Quel est votre sentiment face à votre comportement ?

- Adapté : bonne gestion de vos émotions.
 - Difficile ; sensibilité forte et difficultés dans ces situations.
 - Insatisfaction : accompagnement lacunaire et souhait de l'améliorer.
 - Autres ; précisez :

12. Avez-vous des difficultés à présenter l'enfant décédé à ses parents ?

- oui
- non

pourquoi ?.....

13. Vous sentez vous accompagné(e) dans votre service pour la prise en charge de ces couples ?

- oui
- non

14. Une fois le couple parti, que ressentez-vous ? (donnez **votre sentiment** dominant)

- Du soulagement
- Un malaise
- Envie de pleurer
- Volonté de ne plus y penser
- Tristesse
- Sentiment de solitude

15. A ce moment là, ressentez-vous la nécessité de partager ce que vous avez ressenti ?

- oui
- non

Si oui, avec qui ?

- Avec un(e) collègue
- Avec l'équipe
- Avec un psychologue du service

Si non, pourquoi ?

- Vous n'en ressentez pas le besoin
- Vous préférez attendre d'être rentré chez vous pour en parler avec un proche.

16. Abordez-vous ce sujet professionnel avec votre entourage ?

oui

non

Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

Vous désirez partager votre expérience

Vous espérez que cela vous aide à réfléchir sur vous même.

Vous voulez sortir de votre isolement par rapport à cette situation.

Vous voulez vous ressourcer et relativiser la situation.

Autres ; précisez :

Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

Vous n'en ressentez pas le besoin.

Vous pensez qu'ils ne vous comprendraient pas.

Vous avez peur de les choquer.

Vous ne voulez pas que votre vie professionnelle interfère avec votre vie privée.

Vous ne voulez pas enfreindre le secret professionnel.

Autres ; précisez :

17. La maternité dans laquelle vous travaillez vous offre-t-elle des moyens pour vous exprimer ?

oui

non

Si oui, lesquels ?

Groupe de parole régulier

Entretien à la demande avec un psychologue du service

Autres ; précisez :

18. Ressentez-vous le besoin d'améliorer votre gestion de ces situations ?

oui

non

III. MOYENS DE FORMATIONS POUR FAIRE FACE A CES SITUATIONS.

1. Avez vous reçu une formation durant vos études pour apprendre à faire face à ces situations ?

oui

non

Si oui, sous quelle forme vous a-t-elle été enseignée ? (plusieurs réponses possibles)

Cours magistraux.

Enseignement fait par un psychologue.

Table ronde autour du vécu de stage.

Témoignages de couples endeuillés

Autres ; précisez :

2. Avez vous le sentiment qu'au sortir de l'école vous étiez apte à prendre en charge ces couples ?

oui

non

Si non, que vous manquait-il ? (plusieurs réponses possibles)

De l'expérience.

De la théorie.

De l'expérience et de la théorie.

Autres ; précisez :

3. Avez-vous eu, lors de votre exercice professionnel, des formations sur ce thème ?

- oui
- non

Si oui, qu'est ce que cela vous a apporté ? (plusieurs réponses possibles)

- Des connaissances théoriques.
- Une meilleure compréhension de vos sentiments.
- Une meilleure approche de ce problème.
- Une amélioration de votre accompagnement.
- La connaissances des interactions entre le couple et la sage femme.
- Peu de chose.
- Autres ;précisez :.....

IV. VOS SOUHAITS

1. Une formation plus importante sur ce sujet à l'école de sage femme ?

- oui
- non

Si oui, sous quelle forme ?

.....
.....
.....

2. Une formation continue sur ce sujet ?

- oui
- non

Si oui, sous quelle forme ?

.....
.....
.....

3. Une aide de la part du psychologue de la maternité ?

- oui
- non

Si oui, sous quelle forme ?

.....
.....
.....

4. Des réunions ou temps de réflexion et de dialogues collectifs, au sein de la maternité ?

- oui
- non

5. Vos remarques et vos suggestions :

.....
.....
.....
.....

Je vous remercie de votre collaboration

