



HAL
open science

Les sages-femmes en salle de travail face à l'IMG : enjeux et difficultés rencontrées

Marie Nguyen

► **To cite this version:**

Marie Nguyen. Les sages-femmes en salle de travail face à l'IMG : enjeux et difficultés rencontrées. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00724956

HAL Id: dumas-00724956

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00724956v1>

Submitted on 23 Aug 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : **13 avril 2012**

par

Marie NGUYEN

Née le 03/03/1988

**Les sages-femmes en salle de travail face à
l'IMG : enjeux et difficultés rencontrées**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme Deput-Rampon Camille

Sage-femme, Diagnostic Anténatal, Maternité de Port-Royal

CO-DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme Mesnil Nicole

Sage-femme formatrice, Ecole de Baudelocque

JURY :

Mr le Pr CABROL :

Directeur technique et d'enseignement

Mme LEMETAYER-DARTOIS :

Représentante de la directrice de l'école de sages-femmes Baudelocque

Mme COLLIOT-THELENE :

Sage-femme cadre

Mme BENJILANY :

Sage-femme

Mme MESNIL :

Co-directrice du mémoire, sage-femme enseignante

N°2012PA05MA25

ERRATUM

p.21 : 2.2 étude réalisée

La méthode du Focus Group nous a permis de réaliser une étude qualitative participative.

Annexe VII : Lorsque le corps est confié à l'hôpital, l'établissement réalisera une crémation.

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à ma directrice de mémoire, Camille Deput-Rampon et à ma guidante, Mme Mesnil, pour leur aide précieuse et leur soutien dans ce travail.

Je tiens également à remercier les sages-femmes ayant participé à mon étude pour leurs riches et sincères témoignages, ainsi que Elisabeth Belghiti, psychologue, pour son intérêt porté à mon travail et ses lumières...

Je remercie Cécile Betmalle et Sophie Parat, personnes ressources de mon travail, pour leur contribution.

Je remercie aussi le Professeur CABROL, de m'avoir permis de réaliser mon étude à Port-Royal.

De façon plus personnelle, je remercie Laetitia, Myriam, Flore et les autres pour leur bonne humeur.

Table des matières

Liste des annexes	I
Lexique	II
Introduction.....	1
Première partie Cadre conceptuel	2
1. La sage-femme et la prise en charge de l'IMG	2
1.1 <i>Le contexte de la prise en charge de la décision d'IMG</i>	2
1.1.1 Encadrement légal de l'IMG	2
1.1.2 Le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN)	3
1.2 <i>Le rôle de la sage-femme en salle d'accouchement au cours de l'IMG</i>	5
1.2.1 Le rôle technique.....	5
1.2.1.1 La méthode médicamenteuse	6
1.2.1.2. La méthode de dilatation/évacuation	7
1.2.1.3 L'anesthésie-foeticide	7
1.2.1.4 L'accouchement.....	8
1.2.2 La prise en charge du corps	9
1.2.2.1 Inscription à l'état civil.....	9
1.2.2.2 Après la salle de travail: la chambre mortuaire	10
1.2.2.3 Les obsèques.....	11
2. Spécificités de l'accompagnement du deuil en maternité	13
2.1 <i>L'accompagnement des parents</i>	13
2.2 <i>Le deuil</i>	14
2.2.1 La notion de deuil	14
2.2.2 Spécificités du deuil dans l'IMG.....	15
3. Aspects éthiques de l'IMG	16
Deuxième partie L'étude.....	19
1. Problématique et hypothèses.....	19
1.1 <i>La Problématique</i>	19
1.2 <i>Les objectifs de l'étude</i>	19
1.3 <i>Les hypothèses</i>	20
2. La méthodologie	20
2.1 <i>Le Focus Group : généralités</i>	20
2.2 <i>L'étude réalisée</i>	21
2.2.1 Le choix de la méthode	21
2.2.2 La population de l'étude	21

2.2.3	Le lieu de l'étude	22
2.2.4	Les entretiens	23
3.	Les résultats	24
3.1	<i>Question n°1 : les éléments influençant la prise en charge</i>	24
3.1.1	Le corps de l'enfant.	24
3.1.2	Les facteurs liés au couple	26
3.1.3	Les facteurs liés à la sage-femme	28
3.1.4	Les autres facteurs	30
3.1.5	La naissance d'un enfant vivant à l'issue de l'IMG	30
3.2	<i>Question n°2 : les impacts sur la sage-femme et la profession</i>	32
3.3	<i>Question n°3 : les besoins/les solutions</i>	35
	Troisième partie Discussion.....	38
3.1	Forces et limites.....	38
3.1.1	<i>Limites et forces du Focus Group</i>	38
3.1.2	<i>Limites et forces de l'étude réalisée</i>	39
3.2	Discussion des résultats.....	40
3.2.1	<i>Hypothèse n°1</i>	40
3.2.1.1	Les difficultés liées au corps et aux formalités administratives.....	40
3.2.1.2	Validation de l'hypothèse n°1	41
3.2.1.3	Autres difficultés identifiées par l'étude	42
3.2.2	<i>Hypothèse n°2</i>	46
3.2.2.1	L'IMG et l'exercice professionnel de la sage-femme	46
3.2.2.2	IMG et enrichissement professionnel	47
3.2.2.2	Validation de la seconde hypothèse	47
3.2.3	<i>Hypothèse n°3</i>	47
3.2.3.1	Besoin de formation	47
3.2.3.2	Besoin d'un groupe de parole.....	48
3.2.3.3	Validation de la troisième hypothèse	48
3.2.4	<i>Hypothèse n°4</i>	49
3.2.4.1	Influence positive de l'expérience sur la prise en charge de l'IMG	49
3.2.4.2	Validation de la quatrième hypothèse	50
3.3	Solutions envisagées et ouverture.....	50
3.3.1	<i>Propositions répondant aux besoins des sages-femmes</i>	50
3.3.2	<i>Ouverture du sujet</i>	52
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	54
	Annexes.....	58

Liste des annexes

Annexe I : Inscription à l'état civil et devenir du corps	59
Annexe II : Certificat d'accouchement.....	60
Annexe III : Formalités administratives entourant l'IMG	61
Annexe IV : Dépliant informatif de la chambre mortuaire	68
Annexe V : Questionnaire pré-entretien	69
Annexe VI : Schéma conceptuel du rôle de la sage-femme	70
Annexe VII : Prise en charge technique de l'IMG : protocoles de Port Royal.....	71
Annexe VIII : Tableaux récapitulatifs des résultats	71
Annexe IX : Protocole de soins palliatifs de Port-Royal	71
Annexe X : Protocole anti-escarres.....	82

Lexique

ABM : Agence de Biomédecine

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

DPC : Développement Professionnel Continu

IMG : Interruption médicale de grossesse

PEC : Prise en charge

SF Tep : sages-femmes témoins de l'évolution des pratiques

= sages-femmes ayant dix ans et plus d'expérience

SF Apa : sages-femmes actrices des pratiques actuelles

= sages-femmes ayant moins de dix ans d'expérience

Introduction

En 2006, l'Agence de Biomédecine recensait 6 787 interruptions de grossesses pour motif médical. La loi française permet de mettre fin à une grossesse, quel qu'en soit le terme, si une pathologie d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, est fortement suspectée chez le fœtus.

Cette pratique soulève de nombreuses questions, tant sur le plan éthique que moral. Les discussions sur ce sujet tournent essentiellement autour des limites à fixer pour préserver la société de toute attitude eugénique. La question est de savoir jusqu'où le désir d'empêcher un enfant de souffrir peut justifier la pratique de l'IMG.

La complexité de ce débat a surtout été relatée par des obstétriciens ou des psychologues. Cependant, la prise en charge des interruptions médicales de grossesse en salle de travail, est principalement réalisée par la sage-femme. Cette dernière est donc confrontée à la mort d'un enfant qui n'est pas encore né, alors que sa principale activité est d'accueillir la vie.

La sage-femme est le professionnel référent dans l'accompagnement d'une femme qui devient mère. Même si l'interruption médicale de grossesse implique la naissance d'un enfant sans vie, il est important de restituer ces femmes dans leur maternité. Dans ce contexte, la prise en charge n'est pas aisée. Accompagner les parents dans leur processus de deuil et les aider à faire face aux sentiments parfois violents générés par la décision d'IMG, sont les principaux éléments du rôle de la sage-femme.

Au cours de la formation initiale que nous avons reçue en tant qu'étudiants, nous avons été confrontés aux difficultés professionnelles et éthiques liées à cet accompagnement. Cette situation est extrêmement pénible à vivre pour les parents. Aider les sages-femmes à surmonter les obstacles qu'elles rencontrent permettrait au couple de bénéficier du meilleur accompagnement possible.

Dans ce travail, nous tenterons d'identifier les difficultés rencontrées par les sages-femmes lors de la prise en charge de l'IMG, ainsi que les répercussions d'une telle activité sur la profession et la sage-femme elle-même.

Première partie

Cadre conceptuel

1. La sage-femme et la prise en charge de l'IMG

1.1 Le contexte de la prise en charge de la décision d'IMG

1.1.1 Encadrement légal de l'IMG

Actuellement, l'IMG est régit par l'article L2213-1 du code de la santé publique, modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003:

« L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ». (1)

La loi reconnaît donc deux motifs d'interruption médicale de grossesse: le premier étant pour raison maternelle et le second pour raison fœtale.

L'article L2213-1 du code de santé publique (version en vigueur depuis le 9 juillet 2011) stipule la constitution de l'équipe pluridisciplinaire qui examine la demande de la femme.

En ce qui concerne les demandes d'IMG pour raison maternelle, la dite équipe est au minimum constituée de:

- un gynécologue-obstétricien d'un centre de diagnostic anténatal
- un spécialiste de l'affection maternelle
- un médecin choisi par la femme
- une assistante sociale ou un psychologue

Lorsque le motif de la demande d'IMG est une raison fœtale, l'équipe chargée d'examiner la demande est celle d'un centre de diagnostic prénatal. Si la patiente le désire, un médecin de son choix peut se joindre à l'équipe.

Hors contexte d'urgence, cet article mentionne qu'un délai de réflexion d'au moins une semaine doit être proposé à la patiente avant l'acte. (1)

Dans les deux cas, il s'agit d'une demande de la femme ou du couple et l'équipe chargée de l'examiner rend un avis consultatif favorable ou non, permettant ou non à la patiente d'interrompre sa grossesse.

1.1.2 Le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN)

Dans le suivi actuel d'une grossesse, certains examens non obligatoires ont été mis en place afin de dépister, en anténatal, une éventuelle atteinte fœtale. Parmi ces examens, on retrouve notamment les trois échographies (12SA, 22SA et 32SA) et le calcul du risque combiné d'avoir un enfant atteint de trisomie 21.

Lorsqu'une atteinte fœtale est suspectée, le couple est orienté vers un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN).

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal existent depuis 1999, suite aux décrets d'application de la loi de bioéthique de 1994. (2)(3)

Répartis dans toutes les régions de France, ils sont les garants d'une expertise professionnelle pluridisciplinaire dans le cadre du diagnostic anténatal, du diagnostic préimplantatoire et en matière de conseil génétique. Ils regroupent donc différents professionnels, experts dans différents secteurs. Quatre disciplines sont nécessaires au fonctionnement du centre:

- la gynécologie-obstétrique
- l'échographie obstétricale
- la génétique clinique
- la néonatalogie

La reconnaissance de cette expertise pluridisciplinaire nécessite la délivrance d'un agrément aux professionnels et à l'établissement accueillant le centre. Cet agrément, permettant la création d'un CPDPN, est délivré et renouvelé par l'Agence de Biomédecine. (2)

Ces centres pluridisciplinaires ont une obligation de moyens et de compétences. Ils doivent donc répondre à différentes exigences comme la formation des professionnels exerçant au sein du centre, ou la qualité de la prise en charge du couple et de leur enfant.

Il est également du devoir des centres de s'assurer que toutes les patientes ont accès, de façon égalitaire, aux différentes compétences du centre.(2)

Pour ce qui est de l'IMG, le CPDPN est chargé d'attester de la "particulière gravité" de l'affection fœtale et de son caractère "incurable au moment du diagnostic".(2)(3)

Il joue un rôle d'aide, de soutien et de conseils éclairés et neutres dans la prise de décision du couple. En effet, il lui délivre une information claire, objective et précise. Le but étant de permettre aux couples de prendre une décision libre et éclairée concernant le devenir de cette grossesse.

Si les parents désirent poursuivre la grossesse, le CPDPN les accompagne jusqu'à l'accouchement et s'assure des « meilleures conditions de soins possibles » pour le nouveau-né (3).

Si les parents décident d'interrompre la grossesse, leur demande est formulée auprès du CPDPN. La constitution de l'équipe pluridisciplinaire qui examine la demande d'IMG de la femme est régie par l'article L2213-3, dans sa version en vigueur depuis le 9 juillet 2011.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins quatre personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, un praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue ».(1)

Lorsque la demande d'IMG est énoncée pour un motif fœtal, la constitution de l'équipe est la même à ceci près que le « spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte » est remplacé par une pédiatre, expert de l'affection dont l'enfant est atteint.

Il est à noter que la présence d'une sage-femme n'est pas mentionnée dans ce texte, comme faisant partie de cette équipe pluridisciplinaire.

Dans la version précédente de cet article de loi, la sage-femme pouvait être présente en tant que « praticien qualifié pour donner un avis sur l'état de santé de la femme ». Mais la version actuelle de la loi ne fait pas mention de la sage-femme comme professionnel requis au fonctionnement du CPDPN.

1.2 Le rôle de la sage-femme en salle d'accouchement au cours de l'IMG

1.2.1 Le rôle technique

Les modalités de la prise en charge technique de l'IMG dépendent essentiellement des antécédents maternels et du terme de la grossesse.

D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), les techniques médicamenteuses et chirurgicales peuvent être employées pour les interruptions médicales de grossesses réalisées au premier trimestre et au début du deuxième.

Concernant les termes plus avancés et/ou lorsqu'un examen foetopathologique est demandé, le déroulement technique de l'IMG diffère. Le CNGOF préconise l'emploi d'une technique médicamenteuse dès 17-18SA et lui préfère l'utilisation d'utérotoniques au troisième trimestre. Dans ce dernier cas, le déclenchement du travail suit le même protocole que pour toute grossesse hors IMG.(4)

En dehors de la méthode chirurgicale, la sage-femme est en première ligne pour assurer le bon déroulement du travail, le confort maternel et faire le lien avec l'obstétricien. Ce dernier n'intervenant qu'en cas de nécessité.

1.2.1.1 La méthode médicamenteuse

La première étape est la préparation du col.

Elle est réalisée par la sage-femme, via l'administration d'un comprimé de 200mg de mifépristone (RU 486). Le CNGOF stipule qu'en cas de col défavorable, la pose concomitante de Dilapans, par un médecin, permet d'obtenir de meilleurs résultats.

(4)

La mifépristone potentialise l'effet des prostaglandines administrées dans un second temps. Cette molécule n'a pas d'effet sur la vitalité fœtale et les seules contre-indications énoncées par le CNGOF, sont (4):

- un antécédent d'hypersensibilité à la molécule
- la porphyrie
- une insuffisance surrénalienne
- un asthme sévère résistant au traitement conventionnel

L'association d'aspirine est également à éviter.

Un délai de 36 à 48h entre cette étape et la suivante, à savoir l'administration de prostaglandines, est recommandé.

La seconde étape est le déclenchement du travail proprement dit.

Bien que n'ayant pas l'autorisation de mise sur le marché pour cette indication, le misoprostol est la molécule la plus utilisée par les équipes françaises.

La posologie recommandée par le CNGOF est de 400µg toutes les 3 à 4 heures, par voie vaginale. Il précise néanmoins qu'une fréquence d'administration plus importante ou à des doses de misoprostol plus élevées, raccourcissent la durée du travail.

L'amniotomie est à réaliser dès que possible, indépendamment du terme, de la présentation et de son degré d'engagement.

Les différentes étapes de ce déclenchement sont réalisées par la sage-femme.

Le prérequis à cette seconde étape est la pose d'une anesthésie péridurale efficace. Elle est à effectuer avant tout geste invasif ou toute contraction provoquée. Cette modalité de prise en charge anesthésique a pour finalité de « ne pas rajouter la douleur physique à la douleur psychologique »(4).

La coopération de la sage-femme et de l'anesthésiste est donc nécessaire pour assurer l'efficacité de l'anesthésie.

La méthode médicamenteuse peut également être employée au troisième trimestre, mais avec quelques particularités concernant la posologie. Le CNGOF recommande de débiter par la moitié ou le quart d'un comprimé de misoprostol, puis d'augmenter progressivement les doses administrées, jusqu'à obtention d'une bonne dynamique.

1.2.1.2. La méthode de dilatation/évacuation

Il s'agit d'une extraction fœtale, par voie endo-vaginale, au bloc chirurgical et sous anesthésie générale.

Une préparation du col est nécessaire. Ainsi, 200µg de misoprostol, par voie orale ou vaginale, sont recommandés 4 à 12h avant l'intervention.(4)

Cette méthode permet à la patiente de ne pas vivre l'expulsion de l'enfant.

L'un des inconvénients énoncés est que, de par la technique, le corps du fœtus est morcelé, ce qui ne le rend pas présentable aux parents. De fait, toute analyse foetopathologique est rendue plus difficile, voire compromise. La pénibilité du geste, tant pour le médecin opérateur que pour le reste de l'équipe du bloc, est également mentionnée.

Le CNGOF considère cette technique comme une « bonne option »(4), avant 17SA. Il fait également part de son utilité pour les femmes porteuses d'un utérus cicatriciel.

1.2.1.3 L'anesthésie-foeticide

Cette étape intermédiaire entre la mise en place de l'analgésie et le déclenchement du travail, est effectuée pour les grossesses ayant atteint un terme supérieur ou égal à 22SA (4)(5).

La première étape est l'anesthésie du fœtus par une injection intra-cordale de thiopental (Pentothal) ou de barbiturique. Le but étant d'éviter toute souffrance du fœtus lors de l'arrêt de vie. Le CNGOF considère que l'anesthésie fœtale par administration intracardiaque ne doit pas être utilisée en première intention car plus douloureuse pour le fœtus.(4)

La deuxième étape est le foeticide. L'arrêt cardiaque du fœtus est provoqué par 10mL de Lidocaïne 1%, injectés par voie intracardiaque ou intracordone.

L'utilisation du KCl, pour ce geste, n'est pas recommandée par le CNGOF, du fait des lésions cellulaires cérébrales qu'il occasionne et qui peuvent entraver l'examen foetopathologique.

Une surveillance des fonctions cardio-respiratoires de la patiente est réalisée durant toute la durée du processus.

La réalisation du foeticide nécessite donc la coopération de l'obstétricien, de l'anesthésiste et de l'équipe du bloc. La sage-femme peut également être présente lors de ce geste.

1.2.1.4 L'accouchement

Les efforts expulsifs, nécessaires pour un terme avancé, ne sont débutés que lorsque la présentation fœtale est présente à la vulve. Le but étant de limiter le concours de la poussée maternelle du fait du contexte difficile que représente la naissance d'un enfant mort.

Cet accouchement particulier est réalisé par la sage-femme. Elle met en application tout son savoir-faire technique mais aussi en terme d'accompagnement afin que ce moment éprouvant se passe au mieux pour le couple. Ainsi, elle s'emploie à conserver au maximum l'intégrité périnéale, afin qu'aucune séquelle physique ne se surajoute aux séquelles psychologiques.

Suite à la délivrance, une révision utérine systématique au deuxième trimestre est recommandée face au taux important de rétention placentaire à ce terme. Elle est réalisée par l'obstétricien, sous contrôle échographique.

La surveillance du post-partum immédiat est d'au moins 2 heures et est identique à celle réalisée habituellement, par la sage-femme, après tout accouchement.

1.2.2 La prise en charge du corps

Les parents ne sont pas confrontés au corps de l'enfant immédiatement après l'expulsion. Dans un premier temps, il est emmené par la sage-femme, dans un lieu dédié à sa prise en charge. Elle réalise alors une pesée, une toilette du corps et cherche à le présenter le mieux possible à l'aide de langes, d'un bonnet ou de tout autre linge apporté par les parents. Un bracelet d'identification où figurent le sexe, l'heure de naissance et les éventuels prénoms est attribué à l'enfant.

Puis lorsque les parents le souhaitent, la sage-femme leur présente le corps. Une description préalable de son aspect est recommandée, afin de préparer le couple à cette première rencontre. (6)(7)

Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille a été l'initiateur de cette prise en charge du corps, dans l'optique d'accompagner les parents dans leur deuil. Les dispositifs mis en place, à cet effet, au sein de la maternité, ont été pris comme exemples par les institutions et ont servi de références à l'élaboration des recommandations sur l'accompagnement du deuil périnatal. (8)

Comme le prévoit la loi, le corps de l'enfant reste au moins 2 heures dans le service de salle d'accouchement. Cela laisse la possibilité au couple de voir leur enfant, qu'ils en aient formulé la demande au préalable ou non.

1.2.2.1 Inscription à l'état civil

Un être humain n'acquiert sa personnalité juridique qu'à la délivrance de son certificat de naissance. Ne sont donc reconnus comme "personnes" que les enfants nés vivants et viables.

Les fœtus et enfants mort-nés, ne sont donc pas considérés comme des personnes juridiques.(9)(10)

La loi ne définissant pas de seuil de viabilité, les dispositions législatives relatives au devenir des corps d'enfants mort-nés (à l'issus de fausses couches tardives ou d'IMG) ont pu évoluer. La législation actuelle concernant les enfants décédés est résumée dans l'annexe I.

Ainsi, pour ce qui est de la déclaration à l'état civil, depuis les décrets du 20 août 2008, l'officier d'état civil peut produire, sans limite de poids ni de terme, un « acte d'enfant sans vie », sur production d'un certificat d'accouchement (cf annexe II). Ce dernier est établi par la sage-femme ayant pratiqué l'accouchement.

La circulaire du 19 juin 2009 stipule que la délivrance de ce certificat implique « le recueil d'un corps formé et sexué ».(6) Il peut donc être établi dès 15SA.(11)

Cet « acte d'enfant sans vie », énoncé par l'article 79-1 du Code civil, notifie « les jours, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieu de naissance, professions et domiciles des père et mère [...] » (6). Il permet aux parents de donner un prénom à leur enfant mais pas de nom de famille. Donc aucun lien de filiation n'est reconnu entre les parents et l'enfant. Ils peuvent obtenir un livret de famille, même pour un premier enfant né hors cadre du mariage, et le voir figurer "à titre de simple mention administrative"(9). Il permet également d'inscrire le prénom de l'enfant sur le registre d'état civil.

L'acte d'enfant sans vie est établi à la demande des parents et leur confère des droits comme les congés maternité et paternité. A partir de 22SA, les parents peuvent bénéficier de la totalité de ces congés. Avant ce terme, un arrêt de travail sera proposé par le médecin.(6)

Il assure donc une reconnaissance de la grossesse, de l'existence du fœtus et de ces géniteurs. Il ne donne aucune personnalité juridique à l'enfant.

La reconnaissance de l'existence de ces enfants a été facilitée par l'initiative d'un accompagnement spécifique des parents, au CHRU de Lille.(8)

En salle de travail, la réalité de l'IMG est source de questionnement pour les parents. Bien que ces questions aient été, au préalable, abordées lors de la consultation pré-IMG, la sage-femme qui les accompagne en salle de travail, peut être amenée à discuter avec eux de « l'après », à savoir : le devenir du corps et les obsèques.

1.2.2.2 Après la salle de travail: la chambre mortuaire

Lorsque la surveillance du post-partum immédiat de la patiente est terminée, elle est hospitalisée dans le service de grossesses à haut risque, afin d'éviter qu'elle ne soit confrontée à des nouveau-nés bien portants. Le corps de l'enfant quitte alors le service de salle d'accouchement. Il est acheminé vers la chambre mortuaire, où il va reposer. Il est accompagné de ses deux bracelets d'identification, des formulaires administratifs concernant une éventuelle autopsie et/ou radiographies, de l'autorisation ou non de pratiquer des examens anatomopathologiques et de la fiche de liaison avec la chambre mortuaire. (cf annexe III)

Si les parents le souhaitent, un objet personnel comme une peluche, un vêtement, une lettre ou un bijou peuvent également accompagner le corps.(6)

Le personnel de la chambre mortuaire réalise deux photographies de l'enfant, qui sont archivées dans le dossier de l'IMG. Cela permet aux parents, s'ils le désirent, d'avoir un souvenir supplémentaire de leur enfant.

De même, des empreintes de ses mains et de ses pieds peuvent être faites, soit par le personnel de la chambre mortuaire, soit par la sage-femme en salle d'accouchement. (6)

La chambre mortuaire est un lieu de recueillement pour les familles. Les parents, ainsi que leurs proches, peuvent donc y être accueillis, en fonction de leurs souhaits. Un document les informant des horaires d'ouverture (cf annexe IV) leur est remis par la sage-femme.

Cette prise en charge particulière du corps et les modalités d'accompagnement des parents, notamment en termes d'information, sont inspirées des pratiques du CHRU de Lille, référent sur ce sujet.(8)

Dans le cas où un examen foetopathologique est demandé, une restauration tégumentaire est réalisée à la fin de l'examen. Le rôle des agents de la chambre mortuaire est alors de s'assurer que l'enfant reste « visible » pour son entourage.

Les représentants religieux des différents cultes peuvent être sollicités par les parents qui souhaitent une cérémonie avant que le corps ne quitte la chambre mortuaire.

1.2.2.3 Les obsèques

Au décours de la prise en charge du travail, la sage-femme peut être amenée à informer les parents sur leurs droits et les possibilités qui s'offrent à eux concernant les obsèques de l'enfant.

Le certificat d'accouchement permet aux parents, s'ils le souhaitent d'organiser la prise en charge du corps. Les obsèques de l'enfant sont alors à leur charge. Dans ce cas, ils disposent d'un délai de 10 jours après l'accouchement pour réclamer le

corps, qui leur est alors restitué sans délai. (art. R. 1112-75, Code de santé publique)..(6)(7).

En cas d'autopsie, le délai de remise du corps (ou « délai de carence ») peut être de quatre semaines maximum (art. R. 1112-76, Code de santé publique).

Les parents peuvent obtenir une aide financière de la part de la commune. Cette dernière pouvant également autoriser l'inhumation ou la crémation du corps en l'absence du certificat d'accouchement.

Si au contraire les parents n'expriment pas le souhait d'organiser des obsèques, le corps est pris en charge par l'établissement de santé. Une crémation est alors organisée dans le respect du corps de l'enfant: "Les corps des enfants morts avant de naître ne sont plus des déchets hospitaliers". (Décret du 6 novembre 1997)

Dans l'éventualité où ils souhaiteraient se raviser, un délai de 10 jours est laissé aux parents. Puis l'établissement a 48h pour mettre en place les mesures nécessaires à la crémation.

Le corps est acheminé au crématorium dans les trois semaines suivant son arrivée à la chambre mortuaire. S'ils le souhaitent, il est possible pour les parents d'être avertis du jour de son départ.

Il est important d'informer les parents de l'absence de cendres à l'issue de la crémation. Un médaillon peut néanmoins leur être remis, comme une trace de l'existence de leur enfant.

Une cérémonie est organisée le premier mardi de chaque trimestre, au crématorium du Père Lachaise et est ouverte à tout parent qui le souhaite. Une stèle au cimetière de Thiais permet également aux parents de se recueillir s'ils en ressentent le besoin.

Si par convictions religieuses, les parents souhaitent une inhumation sans en avoir les possibilités financières, une assistante sociale peut les aider à constituer un dossier afin de rendre cela possible.(6)

2. Spécificités de l'accompagnement du deuil en maternité

2.1 L'accompagnement des parents

Le chagrin et « l'effraction » psychique que constitue l'IMG pour les parents n'est pas évitable. La sage-femme prenant en charge la patiente en salle de travail a un rôle d'accompagnement primordial. L'enjeu de cette prise en charge est l'impact potentiel sur l'avenir de cette famille (impact sur les aînés, sur les grossesses futures...).(10)

La grossesse est un moment de « transparence psychique ». Certains éléments du vécu de la femme peuvent donc resurgir lors de l'IMG. Toute la difficulté pour la sage-femme est alors de l'accompagner en étant le plus contenant possible face à la réminiscence de ce passé enfoui.

Le but recherché par cet accompagnement a été décrit par E.Meunier, de l'Institut de Puériculture et de Périnatalogie, comme étant de « [...] *mobiliser les ressources psychiques parentales en sollicitant ou en relançant une dynamique de la pensée qui leur permet d'aborder, de mûrir ou de surmonter la souffrance occasionnée. Il s'exerce dans des actions menées par l'équipe, construites sur des connaissances théoriques, mais aussi et surtout sur l'expérience, l'implication et la capacité de ces professionnels à entendre et prendre en compte le ressenti, les besoins et les manques que les femmes, les couples expriment, souvent même longtemps après.* ».(11)

Sur le plan psychique, l'IMG présente certains enjeux pour les parents comme, le renoncement au projet d'enfant, la blessure narcissique d'être à l'origine d'un enfant non conforme à la normalité et la culpabilité de décider de mettre fin à la grossesse, donc de décider de la mort de leur enfant.

Toute la subtilité de l'accompagnement de la sage-femme est alors de faire reconnaître, admettre ces sentiments aux parents afin qu'ils puissent y faire face et les gérer, les exprimer. Le but ultérieur recherché étant que ces sentiments puissent s'apaiser avec le temps. L'accompagnement lors de l'IMG amorce donc les prémices de cette reconstruction personnelle.(11)

Dans cette optique, la sage-femme peut être amenée à orienter le couple vers un psychologue ou un médecin spécialiste.

2.2 Le deuil

2.2.1 La notion de deuil

La définition étymologique du deuil rapporte la notion de souffrance, de douleur. Le deuil est donc « un état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé »(12)

Quatre étapes constituent le deuil:(12)

- *L'état de choc, de sidération*: le choc de la perte entraîne un arrêt des fonctions psychiques plongeant le sujet dans un état de sidération.
- *L'agressivité et la colère*: le sentiment d'abandon ressenti par l'endeuillé est à l'origine de ces sentiments qui peuvent s'exprimer, parfois de façon violente, envers l'équipe soignante. Ces réactions s'accompagnent également d'un sentiment de culpabilité. Lorsque cette étape prend fin, le travail de deuil peut alors commencer.
- *L'expression du chagrin*: elle peut se manifester par les larmes.
- *La réorganisation*: cette étape correspond à la possibilité de nouveaux investissements par l'endeuillé.

Pour Freud, le deuil n'est pas à considérer comme un état pathologique, mais comme un processus nécessitant un « laps de temps » pour se surmonter. Il considère que le « moi de l'endeuillé » réalise le travail du deuil, et que cela ne nécessite pas l'intervention d'une composante médicale.

La représentation de l'objet du deuil trouve une place importante dans la notion actuelle du « travail de deuil ». Elle apparaît nécessaire pour que la mort puisse devenir « pensable ». Cette idée n'est pas présente dans les travaux de Freud, qui définit le deuil comme « un processus tout intérieur ». Mais il nous fait part de deux notions qui peuvent expliquer l'importance donnée actuellement aux rituels entourant la mort. La première étant que la mort est un sujet « tabou » dans notre société. La seconde, que la confrontation de l'individu avec la réalité de la perte peut souffrir de certaines résistances.(13)

2.2.2 Spécificités du deuil dans l'IMG

Pendant la grossesse, l'enfant est imaginaire. L'annonce de l'atteinte fœtale confronte prématurément les parents à une certaine réalité de l'enfant. Elle provoque chez eux une blessure narcissique. (12)

Une des difficultés du deuil dans le cadre de l'IMG est la culpabilité parentale qui l'accompagne. Elle se présente sous deux formes: la culpabilité d'avoir un enfant non conforme à la réalité et la culpabilité de la décision prise d'interrompre la grossesse (14)(12)(3). Les parents peuvent donc, parfois, exprimer le besoin de voir la malformation de l'enfant, afin de diminuer cette culpabilité.(12)

Un sentiment de haine envers l'enfant, peut également voir le jour.(12)

L'accompagnement de la sage-femme doit alors s'adapter aux différentes réactions des parents afin de répondre le mieux possible à leurs attentes, mais aussi de façon à pouvoir les aider à faire face à leurs sentiments.

Le deuil des parents ne peut être initié qu'après acceptation du choix d'interrompre la grossesse.(12) Face à cette décision, plusieurs réactions peuvent être observées:

- La femme peut désinvestir l'enfant de façon précoce, avant l'IMG. Les mouvements fœtaux deviennent alors insupportables pour elle.
- Au contraire, la femme peut avoir une perception amplifiée des mouvements du fœtus, qu'elle interprète comme un « message » que l'enfant voudrait lui faire passer.(10)

L'accompagnement de l'équipe médicale doit permettre de donner une réalité à cet enfant, pour que les parents puissent entamer leur processus de deuil. Il semble en effet plus difficile de faire le deuil d'un être qui n'a pas vécu et qui n'a eu aucune réalité si ce n'est par les interactions in utero. (13)

La nécessité des rituels entourant la mort d'un enfant dépend de l'investissement de la grossesse par le couple.(14)

3. Aspects éthiques de l'IMG

Il y a une cinquantaine d'années, les femmes devaient « faire face »; la pathologie n'étant diagnostiquée qu'après la naissance. Aujourd'hui, les patientes se retrouvent dans une situation où elles ont pouvoir de vie et de mort sur leur enfant.

Les nombreux progrès médicaux, comme par exemple l'échographie, sont à l'origine de cette évolution. En effet, les femmes peuvent maintenant être informées, avant la naissance, de l'atteinte fœtale. Mais face à ce diagnostic, le champ d'action des professionnels est limité par l'évolution des thérapeutiques. C'est-à-dire que dans de nombreux cas, aucun traitement ne peut être proposé à la patiente.

Cette discordance entre avancées technologiques et évolution thérapeutique définit le contexte de mise en place de l'IMG.

L'interruption médicale de grossesse a été légalisée dans un cadre défini par le législateur. Néanmoins, il semble que cette pratique ne fasse pas l'unanimité d'un point de vue moral.

Pour J.-P. Amann, « La justification éthique de cette transgression autorisée par la loi est clairement celle du *moindre mal*. On estime qu'il y a plus d'humanité à empêcher la naissance d'un enfant promis à une existence misérable, qu'à interdire toute interruption médicale de grossesse. »(14)

Cela pose alors la question des parents qui décident de poursuivre la grossesse. Font-ils preuve de moins d'humanité que ceux qui décident d'interrompre la grossesse ? Peut-être que les choses sont plus complexes et que d'autres éléments entrent en compte.

Cette notion du moindre mal doit rester à l'esprit des professionnels afin que leur pratique ne déroge pas à ce principe fondateur.

Même si la loi cadre l'accès à l'IMG, elle reste néanmoins évasive sur ses limites. En effet, les termes de « forte probabilité », de « particulière gravité » de l'atteinte fœtale et le caractère « incurable au moment du diagnostic », ne sont pas explicités. Ainsi, la loi laisse aux professionnels du CPDPN le soin de trancher, au cas par cas, sur ces trois notions. Cet espace de liberté juridique permet de faire une place à l'humain et de ne pas réduire ces situations difficiles à des chiffres, des statistiques ou des listes de pathologies. La contrepartie de cette liberté est la lourde responsabilité qui pèse sur les épaules de l'équipe pluridisciplinaire du CPDPN. La société semble

donc avoir confié à ces professionnels la préservation de la pratique de l'IMG de toute dérive eugénique. Allant dans ce sens, la loi de bioéthique de 1994 a interdit, de façon explicite, les pratiques eugéniques.

Donc, en France, le diagnostic anténatal a comme finalité le conseil génétique et le recours à l'IMG se fait toujours « *au cas par cas* ». (14)(3)

La loi donne l'initiative de l'IMG au couple, à la patiente. Mais l'accès à l'IMG ne peut se faire que sous couvert de l'avis favorable du CPDPN. On peut donc se poser la question de savoir à qui impute la responsabilité de l'IMG; qui, au final, en prend la décision ? On peut également voir dans l'implication du CPDPN, une volonté de partager cette responsabilité, afin qu'elle ne soit pas uniquement le fait des parents.

La question de l'interruption médicale de grossesse renvoie à la place du handicap dans notre société. Certes le choix d'élever ou non un enfant atteint d'un handicap est propre à chacun, mais nous pouvons nous demander dans quelle mesure la vision que porte la société sur le handicap influe sur cette décision. Le rôle donné au diagnostic prénatal est directement lié à cette question.

En France, les personnes handicapées sont considérées comme des personnes « vulnérables », ayant les mêmes droits que les autres et bénéficiant d'une protection particulière de l'Etat.

En ce qui concerne le positionnement de la sage-femme face à l'IMG, l'article R4127-302 du code de déontologie stipule que: "La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine".

Avec ce devoir général, on peut se demander comment la sage-femme peut alors se placer face à l'IMG.

D'un point de vue légal, le fœtus n'est pas considéré comme une personne.

La législation concernant l'interruption de grossesse est donc constitutionnellement acceptable. Néanmoins, le fœtus est un être humain en devenir. On comprend donc qu'il puisse être considéré, d'un point de vue moral, comme une « personne ». Ceci révèle toute la complexité du positionnement des professionnels face à l'IMG.

La clause de conscience fait partie du code de déontologie des sages-femmes : « aucune sage-femme n'est tenue de recourir à une interruption volontaire de grossesse ». (zc) Elle permet à la sage-femme d'exercer sa profession en accord avec ses convictions personnelles.

La pratique de l'interruption médicale de grossesse peut être difficile à légitimer d'un point de vue moral. En effet, elle est chargée de questionnements autour de la notion même de personne. Aucune réponse ne semble pouvoir être trouvée, mais ce qui apparaît essentiel, c'est le questionnement en lui-même. Continuer de nous interroger sur nos pratiques, en particulier lorsqu'elles touchent la naissance d'un enfant « vulnérable », représente le garant de ce qui fait de nous des êtres humains : notre conscience.

Deuxième partie

L'étude

1. Problématique et hypothèses

1.1 La Problématique

Depuis la loi française de 1975, les femmes peuvent interrompre leur grossesse, indépendamment du terme, lorsqu'une pathologie d'une particulière gravité, reconnue comme incurable au moment du diagnostic, est fortement suspectée chez le fœtus. Le déroulement de l'interruption médicale de grossesse et l'accompagnement psychologique associé font partie des missions de la sage-femme. Dans un contexte où l'essence même de la profession est l'accompagnement des premiers instants d'une vie et d'une maternité, la prise en charge d'une mort fœtale « provoquée » représente donc une activité singulière de la sage-femme. L'étude menée tente de répondre à la problématique suivante : quelles difficultés rencontrent les sages-femmes dans la prise en charge d'une IMG en salle de travail et quelles sont les répercussions de cette activité ?

1.2 Les objectifs de l'étude

- Identifier les difficultés rencontrées par les sages-femmes lors de la prise en charge de l'IMG en salle de travail
- Révéler les impacts de cette prise en charge sur:
 - La pratique professionnelle
 - L'identité professionnelle
 - Les sages-femmes
- Proposer des solutions répondant aux besoins des sages-femmes afin d'améliorer/de faciliter la PEC de l'IMG en salle de travail

1.3 Les hypothèses

- Lors de la PEC de l'IMG, les sages-femmes rencontrent des difficultés liées au corps et aux formalités administratives entourant l'IMG.
- La PEC de l'IMG par la sage-femme est une activité qui est légitime dans notre profession, et qui l'enrichit.
- Les sages-femmes ont besoin d'une formation ciblée et de groupes de parole pour les aider à faire face aux difficultés rencontrées dans la PEC de l'IMG en salle de travail.
- L'expérience professionnelle des sages-femmes, en terme de prise en charge de l'IMG, atténue les difficultés rencontrées lors de cette pratique.

2. La méthodologie

2.1 Le Focus Group : généralités

La méthode du Focus Group a été utilisée afin de répondre à la problématique posée. Cette technique qualitative d'entretien en groupe permet l'émergence d'idées, de tendances, grâce à la liberté d'expression importante des sujets auditionnés.

Cette méthode prend ses sources dans les techniques de dynamique de groupe. Les pays anglo-saxons l'emploient beaucoup, notamment pour les recherches concernant les soins primaires.(16)

La dynamique de groupe permet aux personnes interrogées de confronter leurs points de vue et comme dans une « réaction en chaîne », de faire naître de nouvelles idées.(6) Cette confrontation des différentes opinions et du vécu de chacun se fait sans préjugés ni jugement de valeur. En outre, chaque opinion ou idée émise est valide: « même une seule idée minoritaire est « vraie » » (16).

Les entretiens sont conduits par un modérateur. Son rôle est de poser les questions au groupe et de recueillir les réponses. Il n'intervient en aucune façon au cours de l'entretien. Ainsi, il n'y a pas d'influences extérieures pouvant orienter la discussion du groupe.

Pour ce qui est de l'analyse des entretiens, il s'agit de faire émerger les idées exprimées par le groupe. Ces idées sont appelées messages-clés. Chaque message-clé est illustré par un extrait ou verbatim.

Par la suite, les messages-clés sont regroupés en sous-thèmes, eux-mêmes regroupés par thèmes. La formulation de ces grands thèmes dépend des questions posées au cours des entretiens.

2.2 L'étude réalisée

2.2.1 Le choix de la méthode

Pour un sujet aussi délicat que l'interruption médicale de grossesse, il était important de ne pas limiter les réponses, comme cela aurait été le cas avec un questionnaire. De fait, la méthode du Focus Group apparaissait la plus indiquée pour aborder ce sujet et répondre à la problématique.

2.2.2 La population de l'étude

L'étude a été réalisée en octobre 2011, auprès des sages-femmes de salle de travail du CPDPN Cochin/Saint-Vincent de Paul, alors réparti sur deux sites. Ont été exclues les sages-femmes n'exerçant plus en salle d'accouchement.

61 sages-femmes ont été contactées pour participer à l'étude.

23 d'entre elles ont répondu, dont 9 négativement et 14 favorablement.

Un questionnaire pré-entretien (cf annexe V) a été donné aux sages-femmes afin de les répartir de façon homogène dans les deux groupes d'étude, selon leurs années de pratique professionnelle. Il a également permis de connaître le parcours professionnel des sujets et de fixer les bases des entretiens.

En effet, la dernière question a permis l'élaboration d'un schéma conceptuel du rôle de la sage-femme dans la prise en charge de l'IMG en salle de travail. Ce schéma fut soumis et validé par chaque groupe en début d'entretien. (cf annexe VI)

La population d'étude a donc été répartie en deux groupes en fonction des années d'expérience:

- les sages-femmes du premier groupe ayant au moins 10 ans d'expérience, elles ont constitué le groupe des sages-femmes témoins de l'évolution des pratiques (SF Tep)
- celles du second groupe étant diplômées depuis moins de 10 ans, elles ont formé le groupe des sages-femmes actrices de la pratique actuelle (SF Apa)

Cinq sages-femmes par groupe étaient disponibles à la même date et aux mêmes horaires. Finalement, l'entretien du groupe « SF Tep » a compté quatre sages-femmes, et le groupe « SF Apa » en a compté cinq.

L'âge moyen des sages-femmes du groupe SF Tep était de 40 ans. Le nombre d'années d'exercice en tant que sage-femme était supérieur à 14 ans, sauf pour une des participantes qui exerçait sa profession depuis 10 ans. Elles pratiquaient toutes dans un service réalisant des IMG depuis au moins 9 ans.

L'âge moyen des sages-femmes du groupe SF Apa était de 30 ans. Le nombre d'années d'exercice en tant que sage-femme était en moyenne de 5 ans et la majorité des sages-femmes du groupe exerçaient dans un service d'IMG depuis qu'elles étaient diplômées. Une seule sage-femme du groupe avait une formation continue en lien avec la prise en charge de l'IMG.

Plus de la moitié des sages-femmes du groupe SF Tep travaillaient toute l'année en salle de travail alors que la majorité des sages-femmes du groupe SF Apa exerçaient dans ce service la moitié de l'année.

Dans les deux groupes, les sages-femmes ont rapporté qu'elles prenaient en charge 10 à 15 IMG par an, en salle de travail.

2.2.3 Le lieu de l'étude

Le CPDPN Cochin/Saint-Vincent de Paul a été choisi comme lieu d'étude.

Il s'agit d'un centre de référence en matière de diagnostic anténatal depuis mai 1999. Le dernier bilan d'activité de ce centre, remis à l'Agence de Biomédecine (ABM), comptabilise 185 IMG pour l'année 2010. Ce chiffre tient compte des IMG réalisées par aspiration au bloc opératoire, par voie basse en salle de travail, mais aussi des réductions embryonnaires effectuées au bloc du Diagnostic Anténatal.

Les sages-femmes qui exerçaient en salle de travail, à Port-Royal durant la période de l'étude, ont donc été confrontées, en moyenne, six à sept fois par mois à l'accompagnement d'une IMG.

Cette maternité est également le Centre Hospitalier Universitaire dont dépend l'école de sages-femmes de Baudelocque.

Le protocole du déroulement technique de l'IMG, en place dans cet hôpital est résumé annexe VII.

Ce lieu est donc apparu le plus opportun, tant par sa localisation géographique, son lien avec l'école de sages-femmes que par son expérience de l'IMG.

2.2.4 Les entretiens

Le premier groupe a été entendu dans la salle de préparation à la naissance de l'ancien site de la maternité. L'entretien du second groupe s'est déroulé dans l'ancien préfabriqué de Port-Royal, autrefois dédié à l'enseignement des étudiants sages-femmes de Baudelocque.

Un enregistrement audio de chaque entretien a été réalisé, après accord oral préalable de chaque participante. Trois questions ont été posées:

Question n°1: D'après votre expérience, quels sont les facteurs influençant votre prise en charge des patientes vivant une IMG en salle de travail ?

Question n°2: d'après votre expérience à ce jour, la prise en charge de ces femmes a-t-elle eu des conséquences sur:

- Votre pratique professionnelle ?
- Votre identité professionnelle ?
- Vous-même ?

Question n°3: D'après-vous, y aurait-il des éléments ou stratégies à mettre en place pour optimiser et/ou améliorer cette prise en charge ?

Les entretiens, d'une durée de 82 minutes pour le premier et 61 minutes pour le second, ont été retranscrits et analysés.

L'anonymat des participants a été respecté aussi bien dans la transcription des entretiens que dans l'analyse des résultats.

3. Les résultats

Le tableau annexe VIII récapitule le nombre de messages-clés, de sous-thèmes et de thèmes retrouvés dans les deux entretiens.

Dans la suite de cet écrit, les résultats sont présentés d'après les trois questions posées au cours des Focus Group.

3.1 Question n°1 : les éléments influençant la prise en charge

Dans les réponses à cette question, les entretiens ont révélé quatre grands thèmes communs aux groupes des sages-femmes témoins de l'évolution des pratiques (SF Tep), et des sages-femmes actrices des pratiques actuelles (SF Apa) :

- Le corps de l'enfant (présentation, prise en charge et devenir)
- Les facteurs liés au couple
- Les facteurs liés à la sage-femme
- Les autres facteurs, comportant le foeticide et l'indication de l'IMG

L'entretien des SF Tep a également fait émerger un thème abordant les facteurs logistiques.

Au cours des échanges, la problématique de la naissance d'un enfant vivant à la suite d'une IMG a été évoquée par SF Apa. Ce dernier thème fait écho à l'évolution des pratiques, particulièrement discutée par les SF Tep.

3.1.1 Le corps de l'enfant.

La discussion autour du corps de l'enfant a abordé, dans les deux groupes, les problématiques de la présentation du corps aux parents, de sa prise en charge par la sage-femme et de son devenir.

- **L'aspect du corps conditionne le rôle de la sage-femme**

L'aspect du corps est présenté comme un élément important, conditionnant la prise en charge et pouvant être source de difficultés, aussi bien pour SF Tep que pour SF Apa. Ainsi, toutes les sages-femmes ont exprimé leurs difficultés à présenter le corps d'un enfant à un terme précoce. De plus, le souhait des parents de voir l'enfant alors que son aspect ne le rend pas « présentable » selon les sages-femmes, les place

dans une position difficile. Néanmoins, l'importance de respecter la volonté de chaque parent a été rapportée dans les deux entretiens.

La présentation du corps aux parents :

Le décalage entre la façon dont les sages-femmes perçoivent le corps et le regard que portent les parents sur l'aspect de l'enfant a été discuté dans les deux entretiens. L'accompagnement est apparu plus facile lorsque le regard du couple, contrairement à celui de la sage-femme, passe outre les malformations externes.

Ces dernières semblent penser qu'il est d'autant plus important que la femme soit confrontée au corps de l'enfant, que l'image qu'elle s'en est fait est celle d'un monstre.

Lorsque l'enfant ne présente aucune malformation externe et que le terme de la grossesse est avancé, le refus de la patiente de voir l'enfant rend l'accompagnement de SF Apa difficile :

« [...] *les rares cas où tu es sur des termes avancés et où elles te disent qu'elles ne veulent pas les voir, ça peut être difficile pour nous. Mais au final, pour nous ça va être difficile pendant 12 heures, pour elle, je pense que ça va être difficile toute sa vie.* » Ce qui atténue cette difficulté est la possibilité qu'ont les patientes de changer d'avis et de voir leur enfant à la chambre mortuaire.

La présentation du corps a été qualifiée de « *cas de conscience* » par SF Tep et d'évènement « *perturbant* » par SF Apa.

L'épreuve de la confrontation de la sage-femme avec un corps présentant des malformations externes a été explicitée par SF Tep, au cours d'un examen obstétrical : « *J'en avais un, il était anencéphale. C'était ignoble, son crâne que j'avais à bout de doigt à chaque fois. [...] Quand il est né, mais c'était... atroce.* »

D'autres éléments relatifs au corps ont été évoqués par les deux groupes :

- Respecter la volonté des parents concernant la prise en charge du corps. Un exemple donné par SF Tep portait sur un bijou ou un doudou confié à la sage-femme par la mère pour accompagner l'enfant. Un autre exemple, exprimé par SF Apa concernait une patiente ayant souhaité habiller elle-même son enfant.
- Préparer le corps de façon à ce qu'il soit le plus présentable possible.

Les questions des patientes

Les questions des parents concernant le devenir du corps ont été présentées comme sources potentielles de difficultés pour les SF Tep. En effet, l'impossibilité des sages-femmes de répondre à des questions relatives à l'autopsie et à l'incinération de l'enfant a été formulée : « *Combien de fois je ne sais pas répondre. Quand est-ce qu'aura lieu l'autopsie ? Après l'incinération, les cendres sont dispersées ?* »

3.1.2 Les facteurs liés au couple

- **La religion**

L'intégration d'une composante religieuse dans l'accompagnement du couple lors de l'IMG est apparue comme une difficulté lors des deux entretiens.

Pour SF Tep, cette difficulté a été exprimée avec beaucoup d'émotions. En effet, une sage-femme du groupe a partagé un souvenir émotionnellement très fort pour elle.

Pour SF Apa, elle a été explicitée par la difficulté qu'ont rencontrée certaines sages-femmes du groupe à faire coïncider les attentes du couple avec les réactions de certains représentants religieux.

- **Les échanges entre le couple et la sage-femme**

L'interaction entre la sage-femme et le couple ressort également des deux entretiens. Néanmoins, elle fut exprimée de façon différente dans les deux groupes.

La singularité de la relation entre la sage-femme et le couple, dans le contexte de l'IMG, a été évoquée par SF Tep: « *On a une relation très particulière avec les couples, très intense. [...] On est plus proche des patientes, on les voit plus longtemps [...]* ». L'intensité de cette relation a été définie comme pouvant aller jusqu'à convier la sage-femme aux rites familiaux entourant la mort de l'enfant.

Le premier contact entre la sage-femme et le couple est l'élément conditionnant le plus cette interaction pour SF Apa: « *Comme une patiente lambda, une patiente IMG avec qui tu accroches plus, tu vas plus facilement rester avec elle dans sa chambre* ».

- **La position du couple**

La réaction du couple face à l'IMG est évoquée par SF Apa. Qu'elle soit l'expression de sentiments violents ou d'une sorte d'indifférence du couple, les sages-femmes du groupe expriment leurs difficultés à adapter leurs réactions dans ces situations.

Pour ce groupe, le déroulement de la grossesse est un élément influençant l'accompagnement de l'IMG. De même, suivant que le couple utilise le terme de « fœtus » ou de « bébé » pour parler de l'enfant semble constituer une difficulté pour la sage-femme, en particulier si spontanément, elle n'a pas la même vision de l'enfant.

Les divergences de position au sein du couple sont ressorties de la discussion de SF Tep. Les sages-femmes ont en effet exprimé leurs difficultés à se positionner face au couple lorsque la position du mari concernant l'IMG diverge de celle de la femme : *« [...] quand il y a une discordance dans le couple, par rapport à l'adhésion ou non à l'IMG. [...] En plus de l'aspect accompagnement, on a aussi l'interface entre les deux qui est encore plus difficile à gérer que dans un couple qui accouche dans de bonnes conditions. »*

- **L'entourage du couple**

Le manque de soutien de l'entourage du couple, a été identifié, par SF Tep, comme une entrave au bon déroulement de l'IMG :

« Est-ce que le couple est seul face à cette décision ? Est-ce qu'il est soutenu par son entourage ? Est-ce qu'autour, il y a une pression que ce soit religieuse, sociale ? Tout cela influence aussi le vécu et le déroulement psychologique des choses. »

3.1.3 Les facteurs liés à la sage-femme

Au cours des deux entretiens, l'influence de facteurs personnels et des autres professionnels, impliqués dans la prise en charge de l'IMG, furent discutées.

- **Le vécu personnel de la sage-femme**

Dans les deux groupes, on retrouve la notion que le profil de certaines sages-femmes semble s'accorder plus facilement avec la pratique de l'IMG.

Il en a résulté, pour SF Tep, que l'accompagnement réalisé par les sages-femmes dépend de leur vécu personnel, en particulier pour qui concerne la confrontation avec la mort : « *Je pense qu'il y a des filles qui sortent de l'école et qui sont vraiment parfaites dans ce rôle. Du à leur expérience personnelle d'accompagnement de morts.* ». Cet élément peut donc influencer positivement, comme négativement, la prise en charge de l'IMG par la sage-femme.

- **Les autres professionnels**

L'attitude du reste de l'équipe de salle de travail est important dans le déroulement de l'IMG, pour toutes les sages-femmes.

Le sentiment d'être confrontées à des réactions inadaptées de la part de ces professionnels est exprimé dans les deux groupes.

Une sage-femme du groupe SF Tep a illustré cette notion par l'exemple d'une infirmière. Celui énoncé par SF Apa concernait les médecins : la différence de réaction entre sage-femme et médecin a été imputée au fait que pour les sages-femmes du groupe, les médecins ne savent pas accompagner une IMG : « *Le seul problème, c'est qu'ils ne savent pas ce que c'est, ils ne savent pas ce que c'est, ils ne savent pas ce que c'est que d'accompagner un couple.* »

La présentation des dossiers au staff anténatal, mettant parfois en avant la pathologie au dépend de l'histoire personnelle de la patiente, est ressorti comme une difficulté pour SF Tep. Cette notion a été par la suite nuancée par les sages-femmes du groupe qui reconnaissent pouvoir partager avec certains médecins, une vision plus globale de la patiente dans sa spécificité.

La collaboration des psychologues en salle de travail apparaît comme une aide, pour SF Tep, dans la prise en charge des patientes. Cet aspect est néanmoins nuancé. En effet, les sages-femmes du groupe ont exprimé le regret que cette collaboration se borne à la patiente et ne s'étende pas au vécu, au ressenti des sages-femmes.

- **La solitude de la sage-femme**

Un sentiment de solitude, ressenti par les sages-femmes lors de la prise en charge d'une IMG, est ressorti de l'entretien de SF Tep : « *Sur les IMG, on est seule. La sage-femme, elle est alone. Il n'y a personne.* » Ce sentiment est nuancé par la solidarité entre sages-femmes qui a été exprimée au cours de la discussion : « *On ne laisse jamais une collègue en difficulté. [...] Parce que parfois, ça fait du bien d'avoir quelqu'un.* »

Cette solitude est également retrouvée dans l'entretien de SF Apa, mais plus spécifiquement dans le cadre de la naissance d'un enfant vivant à l'issue de l'IMG.

- **Les difficultés techniques**

Les difficultés techniques liées à l'IMG, ont été exprimées par SF Apa mais n'ont pas fait l'unanimité du groupe. Néanmoins, toutes les sages-femmes de SF Apa semblaient d'accord sur le fait que les difficultés de ce type, lorsqu'elles étaient présentes, s'atténuaient avec l'expérience.

Une sage-femme de SF Tep évoqua, de façon ponctuelle, la difficulté qu'elle avait parfois à « vriller » le col pour pouvoir rompre artificiellement les membranes. Ces propos venant corroborer ceux de SF Apa.

3.1.4 Les autres facteurs

- **Le motif de l'IMG**

L'indication de l'IMG a été discutée dans les deux groupes.

Cela peut entraver l'accompagnement de la sage-femme. Toutes les sages-femmes ont révélé qu'il était essentiel qu'elles puissent se détacher du motif de l'IMG pour pouvoir accompagner la patiente de façon optimale.

Ainsi, ont été identifiés par SF Tep comme source de difficultés:

- L'IMG pour détresse maternelle
- L'IMG pour sauvetage maternel
- L'incertitude de l'atteinte fœtale

- **Les facteurs logistiques**

L'implication de facteurs logistiques était présente dans la discussion de SF Tep.

Il en est ressorti que:

- La gestion de l'IMG et l'activité habituelle de la salle de travail constituent une difficulté pour les sages-femmes.
- La charge de travail peut les mettre en difficulté lorsqu'elles ne peuvent pas accorder le temps qui leur semble nécessaire, aux patientes vivant une IMG.

3.1.5 La naissance d'un enfant vivant à l'issue de l'IMG

Une grande partie de la discussion de SF Apa a tourné autour de ce thème.

Les sages-femmes ont souligné la fréquence de cette situation, en particulier pour les enfants dont le terme ne nécessitait, en théorie, pas de fœticide.

- **La prise en charge des enfants dans cette situation**

Les sages-femmes ont parlé de l'accompagnement de ces enfants.

L'objectif de cette prise en charge étant, pour elles, de faire au mieux pour les parents et de ne pas laisser souffrir l'enfant, alors même qu'aucune prise en charge de réanimation n'a été envisagée, du fait de la décision d'IMG. Une sage-femme du groupe en illustra la nécessité par une de ses expériences en tant qu'étudiante :

« [...] Ils l'ont laissé gasper [...] sur la table. Pour moi, ça c'était insupportable. »

Faire part aux parents que leur enfant est né vivant, a été présenté comme un moment extrêmement difficile pour les sages-femmes. En effet, mettre en place un accompagnement alors même que les parents sont dans un processus d'IMG, ne semblerait pas tout à fait opportun. Mais quid de l'enfant qui vit après l'expulsion, dans ce contexte d'IMG ? Quid de la mère qui assisterait à l'agonie de son enfant ? Quid enfin, du rôle d'accompagnement de la sage-femme, dans le respect de la loi, de son code de déontologie, et en adéquation avec son éthique mais aussi avec la réalité d'une telle situation ?

Toutes ces questions ont été soulevées au cours de l'entretien, par les sages-femmes du groupe.

- **Les autres professionnels**

Le positionnement des autres professionnels a également été un élément important de la discussion.

La distance des anesthésistes face à cette situation et le fait que certains médecins n'aient pas conscience de cette réalité, ont été identifiés comme sources de difficultés pour les sages-femmes :

« Le problème les filles, c'est que les médecins, les premiers, imaginent qu'ils sont toujours morts. »

« Les internes d'anesthésie, l'autre fois, [...] on ne se sentait pas du tout soutenues. »

Le sentiment de solitude des sages-femmes face à cette situation a, par la suite, émergé de leur discussion :

« Je trouve que c'est bien qu'on soit entre nous, qu'on en parle entre nous. Parce que je trouve que par rapport à ça, on est hyper seules. »

- **Le fœticide**

La naissance d'un enfant vivant à la suite d'une IMG a également été longuement discutée par SF Tep, mais plus dans une optique d'évolution des pratiques par rapport à il y a une vingtaine d'années.

Ainsi, la prise en charge antérieure des fœtus issus d'IMG a été relatée : « Je pense qu'il y a dix ans, on l'aurait laissé sur la paillasse et basta. »,

La mise en place du fœticide est alors ressortie comme un élément positif, facilitant la prise en charge de l'IMG :

« Maintenant, avec le fœticide c'est vraiment plus agréable, ça change tout. C'est très confortable pour l'équipe. Parce qu'en fait, avant, on le camouflait [...]. Donc c'était pour nous plus éprouvant. Maintenant, c'est beaucoup plus serein. »

« Même si, entre guillemets, on tue, on essaie de faire ça de façon plus...humaine. »

Malgré tout, cet acte est apparu comme quelque chose de difficile à vivre pour les sages-femmes : *« Quand on assiste au fœticide, c'est abominable »*.

3.2 Question n°2 : les impacts sur la sage-femme et la profession

- **L'accompagnement des femmes**

Dans les deux entretiens, émerge l'idée que l'accompagnement de la patiente prime sur la technicité de l'IMG :

« Il y a toujours l'aspect technique, mais bon, c'est mettre du Cytotec dans le vagin puis rompre, point. Mais c'est un pouillème de l'affaire. Ce qui compte dans l'IMG, c'est pas ça du tout, c'est tout l'accompagnement qu'on va faire autour. C'est le rôle d'information, c'est ce rôle de soutien. » (SF Tep),

« On est sur un autre versant de notre métier. C'est-à-dire que d'un seul coup, la technique tu l'oublies. Parce qu'il faut être honnête, sur une IMG, il n'y a pas d'analyse de rythme, techniquement ce que tu fais ; un TV, la rupture des membranes... » (SF Apa).

L'expérience de l'IMG a positivement influencé l'accompagnement réalisé par les sages-femmes :

« [...] C'est sur le moment, accompagner cette famille, accompagner cet enfant. Et je pense que là je me suis énormément améliorée. » (SF Tep),

« [...] C'est justement dans ces situations que tu développes d'autres trucs qui font partie intégrante de notre métier. En ça je trouve que c'est vraiment intéressant. Parce que oui, je pense que le relationnel ça fait partie intégrante de notre métier. » (SF Apa).

- **Les études de sages-femmes**

L'impact de l'IMG sur la pratique des sages-femmes a été présenté comme moindre lorsqu'elles ont eu une expérience de prise en charge de l'IMG pendant leurs études :

« [...] dès la deuxième, troisième année, on suivait les IMG. Donc ça a vraiment fait partie de mon apprentissage. Donc est-ce que ça a changé ma pratique professionnelle ? Non, parce que je suis arrivée, j'en avais déjà fait [...]. » (SF Tep).

Cette idée a été appuyée, lors de la discussion de SF Tep, par les propos d'une sage-femme n'ayant pas eu d'expérience de prise en charge de l'IMG pendant ses études : « Et je me suis humanisée au sens où je ne m'accorde plus le droit de porter de jugement. C'est pour ça que je pense que ma pratique et mon identité ont changé par rapport à ça. Et moi-même donc, je dirais que j'ai changé. Avant, je le faisais de façon technique. »

Cet impact de l'expérience sur l'accompagnement des patientes a été nuancé au sein du groupe SF Tep :

« Ce qu'il y a, c'est que la maturité par rapport à prendre en charge une IMG n'est pas fonction du nombre d'années d'exercice professionnel. Elle est surtout fonction de l'individu et surtout du chemin personnel. »

- **Profession sage-femme et IMG**

La prise en charge de l'IMG a été présentée comme faisant partie intégrante du métier de sage-femme. Cette notion a fait l'unanimité de toutes les sages-femmes interrogées :

« Mais on a choisi ce métier. On participe à des IMG, c'est notre rôle. Enfin, c'est notre travail. » (SF Tep).

« L'accompagnement des IMG fait vraiment partie du boulot de sage-femme. Ça fait vraiment partie de notre métier. » (SF Apa),

L'évolution du positionnement de certaines sages-femmes du groupe SF Tep, face à l'IMG, a été relatée au cours de l'entretien :

« Je pense que ça aussi, ça fait partie des choses qui ont évolué dans ma pratique. Parce qu'avant, j'étais... je le faisais parce que ça faisait partie du code de déontologie. Maintenant, je le fais plus pour soutenir les parents. ».

Cette question également été discutée par les sages-femmes du groupe SF Apa.

Il en ressort que :

- Le choix de travailler dans un CPDPN, constitue un accord tacite à la prise en charge de l'IMG : *« [...] et puis aussi, d'autant plus qu'on a fait le choix de travailler dans une structure comme celle-ci. Après, il est évident que ça fait aussi partie du contrat de te dire, je viens travailler dans une structure comme celle-ci, j'accepte de faire du grand préma, j'accepte de faire du mort. »*
- L'encadrement de l'IMG par la loi, légitime sa pratique : *« Il y a une loi qui encadre l'IMG aujourd'hui. Et dans le cadre de cette loi, il y a des femmes qui ont le droit d'interrompre leur grossesse. C'est la réalité, c'est comme ça. Ça ne se discute pas en fait. »*

- **Impacts sur le devenir personnel de la sage-femme**

L'enrichissement personnel que retire la sage-femme de la prise en charge de l'IMG a été révélé par les deux groupes:

« J'ai appris énormément de choses au contact de ces patientes là et au contact de l'expérience professionnelle de mes collègues. [...] Moi au début, éthiquement ça me posait un problème. Et au début, je me dédouanais en disant ; oui mais moi j'accompagne, ce n'est pas moi qui donne la mort. Ça, ça fait réfléchir. » (SF Tep)

« [...] Je dirais que ça m'apporte une certaine satisfaction parce que j'ai l'impression que je... J'essaie de leur faire « du bien » dans une situation difficile. Et quand on a l'impression d'y être arrivé un petit peu, je pense que vous êtes d'accord, on a l'impression qu'on fait un boulot utile et qu'on a fait quelque chose de bien pendant notre garde. » (SF Apa)

L'impact de l'IMG sur le rapport qu'a la sage-femme avec la mort a été mis en exergue dans l'entretien de SF Tep :

« [...] *Moi, c'est plutôt ma vue sur la mort qui a beaucoup évolué. [...] Tu vois, c'est l'accompagnement d'un... d'un... d'un mort. Où là, je pense que j'ai vraiment gagné une étape, mais au fur et à mesure de ma pratique. J'ai gagné en accompagnement et, je ne sais pas, en vision de la mort.* »

Les sages-femmes de ce groupe ont également discuté du fait que certaines IMG peuvent être personnellement marquantes : « *Evidemment qu'il y a des histoires qui marquent, forcément, plus que d'autres. On se les trimbale toute une vie.* » (SF Tep)

L'impact des difficultés rencontrées par les sages-femmes, lors de l'IMG, sur leur entourage a été évoqué par SF Tep : « *C'est atroce. Moi mes gamins ils sont là, mais arrête maman, mais arrête, c'est sordide. Tes histoires de salle on en a ras-le-bol. [...] Mais je ne peux pas m'en empêcher.* »

L'investissement plus important des sages-femmes lorsqu'il s'agit d'une IMG a été révélé par l'entretien du groupe SF Apa: « *Je pense que pour les IMG, on est moins sur la relation que tu peux avoir avec une patiente, grossesse normale et tout. Je trouve qu'on va plus se dépasser.* »

3.3 Question n°3 : les besoins/les solutions

Dans cette question, la discussion des deux groupes porta sur la formation, sur le besoin d'un temps de parole pour les sages-femmes et sur les améliorations pratiques à apporter pour faciliter la prise en charge de l'IMG.

- **La formation des professionnels**

Les deux groupes ont révélé un besoin de formation continue officielle, claire et concise autour des formalités administratives de l'IMG :

« *Une formation très basique. Qu'on voit au moins les papiers. [...] L'administration, ça change tout le temps et c'est toujours par des bruits de couloir qu'on sait que ça change.* » (SF Tep)

« *Quand la loi a changé, j'ai trouvé qu'on avait été très peu informées finalement. [...] Après, je pense que c'est à l'organisation du service de former régulièrement les équipes.* » (SF Apa),

L'information des étudiants sur la possibilité qu'un enfant puisse naître vivant à l'issue d'une IMG, est un élément important, mis en avant dans l'entretien du groupe SF Apa : « *C'est peut-être là-dessus qu'il faut les prévenir aussi, parce que ça c'est un truc auquel elles vont être confrontées. [...] Je crois qu'il y a beaucoup de filles qui ne se rendent pas compte.* »

- **Un temps de parole**

Le besoin d'un temps de parole, avec les psychologues du service, a été exprimé par SF Tep : « *Un staff avec une psychologue par rapport à des réflexions, je pense que ça serait très très bien. Même en dehors du cadre de l'IMG d'ailleurs. A Port Royal, on vit au quotidien des choses très dures. Il y a eu une sale série en 2009 avec trois décès maternels en l'espace de deux mois et rien n'a été fait, alors que ça a été réclamé par le personnel.* ».

Une sage-femme du groupe a précisé ce point en spécifiant que personnellement, elle ressentait le besoin de faire part des difficultés qu'elle rencontrait mais « *à chaud* ».

La nécessité de ce groupe de parole s'accompagnait d'un souci de professionnalisme pour SF Tep : « *Quand il y a eu un couac, ça serait bien qu'on sache ce qu'on aurait pu faire pour ne pas qu'il y ait ce couac. Dans l'intérêt de la patiente et puis, très égoïstement, aussi pour que nous gardions une pertinence pour la fois d'après tout simplement.* »

Ce temps de parole a été évoqué par SF Apa, mais la majorité des sages-femmes n'adhérait pas forcément à cette idée. En effet, elles ont énoncé quelques réticences à livrer les difficultés qu'elles rencontraient, au sein d'un groupe formel. L'origine de cette réserve étant la composante personnelle liée au vécu de ces difficultés:

« *Le seul problème du groupe de parole et de le faire de façon formelle, c'est qu'effectivement, moi il y a certaines collègues avec qui je n'ai pas envie de discuter de mes gardes difficiles. [...] parce que c'est quand même un ressenti, c'est assez intime.* » (SF Apa)

- **Le matériel et les locaux**

Le manque et/ou l'inadaptation du matériel étaient présents dans les deux entretiens.

Le manque de moyens pour assurer le confort des patientes a été évoqué par les sages-femmes SF Tep :

« On a tellement rien, on a un pauvre oreiller par patiente. Pour le confort, on n'a rien du tout. [...] C'est un détail, mais c'est très important. »

La nécessité de mettre en place un protocole de nursing afin d'éviter l'apparition d'escarres, chez les patientes vivant une IMG, émergea des échanges de ce groupe :

« Il y a aussi une chose où, moi la première aussi des fois je ne fais pas attention, [...] c'est tout ce qui est confort, nursing des patientes. [...] On a quand même des cas d'escarres et c'est des trucs auxquels, j'avoue on est tellement dans notre niveau trois, qu'on a oublié ça. On oublie, on oublie, on oublie complètement ça [...] ».

L'agencement des locaux et le manque de matériel dans la pièce dédiée à la prise en charge du corps de l'enfant sont les principaux éléments ressortant des discussions du groupe SF Apa sur le sujet :

« La salle au fond, si les sages-femmes ne s'en occupent pas, personne ne s'en occupe. C'est géré par personne. Le matériel, tu n'en as jamais. Ça veut dire qu'au milieu de ta salle pleine et de ton IMG, [...] faut que tu ailles gérer ton matériel dans la crèche et tout. Il faut que tu aies une balance digne de ce nom. Parce que quand tu as un enfant à terme, tu ne peux pas le peser. », « Non, t'es obligée d'attendre que tout le monde soit dans les pièces pour passer avec ton bébé mort, comme ça... »

A la suite de cette discussion autour des améliorations à apporter pour faciliter leur prise en charge, les sages-femmes de ce groupe ont rapporté que la mise en place d'une plaquette d'information à destination des parents, serait un support utile pour les aider à aborder les questions autour de « l'après IMG ».

A la fin de l'entretien de SF Apa, les sages-femmes ont fait part de leur besoin de savoir, concrètement, ce que devient le corps de l'enfant, afin de mieux en informer les parents. Dans cette optique, elles ont émis le souhait de visiter la chambre mortuaire de l'hôpital.

Troisième partie

Discussion

3.1 Forces et limites

3.1.1 Limites et forces du Focus Group

L'étude menée présente certaines limites inhérentes à la méthode du Focus Group. En effet, la dynamique du groupe dépend de facteurs inter-sujets. Des réticences à exprimer ses opinions personnelles (en particulier si elles divergent de la majorité), ou des difficultés à prendre la parole face à un sujet dominant, peuvent entraver le bon déroulement de l'entretien.

On peut supposer qu'au sein des deux groupes, ces réticences étaient atténuées par le fait que les sages-femmes interrogées avaient l'habitude de se côtoyer. En effet, elles faisaient toutes parties des effectifs de salle d'accouchement de la maternité de Port Royal.

De plus, lors des entretiens, aucun « sujet dominant » n'a été identifié par le modérateur.

La méthode du Focus Group présente une autre limite : les résultats obtenus sont difficilement généralisables. Ceci du fait de leur caractère qualitatif.

Néanmoins, le choix d'un CPDPN comme lieu d'étude, implique que les sages-femmes interrogées sont fréquemment confrontées à l'IMG. Ainsi, même si les résultats obtenus ne sont pas généralisables, ils offrent malgré tout un bon aperçu de ce que vivent les sages-femmes, d'un CPDPN, lors de la prise en charge d'une IMG. Cet aspect de l'étude peut également être perçu comme un facteur limitant. En effet, il est possible que les sentiments des sages-femmes n'exerçant pas dans un CPDPN, donc avec une moindre expérience de l'IMG, ne s'accordent pas totalement avec les résultats de l'étude.

3.1.2 Limites et forces de l'étude réalisée

Le faible échantillon de la population constitue une des limites de cette étude. En effet, seules 9 sages-femmes exerçant à Port-Royal ont été interrogées.

Mais on peut considérer que celles ayant accepté de participer à l'étude, avaient de ce fait moins de réticences à aborder ce sujet délicat et ont donc livré plus facilement les éléments de leur ressenti face à l'IMG.

De plus, si on ramène ce chiffre aux effectifs de salle de travail de l'ancienne maternité de Port-Royal (encore en activité au moment de l'étude), notre échantillon correspond à environ 30% de la population globale des sages-femmes de salle de travail.

Une autre limite est le recrutement des sages-femmes, qui n'a été effectué que sur un seul site. La possible diversité des pratiques d'un CPDPN à l'autre, concernant la prise en charge des IMG, peut être à l'origine de vécus différents.

Néanmoins, réaliser ce type d'étude sur différents centres en même temps, aurait été source de difficultés. Outre les facteurs géographiques, réunir des sages-femmes qui ne se connaissent pas toutes, aurait pu limiter leur expression sur ce sujet délicat.

Le rôle du modérateur a été respecté suivant la méthode du Focus Group. Aucun élément extérieur n'est venu perturber le déroulement des entretiens.

De plus, les questions posées étaient des questions ouvertes, qui n'orientaient en aucune façon les réponses des sages-femmes interrogées.

3.2 Discussion des résultats

3.2.1 Hypothèse n°1

3.2.1.1 Les difficultés liées au corps et aux formalités administratives

La formulation de la première question du Focus Group a permis d'identifier les difficultés auxquelles les sages-femmes doivent faire face, lors de la prise en charge de l'IMG. Cette question a été énoncée de façon ouverte afin de ne pas influencer, ni limiter, les réponses des participants.

- **Les difficultés liées au corps**

Concernant les difficultés inhérentes à la prise en charge du corps de l'enfant mort, l'aspect de ce dernier est apparu comme un élément conditionnant l'accompagnement des sages-femmes.

La présentation aux parents d'un corps de petit terme et/ou présentant d'importantes malformations externes, est difficile pour ces professionnels. Il en est de même lorsque la mère ne souhaite pas voir le corps alors qu'il ne présente aucune malformation et que le terme de la grossesse est avancé.

Lorsque des anomalies morphologiques sont présentes, la confrontation de la sage-femme avec le corps est également un évènement difficile. Ce dernier point constitue pourtant une étape inévitable de la prise en charge de l'IMG. En effet, contrairement aux parents, la sage-femme n'a pas le choix, elle est obligée, à un moment donné, d'être confrontée à la vue du corps de l'enfant mort.

Donc plus l'aspect du corps diverge de l'image que se fait l'inconscient collectif du corps d'un nouveau-né humain, plus l'accompagnement des sages-femmes semble être difficile.

Ces difficultés de prise en charge du corps de l'enfant mort faisaient également partie des résultats d'une étude réalisée en 2008 sur « Le vécu de l'IMG par les sages-femmes de salle de naissance » (17)

Concernant la présentation du corps aux parents, les sages-femmes auditionnées ont trouvé positif que la femme voit le corps lorsqu'elle s'était imaginé un monstre.

Mais le respect de la volonté des parents par rapport au corps, a été présenté comme primant sur le sentiment personnel de la sage-femme.

Des résultats similaires sont présents dans la littérature. (17)(18)

La prise en charge du corps de l'enfant mort constitue donc, par bien des aspects, une difficulté majeure que rencontre les sages-femmes lors de la prise en charge de l'IMG.

- **Les difficultés administratives**

Les formalités administratives, à remplir lors de l'IMG, n'ont pas fait partie des difficultés discutées par les sages-femmes. Néanmoins, il est apparu nécessaire aux deux groupes de mettre en place une formation concernant l'évolution des dispositions législatives entourant l'IMG.

Les sages-femmes ont fait part de la difficulté qu'elles avaient parfois à répondre aux questions des parents, en particulier lorsqu'elles concernent le devenir du corps. Dans leur étude, M.Garel et al obtenaient les mêmes résultats sur ce point (17).

L'information à délivrer aux parents sur les droits que leur confère la législation entourant l'IMG, semble donc mettre parfois les sages-femmes en difficulté.

Mettre en place une formation afin de clarifier les dispositions législatives de l'IMG semble donc opportun.

3.2.1.2 Validation de l'hypothèse n°1

La première hypothèse de cette étude supposait que les difficultés rencontrées par les sages-femmes lors de l'IMG étaient liées au corps de l'enfant et aux formalités administratives.

Les résultats de l'étude montrent qu'effectivement, le corps de l'enfant pose certaines difficultés aux sages-femmes. En revanche, les formalités administratives n'ont pas été identifiées comme une difficulté.

La première hypothèse de l'étude est donc partiellement validée.

Les entretiens ont révélé d'autres difficultés majeures auxquelles les sages-femmes doivent faire face.

3.2.1.3 Autres difficultés identifiées par l'étude

Les sages-femmes interrogées ont livré d'autres difficultés importantes auxquelles elles sont confrontées lors de la prise en charge d'une IMG en salle de travail :

- L'accompagnement du couple
- Le positionnement des autres professionnels
- L'indication de l'IMG
- La naissance d'un enfant vivant

- **L'accompagnement du couple**

La singularité de la relation qui s'établit entre la sage-femme et le couple a été révélée dans les deux entretiens de notre étude.

Les éléments à l'origine des difficultés d'accompagnement des parents ont également été identifiés. Ainsi, il peut être difficile pour la sage-femme d'adapter son accompagnement à certaines réactions des parents face à l'IMG. Le manque de soutien de la part de l'entourage du couple, et le vécu antérieur de la sage-femme, en particulier son rapport personnel avec la mort, peuvent également compliquer cet accompagnement.

Ce versant du rôle de la sage-femme ressortait également dans l'étude de Garel et al. A l'instar de nos résultats, l'accompagnement du couple y primait sur les difficultés techniques de l'IMG.

Les recommandations en matière d'accompagnement du deuil, énoncées par la circulaire interministérielle du 19 juin 2009, présentaient 4 principes fondamentaux dont le respect devait aider à l'accompagnement du couple : (19)

- Informer et faire participer les parents à chaque décision concernant leur enfant
- Coordonner les différents intervenants et les parents
- Ecouter, être disponible et soutenir
- Accompagner les parents dans les démarches administratives

Dans notre étude, les sages-femmes ont identifié certains éléments difficiles pouvant être corrélés aux difficultés d'accompagnement.

En effet, l'activité importante du service de salle d'accouchement et la gestion des autres patientes, ont été soulignées comme pouvant être à l'origine d'une moindre disponibilité de la sage-femme pour l'IMG.

De même, comme il en a été discuté précédemment, le besoin de formation concernant les formalités administratives peut être éventuellement apparenté à des difficultés pour guider les parents dans leurs démarches. Même si cela n'a pas été identifié comme tel par les sages-femmes de notre étude.

Enfin, informer et faire participer les parents aux décisions concernant leur enfant mort, peut être difficile pour la sage-femme, en particulier si elle n'y a pas été préparée.

- **Le positionnement des autres professionnels**

Les sages-femmes de notre étude ont mis en avant les réactions leur semblant inadéquates de certains professionnels et le manque d'humanité dans la considération des patientes. Ce vécu du défaut de coopération interprofessionnelle semble alimenter la grande solitude que ressentent les sages-femmes lors de la prise en charge de l'IMG.

La circulaire interministérielle de 2009 rapporte la nécessité d'une attitude commune des différents intervenants face à l'IMG et la reconnaissance des besoins de la sage-femme en terme de soutien.

Améliorer la compréhension des autres professionnels sur le positionnement et le vécu des sages-femmes lors de l'IMG, pourrait atténuer les difficultés qu'elles rencontrent. Dans cette optique, la mise en place d'un groupe de travail pluri-professionnel semble une solution envisageable.

- **L'indication de l'IMG**

L'indication de l'IMG est ressortie, dans notre étude, comme une source potentielle de difficultés pour les sages-femmes.

D'autres auteurs ont également montré que ce point était à l'origine de beaucoup de questionnements de la part des professionnels intervenant dans le déroulement de l'IMG. (17)(20)(14)(21)(3).

L'un des éléments commun avec nos résultats est l'incertitude de l'atteinte fœtale.

L'indication de l'IMG renvoie au rôle donné au diagnostic anténatal et au risque de dérive potentielle de cette pratique. Cependant, après avoir analysé les indications des IMG pratiquées entre 1992 et 1995 au centre de médecine fœtale de Tours, H.Marret et ses collaborateurs concluaient à l'absence de dérive eugénique. Leur étude montrait également que les motifs d'IMG étaient discutés avec les parents et que la décision d'interrompre la grossesse était prise en respectant aussi bien leurs souhaits que l'éthique médicale.(22)

Les sages-femmes de notre étude ont discuté de l'importance de faire abstraction de leur sentiment personnel face à l'indication de l'IMG. En effet, en salle de travail ce point n'est plus soumis à débat puisque, de fait, l'avis du CPDPN a été rendu favorable et a fait l'objet d'un protocole rédigé, signé et consigné dans le dossier.

Ce point d'honneur que semblent mettre les sages-femmes à exempter leur accompagnement de tout jugement est présent dans d'autres études (17)(20).

Malgré tout, certaines indications d'IMG restent difficiles.

Plus de continuité entre le staff du CPDPN et le service de salle de travail, en particulier pour les informations concernant l'indication de l'IMG, pourrait éventuellement faciliter le rôle de la sage-femme (17).

- **La naissance d'un enfant vivant**

La naissance d'un enfant vivant est une situation qui ne fait théoriquement pas partie du déroulement de l'IMG. Mais la réalité explicitée par les sages-femmes de notre étude semble autre. En effet, l'entretien de SF Apa a fait apparaître cette éventualité comme une des difficultés majeures auxquelles doivent faire face les sages-femmes.

Cette appréhension face à la possibilité que l'enfant puisse être vivant, a également été identifiée par l'étude de Garel et al.(17)

L'interruption médicale de grossesse représente non seulement un arrêt de la grossesse mais également un arrêt de la vie de l'enfant. De façon plus explicite, l'accès à l'IMG abouti au décès de l'enfant, « consenti » par les parents. C'est dans ce contexte singulier qu'émerge toute la difficulté de savoir quelle attitude adopter face à l'enfant né vivant.

L'administration de substances dans le but de hâter la mort d'une personne est interdite par la loi. Mais seuls les enfants nés vivants et viables peuvent avoir une personnalité juridique. Donc les enfants nés vivants mais non viables, car le terme de l'IMG est inférieur à 22SA ou que leur poids de naissance est inférieur à 500g, ne sont pas des personnes d'un point de vue juridique.

Une autre éventualité est la mise en place de soins palliatifs. Ils sont indiqués en cas de pathologie grave, sans possibilité raisonnable de guérison. Les enfants nés vivants avant 22SA peuvent être concernés par cet accompagnement (23).

La maternité de Port-Royal possède un protocole de soins palliatifs (cf annexe VIII) qui pourrait être utilisé dans ces cas. Mais les sages-femmes de notre étude ont partagé leurs réticences à mettre en place un tel accompagnement, alors que les parents sont dans un processus d'IMG. En effet, il faudrait alors qu'elles informent le couple, non seulement que leur enfant est vivant, mais aussi que son décès ne sera pas hâté par les soins palliatifs. Cela reviendrait, pour elles, à imposer ces soins aux parents, qui seraient alors confrontés à l'agonie de leur enfant. Leur rôle serait d'autant plus difficile que la décision d'IMG s'accompagne souvent de l'idée d'éviter la souffrance d'un enfant (20)(14)(24)(25)(17). L'impression de ne pas respecter la

volonté des parents dans ce cas, a été au cœur du questionnement des sages-femmes.

Allant dans leur sens, Thevenot présente les soins palliatifs périnataux comme une « alternative » à l'IMG (26).

3.2.2 Hypothèse n°2

3.2.2.1 L'IMG et l'exercice professionnel de la sage-femme

L'idée que la prise en charge de l'IMG fait partie intégrante de la profession de sage-femme est un élément important qui ressort de notre étude.

Cette notion était également présente dans les résultats de Garel et al.

L'accompagnement d'une femme qui devient mère, en dehors du cadre de l'IMG, constitue le cœur de la profession de sage-femme. Plusieurs écrits reconnaissent qu'une femme ayant recours à l'IMG devient également une mère (27)(12)(28)(29)(25)(30)(13). L'accompagnement de l'IMG par la sage-femme apparaît donc dans la continuité de ses attributions.

De plus, le fait que la littérature autour de l'IMG, bien que peu nombreuse, traite ce sujet en y incluant les sages-femmes signe bien que le rôle de prise en charge de l'IMG leur incombe.

Malgré tout, il est à noter que le référentiel métier et compétences des sages-femmes ne fait pas mention de cette activité dans les situations types de la profession. (31)

De plus, les sages-femmes sont à l'origine de très peu d'écrits sur le sujet.

Donc même si l'IMG est reconnue par les sages-femmes comme faisant partie de leur exercice professionnel, la légitimité de cette activité doit encore être affirmée.

Le premier pas de cette affirmation pourrait être l'intégration de la prise en charge de l'IMG dans le référentiel métier et compétences de la profession. Ainsi, cette activité serait reconnue de façon collégiale, comme tributaire de l'exercice professionnel des sages-femmes.

Cela pourrait également passer par des écrits rédigés par les sages-femmes sur ce sujet.

3.2.2.2 IMG et enrichissement professionnel

Les sages-femmes de notre étude ont fait part de leur investissement dans la prise en charge de l'IMG. Il est également ressorti de nos résultats que l'IMG est à l'origine d'un enrichissement personnel pour les sages-femmes. En effet, elle leur permet d'aborder d'autres aspects de leur profession.

L'étude de Garel et al identifiait également ce sentiment « d'être utile ».

3.2.2.2 Validation de la seconde hypothèse

Notre seconde hypothèse supposait que la prise en charge de l'IMG par les sages-femmes était une activité légitime de la profession et qu'elle l'enrichissait.

Le témoignage des sages-femmes confirme ce sentiment.

Notre seconde hypothèse est donc validée.

3.2.3 Hypothèse n°3

3.2.3.1 Besoin de formation

Les sages-femmes de notre étude ont exprimé la nécessité d'une formation officielle, claire et concise sur les formalités administratives.

Ce besoin de formation était présent dans l'étude de Garel et al.

Les auteurs montraient que les sages-femmes ayant reçu une formation spécifique sur l'IMG étaient celles qui considéraient le moins leur rôle comme difficile.

L'étude révélait donc la nécessité d'une formation autour des aspects psychologiques de l'IMG. Cela ne ressort pas tel quel dans nos résultats, mais pourrait constituer une éventuelle solution face aux difficultés que peuvent représenter les réactions des parents.

De plus, les recommandations concernant l'accompagnement du deuil (zh), stipulent que les professionnels assurant la prise en charge du couple lors de l'IMG, devaient recevoir une formation spécifique les y préparant.

Un autre aspect du besoin de formation a été énoncé dans notre étude. Il concerne l'information des étudiants sages-femmes sur la possibilité de la naissance d'un enfant vivant à la suite de l'IMG. Il ressort de nos entretiens que la formation initiale des sages-femmes ne les prépare pas suffisamment à prendre en charge une IMG, ni à faire face aux difficultés qui y sont liées. Ce manque peut éventuellement être relié à l'absence de l'IMG dans le référentiel métier et compétences des sages-femmes. Mais il est à noter que l'instauration de l'obligation de formation par les décrets du Développement Professionnel Continu (DPC) est récente (janvier 2012). L'IMG n'a donc pas encore été intégrée dans le programme du DPC.

3.2.3.2 Besoin d'un groupe de parole

La constitution d'un groupe de parole, afin de permettre aux sages-femmes de discuter entre elles des difficultés rencontrées lors de l'IMG, a été discutée dans notre étude. Toutes les sages-femmes n'ont pas adhéré à cette proposition, en particulier celles du groupe SF Apa. Ce qui a été mis en avant dans les entretiens, et qui explique cette différence de position, est la cohésion et le soutien des sages-femmes entre elles.

Cependant, il est à noter que les sages-femmes les plus favorables à la mise en place d'un groupe de parole, sont également celles qui ont fait part des répercussions de l'IMG sur leur vie privée.

Ce besoin d'un temps de débriefing pour les sages-femmes est également mentionné par différents auteurs (19)(17).

3.2.3.3 Validation de la troisième hypothèse

Notre troisième hypothèse supposait que les sages-femmes avaient besoin d'une formation ciblée et d'un groupe de parole afin de faire face aux difficultés rencontrées lors de la prise en charge de l'IMG en salle de travail.

Les résultats de notre étude révèlent un besoin de formation des sages-femmes, face à la complexité de la législation encadrant l'IMG.

Des améliorations peuvent donc être apportées aussi bien en termes de formation continue que de formation initiale.

Concernant le besoin d'un groupe de parole, ce point, bien que n'ayant pas fait l'unanimité des participants, a été énoncé. Du fait de la singularité de la méthode utilisée pour cette étude, ce besoin doit être considéré comme réel.

Au vu de ces résultats, notre troisième hypothèse est validée.

3.2.4 Hypothèse n°4

3.2.4.1 Influence positive de l'expérience sur la prise en charge de l'IMG

Les principales difficultés rencontrées par les sages-femmes ont été rapportées dans les deux entretiens de notre étude. Ont ainsi été identifiées comme difficiles :

- La présentation du corps
- L'attitude des autres professionnels
- Les réactions du couple
- La solitude de la sage-femme

Nos résultats montrent que les difficultés techniques semblent diminuer avec l'expérience, contrairement aux difficultés liées à l'accompagnement du couple.

Notre étude a identifié des difficultés de prise en charge de l'IMG par la sage-femme, qui sont communes à celles que présentaient Garel et al dans leur étude. Pourtant, leurs résultats montraient que les sages-femmes des CPDPN, avec plus d'expérience de l'IMG car plus souvent confrontées à cette situation, avaient moins de difficultés à prendre en charge ces patientes. L'analyse de nos résultats semble donc venir contredire Garel et al sur ce point.

La principale différence entre les réponses de nos deux groupes concerne la façon d'aborder la question de l'enfant vivant à la suite de l'IMG. Les sages-femmes du

groupe SF Tep ont fait part des difficultés que génère cette situation en soulignant que leur rôle était beaucoup plus dur avant la mise en place du fœticide.

A la lumière de nos résultats, nous pouvons donc supposer que malgré l'expérience, l'accompagnement de l'IMG reste difficile. Néanmoins, l'origine de cette difficulté semble différente en fonction de l'expérience de la sage-femme.

3.2.4.2 Validation de la quatrième hypothèse

Notre dernière hypothèse supposait que l'expérience des sages-femmes dans la prise en charge des IMG atténuait les difficultés rencontrées.

D'après l'analyse de nos résultats, seules les difficultés techniques semblent réellement diminuer avec l'expérience.

La quatrième hypothèse de notre étude n'est donc que partiellement validée.

3.3 Solutions envisagées et ouverture

3.3.1 Propositions répondant aux besoins des sages-femmes

Après avoir analysé et discuté nos résultats, certaines améliorations peuvent être proposées, à la lumière des besoins identifiés par les sages-femmes.

- **Le groupe de parole**

Un groupe de débriefing, dirigé par un psychologue du service, pourrait être mis en place, pour les sages-femmes qui le souhaitent, afin de leur permettre d'échanger sur les difficultés rencontrées. Ce temps pourrait également leur permettre de mieux comprendre certaines réactions, que ce soit des parents ou d'autres professionnels.

- **La formation des sages-femmes**

La mise en place d'une formation continue sur l'accompagnement du deuil périnatal ainsi que sur la législation de l'IMG, pourrait permettre aux sages-femmes de faire face aux difficultés de la prise en charge de l'IMG.

Suite à la parution des textes sur le Développement Professionnel Continu (DPC), des orientations nationales et régionales à propos des thèmes de DPC vont être proposées. Nous pouvons espérer que des formations liées à la prise en charge de l'IMG seront alors proposées.

Concernant la formation initiale, des modifications pourraient être apportées afin de mieux préparer les futures sages-femmes à faire face aux difficultés de l'IMG. Des groupes de discussion pourraient par exemple être mis en place, avec des sages-femmes ayant déjà côtoyé l'IMG, afin d'informer les étudiants sages-femmes des difficultés pouvant être rencontrées en salle de travail.

- **Protocole anti-escarres**

Durant les entretiens, une des difficultés qu'ont partagé les sages-femmes a été l'apparition d'escarres chez certaines patientes interrompant leur grossesse.

Toute la prise en charge technique entourant l'IMG a pour objectif premier de ne pas ajouter la douleur physique à la douleur psychique. Or l'apparition d'escarres chez ces patientes va à l'encontre de ce principe.

Un protocole ayant pour objectif de prévenir l'apparition d'escarres chez ces patientes, pourrait être mis en place.

Une proposition de protocole anti-escarre est présentée annexe X

- **Améliorations logistiques**

Le manque de matériel a été identifié comme un des éléments entravant une prise en charge optimale de l'IMG par les sages-femmes.

Le confort des patientes, point important pour les sages-femmes interrogées, pourrait être assuré par un apport de matériel comme des coussins, des couvertures...

De même, le matériel nécessaire aux soins du corps pourrait être assuré dans une pièce dédiée à cet effet et adjacent à la salle de l'IMG, évitant ainsi aux sages-femmes de traverser le service avec le corps de l'enfant mort dans les bras.

3.3.2 Ouverture du sujet

La conclusion des résultats obtenus par Garel et al invitait à la réalisation d'une étude par entretiens afin de mieux cerner les difficultés liées à la prise en charge de l'IMG par les sages-femmes, et leurs subtilités.

Notre étude est donc un début de réponse. En effet, elle apporte de nombreux éléments venant confirmer et préciser les résultats de Garel et al.

Mais nos entretiens n'ont été réalisés que sur un seul site. Il conviendrait d'auditionner des sages-femmes exerçant dans d'autres lieux où se pratiquent les interruptions médicales de grossesse, afin d'avoir un reflet plus global de la prise en charge de l'IMG.

De même, une autre ouverture possible de notre sujet serait la mise en place d'une étude par Focus Group, permettant d'interroger les couples sur leur vécu de l'IMG.

En effet, même si les sages-femmes ont révélées de nombreux éléments rendant la prise en charge de l'IMG difficile, il serait intéressant de savoir si ces difficultés se répercutent sur la façon dont le couple vit l'IMG.

Conclusion

Notre étude avait pour but d'identifier les impacts de la prise en charge de l'IMG sur la pratique professionnelle des sages-femmes et les répercussions personnelles de cette activité. La prise en charge de l'IMG fait partie des attributions de la sage-femme et certaines difficultés ne semblent pas s'atténuer avec l'expérience.

L'étude que nous avons menée auprès des sages-femmes de la maternité de Port-Royal, nous a permis d'identifier les difficultés qu'elles rencontrent. Nos entretiens ont révélé toute la complexité de l'accompagnement du couple dans la naissance de l'enfant sans vie : la prise en charge du corps, sa présentation aux parents, la question de son devenir...

La possibilité que l'enfant naisse vivant et le positionnement des autres professionnels au cours de l'IMG, ont révélé le coût émotionnel de cet accompagnement et l'implication personnelle qu'il requiert.

La sage-femme apparaît comme le seul professionnel regroupant les qualités et les compétences nécessaires à la prise en charge globale de ces patientes. Il convient donc de répondre à leurs besoins en matière de formation et de soutien, afin d'assurer les meilleurs soins possibles, dans un contexte aussi difficile.

Pour cela, nous proposons la mise en place de groupes de discussions regroupant sages-femmes, obstétriciens, psychologues et pédiatres afin de mieux appréhender le positionnement et les attributions de chacun face à l'IMG.

Améliorer les formations initiales et continues des sages-femmes sur la législation de l'IMG et l'accompagnement du deuil permettrait d'optimiser la prise en charge du couple.

Dans cette même optique, la mise en place de dispositifs comme un protocole anti-escarre ou des plaquettes d'information destinées aux parents, pourraient être d'une grande aide.

La réalisation d'une étude, similaire à celle que nous avons menée, auprès de sages-femmes exerçant dans d'autres Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal pourrait venir compléter nos résultats, et donner une vision plus précise et globale des difficultés rencontrées lors de la prise en charge de l'IMG.

Bibliographie

1. CPDPN [Internet]. [cité 2012 mars 13]. Available de: <http://www.cpdpn.com/>
2. Agence de Biomédecine collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations professionnelles de l'Agence de Biomédecine pour le fonctionnement des Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN). Paris; 2008 déc.
3. Merg D, Schmoll P. Ethique de l'interruption médicale de grossesse en France. Questions posées par le dispositif des Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. 2005 nov;(343).
4. Mandelbrot L, Girard G. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Aspects techniques des interruptions médicales de grossesse. collège national des gynécologues et obstétriciens français; 2008 déc.
5. Cabrol D, Goffinet F. Protocoles cliniques en obstétrique. 3ème éd. MASSON; 2009.
6. Colloque de formation: Mort d'un enfant autour de la naissance: quel accompagnement ? Hôpital européen Georges-Pompidou; 2011.
7. Lecoint-Jolly V. Deuil périnatal et devenir du corps du fœtus après interruption médicale de grossesse. ELSEVIER MASSON. 2011.
8. sante gouv [en ligne], disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>
9. Manaouil C, Decourcelle M, Gignon M, Chatelain D, Jardé O. Décès périnatal : réglementation actuelle, inscription à l'état civil et devenir du corps. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2009 mai;37(5):381–8.
10. Balzing M. Du statut de l'embryon in utero et du fœtus. 2005 déc;

11. Meunier E. Prise en charge des interruptions médicales de grossesse, bientôt 15 ans... *J Pédiatr Puericulture*. Editions scientifiques et médicales Elsevier. 2003;
12. Esposit-Alary S. Dire Bonjour pour pouvoir dire au revoir. L'interruption médicale de grossesse: pour un lieu d'hospitalisation qui facilitera la séparation. Ecole de cadres sages-femmes de Dijon; 2004.
13. Memmi D. La seconde vie des bébés morts. éditions de l'école des hautes études en sciences sociales, EHESS. 2011.
14. Amann J-P. Diagnostic prénatal et interruption médical de grossesse: aspects éthiques. éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. 2003;149–55.
15. Ordre des sages-femmes. Code de déontologie des sages-femmes. août 27, 2008.
16. Moreau A, Dedianne M, Letrilliart L, Le Goaziou M, Labarère J, Terra J. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien; médecine générale*. 2004 mars 15;18(645).
17. Garel M, Étienne é., Blondel B, Dommergues M. Le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance. *La Revue Sage-Femme*. 2008 juill;7(3):113–7.
18. Sloan EP, Kirsh S, Mowbray M. Viewing the Fetus Following Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly. *Obstetric and neonatal nurses*. AWHONN. 2008;
19. Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 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 foetus. DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 juin 19, 2009.

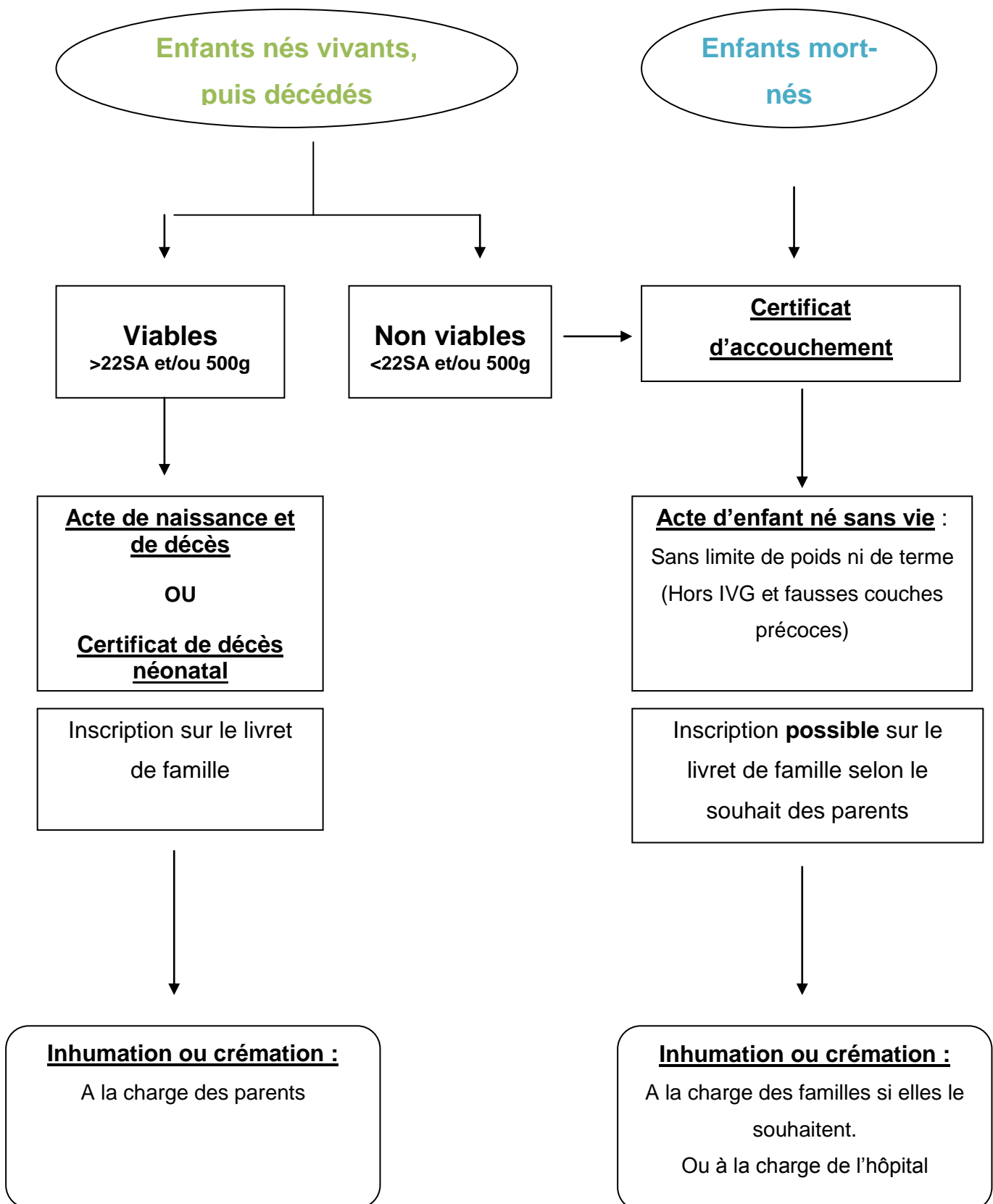
20. Gorincour G, Tassy S, Payot A, Philip N, Malzac P, Harlé J-R, et al. Décision d'interruption médicale de grossesse : le point de vue des soignants français. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2011;39(4):198–204.
21. C.Ponte. Interruption de grossesse: l'interruption médicale de grossesse. *Vocation sage-femme*. Novembre-décembre 2006;46.
22. Marret H, Perrotin F, Descamps P, de Magalhaes A, Lansac J, Body G. Interruption médicale de grossesse aux 2e et 3e trimestre. A propos de 125 indications de 1992 à 1995. *J. Gynecol obstet biol reprod*. MASSON. 1999;245–52.
23. Bétrémieux P. Soins palliatifs en salle de naissance. CHU de Rennes; 2009.
24. Perotte F, Mirlesse V, De Vignan C, Kieffer F, Meunier E, Daffos F. Interruption médicale de grossesse pour anomalie foetale, le point de vue des patientes. *J. Gynecol obstet biol reprod*. MASSON. 2000;185–91.
25. Gaudet C, Séjourné N, Allard M-A, Chabrol H. Les femmes face à la douloureuse expérience de l'interruption médicale de grossesse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2008 mai;36(5):536–42.
26. Thevenot J. Attitude médicale en cas de découverte anténatale d'une pathologie foetale létale ? *La Revue Sage-Femme*. 2009 déc;8(6):340–1.
27. Daffos F. L'interruption médicale de grossesse et la loi. *J.Pédiatr Puériculture*. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS. 2003;129–33.
28. Authier-Roux F. Ces bébés passés sous silence. À propos des interruptions médicales de grossesse. ERES. 2007.
29. Gasser B, Lindner V. Examen du fœtus au cours des avortements du deuxième trimestre de la grossesse: de la salle de travail à l'unité de foetopathologie. EMC.

30. Diedishem M. Projet d'enfant, fin, deuil. *Profession sage-femme*. 97:38–9.

31. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, Collectif des associations et syndicats de sages-femmes. Référenciel métier et compétences des sages-femmes. 2010 janv.

Annexes

Annexe I : Inscription à l'état civil et devenir du corps



Annexe II : Certificat d'accouchement

22 août 2008

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 28 sur 83

ANNEXE

Partie à conserver
dans le dossier
médical

CERTIFICAT MÉDICAL D'ACCOUCHEMENT

En vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie
Décret n° du 2008 pris en application de l'article 79-1 alinéa 2 du code civil

Seul le volet détachable du document (partie inférieure) pourra être transmis à l'officier d'état civil
selon le tableau suivant

SITUATIONS OUVRANT LA POSSIBILITE D'UN CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT	SITUATIONS N'OUVRANT PAS LA POSSIBILITE D'UN CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT
Accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale (dont IMG)	Interruption spontanée précoce de grossesse (fausse couche précoce) et interruption volontaire de grossesse (IVG)

Nom et prénom de la parturiente | _____ | Date de naissance | _____ |

Date et heure de l'acte : Date | _____ | Heure | _____ |

Lieu -établissement | _____ | Autre | _____ |

Adresse | _____ |

Commune | _____ | Code postal | _____ |

Nom et qualité du praticien | _____ |

----- Partie à détacher et à transmettre à l'officier d'État civil -----

CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT

en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie auprès de l'officier d'état civil (article 79-1 alinéa 2 du code civil)

Je soussigné(e), Prénom | _____ | Nom | _____ |

Qualité : Docteur en médecine

Sage-femme

CERTIFIE QUE :

Prénom | _____ | Nom de famille | _____ |

Nom d'usage (le cas échéant) | _____ |

A accouché, le | _____ | à | _____ h _____ mn |

à : commune | _____ | Code postal | _____ |

D'un enfant mort-né ou né vivant mais non viable, de sexe : F M

Fait à | _____ | le, | _____ |.

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Annexe III : Formalités administratives entourant l'IMG

	Enfant né vivant puis décédé	Enfant né sans vie
Certificat médical	<ul style="list-style-type: none"> - « Enfant né vivant et viable » - Jours et heures de naissance et de décès 	<ul style="list-style-type: none"> - Remplir le formulaire Cerfa n°13773*1 à établir <u>obligatoirement</u> après 15 SA
Enregistrement à l'état civil	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoire - Acte de naissance - Acte de décès 	<ul style="list-style-type: none"> - Possible - Acte d'enfant sans vie
Prise en charge du corps	<ul style="list-style-type: none"> - Funérailles obligatoires - A la charge des familles 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation possible des funérailles par les familles - Sinon prise en charge du corps par l'hôpital (crémation)
Registre	Cahier d'accouchement (Après 15 SA, quelque soit le mode d'accouchement) Informatisation	

Contact :

coordonnées de la chambre mortuaire

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

Document d'accord parental pour la prise en charge du corps
(décès prénatal)

Nous soussignés,.....

Madame :.....
(nom, prénom, adresse)

Monsieur :.....
(nom, prénom, adresse)

souhaitons :

faire procéder nous-mêmes aux obsèques de notre enfant

confier le corps de notre enfant à l'hôpital pour crémation

Nous souhaitons être informés du jour du départ du corps pour crémation :

oui

non

selon les modalités suivantes :

Date :

Signature de la mère

Signature du père

**GROUPE HOSPITALIER COCHIN - PORT ROYAL
SAINT VINCENT DE PAUL**

**FICHE DE LIAISON
MATERNITE - CHAMBRE MORTUAIRE**

Etiquette de la
Patiente

Age gestationnel : ____ SA

Date de l'expulsion : __/__/____

Heure de l'expulsion : ____ h ____

Maternité d'origine : Port-Royal Saint Vincent de Paul

Enfant né : Vivant Sans vie

- AUTOPSIE DEMANDEE PAR LE COUPLE
 AUTOPSIE REFUSEE PAR LE COUPLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

- Nom de l'enfant : _____
- Prénom de l'enfant : _____
- Sexe de l'enfant : Masculin Féminin
- Rites religieux souhaités : Oui Non Lesquels : _____
- Corps vu par la patiente en salle de naissance : Oui Non
- Le couple souhaite organiser des obsèques : Oui Non Ne sait pas
- Consentement à l'autopsie signé par les parents : Oui Non
- Déclaration sur le registre des embryons (terme < 22SA) : Oui Non
à la mairie du 14^{ème} arrondissement.

REMARQUES PARTICULIERES

Empty box for remarks.

**GROUPE HOSPITALIER COCHIN - PORT ROYAL
SAINT VINCENT DE PAUL
DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE
ET DE RADIOGRAPHIE CORPS ENTIER (FACE + PROFIL)**

Etiquette de la
Patiente

Début de grossesse : ___ / ___ / _____

Age gestationnel : _____ SA

Maternité d'origine : Port-Royal Saint Vincent de Paul

Issue de la grossesse : FCT MFIU IMG

Contexte : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DE LA PATIENTE

Age : Gestité : Parité : Consanguinité : oui / non

Antécédents

Echographie & IRM (merci de joindre une copie des compte-rendus)

Caryotype fœtal : _____ Villosités choriales LA Sang fœtal

Autres prélèvements fœtaux effectués :

Conservation anténatale d'ADN fœtal : Oui Non

Confection anténatale d'une lignée cellulaire : Oui Non

Arrêt de vie fœtale :

- date et heure : ___ / ___ / _____ à ___ h ____ .

Durée du travail : _____ heures

Expulsion : date : ___ / ___ / _____ Voie basse Césarienne

Sexe de l'enfant : Masculin Féminin

Prélèvements particuliers à visée diagnostique souhaités en vue d'une conservation

EXPLORATIONS FOETOPATHOLOGIQUES SPECIFIQUES DEMANDEES

NOM DU MEDECIN DEMANDEUR : _____

*Formulaire de deux pages à adresser à la chambre mortuaire avec tout corps d'enfant.
Un exemplaire du formulaire est conservé dans le dossier médical de la patiente.*

DEMANDE d'EXAMEN d'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS

N° d'enregistrement au laboratoire

Date du(des) Prélèvement(s) : à h

IDENTIFICATION DU PATIENT (Etiquette GILDA)

NOM
Nom de jeune fille
Prénom
Date de naissance Sexe
NDA
NIP
SERVICE ET SALLE (U.H.)

ETIQUETTE ADRESSE

TRANSMISSION DES RESULTATS

Service demandeur
Nom du médecin préleveur
Téléphone et/ou BIP

Service prescripteur
Nom du médecin prescripteur
Téléphone et/ou BIP

Signature préleveur/prescripteur

DEMANDE(S) PARTICULIERE(S) :

EXAMEN EXTEMPORANE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

EXAMENS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ANTERIEURS date(s), numéro(s) d'enregistrement et résultats, TRAITEMENTS RECUS (radiation, antibiotiques, hormones...)

PRELEVEMENT(S)

NATURE(S) ET SIEGE(S)
(éventuellement identifier les différents réceptifs)

SCHEMA SOMMAIRE DES LESIONS

FIXATEUR UTILISE : FORMOL AUTRE LEQUEL ? AUCUN

CADRE RESERVE AU SERVICE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

REÇU LE à -- H -- COTATION :

NBRE DE RECIPIENTS : NBRE DE LAMES POUR CYTOLOGIE :

CONGELATION à -- H -- MILIEUX SPECIAUX : LEQUEL ?

MICROSCOPIE ELECTRONIQUE PHOTOGRAPHIE(S) MACROSCOPIQUE(S)

Contact :

coordonnées des équipes médicales

.....

Document de consentement pour des examens en foetopathologie

Nous soussignés,

Madame :
 (nom, prénom, adresse)

Monsieur :
 (nom, prénom, adresse)

① donnons l'autorisation à l'hôpital :

de pratiquer sur le corps de notre enfant décédé le :

les examens suivants, destinés à rechercher la pathologie dont il était affecté :

autopsie

prélèvements pour étude génétique, si nécessaire (*par ex : caryotype foetal, culture de cellules, étude en biologie moléculaire, ...*)

② acceptons

refusons

que soient utilisés par l'hôpital (.....), à des fins de recherche médicale, des prélèvements effectués sur le corps

③ souhaitons être informés :

✓ des résultats de l'autopsie :

oui

non

✓ des résultats des analyses génétiques (*résultats donnés dans le cadre d'une consultation médicale individuelle*)

oui

non

Date :

Signature de la mère

Signature du père

Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété et signé à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière, permettant aux parents de poser les questions qu'ils jugent nécessaires.
 Sauf impossibilité ou refus de l'un des parents, l'autorisation doit être donnée par les deux parents.

IDENTIFICATION DU PATIENT (étiquette)

NOM :
 Prénom :
 Sexe :
 Née(e) le :
 NIP NDA
 Adresse du patient :

 Téléphone :

Service de RADIOLOGIE B
Pavillon Hardy
 Chef de Service : Pr. A. CHEVROT
 Téléphone : 01-58-41-23-60

Z 9
Ed.06/07
 Recto
 Couleur : Ivoire

DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE

Etiquette MIRIAM

Identification du service

Valide Chaise Brancard Lit O2 Perfusé Agité Poids.....

EXAMEN

URGENT

ECHOGRAPHIE AUTRE EXAMEN (poste..) préciser

SCANNER

IRM

ANGIOGRAPHIE

MOTIF DE LA DEMANDE

But de l'examen :

Patient porteur de BMR : oui non

Résumé clinique et résultats des autres examens :

RENSEIGNEMENTS :

<p>IRM</p> <p>Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Clips chirurgicaux <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Localisation</p> <p>Travailleur des métaux <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Autre matériel implanté <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Préciser :date</p> <p>Claustrophobie <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>SCANNER OU OPACIFICATION</p> <p>Diabète <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>ATCD Cardio vasculaire <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Allergie <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p style="text-align: center;">Si oui Créatininémie ou Clearance</p> <hr/> <p>Nom du médecin et signature (obligatoire)</p> <p>.....</p> <p>Téléphone :</p>
---	--

CADRE RESERVE AU SERVICE DE RADIOLOGIE

Rendez vous le Heure : Protocole

Annexe IV : Dépliant informatif de la chambre mortuaire

Comment vous rendre à la chambre mortuaire ?

Située sur le site Cochin
au rez de chaussée du pavillon Gustave Roussy

8 rue Méchain, Paris 14^{ème}
(plan au verso)

Elle est ouverte :


du lundi au vendredi
de 9h à 12h et
de 13h à 16h45

samedi, dimanche et jours fériés
de 9h à 12h et
de 13h à 15h30

☎ 01 58 41 10 98

INFORMATION

Groupe hospitalier Cochin/Saint-Vincent de Paul



Site Cochin : 27 rue du faubourg Saint-Jacques / 123 boulevard de Port Royal - 75014 Paris

Les accès :

Bus : **Ligne 38** : arrêt Observatoire - Port-Royal ■ **Ligne 83** : arrêt Observatoire - Port-Royal ou Port-Royal - Saint-Jacques ■ **Ligne 91** : arrêt Observatoire - Port-Royal ou port-Royal - Saint-Jacques

Métro : **Ligne 6** : station Saint-Jacques ■ **Ligne 4** : station Denfert-Rochereau

RER : **Ligne B** : station Port-Royal.

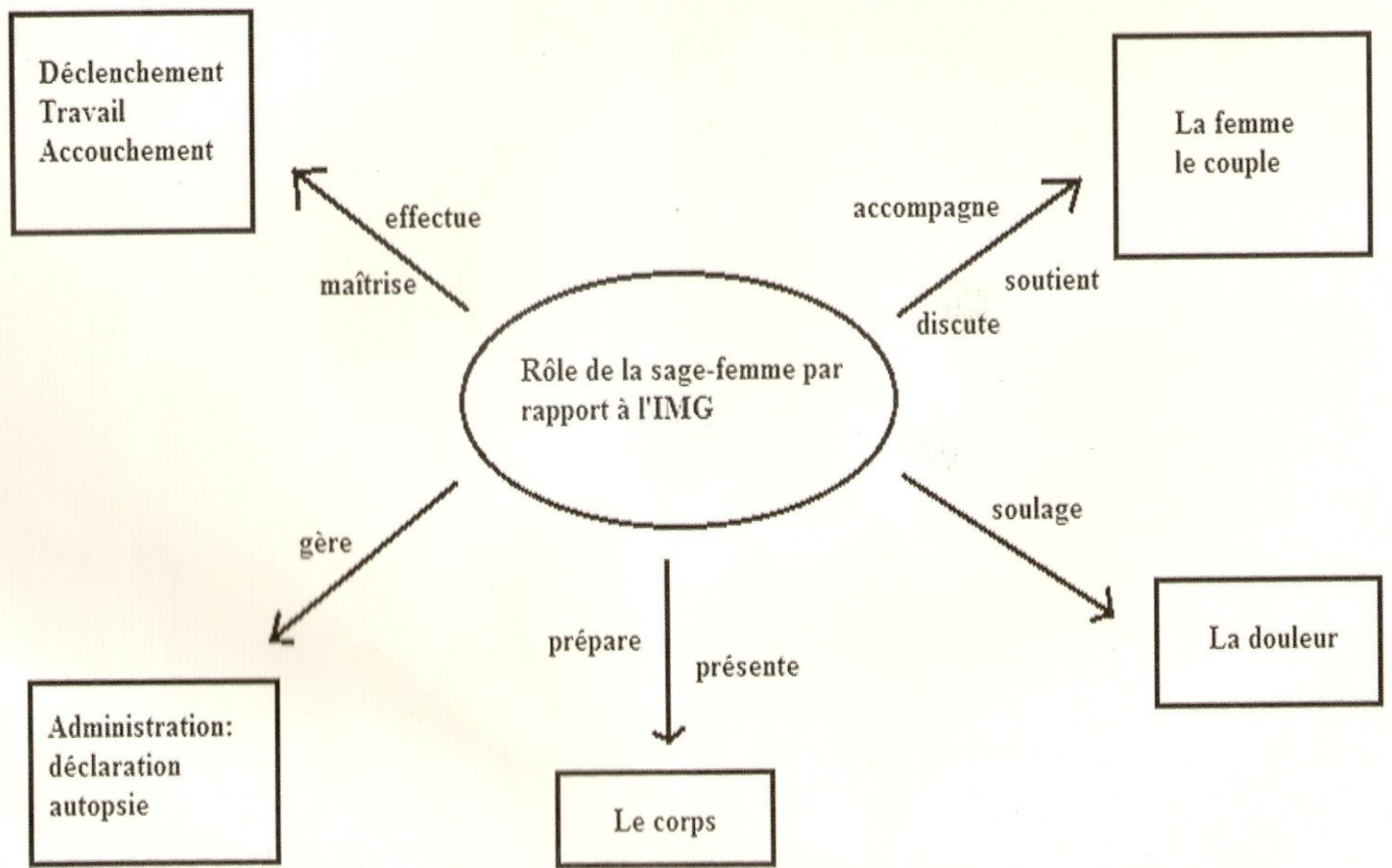
Annexe V : Questionnaire pré-entretien

Age:

Ecole de formation:

- 1) Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?
- 2) Quel est le nombre d'années d'exercice en tant que sage-femme ?
- 3) Quel est le nombre d'années d'exercice dans un service pratiquant des IMG ?
- 4) Combien de mois travaillez-vous en salle de travail en moyenne sur l'année ?
- 5) Dans votre pratique clinique, quel nombre d'IMG prenez-vous en charge en moyenne, en salle de travail, sur l'année ?
- 6) Dans votre formation initiale avec quelle préparation et sous quelle forme avez-vous été préparé(e) à prendre en charge les IMG (stage y compris) ?
- 7) En formation continue, avez-vous eu une formation spécifique sur la prise en charge du deuil en maternité ?
- 8) Quelles autres formations avez-vous effectuées depuis votre diplôme d'état (ex: DU d'échographie, etc...) ?
- 9) Avez-vous déjà travaillé ou aimeriez-vous travailler au DAN ?
- 10) Quels sont les rôles spécifiques de la sage-femme dans la prise en charge de l'IMG en salle de travail ?

Annexe VI : Schéma conceptuel du rôle de la sage-femme



Annexe VII : Prise en charge technique de l'IMG : protocoles de Port Royal

PROCÉDURE D'ADMISSION D'UNE PATIENTE POUR UNE INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE.

07H30 :

- Accueil de la Patiente à jeun au 1^{er} étage
- Passage de la Patiente directement en SDN
- Vérification de la réservation de la chambre

En salle de travail :

- Installation en chambre avec fenêtre dans la mesure du possible
- Vérifier le bilan
- Perfusion IV de B21

1^{er} cas de grossesse \geq 22 SA : arrêt de vie fœtale

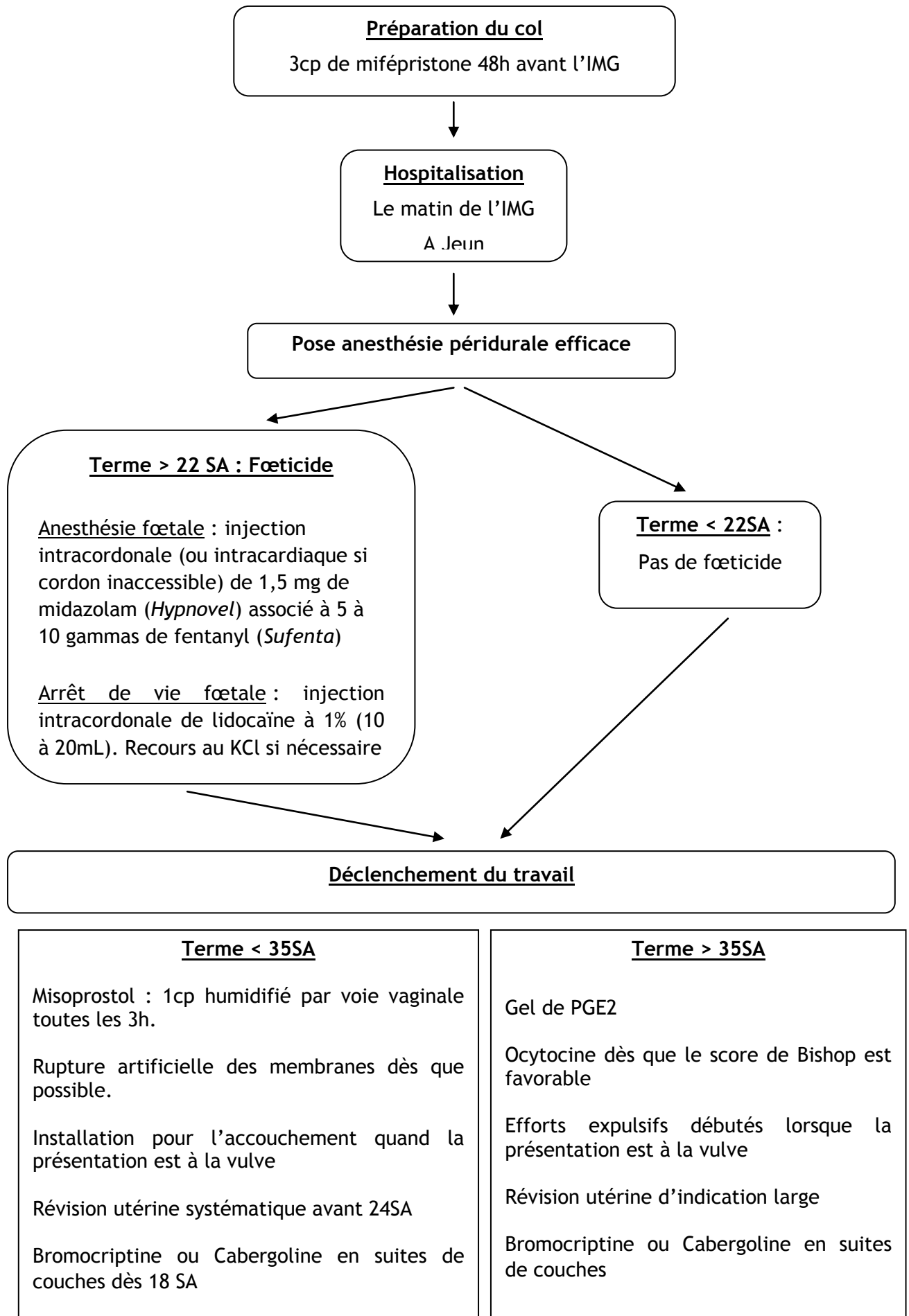
- Périurale à 08h00
- Sage-femme + Médecin du DAN sur place à 08h30
- Puis Cytotec : 1 comprimé intra-vaginal

2^{ème} cas de grossesse $<$ 22 SA

- Un comprimé de Cytotec intra-vaginal
- Puis périurale

Terme < 14 SA	
Préparation du col par misoprostol	1 cp par voie vaginale le matin de l'intervention
Modalités de l'intervention	Hospitalisation le matin de l'intervention Patiente à jeun Aspiration au bloc sous anesthésie générale Sortie le soir même, accompagnée

Terme > 14SA



Annexe VIII : Tableaux récapitulatifs des résultats

Résultats généraux

Groupe	Nombre de thèmes	Nombre de sous-thèmes	Nombre de messages-clés
SF Tep	9	24	80
SF Apa	8	20	87

Question 1

Thèmes	Sous-thèmes
Le Corps	Présentation du corps
	Prise en charge du corps par la sage-femme
	Devenir du corps
Facteurs liés au couple	Le couple lui-même
	interaction entre le couple et la sage-femme
	L'entourage du couple
Facteurs liés à la sage-femme	Facteurs personnels
	Les autres professionnels impliqués dans la pec de l'IMG
	Facteurs techniques
	Formation/expérience
Facteurs logistiques	Le temps
	Autres
Autres facteurs	L'indication de l'IMG
	Le foeticide
Naissance d'un enfant vivant	fréquence/généralités
	PEC de l'enfant par la sage-femme
	Les autres professionnels

Question 2

Thèmes	Sous-thèmes
évolution des pratiques	évolution générale
	évolution de la PEC du fœtus
	Le foeticide
	évolution de la PEC de la douleur
Liens entre l'IMG et le métier de sage-femme	La pratique
	La profession
	La formation
Conséquences de la PEC de l'IMG sur la sage-femme	Rapport à son entourage
	Impacts personnels

Question 3

Thème	Sous-thèmes
Besoins des sages-femmes	Formations
	Temps de parole
	Améliorations pratiques

Légende :

- ○ items communs aux deux groupes
- ● Items spécifiques au groupe SF Tep
- ● Items spécifiques au groupe SF Apa

Annexe IX: Protocole de soins palliatifs de Port Royal

<p style="text-align: center;">FICHE DE RECUEIL DE DONNEES EN CAS DE SITUATION DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT VERS LE DECES EN SALLE DE NAISSANCE</p>

Cette fiche est à remplir dans toutes les situations de soins palliatifs en salle de naissance, qu'il s'agisse d'un nouveau-né extrême prématuré ou porteur de malformations.

Ci-joint le rappel de la conduite à tenir en salle de naissance, à titre d'indication.

1) A l'admission en salle de naissance

- Appeler le pédiatre réanimateur, qui prend connaissance du projet élaboré
- Nouvel entretien bref avec les parents pour vérifier leur accord avec ce projet, préciser leur souhaits (préparer baptême si le souhaitent).
- S'ils confirment leur choix de soins palliatifs, leur préciser les évolutions possibles : gasps, refroidissement, changement de couleur, leur préciser que cela peut prendre du temps
- Préparer le matériel nécessaire (kit « soins palliatifs » prêt en SDN)

2) A la naissance (choix des soins palliatifs)

- L'enfant est emmené sur la « table de réanimation » en crèche
- Pas de geste douloureux : pas de stimulation, pas d'aspiration, pas de collyre, pas de ventilation
- Pose KTVO avec fixation solide dans gelée, RAPIDE (prévoir longueur de tubulure)
- Enveloppement, bonnet +/- habillage
- Traitement antalgique

Préparer :

- **MORPHINE (chlorhydrate) : seringue de 20 cc**
Ampoule 1 ml=1 mg + 9 ml ED, 1ml=100µg
- **HYPNOVEL :seringue de 20 cc**
Ampoule 1ml=5000µg + 19 ml ED, 1ml=250µg

Débuter :

En systématique :

MORPHINE : Bolus 1 ml (soit 100 à 200µg/kg selon poids)

Puis IV continue, commencer à 0.1 cc/h (soit 10 à 20µg/kg/h selon poids) et augmenter de 0.1 en 0.1 selon besoins.

Si besoin (inconfort du bébé malgré Morphine) et toujours en association avec la Morphine :

HYPNOVEL : IV continue, commencer à 0.1 cc/h (25 à 50µg/kg/h selon poids) et augmenter de 0.1 en 0.1 selon besoins.

2 situations



Les parents ne souhaitent pas participer à l'accompagnement :

soins réalisés par les soignants,
au 1^{er} étage, dans la salle au fond
à gauche après la salle « Post-Partum ».

Les parents souhaitent accompagner leur bébé :

- ✓ Bébé emmené en salle d'accouchement en berceau
- ✓ Mis dans les bras, peau à peau si le souhaite
- ✓ Pas de scope
- ✓ Présence soignant permanente ou intermittente selon souhaits
- ✓ Visites autres membres de la famille possible (2 à la fois maxi)
- ✓ Rituel religieux selon souhaits

II. PARENTS

1. Mère

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Pays d'origine :
- Profession :
- Niveau d'études :
- Croyance :

2. Père

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Pays d'origine:
- Profession :
- Niveau d'études :
- Croyance :

3. Fratrie (sexe et âge)

-
-
-

III GROSSESSE

- Gestité :
- Parité :
- Grossesse spontanée/induite :
- Complications pendant la grossesse :

- Transfert in utero, d'où : à quel terme :
- Durée d'hospitalisation :
- Entretien avec psychologue :

1. Situation de diagnostic anténatal

- Pathologie :
- Pronostic annoncé :
 - Sur le plan vital immédiat :
 - A plus long terme :
- Acteurs de l'information prénatale :
- IMG acceptée : OUI/NON
- Demande de césarienne d'indication fœtale : OUI/NON

2. Situation de MAP

- Date du 1^{er} entretien : Terme :
- Intervenants :
- Nombre total d'entretien avant l'admission en SDN :
- Projet de soins d'accompagnement évoqué : OUI/NON

IV. ACCOUCHEMENT

- Terme :
- Cause :
- Mode :
- Facteurs aggravants (RCIU, chorioamniotite...) :
- IMG ? OUI/NON
- Entretien avec les parents (situation inopinée ?) : OUI/NON Qui ?
- Modification du projet : OUI/NON
 - Si OUI, pourquoi ?
- Information délivrée concernant le déroulement : OUI/NON
- Rituel religieux proposé : OUI/NON
- Souhaiteront-ils voir leur bébé ? OUI/NON

V. INFORMATION DANS LE DOSSIER

- Rédigée par (fonction) :
- Information claire ? OUI/NON

VI. ACCOMPAGNEMENT

- Si situation de DAN , évaluation à la naissance conforme au DAN : OUI/NON
- Cri : OUI/NON
- Détresse respi : OUI/NON
- Gasp : OUI/NON
- Mouvements actifs : OUI/NON
- Cyanose : OUI/NON
- FC :
- Pose KTVO : OUI/NON
- Habillage :
- Bébé emmené auprès des parents :
 - NON :
 - Cause refus :
 - Lieu de prise en charge :
 - Intervenants :
 - OUI :
 - Où ?
 - Mis dans les bras
 - De la mère ? OUI/NON
 - Du père ? OUI/NON
 - Peau à peau ? OUI/NON
 - Présence soignant permanente : OUI/NON
 - Présence autres membres de la famille :
 - Rituel religieux : OUI/NON
- Utilisation drogues (Nom du médicament et dose maximale) :
 -
 -
- Durée :
- Souvenirs laissés :

VII. APPRECIATION PAR LE SOIGNANT

- Avez-vous le sentiment que l'accompagnement s'est bien déroulé dans son ensemble ? OUI/NON
- Cela a-t-il représenté une charge de travail supplémentaire ? OUI/NON
- La durée vous a-t-elle paru excessive ? OUI/NON
- Y a-t-il eu un malaise au sein de l'équipe médicale ? OUI/NON
- Y a-t-il eu selon vous un malaise au sein de la famille ? OUI/NON
- Avez-vous eu envie d'accélérer les choses, si oui pourquoi ?
- Pensez-vous que cela a été profitable pour les parents ?

Annexe X : Proposition de protocole de soins anti-escarres lors des IMG

Rappels des facteurs de risques de survenue d'escarres :

- Alitement prolongé
- Perte de la mobilité spontanée
- Points de compression sur les zones à risque : talons, sacrum, ischions, trochanters.
- Surpoids, prise pondérale importante récente
- Humidité de la peau
- Qualité du support : lit, draps, alaises

Conduite à tenir :

- 1- La sage-femme change la patiente de position toutes les heures pour modifier les points de compression.
- 2- Toutes les 3 heures l'infirmière :
 - a. Observe les zones à risque à la recherche d'induration, de chaleur ou de rougeurs persistantes
 - b. En l'absence de ces signes, elle réalise un effleurage d'une à deux minutes des zones à risques avec Sanyrène®

Effleurage au Sanyrène® :

Massage de la peau propre et saine, sans dépression cutanée, à mains nues (ou avec des gants), avec les doigts bien à plat et la paume des mains.

- c. En cas d'apparition d'un des signes évocateurs d'escarres, prévenir la sage-femme et le médecin de garde.

Feuille de surveillance :

Identité de la patiente

Date :	Heure :	Heure :	Heure :	Heure :	Heure :
Position de la patiente					
Présence de signes d'escarres (induration, chaleur, rougeurs)					
Effleurement des zones à risque (sacrum, ischions, trochanters, talons)					
Actes réalisés par :					

Titre et Résumé

En France, l'IMG est autorisée depuis la loi de 1975. Sa prise en charge en salle de travail est réalisée par la sage-femme. Notre étude, réalisée par Focus Group auprès des sages-femmes du CPDPN de Cochin/Saint-Vincent-de-Paul, cherchait à identifier les difficultés et les enjeux d'une telle pratique pour les sages-femmes. La complexité de l'accompagnement du couple, la possibilité que l'enfant naisse vivant et le coût émotionnel de l'IMG, sont les difficultés révélées par nos résultats. Répondre aux besoins des sages-femmes en termes de soutien et de formation concernant l'accompagnement de ces patientes rendraient leur tâche plus aisée.

Mots-clés : profession de sage-femme, avortement thérapeutique, soutien social.

Title and Abstract

In France, therapeutic abortion (TOP) is legalized since 1975. Midwives encounter this situation in the labor ward. The aim of our study was to identify difficulties and issues of TOP. We used a Focus Group method to interview midwives working in prenatal diagnosis center of Cochin/Saint-Vincent-de-Paul. Difficulties of providing psychological support to parents, the risk of the child being alive and emotional implication of midwives were well-known.

It is necessary to improve midwives training and consider their need to support in order to simplify their job.

Keywords : midwifery, therapeutic, abortion, social support