



HAL
open science

Les sages-femmes face à l'interruption médicale de grossesse

Delphine Esplat

► **To cite this version:**

Delphine Esplat. Les sages-femmes face à l'interruption médicale de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00765328

HAL Id: dumas-00765328

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00765328>

Submitted on 14 Dec 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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**
Université d'Auvergne — Faculté de Médecine

**Les sages-femmes face à l'interruption médicale
de grossesse :**
*Enquête dans le réseau de santé périnatale
d'Auvergne*

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU
PAR Delphine ESPLAT
Née le 12 Juin 1988

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
Année 2012

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**
Université d'Auvergne — Faculté de Médecine

**Les sages-femmes face à l'interruption médicale de
grossesse :**
*Enquête dans le réseau de santé périnatal
d'Auvergne*

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU
PAR Delphine ESPLAT
Née le 12 Juin 1988

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
Année 2012

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire, et en particulier :

Ma directrice de mémoire, Isabelle Perrier, et mon enseignante référence, Verlaine Duvignau, pour l'aide qu'elles ont pu m'apporter,

Ma famille, pour avoir toujours été là,

Matthieu, pour son soutien et ses encouragements,

Yo, Tony et Luc, pour m'avoir chacun aidé à sa manière,

Et toute ma promotion, en particulier Brune, Mathilde, Cécile, Camille, Marjorie, Cynthia, Laura et Cindy.

Glossaire

CC : code civil

CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal

CSP : code de la santé publique

IMG : Interruption médicale de grossesse

IVG : interruption volontaire de grossesse

OMS : organisation mondiale de la santé

SA : semaines d'aménorrhée

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	2
I. ASPECTS LEGISLATIFS	2
1. Historique	2
2. Législation	2
3. Démarches administratives.....	4
II. ASPECT MEDICAL : DEROULEMENT DE L'IMG	8
1. Indications d'IMG.....	8
2. Déroulement	12
3. Techniques et protocoles à Clermont-Ferrand.....	16
4. Place de la sage-femme.....	16
III. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES.....	17
1. La maternité	17
2. Le deuil.....	18
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE	22
I. OBJECTIS ET TYPE D'ETUDE	22
II. MATERIELS.....	22
III. METHODES.....	23
IV. ANALYSE STATISTIQUE.....	24
TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSES	25
I. DESCRIPTION DE LA POPULATION	25
II. FORMATION ET EXPERIENCES	28
III. PRATIQUES ET PRISE EN CHARGE DES IMG.....	33
IV. AVEC LE COUPLE	49
V. SUITES DE COUCHES	54
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	57
I. LIMITES DE L'ETUDE.....	57
II. ANALYSE DES RESULTATS	57
III. PROJET D'ACTION.....	68
CONCLUSION.....	72
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

« Sage-femme, le plus beau métier du monde ». En effet, la sage-femme est celle qui accompagne la femme, le couple, quand une nouvelle vie va arriver. Dans un univers de rose, de beaux bébés, de vie, la réalité est parfois bien différente. D'autres aspects existent, comme les avortements spontanés, les interruptions volontaires de grossesse, les morts-fœtales in-utéro, ou encore les interruptions médicales de grossesse.

La mort reste un sujet tabou, peu abordé en maternité. Cependant, la négation de cette réalité ne l'empêche pas d'exister. Actuellement, du fait du développement des échographies et des techniques de diagnostic prénatal, le fœtus est devenu un patient à part entière et le nombre d'interruptions médicales de grossesse ne cesse d'augmenter, atteignant aujourd'hui un chiffre de près de 7000 chaque année en France.

Si le vécu des couples est documenté et étudié dans la littérature, celui des professionnels de santé qui accompagnent ces couples l'est beaucoup moins. Pourtant, pour eux aussi ces moments peuvent être douloureux et déstabilisants sur le plan psychologique.

Comment vivre au mieux ces situations afin d'accompagner au mieux ces couples en demande d'interruption médicale de grossesse ? Les sages-femmes sont-elles suffisamment formées pour prendre en charge ces moments si particuliers ? Quel sont les moyens pouvant être mis en place au sein d'une équipe afin d'optimiser cet accompagnement ?

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

I- Aspects législatifs

1- Historique

Jusqu'en 1975, l'avortement est interdit. Cependant, les punitions qui sanctionnaient les avorteurs ou les femmes ont beaucoup variées au fil du temps. L'ancien Code pénal, dans le décret du 29 juillet 1939, condamne en effet les « faiseuses d'anges » à une peine allant de 5 à 10 ans de prison et à une amende de 1800 à 100 000 francs. La femme qui subissait cet avortement risquait elle de 6 mois à 2 ans d'emprisonnement et jusqu'à 20 000 francs d'amende. Plus tard, avec la loi du 15 février 1942, l'avortement devient assimilable à « un crime contre la sûreté de l'Etat », passible de la peine de mort [1]. Marie-Louise Giraud fut la seule « faiseuse d'anges » exécutée pour ce motif, elle fut guillotinée le 30 juillet 1943 pour avoir pratiqué 27 avortements illégaux. Cependant, au même moment, l'Ordre des médecins obtient la possibilité d'interrompre une grossesse en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente.

2- Législation

Ce n'est qu'en 1975, dans la loi Neyrinck n° 75-17 du 17 janvier (art. 5 du code la santé publique (CSP), aussi appelée loi Veil), que l'IMG et l'IVG se légalisent, sous certaines conditions strictes. Dès cette première loi, l'IMG est possible, si les modalités sont respectées, quel que soit le terme de la grossesse.

Art. L. 162-1.de la loi Veil – « *La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse* » [2].

Art. 162-12. de la loi Veil – « *L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou 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* » [2].

Avant le développement des techniques de diagnostic prénatal dans les années 1980, les trois-quarts des IMG étaient réalisées pour motif maternel.

Cette loi est ensuite complétée par la loi de bioéthique n°94-654 du 29 juillet 1994 dont découle la création des Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN), sous la dépendance de l'agence de biomédecine ;

Art.L.162-16 : « (...) *Des centres de diagnostic prénatal pluridisciplinaires sont créés dans des organismes et établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Leurs missions, leur rôle auprès des autres intervenants en matière de diagnostic prénatal et les conditions de leur création et de leur agrément sont définis par décret en Conseil d'Etat* » [3].

Depuis 1999, cette loi impose que lors d'une demande d'IMG pour indication foetale, l'un des deux médecins autorisés à prendre cette décision doit travailler dans un CPDPN. Le décret en conseil d'Etat n°97-578 en précise les missions :

Article.R.162-17 du CSP : « *Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ont pour mission :*

« 1° *De favoriser l'accès à l'ensemble des activités de diagnostic prénatal et d'assurer leur mise en œuvre en constituant un pôle de compétences cliniques et biologiques au service des patients et des praticiens ;*

« 2° *De donner des avis et conseils, en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic, aux cliniciens et aux biologistes qui s'adressent à eux lorsqu'ils suspectent une affection de l'embryon ou du*

« 3° *D'organiser des actions de formation théorique et pratique destinées aux praticiens concernés par le diagnostic prénatal des diverses affections de l'embryon et du foetus* » [4].

La loi 2001-588 du 4 juillet 2001 vient redéfinir les termes: « l'interruption volontaire de la grossesse pour motif thérapeutique » devient « interruption médicale de grossesse », élargissant ainsi ses indications [5].

Enfin , la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique impose l'avis d'un médecin spécialiste de la pathologie maternelle en cause lors d'une demande d'IMG pour indication fœtale, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent :

Art. 13 - « 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. Le médecin qualifié en gynécologie-obstétrique et le médecin qualifié dans le traitement de l'affection dont la femme est atteinte doivent exercer leur activité dans un établissement de santé » [6].

3- Démarches administratives

Lors d'une IMG, les modalités administratives sont régies par les décrets n°2008-798 relatif au livret de famille et à l'information des futurs époux sur le droit de la famille [7] et n° 2008-800 du 20 août 2008 [8] relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil (CC), récemment complété par la circulaire du 19 juin 2009 (relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donné lieu à un acte d'enfant sans vie, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des foetus et à l'accompagnement du deuil périnatal) [9].

- Déclaration de l'enfant (droit civil).

Plusieurs situations différentes existent [10] (Annexe 1) :

- Acte d'enfant né vivant et viable : à partir de 22SA ou 500gr.

Lorsqu'un enfant est décédé avant que sa naissance soit déclarée à l'état civil, l'officier de l'état civil établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant les jour et heure de sa naissance et de son décès [9].

- Acte d'enfant sans vie

- Pour les enfants nés vivants mais non viables (avant 22 SA ou en dessous de 500gr) ou mort-nés (nés sans vie mais viables) : un acte d'enfant sans vie est établi, qui énonce notamment les jour, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère. Un ou des prénoms peuvent être donnés à l'enfant. Cependant aucun nom de famille ne peut être donné et aucune filiation ne peut être établie, l'enfant sans vie n'a donc aucune personnalité juridique [9].

- Pour les enfants non vivants et non viables (entre 14 et 22 SA): un acte d'enfant sans vie peut être établi à la demande des parents, sans limite minimum de terme ou de poids, depuis les décrets d'août 2008 [7-8]. L'acte d'enfant sans vie ne peut être établi que sur présentation d'un certificat d'accouchement, dont le modèle est annexé à l'arrêté du 20 août 2008. « La réalité d'un accouchement relève de l'appréciation médicale des praticiens. En tout état de cause, l'établissement d'un certificat médical d'accouchement implique le recueil d'un corps formé - y compris congénitalement malformé - et sexué, quand bien même le processus de maturation demeure inachevé et à l'exclusion des masses tissulaires sans aspect morphologique » [9].

Cette disposition fait suite aux trois arrêts du 6 février 2008 de la première chambre civile de la Cour de cassation, qui réinstaurent le deuxième alinéa de l'article 79-1 de la loi n°93-22 du CC du 08 janvier 1993: aucune notion de viabilité n'est prise en compte dans l'établissement d'acte d'enfant sans vie [11 ; 12].

- **Etablissement d'un livret de famille**

Les enfants nés vivants et viables sont systématiquement inscrits sur le livret de famille. Dans les autres cas, l'indication d'enfant sans vie peut, à la demande des parents, être apposée sur le livret de famille. Or, ce livret n'était établi qu'à l'occasion d'un mariage ou lors de la naissance d'un premier enfant possédant un acte de naissance. Depuis le décret n° 2008-798 du 20 août 2008, les parents non détenteurs d'un livret de famille dont le premier enfant est un enfant sans vie peuvent en demander un auprès de l'officier l'état civil [7].

- **Droits sociaux**

Un acte d'enfant sans vie signifie une reconnaissance de la grossesse. Ainsi, la mère n'est pas hospitalisée pour une maladie, mais elle est couverte par le risque maternité. Elle est aussi protégée contre le licenciement.

L'indemnité journalière de l'assurance maternité « est allouée même si l'enfant n'est pas né vivant » (art. R 331-5 du code de la sécurité sociale) [10 ; 13]. Il n'est pas précisé s'il doit être viable.

Dès 22SA ou 500gr, le congé maternité est accordé. Le nombre de semaines dépend du rang de naissance de l'enfant et débute au jour de l'accouchement. Cette grossesse sera prise en compte par la sécurité sociale pour le calcul des congés maternités ultérieurs.

Depuis le décret n° 2008-32 du 9 janvier 2008 relatif aux conditions d'indemnisation du congé de paternité, le père peut également bénéficier d'un congé de paternité en cas d'acte d'enfant né sans vie et ceci dès 22SA [14].

De plus, les parents perçoivent la prime à la naissance dès lors que la mère est encore enceinte le 1^{er} jour civil qui suit le 5^{ème} mois de grossesse (après 26SA).

Enfin, les enfants mort-nés inscrits à l'Etat Civil sont pris en compte pour l'attribution de la majoration de pension de retraite, de durée d'assurance et bonification de durée de service.

- Examen foeto-pathologique

En l'absence d'acte de naissance et d'acte de décès, les prélèvements par le laboratoire de foeto-pathologie, qu'ils soient à visée diagnostique ou scientifique, ne peuvent être réalisés qu'après recueil du consentement écrit de la mère, après l'avoir informée sur les finalités de ces prélèvements, conformément à l'arrêté du 16 août 2007 [15].

- Devenir du corps. Funérailles, inhumation

Lorsqu'un acte de naissance et un acte de décès existent, l'inhumation ou la crémation du corps est obligatoire. Les funérailles sont à la charge de la famille.

En présence d'un acte d'enfant né sans vie, les parents peuvent choisir d'organiser ou non des funérailles. Si les parents ne prennent pas en charge les funérailles, l'établissement se doit de procéder, après 10 jours, à l'inhumation ou à la crémation.

En l'absence d'acte d'enfant né sans vie, si un certificat d'accouchement a été établi, les parents peuvent également procéder à une inhumation ou à une crémation du corps.

Dans les cas où aucun certificat d'accouchement n'a été établi, le corps est assimilable aux pièces anatomiques, il est recommandé aux établissements de santé de procéder à une crémation [9].

II-Aspect médical : déroulement de l'IMG

L'agence de Biomédecine a recensé 6876 IMG en 2008 pour 800 000 naissances chaque année en France [16].

D'après les statistiques du CPDPN de Clermont-ferrand :

- en 2008, 53 IMG ont été réalisées à la maternité de Clermont-Ferrand, et 72 dans les maternités périphériques.

- en 2009, il y a eu 55 IMG réalisées à Clermont-Ferrand, et 85 dans les maternités périphériques.

- en 2010, 44 IMG ont été réalisées à Clermont-Ferrand, et 81 dans les maternités périphériques.

1-Indications d'IMG

- Indications maternelles

Elles représentent 2,3 % des IMG en 2008. Les IMG pour motif maternel sont pratiquées si la poursuite de la grossesse « met en péril grave la santé de la femme ». D'après la définition de la santé par l'OMS, elle « est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Il peut donc ici s'agir de risques médicaux mais aussi psychologiques et sociaux pour la femme [16-17-18].

Indications maternelles les plus fréquentes :

- Pathologie générale (le plus souvent pathologies cardiaques avec risque de décompensation cardiaque pendant la grossesse)
- Pathologie cancéreuse, où le retard de prise médicamenteuse du à la grossesse peut être gravement préjudiciable à la survie maternelle
- Pathologie psychiatrique lorsque la grossesse entraîne la décompensation d'une névrose préexistante avec risque suicidaire
- Pathologie liée à la grossesse telle que les conséquences des toxémies gravidiques (HELLP syndrome, stéatose hépatique aigue gravidique, coagulation intra vasculaire disséminée).

- Indications fœtales

Elles représentent la majorité des IMG, soit 97,7 % en 2008 [16]. L'autorisation d'IMG peut être accordée s'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[...] » [2].

Indications foetales principales [17]:

- Essentiellement :
 - les anomalies chromosomiques (trisomies 21, 18, 13, syndrome de Turner (45X), syndrome de Klinefelter (47XXY), les triploïdies...)
 - les anomalies neurologiques (anencéphalie, exencéphalie, microcéphalie, dilatation ventriculaire, spina-bifida, ...)
 - les anomalies génétiques (maladies héréditaires à transmission autosomique dominante, récessives ou liées au sexe)
 - les anomalies graves et étendues du squelette et de l'appareil locomoteur
 - les polymalformations viscérales

· Plus rarement :

- les anomalies du système réno-urinaire (uropathies obstructives, malformations de l'arbre urinaire, agénésie rénale bilatérale)

- les anomalies cardiaques (hypoplasie ventriculaire gauche, communication inter ventriculaire importante)

- les hernies de la coupole diaphragmatique

- les anomalies de quantité de liquide (anamnios avant 17 SA)

- les retards de croissance intra utérin sévères

· Beaucoup plus rarement :

- les anomalies de la paroi qui, lorsqu'elles ne sont pas associées à des anomalies chromosomiques, sont le plus souvent curables par la chirurgie

- les anomalies limitées et isolées des membres.

- Selon le rapport annuel 2009 de l'agence biomédecine, indications des attestations délivrées en vue d'une IMG entre 2006 et 2008 [16] :

	2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%
Indications chromosomiques	2 433	35,8	2 546	38,3	2 706	39,4
Indications géniques	379	5,6	444	6,7	448	6,5
Indications infectieuses	77	1,1	72	1,1	67	1,0
Malformations ou syndromes malformatifs	2 924	43,1	2 789	42,0	2 990	43,5
Autres indications fœtales	602	8,9	621	9,3	505	7,3
Indications maternelles	180	2,7	170	2,6	160	2,3
Non Renseigné	192	2,8	0	0	0	0
Total	6 787		6 642		6 876	

-

- Réflexions éthiques

Aucune liste « officielle » ne répertorie les pathologies pouvant donner droit à une IMG, d'où parfois la difficulté pour les CPDPN de prendre une décision quant à l'accord ou non d'une IMG à un couple. De plus, l'évolution de certaines pathologies fœtales est inconnue, tant sur le plan de la gravité à la naissance, sur le pronostic à long terme, que sur celui des prises en charges ultérieures possibles grâce aux progrès de la science.

De ce fait, les indications sont plus ou moins larges selon les équipes, de part les positionnements éthiques, moraux, personnels de chacun des membres du conseil face à une demande.

Selon une étude réalisée en 2007 dans 26 des 40 CPDPN de France, « une large majorité (69,8 %) des répondants estime que leurs convictions personnelles jouent de fait dans la décision d'IMG un rôle plus grand qu'ils ne le souhaiteraient en principe » [19].

Certains couples, suite à un refus d'IMG en France, vont la faire dans d'autres pays. On peut donc évoquer ici le risque de « dérive eugénique » et l'idée de l'enfant parfait, l'eugénisme étant la science qui a pour objet l'étude des conditions les plus favorables à la reproduction humaine et à l'amélioration de l'espèce, selon la définition de l'Institut Européen de Bioéthique [20].

2-Déroulement

- Entretien pré-IMG

Une fois prise la décision d'IMG aura lieu un entretien entre le couple et l'équipe pluridisciplinaire du CPDPN. Cette rencontre permet d'expliquer le déroulement de l'IMG, les modalités d'hospitalisation, les étapes jusqu'à l'accouchement, les modalités administratives, commencer à évoquer des sujets comme la présentation du corps, et enfin permet de répondre aux questions que peuvent se poser le couple.

- J-2 / J-1

L'avant-veille de l'intervention, 3 comprimés de mifépristone à 200mg (mifégyne, anti-progestérone) sont donnés, puis la femme peut retourner à son domicile. Ce produit est un antiprogestérone agissant sur les muscles lisses et l'activité placentaire [21-22-23].

L'hospitalisation se fait la veille de l'intervention. Si cela s'avère être dans les pratiques de l'équipe, la pose des lamineuses s'effectue à l'arrivée de la femme dans le service, par le médecin. Pour limiter la douleur, une prémédication est possible [23].

- Analgésie

Elle permet d'assurer le plus grand confort possible à la patiente, d'éviter au maximum la douleur physique dans ce moment de grande douleur psychique. Une consultation anesthésique préalable est nécessaire, quel que soit le terme. Lors du foeticide, une anesthésie péridurale peut être proposée, ou au moins une anesthésie locale.

Plus tard, lors de l'entrée en salle de naissance, une anesthésie péridurale est mise en place, le plus tôt possible, avant même l'apparition de contractions ou de douleurs. Des alternatives sont possibles dans les situations de contre-indications à l'anesthésie péridurale.

- Foeticide

Celui-ci est légal dans le cadre d'une IMG. Il est réalisé si le terme auquel s'effectue l'IMG est supérieur au seuil de viabilité défini par l'OMS, c'est-à-dire après 24 SA, et ce dans le but de limiter la douleur fœtale et d'éviter l'infanticide qui est interdit par la loi. Afin de limiter la douleur de la mère, il se fait après analgésie (locale ou péridurale). Effectué sous contrôle échographique par l'équipe médicale, il associe une analgésie fœtale à un arrêt de vie in utero sans douleur, par injection intra-cordone ou intracardiaque d'un analgésique (pentotal 10mg/kg plus ou moins associé à du fentanyl 1µg /kg) suivie ou associée à un bolus de chlorure de potassium (5mL) ou de lidocaïne (1%) [23].

- Déclenchement du travail

Il se fait par administration de prostaglandines (dinoprostone, sulprostone, gemeprost ou misoprostol) qui entraînent des contractions utérines très intenses.

On y associe ensuite une rupture artificielle des membranes puis l'administration d'ocytocines par voie intra-veineuse afin de déclencher des contractions.

Certaines équipes utilisent également des lamineurs, placés en intracervical la veille du déclenchement, afin de stimuler la libération locale de prostaglandines et de provoquer une dilatation mécanique du col de l'utérus. Cette dilatation rend les membranes de l'œuf accessibles à une rupture plus précoce.

- Expulsion

L'accouchement nécessite, selon le terme, plus ou moins d'efforts expulsifs. Cependant, on peut noter une grande coopération des femmes dans l'apport d'efforts de poussée malgré la difficulté psychique et émotionnelle de ce moment. L'expulsion peut se faire à dilatation incomplète si le terme est précoce.

- Délivrance

L'IMG est une indication de délivrance dirigée.

Une délivrance artificielle s'effectue presque systématiquement avant 20SA. Au-delà, du fait des risques augmentés de rétention placentaire dans les accouchements avant terme, les révisions utérines restent très fréquentes.

- Présentation de l'enfant aux parents

Cette rencontre facilite le processus de deuil. Elle se fait selon le souhait des parents de voir ou non leur enfant, après qu'aient été réalisés les premiers soins du bébé (poids, taille, identification, etc...). L'enfant doit être présenté habillé ou dans un lange, dans les bras de la sage-femme. Selon la religion des parents, un ministre du culte peut intervenir pour les premiers soins ou être présent lors de la présentation de l'enfant aux parents. Dans tous les cas, même si les parents ne désirent pas voir leur enfant, des photos sont prises, qui resteront dans le dossier obstétrical de la mère et pourront être récupérées ultérieurement. Plusieurs études mettent en avant le fait que l'enfant serait plus fréquemment vu quand l'IMG se fait à un terme avancé ou dans les cas d'absence de malformations apparentes [24].

- Suite de couches

L'hospitalisation se fait si possible en service de grossesses à hauts risques ou en service de gynécologie. Le temps de séjour est souvent raccourci, même si au contraire certaines femmes préfèrent rester plus longtemps. La surveillance est celle standard d'une accouchée, avec surveillance des pertes, de la tonicité et de la rétraction utérine, cicatrisation des points s'il y en a, etc ...

Une prescription est faite, d'antalgiques pour la douleur, d'une contraception si la femme le souhaite, et d'inhibiteurs de la lactation dès 15SA.

- Complications possibles.

Au même titre que lors des autres accouchements, certaines complications sont possibles, comme des complications obstétricales (rupture utérine, hémorragie de la délivrance, infections, lésions anatomiques,...), ou des complications anesthésiques. Les complications « psychologiques » sont ici plus fréquentes.

- Retour à domicile

C'est un moment particulièrement difficile à vivre pour les parents, qui rentrent seuls, sans leur enfant. Un suivi psychologique leur est le plus souvent proposé.

Selon une étude réalisée à Clermont-ferrand par Laurine Devors dans son mémoire en 2010, il serait important pour aider au mieux ces parents de mettre en place une consultation post IMG 10 à 20 jours après le retour à la maison » [25].

- Post-IMG

Une consultation post-natale est préconisée 6 à 8 semaines après l'accouchement, dans le but de faire le point sur les suites de l'intervention, d'aborder la contraception, ainsi qu'une éventuelle rééducation périnéale. De plus, cette consultation permet de voir où en sont les parents dans leur processus de deuil, de revenir parfois sur certains évènements qui ont pu se passer sans qu'ils ne soient bien compris ou expliqués. De plus, les résultats d'éventuels examens complémentaires effectués après l'accouchement (autopsie) pourront être rendus aux parents à cette occasion, permettant peut-être de faire le point sur l'éventualité d'une nouvelle grossesse. Dans certains cas, une consultation génétique pourra être proposée.

3- Techniques et protocoles à Clermont-ferrand

J-2 : L'avant-veille de l'expulsion, prise de 3 comprimés de RU 486 (Mifégyne).
Retour à domicile possible.

J-1 : hospitalisation en secteur de grossesse à hauts risques. Consultation anesthésiste si elle n'a pas été faite avant et prélèvement du bilan préopératoire.
Pose des lamineaires.

JO : Introduction de 2 comprimés de Cytotec en intra-vaginal. Transfert en salle de naissance pour pose d'une anesthésie péridurale précoce. Plus ou moins foeticide.
Retrait des dilapans. Réitération des 2 comprimés de cytotec toutes les 3h, ou 1 seul comprimé si utérus cicatriciel (à renouveler maximum 4 fois). Dès que le col est favorable : rupture artificielle des membranes et perfusion d'ocytocines
(Annexe 2).

Prise en charge fœtus et placenta : le placenta doit toujours être adressé en anatomopathologie. Le fœtus doit être adressé en radiologie puis à la chambre mortuaire. Sur demande du staff pluridisciplinaire ou en l'absence de prélèvement prénatal pour caryotype foetal, un prélèvement de peau peut être demandé. Après ces démarches, des obsèques peuvent être réalisés par les parents. Sinon, l'établissement de santé procède à la crémation. Les cendres sont répandues au « jardin du souvenir » du crématorium régional de la rue de Crouel, 63000 Clermont-ferrand (Annexe 3).

4- Place de la sage-femme

Elle est présente à tous les instants de la prise en charge, et se retrouve même souvent l'interlocuteur privilégié en salle de naissance ou en post-partum.

III- Aspects psychologiques

1- La maternité

a- Grossesse et transparence psychique

La grossesse est le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience [26].

La femme se trouve être dans un état de fragilité, et des bouleversements psychiques importants peuvent intervenir. Durant la grossesse, la parentalité est « un mouvement en cours l'élaboration », qui ne prend tout son sens qu'au moment de l'accouchement. La naissance est l'acte fondateur de la maternité, le deuil de l'enfant imaginaire au profit de l'enfant réel va installer cette parentalité. Dans les situations d'IMG, le deuil de l'enfant réel se fait en même temps que celui de l'enfant imaginaire, réalisant une fracture psychique qui intervient en pleine crise psychosociale.

b- Annonce du handicap ou de la malformation et décision d'IMG

L'annonce du handicap ou de la malformation provoque le plus souvent un choc, une sidération chez les parents. L'impensable, attendre un enfant différent, devient alors réalité. Cette annonce peut provoquer un sentiment de culpabilité, d'effroi même, des parents. Certaines femmes se sentent honteuses, blessées narcissiquement, « le produit de leur pouvoir génésique est imparfait » [27-28-29].

Le choix des mots du médecin au moment de l'annonce est primordial, ils resteront le plus souvent gravés dans la mémoire des parents.

Un soutien psychologique est important dans ces situations. Un sentiment d'échec, de vide, d'incapacité à être mère peut s'installer, avec parfois des retentissements psychologiques plus ou moins importants.

« La décision prise de garder l'enfant ou de faire une IMG entraînera un processus de deuil dans tous les cas. La première va s'accompagner du deuil d'un enfant parfait ou de l'enfant comme « je voulais » et la seconde du deuil de l'enfant décédé et que « j'aurais tué indirectement » » [30]. Ce sentiment de toute-puissance, ce pouvoir de vie ou de mort sur leur bébé, peut être insupportable pour certains parents.

Cependant, ce moment peut également être vécu comme une traumatisme pour l'équipe médicale, et en particulier pour l'échographiste ou le médecin qui fait la découverte de l'anomalie et qui doit la transmettre.

2- Le deuil

Le deuil est la perte par décès d'une personne proche, aimée, significative.

a- Deuils

Le deuil normal se compose de trois stades : le choc initial, l'étape centrale avec protestations puis phase dépressive, et enfin une phase de récupération.

Dans certains cas, le processus se complique. Le travail de deuil est altéré avec un deuil intensifié (prolongation exagérée de la phase dépressive), retardé ou inachevé. Dans d'autres cas le processus se bloque et le deuil devient pathologique, avec apparition de sentiments de culpabilité, d'idées suicidaires, de dévalorisation, de ralentissements psychiques, et apparition de troubles psychiatriques (manie de deuil, deuil délirant, etc ...).

Les deuils pathologiques n'auraient pas tendance à la résolution spontanée avec le temps et nécessiteraient donc une prise en charge spécifique active [31].

b- Spécificités du deuil suite à une IMG

C'est un deuil complexe, puisque la mort commence avant la naissance.

Les IMG aboutissent plus souvent à un deuil compliqué, pouvant être accompagné de conflits familiaux, conjugaux, sociaux, ... [30]

Pour Freud, un travail de deuil ne peut s'accomplir que si la personne endeuillée peut avoir dans son champ mental une représentation de l'objet perdu. On comprend alors tout à fait la complexité et la spécificité du deuil d'un enfant qu'on n'a pas connu [30-31].

Au-delà de la perte d'un enfant, l'IMG c'est aussi la perte de tous les rêves, de tous les projets, de tous les espoirs et de toutes les attentes qui accompagnent la grossesse.

MATERIELS ET METHODES

I – Objectifs et type d'étude

L'objectif principal était d'identifier les principales difficultés (pratiques et morales) rencontrées par les sages-femmes dans la prise en charge d'un couple en situation d'IMG, selon le niveau de la maternité d'exercice et leur ancienneté dans la profession.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leur ressenti sur leur formation initiale et continue, et enfin de définir les moyens pouvant être mis en place pour optimiser cet accompagnement.

Pour répondre à nos objectifs, nous avons réalisé une étude d'observation transversale descriptive à l'aide de questionnaires destinés aux sages-femmes.

II- Matériels

1- Population étudiée

La population étudiée était constituée des sages-femmes exerçants dans les maternités du Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne (RSPA).

2- Critères d'inclusion

Les sages-femmes incluses étaient :

- celles acceptant de répondre au questionnaire, quel(s) que soi(en)t le(s) service(s) dans le(s)quel(s) elles exercent.
- Celles ayant été confronté au moins une fois dans leur carrière à une situation d'IMG.

Les 9 maternités interrogées étaient les suivantes :

- maternité de niveau III : CHU Estaing (63)
- maternités de niveau II : Clinique La Chataigneraie (63) ; CH Montluçon (03) ; CH Moulins (03) ; CH Vichy (03) ; CH Aurillac (15)
- maternités de niveau I : CH Issoire (63) ; CH Thiers (63) ; CH Saint-Flour (15)

L'enquête s'est déroulée du 15 décembre au 15 février.

3- Critères d'exclusion

Les sages-femmes exclues étaient :

- celles n'ayant jamais pris en charge de couple en situation d'IMG
- celles refusant de répondre aux questionnaires
- celles travaillant dans la maternité du Puy-en-Velay (difficultés de communication avec la sage-femme cadre et refus de celle-ci de participer à l'enquête).

4- Ethique

Le consentement des sages-femmes cadres de santé et/ou des médecins chefs de services a été recueilli à l'aide de formulaires d'autorisation de distribution datés et signés. L'anonymat des sages-femmes ayant répondu au questionnaire a été respecté.

III- Méthodes

1- Critères de jugement

Les critères de jugement étaient :

- le taux de sages-femmes se sentant en difficulté dans la prise en charge des couples en situation d'IMG, en lien avec les différentes situations
- le taux de sages-femmes trouvant la formation initiale suffisante
- le taux de celles ayant effectué des formations complémentaires
- le taux de sages-femmes trouvant nécessaire la mise en place d'une forme de soutien au sein de l'équipe.

2- Recueil de données

Le questionnaire se composait de cinq parties (Annexe 4). La première partie, constituée de 4 questions, nous a permis de décrire la population étudiée. La deuxième partie, 2 questions fermées, 3 questions semi-ouvertes, était axée sur la formation et les expériences. La troisième partie, sur les pratiques et prises en charge des IMG, était faite de 10 questions. Une quatrième partie nous a permis de définir les relations avec le couple en 8 questions. Enfin, la dernière partie se composait de 3 questions sur les suites de couches.

Il a été laissé de la place pour d'éventuelles remarques en fin de questionnaire.

Sur les 231 questionnaires distribués, 138 ont été récupérés. Le taux de réponses global était de 59,74%.

Sur l'ensemble des questionnaires remplis, 132 ont été inclus dans l'étude, 6 ont été exclus car les sages-femmes les ayant remplis n'avaient jamais pris en charge de couple en situation d'IMG, ce qui nous donnait un taux de participation sur les questionnaires exploitables de 57,14%.

IV- Analyse statistique

Les données récoltées ont été saisies sur le logiciel Microsoft « Excel » et les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel de statistiques R.

Pour établir le lien entre deux variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Khi² de Pearson lorsque les effectifs attendus étaient supérieurs ou égaux à 5. Dans le cas contraire, nous avons utilisé le test de Fisher.

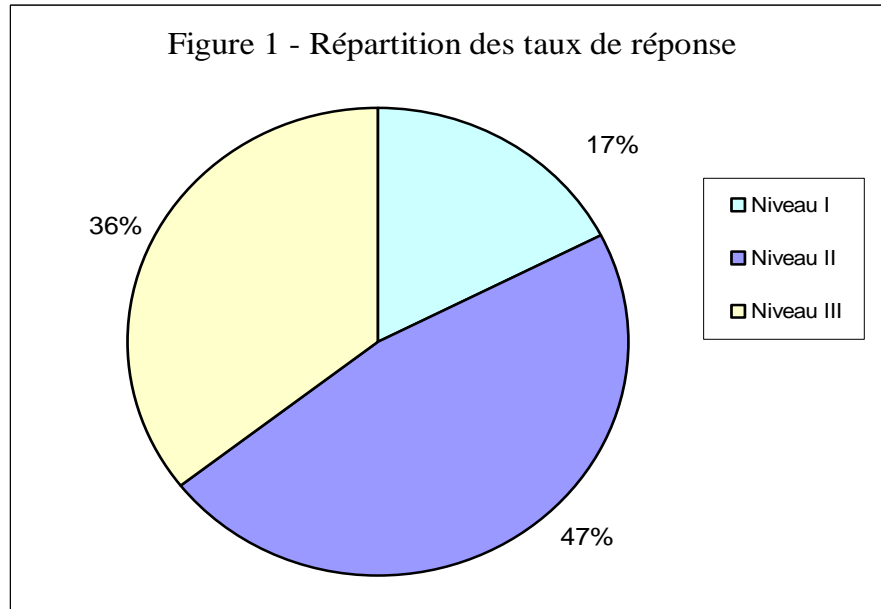
Pour ces deux tests, la valeur de « p » permet de dire si l'influence d'une variable sur une autre est significative ou non. Ainsi, si $p < 0.05$, il existe un lien statistiquement significatif entre les deux variables. Au contraire, si $p > 0.05$, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les deux variables.

L'ensemble des représentations graphiques a été réalisé à l'aide du logiciel « Excel ».

RESULTATS ET ANALYSE

I- Description de la population

1-Maternité d'exercice



Le taux de réponse global par maternité était de 67,6% en niveau I, 53,9% en niveau II et 57,3% en niveau III.

Sur les 132 sages-femmes ayant répondu, 17,43% (n=23) exerçaient en niveau I, 46,97% (n=62) en niveau II et 35,6% (n=47) en niveau III.

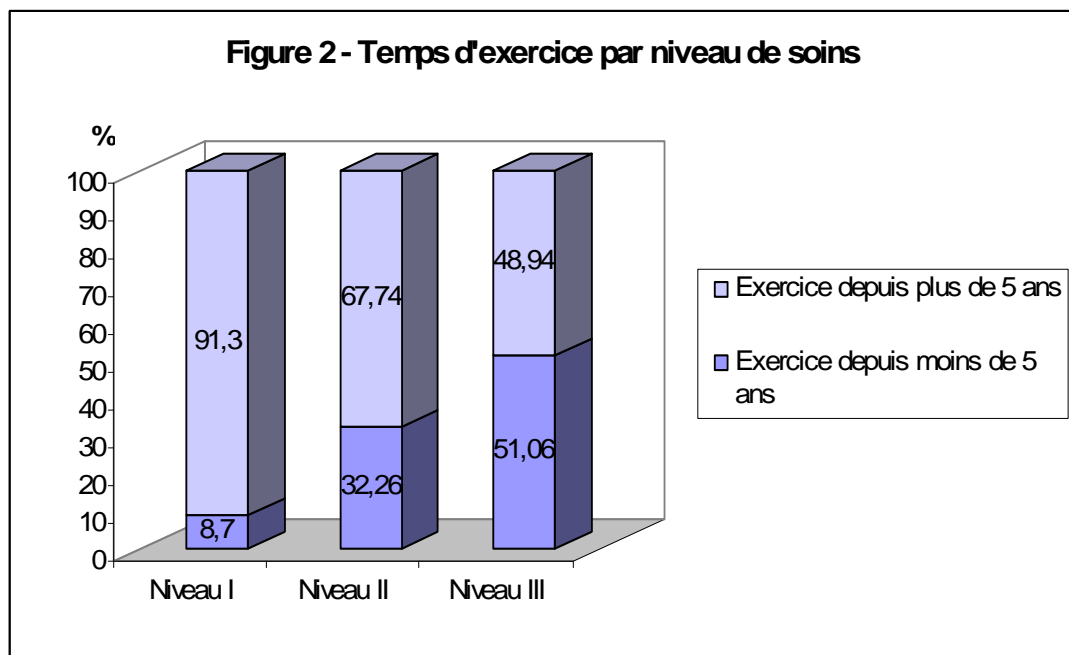
2 – Moyenne d'âge et temps d'exercice

La moyenne d'âge de l'ensemble des sages-femmes était de 35,1 ans (23 ans pour la plus jeune, en niveau III ; 63 ans pour la plus âgée, en niveau II)

En niveau I, la moyenne d'âge était de 37,7 ans, elle était de 36,9 ans en niveau II et 31,5 ans en niveau III.

Le temps d'exercice moyen était de 14 ans en niveau I et 13,9 ans en niveau II, et seulement 8,2 ans en niveau III.

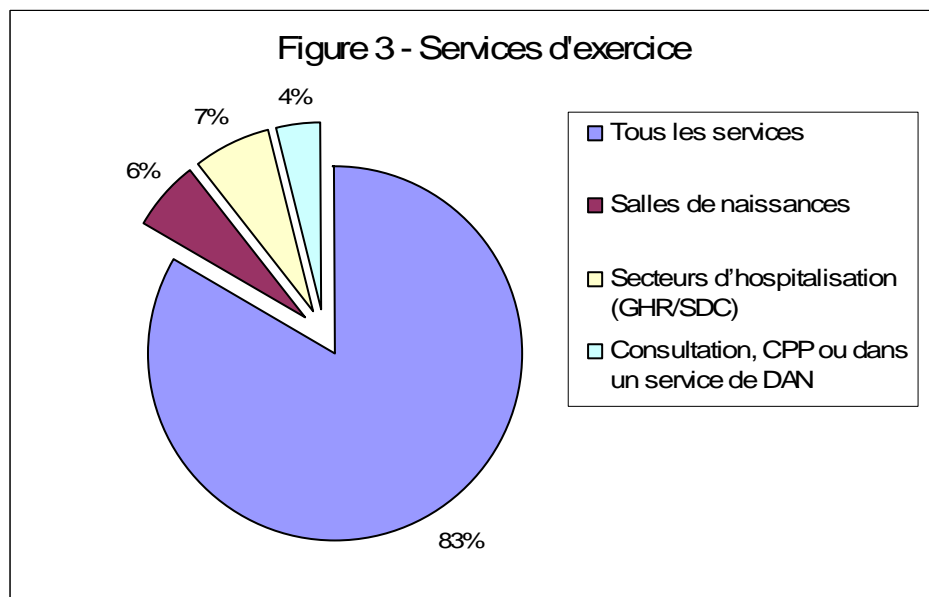
- Temps d'exercice et niveau de soin



La répartition des sages-femmes selon le temps d'exercice nous permettait de dire que :

- la majorité des sages-femmes de niveau I exerçait depuis plus de 5 ans
- les sages-femmes récemment diplômées en Auvergne exerçaient davantage en niveau III.

3- Répartition selon les services d'exercice:



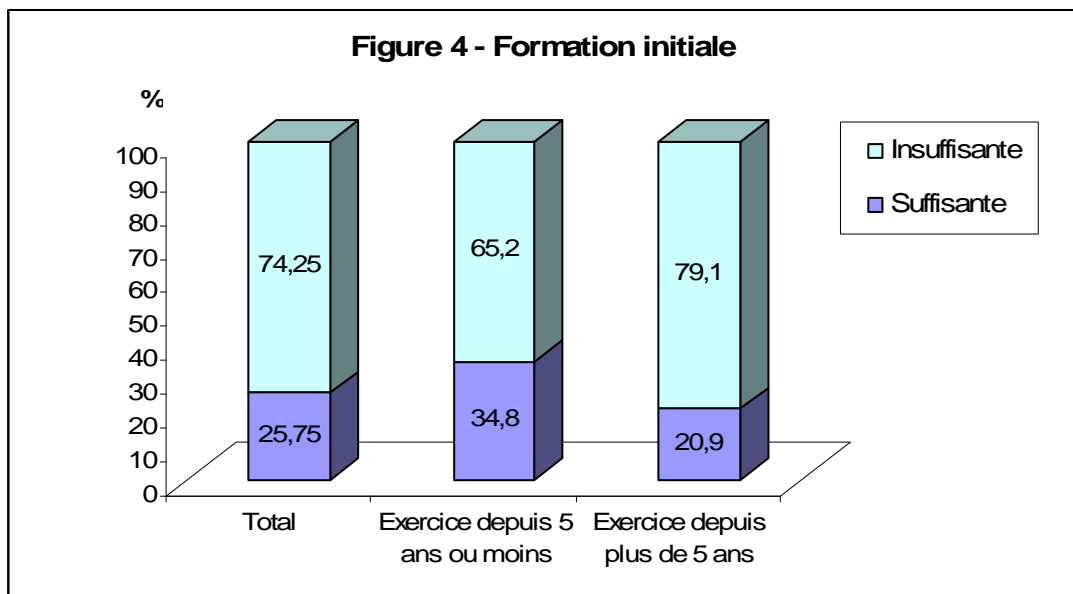
Sur les 132 sages-femmes, 6,06% (n=8) travaillaient seulement en salle de naissances, 6,82% (n=9) seulement en secteur d'hospitalisation (GHR/SDC), 4,54% (n=6) exerçaient en consultation, Centre Périnatal de Proximité ou dans un service de Diagnostic Anté-Natal et 82,58% (n=109) exerçaient dans tous les services.

II – Formation et expériences

1 - Formation initiale:

La majorité des sages-femmes interrogées (74,25%, n=98) trouvaient la formation initiale à l'accompagnement des couples en situation d'IMG insuffisante, contre seulement 25,75% (n=34) qui la jugeaient suffisante.

- En fonction du temps d'exercice



Sur les 46 sages-femmes qui exerçaient depuis 5 ans ou moins, 34,8% (n=16) trouvaient la formation initiale suffisante contre 20,9% (n=18) des 86 sages-femmes qui exerçaient depuis plus de 5 ans.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de trouver suffisante la formation initiale à l'accompagnement des couples en situation d'IMG et le fait d'exercer depuis 5 ans ou moins ($p= 0.0002566$)

- Pourquoi trouvez-vous la formation initiale insuffisante ?

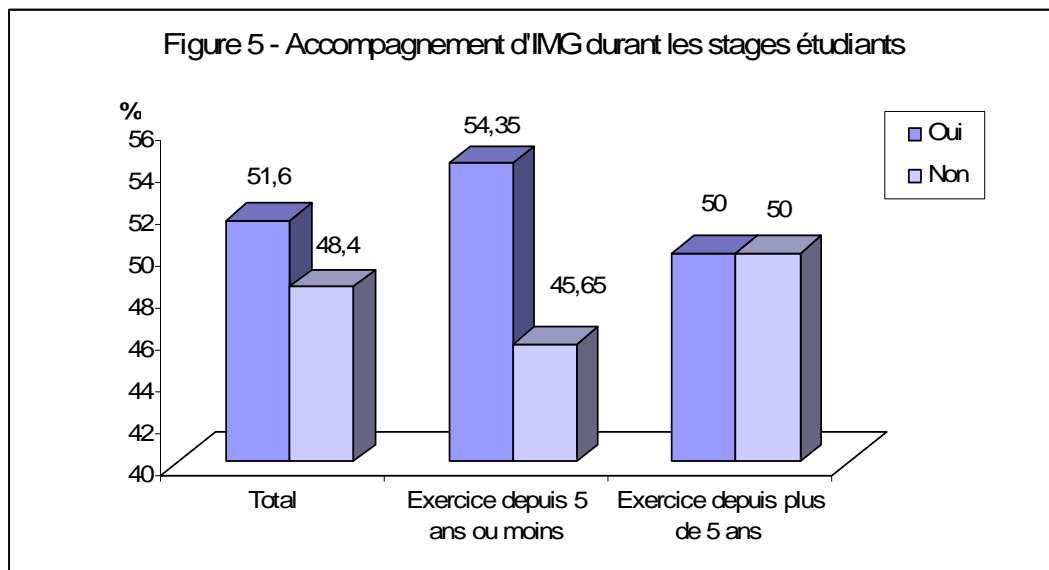
Les raisons invoquées expliquant l'insuffisance de la formation initiale étaient:

- Le manque de formation psychologique sur l'accompagnement au deuil et ses différentes phases, le manque de formation à l'écoute (n=21). On note des propositions de cours réalisés par un psychologue spécialisé (+/- jeux de rôles animés par psychologue).
- L'aspect seulement théorique, peu concret, avec l'expérience et la maturité qui sont nécessaires, le manque d'échanges étudiants/professionnels et la nécessité de formations complémentaires une fois la situation rencontrée (n=18)
- Le peu de formation sur l'aspect administratif et légal (n=7)
- La formation insuffisante à l'époque (n=8).

2-Accompagnement des couples en situation d'IMG durant les stages étudiants :

Sur l'ensemble des sages-femmes interrogées, 48,4 % (n=61) n'avaient pas eu l'occasion d'accompagner des couples en situation d'IMG durant leurs stages étudiants.

- En fonction du temps d'exercice

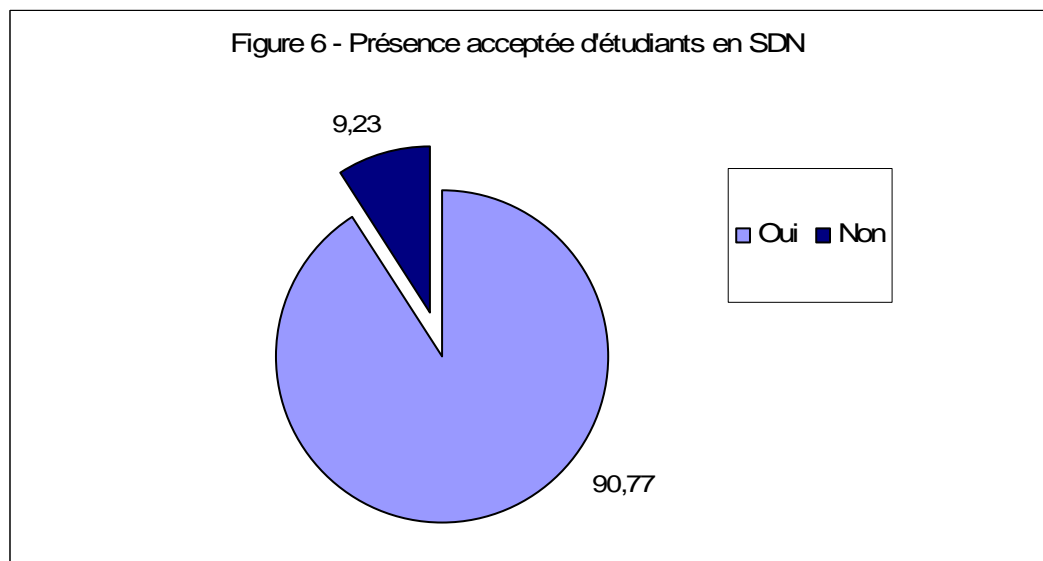


Sur les 46 sages-femmes qui exerçaient depuis 5ans ou moins, 45,65% (n=21) n'avaient pas eu l'occasion d'accompagner des couples en situation d'IMG durant leurs études.

Sur les 86 exerçant depuis plus de 5 ans, 6 n'ont pas répondu à cette question et sur les 80 réponses, 50% (n=40) n'avaient pas eu l'occasion d'accompagner des couples en situation d'IMG durant leurs études.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait d'exercer depuis 5 ans ou moins et le fait d'avoir eu l'occasion d'accompagner des couples en situation d'IMG au cours des stages étudiants ($p= 8.861e-05$)

3 – Présence d'un étudiant aux côtés du couple en SDN :



90,77% (n=118) des sages-femmes acceptaient la présence d'étudiants au côté d'un couple en situation d'IMG en SDN.

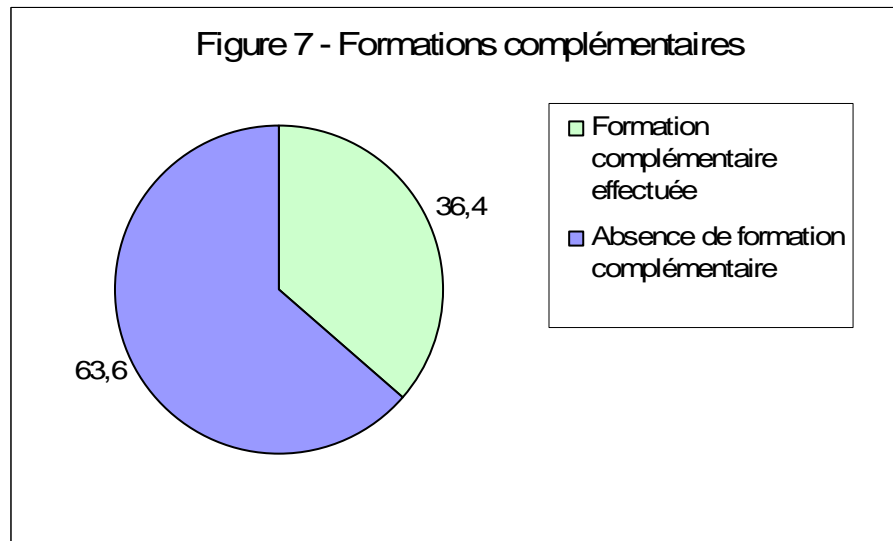
On dénombre 9,23% (n=12) des sages-femmes qui refusaient d'être accompagnées par un étudiant lors de la prise en charge d'un couple en situation d'IMG en SDN.

Les raisons invoquées étaient :

- limiter le nombre de personnes présentes au côté du couple pour qui il est difficile d'avoir de multiples interlocuteurs.
- ce n'est pas la place d'une étudiante qui vivra cette situation assez souvent en tant que professionnelle.

Sur les 118 ayant répondu qu'elles acceptaient la présence d'un étudiant à leurs côtés, 17 ont précisé qu'elles n'acceptaient que pour des étudiants en deuxième phase (4^{ème} et 5^{ème} années d'études). Certaines (n=4) ont également précisé que cela dépendait de l'étudiant et du couple.

4 - Formations complémentaires ayant un lien avec la prise en charge d'une situation d'IMG ou de deuil périnatal :



La majorité des sages-femmes interrogées (63,6%, n=84) n'avait jamais effectué de formations complémentaires en lien avec la prise en charge d'une situation d'IMG ou de deuil périnatal.

Les raisons évoquées étaient le manque d'occasion et de proposition ou les demandes non acceptées pour la plupart.

6 ont précisé qu'elles n'en ressentaient pas le besoin, avaient d'autres priorités ou étaient peu confrontées à ces situations.

- Quelles sont les formations complémentaires effectuées :

36,4% (n=48) des sages-femmes avaient déjà effectué une ou des formations complémentaires.

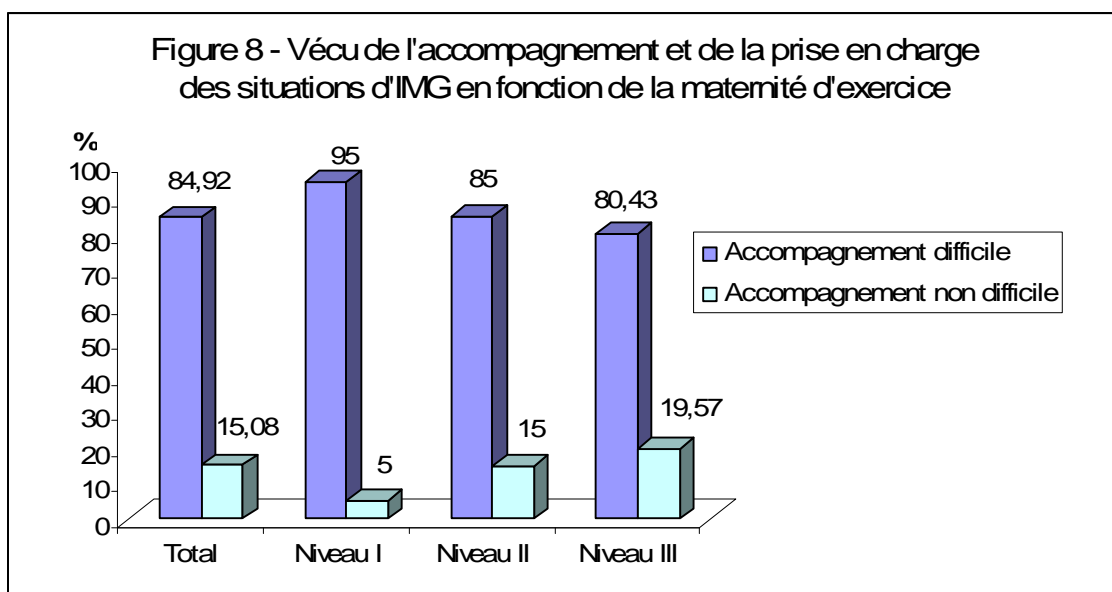
On retrouvait notamment « Faire face au deuil » (n=26), la formation par l'association « Petite EMILIE » (n=9), « Annonce du handicap ou de la malformation » (n=5), « DU de psychopérinatalité » (n=3), et d'autres comme « Conseil conjugal et familial » (n=1), « Participation à l'élaboration du protocole » (n=2), autres (journées du RSPA, congrès, Assises des SF).

III- Pratiques et prises en charge des IMG

1 – Difficultés dans l'accompagnement et la prise en charge d'un couple en situation d'IMG :

La majorité des sages-femmes (84,92%, n=107) interrogées trouvaient difficile l'accompagnement et la prise en charge d'un couple en situation d'IMG.

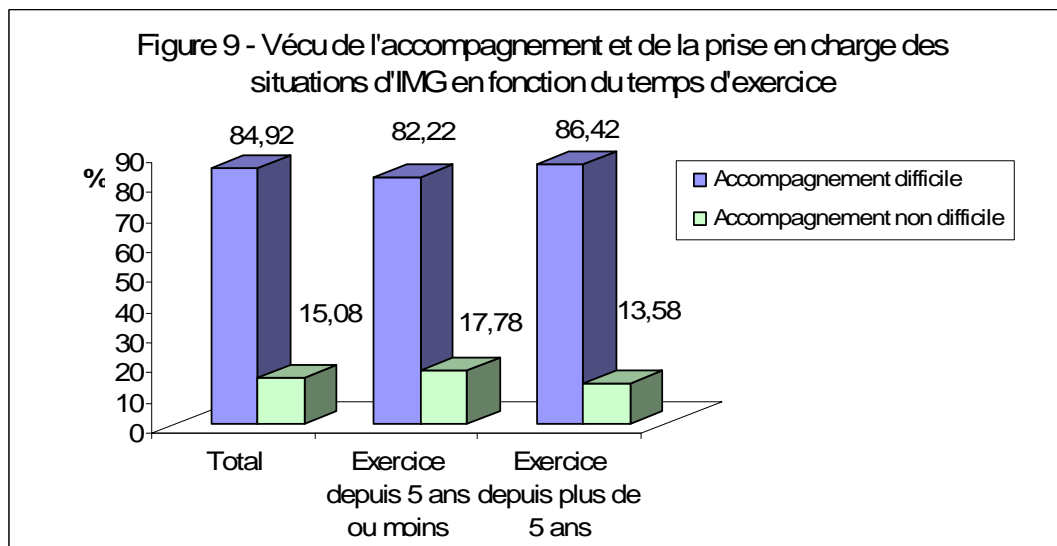
- En fonction de la maternité d'exercice



5% (n=1) des sages-femmes exerçant en niveau I ne trouvaient pas difficile cet accompagnement, contre 15% (n=9) en niveau II et 19,57% (n=9) en niveau III

Cette différence selon le niveau de la maternité d'exercice n'est pas statistiquement significative (p= 0.374).

- En fonction du temps d'exercice



17,78% (n=8) des sages-femmes en exercice depuis moins de 5 ans, et 13,58% (n=11) de celles qui exercent depuis plus de cinq ans ne trouvaient pas difficile cet accompagnement.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait d'exercer depuis 5 ans ou moins et celui de ne pas trouver difficile l'accompagnement et la prise en charge d'un couple en situation d'IMG ($p= 1.504e-06$).

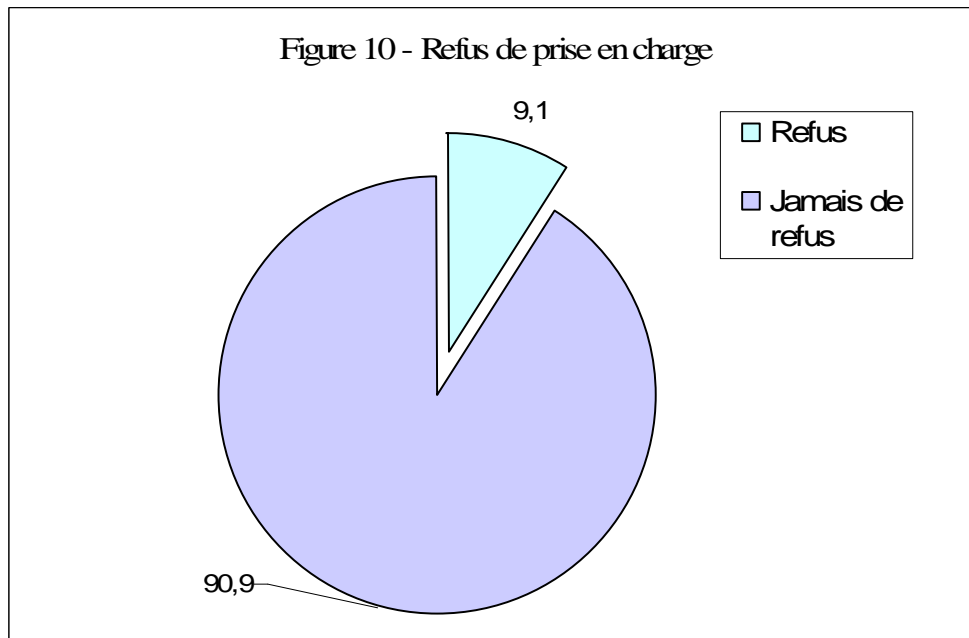
- Pourquoi trouvez-vous cet accompagnement difficile ?

On retrouvait dans les raisons invoquées :

- le paradoxe avec notre métier : confrontation à la mort, jongler avec la vie et la mort dans un même lieu et même temps (n=10)
- la peur de ne pas trouver les bons mots, de mal communiquer, la difficulté à trouver l'attitude à adopter (n=16)
- la forte charge émotionnelle, face à des couples en détresse, en deuil, où la SF devient réceptacle du désarroi des parents (n=17)
- le manque de temps, de disponibilité (n=7)
- la multitude d'interlocuteurs (n=2)
- la nécessité de capacités d'adaptation, d'empathie, la nécessité d'être « psychologiquement bien » (n=9)

- la rareté relative de ces situations (n=2)
- la confrontation à des patientes pouvant être algiques (n=2)

2 - Refus de prise en charge d'une IMG



9,1% (n=12) des sages-femmes interrogées avaient déjà refusé de prendre en charge un couple en situation d'IMG.

Toutes ont refusé durant une grossesse, une d'entre elles rajoute à cet état l'indication de l'IMG.

3 – Connaissance du protocole d'IMG dans votre maternité

Parmi les sages-femmes interrogées, 7 ne connaissaient pas le protocole dans leur maternité d'exercice.

- En fonction de la maternité d'exercice

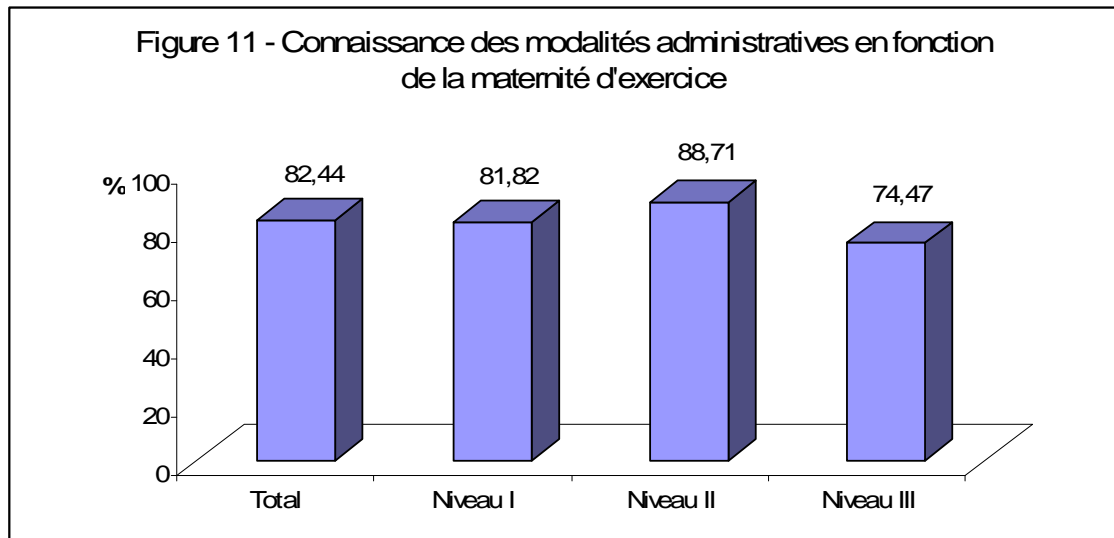
Elles sont 2 en niveau I (9,1%), 1 en niveau II (1,6%) et 4 en niveau III (9,1%) à ne pas connaître les protocoles.

Ces chiffres nous permettent de dire que les protocoles d'IMG sont mieux connus en niveau II, cependant il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la connaissance du protocole selon le niveau de la maternité d'exercice ($p= 0.1221$)

4- Connaissance des différentes modalités administratives en cas d'IMG :

82,44% (n=108) des sages-femmes interrogées connaissaient les différentes modalités administratives en cas d'IMG.

- En fonction de la maternité d'exercice



En niveau I, 81,82 % (n=18) les connaissaient. Elles étaient 88,71% (n=55) en niveau II, et 74,47% (n=35) en niveau III.

Les sages-femmes exerçant en niveau II connaissaient mieux les différentes modalités administratives que les autres, cependant il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la connaissance des différentes modalités administratives selon le niveau de la maternité d'exercice ($p=0,1312$).

- En fonction du temps d'exercice

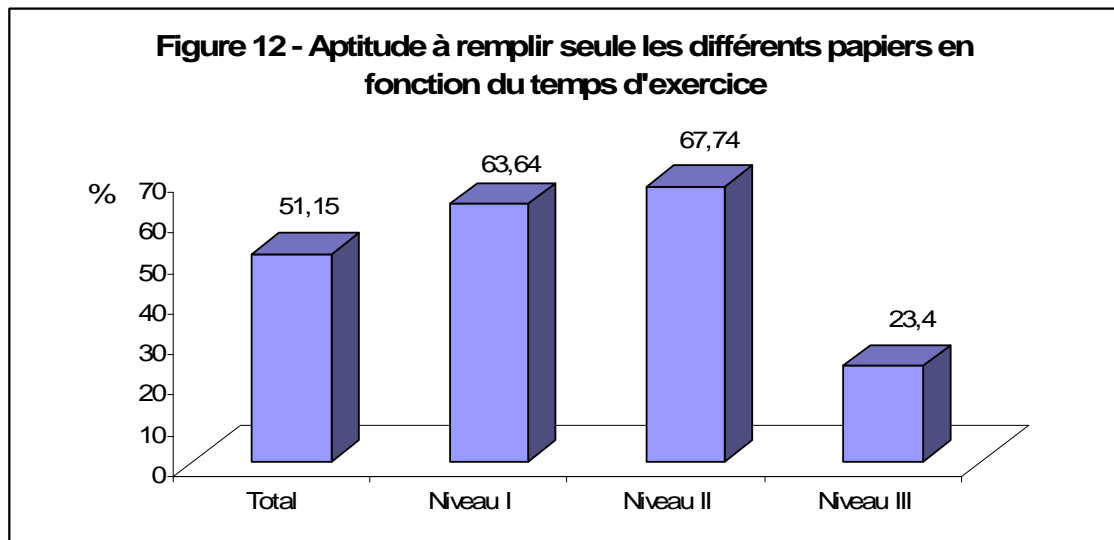
Au sein des sages-femmes exerçant depuis moins de 5 ans, 82,60% (n=38) connaissaient les différentes modalités administratives, et 82,35% (n=70) parmi celles qui exerçaient depuis plus de cinq ans.

Cette différence n'est pas statistiquement significative.

5 – Aptitude à remplir seule les différents documents :

51,15% (=67) des sages-femmes se sentaient capable de remplir seules les différents papiers administratifs.

- En fonction de la maternité d'exercice

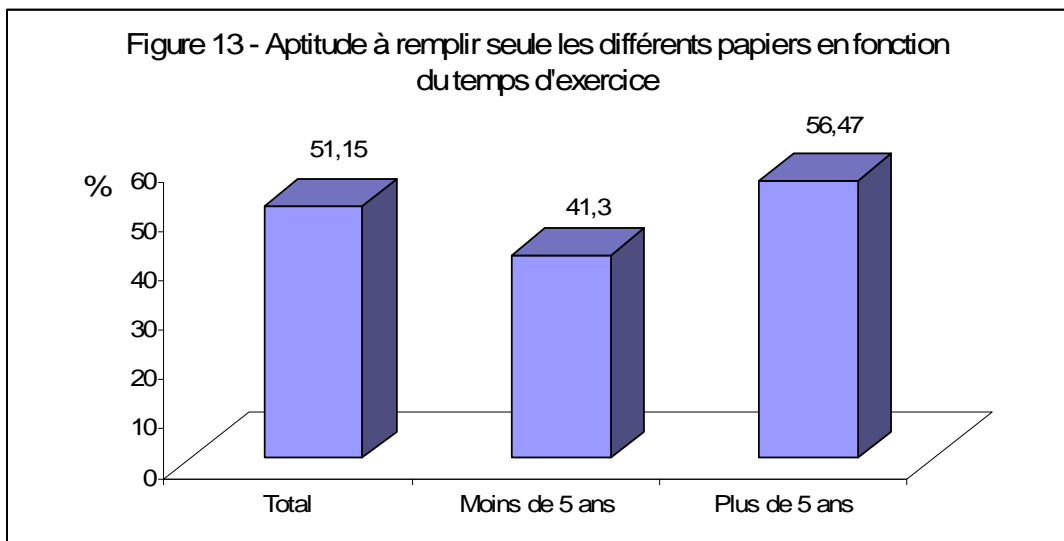


Les sages-femmes qui exerçaient en niveau I étaient 63,64% (n=14) à savoir remplir seules les différents papiers. Elles étaient 67,74% (n=42) en niveau II et seulement 23,4% (n=11) en niveau III.

Il existe une différence statistiquement significative entre le fait de savoir remplir seule les différents papiers et le niveau de la maternité d'exercice ($p=1.186e-05$).

Le fait de travailler en niveau III est un facteur de risque dans le fait de ne pas se sentir apte à remplir seule les différents papiers (Odd ratio à 0,17 et intervalle de confiance ne comprenant pas la valeur 1 : IC [0.056 ; 0.510]).

- En fonction du temps d'exercice



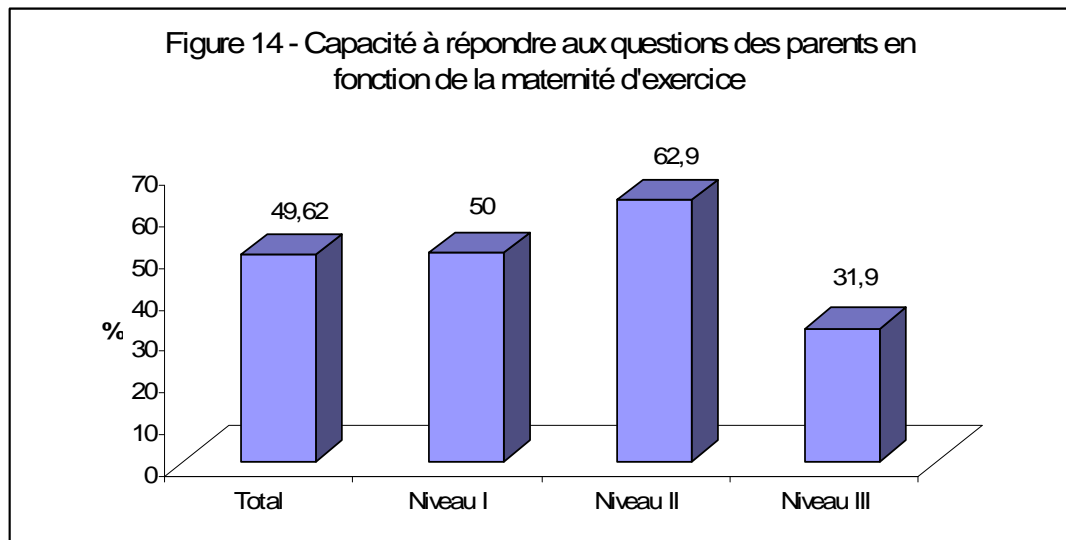
Les sages-femmes diplômées depuis cinq ans ou moins étaient 41,30% (n=19) à savoir remplir les différents documents administratifs, elles étaient 56,47% (n=48) parmi celles qui le sont depuis plus de cinq ans.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de savoir remplir les différents documents administratifs et celui d'exercer depuis plus de cinq ans ($p=0.0003407$).

6 - Capacité à répondre aux questions des parents sur ces sujets :

49,62% (n=65) des sages-femmes se sentaient capables de répondre aux questions des parents sur ces sujets.

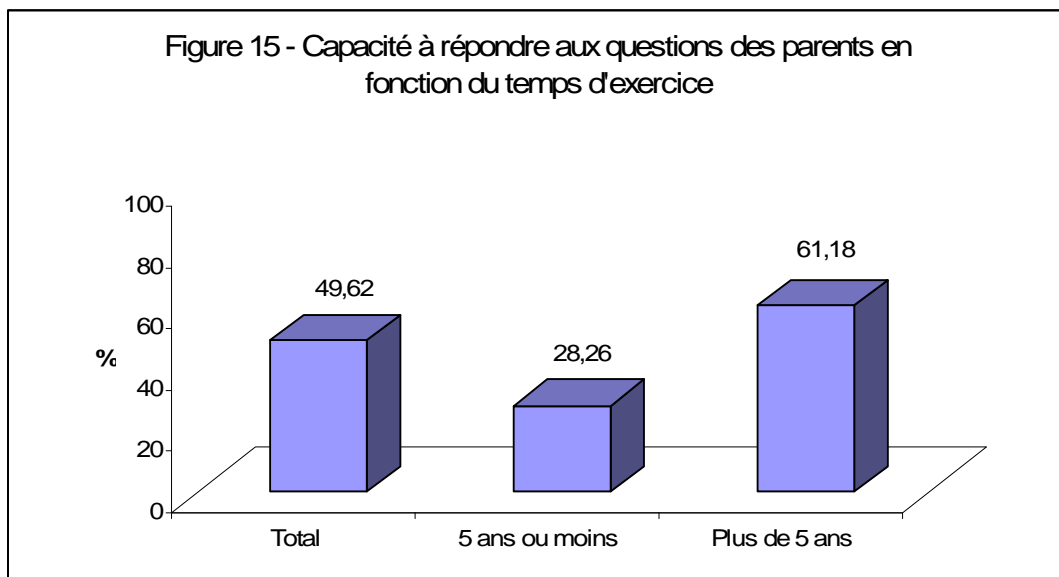
- En fonction de la maternité d'exercice



Elles étaient 50% (n=11) en niveau I, 62,9% (n=39) en niveau II et seulement 31,9% (n=15) en niveau III à s'en sentir capable.

Il existe une différence statistiquement significative entre le fait de se sentir capable de répondre aux questions des parents et le niveau de la maternité d'exercice ($p=0.005884$), avec un Odd ratio à 0,47 dans les maternités de niveau III.

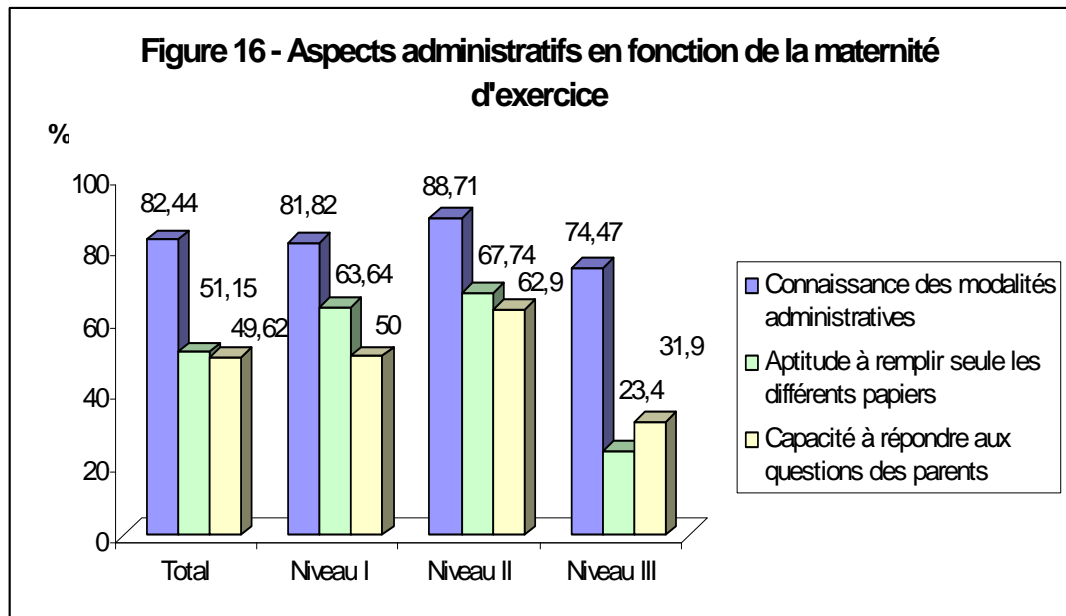
- En fonction du temps d'exercice



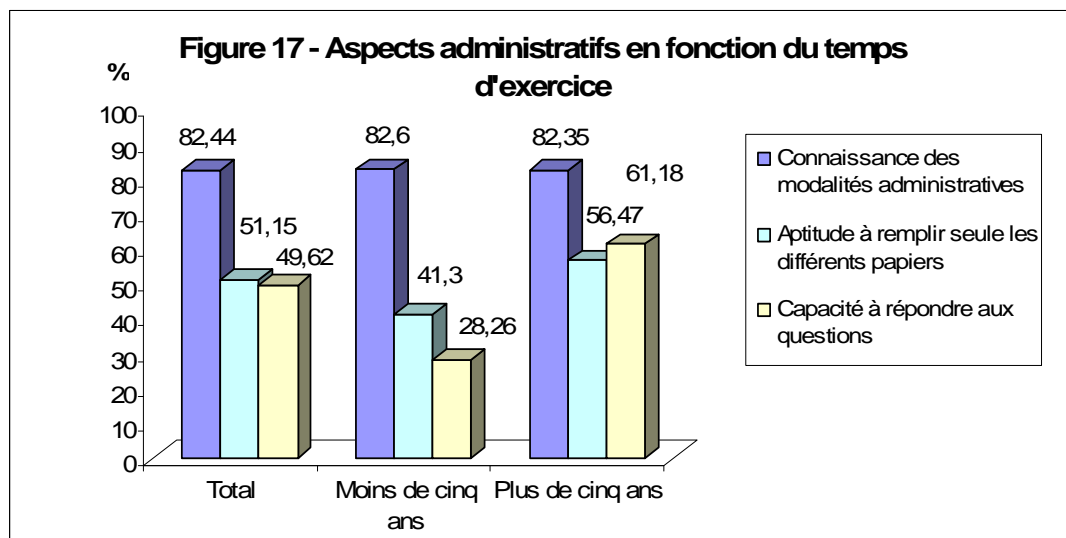
Les sages-femmes exerçant depuis moins de cinq ans étaient 28,26% (n=13) à se sentir capable de répondre aux questions des parents. Elles étaient 61,18% (n=52) chez celles exerçant depuis plus de cinq ans.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de se sentir capable de répondre aux questions des parents sur ces sujets et celui d'exercer depuis plus de 5 ans ($p=8.436e-05$).

- Récapitulatif selon les maternités d'exercice



- Récapitulatif selon les temps d'exercice



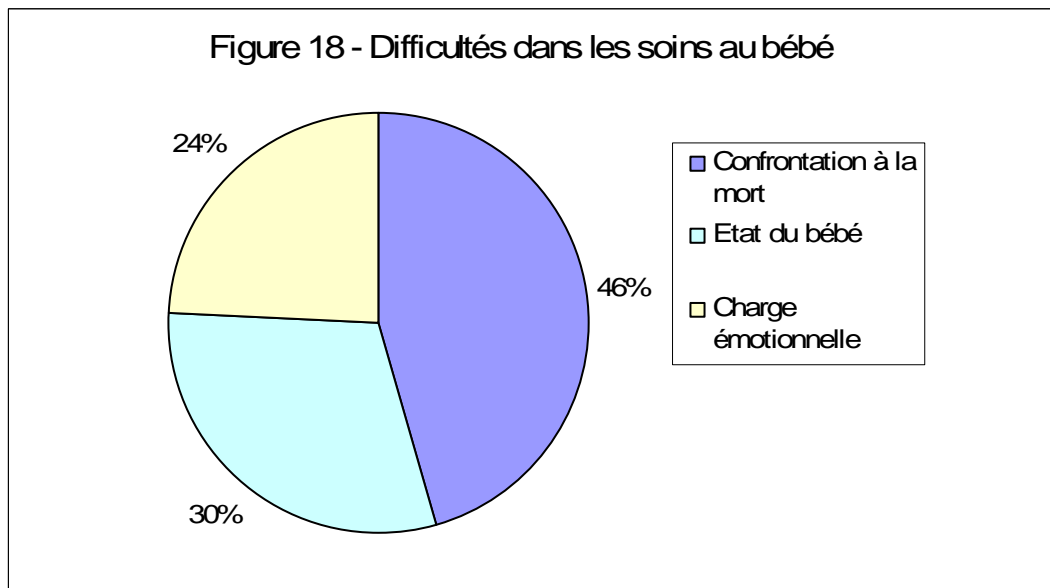
7- Participation aux soins du bébé :

Seulement 3,05% (n=4) des sages-femmes parmi les 131 interrogées n'avaient jamais participé aux soins du bébé.

8 – Difficultés à réaliser les soins du bébé :

71,77% des sages-femmes (n=89) trouvaient ces soins difficiles.

- Pourquoi cela vous a-t-il paru difficile ?



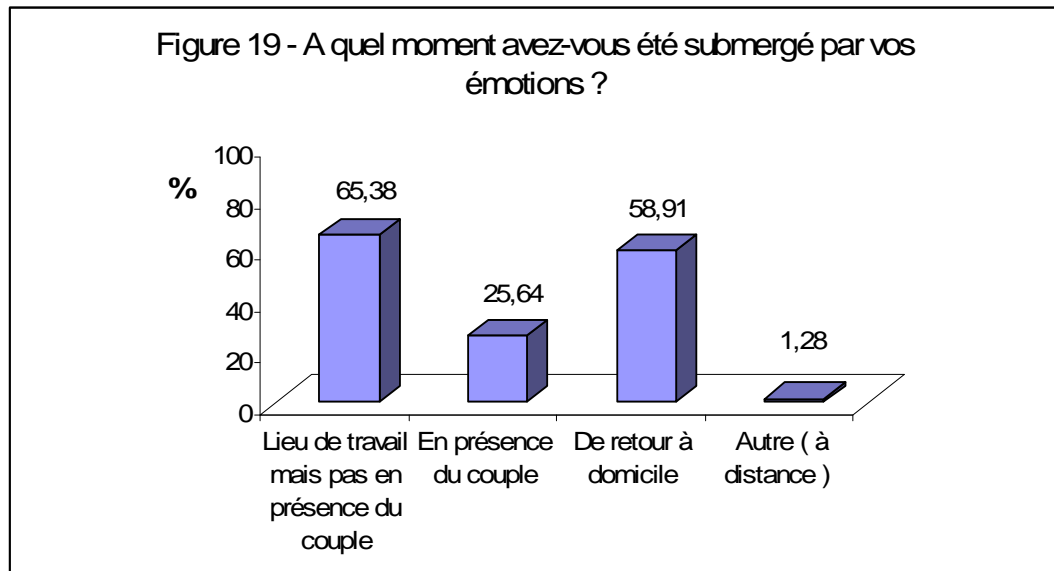
Les principales raisons invoquées étaient :

- la confrontation à la mort (n=15)
- l'état du bébé (malformations, fœtus « macéré », mis dans un carton) (n=10)
- la charge émotionnelle, le sentiment d'injustice (d'autant plus quand on est maman) (n=8)

9 - Vous est-il déjà arrivé d'être submergé par vos émotions ?

59,54% (n=78) des sages-femmes avaient déjà été submergées par leurs émotions.

- Si oui, à quel moment ?

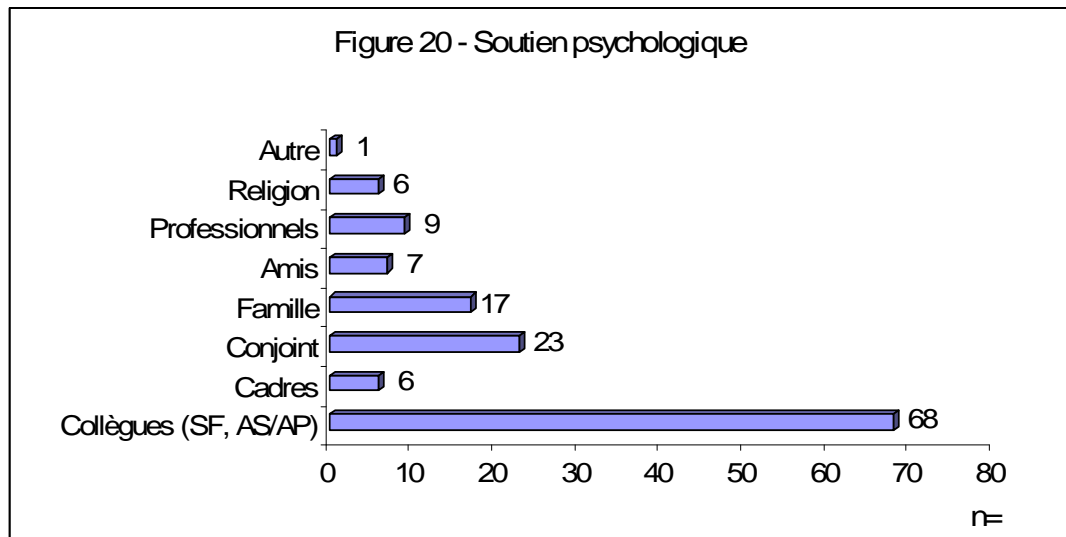


65,38% (n=51) l'avaient été sur leur lieu de travail mais pas en présence du couple, 25,64% (n=20) en présence du couple, 58,91% (n=46) de retour à domicile, et 1,28% (n=1) l'avaient été à distance de la situation.

10 - Recherche d'un soutien psychologique :

58,46% (n=76) avaient déjà cherché un soutien psychologique pour les aider à faire face aux situations d'IMG.

- Auprès de qui avez-vous recherché un soutien ?

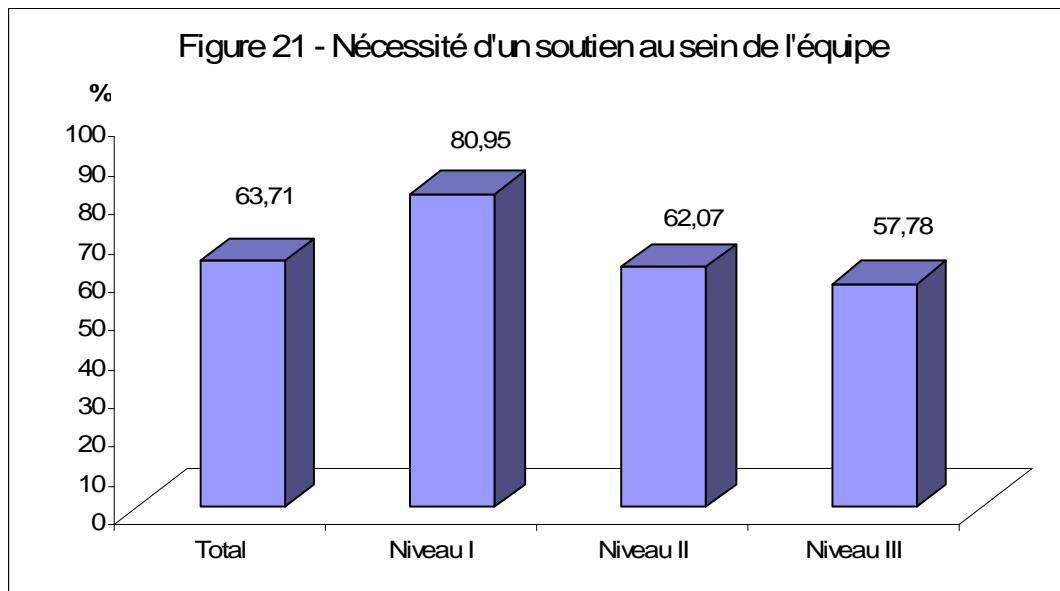


Pour 68 d'entre elles cela avait été auprès de collègues, auprès du conjoint pour 23, 17 avaient cherché un soutien dans leur famille, 7 auprès d'amis, 9 s'étaient adressées à des professionnels (psychologues/psychiatres), 6 s'étaient tournées vers les cadres de service, 6 auprès de leur religion, et enfin 1 avait recherché un soutien autre (sans précision).

11 - Mise en place d'une forme de soutien au sein de l'équipe

Sur l'ensemble des sages-femmes, 63,71% (n=79) pensaient cela nécessaire.

- En fonction de la maternité d'exercice



Elles étaient 80,95% (n=17) en niveau I, 62,07% (n=36) en niveau II et 57,78% (26) en niveau III à penser nécessaire la mise en place d'une forme de soutien au sein de l'équipe.

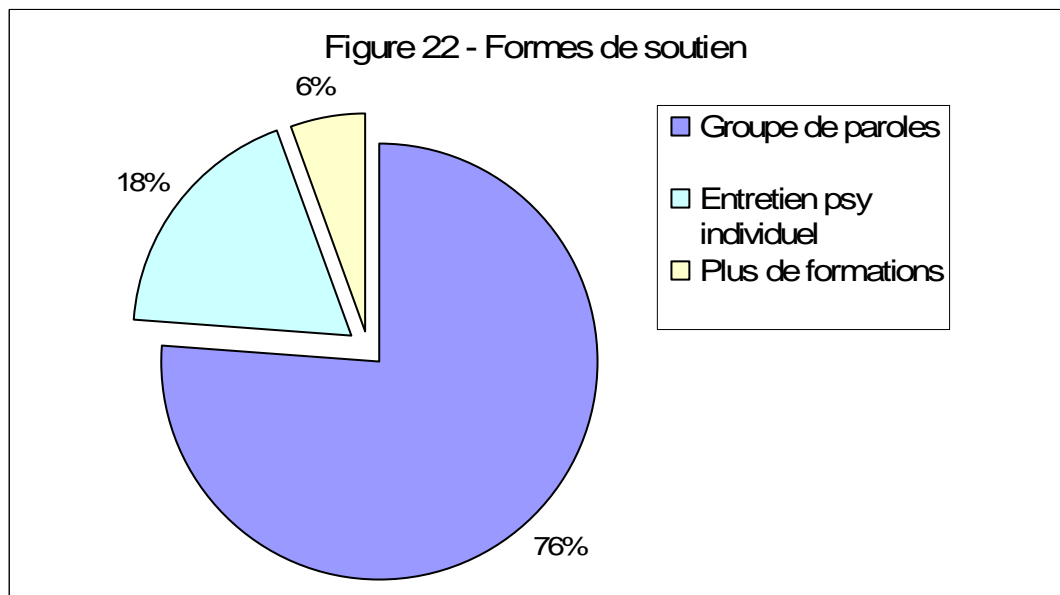
La différence n'est ici pas statistiquement significative (p= 0.1779)

- En fonction du temps d'exercice

45,45% (n=20) des sages-femmes diplômées depuis moins de cinq ans jugeaient nécessaire la mise en place d'une forme de soutien au sein de l'équipe. Elles étaient 73,75% (n=59) parmi celles exerçant depuis plus de cinq ans.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait d'exercer depuis plus de cinq ans et celui de trouver nécessaire la mise en place d'une forme de soutien au sein de l'équipe (p=1.629e-05).

12 Forme de soutien la plus appropriée :



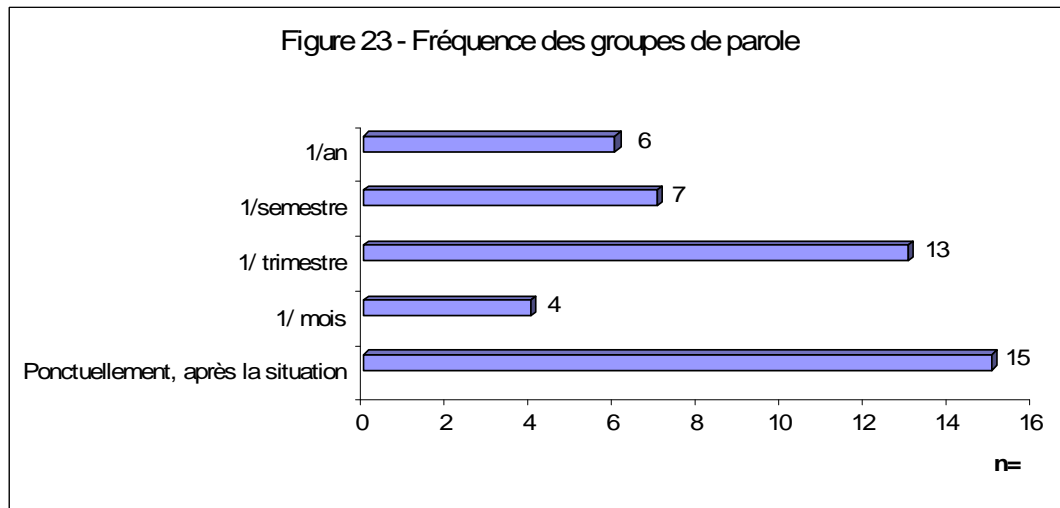
Parmi les formes de soutien proposées, on retrouvait :

- le groupe de parole : 76% (n=54)
- l'entretien individuel avec un psychologue : 18,3% (n=13)
- l'augmentation des formations complémentaires 5,7% (n=4)

13 – Participation à un groupe de parole

Si un groupe de paroles existait, 65,60% (n=82) des sages-femmes interrogées y assisteraient.

- A quelle fréquence ?



Sur les 45 sages-femmes ayant répondu à cette question, on retrouvait :

- ponctuellement, après la situation : 33,33% (n=15)
- 1/ mois : 8,89% (n=4)
- 1/ trimestre : 28,89% (n=13)
- 1/semestre : 15,56% (n=7)
- 1/an : 13,33% (n=6)

IV – Avec le couple

1 - Confrontation à des situations déstabilisantes :

40,16% (n=51) des sages-femmes interrogées avaient déjà été confrontées à des situations qui les avaient déstabilisées.

- Qu'est-ce qui vous a déstabilisé ?

On retrouvait dans les situations déstabilisantes :

- Le comportement des parents : parents mutiques, détachement, froideur, manque de dialogue et d'émotions exprimées (n=8) ; agressivité, violence verbale (n=3) ; sentiment d'impuissance face à la peine des parents, pleurs, difficulté à trouver les mots (n=4)
- L'enfant : Naissance « vivante » (n=5) ; état de l'enfant (fœtus macéré, malformé, peu « présentable » aux parents) (n=3) ; parents ne voulant plus lâcher l'enfant (n=2) ; parents refusant d'accepter que le bébé présenté était le leur (n=1)
- Aspect administratif : demander l'autorisation d'autopsie dans un moment difficile, répondre aux questions sur les funérailles (n=2)
- Situations particulières : patiente algique (anesthésiste refusant l'APD), bébé condamné mais palliatif pour l'accompagner au bout, fœtus en siège, décapité à la naissance, IMG acceptée puis refusée par professionnels
- Réactions inappropriées : envoi de photos par sms (n=2), souhait que de jeunes neveux voient le corps
- Autres : annonce du diagnostic, questions déstabilisantes (« pourquoi nous ? »), refus d'accoucher, remise d'objets personnels pour accompagner le bébé

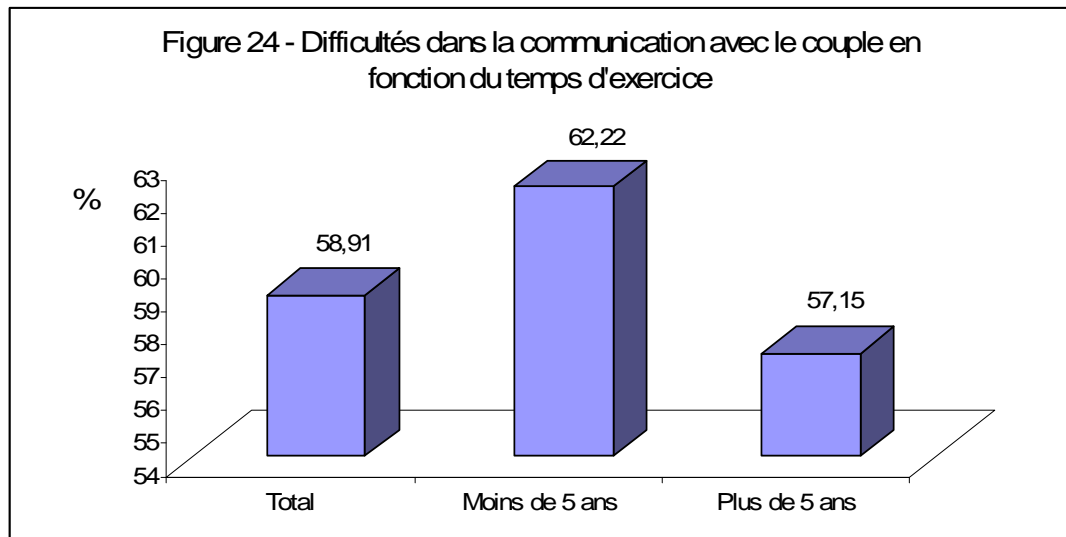
2 - Influence de l'indication de l'IMG sur la façon d'accompagner le couple

L'indication de l'IMG avait une influence pour 32,56% (n=42) des sages-femmes sur la façon dont elles accompagnaient le couple en situation d'IMG.

3 - Difficulté dans la communication avec le couple :

58,91% (n=76) des sages-femmes s'étaient déjà senti en difficulté dans la communication avec le couple.

- En fonction du temps d'exercice



62,22% (n=28) des sages-femmes exerçant depuis moins de cinq ans s'étaient déjà senti en difficulté dans la communication avec le couple, et 57,14% (n=48) parmi celles exerçant depuis plus de cinq ans.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de se sentir en difficulté dans la communication avec le couple et celui d'exercer depuis moins de cinq ans ($p=3.502e-05$).

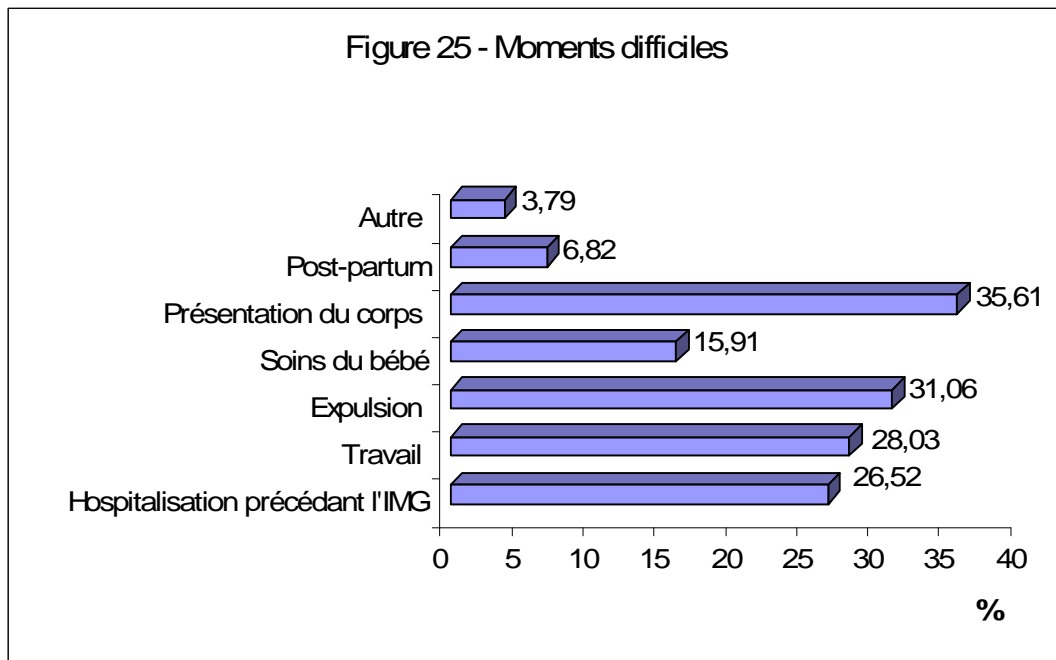
4 - Pensez-vous préférable que les parents voient leur bébé pour faire le deuil :

94,26% (n=115) des sages-femmes pensaient préférable que les parents voient leur bébé pour faire leur deuil.

5 - Encouragez-vous les parents à voir leur bébé s'ils ne le veulent pas :

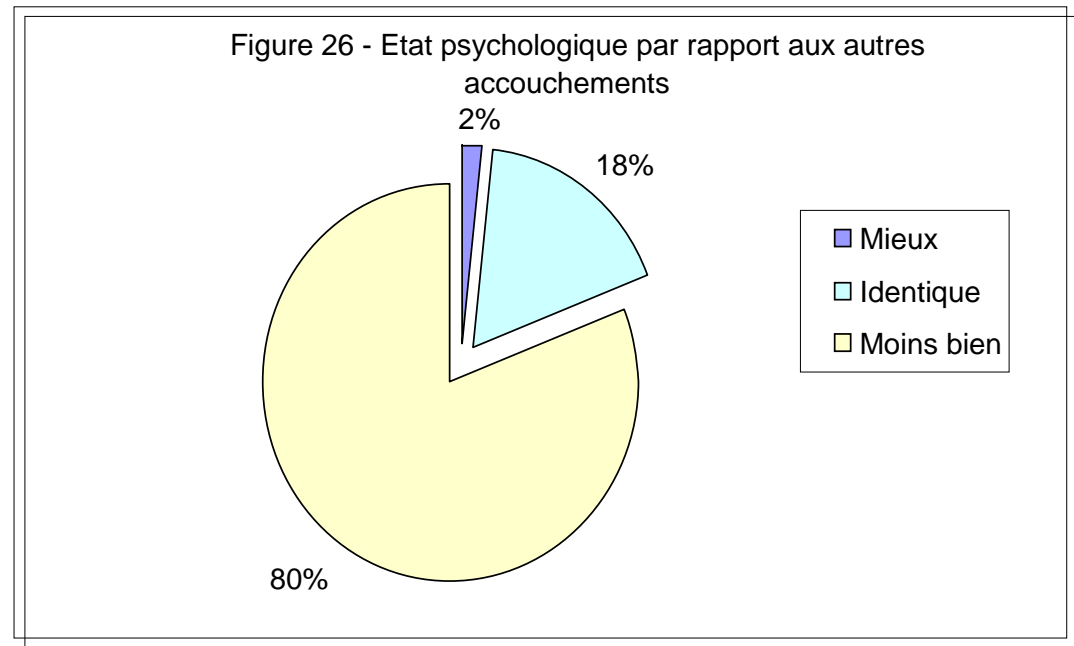
Elles étaient 56% (n=70) à encourager les parents dans cette démarche s'ils ne souhaitaient pas voir leur bébé.

6 - Moment le plus difficile :



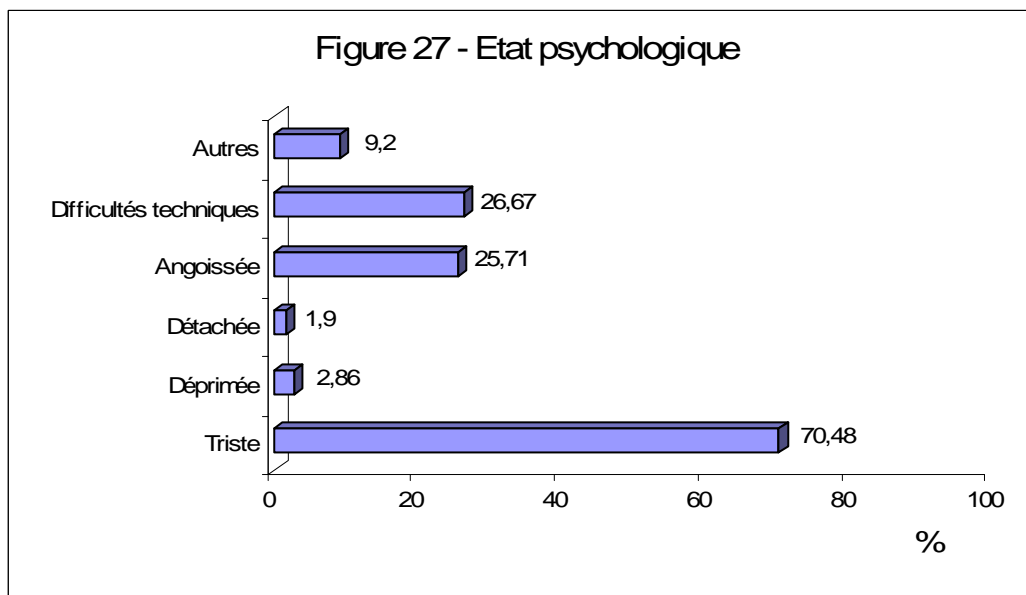
Plusieurs réponses étant possible, on retrouvait dans les moments les plus difficiles : la présentation du corps pour 35,61% (n=47) des sages-femmes, l'expulsion pour 31,06% (n=41), le moment du travail pour 28,03% (n=37), l'hospitalisation précédant l'IMG pour 26,52% (n=35), les soins du bébé pour 15,91% (n=21), la période du post-partum pour 6,82% (n=9), et enfin un moment autre (prélèvement de peau, annonce du handicap ou de la malformation, consultation à distance) pour 3,79% (n=5).

7 – Etat psychologique au moment de la prise en charge



Sur l'ensemble des sages-femmes, 1,54% (n=2) se sentaient psychologiquement mieux par rapport aux autres accouchements, 17,69% (n=23) étaient dans un état d'esprit identique et 80,77% (n=105) se sentaient moins bien que lors des autres accouchements.

8 – Etat psychologique des sages-femmes se sentant « moins bien »



Sur les 105 sages-femmes se sentant psychologiquement moins bien, on retrouvait dans les états :

- Triste : 70,48% (n=74)
- Déprimée : 2,86% (n=3)
- Détachée : 1,90% (n=2)
- Angoissée : 25,71% (n=27)
- Difficultés d'ordre technique : 26,67% (n=28)
- Autres (stressée, compatissante, empathique, touchée) : 9,2% (n=10)

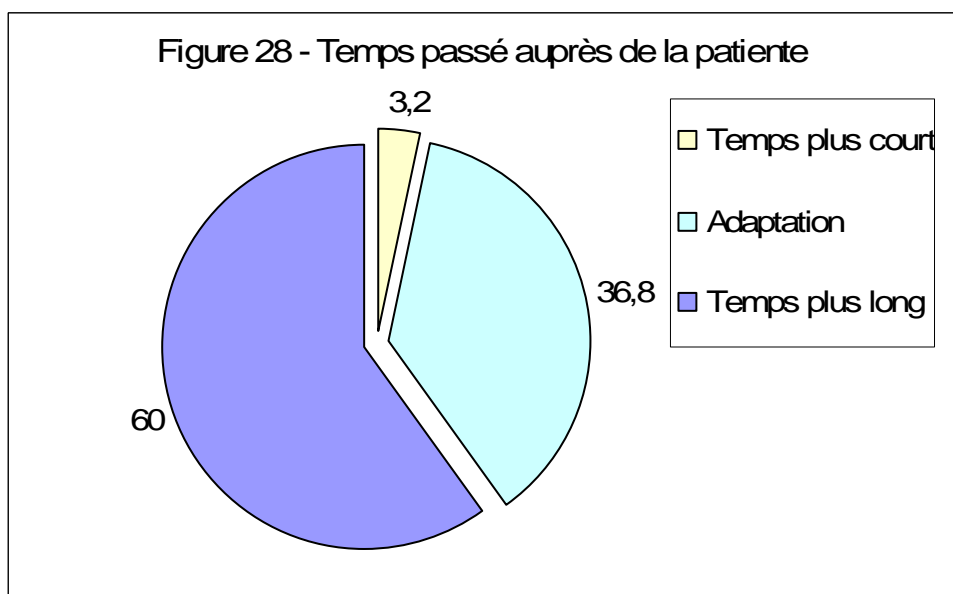
9- Cela a-t-il déjà été un frein dans votre prise en charge :

Pour seulement 2,86% (n=3) des sages-femmes interrogées le fait de se sentir moins bien avait été un frein dans leur prise en charge de ces couples.

L'une d'elle a précisé que cela faisait écho à son propre vécu.

V- Suites de couches

1 - Temps passé auprès de la patiente



3,20 % (n=4) raccourcissaient ce temps car elles se sentaient mal à l'aise, 60 % (n=75) y restaient plus longtemps qu'auprès des autres patientes, et 36,80 % (n=46) s'adaptaient selon le désir de parler du couple.

2 - Examen effectué

78,86% (n=97) effectuaient un examen identique à celui des autres accouchées, 14,64% (n=18) un examen plus rapide et 6,5% (n=8) faisaient un examen plus long.

- Pourquoi faites-vous un examen plus rapide :

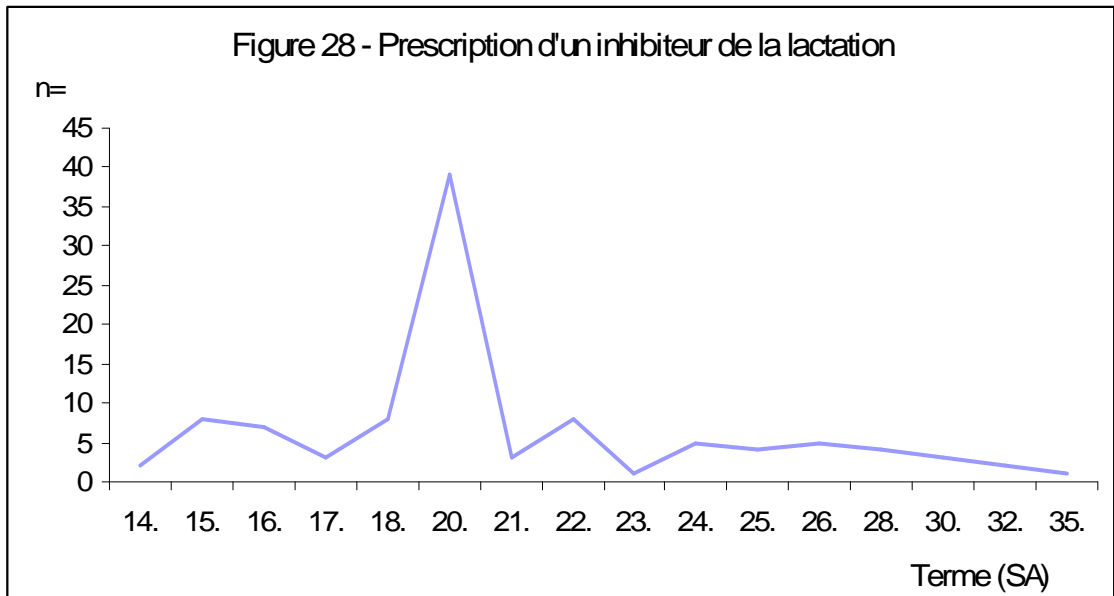
Pour 75% (n=12) des sages-femmes réalisant un examen plus rapide, cela était dû à l'absence de nécessité : souvent le périnée est intact quand l'IMG est réalisée à un terme précoce et l'examen des seins n'est pas réalisé.

Pour 25% (n=4) cela traduisait une peur de gêner et une impression d'en rajouter.

3 - Terme de prescription d'un inhibiteur de la lactation :

Le terme moyen retrouvé pour la prescription d'un inhibiteur de la lactation après une IMG était de 21 SA, avec un terme minimum à 14SA et un terme maximum à 35SA.

Trois sages-femmes le prescrivent à un terme dépendant du gynécologue obstétricien de garde.



Remarques des sages-femmes interrogées :

- On retrouvait dans les remarques laissées à la fin du questionnaire un sentiment de difficultés dans les maternités périphériques, moins confrontées à ces situations et où les mamans sont hospitalisées en suites de couches.
- Certaines sages-femmes évoquaient également un stress accru au moment de la prise en charge de ces couples en salle de naissances dû à un risque augmenté de complications au moment de l'expulsion et à une peur que le bébé soit vivant à la naissance.
- Plusieurs d'entre elles soulignent le fait qu'une équipe solidaire est d'un grand soutien dans ces moments où les sages-femmes se trouvent vidées, épuisées.
- On note cependant une amélioration dans la prise en charge de ces couples depuis la mise en place des laminaires.
- La prise en charge à distance reste à revoir, avec un suivi post- retour à domicile à développer.

DISCUSSION

I – Limites de l'étude

Tout d'abord, le nombre de questionnaires recueillis s'est avéré être bien inférieur au nombre distribué, puisque sur l'ensemble distribué seulement 138 ont été remplis, et 132 ont pu être exploités.

Le taux de réponses était tout de même de 57,14%.

De plus, la répartition selon les niveaux des maternités n'est pas homogène, avec une sur-représentation des sages-femmes exerçant en niveau II et une sous-représentation des sages-femmes exerçant en niveau I.

II – Analyse des résultats

1 - Description de la population étudiée

Notre population était majoritairement composée de sages-femmes exerçant en niveau II (47%). Les sages-femmes exerçant en niveau III représentaient 36 % des réponses, et celles exerçant en niveau I seulement 17%.

Ceci s'explique par la distribution des maternités en Auvergne : 1 maternité de niveau III, 6 maternités de niveau II (seulement 5 incluses dans l'étude), et 3 maternités de niveau I.

En ce qui concerne les temps d'exercice, nous pouvons conclure au vu des réponses que les jeunes diplômées qui exercent en Auvergne travaillent principalement en niveau III. En niveau I, la plupart des sages-femmes travaillent depuis plus de 5 ans.

De plus, la majorité des sages-femmes (82,58 %) ayant répondu exercent dans l'ensemble des services, ce qui leur a permis de répondre à l'ensemble des questions posées.

2- Formations et expériences

a – Formation initiale

- Théorique

La majorité des sages-femmes interrogées (74,25%) trouvaient la formation initiale à l'accompagnement des couples en situation d'IMG insuffisante.

Les principales raisons invoquées expliquant l'insuffisance de la formation initiale étaient le manque de formation psychologique sur l'accompagnement au deuil et ses différentes phases, le manque de formation à l'écoute et l'aspect seulement théorique avec nécessité de formations complémentaires une fois la situation rencontrée.

Nous pouvons également invoquer le peu d'heures dévouées à l'enseignement de ces situations sur l'ensemble de la scolarité.

Cependant, cette formation semble plus complète et plus adaptée ces dernières années puisque les sages-femmes exerçant depuis 5 ans ou moins sont plus nombreuses à la juger suffisante que celles qui exercent depuis plus de 5 ans (34,8 % contre 20,9 %, $p < 0,05$).

Ce chiffre peut s'expliquer par un développement et un approfondissement de cet enseignement qui s'est adapté aux recours de plus en plus fréquents au diagnostic anté-natal et donc à l'augmentation du nombre d'IMG chaque année en France.

A l'inverse, il paraît également possible que les sages-femmes ayant plus d'expérience dans ce domaine se rendent davantage compte que les jeunes sages-femmes de tout ce que la pratique leur a apporté que la théorie n'avait pas abordé et soient plus à même de juger les faiblesses de la formation initiale.

Ces chiffres restent cependant difficilement interprétables car les sages-femmes interrogées viennent d'écoles différentes où chaque enseignement est fonction de la personne et de la manière d'aborder ce sujet, malgré un programme officiel commun à l'ensemble des écoles.

- Pratique

Nous pouvons également remarquer que les sages-femmes sont davantage confrontées ces dernières années qu'auparavant aux situations d'IMG en salle de naissance dès leurs études. En effet, les jeunes sages-femmes sont plus nombreuses à y avoir été confrontées durant leurs études que les sages-femmes plus anciennes ($p < 0,05$).

De plus, la majorité des sages-femmes interrogées acceptent la présence d'un étudiant à leurs côtés lors de la prise en charge d'un couple en situation d'IMG en salle de naissance, alors que seulement la moitié d'entre elles avaient eu l'occasion de suivre ces couples durant leurs études.

Cette différence entre la possibilité de l'étudiant de rencontrer ces situations et la rencontre réelle peut s'expliquer d'une part par la fréquence plus faible des IMG par rapport aux autres accouchements, d'autre part par une peur de l'étudiant à faire face à ces couples en détresse en n'ayant pas le savoir-faire et le savoir-être d'une sage-femme expérimentée.

b – Formations complémentaires

Alors que la plupart des sages-femmes interrogées trouvent la formation initiale insuffisante, très peu d'entre elles ont effectué une formation complémentaire (36,4 %).

Ce chiffre s'explique par la difficulté à obtenir une formation complémentaire. En effet, les raisons évoquées pour expliquer cette absence de formation complémentaire sont le manque d'occasion et de propositions et les demandes non acceptées.

Nous savons cependant que la formation continue est une obligation imposée à toutes les sages-femmes en exercice, surtout dans un domaine où les recommandations et les aspects législatifs et éthiques sont fréquemment en évolution.

3- Pratiques et prises en charge des IMG

a – Difficultés dans l'accompagnement et la prise en charge d'un couple en situation d'IMG.

La majorité des sages-femmes (84,92%) interrogées trouvaient difficile d'accompagnement et la prise en charge d'un couple en situation d'IMG.

Des chiffres similaires sont retrouvés dans la plupart des études réalisées sur ce sujet. Nous pouvons notamment comparer notre étude à une étude réalisée en 2008 dans 6 maternités d'Ile-de-France, dans laquelle les 2/3 des sages-femmes interrogées trouvaient difficile leur rôle en Salles de naissances lors d'une IMG [32].

Cette difficulté était davantage exprimée en niveau I et II avec respectivement 95 % et 85 % des sages-femmes ayant répondu trouver difficile cet accompagnement, contre 80,43 % en niveau III ($p>0,05$).

Ces chiffres s'expliquent d'une part par la différence de répartition des sages-femmes dans les maternités en fonction des temps d'exercice, d'autre part par la fréquence différence des situations d'IMG selon les niveaux d'exercice.

En effet, les sages-femmes qui exercent depuis 5 ans ou moins se sentent moins en difficulté dans l'accompagnement et la prise en charge de ces couples que celles qui exercent depuis plus de 5 ans ($p<0,05$). Ces jeunes sages-femmes exercent davantage dans le niveau III que dans les niveaux I et II.

De plus, c'est en niveau III que les sages-femmes sont le plus souvent confrontées à ces situations, on peut donc penser que l'habitude les aide à y faire face.

Dans la même étude, cette différence se retrouve puisque « les sages-femmes qui qualifiaient moins souvent leur rôle de difficile travaillaient en CPDPN, avaient effectué un grand nombre d'IMG, avaient déjà pris en charge des couples pour une IMG en dehors de la salle de naissance » [32].

b - Refus de prise en charge d'une IMG

Selon l'article R.4127-328 du code de la santé publique « hors le cas d'urgence et sous réserve de ne pas manquer à ses devoirs d'humanité ou à ses obligations d'assistance, une sage-femme a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelle » [33].

De plus, selon l'article L2212-8 du code de la santé publique, « aucune sage-femme [...] n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse » [34]. En l'application de l'article L2213-2 du même code, les dispositions de l'article L2212-8 sont également applicables à l'interruption de grossesse réalisée pour motif médical [35].

Cependant, très peu de sages-femmes refusent la prise en charge d'un couple en situation d'IMG, puisque elles sont seulement 9,1% sur l'ensemble des sages-femmes interrogées, toutes évoquant un état de grossesse pour expliquer ce refus. Aucune des sages-femmes interrogées n'a déjà refusé de prendre en charge l'un de ces couples en raison de leurs convictions religieuses ou de leur état psychologique. Seulement 1 des sages-femmes rajoute à son refus en raison de sa grossesse l'indication de l'IMG.

c - Connaissance du protocole d'IMG

Le protocole de prise en charge est bien connu des sages-femmes puisque seulement 7 d'entre elles ne le connaissent pas.

Néanmoins, cela ne semble pas être un problème puisque l'ensemble des protocoles obstétricaux est à disposition des sages-femmes, pouvant être ainsi consultés rapidement en cas de nécessité.

d - Aspects administratifs et réponses aux questions des parents sur ces sujets

Les différentes modalités administratives sont connues par 82,44% des sages-femmes interrogées. C'est en niveau II que ces modalités sont les mieux connues (par 88,71 % des sages-femmes), et en niveau III qu'elles sont les moins bien

connues (par 74,47 % des sages-femmes), malgré la fréquence plus importante des situations d'IMG en niveau III que dans les autres maternités.

Le temps d'exercice ne semble pas avoir de rôle dans la connaissance des différentes modalités administratives.

Par rapport aux données de la littérature, ces chiffres sont encourageants. Nous pouvons citer une étude réalisée auprès des sages-femmes de Nancy où « 70% des sages-femmes ne connaît pas les différentes modalités administratives relatives à l'IMG » [36]. On note dans cette étude une différence entre les jeunes sages-femmes et les sages-femmes plus anciennes, les premières connaissant moins bien les différentes modalités administratives que les secondes.

Malgré une bonne connaissance des différentes modalités administratives, seulement 51,15% des sages-femmes se sentaient capable de remplir seules les documents administratifs.

Nous pouvons constater que les sages-femmes exerçant depuis plus de 5 ans se sentent davantage capables de remplir ces documents seules (56,47 %) que celles qui exercent depuis moins de 5 ans, qui ne sont que 41,30 % à savoir les remplir ($p < 0,05$).

Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes plus anciennes ont eu à prendre en charge davantage de couples en situation d'IMG que les sages-femmes plus récemment diplômées et connaissent donc mieux, avec l'expérience et l'habitude, les différents documents administratifs. Cependant, cette explication peut être pondérée par le fait qu'on assiste à une évolution des modalités administratives, notamment en ce qui concerne les possibilités de déclarations à l'état civil des enfants nés d'une IMG.

Nous retrouvons également une différence en fonction du niveau de la maternité, où les sages-femmes de niveau III ne sont que 23,4 % à savoir remplir les différents documents administratifs ($p < 0,05$), alors qu'elles sont plus souvent confrontées à des situations d'IMG que les sages-femmes de niveaux I et II.

Ce chiffre s'explique d'une part par la proportion plus importante de jeunes sages-femmes en niveau III, et d'autre part par le fait que les cadres de service

interviennent davantage qu'en niveau I et II pour aider les sages-femmes à remplir ces documents.

En ce qui concerne les questions des parents à ces sujets, 49,62 % des sages-femmes se sentent capables d'y répondre.

Nous pouvons constater une grande différence en fonction du temps d'exercice, puisque parmi les sages-femmes exerçant depuis 5 ans ou moins seulement 28,26 % se sentent aptes à répondre aux questions des parents, alors qu'elles sont 61,18 % parmi celles qui exercent depuis plus de 5 ans ($p < 0,05$).

Nous pouvons supposer que l'expérience joue un grand rôle dans l'aptitude à répondre aux questions des parents.

Ces chiffres sont corrélés avec les niveaux des maternités d'exercice, puisque c'est en niveau III, où les jeunes sages-femmes sont les plus nombreuses, que les sages-femmes sont le plus en difficulté, avec seulement 31,9 % des sages-femmes qui se sentent capable de répondre aux questions des parents, contre 50 % en niveau I et 62,9 % en niveau II ($p < 0,05$).

Cette différence selon les niveaux d'exercice peut également s'expliquer par le manque d'autonomie pour remplir les documents administratifs des sages-femmes exerçant en niveau III, qui de ce fait seront moins aptes à répondre aux questions des parents sur ces sujets que les sages-femmes de niveaux I et II.

e – Soins au bébé

Seulement 3,05% des sages-femmes interrogées n'avaient jamais participé aux soins du bébé, et 71,77% des sages-femmes trouvaient ces soins difficiles.

Les principales raisons invoquées étaient la confrontation à la mort, l'état du bébé et la charge émotionnelle, le sentiment d'injustice.

Ces chiffres semblent importants puisque dans l'étude réalisée en Ile-de-France, « moins d'une sage-femme sur quatre a mentionné des difficultés dans la prise en charge du bébé mort, en particulier pour le toucher, le baigner, l'habiller, le montrer aux parents et le prendre en photo » [32].

f – Vécu émotionnel et soutien au sein de l'équipe

59,54% des sages-femmes avaient déjà été submergées par leurs émotions, principalement sur le lieu de travail hors présence du couple (65,38% d'entre elles) et de retour à domicile (58,91% d'entre elles).

Ces chiffres sont similaires à l'étude d'Ile-de-france où « plus d'une sage-femme sur deux a mentionné qu'elle avait déjà été submergée par ses propres émotions lors d'une IMG » [32].

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées (58,46%) avaient déjà cherché un soutien psychologique pour les aider à faire face aux situations d'IMG. Pour la plupart, cela a été auprès de collègues, auprès du conjoint, ou auprès de la famille.

Pour les aider à surmonter ces situations, la plupart des sages-femmes (63,71 %) pensent nécessaire la mise en place d'une forme de soutien au sein de l'équipe.

Nous pouvons constater qu'elles sont plus nombreuses à penser cela nécessaire en niveau I (80,95%) et II (62,07 %) qu'en niveau III où elles sont 57,78 % alors qu'elles sont plus souvent confrontées à ces situations que dans les maternités périphériques ($p > 0,05$).

Cela s'explique par la répartition des jeunes sages-femmes dans les maternités. En effet, 45,45% des sages-femmes diplômées depuis moins de cinq ans jugeaient nécessaire la mise en place d'une forme de soutien au sein de l'équipe. Elles étaient 73,75% parmi celles exerçant depuis plus de cinq ans. ($p < 0,05$)

La forme de soutien la plus fréquemment proposée par les sages-femmes interrogées était le groupe de parole (76 %). Si cela existait, 65,60% des sages-femmes interrogées y assisteraient. Nous retrouvons dans les fréquences les plus proposées : ponctuellement, après la situation pour 33,33% et 1fois/trimestre pour 28,89%.

On retrouve dans la circulaire de 2009 un encouragement à la mise en place d'un soutien dans les équipes : « *Enfin, il est essentiel, en particulier dans les premiers*

temps de leur affectation dans le service, que les professionnels qui interviennent dans l'accompagnement du deuil périnatal puissent également bénéficier de la possibilité d'échanger entre eux au cours de réunions spécifiques sur les difficultés qu'ils rencontrent dans la cadre de la prise en charge de ces situations. A cet égard, il peut être utile d'organiser des réunions régulières avec un psychologue. En effet, le décalage entre la conception qu'ont les professionnels de leur métier et la réalité vécue, peut être une source de difficultés pour l'équipe » [7].

4 - Avec le couple

a - Communication avec le couple

40,16% des sages-femmes interrogées avaient déjà été confrontées à des situations qui les avaient déstabilisées et la majorité des sages-femmes (58,91%) s'étaient déjà senti en difficulté dans la communication avec le couple. Cette difficulté est davantage présente parmi les sages-femmes jeunes diplômées (62,22%) que parmi celles exerçant depuis plus de cinq ans (57,14%) ($p < 0,05$).

En effet, il n'est parfois pas facile de trouver les mots justes, de savoir quoi dire et ne pas dire, afin d'accompagner au mieux ces couples, d'autant plus face à des couples mutiques ou au contraire très expressifs. De plus, le manque de disponibilité et l'alternance entre une IMG et un accouchement normal en un même lieu et un même moment concourent à cette difficulté évoquée.

L'indication de l'IMG avait une influence pour 32,56% des sages-femmes sur la façon dont elles accompagnaient le couple en situation d'IMG.

Cependant, la rédaction de la question ne nous permet pas d'analyser ce résultat et de savoir ce qu'il signifie exactement. On peut penser au vu des autres réponses et des commentaires laissés en fin de questionnaires que plus que l'indication, c'est surtout le terme auquel a lieu l'IMG qui a une influence sur la façon dont la sage-femme va accompagner le couple.

94,26% des sages-femmes pensaient préférable que les parents voient leur bébé pour faire leur deuil, mais elles n'étaient que 56% à encourager les parents dans cette démarche s'ils ne souhaitaient pas voir leur bébé.

Encore une fois, il semble que la question porte à confusion sur le sens donné au mot « encourager », certaines sages-femmes ayant précisé qu'elles n'avaient pas à forcer les parents à accepter cette rencontre.

Même si l'on sait que voir son enfant aide ensuite à en faire le deuil, les parents sont souvent effrayés, d'autant plus dans les IMG en raison de malformations visibles et dans les termes précoces. Les sages-femmes doivent apprendre à aider ces parents à appréhender au mieux cette rencontre, en décrivant l'état de l'enfant et les malformations s'il y en a, et en enveloppant l'enfant dans un linge lors de la rencontre.

« La majorité des parents qui ont pu ainsi découvrir leur enfant gardent le souvenir d'un moment d'infinie tendresse et d'apaisement après la douleur de l'accouchement, quelle que soit la formation dont il était atteint. Un soulagement peut être ressenti face aux représentations imaginaires que l'on pouvait se faire de l'apparence et de l'aspect de son enfant » [37].

b – Difficultés éprouvées

Nous retrouvons dans les moments difficiles les plus fréquemment cités la présentation du corps aux parents pour 35,61% des sages-femmes, l'expulsion pour 31,06% et le moment du travail pour 28,03%.

Ces difficultés lors du travail et de l'expulsion sont à mettre en lien avec les 80,77% des sages-femmes se sentant moins bien que lors des autres accouchements et avec les 26,67 % ayant cité les difficultés d'ordre technique pour expliquer le fait qu'elles se sentaient moins bien, et l'angoisse éprouvée pour 25,71 % des sages-femmes. Cette difficulté lors de l'expulsion est également liée à la peur éprouvée par de nombreuses sages-femmes que l'enfant soit vivant à la naissance.

Heureusement, malgré le nombre important de sages-femmes se sentant en difficultés dans cette prise en charge particulière, seulement 2,86% des sages-femmes interrogées estiment que cela a été un frein dans leur prise en charge de ces couples.

5 - Suites de couches

a – Auprès de la patiente

En suite de couche, en ce qui concerne le temps passé auprès d'une patiente ayant subi une IMG, la plupart des sages-femmes restaient plus longtemps qu'auprès des autres patientes ou s'adaptaient selon le désir de parler du couple. Nous pouvons quand même noter que 3,20 % d'entre elles raccourcissaient ce temps car elles se sentaient mal à l'aise, cependant ce chiffre reste très faible en comparaison du nombre de sages-femmes se sentant en difficultés lors de la prise en charge de ces couples.

b – Prescription d'inhibiteurs de la lactation

Alors que les inhibiteurs de la lactation doivent être prescrits dès 15SA, le terme moyen retrouvé pour la prescription d'un inhibiteur de la lactation après une IMG était de 21 SA, avec un terme minimum à 14SA et un terme maximum à 35SA. Nous pouvons remarquer que 29 sages-femmes n'ont pas répondu à cette question, pouvant nous faire supposer une non-connaissance des règles de prescription des inhibiteurs de la lactation.

III – Projet d’action

1 - Formation

Même s’il paraît évident que l’expérience professionnelle et la maturité sont nécessaires pour acquérir le « savoir-faire » propre à ces situations et pour permettre un accompagnement du couple d’une meilleure qualité, il paraît important dans un premier temps d’améliorer la formation des sages-femmes.

- Formation initiale

- Théorique

Au vu des réponses obtenues dans cette étude, nous pouvons remarquer que la plupart des sages-femmes trouvent leur formation initiale dans ce domaine insuffisante.

L’aspect psychologique est à développer, avec des cours plus approfondis sur l’accompagnement au deuil et ses différentes phases, plus particulièrement la spécificité du deuil périnatal, et une formation à l’écoute. Cet aspect pourrait être abordé conjointement par un professionnel de l’obstétrique (sage-femme si possible) et par un psychologue ou psychiatre habitué à prendre en charge des couples vivant ou ayant vécu une IMG.

Des cours sous forme de jeux de rôle ainsi que des échanges sous forme de table ronde entre professionnels confrontés à ces situations et étudiants permettraient à ces derniers de pouvoir échanger plus librement sur les implications de leur rôle aux côtés des couples et d’aborder l’aspect éthique de ces situations.

L’aspect administratif est également à approfondir, peut-être par une approche plus tôt dans la formation et une répétition de ces cours pour permettre une meilleure acquisition des bases législatives, en particulier sur la déclaration ou non des enfants selon les situations et les implications que cela entraîne. Une partie basée sur des cas concrets est essentielle pour mieux comprendre les tenants et aboutissants des démarches effectuées.

- Pratique

Il nous paraît essentiel que les étudiants puissent être confrontés à ces situations durant leurs stages pour être moins déstabilisés une fois professionnels et ne pas avoir à affronter alors une situation inconnue.

Cependant, on note qu'une grande majorité des sages-femmes acceptent la présence d'un étudiant à leur côté en salle de naissance durant la prise en charge d'un couple en situation d'IMG, alors que seulement la moitié d'entre elles avaient eu l'occasion de suivre ces couples durant leurs études. Ceci peut s'expliquer par une peur de l'étudiant qui préfère suivre d'autres couples, ou par le fait que les IMG restent des situations moins fréquemment rencontrées. Il faut donc encourager les étudiants à accompagner ces couples dès que cela s'avère possible et à s'intéresser aux différents documents administratifs et à la manière de les aborder auprès des couples.

- Formation continue

Malgré l'expérience professionnelle, la plupart des sages-femmes restent en difficulté dans la communication avec ces couples, dans l'accompagnement de leur deuil et dans toutes les démarches administratives liées à l'IMG.

Il paraît donc primordial de les encourager à se former sur ces points tout au long de leur vie professionnelle, notamment dans le but d'améliorer leur capacité à répondre aux questions des parents.

On retrouve ces recommandations dans l'annexe I de la circulaire interministérielle du 19 juin 2009 :

« il apparaît que la formation continue de l'ensemble des intervenants [...] devra être favorisée par les établissements de santé. Les professionnels concernés doivent pouvoir bénéficier d'une formation juridique, notamment sur l'évolution du cadre législatif et réglementaire en matière de mort périnatale, ainsi que d'une formation consacrée au processus de deuil [...] une attention particulière sera portée à la formation des sages-femmes, en matière de deuil périnatal notamment » [7].

2- Soutien de l'équipe

Au terme de cette étude, le point essentiel qui ressort dans les améliorations possibles est la nécessité de mise en place d'une forme de soutien au sein des équipes. En effet, ce soutien permettrait aux différents intervenants de pouvoir exprimer leur ressenti, d'échanger entre eux, de revenir sur les difficultés rencontrées, tout ceci dans le but de les aider à faire face à ces situations.

Ce soutien peut se faire sous forme de tables rondes ou de groupes de paroles animés par un psychologue spécialisé dans ce domaine. Les intervenants devraient également avoir la possibilité de rencontrer en entretien individuel le psychologue de la maternité.

Dans la même circulaire de 2009, ce point est évoqué :

« Enfin, il est essentiel, en particulier dans les premiers temps de leur affectation dans le service, que les professionnels qui interviennent dans l'accompagnement du deuil périnatal puissent également bénéficier de la possibilité d'échanger entre eux au cours de réunions spécifiques sur les difficultés qu'ils rencontrent dans la cadre de la prise en charge de ces situations. A cet égard, il peut être utile d'organiser des réunions régulières avec un psychologue. En effet, le décalage entre la conception qu'ont les professionnels de leur métier et la réalité vécue, peut être une source de difficultés pour l'équipe » [7]

Conclusion

L'interruption médicale de grossesse est un moment difficile pour les parents qui la vivent, mais également pour l'équipe qui accompagne le couple dans cette épreuve, en particulier la sage-femme, présente à tous les instants de cette prise en charge.

Alors que l'essentiel de notre quotidien consiste à accompagner le commencement de la vie, nous sommes ici confrontées à sa fin, avec toute la douleur qu'elle entraîne.

La sage-femme présente aux côtés des parents dans ces moments doit pouvoir les soutenir, les accompagner, compatir, sans prendre à son compte leur douleur et en restant à sa place de professionnelle compétente et apte à répondre à toutes leurs interrogations.

Par le biais de cette étude, nous avons pu nous rendre compte que cet accompagnement nécessite un « savoir-faire » et un « savoir être » que les sages-femmes n'ont pas au terme de leur formation initiale, jugée insuffisante pour la plupart.

Elles auraient également besoin de davantage de formations complémentaires pour les aider à faire face à ces situations et à mettre à jour leurs connaissances en ce qui concerne l'évolution de la législation quant aux formalités administratives.

Nous avons pu nous rendre compte tout au long de ce travail que cette prise en charge est considérée comme difficile pour la plupart des sages-femmes qui y sont confrontées, qu'elles se sentent souvent démunies ou déstabilisées, avec la peur de ne pas trouver les bons mots pour soulager ces couples.

Il paraît important de trouver des solutions pour que les professionnels qui accompagnent ces couples vivent mieux ces situations, au moyen de formations sur l'accompagnement au deuil et par la mise en place d'un soutien au sein de l'équipe.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Daffos F. L'interruption médicale de grossesse et la loi. Journal de pédiatrie et de puériculture 2003 ; 3 : 129-133
- [2] République française. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). JORF du 18 janvier 1975, p.739.
- [3] République française. Loi de bioéthique n°94-154 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. JORF n°175 du 30 juillet 1994, p. 11060.
- [4] République française. Décret n°97-578 du 28 mai 1997 relatif aux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et modifiant le code de la santé publique. JORF n°125 du 31 mai 1997, p. 8465
- [5] République française. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°156 du 7 juillet 2001, p.10823.
- [6] République française. Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. JORF n°0157 du 8 juillet 2011, p. 11826
- [7] République française. Décret n° 2008-798 du 20 août 2008. JORF n°0195 du 22 août 2008, p. 13144, texte n° 8
- [8] République française. Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil. JORF n°0195 du 22 août 2008
- [9] Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS 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 fœtus.
Disponible à partir de : URL :
http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/07/cir_29111.pdf
- [10] 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 et Fertilité 2009 ; 37 : 381-388
- [11] Cour de cassation.06-16.498 Arrêt n° 128 du 6 février 2008 Cour de cassation - Première chambre civile.
- [12] République française. Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le code civil relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant et instituant le juge aux affaires familiales. JORF n°7 du 9 janvier 1993, p.495
- [13] République française. Décret n°95-1361 du 30 décembre 1995 art.1. JORF du 31 décembre 1995.
- [14] République française. Décret no 2008-32 du 9 janvier 2008 relatif aux conditions d'indemnisation du congé de paternité. JORF du 11 janvier 2008.

[15] République française. Arrêté du 16 août 2007 fixant le modèle de dossier incluant le protocole relatif aux prélèvements à des fins scientifiques d'organes, de tissus ou de cellules issus du corps humain. JORF n°190 du 18 août 2007, p. 13831, texte n° 31

[16] Rapport annuel 2009 de l'agence de Biomédecine ;
Disponible à : URL :
http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2009/donnees/procreation/02-diag_prenat/02centres/pages-tab-et-fig/tabCPDPN2.php

[17] Disponibles à l'URL :
http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/interruption_grossesse/legislation_francaise.htm

[18] Cesbron. P, « L'interruption de grossesse depuis la loi Veil, Bilan et perspectives », Edition Médecine-Sciences Flammarion, Paris 1997.

[19] 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 et Fertilité* 2011 ; 39 : 198-204

[20] Amann J.-P. Diagnostic prénatal et interruption médicale de grossesse : aspects éthiques. *J Pédiatr Puericulture* 2003 ; 16 : 147-55

[21] Meunier E. Prise en charge des interruptions médicales de grossesse, bientôt 15 ans ... *J Pédiatr Puericulture* 2003 ; 16 : 138-46

[22] Dailland P., Legros C., Berl M., Dubois L., Lamour O. Prise en charge des interruptions médicales tardives de grossesse, Expérience de la maternité Necker-Enfants-Malades. *Le praticien en anesthésie-réanimation* 2005 ; 9, 33-42

[23] Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France. Interruption médicale de grossesse.
Disponible à partir de l'URL :
<http://www.syngof.fr/~syngof/pages/fmc/interruption.html>

[24] Huque C. La prise en charge des interruptions médicales de grossesse. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2003 ; 51 : 43-6

[25] Devors L. Vécu des couples face à l'interruption médicale de grossesse. *Mémoire Sage-femme : Med : université de Clermont-Ferrand I.* 2010.

[26] Bydlowski, M.. La transparence psychique de la grossesse, in *Etudes freudiennes*, 1991, 32, 2-9.

[27] Girardon-Petitcolin M. Une figure de la séparation impossible : l'interruption médicale de grossesse. *Revue française de psychanalyse* 2001 ; 65 : 425-436

[28] Circulaire N°DHOS/E1/DGS/DGAS/2002/269 du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et post natale d'une maladie ou d'une malformation.
Disponible à l'URL : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_21049.pdf

- [29] Sirol F. La douleur de l'interruption médicale de grossesse : le point de vue du psy ... Journal de pédiatrie et de puériculture 2005 ; 18 : 141-143
- [30] De Broca A. Deuils et endeuillés. 4^e édition. Paris : Masson ; 2010.
- [31] Bourgeois ML. Deuil normal, deuil pathologique. Paris : Doin ; 2003.
- [32] M. Garel M., Étienne E., Blondel B., Dommergues M. Le vécu des IMG par les sages-femmes en salle de naissance. La Revue Sage-Femme 2008 ; 7 : 113—117
- [33] République française. Article R.4127-328 du code de la santé publique
- [34] République française. Article L2212-8 du code de la santé publique
- [35] République française. Article L2213-2 du code de la santé publique.
- [36] Biondi A. Formation de la SF dans l'accompagnement de l'IMG. Mémoire Sage-femme :Med : université Henry Poincaré Nancy I. 2008
- [37] Site internet de l'association Petite Emilie.
Disponible à l'URL : <http://www.petiteemilie.org/>

ANNEXES

Annexe 1 : tableau des droits sociaux


REGLES DE DECLARATION

	Né vivant et viable	Présenté sans vie		Né sans vie Non viable
		Vivant mais non viable	Mort né	
Droits sociaux	oui	Oui congé père prime de naissance à partir de 26 SA		non
Vie à la naissance ?	oui		non	
Poids et développement ?	500 grammes 22 semaines	< 500 grammes < 22 semaines	500 grammes 22 semaines	< 500 grammes < 22 semaines 15
Statut juridique	Personne défunte	Statut particulier : « enfant sans vie »		Déclaration possible
Document(s) d'état civil	Acte de naissance et acte de décès	Acte d'enfant né sans vie		Acte d'enfant né sans vie
Devenir du corps ?	réclamé	Inhumation ou crémation, aux frais de la famille		idem
	Non réclamé	Inhumation aux frais de la commune	Crémation individuelle aux frais de l'établissement Une convention avec la mairie peut prévoir une inhumation	Crémation commune à la charge de l'établissement

***** depuis août 2008 : grand changement !**

**Le fœtus devient ENFANT et les règles du cadre orange sont applicables
Pas d'ouverture de droits sociaux SI ENFANT NON VIABLE**

Annexe 2 : protocole IMG et MFIU du CHU Estaing

 PROTOCOLE IMG et MFIU Août 2002 : DG ; HL ; DL ; BS / 2007 : DG ; HL ; IP Fédération de Gynécologie - obstétrique		CHU Estaing POLE GORH	
Jour de l'annonce Programmation : - GHR - Salle d'accouchement - Anesthésiste - MFIU : faire bilan coag Feuille de liaison Prévenir correspondants Faire les bons - bien noter le nom des 2 parents +/- fetus Pochette « IMG- MFIU » : réunir tous les documents Penser à la reconnaissance anticipée Cas particulier d'une entrée le dimanche soir : Déterminer avec anesthésiste le jour de la CS	J-2 Vérifier et compléter la pochette « IMG » Compléter si besoin la feuille de liaison RU : 3cp en une prise MIFEGYNE 36h à 48h avant le déclenchement Retour à domicile habituel (mais à apprécier selon le contexte psychologique et l'éloignement)	J-1 Entrée à 16h Bilan préopératoire Consultation anesthésie entre 16 et 18 h dans la chambre. Compléter la feuille de liaison selon les souhaits des parents si nécessaire.	J0 : déclenchement Utérus cicatriciel Utérus non cicatriciel Si foetique (24 SA) programmé : 8h : salle de naissance pour pose APD et geste 2cp de CYTOTEC voie vaginale (chambre) Si foeticide : entre 8h et 8h30 en salle de DAN 8h30 : Péridurale en salle de travail si souhaite d'analgésie précoce Sinon reste dans sa chambre jusqu'à nécessité d'une péridurale 11h : 1 cp CYTOTEC voie vaginale 14h : 1 cp CYTOTEC voie vaginale 17h : 1 cp CYTOTEC voie vaginale 11h : 2 cp CYTOTEC voie vaginale 14h : 2 cp CYTOTEC voie vaginale 17h : 2 cp CYTOTEC voie vaginale RAM le plus tôt possible 20h : Pas d'autre administration de Cytotec Si l'expulsion n'a pas eu lieu : revoir au cas par cas la CAT
Séjour : Dans la mesure du possible séjour en GHR ; apprécier la nécessité d'un soutien psychologique. Cas des MFIU : bilan spécifique à réaliser au cours du séjour ; cf protocole MFIU. Rendez-vous : 1 à 2 mois plus tard avec le médecin référent ou un sénior du service. Rendez-vous génétique (Dr Francannet) à prévoir au cas par cas. Programmer le dossier au staff trimestriel de médecine fœtale auprès de E. guyon 50 570			
L.POUTIGNAT CSF			

Annexe 3 : protocole prise en charge des enfants nés sans vie de 15SA jusqu'au terme

CHU de Clermont-Ferrand Pôle de Gynécologie - Obstétrique et Reproduction Humaine		Procédure
Prise en charge des enfants nés sans vie de 15sa jusqu'au terme. Devenir du corps		
Date de diffusion : 30/01/2012	Rédigée par : Perrier I	
Version : 3	Vérifiée par : Gallot D, Vendittelli F, Laurichesse H, Delpirou F, Poutignat I	
Total pages : 21	En cours de validation	

Domaine d'application :

S'applique à tous les enfants nés sans vie de 15 SA jusqu'au terme avec autopsie ou non.

1 - Cadre Législatif

La date de début de grossesse est la date donnée à la sécurité sociale et non la date corrigée par l'échographie. Le terme pris en compte est celui à la naissance.

1.1 Conditions d'établissement du certificat médical d'accouchement

Dans toutes les situations caractérisées par l'existence d'un accouchement, le certificat médical d'accouchement est établi par le praticien, médecin ou sage femme, l'ayant effectué, ou qui dispose des éléments cliniques permettant d'en affirmer l'existence.

En tout état de cause, l'établissement **d'un certificat médical d'accouchement implique le recueil d'un corps formé- y compris congénitalement malformé - et sexué**, quand bien même le processus de maturation demeure inachevé et à l'exclusion des masses tissulaires sans aspect morphologique.

Ainsi, les situations d'interruption volontaire de grossesse et les situations d'interruption spontanée précoce de grossesse, communément désignées par les praticiens comme les « interruptions du premier trimestre de grossesse », **survenant en deçà de la quinzième semaine d'aménorrhée, ne répondent pas, en principe, aux conditions permettant l'établissement d'un certificat médical d'accouchement.**

⇒ **A partir de 15 SA, déclaration à l'Etat Civil** possible dans un délai de 24 heures ouvrables

*** Certificat Médical d'accouchement (Annexe 1).**

Ce certificat permettra la déclaration à l'état civil afin d'établir un acte d'enfant né sans vie.

Toute grossesse déclarée gémellaire à la CAF et à la sécurité sociale est déclarée gémellaire à la naissance même si l'un des enfants est décédé in utero avant 22 semaines.

Ce certificat sera photocopié 5 fois et les photocopies seront remises aux parents pour faire valoir leurs droits (envoi à la CAF, sécu, employeur...).

2 - Démarches administratives et juridiques

2-1- Dans tous les cas : pour tous enfants nés sans vie

2.1.1 Pour le suivi du corps

*** Fiche de liaison avec la chambre mortuaire (Annexe 2) :**

Préciser l'identité de l'enfant (mettre les étiquettes de l'enfant), le lien avec le nom de la mère, le terme, si l'enfant est né sans vie ou vivant, si autopsie et si don du corps ou non. Ce document est rempli par la sage-femme. Le nom et la signature de la personne assurant le transfert sera noté (en général il s'agit d'une aide soignante).

*** Formulaire de suivi des fœtus, des enfants nés sans vie. Demande de crémation ou d'inhumation (Annexe 3).**

Faire remplir et signer aux parents.

2.1.2 Pour l'autopsie

L'autopsie est souvent recommandée, mais les parents peuvent la refuser.

*** Autorisation de prélèvement à but thérapeutique ou scientifique sur un mineur (Annexe 4).**

Document à faire signer aux parents. L'original est à transmettre à l'espace funéraire. Une photocopie sera conservée dans le dossier médical.

- *Si autopsie + obsèques organisées par la famille :*

Ce document est à rajouter :

Demande de prélèvement à des fins scientifiques (Annexe 5) à remplir par un médecin du service et remis au bureau des entrées pour signature par le Directeur. L'original est à transmettre à l'espace funéraire. Une photocopie sera conservée dans le dossier médical.

2.1.3 Pour le transport du corps hors territoire

*** Certificat de non contagion établi par un médecin (Annexe 6).**

Les documents originaux (Annexes 2-3-4-5-6) suivent le corps. Les photocopies de tous les documents seront conservées dans le dossier médical.

2-2- Déclaration à l'Etat Civil

2.2.1 Avant 15 sa

Pas d'enregistrement possible.

2.2.2 Entre 15 sa et 22 sa

Possibilité de déclaration de naissance, d'abandon de corps ou d'organiser des obsèques et d'inscription ou d'établissement d'un livret famille.

2.2.3 A partir de 22 sa

Déclaration obligatoire à l'Etat Civil.

Inscription sur le cahier des naissances.

*** Certificat de décès (bleu) établi par un médecin PH ou assistant (Annexe 7).**

*** Fiche de liaison Mairie –Maternité : Déclaration d'enfant né sans vie (Annexe 8).**

Après réception de ces documents, la mairie envoie un acte d'enfants sans vie au bureau des entrées qui les retransmet aux parents (**Annexe 9**).

2.2.4 Au Bureau des Entrées

*** Les originaux indispensables au BE sont :**

- le **Certificat d'accouchement**
- la **Déclaration de naissance**
- le **Certificat de décès.**

Ils seront laissés au BE pour envoi à la Mairie.

Tous les autres documents seront photocopiés et laissés au BE.

*** Photocopies des pièces d'identité +/- livret de famille** si le couple en possède un.

*** Reconnaissance anticipée du père et/ou de la mère** à faire partir avec la déclaration d'enfant sans vie s'il y en a une sinon joindre les pièces d'identité des parents afin que tous deux apparaissent sur l'acte.

*** Livret de famille:** L'ouverture d'un livret de famille (couple non marié) est possible dès 15 sa. L'enfant né sans vie pourra être inscrit au moment de la naissance ou ultérieurement.

- Prénoms possibles mais non obligatoires sauf si inscription sur le livret de famille

- Pas de nom de famille possible (pas d'identité juridique mais reconnaissance administrative possible : le nom peut être retranscrit sur les documents, étiquettes). Le choix du nom est possible seulement s'il est né vivant.

Tous les documents sont photocopiés et conservés dans le dossier médical du service.

La mairie retourne au Bureau des Entrées des actes d'enfants sans vie (**Annexe 9**) +/- le livret de famille renseigné. Le couple doit envoyer un exemplaire de l'acte délivré par l'état civil à la C.A.F et un à la C.P.A.M.

3 – Prise en charge et suivi des corps

3.1- Soins et présentation du corps

Les équipes accordent aux corps de ces enfants ou de ces fœtus, le respect dû aux corps humains.

Le plus grand soin doit être apporté à la présentation du fœtus à sa mère (ou au couple). Cette présentation, qui doit être proposée et non imposée, peut ne concerner que l'un des parents. Le corps est ensuite enveloppé dans un linge pour le transport. Le transport s'effectue à l'aide de la boîte de transport spécifique prévue à cet effet.

Mettre 2 bracelets d'identification : nom prénom date et heure de naissance, si le fœtus est trop petit, mettre un bracelet autour de la taille (après la prise de photos). Le fœtus peut être déposé au réfrigérateur à 4°C situé en salle de naissance (au minimum 2 heures) en attendant d'aller à la chambre mortuaire.

3.2- Les photographies

Dans tous les cas, chaque fœtus est photographié (nu et habillé ou couvert). **Deux photographies au moins** sont réalisées et imprimées grâce à l'appareil numérique de la salle de naissance. Elles sont remises aux parents ou conservées dans le dossier médical, selon les désirs

du couple. **Attention, ces photographies doivent être belles, elles sont destinées aux parents et non au dossier médical. Si elles sont remises au couple à leur demande, il est important de le noter dans le dossier médical**

Chaque photographie est identifiée (nom, terme de la grossesse, date et heure de l'accouchement). Les photos numériques sont transmises par les cadres à la secrétaire du CPDPN qui les archive.

3.3- Le suivi du corps

Le fœtus (après avoir été vu par ses parents en salle de naissance) est soit conduit en chambre mortuaire lorsque la patiente rejoint sa chambre soit au bout d'environ 2 heures aux heures ouvrables. La législation nous impose un minimum de 2h et un maximum de 10h que nous devons adapter en fonction de chaque cas en tenant compte des souhaits des parents. Si d'autres proches souhaitent voir d'emblée l'enfant, une présentation peut être organisée dans la chambre de la patiente (dès son retour) avant que l'enfant ne soit conduit en chambre mortuaire. En dehors des heures d'ouverture de l'espace funéraire à savoir (8h-12h / 13h-16h15 tous les jours), le départ est différé jusqu'au lendemain matin (7j/7j). **Le transport du corps se fait dans la boîte de transport bleue réservée à cet usage avec les 3 documents originaux (Annexes 2, 3, 4, +/- 5, +/-6).**

La présentation de corps sera assurée dans les salons de présentation dans l'espace funéraire, après simple appel au **50 048 ou 51917**, durant les heures ouvrables et 7j/7j. Les patientes seront accompagnées si besoin.

Tout fœtus doit être déposé à la chambre mortuaire du CHU Estaing qu'il y ait autopsie ou pas. La chambre mortuaire est ouverte de **8h à 12h et de 13h à 16h15** et c'est elle qui gère le transfert des corps pour l'autopsie. La traçabilité du suivi des corps dès la naissance sera respectée en remplissant et signant la feuille de liaison (**Annexe 2**) par la sage-femme et la personne ayant fait le transfert, en général l'aide soignante.

4 - Les examens complémentaires

4.1-Prélèvements bactériologiques - Radiographie du squelette - Examen anatomopathologique du placenta

- **La radio du squelette** sera faite **juste avant de déposer l'enfant à la chambre mortuaire** donc assez souvent dans un délai d'environ 2-4 heures (situation préférable sinon l'examen s'avère difficile en raison de la rigidité). La radio peut être faite même le week-end. Pour la nuit attendre lendemain matin.
- **Le placenta** va en anatomopathologie.
- **Les prélèvements cytogénétiques** : si demandés, bien faire remplir le consentement signés par les parents sur le bon de cytogénétique.

4.2-Examen anatomopathologique du fœtus

Quelque soit le terme du fœtus, s'il y a examen anatomopathologie du fœtus ou non, le fœtus est déposé à la chambre mortuaire. La chambre mortuaire gère avec les anatomopathologistes quand l'examen anatomopathologique sera fait.

Un examen macroscopique seulement de l'enfant peut être réalisé par le médecin du service d'anatomopathologie si refus de l'autopsie des parents et demande spécifique du médecin.

5 – Devenir du corps

5-1 Organisation de funérailles

La famille contacte les pompes funèbres qui organisent les obsèques. (*Liste disponible bientôt sur Intanet ou dans le Classeur Décès*).

En cas de transport du corps hors territoire, le médecin doit établir un certificat de « **non contagion** » (**Annexe 6**).

5-2 Le corps est confié au CHU

L'hôpital prend en charge de façon individuelle chaque enfant ayant un acte d'enfant sans vie.

Un délai de rétractation de 10 jours permet au couple de changer d'avis.

Le corps est incinéré au crématorium de Crouel et les cendres sont répandues au Jardin du Souvenir. La date de la crémation est communiquée aux cadres qui en informent les couples qui le souhaitent.

6 - Religions :

Les représentants des différents cultes peuvent être contactés à la demande des parents. Si rien n'est précisé les soins au défunt sont standards selon la législation.

* Pour les Catholiques : la sage-femme peut prévenir l'aumônier 50410 ou 50411. Une cérémonie peut avoir lieu. Celle-ci peut être inscrite sur le livret de famille catholique du couple.

* Pour le culte Musulman : ne pas faire de toilette. L'Imam désigne des personnes de même sexe que le défunt pour procéder aux rites religieux.

* Pour la communauté Juive : ne pas faire de toilette. C'est le Rabbin qui désigne quelqu'un pour la toilette.

7 - Droits sociaux

7-1 Avant 22 sa

Aucun droit social n'est ouvert. Le certificat médical d'accouchement (**Annexe 1**) doit être envoyé à la CAF et la CPAM..

7-2 Après 22 sa ou plus de 500g

* **Le droit à un congé maternité est accordé**, comme pour un bébé né à terme et vivant.

Le nombre de semaines attribué dépend alors du rang de l'enfant et le congé démarre à compter de la date d'accouchement :

- 1er ou 2ème enfant : 16 semaines de congé

- 3ème enfant ou plus, dont au moins 2 enfants nés viables mis au monde : 26 semaines de congé

Cette grossesse sera prise en compte par la sécurité sociale pour le calcul des congés maternités ultérieurs (notamment pour les congés supplémentaires pour le 3ème enfant.

Remettre à la patiente cinq certificats médicaux d'accouchement attestant de la naissance d'un enfant né sans vie, qu'elle doit faire parvenir à la C.A.F, aux employeurs et à la C.P.A.M (elle en garde 1).

* **Les pères peuvent enfin bénéficier du congé paternité** pour tout enfant « né » après le délai légal des 22 semaines d'aménorrhée. Ce congé dure de 11 jours et est cumulable avec le congé de naissance de 3 jours. Il doit fournir une copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'enfant né (**Annexe 1**).

* **La prise en charge à 100% est maintenue.**

* **Les aides financières** : certaines mutuelles (assurances, comités d'entreprises = CGOS,) mairies des communes de résidence, CPAM du 03 et du 43) participent parfois aux frais d'obsèques et délivrent des primes de naissance et/ou de décès. Il est parfois utile de contacter le service social pour aider les familles.

£/L.8 Modalités d'enregistrement et de codage des enfants mort-nés dans le PMSI

8.1 Recueil des données administratives pour l'enfant

Les enfants mort-nés n'ont pas de personnalité juridique et n'ont pas de « nom de famille » pour l'état-civil. Cependant, il est nécessaire de pouvoir identifier ces enfants en tant que « patients » pour permettre la génération du RUM, des étiquettes pour les examens (prélèvements biologiques, imagerie, autopsie...), le rangement et l'archivage des résultats et du dossier.

* **Création des étiquettes pour tous les enfants nés sans vie** (> ou = à 15sa). Les fœtus sont enregistrés avec une IPP propre. Faire la relation avec la maman : **Parent-Enfant**. Les règles de recueil sont les suivantes :

Nom : le nom de famille de la mère (de préférence), ce nom est pérenne dans le temps et ne dépend pas de la situation matrimoniale. Ce nom n'a pas de valeur juridique pour l'enfant.

Prénom : s'il existe, le ou les prénoms choisis par les parents. Si les parents n'ont pas souhaité donner un prénom, mentionner par exemple XX ou « FILLE » pour une fille et XY ou « GARÇON » pour un garçon.

Sexe : Il peut être difficile de préciser exactement le sexe à la naissance. Tenir compte du sexe mentionné par l'échographie anténatale ou si une autopsie est demandée, il faut en attendre les résultats. Si cet examen n'est pas réalisé et si aucune de ces informations n'est disponible, il est possible de mentionner un sexe « indéterminé ».

Date de naissance : c'est la date de l'accouchement et non la date du décès présumé.

Date d'entrée dans l'établissement : c'est la date de naissance (et non la date d'entrée de la mère).

Mode d'entrée : mode d'entrée du domicile, comme pour toutes les naissances.

Date de sortie de l'établissement : identique à la date de naissance.

Mode de sortie : décès.

Unité médicale : Les séjours de l'enfant mort-né et de la mère sont inscrits en **0763 exclusivement si avant 22sa. A partir de 22sa** : si hospitalisation de la mère avant l'accouchement : 0763 et dès la salle de naissance les séjours de l'enfant mort-né et de la mère sont inscrits en **0760**.

Code postal du lieu de résidence : celui de la mère

Étiquetage des prélèvements et examens de l'enfant : il peut être intéressant d'utiliser le double étiquetage « étiquette ou identification de la mère » + « étiquette ou identification de l'enfant » pour toutes les demandes et résultats d'examens de l'enfant.

8.2 Les consignes de codage

Depuis 2011, une extension la catégorie Z37 permet de distinguer la naissance d'un enfant mort-né du fait d'une IMG et hors IMG. Les codes Z37 en position de diagnostic associé significatif (DAS) sont les marqueurs de l'accouchement ; ils ne sont utilisables qu'à partir d'un terme de 22 SA, comme les codes d'actes d'accouchement de la CCAM.

8.2.1 Codage du RUM de l'enfant mort-né

Par convention le code du **Diagnostic principal (DP)** est toujours codé **P95 Mort foetale de cause non précisée, même si la cause du décès est connue**. En cas d'IMG, par convention, on enregistre le code **P96.4 Interruption de la grossesse, fœtus et nouveau-né** en position de DAS.

Les autres DAS servent à coder des problèmes de santé associés et la cause du décès, si elle est connue. Il est recommandé de veiller au codage précis des malformations et anomalies congénitales. L'acte d'autopsie est codé dans le RUM de l'enfant (**Annexe 10**).

8.2.1 Pour le codage d'un séjour d'accouchement

Les codes de diagnostics et actes d'accouchement sont utilisés **à partir de 22 SA. Avant 22 SA** : il ne s'agit pas d'un accouchement, il faut utiliser les codes d'avortement, quel que soit le poids du fœtus.

9 Références

9-1 Etat civil

- * Arrêté du 29 juillet 2011 modifiant l'arrêté du 1er juin 2006 fixant le modèle de livret de famille
- * Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS N°2009-182 du 19/06/2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus
- * Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie
- * Décret n°2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret n° 74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille
- * Décret n°2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil
- * Décret n°74-449 du 15 mai 1974 (version consolidée au 23 août 2008) (relatif au livret de famille et à l'information des futurs époux sur le droit de la famille
- * Décret n°2004-1159 du 29 octobre 2004 portant application de la loi n° 2002-304 du 4 mars 2002 modifiée relative au nom de famille et modifiant diverses dispositions relatives à l'état civil.
- * Art.79-1 du code civil de la Loi n°93-22 du 22 janvier 1993
- * Circulaire du 03/03/93 relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant (Liberté des prénoms)
- * Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le code civil relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant et instituant le juge aux affaires familiales
- * Circulaire DHOS/DGS/DA/DGCL n°2001/576 du 30 novembre 2001
- * ART 79-1 du Code Civil

9-2 Décès d'enfant

- * Décret n°2007-23 du 5 janvier 2007 modifiant le décret n° 2001-654 du 19 juillet 2001 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels des collectivités locales et établissements publics
- * Décret n°2006-965 du 1 août 2006 relatif au décès des personnes hospitalisées et aux enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil dans les établissements publics de santé
- * Comité Consultatif national d'Ethique pour les sciences de la Vie et de la santé. Avis n°89- de 2005. à propos de la conservation des corps des fœtus et enfants morts-nés.
- * Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique
- * Décret n°2000-318 du 7 avril 2000 relatif à la partie Réglementaire du code général des collectivités territoriales
- * Décret no 97-1039 du 14 novembre 1997 portant application de l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales et relatif aux chambres mortuaires des établissements de santé
- * Décret 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques
- * Loi bioéthique n°94 – 653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain
- * Article R2213-22 du Code général des collectivités territoriales (transport des corps)

9-3 Droits sociaux

- * <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-allez-etre-papa/tout-savoir-sur-votre-conge-paternite.php> (mis à jour le 1^{er} janvier 2012)
- * Circulaire du 28 mars 2011 précisant droits des prestations pour un enfant né sans vie ou mort-né.
- * Arrêté du 09/01/2008 relatif aux droits des pères au congé de paternité
- * Courrier du 19 septembre 2006 de la Direction de la Législation Fiscale, Ministère des Finances
- * Circulaire n°2004/22 du 30 avril 2004 : les enfants mort-nés sont pris en compte
- * Circulaire 99/2004 : Droit au congé de maternité et indemnisation des arrêts de travail qui font suite à une interruption de grossesse - Conditions requises
- * Article L.331-5-alinéa 2 et Art L.331-4 et Art L.331-3 du Code de la sécurité sociale
- * Article L.2212-1 du Code de la santé publique

9-4 Modalités d'enregistrement et de codage des enfants mort-nés dans le PMSI

- * Instruction n° DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/2011/403 du 26 octobre 2011 relative au rappel des modalités d'enregistrement et de codage des mort-nés dans le PMSI nécessaires à la production de l'indicateur de mortalité.
- * Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS N°2009-182 du 19/06/2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus

Annexe 1

CHU ESTAING
Pôle G.O.R.H.
1, Place Lucie Aubrac
0 63003 CLERMONT FERRAND Cedex 1
Téléphone 04 73 750 750
N° FINESS 63 078 126 8

CERTIFICAT MÉDICAL D'ACCOUCHEMENT

63003 CLERMONT FERRAND Cedex 1
le : / /2011.

Je soussigné(e) certifie que **Madame** :
née , le jeudi
a accouché à la maternité du CHU ESTAING de Clermont-Ferrand,
le lundi 21 novembre 2011 à 12h50mn d'un enfant de sexe féminin sans vie,
prénommé ,
pesant 75 grammes,
à 15 semaines et 4 jour(s) d'aménorrhée.

Date et Signature :

Validation Cadre :

Annexe 2



Actualisation mars 2009

FICHE DE LIAISON CHAMBRES MORTUAIRES
Hôtel Dieu / Gabriel Montpied

Le défunt doit impérativement être porteur d'un bracelet d'identification.
 Aucun objet personnel ne sera accepté à la chambre mortuaire

**ETIQUETTE
 PATIENT**

& Date du décès :

& Heure du décès :

Les vêtements destinés à habiller le défunt l'accompagnent OUI NON
 Mentonnière OUI NON
 Des bijoux sont laissés sur le corps (accord signé dans le dossier de soins) OUI NON
 A la demande : du défunt de la famille
 Inventaire de ces bijoux :

Autopsie demandée OUI NON Obstacle médico-légal OUI NON
 Crémation OUI NON

Précautions particulières : OUI NON (risque infectieux, écoulements...)
 Si oui lesquelles ?.....
 Informations particulières (rites...) :

La famille est prévenue du décès OUI NON
 La famille est venue voir le défunt dans l'unité de soins OUI NON
 Livret d'information remis à la famille OUI NON

❖ Nom et signature de l'infirmière qui a rempli la fiche :

❖ Nom et signature de la personne assurant le transfert :

❖ **Chambre Mortuaire**
 Bracelet d'identification présent OUI NON
 Fiche de liaison remplie OUI NON
 Si inventaire bijoux, conformité avec l'inventaire OUI NON

❖ Nom et signature de l'agent

ETIQUETTE PATIENT	DECES	ETIQUETTE PATIENT	DECES
	Date.....		Date.....
	Heure.....		Heure.....

Annexe 3



FORMULAIRE DE SUIVI DES FŒTUS, DES ENFANTS NÉS SANS VIE DEMANDE DE CREMATION OU D'INHUMATION

Etat civil :	
Nom :	Date de l'accouchement : / /
Prénom :	Lieu de l'accouchement :
Lieu de décès :	Date et heure de décès : / / àH.....
Nombre de semaines d'aménorrhées :	Poids :

Je soussigné (e)

Adresse

Lien de parenté avec l'enfant :

- souhaite demander l'établissement d'un acte d'enfant sans vie
- ne souhaite pas demander l'établissement d'un acte d'enfant sans vie
- ne sait pas encore

déclare être informé du devenir de mon enfant

- souhaite organiser les funérailles de mon enfant
- souhaite confier le corps de mon enfant au CHU (sous réserve d'un délai de rétractation de 10 jours)

Signature

Le Centre Hospitalier de Clermont-Ferrand :

Identité et fonction du demandeur :

déclare échu le délai de réflexion accordé aux parents en vertu de l'article R1112-75 du Code de la Santé Publique

- demande la crémation du corps de l'enfant déclaré ci-dessus
- demande l'inhumation du corps de l'enfant déclaré ci-dessus en vertu de la convention passé avec la Mairie de Clermont-Ferrand

Pour être présenté au Maire de Clermont-Ferrand

Signature

La crémation aura lieu le / / / àH.....

L'inhumation aura lieu le / / / àH.....

Entreprise de Pompes Funèbres mandatée :

..... *Signature*

Annexe 4

C.H.U. DE CLERMONT-FERRAND

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT
A BUT THERAPEUTIQUE OU SCIENTIFIQUE
sur un mineur**

Texte joint à la demande de prélèvement

A remplir en cas de prélèvement A BUT SCIENTIFIQUE (autopsie)

L'autorisation doit être donnée par un des titulaires de l'autorité parentale (loi 94-654 du 29/9/94)

Je soussigné(e), (nom et prénom du père ou de la mère)

agissant en qualité d'un des titulaires de l'autorité parentale

donne l'autorisation pour qu'un prélèvement à des fins scientifiques soit réalisé sur le corps de mon enfant

(nom et prénom de l'enfant)

Le Signature du père ou de la mère

A remplir en cas de prélèvement A BUT THERAPEUTIQUE (greffe)

L'autorisation doit être donnée par le père et la mère du mineur (loi 94-654 du 29/7/94 section 3)

Nous soussignés,

Nom du père

Nom de la mère

agissant en qualité de titulaire de l'autorité parentale,

donnons l'autorisation pour qu'un prélèvement de

soit réalisé sur le corps de notre enfant (nom et prénom)

Le

Signature du père

Signature de la mère

Annexe 5



DEMANDE DE PRELEVEMENT A DES FINS SCIENTIFIQUES sur une personne décédée (AUTOPSIE)

Le dossier complet comprend :

- le procès-verbal du constat de la mort
- la photocopie d'une pièce d'identité de la personne décédée (si possible)
- le formulaire d'interrogation du Registre national des refus et la réponse de l'EFG. (+ de 13 ans)
- (éventuellement) l'autorisation écrite des parents ou du représentant légal (incapable majeur)
- le présent document.

1 ex. au directeur de l'hôpital Gabriel Montpied.
1 ex. au médecin demandeur

A REMPLIR PAR LE MEDECIN DEMANDANT LE PRELEVEMENT

Form with sections: Identité de la personne décédée, Mineur, Incapable majeur, Problème médico-légal, Accident du travail, Maladie professionnelle, Ancien combattant réformé, Famille prévenue du décès, Prélèvement(s) envisagé(s), Je soussigné, médecin responsable du prélèvement.

* Dans le cas d'un prélèvement à des fins scientifiques pour rechercher les causes du décès, le consentement est présumé si la personne décédée n'a pas exprimé de refus de son vivant ; dans le cas d'un prélèvement pour une autre raison, le consentement doit avoir été exprimé de son vivant.

Info. vérifiées au bureau des entrées par
Je soussigné(e), directeur au CHU, constate que les dispositions administratives préalables ont été respectées, permettant ainsi le prélèvement.

Annexe 6

CERTIFICAT NON CONTAGION TRANSPORT HORS TERRITOIRE

Je soussigné, Docteur _____, certifie que l'enfant mort-né à _____ semaines d'aménorrhées, est décédé à Clermont-Ferrand, le _____ des suites de maladie naturelle, mort naturelle et non contagieuse.

Le corps peut-être transporté, le décès ne soulevant pas de problème médico-légal.

Fait à Clermont-Ferrand, le _____

Docteur _____

Annexe 7

DÉPARTEMENT : _____

CERTIFICAT DE DÉCÈS

conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996

A remplir par le Médecin

COMMUNE DE DÉCÈS : _____

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure _____ est réelle et constante (voir 1 au verso).

NOM : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____

Domicile : _____

Obstacle médico-légal (voir 2 au verso) OUI NON
 Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) OUI NON
 - dans un cercueil hermétique (voir 4 au verso) OUI NON
 - dans un cercueil simple (voir 5 au verso) OUI NON
 Obstacle au don du corps (voir 6 au verso) OUI NON
 Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (voir 7 au verso) OUI NON
 Présence de prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir 8 au verso) OUI NON

Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non

A _____ le _____
Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

RÉSERVÉ A LA MAIRIE

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-contre doit être reproduit au verso.

N° D'ORDRE du décès

--	--	--	--	--	--	--	--

A conserver dans la mairie du lieu d'implantation de la chambre funéraire

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements confidentiels et anonymes

Code Postal : _____	Commune de décès : _____
Code Postal : _____	Commune de domicile : _____

Date de décès : _____
Date de naissance : _____

1. Sexe masculin <input type="checkbox"/>
2. Sexe féminin <input type="checkbox"/>

Causes du décès

PARTIE I Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès *
 La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (heures, jours, mois ou ans)

a) _____

due à ou consécutive à : b) _____

due à ou consécutive à : c) _____

due à ou consécutive à : d) _____

* Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex. : syncope, arrêt cardiaque...)

PARTIE II Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I

Informations complémentaires

- Le décès est-il survenu pendant une **grossesse** (à déclarer, même si cet état n'a pas contribué à la mort) ou moins d'un an après ? 1. Oui 2. Non
 Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : _____ Mois _____ Jours
- En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile...) : _____ S'agit-il d'un accident du travail (ou présumé tel) ? :
 1. Oui 2. Non 3. Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ?

Lieu du décès :

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Non 2. <input type="checkbox"/> Oui, résultat disponible | 1. <input type="checkbox"/> Domicile |
| 3. <input type="checkbox"/> Oui, résultat non disponible | 2. <input type="checkbox"/> Hôpital 3. <input type="checkbox"/> Clinique privée |
| | 4. <input type="checkbox"/> Hospice, maison de retraite 5. <input type="checkbox"/> Voie publique 6. <input type="checkbox"/> Autre lieu |

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Exemples

I. a) Septicémie Intervalle 3 h b) Péritonite 18 h c) Perforation d'ulcère 2 j d) Ulcère duodénal ? II. Atteintisme ?	I. a) Coma Intervalle 12 h b) Œdème cérébral 18 h c) Traumatisme crânien 2 j d) Accident de la route 2 j II. Intervalle -	I. a) Hémorragie cérébrale Intervalle 1 h b) Hypertension 15 a c) - d) - II. Cancer du sein récidivé -	I. a) Intervalle 5 mn b) Embolie pulmonaire 5 mn c) Phlébite ? d) Accouchement 16 j II. Varices -
I. a) Intervalle 20 j b) Sida 7 m c) - d) - II. Kaposi, Tuberculose -	I. a) Intervalle - b) Noyade - c) Suicide - d) - II. Toxicomanie -		

Ce document ne peut être communiqué à quiconque ni en original, ni en copie

Annexe 8

DECLARATION D'ENFANT SANS VIE

Date de l'accouchement :

Heure :

Assistance : Médecin Sage femme Médecin et Sage femme aucune

Nombre d'enfants :

Rang gemellaire :

NOM DE L'ENFANT :

PRENOMS :

SEXE :

FILIATION

Parents mariés :

Date :

Lieu du mariage :

Parents non mariés :

» Non reconnu

» Reconnu par le père le _____ à _____

» Reconnu par la mère le _____ à _____

» Reconnu par le père et la mère le _____ à _____

» Sans filiation

PERE :

Nom :

Prénoms :

Nationalité :

Profession :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Domicile :

MERE :

Nom :

Prénoms :

Nationalité :

Profession :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Domicile :

INSCRIPTION SUR LIVRET DE FAMILLE

CREATION D'UN LIVRET DE FAMILLE

Annexe 9



ACTE D'ENFANT SANS VIE

- COPIE INTÉGRALE -
ANNÉE 2012

ENFANT SANS VIE - N°

Date d'accouchement: 16 janvier deux mil douze -----

Heure: 10 -----

Lieu: Clermont-Ferrand section de Montferrand (Puy-de-Dôme) 1 place Lucie Aubrac-----

Prénom(s) de l'enfant sans vie: -----

PERE:

Nom : -----

Prénom(s) : -----

Né le : -----

à : -----

Profession : plombier-----

Domicile : (Puy-de-Dôme) -----

MERE:

Nom : -----

Prénom(s) : -----

Née le : -----

à : -----

Profession : secrétaire administrative-----

Domicile : -----

Tiers déclarant : 29 ans, adjoint des cadres, domiciliée à Clermont-Ferrand
section de Montferrand (Puy-de-Dôme) 1 place Lucie Aubrac

Date et heure de l'acte: 3 janvier 2012 à 10 heures 53 minutes-----

Après lecture et invitation à lire l'acte avec Nous, Adjoint Spécial au Maire de ----
Clermont-Ferrand pour la section de Montferrand, avons signé avec le déclarant.-----

Suivent les signatures

Mentions marginales

Néant

Pour copie conforme.

à Clermont-Ferrand
le 16 janvier 2012
L'Officier de l'Etat Civil

LE 16 JANVIER 2012

Annexe 10 : Codage des mort-nés dans le PMSI

Z37 Résultat de l'accouchement

Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.11 Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.30 Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né hors interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.31 Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.40 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.41 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.60 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, d'autres mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.61 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, d'autres mort-nés à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.70 Autres naissances multiples, tous mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.71 Autres naissances multiples, tous mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical

Le codage du RUM de la mère dépend du terme (< 22 SA ou ≥ 22 SA) et des circonstances de l'interruption de la grossesse, pour motif médical (IMG) ou non (hors IMG).

Abréviations utilisées : DP = diagnostic principal

DAS = diagnostic associé significatif

DAD = donnée à visée documentaire Terme	IMG	Hors IMG
< 22 SA	Avortement	Avortement
DP	O04.– <i>Avortement médical</i>	O03.– <i>Avortement spontané</i>
DAS	Cause foetale : O35.– <i>Soins maternels pour anomalie et lésion foetales, connues ou présumées</i>	Pathologie foetale
Cause maternelle		Pathologie maternelle
Acte	Il ne doit pas être codé d'acte d'accouchement Acte d'autopsie du fœtus si réalisé	
Obligatoire	DDR	DDR
≥ 22 SA	Accouchement	Accouchement
DP	Cause foetale : O35.– Cause maternelle	O36.4 Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus ou autre code
DAS	Z37.–1 enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical Si DP O98.– ou O99.– : précision par un code	Z37.–0 enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Acte	Accouchement	Accouchement
Obligatoire	DDR Terme (SA)	DDR Terme

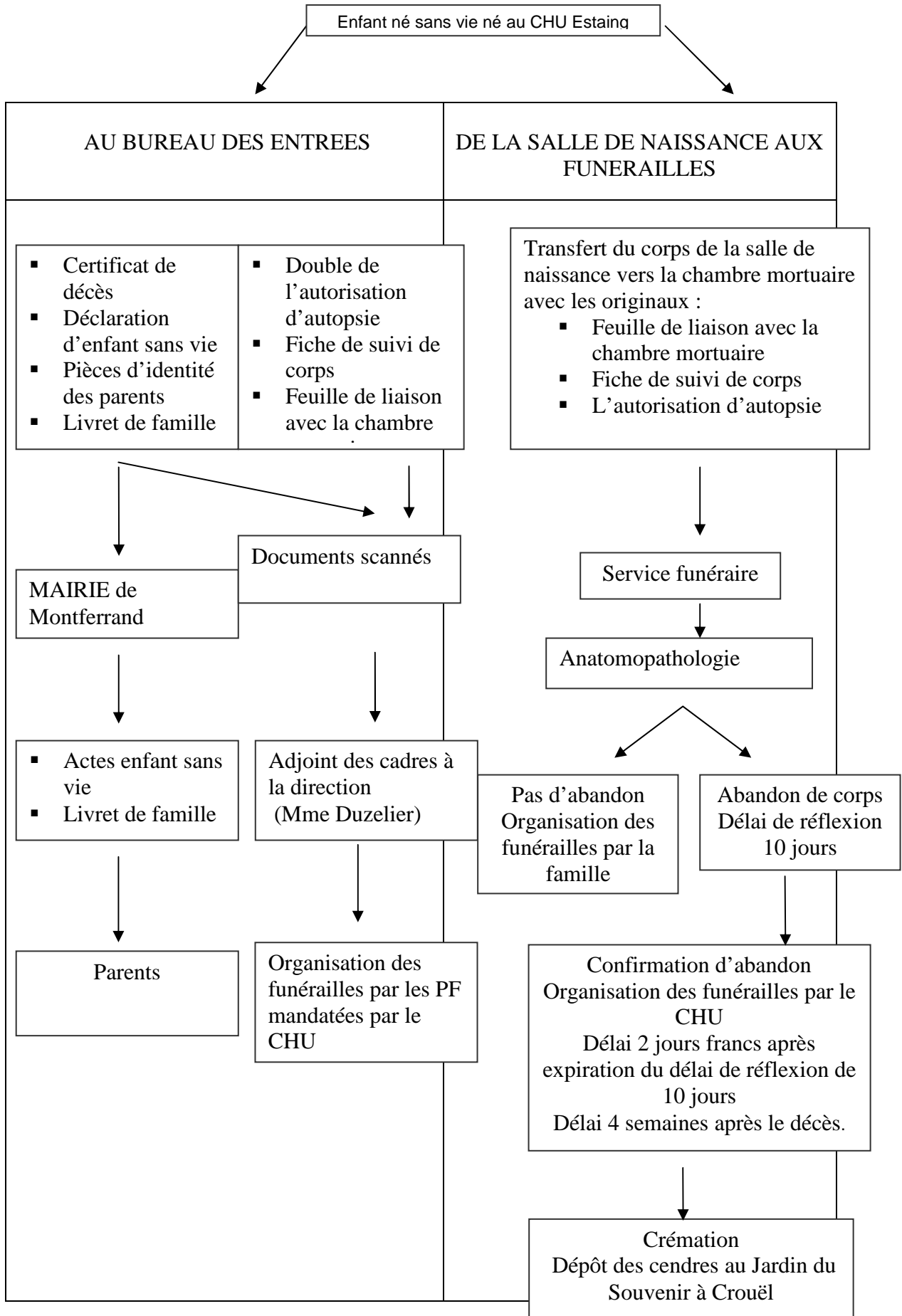
AVANT 22 SA

			RUM de la mère (0763)	RUM de l'enfant (0763)
DP (exemples)			O0491 ITG O04.9 Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication O021 rétention œuf mort O285 résultats chromosomiques et génétiques anormaux O283 résultats echo. Anormaux en prénatal O03.9 Avortement spontané, complet ou sans précision, sans complication	P95 Mort foetale de cause non précisée, par convention
Obligatoire	DDR	Terme Poids		
DA (exemples)			Z358 GHR Z360 dépistage anténatal chro Z363 dépistage anténatal echo Z321 soins maternels pour siège Z351 soins maternels pour malformations O35.5 Soins maternels pour lésions foétales (présumées) médicamenteuses O36.2 Soins maternels pour anasarque foetoplacentaire O069 Avortement sans précision O0491 ITG Z351 ATCD fausse couche	P83.2 Anasarque foetoplacentaire non due à une maladie hémolytique P070 NN poids N<1000g P073 NN préma 28sa à 36sa Q969 Turner Z360 Dépistage anténatal chr Z363 Dépistage anténatal écho
Actes (exemples)			JNJD001 Évacuation d'un utérus gravide, au 2 ^e trimestre de la grossesse avant la 22 ^e semaine d'aménorrhée JKGD002 curetage de la cavité utérine à visée thérapeutique AFLB010 Anest rachidienne	JQQP003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale !O18 Autopsie !O14 Radio divers

APRES 22 SA

	RUM de la mère (0763 puis 0760)	RUM de l'enfant (0760)
DP (exemples)	O0491 ITG O35.0 Soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du fœtus O364 MFIU>20sa	P95 Mort fœtale de cause non précisée, par convention
DA (exemples)	Z37.11 Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical 092.5 Arrêt de la lactation O80.1 Accouchement spontané par présentation du siège Z358 GHR F172 tabac Z659 Risque psychosocial O244 Diabète gestationnel	P96.4 Interruption de la grossesse, fœtus et nouveau-né, par convention Q04.0 Agénésie du corps calleux P03.0 Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement et une extraction par le siège P02.5 Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres formes de compression du cordon ombilical P03.4 Foetus et nouveau-né affectés par un accouchement par césarienne P070 NN poids N<1000g P073 NN préma 28sa à 36sa Q969 Turner Z360 Dépistage anténatal chr Z363 Dépistage anténatal écho
Actes (exemples)	JQLF003 Injection d'agent pharmacologique chez le fœtus, par ponction du cordon ombilical JQGD001 Accouchement unique par le siège par voie naturelle, chez une multipare JQGA003 Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie JQGD010 Acct cephalique VB JNMD001 Révision cavité utérine AFLB010 Anest rachi au cours acct	!O18 Autopsie !O14 Radio divers JQQP003 <i>Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale</i>
Obligatoire	DDR	Terme Poids

Annexe 10 : Suivi des enfants né sans vie au CHU Estainq



Annexe 4

Questionnaire

I - Population

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- 3- Quel est le niveau de votre maternité d'exercice ?
- 4- Dans quel(s) service(s) travaillez-vous ?

II – Formation et expériences

5- Avez-vous déjà accompagné un couple en situation d'IMG ? oui non

6- a- Pensez-vous que la formation initiale reçue à l'école de sages-femmes est suffisante pour accompagner un couple en situation de deuil ?

oui non

b- Si non, pourquoi ?

.....

7- Lors de vos stages étudiants, aviez-vous eu l'occasion d'accompagner des couples en situation d'IMG ? oui non

8- a- Acceptez-vous que des étudiants vous accompagnent lors de la prise en charge d'une IMG en salle de naissance ? oui non

b- Si non, pourquoi ?

.....

9- a- Avez-vous déjà effectué des formations complémentaires ayant un lien avec la prise en charge d'une situation d'IMG ou de deuil périnatal ? oui non

b- Si oui, lesquelles ?

.....

c- Si non, pourquoi ?

.....

III – Pratiques et prises en charge des IMG

10- a- Trouvez-vous difficile l'accompagnement et la prise en charge d'un couple en situation d'IMG ? oui non

b- Si oui, pourquoi ?

.....

11- a- Avez-vous déjà refusé la prise en charge d'une IMG ? oui non

b- Si oui, pour quel motif :

Indication de l'IMG

Conviction religieuse

Etat psychologique

Autre :

12- Connaissez-vous le protocole d'IMG dans votre maternité ? oui non

13- a- Connaissez-vous les différentes modalités administratives (déclaration de naissance, certificat de décès, devenir du corps, ...) en cas d'IMG ? oui non

b- Vous sentez-vous apte à remplir seul(e) les différents papiers ? oui non

c- Vous sentez-vous capable de répondre aux questions des parents sur ces sujets ? oui non

14- a- Avez-vous déjà participé aux soins du bébé (toilette, habillage, prise de photographies, ...) ? oui non

b- Cela vous a-t-il paru difficile ? oui non

c- Si oui, pourquoi ?

.....

15- a- Vous est-il arrivé d'être submergé par vos émotions ? oui non

b- Si oui, à quel moment :

Sur votre lieu de travail mais pas en présence du couple

En présence du couple

De retour chez vous

Autre :

16- a- Avez-vous déjà cherché un soutien psychologique ? oui non

b- Si oui, auprès de qui (plusieurs réponses possibles):

Collègues (SF, AS/AP)

Cadre sage-femme

Conjoint

Famille

Amis

Professionnels (psychologue, psychiatre, ...)

Religion

Autre :

17- Pensez-vous que la mise en place d'une forme de soutien au sein de l'équipe soit nécessaire (groupe de parole, psychologue ...) ? oui non

18- Quelle forme de soutien vous paraîtrait la plus appropriée ?

.....

19- a- Si un groupe de parole existait, y assisteriez-vous ? oui non

b- Si oui, à quelle fréquence ?

IV- Avec le couple

20- a- Avez-vous déjà été confronté à des situations qui vous ont déstabilisées ?

oui non

b- Si oui, pouvez-vous expliquer en quelques mots ce qui vous a déstabilisé ?

.....

.....

21- L'indication de l'IMG peut-elle avoir une influence sur la façon dont vous accompagnez le couple ? oui non

22 – Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans la communication avec le couple ?

oui non

23- a- Pensez-vous préférable que les parents voient leur bébé pour faire le deuil ?

oui non

b- Encouragez-vous les parents à voir leur bébé s'ils ne le veulent pas ?

oui non

24- Quel est le moment qui vous paraît le plus difficile :

Hospitalisation précédent l'IMG

Accompagnement durant le travail

Expulsion

Toilette et soins du bébé

Présentation du corps aux parents

Accompagnement en post-partum

Autre :

25- Au moment de la prise en charge d'un couple en situation d'IMG, vous sentez-vous psychologiquement:

Plutôt « mieux » que lors des autres accouchements

Identique par rapport aux autres accouchements

Plutôt « moins bien » que lors des autres accouchements

26- Si vous vous sentez plutôt « moins bien », êtes-vous (plusieurs réponses possibles) :

- Triste
- Déprimée
- Détachée
- Angoissée
- Prise en charge « technique » différente des autres accouchements
- Autre :

27- a- Cela a-t-il été déjà un frein dans votre prise en charge ? oui non

b- Si oui, pourquoi ?

V- Suites de couches

28- Lors de votre examen quotidien en suites de couches, en ce qui concerne le temps passé auprès de la patiente ayant subi une IMG :

- Vous raccourcissez ce temps parce que vous vous sentez mal à l'aise
- Vous y restez plus longtemps qu'auprès des autres patientes
- Autre :

29- a- Lors de votre examen quotidien en suites de couches, faites-vous un examen :

- Identique à celui des autres accouchées
- Plus rapide que pour les autres accouchées
- Plus long que pour les autres accouchées

b- Si vous faites un examen plus rapide ou plus long que pour les autres accouchées, pourquoi ?

.....
.....

30- À partir de quel terme prescrivez-vous un inhibiteur de la lactation ?

.....

Auriez-vous des remarques à faire sur ce questionnaire ou sur la prise en charge des couples en situation d'IMG au sein de la maternité dans laquelle vous exercez ?

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

La prise en charge des IMG constitue un des versants de la profession de sage-femme, à l'opposé de la conception traditionnelle de ce métier. Ces couples, demandeurs d'une IMG, nécessitent un accompagnement global, et la sage-femme se trouve être le plus souvent l'interlocuteur privilégié.

Notre étude a pour objectifs d'identifier les difficultés rencontrées par les sages-femmes, d'évaluer leur ressenti sur leur formation, et enfin de définir les moyens pouvant être mis en place pour optimiser cet accompagnement.

Pour répondre à nos objectifs, nous avons réalisé une étude d'observation transversale descriptive à l'aide de questionnaires destinés aux sages-femmes des maternités d'Auvergne.

Il apparaît que cet accompagnement est considéré comme difficile par la majorité des sages-femmes, qui sont le plus souvent en difficulté dans la communication avec ces couples et se sentent démunies face à leur détresse. La formation reçue semble insuffisante, autant sur le plan psychologique et éthique, que sur l'aspect administratif relatif aux IMG.

De nombreux points restent à améliorer, notamment dans la mise en place d'une forme de soutien au sein des équipes et dans le développement de formations continues, afin de les aider à accompagner au mieux ces couples.

Mots clés : interruption médicale de grossesse, sages-femmes, deuil périnatal.

Coverage of the IMG is one of the slopes of the midwifery profession, unlike the traditional design of this profession. These couples, an IMG applicants, require global support, and the midwife is most often be the preferred interlocutor.

Our study has for objectives to identify the difficulties encountered by midwives, to assess their felt on their training, and finally define the means that can be implemented to optimize this accompaniment.

For respond to our objectives, we have made a study of descriptive transversal observation by the aid of questionnaires for midwives of the maternity from Auvergne.

It appears this support is considered as difficult by the majority of midwives, who are most often difficulty in communication with these couples feel disadvantaged in their distress. The training seems insufficient, as much on the psychological and ethical, to plan the administrative aspect in the IMG.

Many points still need to improve, including the establishment of a form of support teams and the development of ongoing training, to accompany the best couples.

Keywords: medical interruption of pregnancy, midwifery, perinatal mourning.