



HAL
open science

Deuil périnatal : état des lieux de la formation initiale des étudiants sages-femmes

Chloé Renouf

► **To cite this version:**

Chloé Renouf. Deuil périnatal : état des lieux de la formation initiale des étudiants sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01071819

HAL Id: dumas-01071819

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01071819v1>

Submitted on 6 Oct 2014

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.

Bibliothèque universitaire Santé

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé

adresse	campus 5-CHU • Avenue de la Côte de Nacre • BP 5186 • 14032 CAEN CEDEX
tél.	02 31 06 82 06 • Fax 02 31 06 82 07
courriel	bibliotheque.sante@unicaen.fr
internet	scd.unicaen.fr/

École de Sages-femmes de Caen

DEUIL PERINATAL

**État des lieux de la formation initiale des étudiants
sages-femmes**



Mémoire présenté et soutenu par

Chloé Renouf

Née le 15 mars 1989

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Promotion 2010 / 2014

Remerciements

Un grand merci à tous les étudiants sages-femmes, aux directrices ainsi qu'aux sages-femmes ayant participé à mon étude.

À *Mr Christian Clément-Larosière*, psychologue au CAMPS de Lisieux, directeur de ce mémoire, d'avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de ce travail,

À *Isabelle Goupille*, sage-femme enseignante à l'école de Caen pour ses commentaires constructifs, ses multiples relectures et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce mémoire,

À *toute l'équipe pédagogique* de l'école pour leur encadrement et leur gentillesse durant ces quatre années,

À *toute l'équipe du fond : Angy, Sarah, Meauzé, Bibiche, Angélique, Paca, Lucio Tif', Sépho et Cador* pour les innombrables et inoubliables moments passés ensemble, votre humour, votre bonne humeur et notre complicité,

À *ma famille* qui a partagé ces années avec moi,

Et aussi à *Julie, Kevin, Pierre et Florent*, présents depuis tant d'années et qui m'ont entendue employer de drôles de mots pendant ces 4 ans.

SOMMAIRE

Liste des abréviations

INTRODUCTION

1. <u>Historique des études de sages-femmes</u>	1
1.1. Les réformes	1
1.2. L'intégration universitaire	2
2. <u>Objectifs de la formation initiale</u>	3
3. <u>Concept de compétences</u>	4
3.1. Définitions	4
3.1.1. La trilogie de Katz	4
3.1.2. Définition de Le Boterf	4
3.2. Les savoirs dans la formation initiale	5
3.2.1. Le savoir.....	5
3.2.2. Le savoir-faire	5
3.2.3. Le savoir-être.....	5
3.2.4. Interaction entre les 3 savoirs.....	5
3.2.5. Application aux études de sages-femmes.....	6
4. <u>Évolution des compétences des sages-femmes</u>	6
5. <u>Appréhender les complications de la grossesse</u>	7
5.1. La natalité en France	7
5.2. Incidence de la mortinatalité	8
5.2.1. Quelques chiffres	8
5.2.2. Impact sur les parents	8
5.3. Retentissement sur les professionnels	9
5.4. La sage-femme et les couples endeuillés.....	10
6. <u>Place de la formation initiale dans l'apprentissage de la gestion du deuil périnatal</u>	11

MATERIEL et METHODE

1. <u>Caractéristiques de l'étude</u>	13
1.1. Type d'étude.....	13
1.2. Taux de participation	13
2. <u>Questionnaires</u>	14
2.1. Questionnaires « écoles » : directrices et ESF 2 ^{ème} année 2 ^{ème} phase	14
2.2. Questionnaires sages-femmes	14

RESULTATS

1. <u>Modalités d'enseignement</u>	17
1.1. Organisation de l'enseignement théorique des étudiants.....	17
1.2. Statut des différents intervenants	19
2. <u>Évaluation de la formation par les étudiants de 2^{ème} année de 2^{ème} phase</u>	20
2.1. Caractéristique de la population	20
2.2. Évaluation qualitative de l'enseignement reçu	20
2.3. Formation clinique	20
3. <u>Sentiment d'aptitude à gérer un décès périnatal : IMG, MFIU, décès néonatal précoce</u>	21
4. <u>Importance de l'expérience dans l'appréhension de la gestion du décès périnatal</u>	23
4.1. Caractéristiques de la population	23
4.2. Evaluation de la formation initiale théorique et pratique	24
5. <u>Vécu en tant que professionnel</u>	24
6. <u>Pistes de réflexion pour faire évoluer l'enseignement du deuil périnatal</u>	25

DISCUSSION

1. <u>Analyse critique de l'étude</u>	27
--	-----------

1.1. Les points forts de l'étude	27
1.2. Les limites de l'étude.....	27
1.2.1. Les écoles de sages-femmes	27
1.2.2. Les maternités de Basse-Normandie	28
2. <u>Analyse et discussion</u>	28
Rappel des hypothèses :.....	28
2.1. Les étudiants sages-femmes	29
2.1.1. Modalités d'enseignement théorique et pratique.....	29
2.1.2. Évaluation de la formation initiale	31
2.1.3. Expérience sur les terrains de stage.....	31
3. <u>Les étudiants se sentent-ils aptes à prendre en charge une situation de deuil périnatal ?</u>.....	32
4. <u>Les sages-femmes</u>	34
4.1. La formation initiale	34
4.2. L'expérience professionnelle.....	35
4.3. Le développement professionnel continu (DPC) comme outil de perfectionnement	36
5. <u>Propositions et pistes de réflexion</u>	37
5.1. Réorganiser les enseignements sur les 4 ans.....	37
5.2. Privilégier la parole, faire intervenir des associations	38
5.3. Séances de simulation.....	39
5.4. DPC	40
<u>CONCLUSION</u>	42
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	43
<u>ANNEXES</u>	
<u>Annexe I</u>.....	47

<u>Annexe II</u>	48
<u>Annexe III</u>	53
<u>Annexe IV</u>	57

Liste des abréviations

PMI: Protection Maternelle et Infantile

SF: Sage-Femme

DESF: Diplôme d'État de Sage-Femme

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

SHS: Sciences Humaines et Sociales

PCEM: Premier Cycle des Études Médicales

LMD: Licence-Master-Doctorat

ECTS: European Credits Transfert System ; Crédits Européens de Transfert

SMa: Sciences Maïeutiques

CASSF: Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes

CNOSF: Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

DPC : Développement Professionnel Continu

CSP: Code de la Santé Publique

IMG: Interruption Médicale de Grossesses

MFIU: Mort Fœtale In Utero

ESF: Étudiants Sage-Femme

HAS : Haute Autorité de Santé

INTRODUCTION

À ce jour la France dénombre environ 20 000 sages-femmes (SF). Selon un recensement datant de 2010, 75,3% d'entre elles exerceraient en milieu hospitalier privé ou public, 17,4% en cabinet libéral et presque 7% feraient partie de la fonction publique territoriale (PMI, planning familial...) [1].

1. Historique des études de sages-femmes

1.1. Les réformes

Depuis une quinzaine d'année une augmentation croissante, d'environ 44%, du nombre de diplômés a été observée, avec un numerus clausus en légère progression de 1 à 3% entre 2001 et 2002 [2].

Les études permettant d'obtenir le Diplôme d'État de Sage-Femme (DESF) durent désormais cinq ans, ce qui n'a pas toujours été le cas.

En effet cette formation a connu de nombreuses réformes : d'abord en 1917, suite à trois décrets, la formation est établie sur deux ans. Au mois de mai 1943, une année supplémentaire est ajoutée. Les étudiantes suivent une première année commune avec les infirmières puis deux autres pour apprendre l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie. A cette période, seules les femmes sont autorisées à s'inscrire dans la formation. Il faudra attendre 1983 pour l'ouverture aux hommes.

L'année 1973 marque l'indépendance des études de sages-femmes par rapport aux autres formations de santé. Un nouveau programme voit le jour, supprimant l'année commune avec les infirmières, introduisant de nouvelles matières telles que la législation et les sciences humaines et sociales (SHS). Désormais l'admission sera subordonnée à un concours d'entrée obligatoire.

Le 27 décembre 1985 paraît un décret qui fixe la durée de la formation à quatre ans et instaure la réalisation d'un mémoire de fin d'études.

Deux grandes réformes sont venues apporter des modifications à la formation initiale de sage-femme. Ainsi depuis 2001 les candidats doivent valider la première année de

médecine en se classant en rang utile au concours du Premier Cycle des Études de Médecine (PCEM1) au même titre que les médecins et les chirurgiens-dentistes [3].

1.2. L'intégration universitaire

En 2010 la formation de sage-femme est intégrée au système universitaire Licence-Master-Doctorat (LMD), respectant alors le modèle européen établi après les accords de Bologne de 1999. Le nouveau programme mis en place est désormais basé sur un système de validation d'ECTS (European Credits Transfert System), la mobilité et l'autonomie des étudiants. Cette intégration pourra permettre à long terme l'harmonisation des diplômes au sein des pays européens.

Les objectifs des accords de Bologne sont de favoriser la coopération entre les institutions, d'augmenter la compétitivité de l'enseignement supérieur européen pour le rendre attractif à l'échelle mondiale et d'ouvrir un accès international à la recherche d'emploi [4, 5].

Ce dernier tend ainsi, à travers le cursus LMD, à développer une culture médicale commune pour renforcer le travail pluridisciplinaire, la recherche et offre aux étudiants la possibilité de valider plusieurs unités d'enseignement tout au long de leur formation aussi bien théoriques que cliniques sur les différents terrains de stage. Ce système d'alternance entre cours et stages permet aux étudiants de se confronter rapidement à la réalité de leur futur quotidien.

Ainsi, les études en vue du DESF se composent de deux cycles :

Le premier cycle est sanctionné par le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques ; il comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens, correspondant au niveau licence. Les deux premiers semestres correspondent à la première année commune aux études de santé (PACES), organisée par l'arrêté du 28 octobre 2009 susvisé (*SMa2 et SMa3*) [6].

Le deuxième cycle, défini au chapitre II du présent arrêté, sanctionne l'acquisition d'une formation approfondie en sciences maïeutiques ; il comprend quatre semestres de

formation validés par l'obtention de 120 crédits européens correspondant au niveau master (SMa4 et SMa5) [7].

2. Objectifs de la formation initiale

Aujourd'hui les nouveaux diplômés suivent cinq ans d'études dont quatre années de spécialisation au sein de l'une des trente-six écoles de sages-femmes de France.

Les objectifs de cette formation s'articulent autour du Référentiel Métier et Compétences établi en Janvier 2010 par le Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) et les membres du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF).

Il doit « *contribuer à poser les bases de l'enseignement initial et constituer le socle sur lequel repose l'évaluation des compétences des sages-femmes, répondant ainsi aux exigences de soins et de sécurité des patients* » [8].

La ligne directrice d'un tel ouvrage est de valoriser et maintenir un niveau de professionnalisme au regard des patientes, de favoriser la qualité et la sécurité des soins.

Ce référentiel est donc un outil pratique pour enseigner leur futur métier aux étudiants sages-femmes (ESF). Il y est décrit huit situations types de l'exercice quotidien d'une sage-femme, qu'elle doit savoir gérer avec pertinence et compétences, qu'il s'agisse de la consultation prénatale simple, à la consultation d'urgence, de l'accouchement à l'hémorragie du post-partum... (Annexe I)

Cependant pour une formation complète, les étudiants doivent en parallèle, développer des compétences transversales leur permettant de travailler avec des équipes pluridisciplinaires, d'élaborer leur réflexion personnelle et professionnelle.

Ces compétences viennent compléter les notions purement médicales et techniques enseignées à travers les cours magistraux et les stages pratiques. Ce sont des ressources personnelles que les étudiants ont à développer grâce à des travaux de recherche, de documentation mais également un travail sur eux-mêmes pour être capables de collaborer

avec les différents corps de métier, de gérer l'urgence, et les responsabilités inhérentes à la profession de sage-femme.

En fin de formation initiale le socle de compétences décrit dans le référentiel doit être acquis, le futur professionnel est détenteur d'un large panel de connaissances qu'il devra mobiliser de façon pertinente et adaptée continuellement dans sa pratique.

3. Concept de compétences

3.1. Définitions

3.1.1. La trilogie de Katz

Parler d'un professionnel compétent implique les notions d'être et avoir : être compétent, avoir des compétences. Ces deux conditions sont nécessaires et complémentaires à l'issue de la formation initiale.

Bien que les définitions varient selon les auteurs pour expliquer ce concept, des points communs se retrouvent. Robert Katz décrit une trilogie comprenant un type conceptuel relevant du savoir, un type technique relevant du savoir-faire et un type humain relevant du savoir-être. Ces trois entités interagissant les unes avec les autres. [9,10]

3.1.2. Définition de Le Boterf

Selon Le Boterf, la description est plus complexe. Il attribue un grand nombre de facettes au terme « compétence » parmi lesquelles se retrouvent celles de Katz. Il y ajoute d'autres dimensions telles que les savoir-faire cognitifs, les savoir-faire sociaux et les savoir-faire expérientiels. L'association de ces différents types forme la compétence qu'il définit comme « *la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs dans une situation et un contexte donnés* » [11,12].

3.2. Les savoirs dans la formation initiale

3.2.1. Le savoir

La formation théorique initiale délivre un savoir aux étudiants. Ce sont toutes les connaissances qu'ils acquièrent, qui s'élaborent par l'étude ou l'expérience. Le savoir n'est jamais définitivement acquis, il doit être actualisé pour se mettre en adéquation avec les avancées scientifiques, technologiques qui font progresser la médecine [13].

3.2.2. Le savoir-faire

Le savoir-faire est l'habileté à mettre en pratique ses connaissances et son expérience acquise. Ce sont les connaissances procédurales susceptibles d'être mises en application dans une situation donnée. Le savoir-faire nécessite donc à la fois des connaissances et la compréhension de celles-ci ainsi qu'un entraînement pour acquérir une pratique optimale dans un domaine défini.

3.2.3. Le savoir-être

Le savoir-être est la capacité d'un individu à utiliser des savoirs dans une situation donnée, d'adopter les comportements et attitudes attendus dans un contexte bien défini.

Dépourvu de cette facette de la compétence, le soignant risque d'être plus préoccupé par les techniques à employer que par ses patients, de se focaliser sur ses propres difficultés ou encore de vouloir agir dans la précipitation afin d'arriver rapidement au bout de ses soins, « d'en finir vite » avec une situation qui le met mal à l'aise [14].

3.2.4. Interaction entre les 3 savoirs

Ces trois aspects qui constituent la compétence ne peuvent exister les uns sans les autres. Ils sont interdépendants.

C'est parce qu'il s'enrichit d'expériences que le savoir fait apparaître le savoir-faire. La connaissance n'est pas productive si elle n'est pas appuyée sur des attitudes appropriées. Le

savoir-être est inopérant sans savoir-faire [15]. Ils ne sont pas innés, s'acquièrent avec l'expérience, l'observation de modèles et nécessitent un développement régulier.

3.2.5. Application aux études de sages-femmes

Dans le cadre de la formation initiale, l'expérience se construit sur les terrains de stage, les modèles sont alors les sages-femmes qui vont transmettre leurs propres savoirs. En effet la notion de communicabilité, de transmission du savoir fait partie intégrante de sa définition [15].

À travers le développement professionnel continu (DPC) les praticiens vont actualiser leurs connaissances tout au long de leur carrière.

4. Évolution des compétences des sages-femmes

Classée profession médicale depuis 1982, les compétences des sages-femmes sont définies et décrites dans le Code de la Santé Publique (CSP) au titre V du livre I des professions médicales [16].

Premiers témoins et acteurs des grossesses et accouchements sans complications, les sages-femmes sont avant tout les professionnelles de la physiologie. Cela est ainsi repris dans l'article L4151-1 du CSP qui régleme la profession comme suit :

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant » [17].

Afin de s'adapter aux besoins de santé publique le champ de compétences des sages-femmes a beaucoup évolué. Notamment depuis la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009, leur rôle a été renforcé auprès des femmes. Cette loi leur a

ouvert l'accès aux consultations de suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception [18,19].

Avec l'ouverture de ces consultations gynécologiques, la loi du 29 Décembre 2011 a étendu le droit de prescriptions des sages-femmes « à tous les dispositifs médicaux et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession » autrement dit, elles sont désormais habilitées à prescrire tous les contraceptifs quel que soit leur mode d'administration [20].

5. Appréhender les complications de la grossesse

5.1. La natalité en France

Avec 822 000 naissances par an, la France se classe au second rang européen en termes de natalité [21,22].

Quatre-vingt pour-cent des grossesses ont un déroulement physiologique et sont prises en charge en toute autonomie par une sage-femme. En effet grâce à leur formation ces professionnelles sont préparées et compétentes pour prendre en charge leurs patientes de la déclaration de grossesse à l'accouchement, puis des suites de naissances à la visite postnatale.

Dans ce contexte précis, l'intervention d'un médecin dans le suivi n'est pas nécessaire.

Néanmoins les 20% des grossesses restantes sont susceptibles d'être marquées par l'apparition d'une ou plusieurs complications, qu'elles soient d'origine maternelle, fœtale, néonatale qu'elles surviennent pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. Cela oblige la SF à faire appel et/ou adresser ces patientes à un médecin.

C'est pourquoi, les cinq années d'études permettent aux sages-femmes de savoir dépister et diagnostiquer des situations pathologiques pour orienter leurs patientes vers les médecins compétents, leur offrant ainsi le suivi le plus sécurisé et le plus adapté à leur état.

En effet, conformément à l'article L4151-3 du code de la santé publique, « *en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin* » [23].

5.2. Incidence de la mortinatalité

5.2.1. Quelques chiffres

Parmi les complications les plus difficiles et complexes, il y a les anomalies fœtales incurables pouvant donner lieu à une interruption médicale de grossesse (IMG), les morts fœtales *in utero* (MFIU) ou encore les décès néonataux précoces suite à un échec de réanimation néonatale ou suite à un accompagnement de fin de vie par des soins palliatifs.

Ces situations particulières restent assez rares dans notre pays mais leur incidence ne doit pas être négligée. D'après le dernier rapport Euro-Peristat publié le 27 Mai 2013, le taux de mortinatalité en France serait de 9,2 pour 1000 naissances alors que la moyenne européenne est d'environ 4,8 pour 1000 [24,25].

La mortinatalité telle qu'elle est définie dans ce rapport correspond au nombre de naissances d'enfants sans vie sur une année donnée, rapporté à l'ensemble des naissances.

5.2.2. Impact sur les parents

L'annonce de la mort d'un fœtus *in utero*, d'une malformation incurable ouvrant sur la possibilité d'IMG ou encore un échec de réanimation néonatale, marque, chez les parents, la fin brutale d'un projet d'enfant. Marie-José Soubieux parle d'une « *fracture dans le processus de parentalisation* », lequel s'est élaboré avec la naissance du désir d'enfant. Selon Freud, ce dernier est dépositaire du narcissisme primaire du couple parental et la rupture soudaine dans l'élaboration du devenir parent constitue une profonde souffrance causée par « *une partie d'eux-mêmes qui s'en va* ».

Le projet d'enfant peut être aussi un facteur de renforcement du couple et, dans ce cas, l'interruption de ce processus, la douleur qui s'y rattache peuvent faire émerger les blessures liées à l'histoire de chacun avec le risque d'un désaccordage affectif. Le décalage

de temporalité (expérience corporelle de la femme, préoccupation maternelle primaire) peut leur faire perdre leurs repères, au point que la communication peut devenir difficile voire mener à une distanciation du fait de la perte de la fonction contenante que représentait ce projet de couple parental [26].

Le deuil, lorsqu'il s'agit d'un enfant est défini par Jean Allouch dans son livre *Erotique du deuil au temps de la mort sèche*, comme « le paradigme du deuil ». En effet les parents doivent affronter la perte de tous les projets d'avenir qu'ils avaient imaginés pour cet être. Ils doivent faire face à la perte d'un proche qui n'a pas vécu, avec qui ils n'ont aucun souvenir mais seulement des projections, des ambitions, ou encore pour la mère des sensations corporelles.

Le deuil périnatal présente un caractère singulier qui vient complexifier le travail de deuil, puisque la perte du bébé *in utero* amène à se séparer d'un être avant même qu'il soit devenu une réelle altérité ce qui entraîne l'absence de trace visuelle, corporelle (surtout chez l'homme), verbale, comportementale, matérielle qui devraient alimenter la réalité et le souvenir. Parfois même, lorsque cette mort intervient très tôt, avant que l'enfant ne soit perçu comme un être différencié, elle peut être vécue comme la perte effective d'une « partie charnelle » de soi. Le travail de deuil va aussi dépendre du statut donné au fœtus par les parents, quel que soit le terme auquel survient le décès : certains le considéreront d'emblée comme un enfant en devenir, d'autres au contraire le percevront comme un embryon, sans lui attribuer de caractères identitaires. Une autre facette de la particularité du deuil périnatal est la « *non-perception de la mort périnatale comme la perte d'un enfant* » par l'entourage qui, tout en cherchant à reconforter, emploie des phrases qui dépersonnalisent l'enfant, telles que « *Il ne faut plus y penser, ce ne sera qu'un mauvais souvenir que vous oublierez* », « *vous en ferez un autre* » [27].

5.3. Retentissement sur les professionnels

De telles situations sont difficiles à gérer, non seulement sur le plan médical mais aussi et surtout sur le plan psychologique, émotionnel et personnel. En effet pour l'aspect technique des protocoles sont souvent mis en place dans les services pour permettre aux soignants d'avoir un support et une aide au savoir-faire. Pour certains ces outils peuvent

être un moyen de se rassurer sur les gestes qu'ils effectuent ou leur prise en charge globale. En revanche la particularité de telles situations fait qu'aucun support écrit ne peut dicter une conduite relationnelle type à adopter face aux couples endeuillés.

Face à de tels événements les sages-femmes font appel à toutes leurs ressources (compétences médicales, techniques, relationnelles..) pour soutenir au mieux les pères et mères qu'elles accompagnent. Leur rôle est alors avant tout de reconnaître la douleur, la peine des parents. Leur présence aide progressivement les couples à « *reprendre possession de leur créativité psychique* ». Elles vont devoir accompagner le travail de deuil de chacun des parents individuellement puis tenter de leur permettre de se soutenir l'un l'autre par la suite.

5.4. *La sage-femme et les couples endeuillés*

Le rôle de la SF auprès de ces couples ne s'arrête pas à la salle de naissance ou à la simple pratique de l'accouchement. Leur présence et leurs compétences constituent un pilier sur lequel les parents peuvent s'appuyer, se reposer pour affronter l'épreuve qu'ils sont en train de vivre. Elle les informe au fur et à mesure des étapes qu'ils traversent, de l'évolution de la prise en charge, leur explique qu'ils auront la possibilité de prendre leur enfant dans leurs bras après la naissance... À plus long terme ces attentions vont renforcer les couples dans leur statut de parents qui n'est pas toujours reconnu par l'entourage. Pour les proches il s'agit plus d'un « *non-événement* ». Marie-José Soubieux dit que, pour la société « *cet enfant du dedans qui ne connaîtra pas le dehors n'est pas toujours considéré comme un bébé* » [28].

Maintenir ou réattribuer ce statut parental est primordial. Un enfant qui perd ses parents est un orphelin ; la langue française n'a pas de mots pour qualifier des parents qui ont perdu un bébé. Et pourtant, l'enfant a souvent été investi par son père et sa mère pendant le temps qu'aura duré la grossesse.

6. Place de la formation initiale dans l'apprentissage de la gestion du deuil périnatal

Garder sa place de soignant, ne pas se laisser envahir par ses propres émotions, ne pas confondre sa douleur avec celle des parents, adopter la juste distance psychique et physique vis-à-vis des couples. Ces aptitudes se développent avec l'acquisition des compétences transversales nécessaires aux professionnels et aux étudiants qui les accompagnent afin d'agir d'une part dans l'intérêt de la femme et de son compagnon mais également dans leur propre intérêt. En effet il est fréquent que les sages-femmes aient à gérer plusieurs parturientes en même temps. De ce fait, leur exercice auprès d'autres patientes ne doit pas se trouver entraver par la situation de deuil qu'elles prennent en charge en parallèle.

La formation initiale théorique des sages-femmes offre une vision multidisciplinaire de la prise en charge des situations de deuil à travers les différents domaines d'enseignement : obstétrique, pédiatrie, législation, sciences humaines et sociales (SHS).

Chacune de ces disciplines soulève un aspect particulier de la façon d'appréhender la mort en périnatalité. L'enseignement d'obstétrique s'attache à délivrer un savoir et une prise en charge procédurale alors que les SHS apportent des notions de savoir-être et invitent l'étudiant à mener une réflexion personnelle sur sa future identité professionnelle.

Néanmoins ces deux domaines complémentaires ne peuvent exister l'un sans l'autre. Si l'un venait à faire défaut la prise en charge globale de la patiente ne serait ni pertinente ni sécurisante. La valorisation et le maintien du professionnalisme dictés par le référentiel de compétences ne seraient pas satisfaits.

Ainsi la question qui se pose est de savoir si la formation initiale apporte les connaissances et les compétences suffisantes pour prendre en charge de façon optimale certaines situations particulières et difficiles, que ce soit au cours de la grossesse, l'accouchement et du post-partum?

Les hypothèses émises sont les suivantes :

Hypothèse 1 : Au cours de leurs études la grande majorité des ESF sera confrontée à la mort périnatale.

Hypothèse 2 : Les ESF éprouvent des difficultés à gérer les situations de décès périnatal.

Hypothèse 3 : Les modalités d'enseignement sont différentes d'une école à l'autre.

Hypothèse 4 : L'expérience pré professionnelle et professionnelle est un atout majeur pour se sentir et être compétent.

L'objectif principal de cette étude est de dresser un état des lieux sur les modalités d'enseignement relatives aux situations difficiles telles que l'IMG, la MFIU et le décès néonatal précoce au sein des 36 écoles de sages-femmes.

Il porte également sur l'évaluation, faite par des étudiants sages-femmes en dernière année de formation, de cet enseignement et le recueil de leur sentiment d'aptitude à gérer prochainement ces situations difficiles.

Cet objectif a été complété par une enquête menée auprès de jeunes sages-femmes diplômées et s'est intéressé à leur ressenti lorsqu'elles ont été confrontées ou non à ces situations.

MATERIEL et
METHODE

1. Caractéristiques de l'étude

1.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective reposant sur l'élaboration et l'exploitation de 3 questionnaires différents, strictement anonymes :

Le premier était destiné aux sages-femmes directrices d'école (Annexe II)

Le second aux étudiants sages-femmes en dernière année de formation (Annexe III)

Le dernier aux sages-femmes jeunes diplômées (Annexe IV)

L'enquête s'est déroulée du 20 Septembre au 26 Novembre 2013.

Afin de répondre à notre objectif principal, une pré-enquête a été menée par mail auprès des 36 sages-femmes directrices d'écoles de métropole et des DOM-TOM afin de leur présenter l'étude et de connaître leur souhait d'y participer.

1.2. Taux de participation

Vingt-neuf d'entre elles m'ont donné un accord de principe : une n'a pas souhaité participer à l'enquête et six n'ont pas répondu (malgré plusieurs relances).

Au total, sur les 29 questionnaires adressés soit par mail, soit par courrier, aux SF directrices, seuls 15 d'entre eux m'ont été retournés, soit un taux de participation de 51,7%.

Cette enquête avait pour but de recueillir de façon précise et actuelle les modalités de l'enseignement relatif au deuil périnatal (cours, intervenants, volume horaire...).

Chacune des 15 SF directrices s'étaient engagées à distribuer des questionnaires à 10 étudiants SF de 2^{ème} année de 2^{ème} phase de façon aléatoire, par tirage au sort. J'ai choisi d'interroger les ESF de dernière année car la prise en charge de situations pathologiques fait partie de leurs objectifs de stage, ils ont acquis une certaine maturité pour y prendre part et enfin ils doivent appréhender ces situations en tant que futurs professionnels.

2. Questionnaires

2.1. Questionnaires « écoles » : directrices et ESF 2^{ème} année 2^{ème} phase

Les deux questionnaires « écoles » avaient pour but d'évaluer :

- le volume horaire alloué à l'enseignement autour du deuil périnatal
- la qualité et les apports pédagogiques de cet enseignement
- le nombre d'étudiants ayant déjà été confronté à une situation de deuil périnatal sur les terrains de stage
- leur sentiment d'aptitude à gérer ces situations au sortir de l'école
- les pistes proposées pour améliorer ou renforcer les modalités de cet enseignement.

Ce questionnaire comportait une majorité de questions fermées ou à choix multiples et quelques questions ouvertes.

Sur les 270 questionnaires distribués aux étudiants sages-femmes, 200 ont pu être récupérés et exploités, soit un taux de participation de 74,1%.

2.2. Questionnaires sages-femmes

Enfin, pour étayer notre problématique, un dernier questionnaire a été distribué à des sages-femmes nouvellement diplômées exerçant dans les maternités de niveau I, II et III de Basse-Normandie (n=11 : Alençon, le Parc, Flers, Lisieux, Cherbourg, Avranches...). Pour cela, nous avons obtenu l'accord des différentes sages-femmes-cadres de ces établissements.

Notre sélection a exclu les SF diplômées depuis plus de 3 ans et celles n'ayant pas exercé dans les services de salle de naissance, suivi intensif de grossesse ou suites de naissances.

Ce questionnaire avait pour objectif de recueillir leurs possibles difficultés lorsqu'elles prennent en charge un couple confronté aux situations décrites ci-dessus, leur opinion relative à leur propre formation initiale de SF et leurs éventuels besoins.

Sur les 50 questionnaires distribués, 36 ont été renvoyés soit un taux de participation de 72%.

Diagramme d'inclusion de l'enquête écoles :

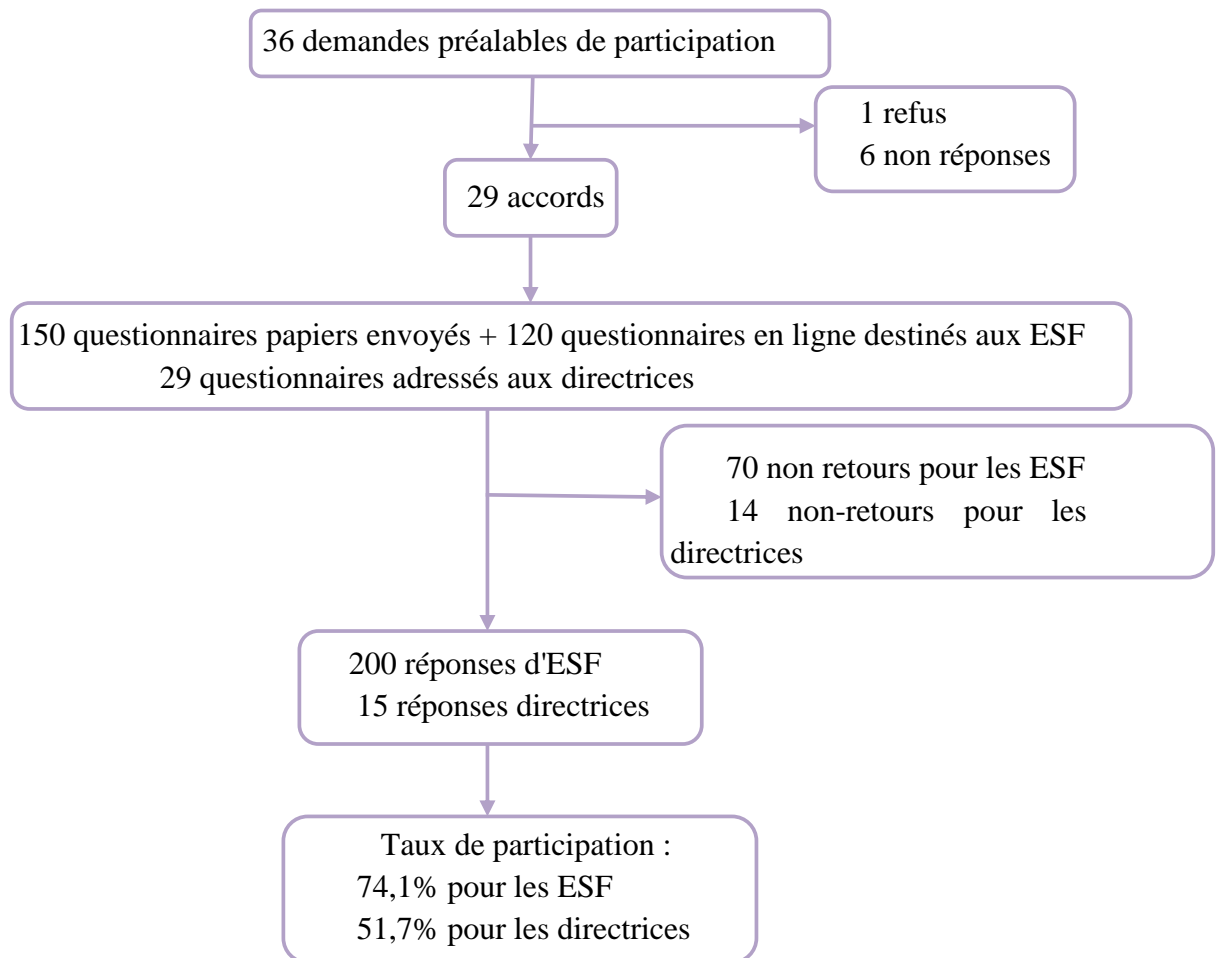
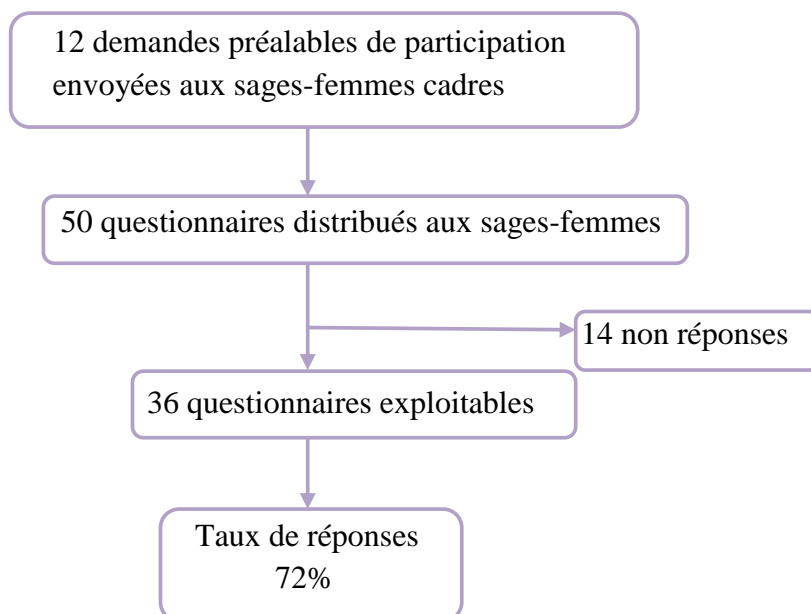


Diagramme d'inclusion de l'enquête sages-femmes :



RESULTATS

1. Modalités d'enseignement

1.1. Organisation de l'enseignement théorique des étudiants

Pour cette partie, seules les réponses des directrices d'école ont été retenues, compte-tenu d'une trop grande discordance entre les réponses d'ESF d'une même promotion probablement imputable à un biais mnésique des étudiants.

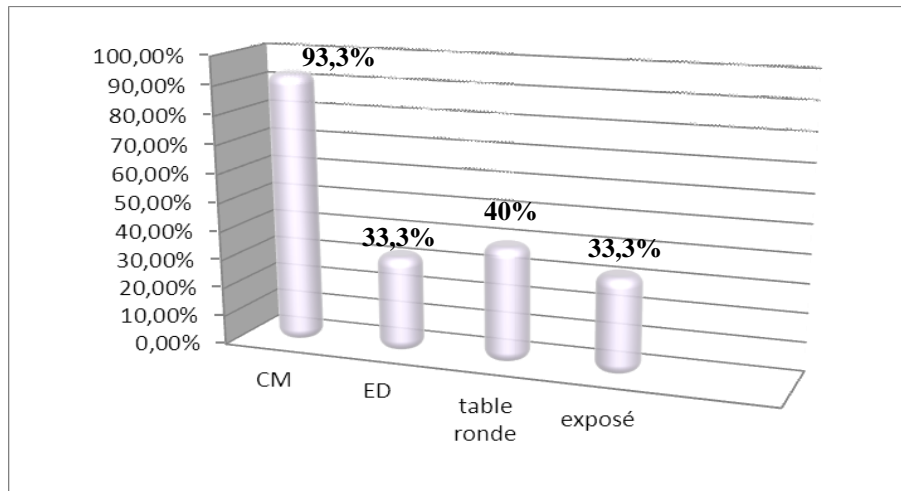


Figure 1 : Les modalités de l'enseignement du deuil périnatal dans les écoles de sages-femmes.

Les résultats concernant les modalités des cours relatifs au deuil périnatal ont montré que pour 93,3% (n=14) des écoles les cours magistraux (CM) et les séances de tables rondes (40%, n=6) primaient sur les autres formes proposées.

L'étude a permis de mettre en évidence une grande variabilité quant au volume horaire alloué à ce thème d'enseignement. Sur les quatre années de formation, les plages horaires s'étaient étalées de 7h30 à 51 heures au total, toutes modalités confondues. Pour les écoles qui ont programmé un volume horaire peu important, les directrices ont précisé que les cours dispensés en lien avec le deuil périnatal faisaient partie de l'enseignement de SHS. Elles n'ont pas renseigné le tableau de réponses pour les disciplines telles que l'obstétrique, la pédiatrie ou encore la législation. Douze écoles sur les quinze sondées (80%) ont programmé plus de 8 heures de formation sur le deuil périnatal à leurs étudiants.

Pour cette question 2 questionnaires n'étaient pas exploitables.

Des variabilités ont été mises en évidence au sein des différentes promotions d'étudiants. L'étude a révélé que globalement les étudiants de SMA4 ont bénéficié d'une plage horaire plus importante que ceux de SMA2 ou même ceux de dernière année de formation.

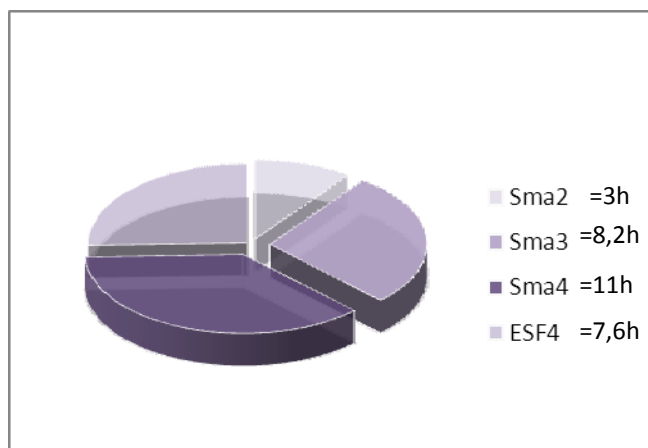


Figure 2 : Volume horaire moyen accordé à chaque promotion d'étudiants

Selon les écoles, les promotions d'étudiants concernées par cet enseignement se sont avérées différentes. Pour cette question, seul un questionnaire sur les quinze n'était pas exploitable.

Dans 92,8% des cas (n=13), l'enseignement relatif au deuil périnatal est initié à partir de la quatrième année d'études, c'est-à-dire en SMA4. Près de 43% (n=6) des écoles, ont réparti l'enseignement du deuil périnatal sur les trois années suivantes: SMA3, SMA4 et ESF 2^{ème} année de 2^{ème} phase. Seules 2 écoles (14,3%) ont fait le choix de programmer l'enseignement sur l'ensemble des quatre années de formation initiale.

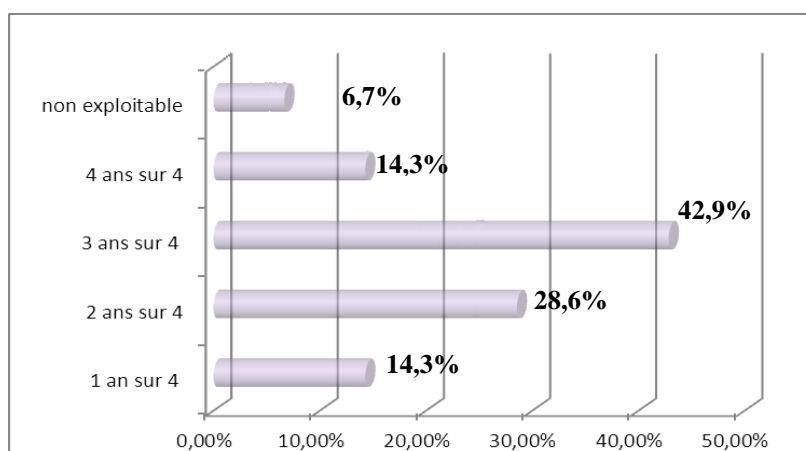


Figure 3 : Répartition de l'enseignement sur les quatre années de formation

Trois directrices (20%) ont déclaré rencontrer quelques freins pour l'organisation de l'enseignement sur le deuil périnatal. Ces difficultés étaient notamment le manque de plages horaires disponibles, des difficultés pour faire intervenir des associations et trouver des intervenants compétents. Néanmoins il est apparu que ces difficultés n'ont pas influencé de manière significative le volume horaire pour ce thème : en effet les trois écoles concernées par ces difficultés ont offert un total de 14, 27 et 20 heures d'enseignement en quatre ans.

1.2. Statut des différents intervenants

Parmi les professionnels enseignants, dans 71,4% (n=10) des cas, l'école a eu recours à un psychologue. Les aspects médicaux et techniques du sujet sont représentés par l'intervention des gynécologues-obstétriciens (GO) dans 57,1% (n=8) des cas. Les SF enseignantes, sollicitées dans 50% (n=7) des cas ont abordé en général les aspects législatifs et éthiques relatifs au deuil périnatal, ont proposé des séances de jeux de rôle. Seulement 3 écoles (21,4%) ont eu la possibilité de faire venir des représentants d'associations de parents ayant vécu une situation de deuil périnatal permettant de transmettre des conseils pratiques sur le vécu de cet événement, de partager leur expérience et leurs émotions de parents.

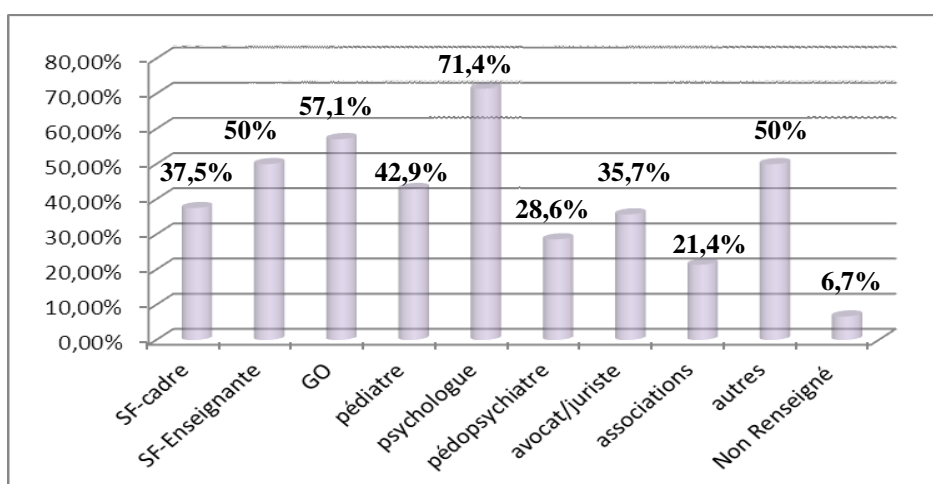


Figure 4 : Spécialité des intervenants dispensant les enseignements sur le deuil périnatal.

À la question concernant les aspects mis en avant au travers des cours, seuls 10 questionnaires ont été correctement renseignés, soit un taux de réponse de 66,7%.

Dans 90% des cas (n=9) l'aspect psychologique a prédominé, suivi par l'aspect éthique dans 50% (n=5) des écoles. Le versant médical n'est arrivé en deuxième position que dans 30% (n=3) des cas alors qu'il prédominait pour seulement 1 des 10 écoles prises en compte. Les parties techniques et sociologiques ont été, de manière générale, les moins mises en avant : dans 7 et 8 fois sur 10 elles se sont retrouvées en fin de classement.

2. Évaluation de la formation par les étudiants de 2^{ème} année de 2^{ème} phase

Pour cette partie tous les questionnaires ont été exploitables.

2.1. Caractéristique de la population

La moyenne d'âge pour l'ensemble de l'échantillon était de 22,8 ans. Les âges s'étaient de 21 à 33 ans.

2.2. Évaluation qualitative de l'enseignement reçu

Parmi les étudiants enquêtés, 61,5% (n=123) ont déclaré être satisfaits de l'enseignement reçu sur le deuil périnatal, 22,5% (n=45) l'ont trouvé peu satisfaisant et seulement 8% (n=16) l'ont trouvé très satisfaisant.

Ils étaient 44% (n=88) à juger trop court le volume horaire consacré à ce sujet, alors que 46% (n=92) l'ont trouvé adapté.

L'étude a observé que plus de la moitié des étudiants (56,7%) a estimé que l'enseignement était arrivé au bon moment dans leur formation: pour ceux-là les cours ont été reçus en SMA4 ($p=0,00109$). En revanche, 35,5% (n=71) ont déclaré qu'ils étaient programmés trop tardivement. Parmi eux, 53,5% étaient en dernière année de formation lorsqu'ils avaient reçu l'enseignement ($p=0,0053$). Seulement 6,5% (n=13) ont jugé que les cours leur étaient enseignés trop précocement dans la formation.

2.3. Formation clinique

Au cours de leur formation pratique sur les terrains de stage, 86% (n=171) des étudiants ont déclaré avoir déjà été confrontés au moins une fois à une situation de deuil

périnatal, en particulier mort fœtale ou IMG. Parmi eux, 17% (n=29) y ont été confrontés plusieurs fois. Il est apparu que 34,5% (n=59) des étudiants ont été amenés à gérer ces situations à partir du SMa4, période à laquelle la prise en charge des grossesses pathologiques ou des situations complexes fait partie de leurs objectifs de stage.

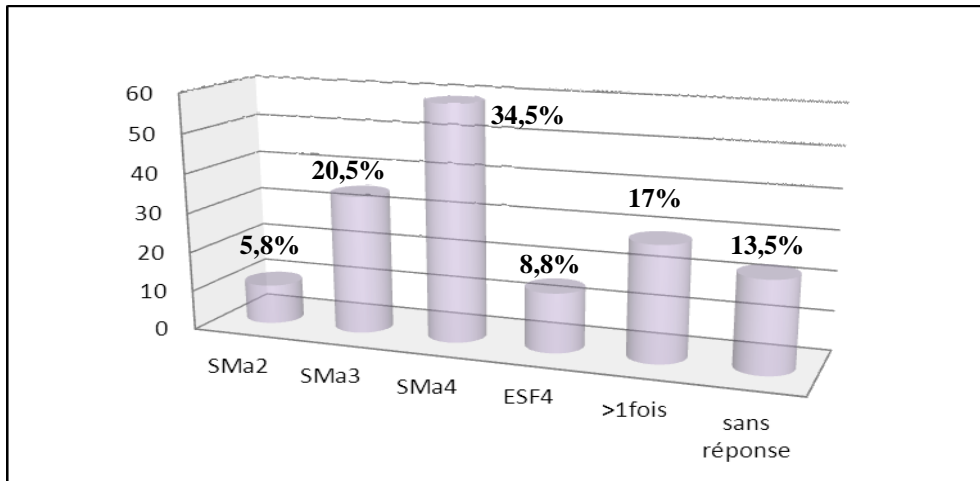


Figure 5 : Année de formation lors de prises en charge de MFIU/IMG et fréquence de confrontation

3. Sentiment d'aptitude à gérer un décès périnatal : IMG, MFIU, décès néonatal précoce

- Les étudiants se sentent-ils aptes à gérer le suivi de travail d'une MFIU ou d'une IMG une fois diplômés ?

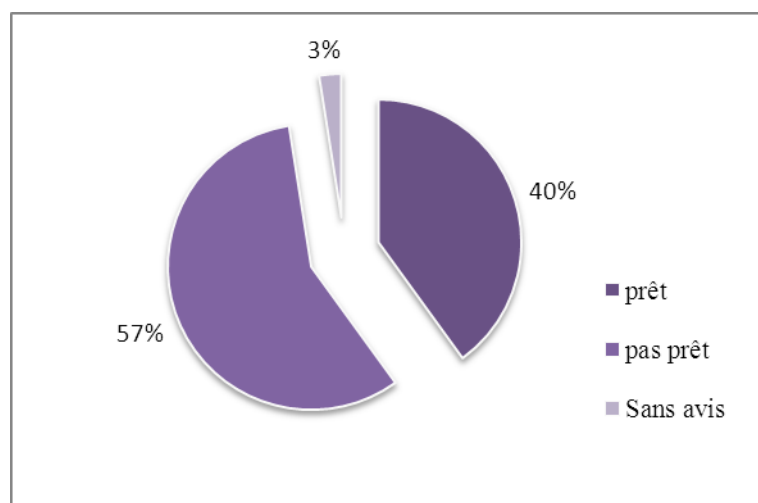


Figure 6 : Sentiment d'aptitude des étudiants

L'analyse des données n'a pas permis de mettre en évidence de lien entre le volume horaire d'enseignement théorique reçu et le sentiment d'aptitude en raison de la discordance entre les réponses relatives aux modalités d'enseignement et du fait que certains questionnaires d'étudiants étaient renvoyés sans le questionnaire de la directrice.

Cependant l'analyse des résultats a montré une différence significative entre le sentiment d'aptitude à gérer une situation de deuil périnatal et le fait d'y avoir déjà été confronté en stage. Ainsi comme l'on pouvait s'y attendre, 44,3% (n=74) des étudiants qui ont déjà été confrontés au deuil périnatal ont ressenti un sentiment d'aptitude plus prononcé pour le gérer de façon autonome une fois diplômés contre 20,7% (n=6) pour ceux qui n'avaient jamais rencontré la situation au cours de leur formation clinique ($p=0,016$).

➤ Pourquoi ne vous sentez-vous pas prêt à gérer seul une situation de deuil périnatal ?

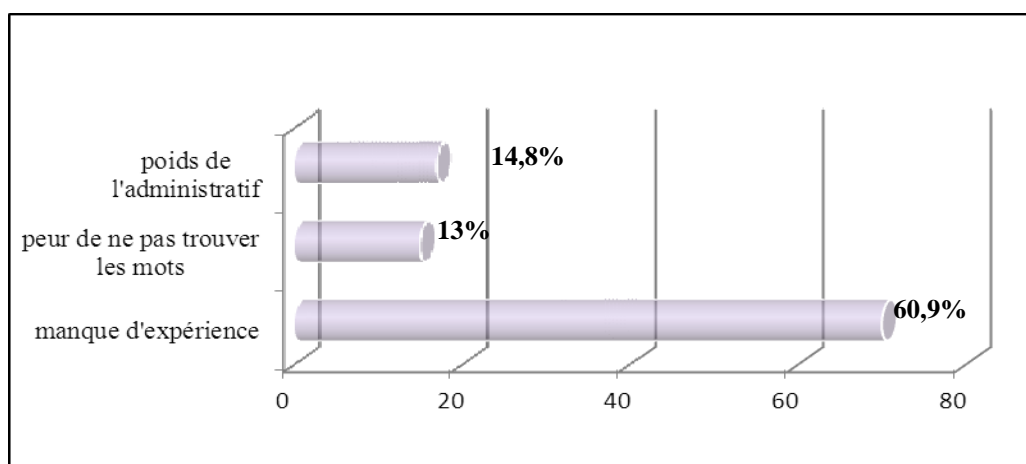


Figure 7 : Principales raisons évoquées pour justifier le sentiment de non aptitude

D'autres raisons ont pu être évoquées telles que le statut d'étudiant qui fait écran, met une certaine distance ou les sages-femmes qui ne les impliquent pas complètement lors du suivi. Certains ont soulevé le fait que la théorie n'était pas suffisante pour se sentir réellement prêt.

➤ Pourquoi vous sentez-vous prêt à agir en autonomie?

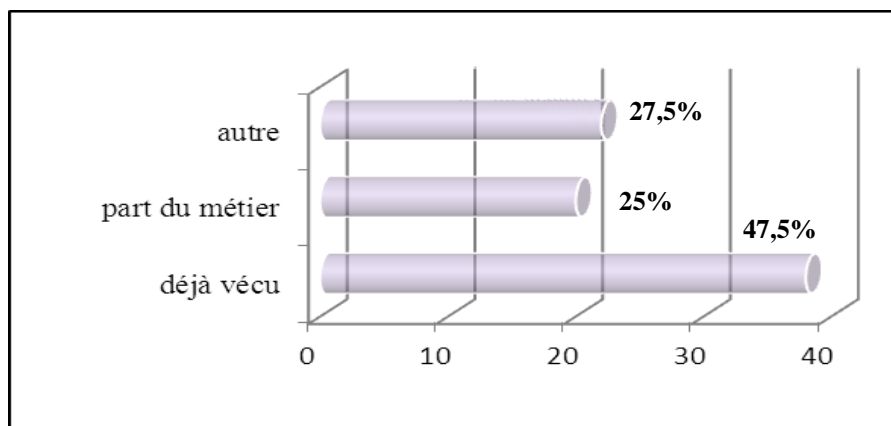


Figure 8 : Principales raisons évoquées pour justifier le sentiment d'aptitude

Dans la rubrique « Autres » les étudiants ont souvent mis en avant le devoir professionnel d'adaptation aux différentes situations et l'acquisition d'une maturité pour pouvoir garder la bonne distance émotionnelle.

4. Importance de l'expérience dans l'appréhension de la gestion du décès périnatal

Pour vérifier l'hypothèse selon laquelle l'expérience préprofessionnelle et professionnelle est un atout majeur pour se sentir et être compétent, les questionnaires des sages-femmes nouvellement diplômées ont été pris en compte.

4.1. Caractéristiques de la population

Parmi la population de sages-femmes interrogées, la moyenne d'âge était de 25 ans, l'échantillon s'étalait de 22 à 28 ans et en moyenne elles étaient diplômées depuis 3 ans.

Sur les 36 sages-femmes enquêtées, 83,3% (n=30) ont au moins exercé pendant un temps en salle de naissance, 33,3% (n=12) ont travaillé en suites de naissances et seulement une a exercé dans un service de surveillance intensive de grossesse.

4.2. *Evaluation de la formation initiale théorique et pratique*

Tous ont déclaré avoir reçu un enseignement relatif au deuil périnatal au cours de leur cursus de formation.

Ils étaient 66,7% (n=24) à juger cet enseignement complet. Cependant près de 30% (n=11) l'ont trouvé peu complet voire insuffisant.

À la question: « *Pourquoi vous-êtes-vous senti perdu ou inquiet?* », seules 4 sages-femmes y ont répondu. Leur réponses ont été variées : 2 ont reconnu avoir manqué d'un savoir législatif, 1 a manqué et de savoir législatif, et de savoir-faire et de savoir-être. L'une d'elles a reconnu avoir un rapport difficile avec la mort.

Sur le plan clinique 80,6% (n=29) ont déclaré avoir rencontré une situation de deuil périnatal pendant leurs études. Ce vécu en tant qu'étudiant leur a permis de trouver plus facilement leur place face au couple, d'adopter une attitude adaptée, de mieux maîtriser leurs propres émotions afin de ne pas se laisser envahir et de rester disponible. Ces premières expériences ont principalement enrichi leur savoir-faire et savoir-être. Pour certaines, l'observation durant leur stage a permis de dédramatiser ces situations.

5. Vécu en tant que professionnel

Depuis le début de leur carrière, seulement 36,1% (n=13) de ces sages-femmes ont eu à gérer seules un décès périnatal et son accompagnement. Parmi celles-ci, 25% (n=9) se sont senties très mal à l'aise dans leur prise en charge avec un sentiment de malaise et de bouleversement émotionnel prédominant.

Néanmoins, bien que globalement ces nouveaux diplômés aient estimé avoir reçu un enseignement de qualité, 75% (n=27) ont déclaré avoir besoin de recourir à une formation complémentaire sur le deuil périnatal pour parfaire leurs connaissances, leurs compétences techniques et leur savoir-être vis-à-vis des couples.

6. Pistes de réflexion pour faire évoluer l'enseignement du deuil périnatal

Dans les questionnaires destinés aux étudiants de dernière année de formation, une partie leur permettait de soumettre des propositions pour apporter des modifications aux modalités de l'enseignement du deuil périnatal.

Parmi les 200 étudiants interrogés, 58% (n=116) ont émis des idées. La réponse à cette question étant libre, de nombreuses propositions ont été faites.

Quatre catégories de suggestions se sont détachées. Elles ont mis en avant le désir et le besoin de paroles, d'échanges pour réussir à mieux appréhender ces situations difficiles de la vie d'une sage-femme.

Près de 15% (n=17) des étudiants ont émis le souhait de mettre en place cet enseignement plus précocement dans la formation dès la première année lorsque ce n'était pas déjà le cas.

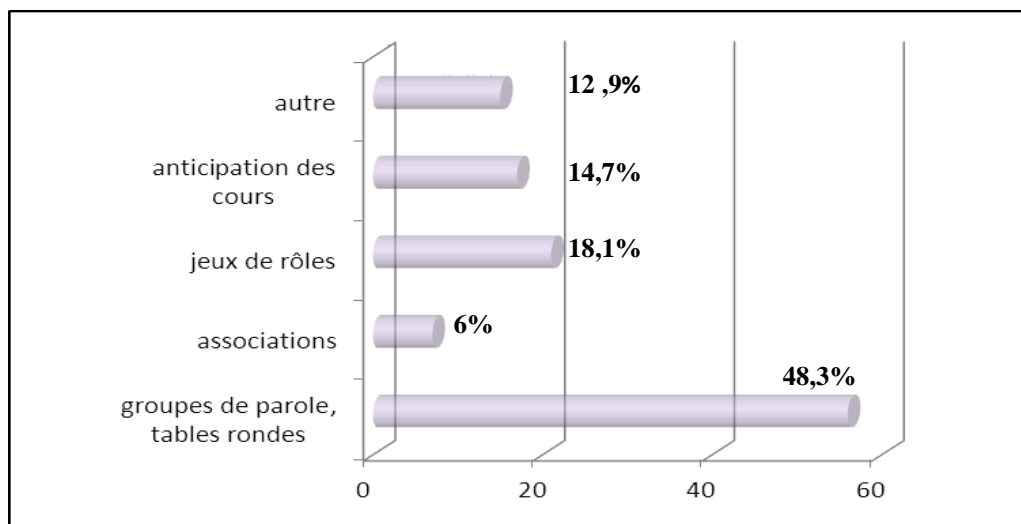


Figure 9 : Principales suggestions émises par les étudiants pour compléter l'enseignement de deuil périnatal.

Au niveau des établissements de formation, seules 3 sages-femmes directrices (21,4%) ont envisagé d'apporter des modifications relatives aux modalités de l'enseignement du deuil périnatal pour la rentrée universitaire 2014-2015. Ces changements s'opéreraient soit à travers l'intervention d'associations, inexistantes jusqu'à présent, soit par la mise en place de situations pratiques en séances de simulation. Une école bénéficie déjà d'exercices de simulation pour former ses étudiants à la naissance d'enfants sans vie.

Pour les autres écoles aucun changement n'est prévu pour la prochaine rentrée.

Une des directrices a reconnu un manque de recul par rapport à l'intégration universitaire pour pouvoir évaluer le retentissement sur la qualité de l'enseignement.

DISCUSSION

1. Analyse critique de l'étude

1.1. Les points forts de l'étude

Un des atouts de cette enquête a été l'intérêt que les étudiants sages-femmes de 2^{ème} année de 2^{ème} phase lui ont porté. En effet le taux de retour a été relativement important, 74,1% de même que 58% des étudiants interrogés ont formulé des propositions pour un éventuel réaménagement de l'enseignement du deuil périnatal pour leurs collègues des promotions inférieures.

Les directrices d'école ont également montré de l'intérêt à cette étude à travers leur rigueur à renseigner les différentes modalités d'enseignements proposés, les intervenants sollicités et les volumes horaires pour chacun. Sur les 15 questionnaires retournés, seulement 2 n'ont pas été exploitables pour cette partie de l'étude.

De plus, malgré un échantillon peu important de sages-femmes nouvellement diplômées (n=36), le taux de réponses ainsi que les différents commentaires qui ont été précisés sur leur retour d'expérience sont satisfaisants.

Ainsi les trois populations ciblées se sont investies avec rigueur et sérieux dans cette enquête.

1.2. Les limites de l'étude

1.2.1. Les écoles de sages-femmes

L'étude a été réalisée en début d'année scolaire. Les enseignements n'étaient donc pas tous dispensés, les périodes de cours et de stages étaient également différentes pour chacun au moment de l'enquête. Il aurait été plus pertinent d'interroger les étudiants en fin de formation, ce qui était, pour des questions de calendrier, techniquement impossible.

Certaines questions portaient sur les enseignements reçus en première phase. Les réponses au sein d'une même promotion ont été très différentes, constituant un biais,

probablement dû à des souvenirs vagues ou peu précis des étudiants. La période d'enquête n'étant pas optimale, les réponses aux questions concernant l'organisation de la formation en seconde phase étaient aussi très divergentes pour une même école. C'est pourquoi seule l'organisation officielle renseignée par les sages-femmes directrices a été retenue.

1.2.2. Les maternités de Basse-Normandie

Sur la totalité des sages-femmes hospitalières de Basse-Normandie (145 pour 100 000 femmes) seulement 36 ont répondu à cette étude [29]. Cependant tous les professionnels de santé n'étaient pas concernés puisque l'enquête ne s'intéressait qu'aux nouveaux diplômés ayant une expérience professionnelle de 3 ans maximum. Au moment de l'étude le nombre de jeunes sages-femmes en activité dans la région n'était donc pas très élevé puisque les nouveaux diplômés rencontrent de plus en plus de difficultés à trouver un emploi à la sortie de l'école.

2. Analyse et discussion

Rappel des hypothèses :

Hypothèse 1 : Au cours de leurs études la grande majorité des ESF sera confrontée à la mort périnatale.

Hypothèse 2 : Les ESF éprouvent des difficultés à gérer les situations de décès périnatal.

Hypothèse 3 : Les modalités d'enseignement sont différentes d'une école à l'autre.

Hypothèse 4 : L'expérience pré professionnelle et professionnelle est un atout majeur pour se sentir et être compétent.

2.1. Les étudiants sages-femmes

2.1.1. Modalités d'enseignement théorique et pratique

De l'avis des sages-femmes directrices, tous les étudiants reçoivent un enseignement magistral relatif au deuil périnatal. Cependant en fonction des établissements, ces cours ne sont pas planifiés au même moment dans la formation. Pour une grande majorité d'école (92.8%) les premiers cours, toutes disciplines confondues, sont dispensés à partir du SMA4. Cela correspond en effet, dans l'ancien programme, à la 1^{ère} année de la 2^{ème} phase durant laquelle les étudiants reçoivent des enseignements relatifs au dépistage et au diagnostic de la pathologie maternelle, fœtale et néonatale. Néanmoins 2 écoles ont fait le choix de les débiter dès la 2^{ème} année (SMA2) et de façon transversale sur les quatre années de formation. Cette organisation semble favoriser un apprentissage continu, progressif et évolutif en adéquation avec le développement des connaissances et des expériences des étudiants mais également avec l'acquisition d'une certaine maturité professionnelle et peut être affective au fil des années.

Concernant les modalités de l'enseignement, certaines écoles bénéficient de l'intervention de membres d'associations de parents endeuillés. Les témoignages de professionnels souvent confrontés à la mort en périnatalité et à la détresse des couples ayant vécu la perte d'un enfant constituent surtout une approche axée sur le savoir-être des soignants. Cela permet de construire des représentations concernant les émotions vécues par les uns et les autres dont on sait qu'elles contribuent fortement à développer la compréhension empathique.

Sur le plan clinique, 86% des étudiants interrogés ont répondu avoir été confrontés à une situation de deuil périnatal, en particulier IMG et MFIU, sur leurs lieux de stage.

L'hypothèse 1 est donc confirmée.

La moitié d'entre eux (52%) a affirmé avoir pu partager leur vécu sur la prise en charge, *a posteriori*, avec la sage-femme.

Ils n'ont pas été interrogés sur le rôle qu'ils avaient joué auprès du couple : observation, soutien moral, soins au nouveau-né sans vie après la naissance, documents administratifs.... Peut-être aurait-il été utile d'avoir ces informations pour compléter les objectifs de stage déjà en vigueur. En effet certains actes de la prise en charge globale peuvent poser plus de difficultés que d'autres aux étudiants : « *angoisse de la vision ou de la manipulation du nouveau-né décédé, malaise à l'idée de se retrouver seul face aux couples* ».

Afin de faire bénéficier d'une petite expérience pratique à tous les étudiants, une seule école a mis en place des séances de simulation d'accouchement d'enfant sans vie. Cette initiative permet à ceux qui n'ont jamais rencontré la situation en stage d'avoir une première approche, même si la dimension relationnelle avec le couple n'est pas parfaitement reflétée au travers de cet exercice.

Dans leur rapport de Janvier 2012, JC Granry et MC Moll, chargés de mission sur la simulation en santé pour la Haute Autorité de Santé (HAS), définissent cette formation comme « *l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels* » [30].

Les séances de simulation (réanimation néonatale, accouchement dystocique, hémorragie de la délivrance...) placent les étudiants dans des conditions relativement proches de la réalité. C'est un exercice qui favorise l'apprentissage de la gestion des « *situations de crise* » en obstétrique sans la mise en danger réelle des patientes et/ou nouveau-nés, participe au développement du travail en équipe. Les atouts de ces formations sont la « *reproduction fidèle des conditions locales* », la répétition des séances, la possibilité de proposer des situations cliniques variées, plus ou moins complexes, plus ou moins rares : de l'accouchement simple aux complications majeures telles l'hémorragie de la délivrance, l'arrêt cardiaque en salle de naissance... [31]

La HAS considère cet exercice comme « *un des piliers essentiels du développement professionnel continu* » [32].

L'hypothèse 3 est donc validée : les modalités d'enseignement sont différentes d'une école de sage-femme à l'autre.

2.1.2. Évaluation de la formation initiale

Les sages-femmes directrices ont estimé que l'enseignement relatif au deuil périnatal était important pour leurs étudiants. Ces derniers semblent, pour une grande majorité, satisfaits de la qualité des cours reçus. L'insatisfaction est en général imputable à un volume horaire inadapté (trop court), une programmation de la théorie trop tardive dans le cursus ; en effet bien qu'ils ne représentent qu'une petite proportion, 5,8% des étudiants interrogés ont été confrontés à une IMG ou une MFIU dès leurs stages de SMA2. Le manque d'expérience sur le terrain a souvent été mentionné comme autre cause d'insatisfaction.

Les sages-femmes directrices n'ont formulé aucun projet de changement, de réaménagement à faire pour l'amélioration de l'apprentissage, contrairement aux étudiants qui ont proposé de nombreuses pistes de réflexion : organiser plus de tables rondes ou de moments d'échanges entre étudiants, encadrés par une enseignante et/ou un psychologue, faire intervenir des associations, mettre en place des séances de jeux de rôles... Pour 15% des étudiants il serait souhaitable de répartir les cours relatifs au deuil périnatal sur les quatre années de formation.

2.1.3. Expérience sur les terrains de stage

Les étudiants qui ont été confrontés à cette expérience en stage en ont tiré un bénéfice pour leur pratique professionnelle future. Ils estiment que la confrontation est la seule façon d'acquérir de « *l'habileté et de l'assurance* ». Néanmoins la « *liberté* » d'action et de paroles en tant qu'étudiant reste selon eux limitée. En effet, face à ces situations

difficiles, les professionnels de santé cherchent fréquemment à préserver les étudiants en les faisant juste observer ou participer *a minima* au déroulement du travail sans les impliquer concrètement dans la prise en charge globale de la patiente. Certains ont écrit n'avoir participé qu'au suivi de travail, afin de développer le savoir-être et le savoir-faire, d'apprendre à gérer leurs propres émotions et celles du couple. D'autres encore ont fait part d'une faible sollicitation de la part des professionnels qui retardent leur implication soit car « *en 1^{ère} phase ce n'est pas notre place, en 2nd phase il faudrait préférer les accouchements physiologiques* » soit parce que « *le statut d'ESF fait écran et les place en retrait* ».

Le vécu de telles expériences a fait surgir de multiples sentiments. Parmi les 171 étudiants concernés par des suivis de MFIU ou IMG, 50% se sont sentis impuissants, près de 45% se sont sentis démunis, tristes ou mal à l'aise. En revanche 42% sont restés calmes au moment de la prise en charge. La confrontation a même représenté un soulagement pour 21% d'entre eux, qui ont déclaré être ainsi « *moins dans l'inconnu plus tard du fait d'avoir eu un exemple de conduite, de paroles de soutien à adopter* ». La présence et l'encadrement par les professionnels de santé est justement un atout pour surmonter personnellement la difficulté du deuil périnatal. En effet 11% des étudiants interrogés ont répondu s'être sentis plutôt sereins au moment de la prise en charge.

3. Les étudiants se sentent-ils aptes à prendre en charge une situation de deuil périnatal ?

L'étude a rapporté que 40% des étudiants se sentaient aptes à gérer une situation de deuil périnatal, parce qu'ils avaient déjà été confrontés au moins une fois à la situation en stage, que ces naissances d'enfants sans vie ou les décès précoces faisaient partie intégrante du métier de sage-femme et qu'il était de « *leur devoir d'y faire face, de s'adapter à chaque couple, chaque histoire...* »

Cependant ils sont plus de la moitié (57,5%) à ne pas être de cet avis. En effet ceux qui n'ont jamais vécu la situation expriment un fort sentiment d'appréhension, de malaise voire d'angoisse. Sur les 86% d'étudiants qui ont rencontré la situation en stage, ils ne sont cependant que 43,2% à se sentir capables de la gérer seuls une fois diplômés. Cela montre bien que certains aspects de la formation initiale sont à approfondir qu'elle soit théorique et/ou pratique et que la compétence n'annule pas l'appréhension.

Les raisons les plus fréquemment évoquées pour justifier ces appréhensions ont été le manque d'expérience et la peur d'affronter la douleur du couple. Certains ont mis en avant quelques lacunes quant aux démarches administratives à effectuer et aux connaissances législatives (rédaction des différents certificats et actes possibles en fonction de l'état de l'enfant à la naissance : vivant, sans vie, viable ou non). Malgré tout, cela éveille une certaine curiosité chez les étudiants : vivre cette situation en n'étant pas acteur au premier plan serait un moyen de leur faire franchir la barrière de l'inconnu pour leur future carrière. De plus ils sont probablement désireux de savoir comment ils pourraient réagir, s'ils seraient capables de s'adapter sans trop de difficultés à la situation, s'ils sauraient soulager et accompagner au mieux les couples.

Les résultats de l'étude ont néanmoins soulevé une particularité : même si les étudiants ont mis en avant les atouts de l'expérience pour mieux appréhender ces situations, ils ont toutefois confié un sentiment général d'inaptitude. De même, comme mentionné précédemment, parmi ceux ayant bénéficié d'une expérience, près de 60% rejoignent cette opinion générale. Probablement qu'un manque de confiance en soi est susceptible d'être à l'origine de ce résultat. En effet les étudiants interrogés sont relativement jeunes, 22 ans en moyenne, leurs expériences personnelles liées à la mort, leur maturité professionnelle en construction sont des facteurs qui peuvent influencer sur la confiance et renforcer ou dévaloriser l'ensemble de compétences qu'ils détiennent.

Cependant acquérir un sentiment de « relative sérénité » face à une situation de deuil périnatal nécessite la répétition des expériences. Les quelques situations rencontrées en stage ne suffisent donc pas à se sentir assez à l'aise pour faire face aux couples, gérer ses

propres émotions et les leurs. Ceci a été exprimé par de nombreux étudiants : « *peu de confrontations en stage alors que l'expérience prime sur la théorie* », « *on ne se sent jamais vraiment prêt* », « *il faut constamment travailler sur ses capacités d'adaptation pour adopter une prise en charge optimale en fonction de chaque couple, de la singularité de leur histoire...* »

Ainsi malgré une formation initiale plutôt complète et satisfaisante aux yeux des étudiants, des difficultés, tout à fait légitimes, persistent quant à la prise en charge de deuils autour de la naissance.

L'hypothèse 2 est donc validée : Pour les étudiants sage-femme la situation de décès périnatal reste une situation très délicate même en fin de formation.

4. Les sages-femmes

4.1. La formation initiale

Le questionnaire destiné aux sages-femmes ne contenait que peu de questions relatives à leur formation initiale. Il était plus axé sur leurs expériences de suivi de deuil périnatal depuis le début de leur carrière.

Néanmoins toutes ont répondu avoir bénéficié d'un enseignement sur ce thème et l'ont jugé ou évalué assez complet. Une grande majorité des professionnels interrogés (80,6%) a déclaré avoir vécu au moins une situation de décès périnatal au cours de leurs stages. Seuls 4 d'entre eux ont répondu ne pas avoir tiré un grand bénéfice de cette expérience ou de l'enseignement. Ils l'ont justifié par l'impression de ne pas s'être sentis à leur place, par un manque de compétences dû à l'absence de cours avant la confrontation. Être privé d'action, n'être qu'observateur peut générer du malaise.

Pour les autres, les situations rencontrées en stage leur ont apporté des outils pour adopter une « *gestion plus professionnelle et plus maîtrisée de son propre ressenti* », pour

certaines cela a permis de « *dédramatiser la situation* », pour d'autres « *être confronté sans les responsabilités aide à se gérer soi-même avant de gérer les couples* ».

4.2. *L'expérience professionnelle*

Paradoxalement une fois diplômées, le nombre de sages-femmes se retrouvant confrontées à un décès périnatal diminue considérablement. En effet l'étude a révélé que cette situation n'a intéressé que 36,1% des professionnels interrogés. Pour 7 d'entre eux la situation est survenue après 1 an d'exercice en milieu hospitalier.

Ce constat peut s'expliquer par 2 raisons principales:

La première repose sur le niveau de maternité. En effet durant les études les stages se font principalement dans des centres hospitaliers universitaires de niveau III, qui accueillent davantage de grossesses pathologiques qu'un établissement de niveau I. En admettant cette hypothèse il apparaît logique que les sages-femmes soient plus susceptibles de rencontrer des complications telles que l'IMG, la MFIU ou le décès néonatal précoce durant leurs stages de formation initiale plutôt qu'en début de carrière surtout lorsqu'elles exercent dans des maternités de niveau I ou II.

La seconde se justifie par les différents lieux de stages des étudiants qui se déroulent plus souvent en salle de naissances et dans le service des grossesses pathologiques, multipliant ainsi les occasions de se confronter à ces grossesses difficiles. À noter que pour 13 des nouveaux diplômés interrogés, le premier service attribué était celui des suites naissances.

Enfin, ce sont heureusement des situations qui restent peu fréquentes, avec un taux national de mortinatalité à 11,9 pour 1000 en 2009 [33].

Onze des 36 sages-femmes ont été confrontées plus d'une fois à une situation de deuil périnatal. La répétition de cette expérience leur a permis de faire évoluer leur pratique. Au fur et à mesure le sentiment de malaise face aux couples s'est atténué pour laisser place à un engagement relationnel plus élaboré, plus professionnel, ils se sont sentis « *plus à l'écoute, plus à l'aise dans les paroles* ». Ils n'ont plus eu le sentiment d'être

démunis ou d'avoir à se cacher derrière des gestes techniques pour se rassurer eux-mêmes. Ils ont également déclaré moins appréhender « *le poids de l'administratif* ».

Ces résultats et les commentaires des sages-femmes permettent de **valider l'hypothèse 4 : l'expérience préprofessionnelle et professionnelle est un atout majeur pour se sentir et être compétent.**

Cependant elle nécessite une actualisation régulière des connaissances, qui passe par des formations complémentaires relatives à la prise en charge du deuil périnatal.

4.3. Le développement professionnel continu (DPC) comme outil de perfectionnement

Là encore l'enquête ne comportait que peu de questions et elle ne demandait pas de commentaires ou justifications. Elle avait pour but de dresser un petit état des lieux concernant les souhaits des professionnels de développer ou non leur champ de compétences dans le domaine de la mortalité périnatale.

Une seule sage-femme a déclaré avoir suivi une formation complémentaire depuis l'obtention de son diplôme en 2011. Celle-ci était organisée dans le cadre d'un projet de service proposé par son établissement.

L'étude a mis en évidence l'importance de l'expérience pour acquérir une prise en charge optimale des couples, développée sur les trois niveaux de compétences définis précédemment. Et pourtant, paradoxalement, sur les 11 sages-femmes de l'enquête qui ont eu plusieurs situations à gérer depuis leur diplôme, plus de la moitié (63,6%) a déclaré le besoin d'approfondir ses compétences dans le domaine du deuil périnatal en participant aux formations proposées par les organismes de DPC. Ce constat rejoint la tendance générale de l'étude puisque sur les 36 professionnels interrogés, 75% seraient demandeurs pour bénéficier de ces formations.

En effet conformément à l'article L 4153-1 du CSP, les sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre ont l'obligation « *d'entretenir et perfectionner leurs connaissances, d'améliorer la qualité et la sécurité de leurs soins* » [34].

Pour satisfaire à cette prérogative déontologique de nombreuses journées de formation sont proposées aux soignants qui s'inscrivent librement en fonction des thèmes abordés.

En ce qui concerne le deuil périnatal, plusieurs sessions sont proposées tout au long de l'année, dans différentes villes de France. Les formations sont validées par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC). À l'issue des 2 ou 3 jours une attestation est délivrée aux professionnels certifiant et validant leur participation à un programme de DPC [35].

Selon les sessions, le thème principal abordé au cours de la formation varie. Elles peuvent être axées sur l'accompagnement des couples, la prise en charge juridique et psychologique, l'annonce du décès...Les professionnels animant ces journées appartiennent donc à différents corps de métier : psychologues/psychiatres, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, juristes...

Ils apportent ainsi un savoir aussi bien procédural (démarches administratives) que des outils relationnels et ouvrent à une réflexion personnelle des participants sur leurs propres pratiques mais aussi sur les limites qui peuvent les mettre en difficultés face à ces situations éprouvantes, lorsque la mort et la naissance se côtoient.

5. Propositions et pistes de réflexion

5.1. Réorganiser les enseignements sur les 4 ans

D'après les résultats de l'étude, concernant la formation initiale, il serait souhaitable que les étudiants puissent bénéficier d'un enseignement théorique dès la deuxième année d'école de sages-femmes, en SMA2, poursuivi de façon transversale sur les

4 années d'études, en ciblant plus précisément les lacunes évoquées par les étudiants : aspects législatifs, documents administratifs à remplir, accompagnement psychologique des couples...

La « répétition » et l'adaptation des cours aux objectifs de formation permettraient aux étudiants d'intégrer ces notions de façon durable au cours de leurs études et pour leur futur exercice. Le fait que les décès périnataux demeurent, heureusement, des événements rares, les modalités de prise en charge sont susceptibles d'être moins bien maîtrisées que, par exemple, la prise en charge d'une rupture prématurée des membranes à terme ou une menace d'accouchement prématuré qui sont des situations beaucoup plus fréquentes, donc plus maîtrisées et par les étudiants et par les sages-femmes.

Au vue de la grande variabilité relative aux modalités d'enseignement dans les différentes écoles, il pourrait être intéressant d'envisager de rétablir une harmonisation des cours au niveau national, ou du moins essayer de diminuer les écarts de volume horaire afin de laisser une certaine liberté pédagogique aux écoles.

5.2. Privilégier la parole, faire intervenir des associations

Parmi les suggestions des étudiants, la notion d'échange, de paroles est revenue fréquemment. Ils ont proposé d'organiser des groupes de paroles, animés par une SF-enseignante et/ou un psychologue pendant lesquels ils pourraient revenir sur des situations vécues par chacun, partager leurs ressentis, leurs difficultés, leur comportement et les rôles qu'ils leur ont été attribués. Ce type d'exercice permettrait de libérer la parole et les émotions des étudiants, de livrer les freins qu'ils ont rencontrés, de fournir des outils à ceux qui n'ont pas été confrontés à une situation de deuil périnatal, ou encore de favoriser l'analyse de leur pratique à travers celle des autres.

Une autre façon d'échanger, déjà en place dans quelques écoles, est l'intervention d'associations d'aide aux parents endeuillés telles que « Petite Emilie », « Nos tout-petits » ou encore « L'enfant sans nom-Parents endeuillés ». Toutes ces associations

proposent des formations aux professionnels, des interventions pour les sensibiliser à la singularité de ces deuils... Cette option a été mentionnée par de nombreux étudiants qui n'en bénéficiaient pas, de même que certaines directrices ont le projet de prendre contact avec ces associations pour programmer une rencontre avec leurs étudiants à partir de la rentrée prochaine. Ceux qui ont pu profiter de ces rencontres en ont été très satisfaits car ils ont pu obtenir, à l'écoute des témoignages de parents ayant vécu la perte d'un enfant et de leur ressenti concernant l'accompagnement des professionnels, des réponses concrètes à leurs questions.

D'autres encore (18,1%) ont suggéré de mettre en place des jeux de rôles pour se préparer aux réactions des couples, apprendre à gérer son stress, ses émotions tout en restant professionnel.

5.3. Séances de simulation

Dans le cadre de notre formation, une séance de simulation sur mannequin pour la réanimation néonatale nous a été proposée. Cet entraînement a concrétisé davantage la théorie reçue à ce sujet. Cela nous a permis de prendre conscience de nos aptitudes à gérer une telle situation, de mettre en pratique les gestes appris en enseignement dirigé et d'appréhender toute l'organisation requise lors d'une réanimation : appel des équipes, adaptation de la conduite à tenir en fonction de la réponse du mannequin aux gestes effectués, rapidité et efficacité d'action...

Par ailleurs, le débriefing réalisé en fin d'exercice a permis à chacun d'exprimer son ressenti par rapport à la situation proposée, de repérer ses points forts, ses faiblesses. L'importance du travail en équipe est ressortie comme un élément majeur dans la réussite de la simulation de réanimation : se sentir entouré, communiquer tout au long de l'exercice a généré une certaine émulation entre les étudiants qui ont tous pris leur rôle à cœur et ont réalisé un réel travail de collaboration. Cette séance a eu un impact très positif sur tous les étudiants qui se sont dits partants pour la renouveler. Le projet de développer ces séances de simulation pour l'obstétrique (entraînement à la gestion d'une dystocie des épaules, à

l'accouchement du siège...) est en réflexion et pourrait être proposé aux étudiants très prochainement.

Dans la même optique une école a déjà mis en place une séance de simulation d'accouchement d'enfant sans vie sur mannequin pour les étudiants de dernière année de formation. Il est prévu qu'elle la propose aux autres promotions dès la rentrée prochaine.

5.4. DPC

Les sages-femmes interrogées ont majoritairement répondu positivement à un besoin de recourir à une formation complémentaire relative au deuil périnatal.

L'actualisation de leurs connaissances sur ce sujet semble être nécessaire puisque les résultats de l'étude ont permis de mettre en évidence que la fréquence de survenue de ces situations restait relativement faible. Les compétences acquises au cours de la formation initiale sont donc susceptibles d'être altérées, moins actualisées. Une remise à jour régulière s'avère alors indispensable pour palier à ces « défaillances mnésiques » et toujours être en adéquation avec les données nouvelles qu'elles soient d'ordre législatives, techniques ou médicales.

Le programme établi par l'OGDPC pour l'année 2014, comprend 18 formations relatives à la gestion du décès périnatal notamment: l'accompagnement des familles, l'annonce du décès, la prise en charge juridique et psychologique...

Les professionnels qui animent ces journées mettent en avant la nécessité de construire des traces, des souvenirs, le soutien de l'estime de soi des parents, l'acquisition d'une meilleure compréhension du vécu des couples, s'attacher à prendre en compte les autres membres de la famille... Dans une optique plus spécifique de la place du soignant dans ce contexte, il y est développé les mécanismes de protection, les niveaux d'écoute ou encore la question de la distance professionnelle.

Pour la HAS, les exercices de simulation ont également un rôle majeur à jouer dans le DPC de par l'évaluation des connaissances et des pratiques qu'elles apportent, la remise en question du comportement du soignant à travers les enregistrements et débriefings de chaque séance, l'amélioration de la capacité à faire face aux situations à risques grâce à la répétition des exercices.

CONCLUSION

Le décès périnatal (IMG, MFIU, décès néonatal précoce) reste une situation rare en obstétrique mais la prise en charge, qu'il s'agisse de l'accouchement, de l'accueil du bébé, de l'accompagnement des couples ou bien des démarches administratives, nécessite d'être parfaitement maîtrisée. Pour cela, les soignants doivent être à-même de comprendre et d'entendre l'impact de ces situations sur les couples et leur devenir.

L'enquête menée auprès des sages-femmes directrices a permis de mettre en évidence une grande diversité au sein des différentes écoles, quant aux volumes horaires alloués à l'enseignement relatif au deuil périnatal, ainsi qu'aux modalités de ces cours.

Les étudiants sages-femmes de 2^{ème} année de 2^{ème} phase ont déclaré avoir tous bénéficié d'un enseignement relatif au deuil périnatal mais ont estimé trop faible leur implication lorsqu'ils ont été confrontés à ces situations sur leurs lieux de stage. Or nous avons vu que l'expérience est un point essentiel pour cet apprentissage et que la théorie seule ne permet pas d'être parfaitement compétent. C'est pourquoi il semble nécessaire d'encourager les étudiants à participer davantage à l'accompagnement des couples en situation de deuil afin de développer leur savoir-être et leur savoir-faire, pour qu'ils ne se sentent pas démunis une fois diplômés lorsqu'ils auront à prendre seuls en charge un décès périnatal. Enfin l'étude a mis en évidence leur désir de renforcer et varier les modalités de l'enseignement relatif au deuil périnatal, telles que des séances de tables rondes régulières, des rencontres avec des associations, des simulations avec débriefing...

Les sages-femmes hospitalières de Basse-Normandie nouvellement diplômées, ont émis de façon presque unanime le souhait de parfaire leurs connaissances et leurs compétences autour de ce thème. La participation à des formations réalisées par des équipes pluridisciplinaires, dans le cadre du développement professionnel continu, semble être une réponse adéquate à cette demande. De même que des groupes de paroles, organisés avec le psychologue de la maternité, pourraient être une façon de faire le point sur leur pratique, d'apprendre des expériences de leurs collègues, de libérer les émotions liées aux situations rencontrées.

Ainsi les connaissances et compétences relatives au deuil périnatal nécessitent d'être actualisées régulièrement d'une part au cours de la formation initiale des étudiants sages-femmes, d'autre part dans le cadre de la formation continue des professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Benoit Truong Canh M, Teurnier F, Tessier V, Gomez C, Riviere M, Malmanche H. Compte-rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (Page consultée le 25 septembre 2013), [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Sages_femmes.pdf/
- [2] Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et résultats. Mars 2012, N°791 [consulté le 26/10/2013]. Disponibilité sur internet : [<www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-de-sage-femme-constat-demographique-et,10809.html/>](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-de-sage-femme-constat-demographique-et,10809.html/)
- [3] Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. (Page consultée le 22 décembre 2013). L'évolution de la formation, [en ligne]. http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/levelution_de_la_formation_/index.htm/
- [4] Comité d'Etudes sur les formations d'ingénieurs. (Page consultée le 27 décembre 2013). L'accord de Bologne et le LMD, [en ligne]. <http://www.cefi.org/EUROPE/LMD.htm/>
- [5] Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Grand-Duché de Luxembourg. (Page consultée le 27 décembre 2013). Processus de Bologne, Disponibilité sur internet : <http://www.mesr.public.lu/enssup/dossiers/bologne/>
- [6] Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 19 Juillet 2011 relatif au régime des études en sciences maïeutiques du Code de la Santé Publique.
- [7] Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme du Code de la santé publique.
- [8] Collectif des Associations et des Syndicats des Sages-Femmes, Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Janvier 2010
- [9] Coulon A, Haeuw F. Pour aller plus loin sur la notion de compétence. (Page consultée le 20 janvier 2014). [En ligne]. [http://www.eduscol.education.fr /](http://www.eduscol.education.fr/)
- [10] Katz R. Skills of an effective administrator [abstract]. Harvard Business Review: 1974 Sept 1; 6-11
- [11] Durand C. Savoir-être et compétence, 16 Janvier 2008. [En ligne]. (Page consultée le 20 janvier 2014). http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/SavoirEtre_Compotence1.pdf

[12] Le Boterf G. De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Paris : Les éditions d'Organisation ; 1994 ; 176

[13] Compétence, capacité, attitude, savoir, savoir-faire et savoir-être, <http://www.scolalor.org/svpalg/IMG/pdf/Competences.pdf>

[14] Borgia D. Le savoir-être, caractéristique essentielle au savoir-faire de l'intervenant, 24 octobre 2012. http://www.aitq.com/pdf/actes/2012/Diane_Borgia.pdf

[15] Blog Ressources Humaines. (Page consultée le 16 janvier 2014). Les rapports entre savoir, savoir-faire et savoir-être, [en ligne]. 20 mai 2012. <http://blogressourceshumaines.blogspot.fr/2012/05/les-rapports-entre-savoir-savoir-faire.html>

[16] Ministère des affaires sociales et de la santé. Article 4111-1 du Code de la santé publique. Quatrième partie Livre I, Titre I.

[17] Ministère des affaires sociales et de la santé. Article L-4151-1 du Code de la santé publique. Quatrième partie, Livre I, Titre V.

[18] Ministère des affaires sociales et de la santé. Loi 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Article 86.

[19] Ministère des affaires sociales et de la santé. Journal Officiel n°167 du 22 Juillet 2009, p 12184, texte n°1.

[20] Ministère des affaires sociales et de la santé. Article 5134-1 modifié par la Loi 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale 2013.

[21] Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2012 : la population croît mais plus modérément. Le Monde 15 janvier 2013.

[22] Léchent A. La France vice-championne d'Europe de fécondité. Le Monde 15 Janvier 2013.

[23] Ministère des affaires sociales et de la santé. Article L4151-3 du Code de la santé publique. Quatrième partie, Livre I, Titre V, Chapitre I.

[24] Alexander S, Blondel B, Bouvier-Colle MH, Dattani N, Delnord M, Gissler M *et al.* European Perinatal Health Report. Paris ; 2010. Commandité par l'INSERM Paris et Health Program of the European Union.

- [25] Chayet D. Mortalité néonatale, la France très mal classée, Le Figaro 27 Mai 2013
- [26] Soubieux MJ. Le couple, les aînées, les grands parents. In : Soubieux MJ. Le berceau vide. Erès ; 2008 :115-122
- [27] Delaisi G. Deuils périnataux, ce qu'en disent les parents. In: Frydman R, Flis-Trèves M. Mourir avant de n'être ? Colloque Gynécologie-Psychologie. Paris : Odile Jacob; Mai 1997 :157-164
- [28] Soubieux MJ. Le deuil périnatal, Bruxelles : Fabert; 2010 Oct 14. (Temps d'arrêt ; n°34)
- [29] Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale. (Page consultée le 12 décembre 2013). Panorama statistique, Basse-Normandie 2012, [en ligne]. <http://www.basse-normandie.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/PanoramaDRJSCS2012.pdf>
- [30] Granry JC, Moll MC, rapporteurs. Simulation en santé, états des lieux et perspectives : Rapport de mission sur la simulation en santé, dans le cadre du développement professionnel continu et de la prévention des risques associés aux soins. [En ligne]. Paris ; 2012 Jan. Commandité par la Haute Autorité de Santé. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
- [31] La prévention médicale. (Page consultée le 03 février 2014). Les simulateurs. [En ligne]. 2012 Mai 21. <http://www.prevention-medicale.org/actualite-qualite-et-securite-des-soins/actualite-sages-femmes/les-simulateurs.html>
- [32] Tsatsaris V, Le Ray C, Mignon A. La simulation en obstétrique. (Page consultée le 03 février 2014). [En ligne]. Paris ; 2012 Déc 5. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1339252/fr/la-simulation-en-obstetrique
- [33] Crépin G, Bréart G, Bergoignan-Esper C *et al.* Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France. Rapport sur les facteurs responsables du taux de mortalité périnatale. Paris : 23 novembre 2010. Commandité par l'Académie Nationale de Médecine.

[34] Ministère des affaires sociales et de la santé. Article L4153-1 du Code de la Santé Publique.

[35] Organisme gestionnaire du développement professionnel continu. (Page consultée le 29 janvier 2014). <https://www.ogdpc.fr/ogdpc/programmes>

ANNEXES

Annexe I

Situations-types du Référentiel Métier et Compétences

Les situations retenues : les critères de sélection

Huit situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- faire partie du cœur de métier de sage femme,
- représenter une variété suffisante de situations,
- représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par une sage femme, peuvent permettre d'inférer que cette sage femme est compétente.

Les situations retenues ne sont, bien entendu, pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la profession. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors des moments prévus d'actualisation du référentiel.

Ces situations types sont les suivantes :

Situations-types	Caractéristiques
Conduire une consultation prénatale	Prise en charge dans la continuité / 7 consultations par femmes / Orientation et prévention
Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité	Education à la santé / 8 séances par femme et par grossesse
Assurer une consultation d'urgence pour douleurs abdominales au cours du 3ème trimestre	Urgence Travail en collaboration
Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites (pour une grossesse à terme a priori normale)	Urgence et non urgence/ Prise en charge dans la continuité / 821 000 naissances en 2009
Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance (quel que soit le lieu et au-delà du post partum immédiat)	Urgence Travail en collaboration
Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post natale	Prise en charge dans la continuité/ prévention / Education à la santé
Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention	Education à la santé/ Orientation Prévention / Prise en charge dans la continuité
Réaliser une réanimation néo-natale	Urgence Travail en collaboration

Annexe II

Questionnaire destiné aux directrices d'école de Sages-Femmes

Je m'appelle Chloé Renouf et suis actuellement étudiante sage-femme en 2^{ème} année de 2^{ème} phase.

Mon travail de fin d'études s'intéresse à la formation initiale des S-F relative au deuil périnatal. (Mort fœtale in utero après 15SA, décès néonatal précoce, interruption médicale de grossesse)

Mon mémoire repose sur 3 questionnaires : le premier destiné aux équipes pédagogiques fait un état des lieux relatif à l'enseignement dispensé sur le thème du deuil périnatal, le second aux sages-femmes récemment diplômées et le dernier aux étudiants de 2^{ème} année de 2^{ème} phase afin de recueillir leur opinion sur cet enseignement et leur ressenti face à cette situation.

Ces questionnaires ont été distribués à l'ensemble des écoles de sages-femmes de métropole et des DOM-TOM et sont anonymes

Je vous remercie de votre participation.

1 : L'équipe pédagogique et projet pédagogique :

1 : De combien de sages-femmes enseignantes est constituée l'équipe pédagogique ?

2 : Certaines d'entre elles ont-elles suivi des formations ou obtenu des diplômes leur permettant d'acquérir des connaissances en matière de deuil périnatal ?

- Oui
 Non

Si oui, combien de sages-femmes enseignantes ?

Quels sont les intitulés des formations et/ou des diplômes?

3 : Contenu et thèmes du programme enseigné

Intervenants	Année de formation				Intitulé du cours	Volume horaire
	SMa 2	SMa3	SMa4	2 ^{ème} A 2 ^{ème} P		
S-F du service						
S-F cadre						
S-F enseignante						
Gynéco- Obstetricien						
Pédiatre						
Avocat/ juriste						
Psychologue						
Pédo psychiatre						
Associations						
Autre : précisez						

4 : Avez-vous rencontré des difficultés à répondre de manière satisfaisante au programme officiel concernant cet enseignement ?

- Oui
- Non

Si oui, quelles en sont les raisons ? Plusieurs réponses possibles

- Difficultés à trouver des intervenants compétents
- Difficultés à financer ces cours
- Manque de plages horaires compte tenu d'un programme officiel déjà volumineux
- Autre : _____

5 : Modalités des enseignements

Quelles sont les modalités d'enseignement relatif au deuil périnatal? Plusieurs réponses possibles

- Cours magistral
- Enseignement dirigé
- Table ronde
- Exposés, travail de recherche
- Enseignement transversal
- Apprentissage sur les terrains de stage
- Autre : précisez _____

6 : Les sages-femmes enseignantes participent-elles à cet enseignement?

- Oui
- Non

Si oui, sous quelle forme ? Plusieurs réponses possibles :

- Cours magistral
- Enseignement dirigé
- Groupe de réflexion
- Accompagnement sur les terrains de stage
- Autre : précisez _____

Si non, pourquoi ?

- Autre : _____

7 : Vous-même, quelle importance accordez-vous à ce thème ?

- Très important
- Important
- Peu important
- Très peu important

8 : A travers ces interventions relatives au deuil périnatal, quels outils pensez-vous apporter aux étudiants ? Plusieurs réponses possibles

- Des connaissances théoriques
- Une réflexion préprofessionnelle
- Une réflexion éthique
- Un Savoir-être face aux couples concernés
- Un Savoir-faire (connaissances techniques et médicales...)
- Analyse de situation, analyse de pratiques
- Autre: précisez -----

9 : Cet enseignement est-il évalué par un contrôle continu et/ou examen de fin de cycle?

- Oui
- Non

10 : Le contenu et les modalités d'enseignement sont-ils évalués par les étudiants ?

- Oui
- Non

Si oui, sous quelle forme ? _____

11 : Sur une échelle allant de 1 à 5, quel est l'aspect du programme enseigné le plus mis en avant?

(1 étant l'aspect le plus mis en avant et 5 le moins mis en avant),

- Technique,
- Médical,
- Psychologique,
- Sociologique
- Éthique

12 : L'intégration universitaire des études de sage-femme a-t-elle modifiée cet enseignement ?

- Oui
- Non

Si oui, elle a plutôt:

- Amélioré la qualité de l'enseignement: précisez de quelle façon ? :

- Diminué la qualité de l'enseignement : précisez de quelle façon ?

13 : Pour l'année universitaire prochaine (2013-2014), allez-vous apporter des modifications à l'enseignement relatif au deuil périnatal (volume horaire, modalités, intervenants...) ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?

Annexe III

Questionnaires destinés aux étudiants sages-femmes de 2^{ème} année 2^{ème} phase

Je m'appelle Chloé Renouf et suis actuellement étudiante sage-femme en 2^{ème} année de 2^{ème} phase.

Mon travail de fin d'études s'intéresse à la formation initiale des sages-femmes relative au deuil périnatal (*mort fœtale in utero après 15SA, décès néonatal précoce, interruption médicale de grossesse*)

Mon mémoire repose sur 3 questionnaires : le premier est destiné aux équipes pédagogiques sur les modalités des enseignements dispensés sur ce thème, le second aux sages-femmes récemment diplômées et le dernier aux étudiants de 2^{ème} année de 2^{ème} phase afin de recueillir leur opinion sur l'enseignement théorique et clinique et leur ressenti face à leurs futures responsabilités professionnelles.

Ces questionnaires ont été distribués à l'ensemble des écoles de sages-femmes de métropole et des DOM-TOM et sont anonymes

Je vous remercie de votre participation.

1 : Quel est votre âge ?

1^{ère} PHASE DES ETUDES

2 : Avez-vous bénéficié d'un enseignement relatif au deuil périnatal (législation, cours magistraux, table ronde...) au cours de la 1^{ère} phase de vos études :

- Oui
 Non

3 : Si oui, combien d'heures ont été consacrées à cet enseignement

- Moins de 2h00
 De 2 à 4 heures
 De 4 à 8h00
 Plus de 8h00

4 : Ce volume horaire vous a-t-il semblé suffisant ?

- Oui
 Non

5 : Quelles étaient les modalités de cet enseignement ? Plusieurs réponses...

- Cours magistral
- Cours dirigé
- Groupe de réflexion
- Conférence (précisez) :
- Enseignements sur les terrains de stage
- Enseignement transversal (c'est à dire abordé dans les cours d'obstétrique, pédiatrie, SHS, législation...)
- Autres (précisez)

2^{ème} PHASE

6 : Avez-vous déjà reçu un enseignement relatif au deuil périnatal en seconde phase?

- Oui
- Non

Si oui, était-ce :

- Au cours de la 1^{ère} année de la 2^{ème} phase des études
- Au début de la 2^{ème} année de la 2^{ème} phase des études

7 : Vous avez jugé cet enseignement :

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Très peu satisfaisant

8 : Le volume horaire destiné à cet enseignement vous a semblé :

- Trop court
- Trop long
- Adapté
- Autre (précisez): _____

9 : Selon vous, ces cours sont arrivés :

- Trop tôt dans la formation
- Au bon moment
- Trop tard dans la formation
- Autre (précisez) :

10 : Quelles étaient les modalités de cet enseignement ? Plusieurs réponses possibles

- Cours magistral
- Enseignement dirigé
- Groupe de réflexion éthique, conférences
- Enseignement sur les terrains de stage
- Enseignement transversal (c'est-à-dire abordé dans les cours d'obstétrique, pédiatrie, SHS, législation...)
- Autre : _____

11 : Pensez-vous que ces cours soient (en matière de temps, contenu, qualité, nature : cours ou mise en situation par exemple) :

- Très utiles
- Utiles
- Peu utiles
- Inutiles

12 : Selon vous, cette formation (théorique et clinique) vous a permis d'acquérir : Plusieurs réponses possibles ?

- Des connaissances théoriques seules
- Un «savoir-faire» seul
- Un savoir être seul
- Des connaissances théoriques et un «savoir-faire»
- Des connaissances théoriques et un «savoir être» face aux couples concernés
- Un savoir-faire et un savoir être
- Autre (précisez) : _____

13 : Au cours de vos stages avez-vous déjà été confronté au deuil périnatal (mort fœtale in utéro, enfant décédé quelques heures après la naissance, IMG...)

- Oui
- Non

Si non, reportez-vous à la question n°17

Si oui, en quelle année d'études étiez-vous ? _____

14 : Comment vous êtes-vous senti ? Plusieurs réponses possibles:

- Démuni,
- Perdu,
- Triste,
- Impuissant,
- Plutôt serein,
- Inquiet,
- Angoissé,
- Soulagé d'être confronté à cette situation,
- Mal à l'aise vis à vis du couple,
- Envahi(e) par vos émotions,
- Plutôt distant(e),
- Plutôt calme,
- Autres (précisez) :-----

15 : Quel professionnel vous a accompagné ? Plusieurs réponses possibles ?

- Sage-femme
- Aide-soignante
- Obstétricien
- Pédiatre
- Puéricultrice
- Autre (précisez) :

16 : Avez-vous pu exprimer votre vécu de la situation avec la SF?

- Oui
- Non
- Avec un autre professionnel ? Lequel ?

Si non, auriez-vous eu envie de le faire ?

- Oui
- Non

17 : Si non, que ressentez-vous à l'idée d'être confronté(e) prochainement à cette situation ? Plusieurs réponses possibles

- Appréhension
- Peur
- Sérénité
- Angoisse
- Envie
- Inquiétude
- Curiosité
- Panique
- Malaise
- Autre (précisez): _____

18 : Vous sentez-vous «prêt(e)», une fois diplômé, à accompagner un couple lors de la naissance d'un enfant décédé?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi?

19 : En tant que futur(e) sage-femme, avez-vous des propositions pour améliorer l'enseignement relatif au deuil périnatal au sein de votre école ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

Annexe IV

Questionnaires aux Sages-Femmes nouvellement diplômées

Je m'appelle Chloé Renouf et suis actuellement étudiante sage-femme en 2^{ème} année de 2^{ème} phase.

Mon travail de fin d'études s'intéresse à la formation initiale des S-F relative au deuil périnatal. (Mort fœtale in utero après 15SA, décès néonatal précoce, interruption médicale de grossesse)

Mon mémoire repose sur 3 questionnaires : le premier destiné aux équipes pédagogiques fait un état des lieux relatif à l'enseignement dispensé sur le thème du deuil périnatal, le second aux sages-femmes récemment diplômées et le dernier aux étudiants de 2^{ème} année de 2^{ème} phase afin de recueillir leur opinion sur cet enseignement et leur ressenti face à cette situation.

Ces questionnaires ont été distribués à l'ensemble des écoles de sages-femmes de métropole et des DOM-TOM et sont anonymes

Je vous remercie de votre participation.

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?
- 3) Dans quel(s) service(s) de maternité avez-vous le plus exercé depuis que vous êtes sage-femme ?

4) Avez-vous suivi une ou des formation(s) diplômante(s) ou continue(s) relatives au deuil périnatal depuis l'obtention de votre diplôme ?

- Oui
 Non

Si oui, lesquelles? -----

5) Au cours de votre formation initiale, avez-vous reçu un enseignement relatif au deuil périnatal ?

- Oui
 Non

6) Cet enseignement vous a semblé :

- Très complet
- Complet
- Peu complet
- Insuffisant

7) Pendant vos études, aviez-vous déjà accompagné des couples dans cette épreuve de décès périnatal ?

- Oui
- Non

Si oui, cela vous a-t-il aidé dans votre pratique professionnelle ? En quoi ?

8) Depuis le début de votre carrière, avez-vous déjà été confronté(e) au deuil périnatal ?

- Oui
- Non

Si non, passez à la question n°13

9) Lors de votre 1^{er} accompagnement de décès prénatal, comment vous êtes-vous senti(e) ?

- Très à l'aise
- A l'aise
- Très peu à l'aise
- Pas du tout à l'aise

10) Si peu ou pas du tout à l'aise, quel est le sentiment qui prédominait : Plusieurs réponses possibles ?

- Angoisse
- Inquiétude
- Malaise
- Stress
- Peur
- Panique
- Colère
- Solitude
- Bouleversement émotionnel
- Sérénité
- Autres:-----

11) Si perdu(e) ou inquiet(e), pourquoi ? Plusieurs réponses possibles ?

- Parce qu'il m'a manqué un savoir (législatif, médical...)
- Parce qu'il m'a manqué un savoir faire
- Parce qu'il m'a manqué un savoir être
- Parce que j'ai un rapport difficile avec la mort
- Parce qu'il m'a manqué les 3 savoirs
- Parce que je n'ai pas trouvé la bonne distance émotionnelle avec le couple
- Autres : précisez _____

12) Si vous avez été confronté(e) plus d'une fois à cette situation depuis le début de votre carrière, votre accompagnement des couples a-t-il évolué ?

Si oui, de quelle façon ?

Si non, pourquoi ?

13) Ressentez-vous le besoin de suivre une formation complémentaire sur le deuil en périnatalité ?

- Oui
- Non

Résumé

Ce mémoire a pour but d'évaluer la formation initiale des étudiants sages-femmes concernant le deuil périnatal. Une étude prospective a été menée auprès de sages-femmes directrices, d'étudiants de 2^{ème} année de 2^{ème} phase de 29 écoles françaises d'une part, et auprès des sages-femmes hospitalières diplômées depuis maximum 3 ans, de Basse-Normandie d'autre part.

Malgré une diversité des modalités d'enseignements concernant le deuil périnatal au sein des écoles de sages-femmes, les étudiants sont globalement satisfaits de leur formation mais souhaitent un enseignement plus fréquent et régulier au cours de leurs études, plus de tables rondes et une plus grande implication dans le suivi des patientes sur leurs lieux de stage avant leur diplôme.

Les sages-femmes, malgré une expérience personnelle qui leur a permis d'être plus sereines face à cette situation, sont quant à elles très demandeuses de formations complémentaires sur le thème afin d'actualiser et d'optimiser leurs savoirs dans tous les domaines entourant les situations de deuil périnatal (médicaux, législatifs, psychologiques...)

Mots-clés: Deuil périnatal, Étudiants sages-femmes, Formation initiale, Formation continue, Développement Professionnel Continu.

Titre: Deuil périnatal : État des lieux de la formation initiale des étudiants sages-femmes.

Abstract

The aim of this dissertation is to assess the initial education of student midwives about perinatal mourning. A forward-looking study has been conducted to get the feedbacks of headmistress-midwives and final-year student midwives on the one hand. On the other hand, three-years-graduated hospital midwives practicing in maternities of Basse-Normandie were surveyed.

Despite the variety of learning methods about perinatal mourning within midwifery schools, students are mainly satisfied with their education. However they would like to have this course more regularly as well as they would also appreciate to get greater involvement in the medical follow-up before graduating.

Even if midwives feel more unfazed thanks to their professional experience, they're still looking for continuing education about this subject in order to update and optimize their skills in medical, legislative and psychological fields.

Keywords: Perinatal mourning, Student-midwives, Initial education, Continuing education, Continuous Professional Development.

Titre: Perinatal mourning: overview of the initial education in midwifery schools.

Auteur: Renouf Chloé

Diplôme d'État de Sage-femme

École de Sages-femmes de Caen

Promotion 2010-2014

