



**HAL**  
open science

## Les professionnels médicaux face à l'interruption médicale de grossesse

Océanne Bénard

► **To cite this version:**

Océanne Bénard. Les professionnels médicaux face à l'interruption médicale de grossesse . Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01327896

**HAL Id: dumas-01327896**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01327896v1>**

Submitted on 7 Jun 2016

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

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

École de Sage-femme

Université de Caen

## MEMOIRE

---

Les professionnels médicaux face  
à l'interruption médicale de grossesse

---

Rédigé et soutenu par

Océanne Bénard

Née le 25 Août 1992

Sous la direction de Delphine Quiédeville

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Année universitaire 2015/2016

École de Sage-femme

Université de Caen

## MEMOIRE

---

Les professionnels médicaux face  
à l'interruption médicale de grossesse

---

Rédigé et soutenu par

Océanne Bénard

Née le 25 Août 1992

Sous la direction de Delphine Quiédeville

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Année universitaire 2015/2016



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE  
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

## 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](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

Bibliothèque universitaire Santé

adresse Pôle des formations et de recherche en santé • 2, rue des Rochambelles • CS 14032 • 14032 CAEN CEDEX 5

tél. 02 31 56 82 06

courriel [bibliotheque.sante@unicaen.fr](mailto:bibliotheque.sante@unicaen.fr)

internet [scd.unicaen.fr/](http://scd.unicaen.fr/)

# REMERCIEMENTS

**A l'issu de ce travail je tiens à remercier Madame Quiédeville, psychologue au pôle FEH du CHU de Caen, d'avoir accepté d'être ma directrice de mémoire, et pour ses précieux conseils et encouragements.**

**Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes, et en particulier Madame Brielle pour m'avoir guidée tout au long de mes études et de ce travail.**

**Je remercie Monsieur Benjamin Ouedraogo, professeur de philosophie, pour ses corrections, son analyse critique et son intérêt pour mon travail.**

**Je remercie tous les professionnels qui ont accepté de répondre à mon étude de m'avoir permis ainsi de réaliser ce travail.**

**Je remercie Robin et Florian pour le temps passé à la présentation de ce mémoire.**

**Enfin je tiens à remercier mes parents, Patrick et Sophie, mon frère Valentin et toute ma famille, mes amies (Amélie, Audrey C., Audrey P., Clémentine, Jennifer, Justine, Marie, Sophie), mes amis (Bastien, Pierre-Yves, Quentin, Thibaut, Samuel), de m'avoir soutenue et d'avoir été là pour moi pendant toutes ces années d'étude.**

# GLOSSAIRE

<b>IMG</b>	Interruption médicale de grossesse
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>CPDPN</b>	Centre pluridisciplinaire de diagnostic anténatal
<b>DAN</b>	Diagnostic anténatal
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>SA</b>	Semaines d'aménorrhées
<b>SIG</b>	Surveillance intensive de grossesse
<b>SDN</b>	Salle de naissance
<b>APD</b>	Analgésie péridurale

# SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. Historique et législation	1
II. Évolution de la médecine fœtale	2
III. Protocoles actuels	4
III. 1. L'annonce	4
III. 2. La décision et le CPDPN	6
III. 3. Le fœticide et l'expulsion	7
III. 4. Prise en charge ultérieure	8
III. 5. Processus de deuil et accompagnement	9
IV. Questionnements éthiques	10
MATERIEL ET METHODE	12
I. Problématique	12
II. Matériel et méthode	12
RESULTATS	14
I. Caractéristiques de la population	14
II. Expérience et formations	14
II. 1. Première situation rencontrée	14
II. 2. Formation initiale et accompagnement de deuil	15
II. 3. Formations complémentaires en lien avec l'IMG ou le deuil périnatal	16
III. Vécu et ressenti	16
III. 1. Questions spécifiques au DAN	16
III. 1. 1. Réaction lors de la découverte d'une anomalie échographique	16
III. 1. 2. Annonce de l'anomalie	17
III. 1. 3. Abord de la possibilité d'IMG	17
III. 2. Questions spécifiques SDN SIG	17
III. 2. 1. Refus de prise en charge d'une IMG	17
III. 2. 2. Connaissance du protocole médical IMG du CHU de Caen	17
III. 2. 3. Connaissance des modalités administratives relatives à l'IMG	18
III. 2. 4. Difficultés pour la réalisation des soins du bébé	18
III. 2. 5. Difficultés de communication avec les parents	18
III. 3. Questions communes aux deux questionnaires	19
III. 3. 1. Difficultés pour la prise en charge de ces couples demandeurs d'IMG	19

III. 3. 2. Réaction lorsqu'une IMG est prévue	20
III. 3. 3. Sentiments prégnants lors de la prise en charge de ces couples	20
III. 3. 4. Représentation de l'IMG pour le soignant	21
III. 3. 5. Inhibition des émotions pendant la prise en charge	22
IV. Besoins	23
IV. 1. Opinion des professionnels sur leurs conditions de travail pour prendre en charge ces couples	23
IV. 2. Forme de soutien envisagée	23
IV. 3. Besoin en formations complémentaires	23
DISCUSSION	24
I. Forces et limites	24
I. 1. Limites	24
I. 2. Forces	25
II. Caractéristiques de la population	25
III. Expérience et formations	25
III. 1. Première situation rencontrée	25
III. 2. Point de vue des professionnels sur leurs formations initiales	26
IV. Vécu et ressenti	26
IV. 1. Difficultés liées à l'activité du service du DAN	26
IV. 1. 1. Gestion de l'annonce de l'anomalie	26
IV. 1. 2. Abord de la possibilité d'IMG	27
IV. 2. Difficultés liées aux activités des services du SIG et de la SDN	27
IV. 2. 1. Refus de prise en charge d'IMG	27
IV. 2. 2. Connaissance du protocole médical de l'IMG	28
IV. 2. 3. Connaissance des modalités administratives	28
IV. 2. 4. Réalisation des soins du bébé	28
IV. 2. 5. Communication avec les parents	29
IV. 3. Difficultés communes aux trois services	29
IV. 3. 1. Difficultés de prise en charge globale de l'IMG	29
IV. 3. 2. Réaction lorsqu'une IMG est prévue	30
IV. 3. 3. Sentiments éprouvés pendant la prise en charge	31
IV. 3. 4. Représentation de l'IMG comme un soulagement	32
IV. 3. 5. Inhibition des sentiments ressentis	32
V. Besoins	33
V. 1. Conditions de travail	33
V. 2. Formes de soutien envisagées	34
V. 3. Besoin en formations complémentaires	35
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	44



# INTRODUCTION

Les professions de sages-femmes et médecins sont des professions médicales à hautes responsabilités qui nécessitent un engagement et une capacité pour les relations humaines. Sages-femmes et obstétriciens sont formés à donner la vie. Pour comprendre le vécu des médecins et sages-femmes et leur place près des couples demandeurs d'interruption médicale de grossesse (IMG) nous allons d'abord relater l'histoire de l'IMG qui est liée à celle de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), puis l'évolution de la médecine fœtale et enfin les protocoles actuels relatifs à l'IMG et à l'accompagnement de ces couples en deuil.

## **I. Historique et législation**

Le serment d'Hippocrate quand il a été rédigé faisait apparaître une déontologie où les médecins s'engageaient moralement à ne pas avoir recours à l'avortement : « *De même, je ne remettrai pas non plus à une femme un pessaire abortif.* »

La religion catholique depuis le moyen-Age, a régi la France et ses pratiques médicales, et pendant longtemps, la régulation des naissances, quelle qu'elle soit, fut interdite. Interrompre une grossesse, revenait alors à mettre fin à la vie débutante d'un enfant qui ne pouvait être baptisé puisque mort avant de naître et ceci allait contre « la volonté de Dieu ». Mais on ne condamnait pas les avorteurs car il était difficile de faire une différence entre un avortement spontané ou induit. [1]

En 1810, le code pénal se voit agrémenté d'une loi condamnant les avortements à une peine de réclusion criminelle ou aux travaux forcés mais la demande augmentant, de nombreuses sages-femmes et médecins deviennent « faiseurs d'anges » (surnom donné aux médecins et sages-femmes qui pratiquaient illégalement l'avortement) et malgré la loi il y a de plus en plus d'avortements. Madeleine Pelletier (1874-1939), une des premières femmes médecins, dit alors : « *L'avortement n'est plus comme autrefois un fait exceptionnel ; c'est, on peut le dire, la règle et dans toutes les classes de la société.* » [1]

Après la guerre meurtrière de 1914 - 1918, il paraissait important pour les politiques en place d'inverser la tendance à l'avortement, deux lois sont alors votées : en 1920 pour réprimer « la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle » et en 1923 qui fait passer l'avortement du rang de crime à celui de délit jugé au tribunal correctionnel comme « trouble à l'ordre public ». Enfin, pendant la guerre 1939 - 1945 sous le régime de Vichy, une loi est votée le

15 février 1942 prévoyant de condamner à mort les avorteurs et les avorteuses mais elle est abrogée en 1945. [1, 2]

Depuis le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth [3] autorise et régule l'utilisation des contraceptifs, et depuis le 17 janvier 1975 la loi Veil [4] dépénalise l'IVG. Cette loi indique dans la section II : « *L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.* ». La loi du 29 juillet 1994 [5] précise que pour le motif fœtal, un des deux médecins doit exercer au sein d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN). Une modification de 2001 [6] change le titre de la section qui était « Interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif thérapeutique » en « Interruption volontaire de grossesse pour motif médical ». [7, 8]

Il n'y a pas de délai de réflexion minimal imposé aux parents, on propose à la femme au moins une semaine si la situation n'est pas une urgence médicale. La loi précise que la femme ou le couple peut, s'il le demande, être entendu avant la réunion de l'équipe par des membres de cette équipe. Rien n'est indiqué quant à la proposition d'un suivi psychologique ou l'obligation d'au moins une consultation psychologique suite à la demande ou suite à l'IMG.

## **II. Évolution de la médecine fœtale**

Le fœtus n'a pas de statut juridique en France, il n'a pas de droit et légalement il n'existe pas, mais il est reconnu comme personne humaine potentielle [9, 10]. Une médecine lui est consacrée, celle du diagnostic anténatal (DAN) qui a débuté avec l'utilisation de l'échographie en obstétrique dans les années 1980. Cette médecine avait pour but originel le dépistage de la trisomie 21. Elle a rapidement évolué vers le dépistage d'autres maladies comme la mucoviscidose avec le développement de techniques de diagnostic anténatal, telles que les prélèvements de liquide amniotique, de sang fœtal... Ces techniques débutent avec la médecine fœtale, on dépiste pour soigner. Aujourd'hui les techniques de dépistage continuent à évoluer (perfectionnement de l'échographie et analyses génétiques de plus en plus poussées). On découvre de plus en plus de pathologies ou d'anomalies avant la naissance de l'enfant sans savoir vraiment comment cela évoluera au long terme et si on pourra le soigner. [8, 11, 12, 13, 14, 15]

Avec l'avancée de ces techniques, les parents sont devenus de plus en plus exigeants quant à la vie qu'ils désirent pour leur enfant. L'enfant réel doit s'approcher toujours plus de « l'enfant

parfait » imaginé pendant toute la grossesse. Les médecins aussi sont devenus plus exigeants. Ils ne surveillent plus seulement le bien être fœtal, ils recherchent les anomalies. Il paraît cependant évident que les avancées de cette nouvelle médecine ont des bénéfices considérables sur l'anticipation des maladies génétiques et la diminution des drames imprévus en obstétrique. Le diagnostic anténatal apporte aux soignants une sécurité matérielle et psychologique, pourtant les techniques de plus en plus précises permettent parfois la découverte d'anomalies qui n'étaient pas recherchées et dont les soignants ne savent pas comment elles évolueront à la naissance de l'enfant. L'avancée de ces techniques est autant bénéfique qu'anxiogène tant pour les parents que pour les soignants. [11, 16, 17, 18]

Pendant longtemps, les médecins ont été paternalistes, ils prenaient la meilleure décision selon eux, on leur apprenait à garder les patients en vie et c'est toujours dans ce sens qu'allaient leurs décisions. Les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes, plus particulièrement, sont formés à donner la vie, mais aujourd'hui on leur demande de donner une « bonne vie » : de donner aux parents un bébé en bonne santé, sans handicap, proche de « l'enfant parfait ». Les médecins doivent aujourd'hui travailler avec leurs patients, en tenant compte de leurs avis, c'est une collaboration, un contrat. Les patients doivent faire des choix libres et éclairés et c'est au médecin de leur donner toutes les informations concernant leur santé présente et à venir, en faisant des diagnostics et des pronostics [19, 20]. Aujourd'hui les patients se tournent aussi vers d'autres sources d'informations comme par exemple internet qui montre souvent une réalité choquante de la maladie annoncée [11].

Dans le service de diagnostic anténatal, le patient est un fœtus qui ne parle pas, ne peut pas donner son avis quant à sa vie à venir. Les parents et les médecins doivent décider pour lui. Le médecin dit alors aux parents tout ce qu'il sait de la pathologie diagnostiquée et le pronostic [19]. C'est un travail pluridisciplinaire car il est difficile pour un obstétricien de s'avancer sur l'avenir de pathologies d'organes, la pédiatrie ou encore sur la vie du handicap au quotidien. Les parents sont amenés à rencontrer tous les professionnels qui pourront leur donner plus d'informations sur l'avenir de leur enfant [11, 18, 21]. Le fœtus est un patient très particulier, comme on ne peut pas s'entretenir avec lui, alors on s'adresse à sa mère. Mais ce qui est encore plus particulier, c'est que bien souvent on ne parle pas de lui quand il ne va pas bien, on parle de « la grossesse », on parle de « la pathologie », on en parle souvent comme s'il s'agissait d'une tumeur en oubliant parfois qu'il s'agit d'un petit être humain. [13]

Les possibilités pour les parents sont alors : soigner le fœtus quand c'est possible, garder le fœtus malade et l'accompagner jusqu'à sa mort ou l'accompagner avec son handicap dans sa vie, ou

enfin interrompre la grossesse. [11, 22, 15]

L'interruption de grossesse est un choix définitif, on arrête la vie avant qu'elle ne commence, quand la loi le permet. Depuis toujours les enfants mal-formés étaient vus comme « des monstres », « des diables »... [20] Puis, avec l'avancée de la science, la société s'est mise à accepter le handicap et aujourd'hui alors qu'on fait tout pour que les personnes souffrant de handicap soient complètement intégrées à la société, on permet les interruptions médicales de grossesse lorsque « *le fœtus est atteint d'une affection d'une particulière gravité* » or, un handicap sévère est une affection d'une particulière gravité. La société est alors ambivalente par rapport au handicap et à l'IMG : on demande à des médecins auxquels on a appris à sauvegarder la vie d'interrompre une grossesse. On demande à des futurs parents qui investissent déjà la grossesse et le fœtus, d'avoir un avis sur le fait de laisser vivre ou non leur fœtus handicapé. [11, 14, 15, 17, 23]

Il y a un dernier point que nous aborderons dans cette partie et qui montre assez bien la position des professionnels de santé face à l'IMG. C'est la montée du mouvement procédurier et de la judiciarisation qui constitue une des peurs des médecins du DAN, peur d'être poursuivis parce qu'ils n'ont pas vu une anomalie. Nous nous rappelons tous de l'arrêt Perruche de novembre 2000 qui donne le droit à un enfant né handicapé de poursuivre les médecins qui n'avaient pas donné, à la mère, la possibilité d'interrompre la grossesse. Cette menace est bien réelle dans le service du DAN, il ne faut pas passer à coté de l'anomalie et quand on ne la trouve pas on n'est jamais sûr que l'enfant est indemne. Les professionnels de santé même s'ils le répètent à chaque parent (annexe 1), ne sont jamais à l'abri que ces derniers leur demandent réparation si l'enfant est handicapé alors qu'on leur « promettait » un fœtus sain. [11, 24]

### **III. Protocoles actuels**

#### **III. 1. L'annonce**

L'IMG confronte des parents, qui investissent une grossesse et préparent une naissance, au handicap et à la mort. La coexistence de la vie et la mort en maternité est matérialisée par la rencontre entre l'équipe du DAN et les parents. [11, 25]

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la mauvaise nouvelle [26] ainsi : « *C'est une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être ou de son avenir; elle s'applique au diagnostic et aux conséquences de ce diagnostic. Elle peut être certaine, incertaine, immédiate ou future. Elle est subjective, liée à l'histoire du patient, sa perception est*

*donc différente du point de vu du patient ou du soignant.* ». Il y est décrit que les professionnels de santé doivent faire face à plusieurs sentiments lors de l'annonce tels que la peur de la maladie et de la mort, la peur d'être désapprouvé, de faire mal, de ne pas être à la hauteur, le sentiment d'impuissance, le renoncement, accepter ses limites, la culpabilité ou encore la peur des réactions émotionnelles. Pour minimiser ces différents sentiments qui sont, rappelons-le, propres à chacun et différents d'un professionnel à l'autre, l'HAS cite les réactions des professionnels (annexe 2) : l'identification projective, la rationalisation, la fausse réassurance, la fuite en avant, la banalisation et le mensonge.

L'HAS propose enfin des règles pour que l'annonce se passe le mieux possible pour le patient et pour le professionnel :

- Respecter le temps du patient, être disponible, adapter la durée des entretiens aux réactions du patient.
- Préserver le temps d'échange, inciter le patient à s'exprimer et à poser les questions qui l'interrogent même s'il ne sait pas comment les formuler.
- Délivrer une information au pas à pas, adaptée au temps du patient, répétée, cohérente et sincère, adapter les mots à la compréhension du patient.
- Ouvrir vers un espoir réaliste, proposer des objectifs à court terme et aider à construire de nouveaux projets de vie.
- Proposer ou aider le patient à trouver une succession d'étapes, de projets.

De la même façon il est conseillé au médecin de faire attention à son comportement et à sa gestuelle pour ne pas laisser le patient imaginer qu'il y a des non-dits. Le patient doit savoir qu'il peut s'adresser à un interlocuteur en cas de questions les jours qui suivent l'annonce, le professionnel doit proposer une aide psychologique ou sociale si besoin. Enfin il est important d'assurer la transmission des informations dans le dossier pour que l'équipe soit cohérente auprès du patient. (annexe 3) [8, 10]

Dans le cadre du DAN, une circulaire publiée en 2002 [27] indique les quatre grands principes de la prise en charge de l'annonce : une culture commune à tous les professionnels de santé, des formations en lien étroit avec les professionnels extra-hospitaliers, des formations actualisées régulièrement et la possibilité pour les associations de parents de participer à ces formations. Pour préparer les parents au mieux à une annonce, les professionnels doivent expliquer chaque prescription, chaque examen et chaque résultat aux parents. Seul le médecin prescripteur

peut remettre les résultats à la femme enceinte, en l'informant sur la maladie décelée, le devenir potentiel de l'enfant et en organisant sa prise en charge avec le CPDPN.

Les parents attendent la vérité avec sincérité et humanité de la part des médecins, sans non-dit, sans discours fuyant. Aussi, les professionnels doivent se faire comprendre des parents quand bien même ceux-ci ne sont plus disposés à les écouter, car sidérés lors de l'annonce. Les médecins doivent en même temps faire face à leurs émotions et leurs questionnements personnels et ceux du couple parental. Le travail en équipe pluridisciplinaire, apparaît le plus approprié pour la prise en charge du couple qui se voit répéter plusieurs fois les mêmes explications et assimile les différentes informations. Et pour la gestion du stress personnel du professionnel qui se trouve dans la solitude face à ces difficultés. De plus, il arrive qu'il y ait un décalage entre ce que pense le patient et ce que pense le soignant comme le rappelle Anne Danion-Grilliat, pédopsychiatre à Strasbourg, [20] avec le témoignage d'une patiente refusant de continuer sa grossesse alors que son fœtus n'est atteint que d'une fente labiale unilatérale isolée. [16, 28, 29]

### **III. 2. La décision et le CPDPN**

La décision finale de l'avenir de la grossesse revient aux parents mais ils doivent, s'ils désirent une IMG, avoir un avis favorable de la part du CPDPN.

Les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal sont constitués d'obstétriciens et sages-femmes qui sont les pivots entre les parents, le fœtus et les autres professionnels : le pédiatre qui représente l'avenir de l'enfant et qui par ses compétences est le plus apte à « parler en son nom », les spécialistes d'organes (néphrologues, chirurgiens pédiatriques...), les généticiens etc. Il est aussi constitué de psychologues dont la place est souvent de replacer la situation dans le contexte familial, psychologique, d'éviter que les professionnels se positionnent à la place des patients, de recentrer le questionnement et de soutenir les professionnels psychologiquement. Le rôle principal du CPDPN est de donner un avis consensuel aux parents quant à la situation du fœtus et de la grossesse, c'est lors de ces réunions que les professionnels acceptent ou pas les demandes d'IMG qui doivent être préalablement formulées par les parents. [11, 14, 21, 30]

Le centre se réunit une fois par semaine pour des moments de débat sur les différentes situations rencontrées par les obstétriciens échographistes. Il y a plusieurs types de sollicitations. Certaines ne suscitent pas de débat comme les pathologies létales (la décision est alors consensuelle vers une IMG ou un accompagnement à la naissance selon le désir parental), ou suite à un diagnostic d'une trisomie 21 (la décision est devenue implicite, l'IMG est accordée à chaque fois).

Le risque de cette banalisation est la précipitation vers l'arrêt de la grossesse pour les parents, en occultant la singularité de chaque histoire. D'autres suscitent des débats complexes comme les cas limites avec une vie difficile pour l'enfant à naître à cause de certaines pathologies graves ou de pronostics incertains. [11]

Enfin, il y a les sollicitations d'un autre ordre comme les demandes d'un tiers pour raison psychosociale. Madame V. Bitouzé, psychologue clinicienne à Lille, illustre ces sollicitations en citant l'exemple d'un dossier présenté lors d'une réunion de CPDPN. Il s'agissait d'une jeune femme de 15 ans enceinte à 31 Semaines d'Aménorrhée (SA) dont les parents demandaient une IMG car le père de ce fœtus était le frère de la jeune femme. Il n'y avait aucune anomalie échographique décelée, les parents évoquaient seulement le risque de la consanguinité. Ces situations font sortir les professionnels de la médecine fœtale, de leur registre et les poussent à juger la compétence parentale des mères ou des couples. [11]

La pluridisciplinarité du centre permet d'abord à tous les professionnels d'avoir leur avis et de s'ouvrir à celui des autres, puis de penser toutes les situations de plusieurs points de vue afin de donner le meilleur avis aux parents. Enfin l'avis est annoncé aux parents. [11, 16, 20] (annexe 4)

### **III. 3. Le fœticide et l'expulsion**

Au centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen le protocole [31] indique qu'avant 14 SA, lorsqu'une anomalie du caryotype a été diagnostiquée, on pratique une aspiration chirurgicale. S'il y a une nécessité d'examen foetopathologique, on pratique un curetage. Entre 14 et 32 SA on provoque l'expulsion avec du misoprostol. A partir de 32 SA l'expulsion se déclenche comme un déclenchement à terme.

A partir de 24 SA, les médecins pratiquent un fœticide : c'est un acte qui se passe en salle d'échographie, le médecin est assisté de la sage-femme. *In utero*, le fœtus est analgésié et le médecin lui injecte du chlorure de potassium en intracardiaque ou en intra-funiculaire afin d'arrêter son cœur. Le but est de provoquer la mort du fœtus quand la loi le permet, c'est à dire quand il est encore *in utero*, et d'éviter ainsi la prise en charge d'un enfant qui naîtrait vivant [23, 31]. Cet acte permet d'éviter la souffrance du fœtus, du bébé, des parents et de l'équipe. Cependant il reste difficile de concevoir que des médecins injectent une substance létale à un patient (puisque le fœtus est le patient du médecin du DAN) dans le cadre légal français puisque l'euthanasie est interdite en France. [32]

Avant l'expulsion, les patientes sont rencontrées dans le service de surveillance intensive

de grossesse (SIG) pour un entretien leur expliquant la prise en charge ultérieure, la rencontre possible avec leur bébé décédé, la prise en charge du corps, les démarches administratives (annexe 3) et aussi pour effectuer les bilans sanguins nécessaires.

L'expulsion se passe en salle de naissance (SDN). Elle est prise en charge par les sages-femmes qui font appel aux médecins lorsqu'il y a des complications. Les sages-femmes accueillent la patiente alors qu'elles ne la connaissent pas, cet éclatement de l'espace et du temps (d'abord DAN puis SIG puis SDN) et le nombre de soignants intervenants dans la prise en charge des couples apparaît problématique pour les repères du couple parental et des professionnels de santé. En effet ces derniers se voient intervenir dans un moment intense de la vie du couple sans le connaître, sans connaître son histoire et les enjeux de l'IMG dans son histoire propre. [10, 11, 12, 23, 25]

Pendant le travail il est important que les femmes soient analgésiées dès qu'elles le désirent pour ne pas augmenter la douleur déjà présente. Il apparaît souvent dans la littérature que les accouchements de bébés morts sont plus douloureux que les autres. La part du psychologique dans le ressenti de la douleur n'est pas négligeable [8, 11, 25]. La sage-femme doit alors accompagner les parents vers la « naissance-mort » de leur enfant avec toute la complexité que cela implique, entre le poids des émotions parentales et personnelles, le renvoi à sa propre vie, les questions du couple, et les questionnements personnels de la sage-femme quant à la légitimité de l'IMG notamment. Son rôle est de favoriser la mise en place du deuil parental en parlant du bébé, en répondant aux questions, en rendant cette naissance réelle pour ce couple de parents même s'ils n'exerceront jamais leurs compétences parentales sur cet enfant. [11, 25] La sage-femme doit, avec l'auxiliaire puéricultrice, une fois que l'enfant est né, laisser une trace de lui (photos, empreintes...) et favoriser la rencontre avec le bébé. Le but est de le faire exister, de lui créer une histoire, l'inscrire dans la vie familiale et de donner aux parents des souvenirs de l'enfant pour favoriser le deuil. Ce travail des professionnels de santé continue dans le post-partum. [8, 11, 13, 25, 29, 33]

### **III. 4. Prise en charge ultérieure**

Pour laisser partir leur bébé, les parents doivent créer des traces de lui dans le monde qu'ils habitent, et à travers ces rites et ces traces, marquer la filiation et leur parentalité. Plusieurs moyens sont alors énoncés : les photos permettent de voir le bébé, de créer un souvenir, le nom permet de le faire exister, de l'inscrire dans l'histoire et dans la filiation, et lui donner une place dans la fratrie. [11, 13, 17, 18, 25, 26, 29, 33]

Tout le travail de deuil doit se mettre en place pour les parents et pour les aider il faut faire



exister le bébé, tel est le rôle des rituels. Les parents doivent se sentir parents et l'enfant doit pouvoir s'inscrire dans la famille. En effet la loi autorise les parents à obtenir un certificat d'accouchement et un acte d'enfant né sans vie à partir de 15 SA. Avant 15 SA le fœtus est incinéré au crématorium de l'hôpital avec les déchets anatomiques, certaines communes acceptent cependant d'accueillir ces corps dans leur cimetière. A partir de 15 SA les parents peuvent organiser des obsèques pour leur bébé. S'ils ne veulent pas organiser d'obsèques, le corps du fœtus est pris en charge par le CHU, sa crémation est confiée avec celle d'autres fœtus à un crématorium privé. Ils ont un délai de 10 jours pour changer d'avis. Il est impossible pour les parents de récupérer les cendres, elles sont dispersées dans des carrés réservés à cet effet dans les cimetières [8, 14, 29, 34]. À Caen, les cendres des fœtus morts sont dispersées dans « le jardin des anges » où les parents peuvent aller se recueillir. S'ils choisissent de réaliser des obsèques, elles sont à leurs frais. (annexe 5)

Les professionnels insistent auprès des parents pour qu'une autopsie soit réalisée de façon à connaître la pathologie exacte et surtout le risque de récurrence pour les grossesses à venir. Le résultat de l'autopsie est donné aux parents lors de la visite post-IMG pendant laquelle le médecin revient sur la grossesse et l'expulsion et aborde enfin la possibilité d'autres grossesses pour le couple. [8, 11]

### **III. 5. Processus de deuil et accompagnement**

Rappelons d'abord le lien mère-enfant que tisse la grossesse. Le fœtus dès le début de la grossesse est une partie de la mère, il vit « dans son ventre » on parle populairement du « fruit de ses entrailles ». Ce sentiment se renforce lorsqu'elle commence à le sentir bouger. Dès le projet d'enfant, les parents l'investissent avant de le connaître. La grossesse est aussi décrite comme une crise identitaire et développementale, elle a une fonction de réassurance de l'identité féminine et prouve la capacité d'être parents. De plus, l'enfant attendu est investi du narcissisme parental, il est porteur de la filiation, il est le dernier rempart contre la mortalité. [8, 11, 13, 16]

Lors de la perte d'un fœtus, la mère perd de son intégrité physique et psychique. Elle se remet en question, il y a une confusion entre l'atteinte du bébé et l'atteinte d'elle-même. Les mères disent parfois après la perte d'un bébé *in utero* : « mon ventre est un cimetière ». Pour les deux parents la perte de cet enfant est la perte de leur croyance inconsciente en l'immortalité. Il est important de préciser que l'intensité des réactions de deuil n'est pas corrélée à l'âge gestationnel, mais plutôt à l'investissement qu'avaient mis les parents dans ce projet d'enfant. [8, 11, 29, 33]

Selon Freud [13], le deuil est l'intériorisation des souvenirs à partir desquels on peut alors

se reconstruire, et la séparation de l'être perdu. Lors d'une mort fœtale, il n'y a pas de souvenir de l'être perdu, il est donc plus difficile de se séparer de lui. D'après Jean Allouch, psychanalyste, [13] la pénibilité du deuil dépend du temps de non vie de l'individu perdu. Pour perdre leur enfant, les parents doivent trouver un moyen de le faire exister. Enfin les femmes décrivent souvent la perte d'une partie d'elles-mêmes. Tout ceci nécessite du temps pour comprendre et accepter. [11, 13, 33]

La grossesse est un moment de « *transparence psychique* », l'inconscient et l'histoire des femmes sont, le plus souvent, à cette période de leur vie, accessibles comme un livre ouvert. En salle de naissance lors de l'accueil de leur bébé mort, Frédérique Authier-Roux, psychologue clinicienne exerçant à Marseille, parle de femmes « *nues physiquement et psychiquement* ». C'est le moment d'aider les parents à parler de leur bébé et lui offrir une place, ne pas l'enfermer dans le non-dit. Il est difficile pour le professionnel de se retrouver face aux mots des parents, il faut notamment permettre au père de s'exprimer et parfois des propos violents témoignent de la nécessité de les dire. Il faut aussi leur donner la force de continuer leur vie après la naissance d'un enfant mort. [8, 13, 18, 25]

L'équipe réfléchit après coup sur ces situations violentes que sont les IMG, violence face à laquelle les soignants ne sont pas forcément préparés au cours de leur formation : donner la mort quand on est formé à accompagner les naissances. [13, 23, 30]

La solitude de l'équipe reflète celle des parents, et la peur inhibe les deux parties qui n'osent pas s'exprimer et prendre leur place dans la naissance de ce bébé mort. Il est important pour le professionnel de donner une place à tout le monde dans cette naissance, que chacun ait un rôle pour aider cet enfant à avoir une histoire, à exister. Les IMG bousculent les équipes soignantes, les renvoient à leurs propres souvenirs de mort dans leur intimité, à leurs échecs et leurs exploits face à la mort dans leur pratique. Quand les professionnels retrouvent un couple pour une grossesse suivante, le souvenir est là, ils doivent réparer et enfin donner à ces parents, le « bébé parfait » qu'ils attendaient. [10, 13, 18, 30]

#### **IV. Questionnements éthiques**

Nous comprenons que la place de l'IMG dans la société est encore ambiguë. En effet, la loi qui l'autorise est récente. Pendant très longtemps, l'interruption de grossesse était interdite voire même considérée comme « un trouble à l'ordre public ». Aujourd'hui les parents la demandent et des médecins l'autorisent ou pas, quelque soit le terme.

Comment ne pas redouter la dérive vers l'eugénisme quand des parents demandent une IMG à la découverte d'une fente labiale unilatérale isolée ? Pour l'instant les médecins refusent les IMG dans ces circonstances mais peut-être qu'un jour finiront-ils par l'accepter. Car la société en général, même si elle favorise l'accueil et l'insertion des personnes handicapées est tout de même à la recherche perpétuelle de la performance physique et de la perfection esthétique.

La question du statut du fœtus dans la société se pose aussi, il n'a pas de droit, n'existe pas, on lui reconnaît cependant un statut de personne humaine potentielle et on lui consacre une médecine. Quelles sont les représentations du fœtus dans la société ? Lui qui représente l'espoir des générations futures, comment la société accueille-t-elle les deuils de ses bébés décédés avant de naître ?

On peut aussi se demander quelle place auprès des couples trouvent les médecins formés à sauver des vies lorsqu'ils doivent donner à des parents un bébé mort ? Comment se sentent-ils quand ils doivent l'annoncer, quand ils doivent pratiquer le geste du fœticide ? Quelle est leur représentation de l'IMG ? Est-elle en accord avec leurs convictions ? Trouvent-ils qu'il s'agit de la « meilleure » solution ? Comment arrivent-ils à arrêter une vie débutante en faisant avec leurs émotions, leur vécu personnel, leur éducation ?

Comment font les sages-femmes qui, dans l'opinion publique, pratiquent « le plus beau métier du monde », accompagnent les femmes dans « le meilleur moment de leur vie » quand elles se retrouvent confrontées à ces couples ? Comment font-elles pour s'investir entre une salle de naissance en deuil et une salle de naissance dans laquelle on donne vie ?

Les professionnels de santé éprouvent-ils des difficultés à parler du bébé mort avec les parents, à réaliser les rituels d'habillage, de prise de photos, de relevés d'empreintes ? Arrivent-ils toujours à respecter les désirs des parents même quand leurs convictions ne sont pas en accord ? Comment font-ils pour répondre à des demandes parentales propres à chaque couple tout en faisant toujours en sorte de respecter leur devoir d'aide à la mise en place du deuil ? Comment composent-ils entre leurs devoirs professionnels, leurs convictions personnelles et les volontés et besoins parentaux ?

Quelles solutions trouvent-ils pour répondre à ces difficultés ? Le travail en équipe apparaît important, mais est-ce si facile à mettre en place ? Acceptent-ils tous de reconnaître leurs difficultés *a posteriori*, puisqu'ils doivent contenir leurs émotions pendant les différentes rencontres avec les parents ?

# **MATERIEL ET METHODE**

## **I. Problématique**

Suite à ces interrogations nous avons voulu mener un travail auprès des professionnels, notre problématique était : « Les professionnels médicaux éprouvent-ils des difficultés à prendre en charge les IMG ? Si oui, pourquoi et quelles sont-elles ? »

Les objectifs secondaires de ce travail sont de savoir comment les professionnels accueillent la demande des patients d'interrompre la grossesse et si des outils pourraient être mis en place pour les aider à être moins en difficulté dans ces situations.

Nous avons émis différentes hypothèses :

- Les professionnels de santé éprouvent des difficultés à prendre en charge les IMG.
- La formation initiale n'est pas suffisante ce qui génère des difficultés.
- Il est possible de diminuer ces difficultés grâce à des formations complémentaires.
- Un groupe de parole serait une bonne solution pour que les professionnels de santé puissent discuter de leurs difficultés et apprennent à les gérer ensemble.

## **II. Matériel et méthode**

Nous avons mené une étude d'observation transversale descriptive à l'aide de questionnaires anonymes distribués aux professionnels médicaux (médecins, internes en médecine ou en obstétrique et sages-femmes) du pôle femme-enfant du centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen dans les services de DAN, SIG et SDN.

Le choix de la population a été déterminé selon le niveau de responsabilité et d'action dans l'interruption médicale de grossesse et le vécu du couple, nous avons donc décidé d'étudier uniquement les professionnels médicaux. Les services étudiés ont été choisis avec le même raisonnement, en reprenant les différents lieux de l'IMG.

Les accords du médecin chef de service, le professeur Dreyfus, et des sages-femmes cadres des services concernés ont été préalablement obtenus.

L'étude a été réalisée du 24 juillet au 15 octobre 2015, les questionnaires étaient laissés à la disposition des sages-femmes, internes en médecine ou en obstétrique et médecins dans les services de SDN et de SIG, remis en main propre aux sages-femmes du DAN. Ils le remettaient ensuite dans une enveloppe laissée à cet effet dans le bureau de la secrétaire. Afin d'obtenir un maximum de réponses de la part des médecins, un questionnaire a été déposé dans le casier de chacun leur indiquant où le déposer une fois rempli. Une relance a été effectuée à plusieurs reprises, environ une fois par semaine, pour intéresser le plus grand nombre de professionnels médicaux.

Deux types de questionnaires ont été réalisés : un destiné aux professionnels de la SDN et du SIG (annexe 6) et le deuxième spécifique au DAN (annexe 7). Les questionnaires étaient divisés en quatre parties dont trois étaient identiques pour les deux types de questionnaires : une partie « description de la population » qui permet l'étude de la population (quatre questions), une partie « expérience et formations » qui nous indiquent le ressenti des professionnels vis-à-vis de leur formation initiale, des formations complémentaires et de définir leur expérience (trois questions), une partie « vécu et ressenti » qui est différente pour les deux questionnaires par quatre questions spécifiques au DAN et cinq questions spécifiques pour les SDN et SIG, avec six questions communes. Enfin une partie « les besoins » permettait de cibler les points à améliorer pour aider les professionnels de santé à prendre en charge les IMG (trois questions). Les questionnaires comportaient 22 questions pour celui du SIG et de la SDN et 21 pour celui du DAN, ils débutaient par une page de présentation leur expliquant le but de l'étude. Les questions étaient à choix multiples suivies d'un espace pour laisser aux professionnels le choix de répondre différemment des choix proposés ou d'ajouter un commentaire à leur réponse.

# RESULTATS

Nous avons récupéré 37 questionnaires: sept du DAN et 30 de SIG/SDN dont quatre inexploitable car non remplis entièrement (du fait de l'impression, ces quatre professionnels n'ont pas dû regarder le dernier verso du questionnaire qui contenait six pages).

Pour le respect de l'anonymat, les citations seront toutes mises au masculin.

## I. Caractéristiques de la population

Un questionnaire ne mentionnait pas l'âge, nous avons décidé de l'utiliser quand même. Les médecins et les internes ont la même formation initiale, nous allons donc les compter ensemble.

La plage d'âge était de 26 à 57 ans, la moyenne était de 36,06 ans.

Tableau I : Présentation des caractéristiques de la population

ITEMS		DAN			SIG/SDN			TOTAL	pourcentage
		Homme	Femme	total	Homme	Femme	total		
		2	5	7	4	22	26	33	100,00%
fonctions	Sage-femme	0	3	3	1	19	20	23	69,70%
	Médecin	2	1	3	2	1	3	6	18,18%
	Interne	0	1	1	1	2	3	4	12,12%
Age	< ou = 35	0	3	3	4	11	15	18	54,55%
	35-50	1	1	2	0	8	8	10	30,30%
	> ou = 50	1	1	2	0	2	2	4	12,12%
Culture	Catholique	1	2	3	3	12	15	18	54,55%
	Musulmane	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
	Juive	1	0	1	0	0	0	1	3,03%
	Athée	0	3	3	1	11	11	14	42,42%

## II. Expérience et formations

### II. 1. Première situation rencontrée

Dans notre population 84,85% des professionnels avaient rencontré ces situations pour la première fois au cours de leur formation et 15,15% pendant leur exercice professionnel.

Tableau II : Relation entre l'âge des professionnels interrogés et leur première rencontre avec cette situation.

	En stage	Pendant la carrière	total
< ou = 35 ans	17	1	18
35 – 50 ans	9	1	10
> ou = 50 ans	1	3	4
total	27	5	32

Le test exact de Fisher réalisé pour vérifier une corrélation entre l'âge et le fait que les professionnels assistent à des moments de l'IMG en stage a été calculé à  $p = 0,0124$ , ce qui est inférieur à 0,05 donc la différence entre les âges a un lien avec le fait d'avoir rencontré ou non une situation d'IMG en stage.

## **II. 2. Formation initiale et accompagnement de deuil**

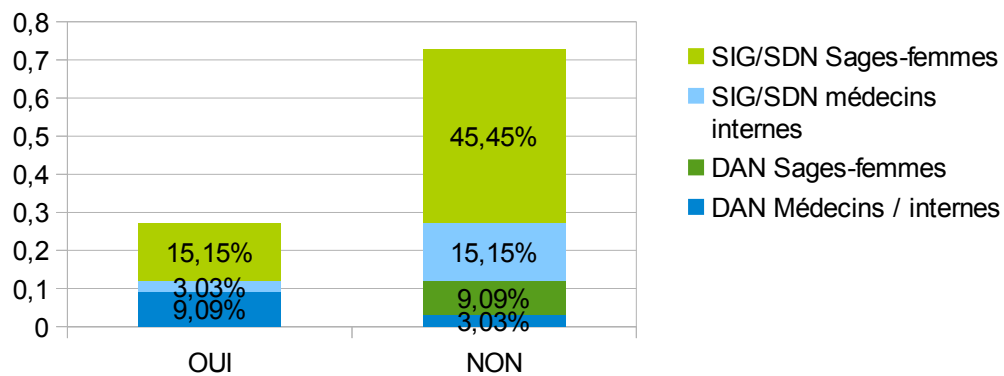


Figure 1: La formation initiale est-elle satisfaisante pour la population de notre étude?

Dans ce travail, 72,72% des professionnels médicaux trouvaient la formation initiale insuffisante.

## **II. 3. Formations complémentaires en lien avec l'IMG ou le deuil périnatal**

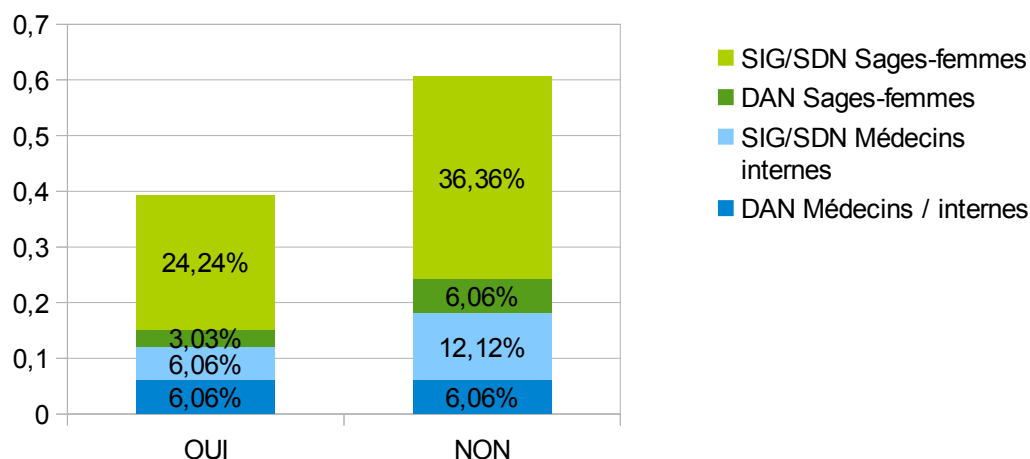


Figure 2: La population étudiée a-t-elle suivi des formations complémentaires?

Dans notre étude, 60,6% des professionnels ont déjà suivi une formation complémentaire en lien avec l'IMG ou le deuil périnatal. Les formations énumérées par les professionnels sont : « annonce du handicap », la participation à des congrès, à des formations de service, ou encore à des journées de simulation.

## **III. Vécu et ressenti**

### **III. 1. Questions spécifiques au DAN**

#### **III. 1. 1. Réaction lors de la découverte d'une anomalie échographique**

Cinq professionnels sur sept ont coché : « Vous dites que vous n'êtes pas sûr mais que quelque chose vous semble anormal et vous dirigez la patiente vers une échographie plus approfondie ou un examen complémentaire »

Deux sur sept ont coché : « Vous dites que vous n'avez pas bien vu l'organe atteint et vous dirigez la patiente vers un médecin spécialisé »

Trois professionnels sur sept ont coché : « Vous êtes sûr de vous et vous commencez à annoncer l'anomalie avant de diriger la patiente vers une échographie plus approfondie ou un



examen complémentaire »

### **III. 1. 2. Annonce de l'anomalie**

Tous les professionnels de la population ont été amenés à annoncer une anomalie.

Deux sages-femmes sur trois annoncent avec un médecin référent, la dernière annonce seule. L'interne et deux médecins sur trois annoncent avec la sage-femme ou l'interne. Un médecin précise : « *Les autres (généticiens, psychologues) peuvent être sollicités par la suite* », le dernier médecin annonce seul.

### **III. 1. 3. Abord de la possibilité d'IMG**

Quatre professionnels sur sept ont répondu : « J'attends que le couple m'en parle en premier ».

Trois professionnels sur sept ont répondu : « Je leur dis que ça existe en essayant de rester neutre ».

Aucun a répondu : « Je leur dis que ça existe en laissant entendre que ça peut-être la solution la plus sage ».

## **III. 2. Questions spécifiques SDN SIG**

### **III. 2. 1. Refus de prise en charge d'une IMG**

Trois sages-femmes sur 20 ont déjà refusé de prendre en charge une IMG. Aucun médecin ou interne n'a refusé.

### **III. 2. 2. Connaissance du protocole médical IMG du CHU de Caen**

Sept sages-femmes sur 20 et trois médecins sur six ont l'impression de ne pas bien connaître le protocole médical IMG du CHU de Caen.

### III. 2. 3. Connaissance des modalités administratives relatives à l'IMG

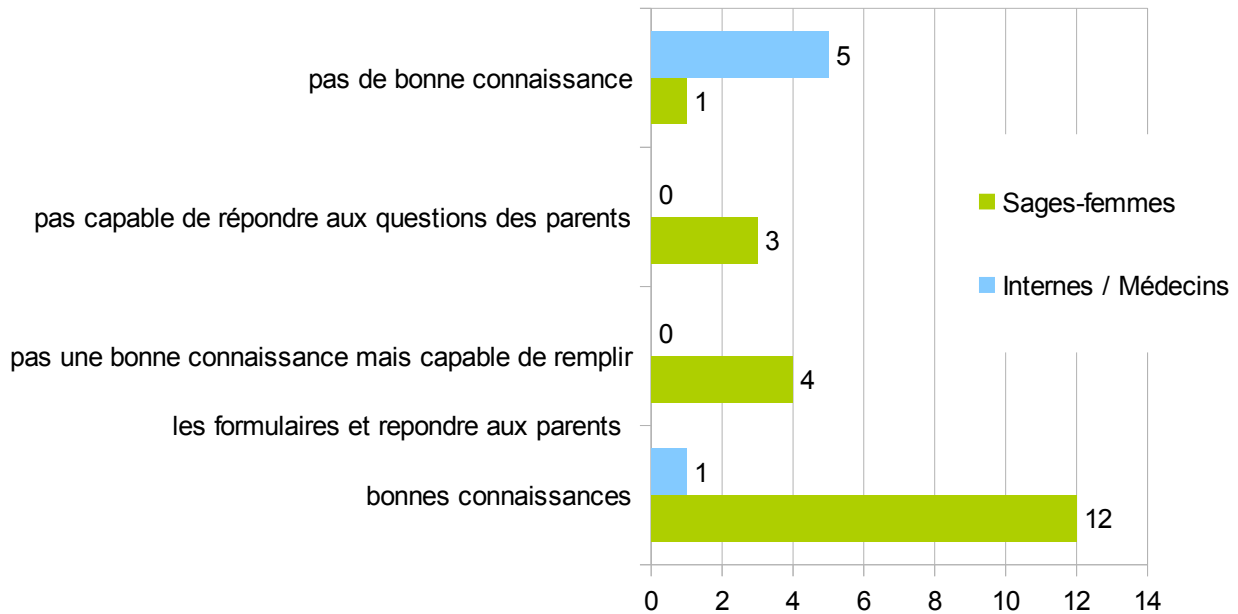


Figure 3:  
Comparaison sages-femmes et médecins selon leurs connaissances administratives

Dans notre étude, 13 soit 50% des professionnels déclarent avoir une bonne connaissance des modalités administratives relatives à l'IMG.

### III. 2. 4. Difficultés pour la réalisation des soins du bébé

Tous les professionnels interrogés ont déjà réalisé les soins du bébé. Nous avons alors 12 sages-femmes et cinq médecins qui ne trouvent pas difficile de réaliser les soins du bébé, contre sept sages-femmes et un médecin qui trouvent cela difficile. Une sage-femme n'a pas répondu à cette question.

### III. 2. 5. Difficultés de communication avec les parents

Treize sages-femmes et quatre médecins ne trouvent pas la communication avec les parents difficile, à l'inverse, sept sages-femmes et deux médecins admettent avoir des difficultés dans la communication avec ces couples endeuillés.

### III.3. Questions communes aux deux questionnaires

#### III. 3. 1. Difficultés pour la prise en charge de ces couples demandeurs d'IMG

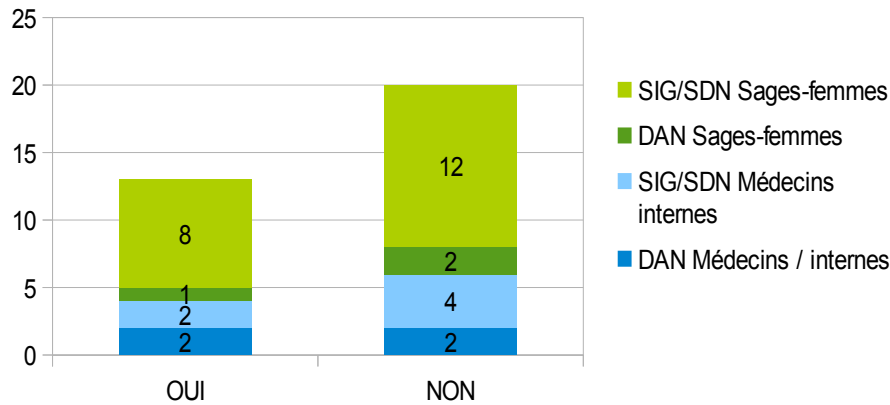


Figure 4: Les professionnels médicaux interrogés éprouvent-ils des difficultés pour la prise en charge de ces couples endeuillés?

Sur l'ensemble des professionnels interrogés, 13 (soit 39,39%) ont admis avoir des difficultés pour la prise en charge de ces couples endeuillés.

Un test exact de Fisher a été réalisé pour voir si un lien existait entre l'âge du professionnel et le sentiment de difficulté à prendre en charge ces couples ( $p=0,879$ ), il n'y a donc pas de lien démontré par notre étude.

Les tests exact de Fisher et de  $\chi^2$  réalisés pour démontrer un lien entre l'existence d'une difficulté pour la prise en charge et une formation initiale satisfaisante, la profession exercée, les formations complémentaires suivies ou la religion, n'ont montré aucun lien significatif entre ces différents paramètres.

### III. 3. 2. Réaction lorsqu'une IMG est prévue

Personne n'a répondu : « C'est hors de question que j'y participe ce n'est pas dans le respect de mes convictions ».

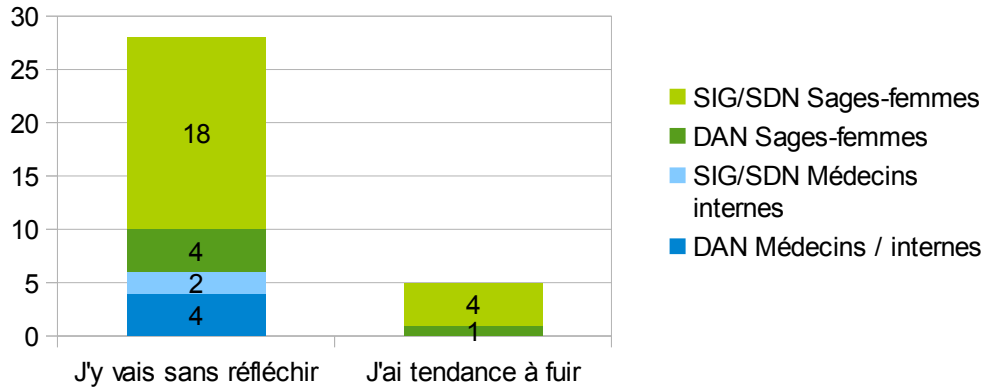


Figure 5: Réaction des professionnels interrogés lorsqu'une IMG est prévue

Dans cette enquête, 28 soit 84,84% des professionnels interrogés ont répondu « j'y vais sans réfléchir » quand nous leur demandions leur réaction lorsqu'une IMG est prévue.

### III. 3. 3. Sentiments prégnants lors de la prise en charge de ces couples

La peur, le stress et la culpabilité n'ont pas été choisis par les professionnels pour illustrer leur ressenti par rapport à la prise en charge des IMG.

Voici comment se répartissent les autres sentiments :

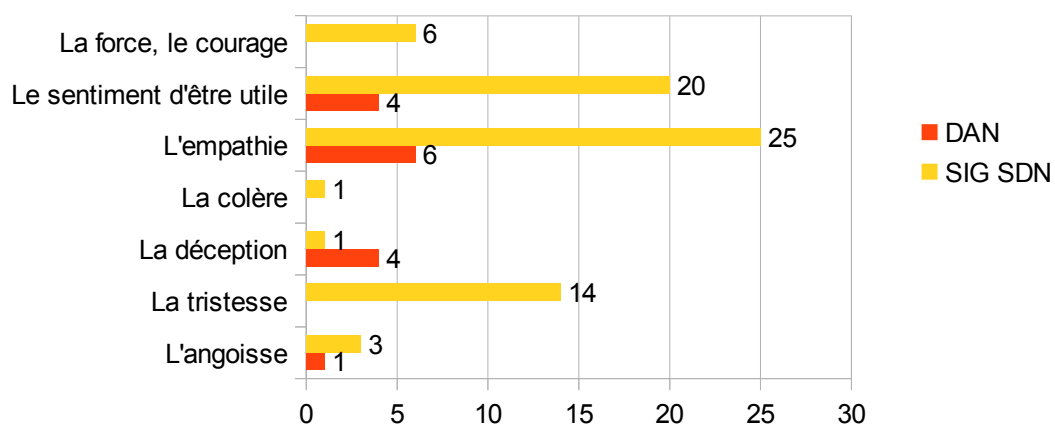


Figure 6: Répartition des sentiments ressentis par les professionnels lors de la prise en charge des couples demandeurs d'IMG

### III. 3. 4. Représentation de l'IMG pour le soignant

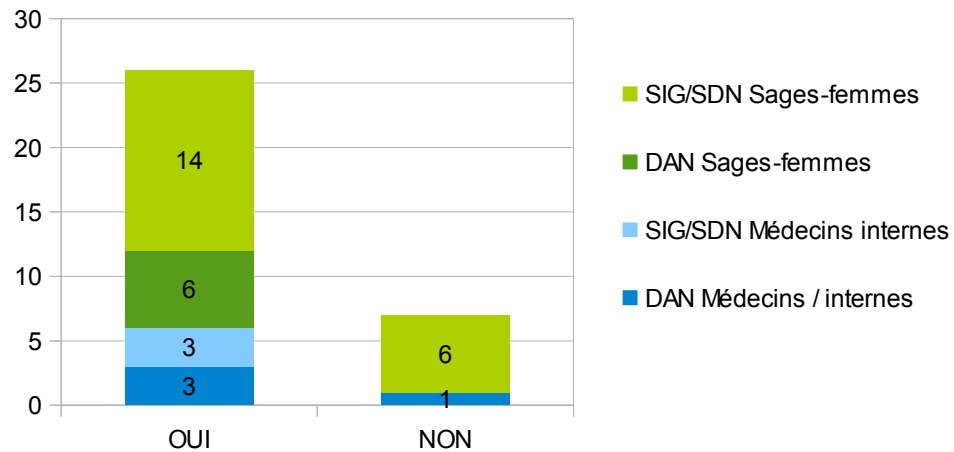


Figure 7:  
Selon les professionnels interrogés,  
l'IMG peut-elle induire une forme de soulagement?

Dans cette étude, 26, soit 87,87% des professionnels pensent que l'IMG peut induire une forme de soulagement.

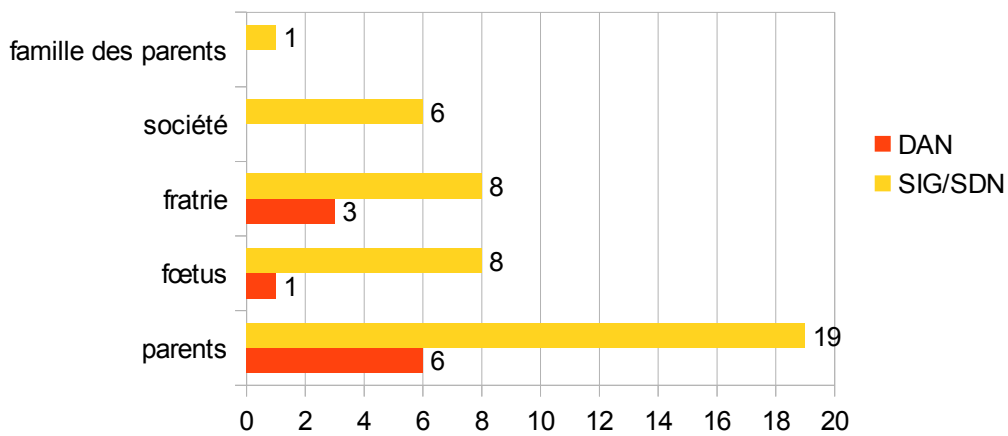


Figure 8: Pour qui est-ce une forme de soulagement?

Parmi les professionnels interrogés, pensant que l'IMG peut induire une forme de soulagement, 25 soit 96,15% pensent que cela peut être une forme de soulagement pour les parents.

### III. 3. 5. Inhibition des émotions pendant la prise en charge

Au DAN, trois quarts des médecins et deux tiers des sages-femmes interrogés ont le sentiment d'inhiber leurs émotions pendant la prise en charge. Au SIG et en SDN, 50% des médecins, internes ont l'impression d'inhiber leurs émotions pendant la prise en charge, contre 76% pour les sages-femmes.

Nous avons essayé de nommer les processus psychologiques utilisés par les professionnels de santé pour inhiber leurs émotions pendant leur prise en charge de ces couples demandeurs d'IMG.

Pour cette question, quatre items étaient proposés pour les deux questionnaires, et deux étaient spécifiques à celui du DAN (« vous essayez de rester optimiste » et « vous vous focalisez sur l'anomalie »). Aucun de ces deux items n'ont été sélectionnés par les professionnels du DAN.

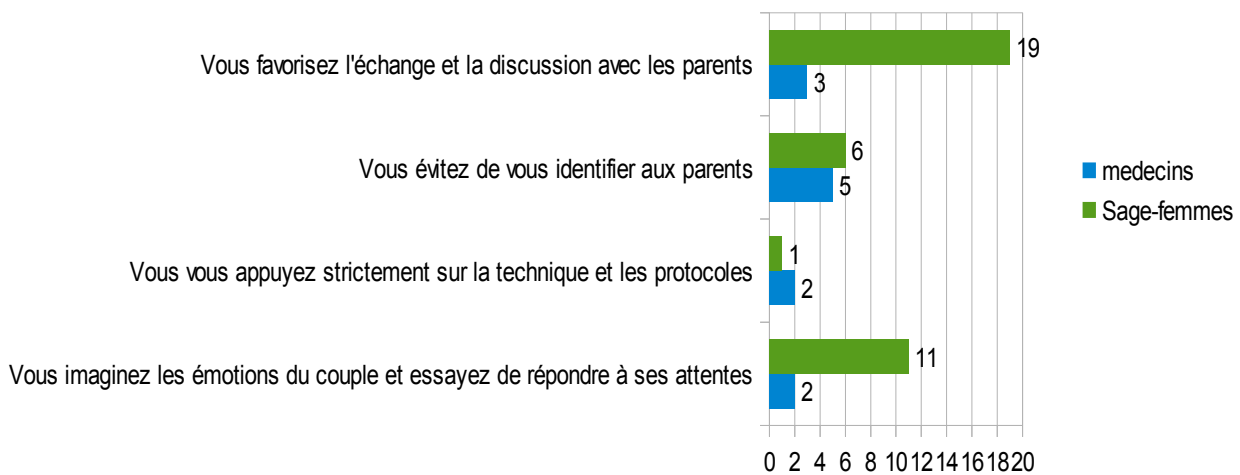


Figure 9: Processus psychologiques mis en place par les professionnels interrogés

Sur l'ensemble des professionnels interrogés, 24 soit 72,72% favorise l'échange et la discussion avec les parents afin d'inhiber leurs émotions au cours de la prise en charge.

## IV. Besoins

### IV. 1. Opinion des professionnels sur leurs conditions de travail pour prendre en charge ces couples

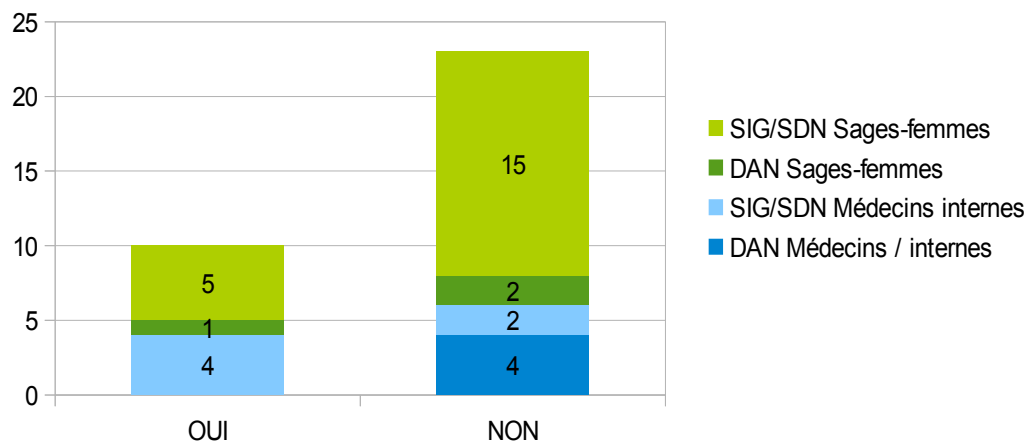


Figure 10: Les professionnels interrogés pensent-ils leurs conditions de travail idéales pour la prise en charge des IMG?

Dans cette étude, 23 soit 69,69% des professionnels interrogés ne pensent pas que les conditions de travail sont idéales pour une prise en charge optimale des IMG.

### IV. 2. Forme de soutien envisagée

Tous les professionnels du DAN pensent qu'une forme de soutien auprès des professionnels est nécessaire. Au SIG et en SDN, 16 sages-femmes et huit médecins pensent qu'une forme de soutien est nécessaire au sein de l'équipe. A l'inverse sept sages-femmes et deux médecins pensent que cela n'est pas nécessaire.

Onze professionnels pensent qu'un soutien sous forme de groupe de parole est le plus adapté, quatre pensent que l'entretien individuel serait préférable et six professionnels pensent que les deux formes devraient être proposées afin que les professionnels puissent choisir selon leurs besoins.

### IV. 3. Besoin en formations complémentaires

Dans notre étude, 80% des médecins et 69,56% des sages-femmes pensent qu'il est nécessaire de faire plus de formations complémentaires.

# DISCUSSION

## I. Forces et limites

### I. 1. Limites

Concernant la méthode d'étude, utiliser un questionnaire n'est pas le meilleur outil pour demander à des professionnels médicaux s'ils éprouvent des difficultés de prise en charge des couples dans une situation si délicate que l'IMG. Les entretiens auraient pu être plus adaptés mais il était difficile pour une étudiante sage-femme d'aller s'entretenir avec des médecins spécialistes sur leurs processus psychologiques.

Un autre point que nous pouvons aborder est le faible nombre de réponses obtenues surtout de la part des médecins et internes en médecine et gynécologie-obstétrique, la population n'est pas représentative de l'ensemble des professionnels médicaux de la maternité du CHU de Caen. Peut-être aurions nous dû les donner en main propre à tous les professionnels qui l'auraient ensuite remis anonymement afin d'obtenir plus de résultats. Un envoi des questionnaires sur les boîtes mails professionnelles a été tenté mais cela n'a pas fonctionné, les professionnels n'ont rien reçu.

Un autre biais s'est révélé au cours de l'étude, des médecins sont partis travailler dans d'autres établissements, des nouveaux internes sont arrivés, les sages-femmes ont changé de service. Nous pensons qu'il aurait été préférable que nous interrogiions tous les services de la maternité en demandant aux professionnels quel était leurs pourcentages d'activité en SDN, SIG et DAN. Cela aurait permis d'avoir un pourcentage de réponse et donc une idée de la représentativité de notre étude.

Nous pouvons aussi discuter d'un biais de sélection car les professionnels ayant répondu aux questionnaires sont peut-être ceux que la question intéressaient, et donc ceux qui avaient le plus de difficultés et de besoins.

Le dernier point faible de l'étude que nous remarquons, est l'exclusion du professionnel non médical parce que nous avons voulu interroger ceux qui sont au plus proche des parents demandeurs d'IMG, dans la globalité de la prise en charge. Mais ces professionnels ont certainement aussi des difficultés.

En ce qui concerne le contenu du questionnaire, quelques items auraient dû être mieux



rédigés comme aux questions sur la réaction face à une anomalie dans le questionnaire du DAN et la réaction lorsqu'il y a une IMG de prévue.

## **I. 2. Forces**

Le sujet de l'étude est un point fort de ce travail, c'est une thématique qui n'est pas beaucoup abordée dans la littérature et dans laquelle il existe de vrais besoins.

En ce qui concerne le contenu du questionnaire, les points forts étaient les espaces libres permettant aux professionnels de nuancer ou d'expliquer leurs réponses.

## **II. Caractéristiques de la population**

Sur les trente-sept questionnaires récupérés, les hommes et la catégorie d'âge « supérieure ou égale à 50 ans » étaient sous représentés.

Pour la partie culture religieuse, nous pouvons nous demander ce que les professionnels interrogés appelaient « athée » : est-ce qu'ils n'avaient pas tout de même une culture religieuse sans être croyant ? Cette question avait d'ailleurs suscité des interrogations de la part des professionnels quant à cette nuance culture/croyance, la question était « Avez vous une culture religieuse ? Si oui, laquelle ? ». Peut-être aurions nous dû être plus précis ?

## **III. Expérience et formations**

### **III. 1. Première situation rencontrée**

Nous pouvons noter que tous les professionnels interrogés d'un âge inférieur à 30 ans avaient rencontré ces situations d'IMG au cours de stage pendant leur formation.

Le test exact de Fisher réalisé, pour vérifier une corrélation entre l'âge et le fait que les professionnels assistent à des moments de l'IMG en stage, nous amène à un constat intéressant, il nous montre une évolution de l'encadrement des étudiants, on leur permet maintenant d'acquérir cette expérience de situations difficiles. Avant les professionnels voulaient peut-être les protéger en leur évitant cette épreuve, ou peut-être était-ce parce que les professionnels étaient plus en difficultés et ne se sentaient pas capables d'encadrer un étudiant dans ces situations ?

Tous les professionnels de plus de 50 ans, un quart des professionnels dans la tranche d'âge 35 – 50 ans et un tiers des moins de 35 ans interrogés pensaient que leur formation initiale était insuffisante. Nous pouvons imaginer que l'évolution du taux de personnes pensant que leur formation initiale est satisfaisante pourrait montrer une meilleure qualité de la formation en matière d'accompagnement de deuil, de psychologie.

### **III. 2. Point de vue des professionnels sur leurs formations initiales**

La population interrogée comptait 43% de professionnels qui avaient déjà assisté à des formations complémentaires en lien avec le deuil périnatal, il y avait autant de sages-femmes qui avaient déjà suivi ces formations que de sages-femmes qui n'en avaient jamais suivi. Alors que pour les médecins, moins de la moitié de ceux interrogés en avait déjà fait. Nous pouvons nous demander si le taux de présence à ces formations révélait un manque dans la formation initiale, un manque de confiance en soit ou encore si tous les professionnels étaient informés de la même façon sur ces formations. Parmi ceux qui n'avaient jamais participé à des formations, six disaient que ces formations ne leur étaient jamais proposées, quatre disaient ne pas avoir le temps, un disait que ça n'était pas sa priorité et un qu'il n'en ressentait pas le besoin

## **IV. Vécu et ressenti**

### **IV. 1. Difficultés liées à l'activité du service du DAN**

#### **IV. 1. 1. Gestion de l'annonce de l'anomalie**

Seulement cinq professionnels ont répondu à la question « Comment-réagissez vous lorsque vous découvrez une anomalie échographique ? », en effet deux médecins ont répondu qu'aucun item ne correspondait à leur réaction en précisant qu'ils étaient référents échographistes et que les propositions n'étaient pas appropriées. Il est vrai que tous les items proposaient de diriger la patiente vers un spécialiste or ce sont déjà des spécialistes. Nous aurions dû proposer un item « Je suis le spécialiste, je commence à annoncer ». L'ensemble des autres professionnels interrogés ont répondu « Vous dites que vous n'êtes pas sûr mais que quelque chose vous semble anormal et vous dirigez la patiente vers une échographie plus approfondie ou un examen complémentaire. », ce qui est la recommandation HAS.

Une sage-femme à qui il arrive de commencer l'annonce, expliquait : « *Dans certains cas l'anomalie est suffisamment flagrante pour que l'on puisse s'avancer un peu plus dans les explications* ».

Nous remarquons qu'une sage-femme et un médecin annonçaient seuls, une autre sage-femme précisait qu'elle annonce seule le plus souvent, cette remarque est importante est permet de voir que les professionnels sont parfois isolés face à l'annonce qui est un des moments les plus difficiles de la prise en charge de ces couples. L'HAS stipule bien que les patients ne comprennent pas toujours les propos du médecin comme le médecin les entend. Le fait d'être plusieurs professionnels au moment de l'annonce permet qu'il y ait une tierce personne pour entendre ce qui est dit et parfois reformuler. De plus, le professionnel se sent moins isolé.

#### **IV. 1. 2. Abord de la possibilité d'IMG**

L'abord de la possibilité de l'IMG par les professionnels interrogés est en cohérence avec les recommandations HAS [26]. Si le couple n'en parle pas, il est possible de leur dire que cela existe, mais le professionnel ne doit pas influencer le patient. Une sage-femme précisait : « *Certains couples ne savent pas que cette possibilité existe ce qui oblige à leur donner l'information que c'est une éventualité.* », un médecin explique : « *A priori réponse 1, (J'attends que le couple m'en parle en premier) mais en laissant entendre la gravité* ».

### **IV. 2. Difficultés liées aux activités des services du SIG et de la SDN**

#### **IV. 2. 1. Refus de prise en charge d'IMG**

Les trois professionnels qui ont déjà refusé de prendre en charge une IMG étaient des femmes, deux étaient athées, une était catholique. La raison évoquée était l'état psychologique inadéquat du professionnel, l'une d'elle expliquait : « *Refus non catégorique... Mais j'avais pris en charge trois IMG en trois semaines, quand la quatrième s'est présentée j'ai « laissé la place » à d'autres...* ». Parmi les questionnaires non exploitables, une autre sage-femme avait évoqué un aspect important, elle était elle-même enceinte et ne voulait pas imposer sa grossesse aux couples. De plus, la grossesse étant un moment très particulier dans le développement psychique des femmes, il est certainement préférable que les sages-femmes enceintes évitent de prendre en charge les morts fœtales ou les IMG si des collègues peuvent le faire à leur place.

#### **IV. 2. 2. Connaissance du protocole médical de l'IMG**

Quatre sages-femmes expliquaient qu'elles se réapproprient le protocole médical à chaque passage au SIG ou lors de l'accueil de chaque couple dans cette situation en SDN : « *Connaître le protocole par cœur est impossible, je m'y réfère à chaque fois* ». DEUX sages-femmes précisait que c'est par l'expérience et l'habitude de prendre ces couples en charge qu'elles connaissent bien le protocole : « *Je suis référent du service, donc dès que j'y suis (souvent), je prends en charge les IMG (pour soulager mes collègues souvent moins à l'aise)* ».

#### **IV. 2. 3. Connaissance des modalités administratives**

Nous remarquons une disparité de répartition entre les médecins et les sages-femmes, seulement un médecin estimait avoir des bonnes connaissances administratives contre 60% des sages-femmes, ce qui est normal puisque ce sont elles qui font la déclaration. Un interne expliquait ces chiffres ainsi : « *Très insuffisant dans nos formations médicales.* ». Deux sages-femmes précisait qu'elles relisent le protocole avant de se confronter aux questions des parents « *Les modalités administratives sont primordiales à connaître dans la cohérence près des couples* », et une expliquait là encore que l'expérience est primordiale pour une bonne connaissance des protocoles.

#### **IV. 2. 4. Réalisation des soins du bébé**

Deux tiers des professionnels interrogés ne trouvaient pas difficile de s'occuper du bébé. Une sage-femme précisait l'importance du respect pour manipuler le bébé, une autre parlait d'émotion à distance, une autre expliquait que cela dépendait du contexte et du terme de la grossesse. Enfin, la dernière déclarait : « *C'est toujours difficile mais l'importance que ça peut avoir pour les parents inhibe la difficulté* ».

Ces remarques montrent en fait que les professionnels mettent en place des mécanismes de défenses. Afin que leur prise en charge du bébé puisse se faire sans difficulté majeure, ils se mettent soit à la place de l'enfant en lui témoignant du respect, soit à la place des parents en imaginant l'importance que cela a pour eux.

## **IV. 2. 5. Communication avec les parents**

Deux tiers des professionnels interrogés n'éprouvaient pas de difficulté pour communiquer avec ces parents endeuillés. Trois remarques expliquaient que ces parents ont besoin de plus de communication, d'attention, d'explication et de soutien que les autres couples « [...] *justement dans ces situations de détresse, les parents attendent de nous empathie et franchise* ».

Pour autant, les professionnels ayant des difficultés à communiquer avec ces couples expliquaient que ces dernières étaient causées par la douleur et/ou le mutisme du couple.

## **IV. 3. Difficultés communes aux trois services**

### **IV. 3. 1. Difficultés de prise en charge globale de l'IMG**

Dans notre étude, 39% des professionnels interrogés ont reconnu éprouver des difficultés à prendre en charge les IMG.

Parmi les professionnels n'éprouvant pas de difficulté dans la prise en charge de ces couples endeuillés, deux sages-femmes expliquaient que c'est grâce à l'expérience qu'elles n'ont plus de difficulté, ce constat a déjà été fait concernant la connaissance du protocole médical et les modalités administratives.

Un interne exprimait malgré tout la difficulté de se confronter à l'extraction lors d'une IMG quand il ne connaît pas le couple, cette remarque soulève un nouvel élément de difficulté des professionnels. En effet, à cause du nombre d'intervenants dans la prise en charge des couples, les professionnels ne connaissent pas forcément l'histoire du couple et le couple et doivent pourtant intervenir auprès d'eux. Il est aussi intéressant de remarquer que cet interne répondait qu'il n'éprouvait pas de difficulté lors de la prise en charge de ces parents. Pourtant, il a rédigé une remarque dans laquelle il explique qu'il en éprouve malgré tout. Il est probable que ce soit fréquent puisque les internes rencontrent rarement les couples avant de devoir intervenir en urgence en salle de naissance.

Nous pouvons nous demander si c'est le cas pour d'autres professionnels qui, dans leur représentation ne se sentiraient pas en difficulté à prendre en charge ces couples parentaux, mais qui en pratique le seraient et ne l'indiqueraient pas dans ce questionnaire.

Une sage-femme a écrit : « *Pas de difficultés dans la prise en charge car j'estime ne pas m'octroyer le choix. Cela fait partie de mon travail, les patients sont bien plus en souffrance.* ». Cette sage-femme a ici recourt à un mécanisme de défense car elle a en fait, certainement, des difficultés. Nous pouvons alors nous demander si c'est le cas pour d'autres professionnels qui se protègent grâce à des mécanismes psychologiques et pensent ne pas avoir de difficulté, or ces processus se mettent en place justement parce qu'il y en a.

Parmi les professionnels qui ont répondu qu'ils éprouvent des difficultés, un interne précisait : « *Difficulté de garder la distance par rapport à leur souffrance* » et une sage-femme expliquait : « *Les difficultés que je pense rencontrer sont liées à l'atteinte psychologique des patients, ou directement liées à des éléments d'information qu'il me manque.* ». Les professionnels expliquent donc leurs difficultés ressenties comme parallèles et corrélées à la souffrance des parents. Aucun n'exprime de référence à son vécu ou à ses convictions personnels. Nous pouvons imaginer que les professionnels ne perçoivent pas, parfois, que la souffrance émane d'eux. En effet si elle est produite par la douleur des parents endeuillés, alors elle s'arrêterait quand ils sortent de la salle ou de la chambre. Est-ce parce qu'elle est plus difficile à gérer s'ils se représentent que l'origine de la difficulté éprouvée est en eux ?

Une question était inexploitable « Dans vos représentations, quels sont les moments les plus difficiles pour les différents intervenants ? », en effet elle était impossible à analyser, il est très difficile de classer différents moments, chaque professionnel, ne s'occupant pas des mêmes temps dans la prise en charge de l'IMG, ne peut pas comparer avec quelque chose qu'il ne fait pas. Nous comparerions la pratique avec le représentatif ce qui ne sert à rien. De plus, comparer le geste du fœticide avec la prise en charge administrative paraît aberrant. Toutes les remarques des professionnels interrogés allaient dans le sens de l'impossibilité d'analyse de cette question. Enfin les professionnels n'avaient pas compris qu'il s'agissait de leurs représentations à eux et non pas aux parents, et beaucoup d'entre eux ont répondu du point de vue du couple. Ce constat va dans le sens de la mise en place du mécanisme de défense d'identification aux parents observée ci-dessus.

#### **IV. 3. 2. Réaction lorsqu'une IMG est prévue**

À la question « Comment réagissez-vous quand vous apprenez qu'il y a une IMG de prévue ? ». Au DAN, une sage-femme n'a pas répondu et a laissé pour remarque : « *Pour moi il manque une réponse : j'y vais avec une certaine angoisse par rapport à la façon dont le couple va supporter le geste fœticide et l'expulsion. Mais cela reste dans l'activité du DAN donc je participe*

*sans fuir mes responsabilités* », un médecin a aussi rappelé que l'IMG fait entièrement partie de l'activité du DAN et qu'il est obligatoire de l'accepter pour travailler dans ce service.

En SDN et au SIG, un médecin n'a pas répondu en expliquant que les sages-femmes étaient en première ligne, il n'était donc pas concerné par la question. Les sages-femmes qui ont répondu qu'elles avaient tendance à fuir expliquent pour deux d'entre elles que c'est la charge administrative et l'entretien qu'elles essaient de fuir, et non pas l'accompagnement de l'accouchement.

Onze remarques ont été laissées pour nuancer l'item « J'y vais sans réfléchir », comme par exemple « *Mais en soupirant* » ou « *Je n'y vais pas non plus en courant* » ou encore « *Mais avec appréhension* ». Cet item était mal formulé, il est évident que ces situations entraînent toujours une réflexion, c'est d'ailleurs le sujet de ce mémoire.

À travers les réponses à cette question mais surtout grâce aux différentes remarques laissées, nous pouvons percevoir comment les sages-femmes visualisent leurs rôles près des couples en SDN et au SIG : « *Cela fait partie de notre travail, ces couples ont besoin d'un accompagnement spécifique que nous savons leur donner.* » et « *Disons que je ne cours pas après... Mais prendre en charge ces couples est valorisant, car le soutien apporté est primordial, et on sent notre aide précieuse* ». L'accompagnement des parents endeuillés est peut-être une des situations dans laquelle la sage-femme investit le plus d'elle-même, et dans laquelle elle vit des grands moments d'émotion qui peuvent la mettre en difficulté. Pour autant, il semble que cette situation soit valorisante quand elles arrivent à aider le couple.

#### **IV. 3. 3. Sentiments éprouvés pendant la prise en charge**

Nous remarquons que les sentiments des professionnels les plus présents lors de la prise en charge des parents endeuillés, étaient les sentiments positifs en particulier « l'empathie » et « le sentiment d'être utile aux parents ». Cette remarque a déjà été faite dans les réponses aux questions précédentes, les professionnels se mettent à la place du couple, et se sentent utiles pour accompagner la mise en place du deuil parental.

Les sentiments négatifs comme la colère, la déception, la tristesse et l'angoisse sont eux-aussi ressentis par certains professionnels. Parmi ceux qui éprouvent des sentiments négatifs, quatorze ressentent de la tristesse, et quatre ressentent de l'angoisse. Ce qui est intéressant à noter, c'est que 50% des professionnels déclarant ressentir de l'angoisse et 50% des professionnels déclarant ressentir de la tristesse lors de la prise en charge de couples en situation d'IMG, ont aussi dit ne pas éprouver de difficulté lors de cette prise en charge. Nous pouvons nous demander si ces

professionnels maîtrisent tellement leurs émotions qu'il n'y a aucune difficulté qui découle des sentiments comme la tristesse et l'angoisse. Ou encore, si les professionnels étaient plus distants face aux questions au début du questionnaire et qu'au fil des réponses ils étaient de plus en plus concernés et sincères dans leur réponse.

Deux remarques ont été laissées, un médecin ayant répondu seulement « L'empathie » a précisé en commentaire : « *Pas de sentiments. Neutralité.* » et une sage-femme a expliqué : « *L'empathie est nécessaire tout en restant à sa place.* »

#### **IV. 3. 4. Représentation de l'IMG comme un soulagement**

Dans leurs représentations, 79% des professionnels interrogés pensaient que l'IMG pouvait induire une forme de soulagement. Nous pouvons lire dans leurs commentaires une manière de se rassurer, ils semblent penser qu'il s'agit de la meilleure solution pour les parents « *Cela leur permet de mettre un terme à une situation intense et difficile à vivre, permettre d'accéder à leur demande* », « *L'IMG est encadrée légalement et les pathologies fœtales sont incurables, les parents peuvent commencer leur deuil.* », « *Pour certains parents qui ne peuvent pas assumer un enfant porteur d'un handicap. Mais cela ne rend pas le moment plus facile à vivre pour autant. Pour la société : aspect financier !!* ».

Quelqu'un qui ne voyait pas de forme de soulagement a écrit : « *S'il y a un sentiment de soulagement, je pense qu'il est très ponctuel..* »

#### **IV. 3. 5. Inhibition des sentiments ressentis**

Pour la question « Avez-vous le sentiment de devoir inhiber vos émotions ? » nous remarquons aisément dans les services de SIG/SDN que le pourcentage de sages-femmes inhibant leurs émotions est beaucoup plus élevé que chez les médecins. Ce résultat n'est pas sans rappeler la remarque citée précédemment laissée par un médecin du DAN : « *Pas de sentiments. Neutralité.* ». Ce même médecin a aussi laissé un commentaire sur cette question : « *Je pratique des fœticides sans être pollué par mes émotions, sinon je ne pourrais pas continuer mon travail et ce ne serait pas aidant pour les couples.* ».

Nous pouvons alors nous demander si ce n'est pas une forme d'inhibition de sentiment que d'invoquer la neutralité. Il est difficile d'imaginer que 50% des médecins ayant répondu aux questionnaires en SDN ou SIG n'ont pas de sentiment à inhiber face à la détresse parentale. Les



médecins peinent-ils à se rendre compte de leurs sentiments ?

Nous remarquons que 100% des sages-femmes inhibant leurs émotions pendant la prise en charge utilisaient le processus « Vous favorisez l'échange et la discussion avec les parents » et 83% des médecins utilisaient le processus « Vous évitez de vous identifier aux parents ». Les sages-femmes interrogées étaient donc plus dans l'accompagnement du couple quand les médecins interrogés utilisaient plus le mécanisme de défense permettant de se protéger. Cette remarque va dans le même sens que celle du médecin qui évoquait la neutralité.

Nous observons, encore une fois, une évolution au cours du questionnaire, avec des professionnels distants par rapport au sujet au début du questionnaire qui répondaient de plus en plus franchement en laissant des remarques à la fin du questionnaire. Les remarques laissées pour cette question étaient : « Répondre le plus précisément aux questions aux attentes. », « Je me sens touché par leur histoire mais ne m'identifie pas à eux. », « Je me dis que ce n'est pas moi qui suis à plaindre dans ces histoires, que c'est sur moi, en partie que repose le soulagement / le confort du couple », « Mes émotions s'expriment hors de la chambre dans le service avec l'équipe. À l'extérieur il est rare que j'en « parle » que j'évoque mon vécu auprès de ces couples, cependant ces expériences m'imprègnent aussi et influence certainement mon comportement. ». À travers ces quatre remarques, nous pouvons percevoir les processus psychologiques que nous avons déjà évoqués précédemment.

## **V. Besoins**

### **V. 1. Conditions de travail**

Concernant les conditions de travail, au DAN, deux médecins ont déclaré qu'ils manquaient de temps et de personnel.

Une sage-femme a remarqué : « Surcharge régulière de travail, entretien pré-IMG se fait en plein milieu de matinée par une sage-femme qui délaisse le service aux dépends de sa collègue... », elle parlait a priori de l'organisation du service du SIG qui peut parfois aggraver le vécu des professionnels et des couples. Les sages-femmes semblent manquer de temps pour s'impliquer pleinement comme elles le désireraient.

Un autre professionnel proposait un changement de prise en charge : « Il serait bon d'organiser les fœticides en salle d'accouchement sous APD. ». En effet, en salle de naissance, les

locaux sont plus spacieux et l'équipe est plus nombreuse, cela permettrait par exemple aux professionnels du DAN de pouvoir discuter de leur ressenti et de favoriser le travail d'équipe. De plus, l'analgésie péridurale (APD) résoudrait le problème de douleur possible lors du geste.

Les autres professionnels ont répondu à la question en pensant qu'il s'agissait d'améliorer les conditions pour les patients « *On peut toujours améliorer la prise en charge sur le plan de la douleur, psychologique, la reformulation de l'anomalie et de l'annonce* », ou encore : « *Sans doute pas mais les retours des couples semblent plutôt bons* ».

## **V. 2. Formes de soutien envisagées**

La difficulté ne se limite pas au lieu et au temps de l'IMG, et les professionnels recherchent une instance pour discuter de cette souffrance. Sur le nombre de professionnels ayant répondu qu'ils éprouvaient des difficultés pour la prise en charge des couples endeuillés, six soit 43% ne trouvaient pas d'instance pour en discuter. Nous pourrions sans doute améliorer cet aspect en mettant plus en évidence le fait que d'autres professionnels de santé peuvent les aider, les écouter. Les autres évoquent spontanément la possibilité d'en parler avec leurs collègues, avec les cadres ou encore les psychologues du service.

Dans les outils que nous pourrions mettre en place pour aider ces professionnels à avoir moins de difficultés pendant la prise en charge de ces couples, le groupe de parole était le plus demandé par les professionnels interrogés. Cependant un besoin d'entretiens individualisés apparaît aussi, et six professionnels interrogés sur vingt-quatre aimeraient même avoir accès à des groupes de parole et des entretiens individualisés. Il est important de signaler que déjà actuellement les professionnels peuvent avoir des entretiens individualisés si besoin avec les psychologues du service. S'ils l'ont évoqué comme un besoin en répondant à cette enquête c'est qu'ils ne savaient pas qu'ils pouvaient solliciter les psychologues, nous pourrions donc mettre en place une communication à ce sujet.

Les trois professionnels qui ont répondu « autres » ont précisé qu'il leur manquait en fait de la cohésion et de la discussion dans l'équipe mais ne souhaitaient pas forcément d'outils formels comme un groupe de parole. Ce problème de cohésion pourrait peut-être se résoudre en ciblant les besoins de discussion entre l'équipe. Est-ce que des réunions de service permettant de revoir l'organisation de l'équipe lors de la prise en charge de ces couples, pourraient améliorer le ressenti de ces professionnels ? Depuis peu, des réunions intra-services sont mises en place pour parler des difficultés en général (non liées à l'IMG). Il apparaît qu'une réunion rassemblant tous les services

seraient utiles afin de permettre aux professionnels de chaque service de comprendre les autres et peut-être de revoir l'organisation des prises en charge globale.

### **V. 3. Besoin en formations complémentaires**

Dans notre étude, 60% des professionnels n'ont jamais effectué de formations complémentaires et pourtant 73% pensent qu'elles sont nécessaires. Ce dernier résultat montre un réel manque de formation et un besoin. Il faudrait certainement améliorer la communication sur ces formations afin que plus de professionnels puissent y participer. Un professionnel précise qu'il aurait voulu une formation pour se préparer aux entretiens, un autre pour les modalités administratives.

# CONCLUSION

Notre interrogation était de savoir si les professionnels médicaux éprouvent des difficultés à prendre en charge les IMG.

Les objectifs secondaires de ce travail étaient de savoir comment les professionnels accueillent la demande des patients d'interrompre la grossesse et si des outils pouvaient être mis en place pour les aider à être moins en difficulté dans ces situations.

Les professionnels interrogés ont déclaré pour 40% d'entre eux qu'ils éprouvaient des difficultés lors de la prise en charge des couples demandeurs d'IMG. Ainsi notre première hypothèse qui était que les professionnels de santé sont en difficulté lors de la prise en charge des IMG est partiellement démontrée puisque moins de la moitié des personnes interrogées déclarent éprouver des difficultés. Cependant l'évolution des réponses au sein des questionnaires nous interroge : Poser la question « Éprouvez-vous des difficultés dans la prise en charge des couples demandeurs d'IMG ? » nous permet-il vraiment d'obtenir une réponse authentique de la part des professionnels interrogés ?

Parmi les difficultés mises en avant par les professionnels, nous pouvons noter une lacune dans la connaissance du protocole médical pour 38% d'entre eux concernant les services de SDN et de SIG. Nous avons aussi observé une difficulté dans la prise en charge administrative, en particulier chez les médecins. De plus, 32% des professionnels ont reconnu des difficultés dans la réalisation des soins du bébé. Enfin, 35% des professionnels ont parlé d'une difficulté dans la communication avec ces parents endeuillés corrélée à la douleur du couple.

Nous avons pu observer, à trois reprises, une difficulté menant au refus de prendre en charge ces situations d'IMG lorsque le professionnel était dans un contexte psychologique ou personnel fragile ou encore lorsque le professionnel lui-même était enceinte. L'étude a aussi montré une difficulté pour les soignants, lorsqu'ils ne connaissaient pas le couple et son histoire, à intervenir en urgence par exemple. Enfin, nous avons pu voir que les professionnels interrogés ne trouvaient pas leurs conditions de travail idéales, notamment à cause d'un manque de personnel et donc de temps. Certains ont soulevé le problème d'une organisation de service non favorable à une prise en charge optimale du couple.

Dans ce travail, il n'a pas été retrouvé de lien entre l'impression d'avoir eu une formation initiale insuffisante et le fait d'éprouver des difficultés pour prendre en charge ces couples. Ainsi, notre deuxième hypothèse qui était que les professionnels éprouvent des difficultés parce que la

formation initiale n'est pas suffisante, n'est pas validée. De même, dans ce travail, les formations complémentaires ne semblent pas diminuer les difficultés éprouvées par les professionnels.

De plus, il a été noté que les professionnels interrogés éprouvaient un sentiment de valorisation pour eux-mêmes et pour la profession, lors de la prise en charge de ces parents. Enfin, nous avons observé que pour les professionnels interrogés, les IMG pouvaient être perçues comme une forme de soulagement pour les parents, le fœtus, la fratrie et la société.

Les professionnels interrogés dans ce travail étaient intéressés par la mise en place d'un groupe de parole, certains ont aussi demandé à avoir des entretiens individuels, d'autres aimeraient même avoir accès aux deux outils.

D'après les professionnels interrogés, les éléments à modifier pour améliorer leur ressenti et la prise en charge des couples seraient une augmentation du temps à accorder à ces parents, tant au DAN, en SDN qu'au SIG. De plus, une personne a proposé une prise en charge des fœticides en SDN sous APD afin d'améliorer le vécu de l'équipe et du couple.

A l'issu de ce travail, nous observons qu'une grande partie des professionnels, qu'ils soient sages-femmes ou médecins, éprouvent des difficultés lors de la prise en charge des IMG. Ces difficultés sont d'origines diverses mais il semble qu'une réflexion peut être portée sur l'organisation des services. En effet dégager du temps supplémentaire pour ces couples et mettre en place des groupes de parole ou des entretiens individuels pour les professionnels, pourrait permettre à ces derniers de mieux se positionner vis-à-vis des couples et donc d'avoir un meilleur ressenti.

Enfin, il nous semblerait intéressant de poursuivre ce travail dans l'avenir en nous penchant sur le ressenti plus spécifiquement des professionnels du DAN lors de la prise de décision d'IMG et lors d'acte de fœticide.

# BIBLIOGRAPHIE

[1] MOREL M-F.

Histoire de l'avortement. [en ligne]

<http://societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article43>

(consultée le 10/12/2015)

[2] CAHEN F.

De l'« efficacité » des politiques publiques : la lutte contre l'avortement « criminel » en France, 1890-1950.

Revue d'histoire moderne et contemporaine [en ligne] 2011 (n° 58-3) : p. 90-117

[www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2011-3-page-90.htm](http://www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2011-3-page-90.htm)

(consultée le 10/12/2015)

[3] Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649

Code de la santé publique [en ligne]

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

(consultée le 04 décembre 2015)

[4] Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse

Code de la santé publique [en ligne]

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

(consultée le 04/06/2015)

[5] Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal (art.13)

Code de la santé publique [en ligne]

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

(consultée le 04/06/2015)

[6] Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

Code de la santé publique [en ligne]

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

(consultée le 04 /06/2015)

[7] Article L-2213-1 modifié par les articles 25 et 26 de la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011,

Code de la santé publique [en ligne]

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

(consultée le 15/06/2015)

[8] ESPLAT Delphine.

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

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. Université d'Auvergne. 2012.

[9] COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE

Avis sur les prélèvements de tissus d'embryons et de fœtus humains morts, à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques.

Rapport. (N°1), 22 mai 1984

[10] FRYDMAN R. Mourir avant de n'être ? Aspects éthiques

In : FRYDMAN R. FLIS-TREVES M. Dir

Mourir avant de n'être ?

Paris : Odile Jacob, 1997 p. 97-108

(colloque gynécologie i psychologie)

[11] BITOUZE V.

Le fœtus un singulier patient, espoirs et doutes chez les soignants de médecine foetale.

Paris : Seli Arslan , 2001.

(Perspective soignante)

[12] WEBER J-C., ALLAMEL-RAFFIN C., RUSTERHOLTZ T., PONS I., GOBATO I.,  
Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques.  
Sciences Sociales et Santé [en ligne] 2008 26 (1): 93-120  
[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan\\_0294-0337\\_2008\\_num\\_26\\_1\\_1882](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2008_num_26_1_1882)  
(consultée le 05/01/2015)

[13] AUTHIER-ROUX F.  
Ces bébés passés sous silence, A propos des interruptions médicales de grossesse.  
Ramonville Saint-Agne : Eres, 2007  
(1001 bb)

[14] NESMANN C.  
Le fœtus un patient insaisissable.  
In : BYDLOWSKI M. CANDILIS D. Dir  
Psychologie périnatale. 1<sup>re</sup> édition  
Paris : PUF, 1998 p. 23-27  
(monographie de psychopathologie)

[15] GIRES Agnès  
Les soins palliatifs : une possible alternative à l'Interruption Médicale de Grossesse. Etude prospective au CHU de Caen.  
Mémoire : en vue de l'obtention du diplôme inter-universitaire « Douleur aiguë et chronique et soins palliatifs pédiatriques » : Université Claude Bernard Lyon 1. 2014.

[16] MIRLESSE V.  
La (re)présentation du fœtus malade.  
Contraste [en ligne] 2014 (N° 40) , p. 105-132  
[www.cairn.info/revue-contraste-2014-2-page-105.htm](http://www.cairn.info/revue-contraste-2014-2-page-105.htm)  
(consultée le 11/05/2015)



[17] DAVID D. Anomalies foetales, deuil et représentations psychiques.

In : FRYDMAN R. FLIS-TREVES M. Dir

Mourir avant de n'être ?

Paris : Odile Jacob, 1997 p. 83-88

(colloque gynécologie i psychologie)

[18] FOUHLI C. RAMBAUD P. MCKINLAY A.

Interruption médicale de grossesse, un accompagnement singulier.

Vocation sage-femme. 2015 ; n°115 : 9-21

[19] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Code de la santé publique [en ligne],

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr),

(consultée le 04/12/2015)

[20] DANION-GRILLIAT A.

Conflits éthiques autour du diagnostic et du consentement : à propos de la psychiatrie et du diagnostic prénatal

Information Psychiatrique [en ligne] 2011; (Vol.87) : p. 557-566

[http://www.cairn.info/article.phpID\\_ARTICLE=INPSY\\_8707\\_0557&DocId=73981&hits=6546+6528+](http://www.cairn.info/article.phpID_ARTICLE=INPSY_8707_0557&DocId=73981&hits=6546+6528+)

(consultée le 10/05/2015)

[21] VIAL-COURMONT M. Décès périnatal : Rôle du pédiatre dans l'accompagnement des parents

In : FRYDMAN R. FLIS-TREVES M. Dir

Mourir avant de n'être ?

Paris : Odile Jacob, 1997 p. 43-50

(colloque gynécologie i psychologie)

[22] PUSNIAK Benoît

L'accompagnement des grossesses poursuivies alors qu'une demande d'interruption médicale de grossesse était recevable. Etude rétrospective portant sur 64 cas.

Mémoire du DES de gynécologie obstétrique : Université Lille 2. 2010.

[23] WEBER J-C, D MEMMI, T RUSTERCHOLTZ, C ALLAMEL-RAFFIN

Le fœticide, une administration impensable de la mort. [en ligne]

[http://www.cairn.info/zen.php?ID\\_ARTICLE=SOCO\\_075\\_0017](http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=SOCO_075_0017)

(consultée le 05/01/2015)

[24] SENAT

Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [en ligne]

<http://www.senat.fr/rap/a01-175/a01-1758.html>

(consultée le 12/12/2015)

[25] CAUMEL-DAUPHIN F. La sage-femme face à la mort in utero.

In : FRYDMAN R. FLIS-TREVES M. Dir

Mourir avant de n'être ?

Paris : Odile Jacob, 1997 p. 51-56

(colloque gynécologie i psychologie)

[26] HAUTE AUTORITE DE SANTE, service des évaluations pratiques

Annoncer une mauvaise nouvelle

Février 2008.

[27] KOUCHNER B. ROYAL S,

CIRCULAIRE N° CABINET SANTE/CABINET DELEGUE A LA FAMILLE, A L'ENFANCE ET  
AUX PERSONNES HANDICAPEES/DHOS/DGS/DGAS/2002/239 relative à

l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et post natale d'une  
maladie ou d'une malformation, 18 avril 2002.

[28] ENGELMANN P.

Les interruptions médicales de grossesse

Laennec [en ligne] 2002 (Tome 50) , p. 16-26,

[www.cairn.info/revue-laennec-2002-4-page-16.htm](http://www.cairn.info/revue-laennec-2002-4-page-16.htm).

(consultée le 9/05/2015)

[29] DUMOULIN M. VALAT A-S. L'enfant mort en maternité : les rites d'accompagnement de l'échographie aux funérailles.

In : FRYDMAN R. FLIS-TREVES M. Dir

Mourir avant de n'être ?

Paris : Odile Jacob, 1997 p. 109-138

(colloque gynécologie i psychologie)

[30] RONGIERES-BERTRAND C. Les gynécologues obstétriciens face aux grossesses arrêtées

In : FRYDMAN R. FLIS-TREVES M. Dir

Mourir avant de n'être ?

Paris : Odile Jacob, 1997 p. 57-64

(colloque gynécologie i psychologie)

[31] BEUCHER G. DE VIENNE C. DREYFUS M. HERLICOVIEZ M. SIMONET T.

Interruption médicale de grossesse et mort foetale in utero : prise en charge obstétricale et anesthésique du déclenchement.

Document opérationnel CHU de Caen, Version 02 du 02/05/2013

[32] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Code de la santé publique [en ligne]

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

(consultée le 04/12/2015)

[33] MEMMI D.

La seconde vie des bébés morts. Paris : Ehess, 2011

(Cas de figure)

[34] CIRCULAIRE interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus. [en ligne]

[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_182\\_190609.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_182_190609.pdf)

(consultée le 25/12/2015)

# ANNEXE 1

Formulaire de consentement à l'échographie remis aux parents dans le service du DAN

CHUCaen

POLE FEMME-ENFANT – niveau 2  
Service de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction  
Echographie et Diagnostic Périnatal

CHU Côte de Nacre - 14033 CAEN Cedex - Tél : 02 31 27 25 26

## INFORMATION & CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE A LA REALISATION D'UN EXAMEN ECHOGRAPHIQUE A VISEE DE DEPISTAGE

(Document établi selon le modèle des documents mentionnés au III de l'article R. 2131-2 du code de la santé publique)

Je soussignée Mme XXXXXXXX XXXXXXXX  
atteste avoir reçu, du  
au cours d'une consultation médicale en date du 18.03.2016

Des informations sur l'examen échographique dont je souhaite bénéficier :

- l'échographie est un examen d'imagerie médicale qui ne présente pas de risque en l'état des connaissances ni pour le fœtus ni pour la femme enceinte lorsqu'il est réalisé dans un cadre médical ;
- l'image du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;
- cet examen et, de manière plus générale, les échographies de surveillance de la grossesse sont réalisées à des périodes précises de la grossesse ;
- cet examen permet notamment :
  - de déterminer le plus précisément possible la date de début de la grossesse ;
  - d'identifier une grossesse multiple ;
  - d'évaluer et de surveiller le développement du fœtus ;
  - de dépister des éventuelles malformations du fœtus ;
  - de localiser le placenta et d'évaluer la quantité de liquide amniotique ;
- la performance de l'examen peut être limitée par certaines circonstances (épaisseur de la paroi abdominale, position du fœtus...) ;
- les mesures effectuées au cours de l'échographie ainsi que les estimations du poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreurs liées notamment aux conditions de l'examen ;
- l'absence d'anomalie décelée à l'échographie ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toute affection ;
- une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement ;
- un nouvel examen échographique pourra m'être proposé dans certaines situations pour contrôler la croissance du fœtus ou pour vérifier un aspect inhabituel à l'échographie, ce qui ne signifie pas que le fœtus soit atteint d'une affection ; ce nouvel examen pourra être réalisé par le même échographiste ou par un autre auquel je serai, avec mon accord, adressée ;
- dans certains cas, l'affection suspectée ne pourra être confirmée ou précisée que par la réalisation de nouveaux examens qui me seront proposés ; ces nouveaux examens nécessiteront parfois un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités chorales ou de sang fœtal) ; les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

**Je consens** à la réalisation de l'examen échographique permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical par le médecin ou la sage-femme qui a effectué la première échographie obstétricale et fœtale.

Une copie de ce document m'est remise. Je devrai la présenter aux médecins et aux sages-femmes qui effectueront, le cas échéant, d'autres échographies permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de ma grossesse.

Ce document est conservé dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

**Date :**

*Signature du médecin*

*Signature de l'intéressée*  
Mme XXXXXXXX XXXXXXXX

**INFORMATION & CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE A LA REALISATION D'UN  
EXAMEN ECHOGRAPHIQUE A VISEE DE DIAGNOSTIC**

(Document établi selon le modèle des documents mentionnés au III de l'article R. 2131-2 du code de la santé publique)

Je soussignée Mme XXXXXXXX XXXXXXXX  
atteste avoir reçu, du  
au cours d'une consultation médicale en date du 18.03.2016

**1) Des informations relatives :**

- au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- aux caractéristiques de cette affection ;
- aux moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités de médecine foetale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né ;

**2) Des informations sur l'examen échographique à visée diagnostique qui m'a été proposé et dont je souhaite bénéficier :**

- l'échographie est un examen d'imagerie médicale qui ne présente pas de risque en l'état des connaissances ni pour le fœtus ni pour la femme enceinte lorsqu'il est réalisé dans un cadre médical ;
- l'image du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;
- la performance de cet examen peut être limitée par certaines circonstances (épaisseur de la paroi abdominale, position du fœtus...);
- les mesures effectuées au cours de l'échographie ainsi que les estimations du poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreurs liées notamment aux conditions de l'examen ;
- cet examen approfondi m'a été proposé en raison d'un risque accru d'affection pour la grossesse en cours ; il peut être volontairement limité à une partie du fœtus et de ses annexes (visualisation d'une structure précise, surveillance d'un aspect particulier, mesures...);
- cet examen permettra, dans la grande majorité des cas, soit d'écarter le risque accru, soit de le confirmer ;
- cet examen peut également permettre de préciser ce risque accru et de le surveiller ;
- l'absence d'anomalie décelée lors de l'échographie à visée diagnostique ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toute affection ;
- dans certains cas, l'affection suspectée ne pourra être confirmée ou précisée que par la réalisation de nouveaux examens qui me seront proposés ; ces nouveaux examens nécessiteront parfois un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang foetal) ; les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- à l'issue de l'examen, je recevrai, par le médecin qui a réalisé l'échographie ou par un autre praticien expérimenté en diagnostic prénatal, des informations sur ses résultats et les conséquences en termes de prise en charge avant et, le cas échéant, pendant et après l'accouchement.

**Je consens** à la réalisation de cet examen échographique à visée diagnostique.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical par le médecin qui a effectué la première échographie obstétricale et foetale à visée diagnostique.

Une copie de ce document m'est remise. Je devrai la présenter aux médecins qui effectueront, le cas échéant, d'autres échographies à visée diagnostique.

Ce document est conservé dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

**Date :**

*Signature du médecin*

*Signature de l'intéressée*  
Mme XXXXXXXX XXXXXXXX

## ANNEXE 2

Texte extraite des pages 8 et 9 des recommandations « Annoncer une mauvaise nouvelle »  
HAS, 2008. [26]

Les médecins minimisent souvent la charge de leurs émotions personnelles lors de l'annonce. Or, les professionnels sont eux aussi soumis à l'angoisse de la situation de leurs patients et peuvent mettre en place des mécanismes de défense qu'il est utile de reconnaître.

• **L'identification projective** : mécanisme le plus fréquemment utilisé qui vise à attribuer à l'autre ses propres sentiments, réactions, pensées ou émotions. Il permet au soignant de se donner l'illusion qu'il sait ce qui est bon pour le patient.  
Exemple : Mme D. décide de confier son fils à sa mère à l'énoncé du diagnostic de sa maladie. Le soignant cherche immédiatement à l'en dissuader en lui expliquant la nécessité pour un enfant d'être auprès de sa mère sans chercher à saisir ce qui la pousse réellement à prendre cette décision.  
Occulte totalement le vécu du patient. Risque de culpabilisation et donc de majoration de l'angoisse du patient qui ne se sentira pas mieux alors même qu'il a suivi les consignes données par le soignant.

• **La rationalisation** : discours hermétique et incompréhensible pour le patient. Induit un échange sans réel dialogue avec le patient. Empêche le cheminement psychique du patient par rapport à ce qu'il vit.

• **La fausse réassurance** : le soignant va optimiser les résultats médicaux en entretenant un espoir artificiel chez le patient.  
Elle arrive souvent en réponse à l'expression, par le patient, d'une angoisse que le soignant ne se sent pas capable d'entendre.  
Elle produit donc un décalage entre le cheminement du patient et les propos du soignant et empêche ainsi la réalisation du travail psychique du patient.

• **La fuite en avant** : le soignant, soumis à une angoisse imminente, ne trouve pas de solution d'attente et se libère de son savoir, « il dit tout, tout de suite et se décharge de son fardeau. » (1).

Ne prend absolument pas en compte la nécessité d'une information pas à pas pour que le patient puisse l'assimiler. Provoque la sidération du patient et empêche totalement le patient de cheminer face à ce qui lui arrive.

• **La banalisation**

Exemple : « Les cheveux ça repousse ! », face à une patiente terrifiée à l'idée des effets secondaires de la chimiothérapie.

Le soignant se focalise sur la maladie et met totalement de côté la souffrance psychique du patient. Le patient ne se sent pas entendu et peut avoir le sentiment qu'il n'y a pas de légitimité à ce qu'il ressent, ce qui majore son angoisse.

• **Le mensonge**<sup>(1,9)</sup> : il a pour objectif de « préserver » le patient. En réalité, il préserve le médecin, et parfois la famille du malade, de la réaction du patient, telle qu'il l'imagine ou la redoute.

Ne tient pas compte de la demande du malade ni de ses ressources personnelles et l'empêche d'élaborer une représentation de sa maladie.





Fiche d'entretien, réalisé avant l'expulsion.  
Permettant la transmission des informations du SIG vers la SDN.

CHUCaen

FICHE ENTretien  
Enfant né sans vie ou né vivant mais non viable

MFIU /FCS

IMG pour .....

Concernant la mère :

1. Déroulement de la prise en charge médicale jusqu'à l'accouchement :
- Préparation du col utérin selon le terme de la grossesse ( mifégyne, dilapan ...)
  - Jours d'attente entre l'annonce et l'accouchement
  - Protocole antalgique donné dans l'unité d'hospitalisation.
  - Prise en charge en salle de naissance ( analgésie, RU ) ou au bloc opératoire
  - Explications du rôle des différents personnels présents ( SF, médecins, psychologue, AS, éventuellement un religieux ..)

2. Analgésie péridurale \* oui non

3. Analgésie générale \* oui non

4. Souhaite voir son bébé nu \* oui non

5. Souhaite voir son bébé habillé \* oui non  
*en ce cas, leur demander de prévoir, si les parents le désirent, des vêtements et ne pas hésiter à leur indiquer la taille souhaitée.*

Concernant l'enfant :

1. Prise de photos \* oui non  
*systématique pour raison médicale à partir de 15 SA  
systématique pour les parents au delà de 22 SA et à la demande des parents en deça. Ces photos sont enregistrées sur un PC et remises au couple à leur demande n'importe quand dans le temps*

2. Choix des prénoms \* oui non  
*Optionnel quel que soit le terme.  
Remplir un carton de prénoms systématiquement et noter " Néant " si aucun choix parental avec la signature de l'un des membres du couple.*

Mars 2012



**3. Déclaration à l'Etat Civil de la mairie du lieu de naissance** \* oui non

*Aucune obligation ni notion de délai de 3 jours pour un enfant né sans vie. Peut être faite des années plus tard.*

**4. Remise obligatoire du certificat d'accouchement aux parents** \* oui non

*Uniquement nécessaire, s'il n'y a pas eu de déclaration de naissance*

**5. Inscription sur le livret de famille** \* oui non

*La création d'un LF peut être faite pour un enfant né sans vie*

**6. Droits sociaux**

*Au delà de 22SA : La mère a le droit à la totalité de son congé de maternité  
Le père, lui aussi peut disposer de ses 3 jours de paternité +  
des 11 jours de congé de paternité = 14 jours*

*Avant 22SA : La mère a un congé maladie  
Le père n'a aucun droit*

**7. Compléter la fiche de liaison "maternité / chambre mortuaire" et en joindre une photocopie avec l'enfant.**

Mars 2012

# ANNEXE 4

Certificat d'IMG remis aux parents après décision favorable par le CPDPN.

CHUCaen

**POLE FEMME-ENFANT - NIVEAU 2**  
**Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal**

Avenue de la Côte de Nacre - 14033 CAEN cedex 9  
Tél : 02.31.27.25.24 ou 02.31.27. 23.91 ou 06.35.47.04.98

Caen le: 18.03.2016

## CERTIFICAT MEDICAL INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE

Nous soussignés Dr G.Benoist, coordinateur, Gynécologue-Obstétricien, coordinateur du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du CHU de Caen, et Pr Michel Dreyfus, gynécologue-obstétricien, membre du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du CHU de Caen, certifions que la grossesse de XXXXXXXX XXXXXXXX, est compliquée d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable.

Après concertation au sein du centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal, et en application de l'article R. 2137-18 du code de santé publique, une interruption de grossesse pour raison médicale peut être envisagée si XXXXXXXX XXXXXXXX en fait la demande.

Elle peut également, si elle le souhaite, bénéficier d'un délai de réflexion d'au moins une semaine.

Médecin: \_\_\_\_\_

Dr G.Benoist, coordinateur  
obstétricien

\_\_\_\_\_

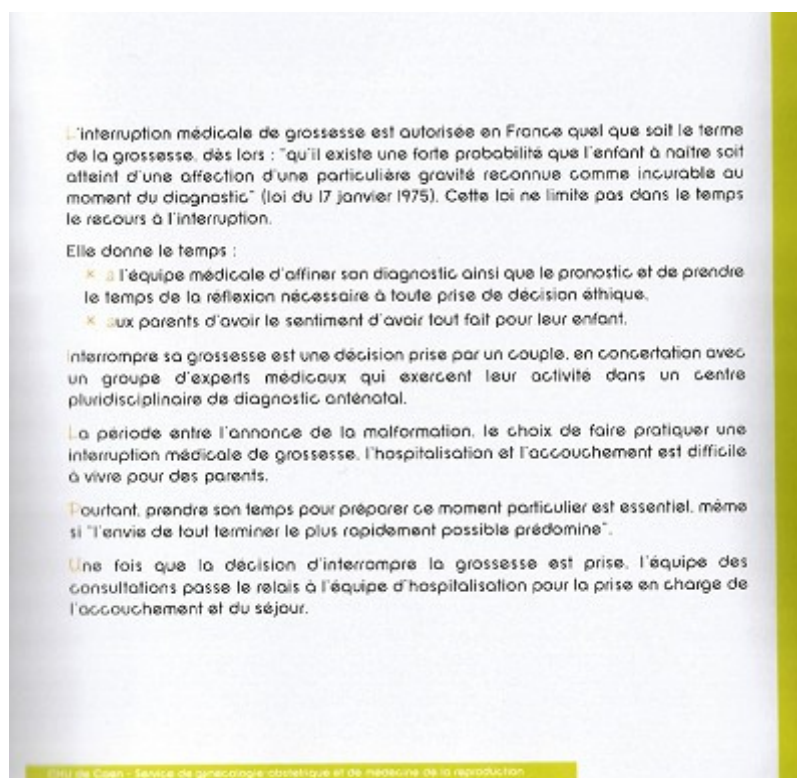
Pr Michel Dreyfus, gynécologue-

Patiente: \_\_\_\_\_

XXXXXXXX XXXXXXXX

## ANNEXE 5

Brochure « L'enfant né sans vie » remise aux parents lors de mort foetal ou IMG par les professionnels de santé au CHU de Caen



## Vous allez vivre 2 étapes principales

### 1 L'entretien avec une sage-femme avant l'interruption médicale

\* **Dans un 1<sup>er</sup> temps** elle définit et vous explique les modalités de votre hospitalisation :

- ✓ La date de votre entrée dans le service de maternité.
- ✓ Les conditions de votre hospitalisation : chambre seule, possibilité pour votre mari ou conjoint de rester auprès de vous tout au long de votre séjour.
- ✓ Le rendez-vous avec une des psychologues du service, très rapidement, si vous le désirez.
- ✓ Le bilan pré-opératoire.
- ✓ La consultation avec le médecin anesthésiste et une information sur les différentes possibilités d'anesthésie.
- ✓ Le déclenchement de l'accouchement avec la prise de MIFEGYNE® (médicament dont le but est de mûrir le col utérin) à prendre 48h avant l'hospitalisation.

Elle répond aussi à toutes vos questions.

N'hésitez pas, aucune question n'est absurde !

CHU de Coen - Service de gynécologie obstétricale et de médecine de la reproduction

\* **Dans un 2<sup>ème</sup> temps** : elle vous informe sur le devenir de votre enfant.

#### ✓ La rencontre

Si vous le souhaitez, vous pourrez voir votre enfant dès la naissance, le prendre dans vos bras et le garder près de vous, un moment dans son berceau.

Ensuite, il sera possible de le revoir, autant de fois que vous le désirerez, durant votre séjour.

L'enfant sera présenté habillé avec les vêtements que vous pouvez apporter.

Des photos seront prises en salle de naissance. Elles resteront à votre disposition dans votre dossier. Vous pourrez les demander à tout moment.

#### ✓ La possibilité de lui donner un prénom

#### ✓ La déclaration à l'Etat Civil

Vous avez le choix, sans limitation de temps :

- de déclarer votre enfant à l'Etat civil si vous le désirez  
L'officier d'Etat civil établira un acte « d'enfant sans vie » sur présentation du certificat d'accouchement remis à votre sortie.
- de l'inscrire sur le livret de famille si vous le souhaitez  
Pour un couple marié, l'enfant « né sans vie » est noté sur le livret.  
Pour un couple « concubin », la mairie délivre un livret de famille et peut y inscrire votre enfant. Vous bénéficiez des mêmes droits qu'un couple marié.

CHU de Coen - Service de gynécologie obstétricale et de médecine de la reproduction

#### ✓ Le devenir du corps

- Une radiographie réalisée avec votre accord peut être pratiquée à des fins diagnostiques.
- Une autopsie, toujours avec votre consentement, peut apporter des éléments permettant de clarifier la pathologie de l'enfant et ainsi favoriser la prise en charge des grossesses ultérieures. Pratiquée au laboratoire d'anatomie-pathologie, les résultats sont transmis au médecin référent. L'autopsie constitue un acte médical effectué par des médecins compétents dans le respect du corps de l'enfant.

#### ✓ Vous avez ensuite deux possibilités :

- Une inhumation dans le cimetière de votre choix.

Il vous appartient, alors, de prendre contact avec un service de pompes funèbres et d'organiser avec eux la cérémonie, à vos frais. Si vous en exprimez le besoin, un représentant des cultes peut être contacté durant votre séjour.

- Le renoncement parental aux obsèques

Vous pouvez confier le corps de votre enfant au CHU de Coen en vue d'une crémation.

Lors de la crémation collective, votre enfant repose seul dans son petit cercueil et vous pouvez déposer auprès de lui soit un objet, un doudou ou une photo...





Jardin des Anges

Après la crémation, les cendres sont dispersées au cimetière du Parc, dans le secteur "Les Saules", à proximité du crématorium. Une stèle marquée Jardin des Anges symbolise le lieu.  
En aucun cas, nous ne pourrions vous restituer les cendres de votre enfant.

Adresse :  
171, rue d'Authie  
(périphérique Nord, sortie 7 Chemin Vert ) 14000 Caen

Si vous optez pour ce choix, vous avez un délai de 10 jours (à partir de la date d'accouchement) pour éventuellement revenir sur votre décision et vouloir organiser vous-mêmes les obsèques. Pendant ce délai, le corps de votre enfant demeure à la chambre mortuaire du CHU.

Si vous en exprimez le besoin, un représentant des Cultes peut être contacté durant votre séjour.



## 2 L'hospitalisation

Même s'il semble douloureux d'être dans un service de maternité, d'entendre ou de voir d'autres nouveau-nés. Il s'agit aussi d'une reconnaissance de votre statut de parents ainsi que de celui de l'enfant.

### ✓ L'accouchement

En fonction du terme de la grossesse (après 24 semaines) l'équipe médicale sera amenée à pratiquer un geste de fin de vie, au cours d'une amniocentèse faite avant de déclencher les contractions.

Le début du travail peut se faire dans la chambre. Il consiste à provoquer des contractions utérines. L'expulsion se fait en salle de naissance, avec une analgésie péridurale, si vous le souhaitez.

### ✓ Le séjour

La durée est variable de 24 à 48 h après l'accouchement ou prolongée si nécessaire.

C'est un moment de transition avant le retour à la maison, pendant lequel il ne faut pas hésiter à exprimer ses angoisses et ses craintes.

- Le psychologue du service ou le pédopsychiatre est toujours présent pour vous rencontrer pendant et/ou après votre séjour. Il vous accompagnera tout au long de votre épreuve afin de penser avec vous au drame que vous rencontrez, de réfléchir aux attentions à envisager pour votre entourage et vos autres enfants. En effet, mieux vaut ne pas masquer la vérité. On peut expliquer avec des mots simples, adaptés à l'âge des frères et sœurs que le bébé attendu ne pouvait pas vivre. Il est important aussi que les enfants puissent s'exprimer sans provoquer d'émotions trop fortes au risque de ne plus oser en parler.

- La sage-femme prépare avec vous le retour à la maison :

- » Un rendez-vous avec un médecin référent est programmé à 8 semaines après votre sortie pour faire une synthèse de ce qui s'est passé et parler de l'avenir.

- » Les conditions de retour à la vie quotidienne: présence du mari, des enfants, de la famille, des amis sont discutées.

- » Les démarches administratives vous sont clarifiées.  
(envoyer les certificats d'arrêt de grossesse à la Caisse d'Allocations Familiales et de Sécurité Sociale)

- » Vos droits sociaux sont expliqués :

- » Si votre terme de naissance est inférieur à 22 semaines d'aménorrhée, un arrêt maladie vous sera établi. (Pas de congé de maternité ni de congé de paternité)

Bien que ces moments soient douloureux à traverser pour un couple, l'équipe sera toujours présente à vos côtés pour répondre à vos interrogations tant sur le plan pratique que théorique.

### Contacts

CHU de Caen :

- Maternité : unité de Surveillance Intensive de Grossesse  
02.31.27.23.82 ou 02.31.27.23.73
- Médecin foetopathologiste du CHU de Caen  
Secrétariat 02.31.06.49.22.
- Chambre mortuaire du CHU de Caen  
02.31.06.49.08  
- de 8h30 à 19h00 du lundi au vendredi,  
- de 8h30 à 17h00 les samedi, dimanche et jours fériés.

Crématorium :  
Rue Abbaye d'Ardennes - 14000 CAEN  
02.31.73.34.34

Associations :

- Association Petite Emilie : [www.petiteemilie.org](http://www.petiteemilie.org)
- Association AGAPA : [www.agapa.fr](http://www.agapa.fr)

CHU de Caen - Service de périnatalité périnatale et fœtale - 14000 CAEN

## **ANNEXE 6**

# **Questionnaire Etudiante sage-femme « Les professionnels médicaux face à l'IMG »**

EXEMPLAIRE SIG et SDN

Bonjour, je suis Océanne Bénard,, étudiante en dernière année à l'école de sage femme, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors de la prise en charge des IMG au CHU de Caen.

Je vous propose donc de remplir ce questionnaire ANONYME afin de me permettre de réaliser mon étude. Il est composé de 22 questions, majoritairement à choix multiples afin de vous prendre le moins de temps possible.

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien consacrer à mon projet. SVP ne remplissez pas ce questionnaire si vous avez déjà répondu à celui qui est en ligne sur vos boites mails professionnelles.

N'hésitez pas à tout moment en cours du questionnaire à laisser des remarques, des espaces sont laissés pour cela.

Vous pouvez déposer ce questionnaire dans la boîte prévue à cet effet dans le bureau des sages-femmes du SIG ou de la SDN

Merci beaucoup

## **I- Profilage:**

1/ Quel est votre âge ?

2/ Sexe :  F  M

3/ Avez vous une culture religieuse ?  OUI  NON

Si oui, laquelle ?

4/ Quelle est votre fonction ?

## **II- Expérience et formation :**

5/ Quand avez vous rencontré cette situation pour la première fois ?

En stage

Pendant ma carrière

Dans ma vie personnelle

6/ Pensez vous que votre formation initiale est suffisante pour prendre en charge ces couples endeuillés?  OUI  NON

7/ Avez vous fait des formations complémentaires en lien avec l'IMG ou le deuil périnatal ?

OUI  NON

Si OUI, Lesquelles ?

Si NON, pourquoi ?

## **III- Vécu et ressenti**

8/ Eprouvez vous des difficultés dans la prise en charge des IMG ?  OUI  NON

Si OUI, y a t-il une instance dans laquelle vous pouvez les évoquer?  OUI  NON

Si oui, laquelle ?

Observations :

9/ Avez vous déjà refusé de prendre en charge une IMG ?  OUI  NON

Si OUI, pourquoi ?

Mon état psychologique

L'indication de l'IMG

Ma conviction religieuse

Autres :



observations :

10/ Avez vous l'impression de bien connaître le protocole IMG du CHU de CAEN ?

OUI  NON

observations :

11/ Avez vous une bonne connaissance des modalités administratives relatives à l'IMG ?

OUI  NON

Vous sentez vous capable de remplir les formulaires ?  OUI  NON

Vous sentez vous capable de répondre aux questions des parents à ce sujet ?

OUI  NON

observations :

12/ Avez vous déjà participé aux soins du bébé ?  OUI  NON

Si OUI, cela a t-il été difficile pour vous ?  OUI  NON

observations :

13/ Vous semble t-il plus difficile de communiquer avec ces parents ?  OUI  NON

observations :

14/ Comment réagissez vous quand vous apprenez qu'il y a une IMG de prévue ?

J'ai tendance à fuir

C'est hors de question que j'y participe ce n'est pas dans le respect de mes convictions

J'y vais sans réfléchir

observations :

15/ Lors de la prise en charge de ces couples quels sentiments sont les plus prégnants ?

- La peur
- L'angoisse
- La tristesse
- La déception (sentiment d'échec ou d'impuissance)
- Le stress
- La colère
- La culpabilité
- L'empathie
- Le sentiment d'être utile aux parents
- La force, le courage
- Autres :

observations :

16/ Pour vous, en tant que soignants, l'IMG peut-elle induire un soulagement ?

- OUI  NON

Si OUI, pour qui ?

- Les parents
- Le fœtus
- La fratrie (aînés ou à venir)
- La société
- Autres :

observations :

17/ Avez vous le sentiment de devoir inhiber vos émotions pendant la prise en charge ?

- OUI  NON

Si oui, à quel processus psychologique faites vous appel ? Comme par exemple :

- Vous imaginez les émotions du couple et essayez de répondre à ses attentes
- Vous vous appuyez strictement sur la technique et les protocoles
- Vous évitez de vous identifier aux parents
- Vous favorisez l'échange et la discussion avec les parents
- Autres :

observations :

18/ Dans vos représentations, quels sont les moments les plus difficiles pour les différents intervenants ? Numérotez les de 1 à 9 :

- La découverte de l'anomalie
- L'annonce
- L'entretien pré-IMG
- L'accompagnement pendant le travail
- L'expulsion
- La toilette et les soins du bébé
- La prise en charge administrative
- La présentation du corps aux parents
- L'accompagnement pendant l'hospitalisation en post-partum
- Autre :

observations :

#### **IV- Besoins**

19/ Pensez-vous que les conditions de travail sont idéales pour une prise en charge optimale des IMG ?

- OUI  NON

Si NON, pourquoi ?

20/ Pensez-vous qu'une forme de soutien soit nécessaire au sein de l'équipe ?

- OUI  NON

Si OUI, qu'est ce qui vous paraît le plus adapté ?

- Groupe de parole
- Entretien individualisé avec une psychologue
- Autre :

21/ Pensez vous nécessaire de faire plus de formations complémentaires ?  OUI  NON

22/ Avez vous des remarques concernant ce questionnaire ou votre vécu de l'IMG ?

Merci pour votre participation.

## **ANNEXE 7**

### **Questionnaire Etudiante sage-femme « Les professionnels de santé face à l'IMG »**

#### EXEMPLAIRE DAN

Bonjour, je suis Océanne Bénard, future étudiante en dernière année à l'école de sage femme, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors de la prise en charge des IMG au CHU de Caen.

Je vous propose donc de remplir ce questionnaire ANONYME afin de me permettre de réaliser mon étude. Il est composé de 21 questions, majoritairement à choix multiples afin de vous prendre le moins de temps possible.

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien consacrer à mon projet. SVP ne remplissez pas ce questionnaire si vous avez déjà répondu à celui qui est en ligne sur vos boites mails professionnelles.

N'hésitez pas à tout moment en cours du questionnaire à laisser des remarques, des espaces sont laissés pour cela.

Vous pouvez déposer ce questionnaire dans l'enveloppe prévue à cet effet dans le bureau de la secrétaire du DAN.

Merci beaucoup.

## **I- Profilage:**

1/ Quel est votre âge ?

2/ Sexe :  F  M

3/ Avez vous une culture religieuse ?  OUI  NON

Si oui, laquelle ?

4/ Quelle est votre fonction ?

## **II- Expérience et formation :**

5/ Quand avez vous rencontré cette situation pour la première fois ?

En stage

Pendant ma carrière

Dans ma vie personnelle

6/ Pensez vous que votre formation initiale est suffisante pour prendre en charge ces couples endeuillés?  OUI  NON

7/ Avez vous fait des formations complémentaires en lien avec l'IMG ou le deuil périnatal ?

OUI  NON

Si OUI, lesquelles ?

Si NON, pourquoi ?

## **III- Vécu et ressenti**

8/ Éprouvez vous des difficultés dans la prise en charge des couples demandeurs d'IMG ?

OUI  NON

Si OUI, y a t-il une instance dans laquelle vous pouvez les évoquer?  OUI  NON

Si oui, laquelle ?

Observations :

9/ Comment réagissez vous lorsque vous découvrez une anomalie échographique ?

- Vous dites que vous n'êtes pas sûr mais que quelque chose vous semble anormal et vous dirigez la patiente vers une échographie plus approfondie ou un examen complémentaire
- Vous dites que vous n'avez pas bien vu l'organe atteint et vous dirigez la patiente vers un médecin spécialisé
- Vous êtes sûr de vous et vous commencez à annoncer l'anomalie avant de diriger la patiente vers une échographie plus approfondie ou un examen complémentaire

observations :

10/ Êtes vous amené à annoncer l'anomalie ?  OUI  NON

observations :

11/ Si vous annoncez, le faites-vous seul ?  OUI  NON

Si NON, qui vous sollicitez-vous le plus souvent?

- Un généticien
- La sage femme
- L'interne
- La psychologue
- Autre :

observations :

12/ Comment abordez vous la possibilité d'IMG ?

- J'attends que le couple m'en parle en premier
- Je leur dis que ça existe en essayant de rester neutre
- Je leur dis que ça existe en laissant entendre que ça peut-être la solution la plus sage
- Autre :

observations :

13/ Comment réagissez vous quand vous apprenez qu'il y a une IMG de prévue ?

- J'ai tendance à fuir
- C'est hors de question que j'y participe ce n'est pas dans le respect de mes convictions
- J'y vais sans réfléchir

observations :

14/ Lors de la prise en charge de ces couples quels sentiments sont les plus prégnants ?

- La peur
- L'angoisse
- La tristesse
- La déception (sentiment d'échec ou d'impuissance)
- Le stress
- La colère
- La culpabilité
- L'empathie
- Le sentiment d'être utile aux parents
- La force, le courage
- Autres :

observations :

15/ Pour vous, en tant que soignants, l'IMG peut-elle induire un soulagement ?

- OUI  NON

Si OUI, pour qui ?

- Les parents
- Le fœtus
- La fratrie (aînés ou à venir)
- La société
- Autres :

observations :

16/ Avez vous le sentiment de devoir inhiber vos émotions pendant la prise en charge ?

- OUI  NON

Si oui, à quel processus psychologique faites vous appel ? Comme par exemple :

- Vous imaginez les émotions du couple et essayez de répondre à ses attentes
- Vous appuyez strictement sur la technique et les protocoles
- Vous essayez de rester optimiste
- Vous vous focalisez sur l'anomalie
- Vous évitez de vous identifier aux parents
- Vous favorisez l'échange et la discussion avec les parents
- Autre :

observations :

17/ Dans vos représentations, quels sont les moments les plus difficiles pour les différents intervenants ? Numérotez les de 1 à 9 :

- La découverte de l'anomalie
- L'annonce
- L'entretien pré-IMG
- L'accompagnement pendant le travail
- L'expulsion
- La toilette et les soins du bébé
- La prise en charge administrative
- La présentation du corps aux parents
- L'accompagnement pendant l'hospitalisation en post-partum
- Autre :

observations :

#### **IV- Besoins**

18/ Pensez-vous que les conditions de travail sont idéales pour une prise en charge optimale des IMG ?

- OUI  NON

Si NON, pourquoi ?

19/ Pensez-vous qu'une forme de soutien soit nécessaire au sein de l'équipe ?

- OUI  NON

Si OUI, qu'est ce qui vous paraît le plus adapté ?

- Groupe de parole
- Entretien individualisé avec une psychologue
- Autre :

20/ Pensez vous nécessaire de faire plus de formations complémentaires ?  OUI  NON

21/ Avez vous des remarques concernant ce questionnaire ou votre vécu de l'IMG ?

Merci pour votre participation.



Mémoire  
Les professionnels médicaux face  
à l'interruption médicale de grossesse

## **RESUME**

Les interruptions médicales de grossesse (IMG) sont des situations difficiles à vivre tant pour les parents que pour les soignants. De la découverte de l'anomalie à l'expulsion en salle de naissances (SDN), les temps de rencontre entre ces deux partis sont lourds en émotions. Au centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen, trente-trois professionnels médicaux de la maternité ont accepté de répondre à une étude d'observation transversale descriptive à l'aide de questionnaires anonymes. Si la majorité ne déclarait pas éprouver de difficultés lors de la prise en charge de ces couples endeuillés, il semble qu'il y ait un besoin de soutien plus présent afin de les aider à avoir un meilleur ressenti de l'accompagnement de ces parents.

## **SUMMARY**

Medical termination of pregnancy are situations that are difficult to live with for both parents and health care team. From the discovery of abnormality to giving birth in delivery room, meetings between the two sides are very emotional. In the university hospital centre of Caen, thirty three medical professionals from the maternity department ward accepted to respond to a cross-sectional descriptive study by anonymous questionnaires. If the majority didn't report problems in the management of these grieving parents, there appeared to be a need for more support to help couples overcome the difficult situations, through support provided to parents.

**Key words - Mots clés :** caregiver – deuil périnatal – fœticide – feticide – interruption médicale de grossesse – perinatal grieving – soignant – soutien – support – termination of pregnancy

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Océanne Bénard