



HAL
open science

Encadrement des étudiants sages-femmes en salles de naissances dans les situations d'interruptions médicales de grossesses et de morts fœtales in utero

Laurenn Veillaud

► **To cite this version:**

Laurenn Veillaud. Encadrement des étudiants sages-femmes en salles de naissances dans les situations d'interruptions médicales de grossesses et de morts fœtales in utero. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01923521

HAL Id: dumas-01923521

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01923521>

Submitted on 15 Nov 2018

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Laurenn VEILLAUD

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**Encadrement des étudiants sages-femmes en salles de
naissances dans les situations d'interruptions
médicales de grossesses et de morts fœtales *in utero***

Soutenu le : 26 Juin 2018

Directeur de mémoire : Michelle SEBAL

JURY

Madame Eléonore Hericher, sage-femme enseignante à l'UVSQ – UFR des sciences de la santé Simone Veil (Montigny-Le-Bretonneux) et présidente du jury

Madame Eléonore Teychené, sage-femme enseignante à l'UVSQ

Madame Valence Ramis, psychologue, Centre Hospitalier A. Mignot (Le Chesnay)

Numéro national d'étudiant : 2505062616Y

Avertissement

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

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement :

- Les membres du jury pour avoir accepté de juger ce travail,
- Michelle SEBAL, psychologue-psychanalyste, pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour ses conseils,
- Sophie BAUMANN, sage-femme enseignante, pour son aide précieuse à chaque étape de ce travail,
- Elodie PROT, référente pédagogique, pour ses suggestions et ses encouragements au long de ces quatre années,
- Toute l'équipe pédagogique pour nous avoir apporté tout ce qu'il faut au cours de ces quatre années,
- Les étudiants et sages-femmes qui m'ont permis de réaliser cette étude,
- Ma promotion et notamment Anaïs et Sybille pour le soutien mutuel et les bons moments passés ensemble,
- Mon papa, près, loin, où qu'il soit, ma source de motivation malgré son absence,
- Ma famille, mon copain et mes amis, pour leurs encouragements, leur soutien lors des moments difficiles et leur appui tout au long de mes études.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ANNEXES	VIII
LEXIQUE	IX
TITRE ET RESUME	X
TITLE AND ABSTRACT	XI
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTES ET CONCEPTS	3
1.1 Définitions de la MFIU et de l'IMG	3
1.2 Rôle de la sage-femme dans les situations d'IMG et MFIU	4
1.3 Le deuil	6
1.3.1 Définition	6
1.3.2 Spécificité du deuil périnatal	6
1.3.3 Les professionnels de santé face au deuil périnatal	6
1.4 Encadrement des étudiants sages-femmes (ESF)	7



1.4.1	Formation des ESF	7
1.4.2	Pédagogie médicale	8
1.5	Problématique	9
1.6	Hypothèses	10
2	METHODOLOGIE	11
2.1	Pré-enquête	11
2.2	Entretiens auprès des sages-femmes	11
2.2.1	Outil méthodologique	11
2.2.2	Thèmes abordés	12
2.2.3	Réalisation de l'étude	13
2.2.4	Analyse de contenu	13
2.2.5	Obligations éthiques et réglementaires	13
3	RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION	14
3.1	Pré-enquête auprès d'étudiants sages-femmes	14
3.1.1	Description de la population d'étude	14
3.1.2	Etudiants et situations d'IMG et de MFIU	15
3.1.3	Avis des étudiants sur la formation initiale	18
3.2	Entretiens avec des sages-femmes	19
3.2.1	Description des sages-femmes interviewées	19
3.2.2	Sages-femmes et situations d'IMG et de MFIU	20
3.2.3	Point de vue des sages-femmes sur l'encadrement des ESF	20
3.2.4	Les ESF en situations d'IMG et MFIU : point de vue des sages-femmes	23
3.2.5	Les couples et l'encadrement des ESF dans ces situations : avis des sages-femmes	24
3.2.6	Le vécu de la prise en charge de ces situations	25
3.2.7	Avis des sages-femmes sur la formation initiale et l'apprentissage	27
3.2.8	Formation continue	30
3.3	Limites et biais, points forts de l'étude	32
3.4	Perspectives	33

CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	40

Liste des figures

Figure 1 – Niveau d'étude des étudiants	14
Figure 2 – Lieu d'étude des étudiants	15
Figure 3 – Raisons de la non participation aux situations d'IMG/MFIU en SDN	15
Figure 4 – Nombre de participations des étudiants aux IMG/MFIU	16
Figure 5 – Ressenti personnel des étudiants lors des IMG/MFIU	16
Figure 6 – Motivations des étudiants pour participer aux IMG/MFIU	17

Liste des annexes

Annexe I : Sondage	41
Annexe II : Grille d'entretien	44
Annexe III : Entretien retranscrit n°1	46
Annexe IV : Entretien retranscrit n°2	58

Lexique

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

ESF : Etudiant Sage-Femme

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

M1 : Master 1

M2 : Master 2

MFIU : Mort Foétale *In Utéro*

SA : Semaine d'Aménorrhée

SDN : Salles de Naissances

Titre et résumé

Objectifs :

Les sages-femmes, présentes en salle de naissances, ont un rôle clé dans l'accompagnement des couples en situations de mort fœtale *in utero* (MFIU) ou d'interruption médicale de grossesse (IMG). Elles ont également un rôle essentiel dans l'apprentissage des compétences, du savoir-faire et du savoir-être des étudiants en stage à leurs côtés. Bien que la pédagogie médicale fasse partie de leurs missions professionnelles, l'encadrement des étudiants dans ces situations d'accompagnement du deuil périnatal n'est pas imposé par les écoles de sages-femmes.

L'objectif de notre étude est donc de mieux comprendre les motivations et les difficultés des sages-femmes dans l'encadrement des étudiants lors des situations d'IMG et de MFIU en salle de naissances.

Matériel et méthodes :

Nous avons dans un premier temps réalisé un sondage auprès de 114 étudiants sages-femmes pour avoir un constat de départ. Puis, nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs auprès de 20 sages-femmes de maternité de niveau 3.

Résultats :

L'étude a permis de mettre en évidence que malgré le souhait des étudiants, leur nombre de participations à ces situations reste à un taux relativement faible. De plus, la totalité des sages-femmes considère l'encadrement des étudiants comme l'une de leurs missions professionnelles, mais seulement un peu plus de la moitié les encadre dans ces situations. Les motivations des étudiants et des sages-femmes quant à la participation à ces situations sont cependant équivalentes, de même que leurs ressentis sur la formation initiale à ce sujet.

Mots-clés : Sage-femme, IMG, MFIU, pédagogie médicale, étudiants

Title and Abstract

Objective :

Midwives, present in the birth room, have a key role in supporting couples in cases of intrauterine foetal death (IFD) or therapeutic abortion (TA). They also play a vital role in teaching the skills, know-how and skills of trainees at their side.

Although medical training is part of their professional mission, the supervision of students in these situations of support for perinatal mourning is not imposed by midwife schools.

The objective of our study is to better understand the motivations and difficulties of midwives in the supervision of students in these situations in the birth place.

Methods :

We first conducted a survey of 114 student midwives to have a preliminary review. Then, we conducted a qualitative study based on semi-structured interviews with 20 qualified (level 3) midwives.

Results and conclusion :

The study revealed that, despite the students' aspirations, their number of participations in these situations remains relatively low. Moreover, all midwives consider student supervision as one of their professional missions, but only a little more than half supervise them in these situations. Motivation however, is shared equally by students and midwives to participate in these situations, as are their feelings about initial training in this area.

Keywords : Midwife, therapeutic abortion, intrauterine foetal death, medical training, students

Introduction

La première phrase qui revient souvent dans le discours des personnes à qui j'annonce mon futur métier est « vous faites le plus beau métier du monde ». En effet, au début de nos études, en tant qu'étudiante, être sage-femme c'est accompagner les couples dans leur projet parental, accueillir des bébés vivants. C'est beau, c'est la concrétisation d'une vie. Nous n'imaginons pas la mort en maternité, ce n'est pas le lieu qui s'y prête. Et pourtant ...

Actuellement, du fait du développement des échographies et des techniques de diagnostic prénatal, le nombre d'interruptions médicales de grossesse (IMG) ne cesse d'augmenter. En effet, le rapport d'activité des Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN) en 2016 recensait environ 7350 IMG pour environ 787 800 naissances vivantes. Ces situations, ainsi que les diagnostics de MFIU, ne sont donc pas rares et font partie du quotidien des sages-femmes, surtout lorsque celles-ci travaillent en maternité de niveau 3.

Les sages-femmes, présentes en salle de naissances ont alors un rôle clé dans l'accompagnement de ces couples en deuil. Elles ont également un rôle essentiel dans l'apprentissage des compétences, du savoir-faire et du savoir-être des étudiants en stage à leurs côtés.

Bien que la pédagogie médicale fasse partie des missions professionnelles des sages-femmes, l'encadrement des étudiants dans ces situations d'accompagnement du deuil périnatal n'est pas imposé par les écoles de sages-femmes. En effet, certaines prises en charge particulières, comme par exemple entre autres l'accouchement par le siège ou celui de jumeaux, sont quantifiés dans un relevé d'actes que l'étudiant tient tout au long de ses années d'études. Ce n'est pas le cas des prises en charge de couples lors de MFIU ou d'IMG.

Nous avons donc voulu savoir au travers de cette étude quelles sont les motivations et les difficultés exprimées par les sages-femmes dans l'encadrement des étudiants lors de ces situations en salle de naissances.

Dans une première partie, nous verrons et expliquerons les concepts retenus. Ensuite, nous exposerons notre méthodologie de recherche ainsi que la problématique choisie. Enfin, nous terminerons par exposer les résultats, l'analyse et la discussion de ceux-ci.

1 Contextes et concepts

Les sages-femmes diagnostiquent et suivent le travail puis réalisent l'accouchement et en surveillent les suites. Elles sont compétentes lors de situations physiologiques (1) et représentent la personne de référence dans l'accompagnement d'une patiente devenant mère. La plupart du temps, il s'agit d'événements heureux, permettant à deux personnes de devenir parents.

Cependant, certaines fois, les couples font face à une situation de perte d'un enfant, et la sage-femme est alors l'une des principales personnes en contact avec elles. Elle doit accompagner la patiente dans ce moment difficile, connaître le souhait des parents (vision du corps, photographies ...) et les informer sur les démarches à suivre (juridiques, législatives ...)(1). Elle doit donc être apte à proposer un accompagnement optimal, jouant un rôle fondamental dans la mise en place du processus de deuil chez ces couples (2).

Parmi les situations de décès périnatal que les sages-femmes peuvent être amenées à gérer, nous avons décidé de nous intéresser aux Morts Foetales *In Utero* (MFIU) ainsi qu'aux Interruptions Médicales de Grossesses (IMG).

1.1 Définitions de la MFIU et de l'IMG

La MFIU correspond à l'arrêt spontané de l'activité cardiaque du fœtus. Elle survient au-delà de 14 semaines d'aménorrhée (SA) et peut avoir lieu avant la mise en travail, pendant le travail ou de façon indéterminée. Les MFIU représentent 2% des grossesses dans le monde, et 0,5% des grossesses dans les pays développés (3). Les principales étiologies retrouvées dans les MFIU sont les causes placentaires, les causes chromosomiques, malformatives et infectieuses (4).

L'IMG correspond à l'interruption d'une grossesse pour raison médicale fœtale

ou maternelle. Selon la loi n°75-17, les IMG peuvent être envisagées à tout terme de la grossesse si celle-ci met en péril la santé de la mère ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une pathologie d'une particulière gravité, incurable au moment du diagnostic (5). Après 22 SA (seuil de viabilité défini par l'OMS (6) et le ministère de la Santé (7)), les fœtus peuvent naître vivant, il est donc nécessaire de réaliser *in utero*, en amont de la naissance, un geste d'arrêt de vie, c'est-à-dire un foeticide. Ce geste est effectué sous contrôle échographique par le gynécologue-obstétricien (8).

Les IMG représentent 40 à 50% des mort-nés en France (9). Le rapport d'activité des CPDPN en 2016 recensait environ 7350 IMG pour environ 787 800 naissances vivantes (10).

1.2 Rôle de la sage-femme dans les situations d'IMG et MFIU

Les sages-femmes sont présentes tout au long de l'hospitalisation de la patiente. En effet, elles peuvent faire de manière fortuite le diagnostic d'une MFIU chez une patiente lors d'une consultation ou de leur admission aux urgences obstétricales, elles sont très souvent présentes lors de l'annonce aux futurs parents du décès fœtal ; elles peuvent aussi être la personne qui va découvrir une malformation lors d'une échographie (7, 11). Elles font également partie de l'équipe pluridisciplinaire des CPDPN et réalisent par ce biais les consultations pré-IMG et post-IMG ou post-MFIU (11).

Ce sont également elles qui accompagnent le couple en salle de naissances, du déclenchement de l'accouchement jusqu'au retour dans le service des grossesses pathologiques après l'accouchement. Elles sont souvent présentes lors de la mise en place de l'anesthésie péridurale, lors du foeticide le cas échéant, et jusqu'à l'accouchement.

Ces situations sont difficiles à gérer pour les sages-femmes comme pour l'ensemble du personnel soignant. Des protocoles sont souvent réalisés dans les services afin d'aider les équipes en ce qui concerne la prise en charge globale. Cependant, la relation à adopter face aux couples ne peut être détaillée dans un protocole. En effet, dans ce contexte les sages-femmes ont recours à leurs ressources personnelles, leur savoir-faire et leur savoir-être ainsi qu'à leur expérience qui se développe au fur et à mesure de leur pratique. Elles vont accompagner les couples dans le processus de deuil périnatal, afin que ce moment tragique se déroule au mieux pour eux. Dans ce contexte, l'observation et « le compagnonnage par les pairs » jouent un rôle fondamental dans la façon d'appréhender les choses.

Après l'accouchement, les parents ont la possibilité de voir le corps de leur enfant. Cette rencontre avec l'enfant facilite le processus de deuil. La sage-femme s'occupe de mesurer, peser, nettoyer et habiller l'enfant avant de présenter le corps aux parents. Dans tous les cas, même si les parents ne désirent pas voir leur enfant, des photos sont prises, qui resteront dans le dossier médical de la mère et pourront être récupérées ultérieurement. Le bracelet de l'enfant peut être remis aux parents et des empreintes peuvent être faites à leur demande (12).

La sage-femme et l'auxiliaire de puériculture sont alors face à une peine immense, à un chagrin, à une douleur dévastatrice. Elles vont accompagner les parents, et s'occuper de l'enfant : non pas prendre soin de lui vivant, mais s'occuper de lui mort, de son corps, le vêtir, le confier aux parents qui souhaitent passer un moment avec lui. Face à la douleur de l'autre, le personnel soignant est là, permettant aux couples d'exprimer leurs sentiments, d'être à leur écoute (13).

Le rôle de la sage-femme est donc essentiel. La qualité de cet accompagnement va conditionner le vécu des parents et donc la mise en place du deuil. Il est indispensable que la prise en charge soit optimale (14, 15).

1.3 Le deuil

1.3.1 Définition

Le deuil est un terme qui vient du latin « dolere » qui signifie souffrir (16). Cette souffrance est causée par la mort d'une personne. Il s'agit d'un « travail psychique de soi sur soi » après la perte d'un être cher avec qui l'endeuillé avait un lien affectif fort.

Le deuil est accompagné de modifications physiques, psychologiques et comportementales. Les symptômes physiques et comportementaux sont soit aigus (sensation de détresse physique, faiblesse musculaire ...) soit chroniques (troubles de l'appétit, du sommeil, fatigue, asthénie ...)(17).

1.3.2 Spécificité du deuil périnatal

Le deuil périnatal est spécifique. Il se rapporte à un « être non-né », sans souvenirs mais avec un investissement affectif, des projets et des espoirs. Lors d'un deuil classique, l'endeuillé peut se rappeler des souvenirs partagés avec la personne décédée. Dans le cas de la perte d'un nouveau-né, les parents n'ont pas de souvenirs communs, il ne s'agit que de représentations mentales, surtout si ces derniers n'ont pas vu le corps de leur enfant. (18).

Selon Fohn, le décès périnatal entraîne un deuil particulier pour plusieurs raisons : l'enfant n'a pas eu d'existence autonome, en tant qu'être distinct de ses parents (de sa mère à fortiori). Les parents n'ont pas d'expériences concrètes ni de souvenirs réels de celui-ci. L'enfant reste un objet fantasmatique, idéal et idéalisé. Ils ont essentiellement à faire le deuil de désirs, d'espoirs et de rêves. Cette perte est contraire à la nature même d'une grossesse (19).

1.3.3 Les professionnels de santé face au deuil périnatal

Ainsi, au delà de la responsabilité qu'impose la prise en charge d'une MFIU ou d'une IMG, la sage-femme est confrontée de très près à la souffrance du couple. Cet

accompagnement se révèle toujours difficile et génère des émotions profondes qui marquent les soignants (20). Cela peut s'avérer traumatisant pour le professionnel de santé, parfois insupportable. Les sages-femmes ressentent de la tristesse ou de la compassion et sont confrontées à toutes sortes d'émotions en lien avec leurs expériences professionnelles mais aussi avec leur propre histoire de vie. Ces situations mobilisent beaucoup d'énergie de leur part et requièrent une disponibilité importante. Cependant, avec l'expérience, les sages-femmes se disent plus « aptes » à faire face aux réactions des couples endeuillés (21) mais aussi à leurs sentiments personnels.

1.4 Encadrement des étudiants sages-femmes (ESF)

1.4.1 Formation des ESF

Dans ces situations, l'accompagnement des parents est fondamental. Une formation est alors indispensable. La formation initiale correspond aux études de sage-femme amenant au Diplôme d'Etat, et la formation continue est celle qui sera suivie tout au long de la profession, afin de réactualiser les connaissances (1).

Les études de sage-femme sont de 5 ans après le baccalauréat. Pour devenir sage-femme, il faut obtenir le Diplôme d'Etat de sage-femme qui se prépare en quatre années dans une école ou une faculté après avoir réussi la première année commune aux études de santé (22). Ces quatre années sont séparées en deux cycles distincts. Le premier cycle est composé d'enseignements théoriques et pratiques qui permettent aux étudiants d'acquérir les bases de la physiologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique. Le deuxième cycle est lui consacré à l'apprentissage du diagnostic et à la connaissance de la pathologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique (23).

Lors des stages, les étudiants peuvent apprendre à accompagner un couple dans ces différentes situations, en plus de la formation théorique qui leur est dispensée. L'arrêté du 19 Juillet 2011 ainsi que l'arrêté du 11 Mars 2013 décrivent

les enseignements et stages obligatoires à la formation, mais ne spécifient que rarement ces situations de décès périnataux. L'arrêté de 2011 mentionne les situations cliniques particulières ainsi que la psychologie des situations de vulnérabilité (24). L'arrêté de 2013 quant à lui évoque les situations périnatales spécifiques ou difficiles (25).

L'enseignement théorique n'étant pas suffisant, les étudiants peuvent alors se former en pratique sur ces situations lors des stages. En effet, le code de déontologie stipule que la sage-femme a le devoir, dans le cadre de son exercice professionnel, de contribuer à la formation des étudiants (26). Elle doit également favoriser chez les futures sages-femmes le développement professionnel par la réflexion et la discussion (1).

Les sages-femmes acquièrent au cours de leur formation trois compétences complémentaires entres-elles. On distingue le savoir qui regroupe la théorie et les connaissances, le savoir-faire qui est l'apprentissage des gestes techniques et enfin le savoir-être qui correspond aux comportements et aux attitudes à avoir face aux patientes et aux couples.

Le savoir s'acquière lors de la formation initiale et le savoir-faire lors de la pratique durant les stages. Enfin le savoir-être s'obtient avec l'expérience mais aussi avec l'observation des pairs et nécessite d'être transmis, notamment durant les stages (1).

1.4.2 Pédagogie médicale

Dans le cadre de la formation initiale, l'expérience se construit sur les terrains de stage, les modèles sont alors les sages-femmes qui vont transmettre leurs propres savoirs. En effet la notion de communicabilité, de transmission du savoir fait partie intégrante de sa définition (27).

Dans la formation initiale, l'apprentissage se fait par alternance, c'est-à-dire avec une succession de périodes de stage en situation professionnelle et de périodes de cours théoriques. La durée et la fréquence de ces périodes sont définies

par l'école (28).

Ces rencontres avec les professionnels permettent à l'étudiant de développer ses compétences, son savoir-être et d'avancer dans la construction de son identité professionnelle.

Pour une supervision efficace et un apprentissage pour l'étudiant, la sage-femme doit posséder des capacités pour un encadrement idéal (29).

Les stages permettent donc :

- Un encadrement : les étudiants sont guidés et accompagnés tout au long de leurs stages, permettant la réalisation de gestes et l'apprentissage de l'urgence et du savoir-être.
- Un enseignement : cela permet aux étudiants de progresser en fonction de leurs objectifs.
- Une évaluation : les sages-femmes participent aux évaluations cliniques des étudiants (30).

1.5 Problématique

Le décès d'un fœtus est une épreuve difficile pour un couple. L'accompagnement et la prise en charge des parents lors de ces situations sont primordiaux. Il est alors nécessaire pour les étudiants d'apprendre lors de leurs stages comment accompagner au mieux ces personnes. Bien que la pédagogie médicale fasse partie des missions professionnelles des sages-femmes, aucune obligation n'est faite de la part des écoles de sages-femmes dans l'encadrement des étudiants lors des situations de MFIU ou d'IMG.

Notre problématique est donc la suivante : quelles sont les motivations et les difficultés des sages-femmes hospitalières pour l'encadrement des étudiants sages-femmes dans les situations de MFIU et d'IMG en salles de naissances ?

1.6 Hypothèses

Nous avons établi les hypothèses suivantes :

- La formation à un accompagnement de qualité pour les couples dans ces situations constitue la principale motivation des sages-femmes à encadrer les étudiants

- Les sages-femmes n'encadrent pas les étudiants afin de protéger les étudiants

- Les sages-femmes n'encadrent pas les étudiants afin de protéger le couple

2 Méthodologie

2.1 Pré-enquête

En l'absence de littérature à ce sujet, nous avons réalisé un sondage auprès des étudiants sages-femmes (ESF) d'Ile-de-France en deuxième cycle. Celui-ci nous a permis d'établir un constat de départ (plus concret que nos simples impressions) sur le nombre d'expériences d'accompagnements en situations de deuil périnatal réalisés par les étudiants ainsi que leurs ressentis et leurs volontés de participer ou non à ces situations. Cette première phase nous semblait importante à réaliser pour justifier notre étude auprès des professionnels et enrichir le contenu et l'analyse des entretiens menés avec les sages-femmes.

Le sondage (Annexe n°1) destiné aux étudiants en Master 1 (M1) et Master 2 (M2) a été mis en ligne durant 1 mois sur le site internet Google Form. Nous avons contacté les bureaux des étudiants et les directrices des quatre écoles parisiennes de sages-femmes afin de diffuser le lien internet pour y répondre.

Il était composé de 18 questions qui nous permettaient de recueillir des informations sur la population d'étude et d'aborder la participation des étudiants aux situations d'IMG et de MFIU, leurs ressentis et leurs avis sur la formation initiale par rapport à ces situations.

L'objectif était de récupérer au moins cent questionnaires. Nous avons eu 114 participations.

2.2 Entretiens auprès des sages-femmes

2.2.1 Outil méthodologique

La méthode retenue pour mener à bien cette étude a été de réaliser une étude

qualitative basée sur la technique des entretiens individuels semi-directifs. Nous avons choisi de réaliser des entretiens afin d'avoir le ressenti des sages-femmes plutôt que des questionnaires pour lesquels le ressenti aurait été exprimé de façon différente et incomplète. Il nous semblait important de prendre en compte le verbal et le non-verbal (gestes, silences, rires, gêne, crispation ...etc).

Les entretiens ont été réalisés auprès de sages-femmes hospitalières en maternité de niveau 3 car elles sont souvent confrontées à ces situations de décès périnatal. Afin de recruter notre population, un e-mail détaillant l'objectif de notre étude et nos coordonnées a été envoyé à toutes les sages-femmes cadres des maternités de niveau 3 d'Île-de-France (soit 15 maternités), afin que ces dernières le transfèrent aux sages-femmes de leurs équipes. L'objectif de l'étude était de recruter une quinzaine de sages-femmes.

Les critères d'inclusion de la population étudiée regroupaient des sages-femmes de niveau 3, travaillant en salles de naissances et en activité.

2.2.2 Thèmes abordés

La grille d'entretien (Annexe n°2) a été construite afin de répondre au mieux aux objectifs et hypothèses fixés par notre étude. Elle a été établie de façon à respecter l'anonymat des participants, les réponses ne permettant pas d'identifier les personnes interrogées.

Cette grille d'entretien nous a permis d'aborder plusieurs thèmes. Nous avons tout d'abord des questions permettant de décrire notre population d'étude. Puis nous avons traité de la position des sages-femmes dans l'encadrement général des étudiants, et plus spécifiquement dans l'encadrement lors des situations d'IMG et de MFIU. Puis il a été évoqué la position des étudiants, des couples et des sages-femmes face aux situations d'IMG et MFIU. Nous avons ensuite abordé le ressenti des sages-femmes lors de ces situations, leur vécu personnel et professionnel. Enfin, les questions suivantes s'intéressaient à la formation initiale des étudiants et la formation continue des sages-femmes.

2.2.3 Réalisation de l'étude

20 sages-femmes ont accepté d'intégrer notre étude. Nous nommerons les sages-femmes n°1 à n°20, dans l'ordre de réalisation des entretiens.

17 entretiens ont été réalisés par téléphone. Pour les trois derniers, le premier a été réalisé via le logiciel Skype®, le second au domicile de la sage-femme et enfin le troisième a été réalisé à la maternité où est employée la professionnelle de santé. Les entretiens ont duré en moyenne 17 minutes.

2.2.4 Analyse de contenu

L'effectif de l'échantillon de population (n=20) ne permet évidemment pas de considérer les résultats de cette étude comme statistiques et représentatifs, mais il s'agit de décrire et analyser les expériences et le ressenti des sages-femmes.

La grille d'entretien a été testée lors de deux premiers entretiens. N'ayant pas apporté de modifications à notre outil, nous avons intégré ces deux entretiens à notre étude. Ils ont été enregistrés, retranscrits puis analysés par thèmes et groupes d'idées, en effectuant des croisements afin d'obtenir d'une part des récurrences dans les discours et voir apparaître les groupes d'idées les plus forts, et d'autre part les spécificités et les exceptions discursives. Nous avons également analysé des champs lexicaux, notamment afin de décrire le ressenti des sages-femmes.

2.2.5 Obligations éthiques et réglementaires

Préalablement à la réalisation de l'entretien, le consentement libre et éclairé des participants a été recueilli. Nous les avons informés de l'objectif, de la méthodologie et de la durée de l'étude, de leur droit de refuser d'y participer ou bien de retirer leur consentement à tout moment. N'ayant pas de données identifiantes lors de ces entretiens, l'anonymat des sages-femmes était respecté. Nous avons également demandé au préalable l'accord des participants pour l'enregistrement par dictaphone des entretiens et leur avons attesté que ceux-ci étaient confidentiels et utilisés uniquement dans le cadre de notre étude.

3 Résultats, analyse et discussion

3.1 Pré-enquête auprès d'étudiants sages-femmes

3.1.1 Description de la population d'étude

Les participants de notre pré-enquête sont au nombre de 114 : 111 femmes et 3 hommes. Le lien de la pré-enquête a été envoyé à 295 étudiants, le taux de participation est donc de 38,6%. Pour les étudiants en M1, le taux de participation est de 41,9% et pour les étudiants en M2, il est de 34,8%.

L'âge moyen est de 22,76 ans, avec un âge minimum de 21 ans, et un âge maximum de 39 ans. Les figures 1 et 2 montrent le lieu et le niveau d'études des étudiants ayant répondu au questionnaire.

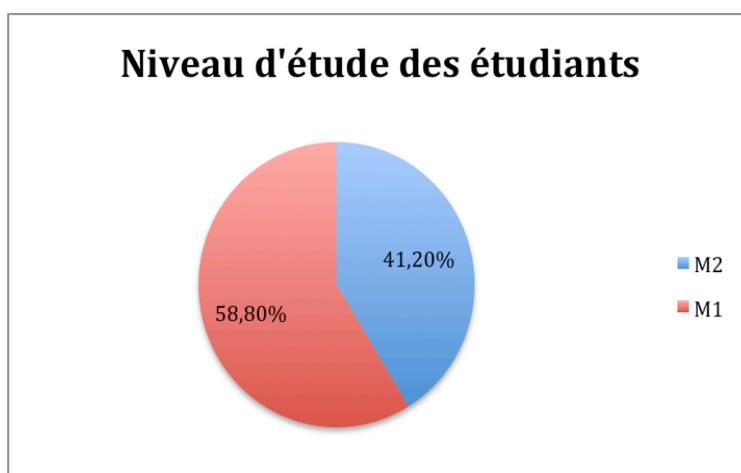


Figure 1 – Niveau d'étude des étudiants

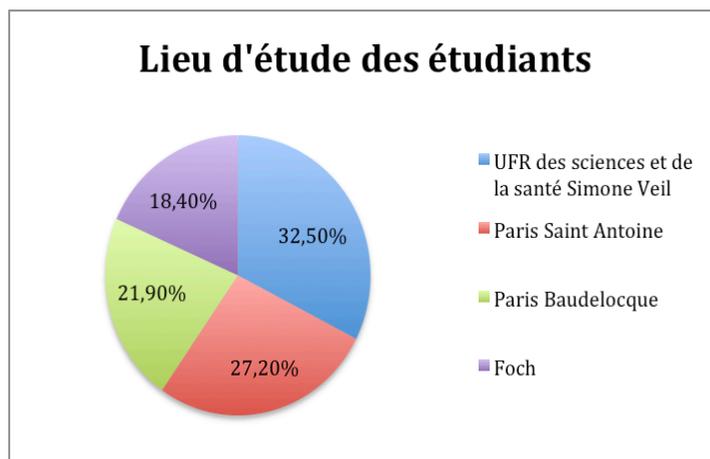


Figure 2 – Lieu d'étude des étudiants

3.1.2 Etudiants et situations d'IMG et de MFIU

70,2% (80/114) des étudiants n'ont jamais participé à la prise en charge d'une situation d'IMG ou de MFIU en salles de naissances.

Nous leur avons demandé pourquoi ils n'y avaient jamais participé (Figure 3).

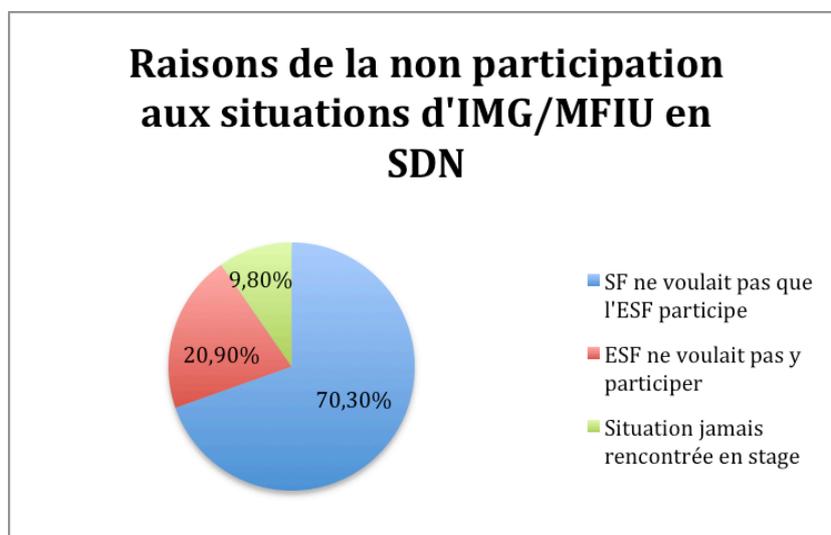


Figure 3 – Raisons de la non participation aux situations d'IMG/MFIU en SDN

Concernant les 29,8% (n=34) d'étudiants ayant déjà participé à ces situations, voici leur nombre de participations :

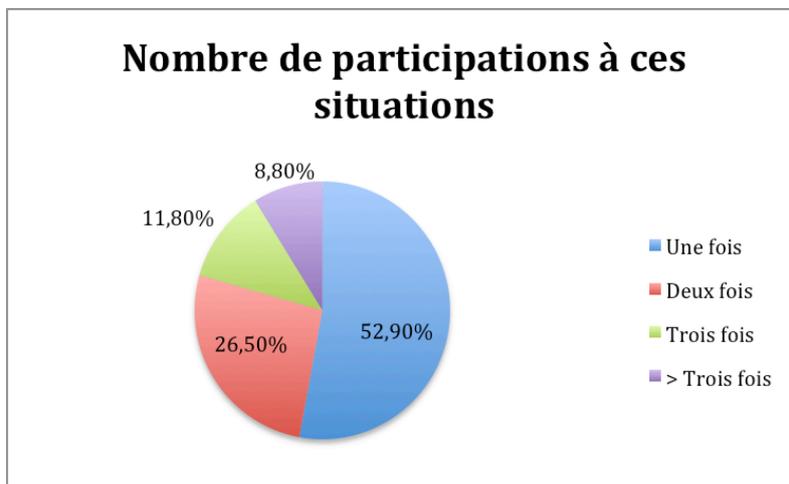


Figure 4 – Nombre de participations des étudiants aux IMG/MFIU

La grande majorité des étudiants ayant été encadrés dans une situation de MFIU/IMG ne l'a été qu'une ou deux fois (79,4%), ce qui nous semble insuffisant pour acquérir une certaine expérience. Ainsi, interrogés sur leur ressenti lors de ces situations, nous pouvons voir ci-dessous les réponses des étudiants :

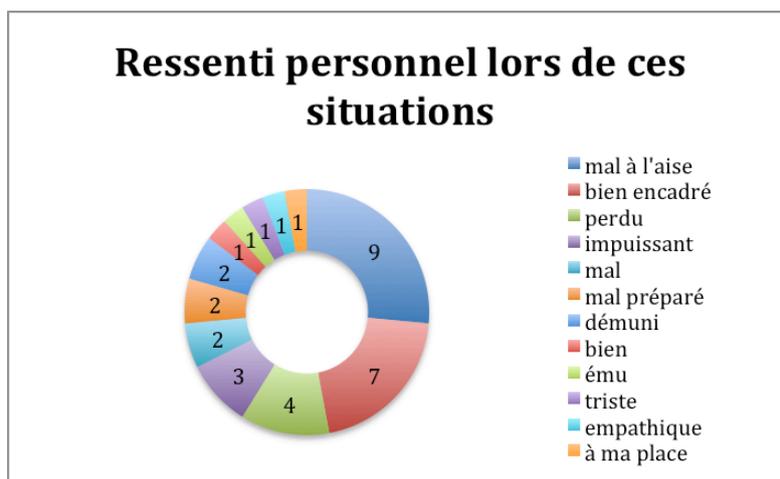


Figure 5 – Ressenti personnel des étudiants lors des IMG/MFIU

Dans notre population d'étude, 87,7% (n=100) des étudiants souhaiteraient

pouvoir participer plus souvent à l'accompagnement des couples dans ces situations en salles de naissances.

Nous leur avons demandé leurs motivations principales quant à la réponse précédente :

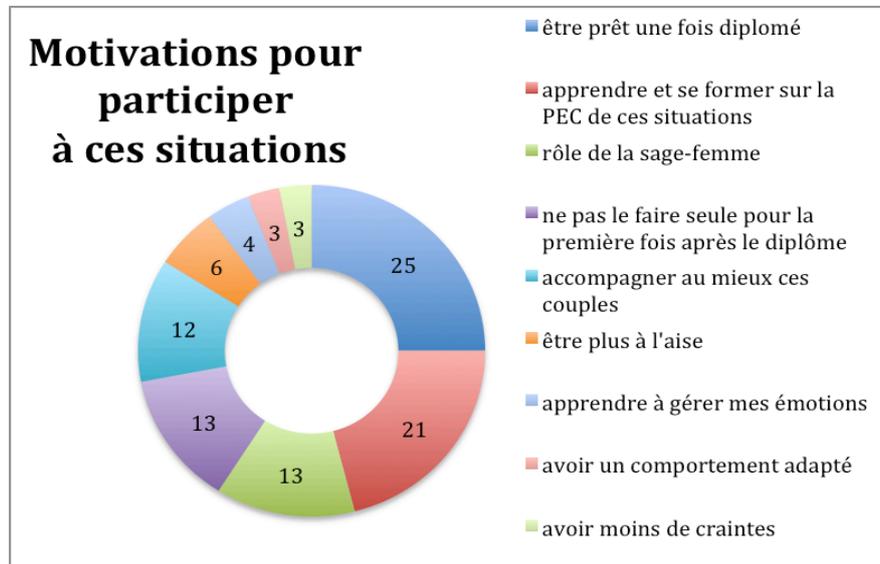


Figure 6 – Motivations des étudiants pour participer aux IMG/MFIU

Les 12,3% d'étudiants ne souhaitant pas participer à ces situations se justifient par le fait qu'il s'agisse pour 2 d'entre eux d'une « prise en charge particulière » ; 3 considèrent que la « position de l'étudiant n'est pas adaptée pour ces situations » et pour 3 autres il s'agit de situation « pas agréable à prendre en charge ». Enfin, 3 étudiants refusent d'y participer pour des « raisons éthiques » et 3 ne se sentent « pas prêt ».

Nous pouvons voir que ces résultats sont discordants. En effet 87,7% des étudiants souhaiteraient participer à la prise en charge des situations d'IMG et MFIU en salles de naissances. Les principales raisons évoquées sont principalement d'être prêts et formés à l'accompagnement des couples dans ces situations particulières et d'ordre éthique (« jamais la 1^{ère} fois sur la patiente »). Les raisons plus personnelles (gestion des émotions, pénibilité de la situation et craintes) sont des raisons moins évoquées. Néanmoins seulement 29,8% y ont déjà participé.

3.1.3 Avis des étudiants sur la formation initiale

Nous avons demandé aux étudiants s'ils considèrent que la formation initiale est suffisante pour prendre en charge globalement une situation de MFIU ou IMG après leur diplôme.

Pour 54,4%, soit 62 étudiants de l'étude, la réponse était non. Pour 14% d'entre eux elle est suffisante, et enfin 31,6% ne savent pas.

Parmi les 62 étudiants considérant que la formation initiale n'est pas suffisante, 20 d'entre eux considèrent qu'il n'y a pas assez de pratique en stage. Nous avons retenu la citation de plusieurs d'entre eux : « *L'apprentissage doit être fait en stage, mais trop peu accepté par les sages-femmes qui préfèrent nous épargner ça* » ; « *Parce que la plupart du temps on évite aux étudiants de prendre ces cas en charge* » ; « *Ce que l'on a le plus besoin c'est la pratique [...], les soignants ne nous laissent pas forcément car c'est trop dur et qu'ils veulent nous protéger* ».

Pour 31 des étudiants, la formation théorique initiale n'est pas suffisante. En effet, pour certains il n'y a « *pas assez d'heures de cours consacrées à cela* », pour d'autres elle est « *incomplète* ». Certains trouvent qu'il y a « *peu de cours sur l'accompagnement psychologique* » et d'autres encore souhaiteraient rajouter à la formation des « *mises en situations pratiques* ».

15 étudiants nous indiquent n'avoir pas eu de cours « *pour le moment* », il s'agit en effet d'étudiants en M1.

Enfin, 3 étudiants considèrent que la théorie sur ces situations est abordée tard dans la formation. L'un d'eux nous indique « *on est vite face à ça et nous ne savons pas comment réagir* » et un autre dit « *on en rencontre dans nos stages bien avant ces cours, on ne sait pas comment réagir et encore moins accompagner la patiente* ».

En conclusion, **70,2%** des étudiants répondant à notre enquête n'ont jamais participé à l'accompagnement d'un couple en situation de MFIU/IMG alors que parmi eux, **87,7%** souhaiteraient être confronté à ces situations pendant leurs études afin de mieux accompagner les couples une fois diplômés. De plus, dans **70%** des cas, c'est à cause d'un refus du professionnel les encadrant.

Nous allons essayer d'étayer cette question à l'aide des résultats des entretiens afin de mieux comprendre quels sont les freins pouvant motiver le refus d'encadrer les étudiants dans ces situations.

3.2 Entretiens avec des sages-femmes

3.2.1 Description des sages-femmes interviewées

Nous avons réalisé 20 entretiens : 19 femmes et 1 homme ont participé à notre étude. L'âge moyen des personnes interrogées est de 34,75 ans. La plus jeune a 24 ans, et la plus âgée 49 ans.

Les sages-femmes rencontrées ont en moyenne 11 années d'expérience en tant que sage-femme, avec un minimum de 1 an et demi et un maximum de 31 ans.

Concernant les écoles dans lesquelles les personnes interrogées ont réalisé leurs études, 5 d'entre eux étaient à l'UFR des sciences et de la santé Simone Veil (anciennement l'école de Poissy), 5 étaient à l'école de Baudelocque, 2 étaient à Foch. Pour les 8 personnes restantes, il s'agit des écoles de Lyon, Limoges, Rennes, Paris Saint Antoine, Dijon, Bordeaux, et enfin la dernière a étudié en Belgique.

19 sages-femmes travaillaient au moment de l'étude en Ile-de-France et une seule travaillait en Province. La totalité travaillant en niveau 3.

3.2.2 Sages-femmes et situations d'IMG et de MFIU

19 sages-femmes prennent en charge très régulièrement des IMG et MFIU en salles de naissances. La sage-femme restante, diplômée depuis peu n'a fait que trois suivis sans aboutir à l'accouchement.

3.2.3 Point de vue des sages-femmes sur l'encadrement des ESF

3.2.3.1 Encadrement en général des ESF

La totalité des sages-femmes considère qu'encadrer les étudiants relève de leurs missions professionnelles.

Lorsque nous leur demandons de nous expliquer pourquoi, 7 considèrent que la pratique est essentielle pour apprendre le métier, 6 pensent qu'il est indispensable de transmettre leur métier aux étudiants au travers des stages, 3 considèrent que cela fait parti du rôle de la sage-femme et que l'avenir du métier en découle et enfin 1 nous indique que cela est une des missions de l'hôpital public.

La moitié se sent à l'aise pour encadrer les étudiants dans toutes les situations. Néanmoins, l'autre moitié ressent des difficultés pour l'encadrement, notamment dans les situations d'urgences, dans les situations à risque (comme l'accouchement d'un fœtus en siège, d'une grossesse gémellaire), dans les situations de morts fœtales ou d'IMG, en cas d'accouchement sous le secret, lorsqu'il s'agit d'une patiente mineure et enfin lorsqu'il s'agit d'encadrer un étudiant que la sage-femme ne connaît pas encore.

En effet, une professionnelle nous dit « *toutes les situations non, c'est à dire que dans les situations d'urgence comme les hémorragies là c'est pas possible* »^{n°2}, une autre nous indique « *tout ce qui est IMG, mort fœtale, HRP, ce genre de situation c'est compliqué* »^{n°14}.

3.2.3.2 Encadrement des ESF dans les situations particulières d'IMG/MFIU

Plus de la moitié (n=12) des sages-femmes affirme encadrer les étudiants dans les situations d'IMG/MFIU.

Ce premier résultat semble discordant avec les résultats obtenus auprès des étudiants. En effet, 70,2% d'étudiants n'ont jamais participé à une prise en charge de ces situations. Parmi eux, 70,3% ne l'ont pas fait à cause d'un refus de la sage-femme les encadrant ce jour-là.

De plus, malgré le fait que la totalité des sages-femmes interrogées considèrent qu'encadrer les étudiants fasse partie de leurs missions professionnelles et que la pratique leur semble essentielle pour apprendre le métier, seules 12 encadrent les étudiants dans les situations d'IMG et MFIU.

Leurs principales motivations sont de transmettre leur savoir et permettre aux étudiants d'apprendre (n =7) et d'être préparés (n= 3) pour leur future pratique. En effet, pour elles, « *si on n'apprend pas avant d'être professionnel, on risque d'être en difficulté* »^{n°5}. De plus, il s'agit d'une « *facette* »^{n°8} du métier de sage-femme.

Pour l'une d'entre elle, il est « *très important* »^{n°6} d'encadrer les étudiants afin qu'ils soient formés pour accompagner au mieux les couples dans ces situations. Il est « *difficile d'avoir les bons mots sur une première fois sans avoir été encadré avant* »^{n°11}.

Cependant, 2 sages-femmes n'encadrent que des étudiants de dernière année, car elles considèrent qu'il faut « *acquérir de la maturité* »^{n°18} et qu'en dernière année l'étudiant aborde « *la pathologie* »^{n°17} et peut donc y participer.

Notre 1^{ère} hypothèse était qu'une formation à un accompagnement de qualité pour les couples dans ces situations constitue la principale motivation des sages-femmes à encadrer les étudiants ; cette 1^{ère} hypothèse est validée.

De plus, nous pouvons constater que les étudiants ont quasiment les mêmes motivations que les sages-femmes pour la participation à ces situations. En effet, les

deux populations parlent d'apprendre et de former/d'être formé à la prise en charge de ces situations particulières. De plus ils souhaitent être préparés une fois diplômé et ne pas le faire seul pour la première fois après le diplôme. Enfin, ils abordent le fait qu'il s'agisse du rôle de la sage-femme d'accompagner les couples dans ces situations, c'est pour cela qu'il est important de former les étudiants.

La majorité (n=10/12) des sages-femmes encadrant les étudiants dans ces situations disent ne pas rencontrer de difficultés pour les encadrer. Les 2 sages-femmes restantes en rencontrent notamment par un « *manque de maturité* »^{n°18} de la part de l'étudiant ainsi que par le fait qu'il s'agisse de situation « *atypique* »^{n°8} avec un accompagnement qui n'est pas « *banal* »^{n°8}.

Concernant les 8 sages-femmes qui n'encadrent pas les étudiants en cas d'IMG ou MFIU :

Certaines (n=3) souhaitent protéger le couple, d'autres (n=3) veulent « *préserver* »^{n°14} l'étudiant et ne pas le « *choquer* »^{n°9} parce qu'elles les considèrent « *trop jeunes* »^{n°9}, pas assez mature et n'ayant pas assez de « *confiance* »^{n°20} en eux. Pour 3 d'entre-elles il s'agit d'une situation « *délicate* »^{n°14}, « *difficile* »^{n°4}, où elles ne se sentent « *pas à l'aise* »^{n°3} personnellement et elles ne souhaitent donc pas les encadrer. Enfin 2 sages-femmes nous expliquent qu'ils s'agit de « *choix* »^{n°15} de l'équipe, « *d'habitude de services* »^{n°14} de ne pas faire participer les étudiants à ces situations.

Nous avons retenu quelques citations prononcées par les sages-femmes :

- N°2 : « *Je ne préfère pas prendre de risques pour ce couple qui est déjà trop dans l'épreuve.* »
- N°4 : « *Quand il y a une IMG en salle les étudiants ne s'en occupent pas quoi.* »
- N°9 : « *On cachait les choses, un peu tabou en fait. [...] J'ai le sentiment qu'on voulait protéger les autres de pas leur montrer. [...] parce qu'on voulait pas les choquer.* »

- N°14 : « *J pense que c'est surtout plus facile pour une sage-femme d'encadrer un étudiant [...] sur une patiente normale entre guillemet plutôt que sur une mort foetale.* »
- N°15 : « *C'est plus un choix de l'équipe qu'un choix personnel [...] on considère dans notre équipe que c'est un peu tôt [...].* »

Ainsi, concernant notre 2^{ème} hypothèse qui amenait à penser que les sages-femmes se refusaient à encadrer les étudiants afin de les protéger de ces situations difficiles, nous ne sommes pas en mesure de la valider. En effet, même si cette idée est avancée par certaines sages-femmes interrogées, elle reste minoritaire.

3.2.4 Les ESF en situations d'IMG et MFIU : point de vue des sages-femmes

Presque la moitié des SF rencontrées (n=9) pense que la plupart des étudiants sont demandeurs de participer à ces situations. 5 sages-femmes pensent que cela dépend des étudiants et enfin 6 pensent que la majorité des étudiants ne sont pas demandeurs. L'une d'entre elles nous parle même de « *côté obscur du métier* »^{n°3} que les étudiants n'ont pas envie de découvrir.

Cela ne correspond cependant pas à l'avis des étudiants. En effet, ces derniers souhaiteraient à 87,7% pouvoir participer à ces situations. Ainsi on peut voir ici une sorte « d'incompréhension » entre étudiants et professionnels. D'une part, les étudiants sont en demande d'être encadrés, accompagnés, presque « sécurisés » par leurs pairs pendant leurs études afin de mieux vivre ces situations difficiles et être, une fois seuls, à même de fournir le meilleur accompagnement aux couples. D'autres part, certains professionnels pensent que les étudiants n'ont pas envie de participer à ces situations, qu'ils n'ont pas envie de s'y confronter (ce qui n'est vrai, nous avons pu le constater dans notre pré-enquête, que pour une très petite minorité d'étudiants).

La quasi-totalité des professionnels interrogés (n=18) pense qu'encadrer les étudiants dans ces situations est bénéfique pour eux. Ils se justifient par le fait qu'il faut apprendre et approfondir la théorie qui est insuffisante pour être aptes et à l'aise et ne pas le faire pour la première fois une fois diplômé. L'un des professionnels dit que « *si on n'a jamais été confronté à ça pendant ses études c'est normal d'en avoir peur* »^{n°6}.

Nous pouvons voir que ce discours est une fois de plus discordant avec le nombre de sages-femmes encadrant des étudiants ou le nombre de participations des étudiants. En effet, seules 12 sages-femmes encadrent les étudiants dans ces situations, et seuls 29,8% des étudiants y ont déjà participé. Nous pouvons donc penser que les freins impliqués sont d'une autre nature. En effet, peut-être que les sages-femmes n'encadrent-elles pas les étudiants dans ces situations tout simplement parce que ces situations sont particulièrement difficiles à vivre pour elles, même si « cela fait partie du métier » ?

Les deux sages-femmes restantes considèrent que cela peut être bénéfique seulement si l'étudiant est demandeur. L'une des deux nous indique qu'elle pense que « *ça peut être, peut-être pas traumatisant, mais pas loin* »^{n°15} si l'étudiant ne souhaite pas y participer.

3.2.5 Les couples et l'encadrement des ESF dans ces situations : avis des sages-femmes

Dans notre étude, 7 sages-femmes considèrent qu'encadrer un étudiant n'est pas bénéfique pour le couple dans ces situations. L'une d'entre elles trouve ça « *difficile* »^{n°4} pour le couple. Une autre nous dit « *plus on est en petit comité, mieux c'est* »^{n°7} et que « *le couple a pas à avoir un cours d'obstétrique alors qu'ils sont en train de vivre cette situation* »^{n°7}.

6 sages-femmes pensent que cela peut être bénéfique pour le couple, du fait qu'il y ait « *peut-être plus de disponibilités* »^{n°5}, que « *l'étudiant est toujours là,*

toujours gentil »^{n°11} ou encore parce qu'encadrer un étudiant permet d'avoir une « *personne supplémentaire qui [est] attentive* »^{n°18}.

Il y a 4 sages-femmes qui ne savent pas si cela apporte un bénéfice pour le couple.

Enfin, 3 sages-femmes pensent que cela peut être bénéfique, ou peut ne pas l'être. En effet, cela dépend de l'étudiant. L'une d'entre elles se justifie par « *ça dépend des étudiants [...] y'en a des très bons et d'autres moins [...], le fait de faire des gaffes, [...] peut marquer et avoir un effet négatif pour après* »^{n°3}.

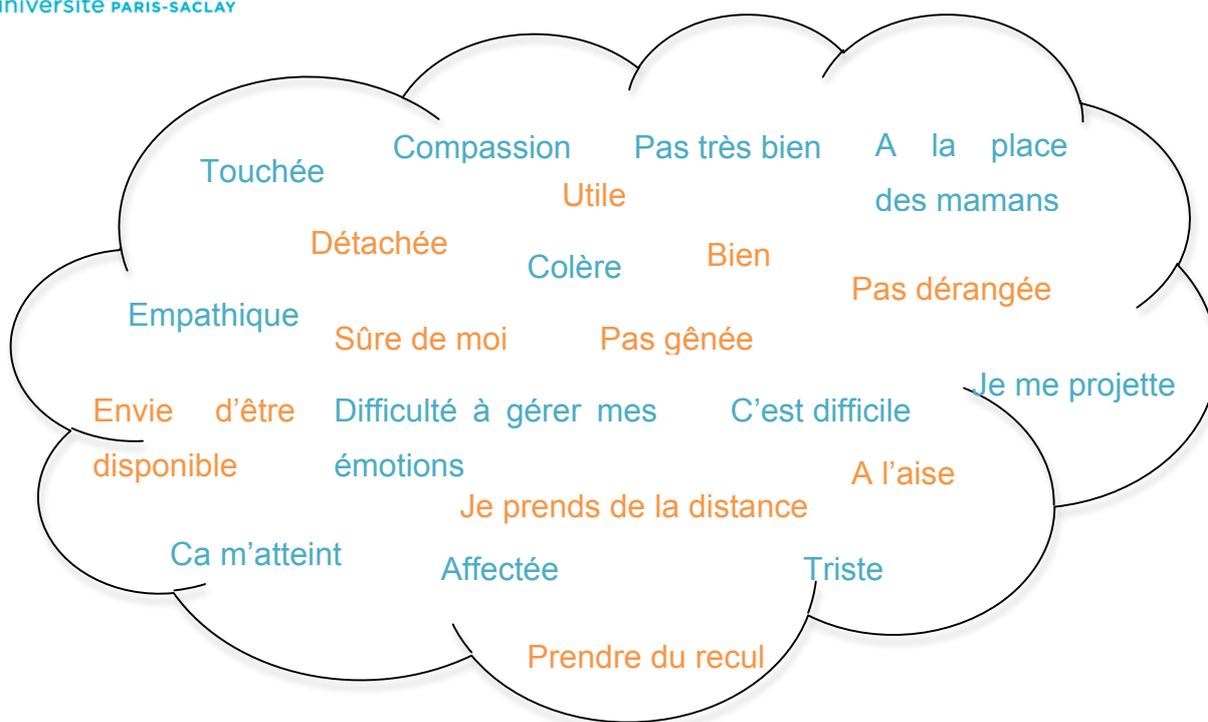
Au vu de ces avis très partagés, nous ne pouvons donc pas valider notre 3^{ème} hypothèse qui était que les sages-femmes n'encadrent pas les étudiants afin de protéger le couple.

3.2.6 Le vécu de la prise en charge de ces situations

3.2.6.1 Vécu personnel des sages-femmes

Pour les sages-femmes, lors de la prise en charge des IMG et MFIU, les sentiments ressentis et exprimés appartiennent principalement à 2 champs lexicaux : l'empathie et la protection de soi par un certain recul. Une sage-femme ajoute même : « *c'est à la fois très dur et à la fois incroyablement positif, dans le sens où je sais qu'ils ont besoin de moi, et là tout mon sens et tout mon rôle de sage-femme prend de l'effet, prend son sens* »^{n°2}.

Voici ci-dessous un nuage de mots que nous avons réalisé avec le ressenti personnel des sages-femmes lors de ces situations. Nous avons distingué le vocabulaire faisant référence à l'empathie et celui faisant référence à la mise à distance de la part du professionnel.



3.2.6.2 Vécu professionnel des sages-femmes

D'un point de vue professionnel, nous pouvons voir qu'un peu plus de la moitié des sages-femmes (n=11) se sent à l'aise dans ces situations.

Quant aux autres, la plupart éprouve un ressenti plutôt positif, tel que le fait d'être « *pleinement investie, on a vraiment un rôle majeur* »^{n°2}, « *importante sur un plan humain* »^{n°1}, « *à l'écoute* »^{n°3}, « *bien* »^{n°5}, « *tout à fait à ma place* »^{n°12} ou encore « *assez sûre de moi* »^{n°8}. Les sages-femmes se sentent « utiles », pleinement investie dans leur rôle d'accompagnement auprès des couples.

Une sage-femme se sent cependant « *moins à l'aise* »^{n°14} professionnellement que personnellement. Elle s'explique par le fait qu'elle ne veut pas se tromper dans la prise en charge et notamment concernant la législation (prise en charge du corps, inscription sur le livret de famille ... etc).

Les sentiments ressentis par les étudiants ayant déjà participé à l'accompagnement de couples dans ces situations sont assez semblables à ceux des professionnels. En effet, ils se sentent « *mal à l'aise* », « *impuissant* », « *perdu* », « *ému* », « *triste* » et à l'opposé « *empathique* », « *à ma place* » et « *bien* ».

3.2.7 Avis des sages-femmes sur la formation initiale et l'apprentissage

Dans notre population d'étude, 15 sages-femmes considèrent que la formation initiale ne permet pas l'apprentissage de la prise en charge des situations d'IMG et de MFIU après avoir obtenu le Diplôme d'Etat de Sage-Femme.

Nous avons retenu plusieurs citations :

- N°4 : « *Dans mon souvenir on avait aucune formation pour gérer les IMG. Moi j'ai l'impression d'avoir appris sur le tas* » ;
- N°8 : « *J pense que je me suis formée sur le tas moi* » ;
- N°9 : « *Nul ! On a aucune formation là dessus* » ;
- N°13 : « *On n'a pas eu de cours même de psycho là dessus, même au niveau législation* » ;
- N°14 : « *Nan pas vraiment, on apprend pas vraiment à prendre en charge, en tout cas moi j'ai vraiment pas appris* » ;
- N°15 : « *Il me semble qu'on l'avait pas du tout abordé* ».

3 considéraient que la formation n'est pas entièrement suffisante :

- N°3 : « *Il y a le côté psychologique qu'on a vu mais vraiment le côté pratique on a pas trop vu* » ;
- N°12 : « *Je vois pas comment ça pourrait l'être. Il y a des choses qui sont de l'ordre de l'humain et qui nécessitent seulement d'y être confronté [...] il manque de méthodologie d'humanité, on nous apprend pas à communiquer avec ces patientes* » ;
- N°20 : « *La formation technique oui, c'est un accouchement hein [...] après c'est la formation sur le plan psychologique, j'trouve que la formation apporte pas ce côté là* ».

Enfin 2 sages-femmes seulement pensent que la formation leur a permis d'apprendre cette prise en charge.

Il est intéressant de noter que sages-femmes et étudiants ont presque le même discours quant à la formation initiale. En effet, un peu plus de la moitié des étudiants (n=62) considère que la formation initiale n'est pas suffisante pour savoir prendre en charge globalement une situation de MIFU ou IMG. En parallèle, les $\frac{3}{4}$ des sages-femmes interrogées sont de ce même avis.

Toutes les sages-femmes de l'étude pensent que la prise en charge des situations d'IMG et de MFIU doit être enseignée lors de la formation initiale. D'après elles, il serait intéressant d'aborder notamment tout le déroulement d'une IMG (entretien pré et post IMG, déclenchement...), le deuil périnatal, la législation et la façon d'accompagner les couples dans ces situations.

2 d'entre elles pensent également qu'il faudrait intégrer le suivi d'une IMG dans les objectifs de stage.

Nous pouvons voir que les étudiants et professionnels ont les mêmes souhaits concernant la théorie. Ceci est à relever, car dans notre population de professionnels, la date d'obtention du diplôme est très variable.

Chloé Renouf dans son étude pour son mémoire de fin de cursus, démontre une grande variabilité quant au nombre d'heures de cours alloué à l'annonce d'une « mauvaise nouvelle », au deuil périnatal et son accompagnement (de 7 à 51 heures) selon les écoles. Mais toutes abordent la question lors du cursus scolaire (31), cet enseignement nous semble très théorique et laisse les étudiants et jeunes sages-femmes assez démunis dans ces situations.

Il serait intéressant de comparer également les programmes entre sages-femmes diplômées depuis plusieurs années et sages-femmes nouvellement diplômées, afin d'évaluer l'évolution du contenu théorique enseigné sur ces situations.

Nous avons demandé aux professionnels interrogés s'ils avaient des suggestions, des idées pédagogiques pour enseigner la prise en charge de ces situations à l'école à la lumière de leur expérience. Nous avons retenu plusieurs

propositions. La sage-femme N°1 nous proposait des « *jeux de rôles avec différents cas de figures* »^{n°1}, une autre nous proposait des « *témoignages de parents* »^{n°3}, ou encore un « *cours sur le deuil* »^{n°4} réalisé par un « *psychologue* »^{n°7}. L'une d'elle nous proposait également des « *tables rondes avec des professionnels* »^{n°6}, ou des « *témoignages d'étudiants* »^{n°7} et « *groupes de paroles* »^{n°13}. Enfin une dernière pensait à des « *travaux pratiques avec des ateliers, mises en situations pour savoir quoi répondre quand les patientes posent des questions* »^{n°14}.

Ces idées pourraient faire l'objet d'une démarche auprès des écoles de sages-femmes.

En effet, au vu des réponses obtenues dans notre étude, nous pouvons remarquer que la plupart des sages-femmes et étudiants sages-femmes trouvent leur formation théorique initiale dans ce domaine insuffisante. L'aspect psychologique serait à développer, avec notamment des cours plus approfondis sur l'accompagnement au deuil des couples pris en charge. Cet aspect pourrait être abordé conjointement par un professionnel de l'obstétrique et par un psychologue habitué à prendre en charge ces couples vivant ou ayant vécu un deuil périnatal.

De plus, des cours « plus pratiques », sous forme de jeux de rôles ainsi que des échanges sous forme de tables rondes entre professionnels et étudiants, permettraient à ces derniers de pouvoir échanger sur les implications et leur rôle aux cotés des couples. Enfin, l'aspect administratif serait également à approfondir peut-être par une approche faite plus tôt dans la formation et une répétition de ces cours afin de permettre une meilleure acquisition des bases législatives.

En ce qui concerne la formation initiale pratique, il nous paraît essentiel, au vu des résultats, que les étudiants puissent être confrontés à ces situations lors de leurs stages afin d'être moins déstabilisés une fois professionnels et ne pas avoir à affronter une situation inconnue. En effet, rappelons un principe éthique en médecine qui est la non malfaisance : « *Primum non nocere* » ; mieux préparés, les futurs professionnels seront plus à même de fournir un accompagnement de qualité aux couples et d'éviter les pièges et les paroles malheureuses. De plus, ils pourraient en tirer un bénéfice pour eux-mêmes sur le plan professionnel comme sur le plan

personnel, car nous l'avons vu au cours de nos entretiens, ces situations sont aussi difficiles à vivre pour les sages-femmes. Il faut donc encourager les étudiants à accompagner ces couples dès que cela s'avère possible et à s'intéresser aux différentes démarches administratives et à la manière de les aborder auprès des couples.

3.2.8 Formation continue

Dans le cadre de la formation continue, 11 sages-femmes ont participé à des formations en rapport avec les IMG ou les MFIU, et 9 n'en ont pas fait.

Parmi celles ayant participé à des formations, 8 d'entre elles encadrent les étudiants dans les situations d'IMG et de MFIU. Concernant les 4 autres sages-femmes encadrant dans ces situations mais n'ayant pas fait de formation continue sur le sujet, 2 possèdent le Diplôme Universitaire d'échographie, ce qui leur a permis d'apprendre à mieux gérer les IMG et MFIU. La troisième avait participé à une formation continue avec des sages-femmes diplômées dans le cadre de la réalisation de son mémoire de fin d'étude et enfin la quatrième n'a pas eu de formation.

Nous pourrions nous demander si le fait de participer à une formation sur le sujet permettrait aux sages-femmes d'être plus à l'aise personnellement et professionnellement et donc si cela leur permettrait d'être plus aptes à encadrer les étudiants dans ces situations. L'une des sages-femmes n'ayant jamais fais de formation nous indique vouloir y participer car « *c'est un truc je trouve qu'on n'est pas assez formés dessus* »^{n°3}.

Lorsque nous leur demandons s'ils pensent avoir besoin d'une formation pour apprendre à encadrer les étudiants dans ces situations, 4 sages-femmes nous répondent avoir besoin d'une formation pour l'encadrement en général : « *Une formation pour encadrer les étudiants tout court ça serait pas mal* »^{n°1} ; « *Ouai ouai ça serait bien, une formation tout court pour encadrer les étudiants même pas que dans ces situations, ça serait bien d'apprendre à être pédagogue* »^{n°3}, « *Comment encadrer les étudiants globalement c'est toujours intéressant* »^{n°13}.

3 nous répondent que cela peut peut-être les intéresser et 13 n'en ressentent pas le besoin.

La future mission d'encadrement n'est à aucun moment mentionnée dans le programme de formation (25). Il est donc laissé à la liberté des écoles de sages-femmes d'aborder ce thème ou non. Il faut cependant savoir que les mécanismes de l'apprentissage ont fait l'objet de nombreuses recherches.

Nous avons retenu le mémoire de fin d'étude de Marion Desnoyer qui traitait des jeunes sages-femmes diplômées face à l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage (32). Son étude a permis de mettre en avant le fait que l'encadrement des étudiants s'apprenait par la pratique comme toutes les compétences cliniques. Avec le temps, les jeunes diplômés acquièrent de l'expérience, de la confiance en eux, perfectionnent leur expertise clinique et deviennent de véritables formateurs soignants. Nous pourrions donc nous demander si gagner en expérience sur les situations d'IMG et MFIU permettait au fur et à mesure d'encadrer plus facilement les étudiants lors de ces situations ?

Lorsque nous comparons ces résultats à notre étude, nous voyons que parmi celles n'encadrant pas les étudiants dans ces situations, le nombre d'années d'expérience professionnelle est en moyenne de 11,25 ans, avec un minimum de 2 ans et un maximum de 31 ans. Celles encadrant les étudiants ont en moyenne 11,75 années d'expérience, avec un minimum de 5 ans et un maximum de 23 ans. Nous pouvons donc voir que cette hypothèse serait infirmée avec nos résultats.

A contrario, aborder la pédagogie médicale lors de la formation initiale n'aurait pas, d'après son étude, d'impact majeur sur leur future pratique professionnelle lors de l'encadrement d'étudiants. De plus, le fait d'avoir eu une initiation à la pédagogie ne change pas significativement la manière d'encadrer les étudiants comparativement aux professionnelles n'ayant pas cette initiation.

Nous pouvons également voir dans son étude que l'encadrement reçu par les sages-femmes lors de leurs stages joue un rôle important sur leur propre manière d'encadrer. Le principal conseil donné aux futurs diplômés étant « *encadrez comme vous avez aimé qu'on vous encadre, et ne reproduisez pas les situations que vous*

avez détestées ». Les sages-femmes diplômées n'ayant pu participer à ces situations lors de leurs études pour quelque raison seraient-elles à leur tour, celles n'encadrant pas les étudiants lors de ces situations ? Parallèlement, les sages-femmes ayant été encadrées sur ces situations lors de leurs études seraient-elles celles encadrant les étudiants dans ces mêmes situations ? Il pourrait être intéressant d'étudier cela.

3.3 Limites et biais, points forts de l'étude

Concernant le sondage auprès des étudiants sages-femmes, nous avons délibérément choisi de ne pas traiter les résultats de plusieurs questions posées dans le questionnaire car l'objectif de cette enquête était uniquement d'avoir un constat de départ et le point de vue des étudiants.

Concernant les entretiens avec les sages-femmes : nous commencerons par rappeler que, comme dans toute étude qualitative, les personnes qui ont témoigné n'ont aucun caractère représentatif de l'ensemble des sages-femmes travaillant en maternité de niveau 3.

L'un des points forts de cette étude a été l'intérêt que les sages-femmes y ont porté. En effet, la richesse du contenu des entretiens que nous avons menés montre que l'encadrement des étudiants est un sujet de discussion qui concerne les professionnels de santé. Ils se sentent impliqués et considèrent très clairement l'encadrement des étudiants comme une mission professionnelle importante. Les étudiants ayant répondu à notre questionnaire ont montré le même intérêt pour notre sujet. En effet, leurs réponses ont été recueillies en un mois, et nous ressentons le sentiment que les étudiants ont souhaité témoigner concernant le contenu de leur formation initiale afin de l'améliorer et l'enrichir.

L'un des principaux biais de notre travail est le biais de sélection. En effet, les sages-femmes ayant accepté de participer l'ont fait sur la base du volontariat. Nous

pouvons donc imaginer que les sages-femmes participantes sont celles intéressées par le sujet. Il en va de même pour les étudiants.

Le deuxième biais de notre étude est le biais de désirabilité sociale qui peut influencer certaines réponses données par les sages-femmes.

On peut s'interroger sur le petit nombre de professionnels volontaires pour participer à notre étude, par rapport à ceux qui ont été informés par les sages-femmes coordinatrices des salles de naissance. C'est un résultat en soi, puisqu'un petit nombre de réponses peut traduire une mauvaise sensibilisation des professionnels sur le sujet. Néanmoins, nous avons choisi une méthodologie qualitative par entretien ; cette méthode permet d'explorer en profondeur le vécu et les expériences d'un petit nombre de professionnels et assure la collecte d'un contenu très riche sur le sujet exploré. Le nombre de 20 entretiens est donc tout à fait honorable.

Le fait de réaliser certains entretiens par téléphone a constitué une autre limite. En effet, les sages-femmes volontaires venant de toute l'Île de France, il était plus facile pour nous de les réaliser ainsi pour des raisons pratiques et organisationnelles. Néanmoins, le fait de ne pas être « en présentiel » nous a privé de tout le côté observationnel concernant les réactions et le comportement non-verbal des participants.

3.4 Perspectives

Nous espérons que notre travail puisse avoir un intérêt dans l'apport de pistes d'amélioration et de réflexion quant au contenu de la formation initiale sur les IMG et MFIU et sur l'accès à ces situations lors des stages en salles de naissances.

Ainsi, un enseignement plus approfondi, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique, pourrait être proposé aux étudiants sages-femmes durant leurs études afin de mieux les préparer pour leur vie professionnelle.

Pour les professionnelles, il pourrait être intéressant d'organiser régulièrement des groupes de paroles dans les maternités afin d'échanger sur leurs expériences et leur vécu. De plus, comparer l'encadrement proposé par les professionnels à celui reçu par ces derniers lors de leurs stages pourrait venir compléter nos résultats. En effet, il serait curieux de voir si les sages-femmes ayant participé à ces situations lors de leurs stages en formation initiale encadrent actuellement les étudiants, et inversement.

Nous espérons également que notre travail pourra éclairer les professionnels (enseignants, sages-femmes cliniciennes) qui le liront sur les attentes des étudiants lors de ces situations.

Conclusion

Comme nous avons pu le voir, l'accompagnement des parents en situation d'IMG ou de MFIU doit être optimal afin que ces derniers puissent entrer dans le processus de deuil.

La formation initiale, qui joue un rôle important dans l'apprentissage et la pratique en stage, est indispensable pour développer les compétences nécessaires, le savoir-être et avancer dans la construction d'une identité professionnelle. Les sages-femmes professionnelles sont alors les exemples des étudiants lors de leurs stages pour transmettre cela.

Nous avons pu constater que les sages-femmes et les étudiants ont presque le même discours quant à l'insuffisance de la formation initiale à ce sujet.

De plus, de nombreux étudiants répondants à notre enquête n'ont jamais participé à l'accompagnement d'un couple en situation de MFIU/IMG alors qu'une grande majorité souhaiterait être confrontée à ces situations pendant les études afin de mieux accompagner les couples une fois diplômés. Parallèlement, malgré le fait que la totalité des sages-femmes interrogées considère qu'encadrer les étudiants fasse partie de leurs missions professionnelles et que la pratique leur semble essentielle, toutes n'encadrent pas les étudiants dans les situations d'IMG et MFIU.

Enfin, nous pouvons constater que les étudiants ont quasiment les mêmes motivations que les sages-femmes pour la participation à ces situations

Il nous paraît donc essentiel, au vu des résultats, que les étudiants puissent être confrontés à ces situations lors de leurs stages afin d'être moins déstabilisés une fois professionnels et ne pas avoir à affronter une situation inconnue, tant pour leur bien-être que pour la qualité d'accompagnement des couples. Il faut donc encourager les étudiants à accompagner ces couples et les sages-femmes à les encadrer dès que cela s'avère possible.

Bibliographie

(1) : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. *Référentiel métier et compétences des sages-femmes*. Janvier 2010.

(2) : Circulaire interministérielle. *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*. 19 Juin 2009.

(3) : CNGOF, *Recommandations pour la pratique clinique – Les pertes de grossesse*, Paris, 2014.

(4) : T. Quibel et al. *Morts fœtales in utero*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2014, volume 43, n°10, p.883-907

(5) : République française, légifrance. Loi n°75-17 du 17 Janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse – art 5 JORF – art L162-12. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4E286986019999349871127FB04CE84B.tplgfr24s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006692455&dateTexte=20180402&categorieLien=id#LEGIARTI000006692455. (Page consultée le 2 Avril 2018).

(6) : Organisation Mondiale de la Santé. *Classification Internationale des maladies, révision 1975*. OMS, Genève, 1977.

(7) : Journal Officiel. *Instructions générales relative à l'Etat civil*, Art 466. Journal Officiel de la République Française, Paris, 1990 : p188.

(8) : CNGOF. *Aspects techniques des interruptions médicales de grossesse*. Extrait des mises à jour de gynécologie et obstétrique. Tome XXXII. 03/12/2008.

(9) : INSERM, *Rapport européen sur la santé périnatale*, Paris, 2013.

(10) : Agence de la biomédecine. *Rapport médical et scientifique*. [En ligne]. <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm>. 2016. (Page consultée le 5 Avril 2018).

(11) : République Française, légifrance. Loi n° n°2011-814 du 7 Juillet 2011 relative à la bioéthique – art 20. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/7/7/ETSX1117652L/jo/article_20 (Page consultée le 2 Avril 2018).

(12) : Esplat Delphine, *Les sages-femmes face à l'interruption médicale de grossesse : enquête dans le réseau de santé périnatal d'Auvergne : diplôme d'état de sage-femme : école de sages-femmes de Clermont-Ferrand* : 2012.

(13) : Clerget J, *Un bébé meurt, des parents pleurent, douleur du deuil*, Spirale 2004, n° 31, p. 89-104.

(14) : Gonnaud F. *La mort périnatale : souffrance et malaise des soignants*. Laennec. 15 avr 2015; Tome 63(2):41-52.

(15) : Jeanrichard B. *Deuil périnatal et reconstruction de soi*. Hebamme Sage-Femme Suisse. mai 2006;34-6.

(16) : Petit Larousse. *Dictionnaire*. 2016

(17) : Rousseau P. *Les différentes phases du processus de deuil*. Les dossiers de l'obstétrique. 1997

(18) AGAPA suisse Romande. *Perte de grossesse et deuil périnatal*, 2009

(19) : Fohn B, *Lorsque l'enfant ne paraît pas ... l'accompagnement des parents et des soignants lors des décès périnataux*. Santé conjugée, 2003, p101-108

(20) : Vergote R. Etude qualitative auprès des sages-femmes sur les ressources psychiques mobilisées dans l'accompagnement des morts périnatales en salle de naissances. Mémoire de fin d'études : Diplôme d'Etat de sage-femme. Université de Strasbourg. 2016

(21) : De Wailly-Galembert D et al. *Lorsque naissance et mort coïncident et maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? Réflexion pour une élaboration des pratiques*. Devenir, 2012, n°24, p117-139

(22) : CIDJ. Sage-femme. [En ligne]. <http://www.cidj.com/article-metier/sage-femme> (Page consultée le 28 Septembre 2016).

(23) : Ordre des sages-femmes. La formation initiale. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/> (Page consultée le 28 Septembre 2016).

(24) : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. *Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques*. 19 Juillet 2011, Journal officiel.

(25) : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. *Régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme*. 11 Mars 2013, Journal officiel.

(26) : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. *Code de déontologie des sages-femmes*. 2012.

(27) : Blog Ressources Humaines. *Les rapports entre savoir, savoir-faire et savoir-être*. [En ligne]. <http://blogressourceshumaines.blogspot.fr/2012/05/les-rapports-entre-savoir-savoirfaire.html> (Page consultée le 2 janvier 2017).

(28) : Raynal F. Rieunier A. *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés : Apprentissage, formation, psychologie cognitive*. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur, 2009. p.176.

(29) : Audetat MC. Laurin S. *Supervision du raisonnement clinique, méthode et outils pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace*. Canadian Family Physician 2010, 56, p294-296.

(30) : Meunier-Legendre M. *La Formation initiale des sages-femmes : un modèle d'alternance intégrative ?* Mémoire de fin d'études : Diplôme d'Etat de sage-femme. Ecole de sages-femmes de Dijon. 2008.

(31) : Renouf C. *Le deuil périnatal : état des lieux de la formation initiale des étudiants sages-femmes*. Mémoire de fin d'études : Diplôme d'Etat de sage-femme. Ecole de sages-femmes de Caen. 2011.

(32) : Desnoyer M. *Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage*. Mémoire de fin d'études : Diplôme d'Etat de sage-femme. Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand. 2012.

Annexes

Annexe I : Sondage

Cher étudiant,

Actuellement étudiante sage-femme en dernière année à l'UFR des Sciences et de la Santé Simone Veil, j'effectue mon mémoire de fin d'études sur les motivations et les réticences des sages-femmes à encadrer les étudiants sages-femmes lors des situations de mort fœtale in utéro (MFIU) et d'interruption médicale de grossesse (IMG) en salles de naissances.

Je souhaite réaliser un sondage auprès des étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} année afin d'établir un constat de départ sur le nombre d'expériences d'accompagnements en situations de deuil périnatal réalisés par les étudiants d'île de France.

Je vous remercie du temps que vous passerez à répondre à ces quelques questions. Toutes les données récoltées par ce questionnaire seront anonymes et utilisées seulement dans le but de mon étude.

Laurenn Veillaud

Etudiante en M2 à l'UVSQ (UFR des Sciences et de la Santé Simone Veil)

1 - Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2 - Quel âge avez-vous ?

...

3 - Vous êtes en :

- M1
- M2

4 - Avez-vous déjà redoublé lors de vos études de sage-femme ?

- Oui
- Non

5 - Si oui, quelle année d'étude ?

- L2
- L3
- M1
- M2

6 - Vous étudiez à :

- Paris Saint Antoine
- Paris Foch
- UFR des sciences Simone Veil
- Paris Baudelocque

7 - Avez-vous déjà participé à la prise en charge d'une situation d'interruption médicale de grossesse ou de mort fœtale in utéro en salle de naissances ?

- Oui
- Non

8 – Si non, pourquoi ?

- Situation jamais rencontrée
- Je ne souhaitais pas y participer
- La sage-femme ne souhaitait pas que j'y participe
- Autre : ...

9 – Si oui, combien de fois avez-vous participé à la prise en charge d'une ou de ces situations ?

- Une fois
- 2 fois
- 3 fois
- Plus de 3 fois

10 – Si oui, comment vous-êtes vous senti(e) lors de ces situations ?

...

11 – Avez-vous déjà assisté à la prise en charge du corps de l'enfant lors d'une IMG ou MFIU (photos, empreintes, poids ...) ?

- Oui
- Non

12 – Si oui, pourquoi ?

- La sage-femme me l'a proposé
- J'ai demandé à y participer
- Autre

13 – Si oui, comment vous-êtes vous senti(e) lors de ces situations ?

...



14 – Si non, pourquoi ?

- Situation jamais rencontrée
- Je ne souhaitais pas y assister
- La sage-femme ne souhaitait pas que j'y assiste
- Autre

15 - Souhaiteriez-vous pouvoir participer plus souvent à l'accompagnement des couples en cas d'IMG ou MFIU en salles de naissances ?

- Oui
- Non

16 - Pourquoi ?

...

17 - Pensez-vous que la formation initiale est suffisante pour prendre en charge globalement une situation de MFIU ou d'IMG ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

18 - Si non, pour quelles raisons ?

...

Annexe II : Grille d'entretien

- 1** – Homme/Femme ?
- 2** – Quel âge avez-vous ?
- 3** – En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?
- 4** – Dans quelle école avez-vous fait vos études ?
- 5** – Depuis combien de temps travaillez-vous dans la maternité actuelle ?
- 6** – Considérez-vous qu'encadrer les étudiants fasse partie de vos missions professionnelles ? Pourquoi ?
- 7** – En général, vous sentez-vous à l'aise pour encadrer les étudiants dans toutes les situations ?
- 8** – À quelle fréquence prenez-vous en charge des IMG/MFIU ?
- 9** – Comment vous sentez-vous personnellement lors de ces situations ?
- 10** – Comment vous sentez-vous professionnellement lors de ces situations ?
- 11** – Pensez-vous que votre formation initiale à l'école vous aide à prendre en charge ces situations ?
- 12** – Dans le cadre de la formation continue, avez-vous effectué des formations en rapport avec ces situations ? Si oui, quels étaient les thèmes abordés dans ces formations ?
- 13** – Encadrez-vous personnellement des étudiants dans ces situations ? Pourquoi ?
- 14** – Rencontrez-vous des difficultés lors de ces encadrements ? Si oui, lesquelles ?

15 – Pensez-vous que les étudiants soient demandeurs de participer à ces situations ?

16 – Pensez-vous qu'encadrer un étudiant dans ces situations soit bénéfique pour lui ?
Pourquoi ?

17 – Pensez-vous qu'encadrer un étudiant dans ces situations soit bénéfique pour le couple ? Pourquoi ?

18 – Pensez-vous avoir besoin d'une formation pour apprendre à encadrer les étudiants lors de ces situations ?

19 – Pensez-vous que la prise en charge des situations d'IMG/MFIU doit être enseignée lors de la formation initiale ?

20 – Si oui, avez-vous des idées pédagogiques ?

Annexe III : Entretien retranscrit n°1

1 - Femme

2 - Quel âge as-tu ?

Heu j'ai 28 ans.

3 - En quelle année as-tu été diplômée ?

2013, il y a 4 ans et quelques mois là.

4 - Dans quelle école as-tu fais tes études ?

A Poissy, à l'école de sages-femmes de Poissy.

5 - Depuis combien de temps travailles-tu dans cette maternité ?

Heu depuis que j'ai le diplôme donc depuis le 1^{er} Juillet 2013.

6 - Considères-tu qu'encadrer les étudiants fasse parti des missions professionnelles des sages-femmes ?

Complètement !

Pourquoi ?

Bah parce que heu c'est nos futures collègues. Heuuu et que heu nous même on a été formées par des sages-femmes aussi 'fin voilà la théorie mais aussi la pratique beaucoup par les sages-femmes en garde. Heu et ça rentre complètement dans notre rôle et puis enfin, en fait ça me paraît inné (rires) qu'on doive encadrer les étudiants. Et alors après adapter un peu à leur niveau, à leur niveau d'étude, au niveau personnel de chaque étudiant mais en tout cas 'fin voilà c'est nos futures collègues et heu c'est inenvisageable qu'on ne les encadre pas quand elles viennent en stage avec nous.

7 - En général te sens-tu à l'aise pour encadrer les ESF dans toutes les situations ?

Heu oui, heu plus ou moins dans les situations d'urgence je dirais, pour des étudiantes que je ne connais pas bien. Parce que voilà c'est une situation d'urgence donc on est là pour la former donc on veut l'encadrer au mieux et qu'elle fasse au plus. Après on est aussi dans une situation d'urgence donc heu si on ne connaît pas bien l'étudiante voilà on est obligée

quand même de prendre les devants un minimum etc donc c'est la situation je dirais qui est un peu plus difficile après heu voilà, spontanément comme ça ouai.

8 - À quelle fréquence prends-tu en charge les IMG et MFIU ?

C'est difficile comme question parce que heu c'est hyper variable, je ne peux pas du tout te donner de moyenne parce que en plus nous à Poissy on fait 5 mois en mater, 5 mois en suites de couches et 5 mois en GHR donc quand on est en mater 6 ben clairement y en a pas, ni au rez-de-chaussée. Quand on est en salle on va dire que y en a toutes les semaines après on n'est pas forcément là quand elles passent en salle donc on les prend pas forcément en charge tout le temps. Heu et quand on est en GHR bah y'en a pareil toutes les semaines, par moment tous les jours, par moment des salves sans. Heu quand je suis en GHR j'ai envie de dire à chaque garde quasiment ou en moyenne 1 garde sur 2 et quand on est en salle franchement je peux pas te dire parce que y'a des fois enfin y a une période où j'étais en salle où j'en ai eu, heu j'en ai pris en charge 6 sur 8 gardes quoi et d'autres moments ou t'en as pas pendant plusieurs mois.

Tu en prends souvent en charge quand il y en a ?

Quand il y en a oui assez facilement ouai

9 - Comment te sens-tu professionnellement lors de ces situations ?

Heuuu mmmh, je me sens heuuuu importante sur un plan humain. Je trouve que c'est une prise en charge qui est heu qui est heu importante sur un plan humain plus que médical dans la plupart des cas. Et heu typiquement c'est le genre de situation où tu as envie de prendre en charge la patiente et que elle. Si tu peux ne pas avoir d'autre patiente à côté c'est l'idéal. Après Poissy c'est pas toujours évident. Surtout qu'en fait notamment en ce qui concerne la salle de naissances l'accouchement peut avoir lieu à tout moment sans forcément qu'elle soit à dilatation complète en fonction du terme pour qu'elle accouche donc il faut un peu être disponible à tout moment pour elle.

10 - Comment te sens-tu personnellement lors de ces situations ?

Heuu mmmh, ça rejoint un peu la question de tout à l'heure. Utile dans la plupart des cas. Heu et heu après effectivement c'est une situation qui est pas toujours facile après ça dépend s'il y a un geste foeticide ou pas. Le geste foeticide c'est quand même particulier. Heu je pense que ça nous affecte toutes un minimum heuuu après voilà on est quand même

en équipe, on n'est pas tout seul dans ces situations là et heu, je veux dire c'est pas quelque chose qui va m'affecter heu, enfin m'affecter si ça m'affecte mais ça ne va pas m'empêcher de continuer ma journée, continuer ma garde etc. Je ne vais pas en rêver la nuit en rentrant chez moi etc

11 - Penses tu que la formation initiale à l'école aide à prendre en charge ces situations ?

Formation théorique et pratique ? Au sein de l'école tu veux dire ?

La formation en elle-même, que ce soit en stage ou en cours.

Heuuuu j'ai envie de te dire effectivement que la formation à l'école non. Heu quoi que ya, effectivement, on a quelques notions théoriques sur la législation etc qui peut aider. Après heuuu dans ces cas de figure le coté médical il est peu important par rapport au coté relationnel. Le coté législatif et réglementation est primordial mais ç'en est qu'une partie. Heu et après c'est pas à l'école qu'on t'apprend le relationnel, l'attitude à avoir, enfin il n'y a pas une attitude à avoir mais voilà. Et même comment faire un accouchement d'une 16SA qui a une fausse couche tardive c'est pas à l'école qu'on t'apprends ça.

Donc pour toi on l'apprendrait en stage ?

Oui. Et du coup j'ai envie de te dire donc les stages, ça dépend du lieu de stage, ça dépend des sages-femmes encadrantes, ça dépend de l'étudiant aussi, ça dépend de l'activité globale de la salle, ça dépend de pleins de choses quoi.

12 - Dans le cadre de la formation continue, as-tu effectué des formations en rapport avec ces situations ?

Heuu non, je t'avoue que non parce que moi c'est un sujet qui m'intéressait déjà beaucoup quand j'étais étudiante et que j'ai eu l'occasion dans le cadre de mon mémoire de participer à une formation que les soignants normalement font en formation continue.

Quel était le thème ?

Le deuil périnatal. J'y ai participé en tant qu'étudiante. J'avais pu y aller justement pour heu connaître le contenu de cette formation que j'allais inclure dans les questions pour mon mémoire à moi. Donc j'avoue que j'ai eu cette chance là donc je n'ai pas estimé nécessaire

et je n'ai pas forcément ressenti le besoin de faire une formation complémentaire sur ce sujet là en tout cas.

Si tu n'avais pas fait cette formation dans le cadre de tes études, penses-tu que tu l'aurais faite une fois diplômée ?

Je pense que si je ne l'avais pas faite j'aurais bien aimé la faire une fois diplômée ouai.

13 - Encadres-tu des étudiants dans les situations d'IMG/MFIU en salle de naissance ?

Si elles le souhaitent oui.

Je leur propose toujours. Disons que je m'adapte aux étudiantes. Souvent c'est quelque chose qui les intrigue, alors après encore une fois ça dépend de l'année tout ça. De toutes façons heu c'est quelque chose qui souvent intrigue les étudiantes et elle se disent « oh lala », ou alors soit c'est quelque chose qui les repousse, mais c'est vrai que souvent elles sont intéressées et elles se disent « bah oui un jour ça sera moi ». Alors je ne vais pas les forcer à prendre en charge la patiente. Je leur propose si elles le souhaitent et puis en fonction de ce qu'elles ont déjà en patientes, enfin de comment se goupille la garde pour elle, de leurs objectifs aussi. Mais je vais leur proposer effectivement de prendre en charge la patiente avec moi ou alors en tout cas de suivre heu même si elle vient pas physiquement avec moi avec la patiente que ce soit parce que elle ne le souhaite pas ou parce que ça s'organise autrement pour elle. En tout cas je lui propose de suivre le dossier avec moi, les papiers, alors c'est pas les papiers en soit mais voilà le côté un peu plus paperasse et réglementation autour de l'IMG ou de la MFIU, de l'accouchement, des délais etc. Voilà parce que souvent y a pleins de questions et ça va plus marquer quand on l'a vu ou fait en pratique.

Donc tu encadres facilement des ESF ?

Ouai

14 - Rencontres-tu des difficultés quand tu les encadres ?

Heu bah encore une fois j'ai envie de te dire que ça dépend un peu des étudiantes parce que heu je suis plutôt du genre à laisser faire les étudiantes au maximum après heu tout dépend de leur niveau, de ce qu'elles se sentent de faire de ce qu'elles veulent faire aussi. Après je pense que c'est à nous aussi de les encourager à faire pas mal de choses mais après voilà je ne vais pas forcer une étudiante à faire un accouchement d'une patiente

qui a une IMG ou MFIU par exemple si elle s'en sent pas capable, si elle n'en a pas envie ou si elle ne se sent pas prête.

Après si elle souhaite le faire, effectivement je vais en parler avant avec elle de globalement comment ça peut se passer, de à quoi s'attendre parce que oui des fois on va s'attendre à un enfant qui va faire 3kg et en fait il en fait 500g mais on ne s'imagine pas forcément ça quand on est étudiante donc voilà, essayer de préparer un peu le terrain et puis voilà notamment pour le contexte d'urgence qui est quand même rarement présent dans ces contextes là mis à part l'hémorragie globalement on peut prendre le temps de faire les choses tranquillement, d'apaiser le couple etc.

Et je pense que c'est important bah pour une étudiante d'être encadrée dans ce cadre là parce que on est souvent un peu sur le qui-vive quand on est étudiante, on veut tout bien faire, être au taquet sur tout 'fin ce qui est normal mais c'est vrai que du coup parfois on est très dans le technique « il ne faut pas oublier ça, alors oui il y aura la délivrance, il ne faut pas oublier ça, ça, ça », mais là dans ce contexte là quand on prend en charge des patientes qui ont une IMG ou MFIU bah on est plus dans l'accompagnement, dans le relationnel et dans le calme. Si la dame sonne parce qu'elle pense être en train d'accoucher, ok bah tranquille on va mettre les gants tranquillement, lui dire qu'on va faire le point tranquillement. Il n'y a pas d'urgence et ça c'est quelque chose qui n'est pas forcément évident pour les étudiantes dans pas mal de cas.

Donc ça dépend des étudiants mais globalement j'ai pas plus de difficultés que ça à encadrer les étudiantes dans ce genre de situations. Après c'est vrai que j'aime bien faire le point avec elle avant sur comment moi je vois un petit peu l'accompagnement de ces patientes là, l'accouchement, après bien sur chaque situation est différente mais voilà qu'on soit un peu sur la même longueur d'onde quand on va voir la patiente.

Et du coup faire le point après et en discuter avec l'étudiante ?

Et faire le point après.

15 - Penses-tu que les étudiants soient demandeur de participer à ces situations ?

Pour la plupart oui, pour beaucoup oui, surtout je pense en dernière et avant dernière année d'étude.

Les années où on apprend la pathologie ?

Oui, avant aussi il y en a que ça intéresse et qui posent des questions mais qui me semble, ils vont moins spontanément demander à les prendre en charge bien que ça m'est déjà arrivé.

Alors effectivement il y a des sages-femmes qui spontanément refusent après, personnellement non mais après voilà, c'est à adapter au cas de figure

Globalement les étudiants demandent à participer ou ne demandent pas lorsqu'il y en a une lors de leur garde ?

Il y a les 2 cas de figure.

Mais j'ai envie de te dire c'est comme les sages-femmes diplômées, il y en a qui vont faire un peu la sourde d'oreille "ah j'ai pas entendu qu'il y a une IMG, j'ai rien entendu" et y en a qui au contraire vont être présentes et dispo.

Spontanément je pense qu'il y a aussi une question de personnalité et de vision de cette situation là qui fait que tu vas être attirée ou au contraire repoussée par cette prise en charge même si elle fait complètement partie de notre boulot

16 - Penses-tu qu'encadrer un étudiant dans cette situation soit bénéfique pour lui ?

Ah oui complètement !

Pourquoi ?

Pour tout 'fin pour tout heu.

ça rejoint un petit peu ce qu'on disait tout à l'heure c'est quelque chose qui est difficile à apprendre

Je ne dis pas que c'est mal fait à l'école, que c'est mal approfondi à l'école, mais c'est quelque chose qui est difficile à approfondir à l'école parce que chaque situation est différente et que heu en général c'est pas un accouchement classique c'est pas un suivi classique.

C'est pas non plus un post partum classique.

En quoi cela est différent d'un accouchement ou d'un post-partum classique ?

Heuu bah si on prend déjà le suivi du travail par exemple on ne va pas aller lui mettre une toco forcément. Si la dame, voilà on va surveiller régulièrement ce qu'il en est au niveau du col mais voilà la dame va nous dire aussi un petit peu ses sensations. On va être peut-

être heu, essayer en tout cas d'être un peu plus dans l'écoute, enfin ... On est aussi dans l'écoute pour les patientes qui ont des enfants vivants c'est pas ça mais une écoute différente on va dire et voilà il y en a qui sont en état de sidération et bah on leur laisse le temps enfin voilà.

On s'adapte je pense beaucoup. 'Fin les réactions des couples sont beaucoup plus variées je pense ou en tout cas peuvent nous paraître plus variées et plus difficile à accompagner peut-être que les patientes qui attendent des enfants vivants.

Heuu après l'accouchement tout dépend du terme, parce un accouchement d'un enfant de 15 semaines ce n'est pas du tout la même chose qu'un enfant de 30 semaines.

D'un enfant qui a une pathologie d'un enfant qui n'en a pas, de si c'est une mort fœtale ou une IMG, de s'il y a eu un geste fœticide avant etc

Donc ça ça diffère. Pour exemple concret dès qu'on peut rompre la poche des eaux en gros on va essayer de rompre la poche des eaux. Toujours est-il que on est rarement dans un contexte d'urgence et quand je sais que j'ai cette possibilité là, que je peux l'atteindre et ben voilà j'explique au couple et je leur dis que effectivement « si on rompt la poche des eaux maintenant, peut-être que vous allez accoucher dans quelques minutes, que ça va encore prendre du temps mais voilà est ce qu'on rompt la poche des eaux maintenant ou est ce que voilà, je vous laisse un peu de temps pour bah réaliser ce qu'il se passe et que je revienne après », 'fin voilà c'est pas le même rythme, la même démarche.

L'accouchement en soit j'essaie de la faire pousser au minimum si je peux, après tout dépend du contexte.

Et le post-partum voilà on ne va pas forcément les garder les 4 jours règlementaires, enfin les 4 jours pour lesquelles on garderait une patiente avec un enfant vivant le temps de vérifier que l'allaitement se passe bien etc.

'Fin voilà après encore une fois tout dépend du contexte si c'est une MFIU avec une patiente pré éclamptique, on est obligées d'assurer un minimum de surveillance mais on essaie de raccourcir au minimum le séjour en post partum si on peut.

17 - Penses-tu qu'encadrer un étudiant dans ces situations soit bénéfique pour le couple ?

Heuuuu ça peut comme ça peut ne pas l'être.

Je pense que ça peut parce que heu déjà être avec une étudiante ça veut dire être 2 auprès du couple et donc ça veut dire être 2 à potentiellement chouchouter le couple s'il en a besoin, 2 à être attentifs, 2 à être à l'écoute heuu voilà.

Et que si la sage-femme potentiellement n'est pas disponible à ce moment là et que le couple a une question ou qu'il a besoin etc, l'étudiante peut l'être et inversement si l'étudiante n'est pas dispo il y a la sage-femme. Ça fait toujours 2 personnes pour être dispo pour le couple.

Heu après comme je disais tout à l'heure une étudiante sage-femme est parfois dans l'apprentissage donc parfois dans le côté technique à vouloir bien faire les choses, à vouloir être sûre de faire les choses comme il faut heu et à être parfois un peu bloquée dans ses gestes et un peu moins ouverte à l'ensemble de la situation et voila notamment le ressenti des couples.

Elle va peut-être nous dire des choses "est ce qu'il faut que je fasse ça" alors qu'il y a la patiente devant qui est inquiète ou qui est stressée ou quoi et que ça peut être mal perçu par le couple mais encore une fois c'est difficile de donner une réponse adaptée pour tout le monde mais en tout cas dans les accompagnements que moi j'ai vécu avec des ESF ça c'est très bien passé.

Et heu et voila après encore une fois est ce que c'est parce que je ne veux pas forcer les étudiants c'est des étudiants qui de base sont volontaires, le souhaitent et du coup on en a aussi débriefé un peu à l'avance de ce côté serein, de cette ambiance zen qu'il n'y a pas d'urgence et que voilà 'fin et que du coup elles sont peut-être prêtes 'fin comment dire, prêtes à être un peu plus détendue et à un peu plus lâcher prise et être plus réceptif aux attentes du couple, je ne sais pas.

Ça t'est déjà arrivé d'avoir un couple qui refuse la présence d'une étudiante dans ces situations ?

Moi non, mais une collègue oui effectivement c'était un couple assez heu, je ne sais plus quel était leur profession mais voilà il fallait que ce soit rapide, efficace, qu'on tourne pas autour du pot et voilà quoi. Dans ces cas là ils n'étaient pas très ouverts effectivement à une étudiante. C'était un vécu très difficile pour eux, ils voulaient, 'fin ils voulaient pas entre guillemets prendre du temps, qu'on perde entre guillemet du temps même si on n'en perd pas du tout hein c'est pas ça, mais leur vision des choses de voilà il faut que ce soit bien fait, enfin voilà, c'est pas une situation pour servir de cobaye. Mais c'est rare.

D'après ton expérience, la plupart des couples acceptent la présence de l'étudiante, mais en règle générale en discutant avec les collègues, penses-tu qu'ils acceptent ou refusent ?

J'ai l'impression que dans la plupart des cas les couples sont d'accord, et ce sont les sages-femmes qui n'osent pas forcément demander. J pense qu'il y a des sages-femmes qui partent du principe que c'est une situation difficile on ne va pas leur imposer une étudiante.

Il y a des couples réticents, mais après je pense aussi que tout dépend de comment on leur présente les choses. Forcément si on leur dit « alors il y a une étudiante en première année qui ne sait pas trop ce qu'elle fait elle va venir voir parce qu'elle ne connaît pas et puis elle vous examinera » je pense que ce n'est pas très attirant 'fin façon de parler.

Après voilà souvent on leur présente les choses dans le sens où il y a une étudiante qui est là, après on n'oblige jamais les couples, on leur en parle et on leur demande s'ils sont d'accords, mais on leur explique que ça fait partie de notre boulot, et l'encadrement des étudiants en fait parti et on voilà on sera une de plus à les chouchouter s'ils ont besoin.

Les réticences viendraient donc plutôt des sages-femmes ?

Quand j'en parle autour de moi j'ai l'impression oui. C'est vrai qu'une fois y avait une étudiante sage-femme qui m'avait demandé, je crois qu'elle était en 3ème année d'étude (2è d'école) donc encore un peu dans la physio, et elle était hyper intéressée, elle m'a demandé si elle pouvait prendre en charge la patiente. Et avant même que j'ai le temps de répondre, ma collègue qui était à coté de moi a dit « non non non tu auras le temps de voir ça l'année prochaine ».

Bon heu, effectivement elle avait une autre patiente etc, au final j'en ai rediscuté à part avec elle et ce qu'on a convenu en fin de compte c'était que vu qu'elle avait une patiente qui allait bientôt accoucher, on s'est dit que pour le début elle pouvait suivre le dossier d'un peu plus loin, et qu'on verrai dans un second temps. Mais voilà je pense qu'il y a pas mal ou en tout cas certaines sages-femmes qui pensent savoir ce que veulent les étudiantes ou ce que devraient faire les étudiantes. Après c'est peut-être moi qui ait tord mais moi j'ai l'impression qu'il faut surtout s'adapter à l'étudiante et à la situation.

D'après toi, pourquoi les sages-femmes refusent ?

Heu alors, Je ne sais pas exactement si c'est parce que quand c'est tôt dans les études on est encore censé gérer de la physio et qu'elles considèrent ça comme de la pathologie ou si c'est parce qu'elles ne veulent peut-être pas choquer les étudiantes.

Et si c'est une étudiante en dernière année ?

Je ne comprends pas le motif

Après je pense que ça sera plutôt que la sage-femme a déjà vu le couple et pense que ça serait mal vécu par le couple ou voilà un couple assez fermé ou assez triste, et que peut-être ce n'est pas la meilleure situation.

Après je pense qu'il y a le côté de pas vouloir mettre l'étudiante en difficulté. Même nous quand on se retrouve face à un couple qui ne dit rien, voilà qui est en train de cheminer ce n'est pas forcément toujours facile et c'est vrai que ce n'est pas ce qu'on vit au quotidien donc on peut concevoir aussi qu'une étudiante soit un peu en difficultés à ne pas savoir quoi faire quoi dire. Pour moi raison de plus pour l'encadrer dans ces moments là tant qu'elle n'est pas encore diplômée et qu'elle apprend.

Ca serait la mettre en difficulté de ne pas l'encadrer ?

Bah personnellement je trouve. Ca ne m'étonnerait pas qu'il y ait un petit raisonnement de ce côté là derrière certaines réponses des sages-femmes.

18 - Penses-tu avoir besoin d'une formation pour apprendre à encadrer les étudiants lors de ces situations ?

C'est une bonne question que je me suis jamais posée. Heuuuu spontanément je dirais que je ne suis pas sûre

Après je pense que quelque part oui les formations sont toujours les bienvenues car on peut toujours faire mieux et toujours s'améliorer. Il y a des choses qu'on peut faire différemment, ou des choses qu'on fait peut-être mal et qu'on s'en rend pas compte. En soit oui effectivement.

Après, heu je sais pas dans le sens où effectivement je pense qu'il n'y a pas une façon en soit d'encadrer pour quelque situation que ce soit.

Mais globalement effectivement une formation pour encadrer les étudiants tout court ça serait pas mal, qui inclurait un de ces cas de figure là pourquoi pas effectivement.

J'ai commencé par te répondre je pense pas mais en fait potentiellement si (rires).

Tu n'as jamais fait de formation pour savoir comment encadrer les étudiants ?

Non, j'avoue qu'on fait ça assez spontanément sur le tas en s'adaptant à la situation, en s'adaptant à l'étudiante, en s'adaptant certainement aussi à ce que nous on a vécu quand on était étudiante. 'Fin voilà l'expérience est une part présente mais heu ouai.

Durant tes études est-ce qu'on t'a appris à encadrer les ESF ?

A l'école non, en stage en dernière année j'ai eu quelques occasions de m'entraîner à encadrer des premières années voila, et encore je crois que moi j'ai eu cette chance là et tout le monde ne l'a pas forcément eu.

Pas de théorie juste de la pratique du coup ?

Oui et de la pratique qui vient de sage-femme qui nous encadre qui elle non plus n'a pas été formée en théorie. Donc je pense que c'est quelque chose qu'on fait spontanément, qu'on ne fait pas toujours bien effectivement.

Mais oui ça pourrait être une idée, quelque chose à envisager, sur la formation initiale peut-être en dernière année ou dans la formation continue.

19 - Penses-tu que la prise en charge des situations d'IMG et MFIU doit être enseignée lors de la formation initiale ?

Oui. Encore une fois en tant que sage-femme on a aussi le droit de réserve donc toute sage-femme n'est pas obligée de prendre en charge les couples ayant une IMG ou MFIU, après on est tenue d'adresser si on ne souhaite pas les prendre en charge. On peut pas juste laisser une patiente dans sa galère enfin dans cette situation sans l'adresser en tout cas donc de ce côté là ce ne serait pas cohérent d'obliger ça. Par contre le mettre plus en avant dans la formation, tout à fait.

20 - Aurais-tu des idées pédagogiques sur comment nous former à agir dans ces situations en formation initiale ?

Heu bah mis à part effectivement les stages et mettre un peu l'impact pendant les stages c'est difficile. Je vois pas trop comment on peut effectivement. Ou alors faire des jeux de rôles un petit peu avec différents cas de figure qu'on peut retrouver à l'hôpital, mais encore une fois j'en ai fais quand même pas mal des accouchement d'enfants décédés et il n'y a pas 2 situations qui sont pareil.

C'est à dire que, ils vont, mais on a vraiment l'impression que y'en a qui sont tellement dans le déni qu'ils vont un peu retenir les choses et au moment ou elles arrivent à lâcher prise, là comme par hasard elles accouchent. Il y a beaucoup de choses qui rentrent en compte et je pense qu'effectivement on pourrait peut-être envisager des cas cliniques ou des cas pratiques ou des jeux de rôles etc. Après c'est pas pour autant qu'on serait préparé pour tous les cas de figure. Mais effectivement ça peut donner une première approche même si toutes les situations ne se ressemblent pas. Ce sera toujours bon à prendre.

Mais après, on se fait aussi notre expérience personnelle sur cet accompagnement et ce qui est le plus important c'est de, 'fin après ce qui peut être transmis de façon théorique ou pratique c'est de réussir à s'adapter au couple et vraiment d'essayer de cheminer au rythme du couple.

Donc il y a effectivement quelques petites notions théoriques ou pratiques à apporter mais après ça ne sera jamais suffisant en tout cas dans une formation initiale.

Annexe IV : Entretien retranscrit n°2

1 – Femme

2 - Quel âge as-tu ?

Heu c'est une bonne question, heu 37 ans (rires).

3 – En quelle année as-tu été diplômé(e) ?

Heu 2007.

4 – Dans quelle école as-tu fait tes études ?

Alors c'est un petit peu compliqué j'ai un parcours un peu compliqué. J'ai fais la majorité à Poissy mais je suis diplômée de Saint Antoine.

Alors du coup tu as fais combien d'années à Poissy et combien à Saint Antoine ?

J'ai repiqué la quatrième année à Saint Antoine.

5 – Depuis combien de temps travailles-tu dans la maternité actuelle ?

Heu, presque 10 ans. J'ai quasiment, j'ai pas commencé la bas mais j'ai fais 10 mois à Louis Mourier et ensuite à Argenteuil, je n'ai pas bougé après.

6 – Considères-tu qu'encadrer des étudiants fasse partie de tes missions professionnelles ?

Bien sur !

Pourquoi ?

Heu bah parce qu'on a un métier qu'on apprend par le compagnonnage surtout, heu parce que c'est des métiers qu'on apprend sur le terrain donc on a besoin d'être encadré pour apprendre à bien travailler je pense.

7 – En général, te sens-tu à l'aise pour encadrer les étudiants dans toutes les situations ?

Heu oui, j'ai pas de soucis particulier. Ensuite heu, heu, ensuite heu ça dépend aussi des situations. Il y a des situations j pense que c'est un peu compliqué pour les étudiantes en fonction de leur niveau mais sinon y'a pas de soucis.

Par exemple ?

Bah quand y'a, t'as des pathologies assez lourdes à prendre en charge, ou des urgences qui arrivent ou des choses comme ça où t'as pas forcément le temps d'encadrer en fait. Ou dans le cadre des IMG, des morts fœtales des choses comme ça c'est pareil c'est pas évident

8 – À quelle fréquence prends-tu en charge des IMG/MFIU en SDN ?

Bah assez régulièrement (rires). Assez régulièrement parce que c'est quelque chose qui m'intéresse, entre guillemets, parce que je me sens à l'aise pour le faire en fait.

D'accord donc c'est fréquent dans ta pratique ?

Oui, en plus y'a 2-3 ans on a fait un groupe de travaille la dessus à Argenteuil dont je faisais parti pour essayer d'améliorer nos prises en charges, donc c'est quelque chose qui fait parti intégrante de ce que je fais dans ma pratique.

9 – Comment te sens-tu personnellement lors de ces situations ?

Heu bah c'est toujours difficile heu mais je pense heu être heu suffisamment armée pour m'en occuper. Je sais pas comment t'expliquer, je, j'ai l'impression heu que c'est vraiment une part importante de mon boulot et en gros je peux pas vraiment l'expliquer mais que je suis un peu faite pour ça. C'est ouai, c'est pas évident à expliquer mais voilà.

10 – Comment te sens-tu professionnellement lors de ces situations ?

Heu à l'aise, à l'aise, heu et j'espère heu suffisamment aidante.

11 – Penses-tu que ta formation initiale à l'école t'aide à prendre en charge ces situations ?

Heu, pas vraiment (rires).

Pourquoi ?

Heu, la formation technique oui parce que c'est quasiment la même chose que si c'était, 'fin c'est un accouchement hein donc la formation technique elle est là. Après c'est la formation sur le plan psychologique qui est heu, ensuite ça a peut-être changé depuis hein, ça fait 10 ans que j'ai fini mes études mais heu, j'pense que quand on n'est pas dans la réalité des choses, tant qu'on n'a pas entendu certaines phrases, tant qu'on n'a pas vécu certaines choses c'est compliqué de prendre en charge ces patientes là et j'trouve que la formation elle apporte pas ce côté là. Le côté pratique pratique sur le plan psychologique.

12 – Dans le cadre de la formation continue, as-tu effectué d'autres formations en rapport avec ces situations ?

Heu, bah j'te dis le groupe de travaille qu'on a fait là ya 2-3 ans. Heu sinon non.

Quels étaient les thèmes abordés dans ce groupe de travail ?

Alors le thème abordé c'était comment améliorer notre prise en charge parce que on a à Argenteuil on avait un gros soucis c'est que les sages-femmes se retrouvaient seules pour prendre en charge ces patientes là la plupart du temps et on savait pas quoi dire, on savait pas comment prendre en charge les femmes vraiment bien, quoi leur proposer, comment les accompagner au mieux en fait. Et du coup voilà, par exemple on proposait pas de peau à peau, on faisait pas de choses comme ça alors qu'en fait on peut le faire. Et donc on avait un soucis là dessus et le point de départ de ce groupe de travail a aussi été les accouchements trop prématurés qui naissaient vivant mais qui n'étaient pas viables. Ca ça a été le point de départ, et donc ces enfants-là on en faisait quoi ? la plupart du temps ils étaient soit laissés dans une paillasse soit on les aidait à partir mais ça c'est un côté qui passait complètement à la trappe, les médecins s'en occupaient pas, les pédiatres s'en occupaient pas et donc on se retrouvait face à ça toute seule, donc on a démarré ça en disant c'est pas possible on peut pas continuer comme ça, il faut qu'on réfléchisse à comment faire pour encadrer les choses. Pour que ça devienne mieux et pour nous professionnellement et pour les couples pour être le plus efficace et plus aidant et donc voilà ça a démarré la dessus et donc on a inclus la dedans les IMG et les morts fœtales.

Ca t'a aidé de faire tout ce groupe de travail dans ta pratique ?

Ah oui énormément, ça nous a débloqué beaucoup de choses et surtout ça nous a conforté dans le sens qu'on faisait pas bien et qu'on pouvait beaucoup mieux faire et je pense qu'on s'est grandement améliorés oui.

13 – Encadres-tu personnellement des étudiants dans ces situations ?

Heu non, j'crois que j'en ai jamais pris avec moi dans ces moments là.

Pourquoi ?

Parce que je trouve que déjà à part en dernière année c'est compliqué parce que je pense qu'on a encore pleins de choses à apprendre, qu'on est pas déjà forcément à l'aise avec les patientes dont l'enfant va naître vivant et qui a pas de soucis particulier. Y'a quelques pathologies, bah nan en 4^{ème} année tu fais de la patho mais j'trouve que c'est compliqué, j'suis pas sure qu'on ait encore le degré de maturité et le, la confiance en soit qu'il faut pour bien prendre en charge ces patientes-là. Et j'trouve que c'est difficile, ouai, du coup je. Alors voilà, du coup j'évite de prendre des étudiantes pendant ces moments là.

Tu n'en as donc jamais encadrés ?

Non et j'ai pas vraiment envie de le faire en fait. J'trouve que c'est trop tôt, j'pense qu'on a besoin de grandir en tant que sage-femme avant de pouvoir prendre en charge ces patientes là. Après c'est voilà, c'est mon idée, c'est peut-être pas forcément juste, mais c'est comme ça que je le vois.

Et du coup pour toi une fois diplômée est ce qu'on pourrait participer à ces situations ou c'est encore trop top ?

J'pense qu'on peut même sans être diplômée mais moi je me sens pas à l'aise pour encadrer dans ces moments là en fait, parce que j'ai peur que ce soit trop violent et j'ai peur qu'il y ait certaines étudiantes qui soient un peu traumatisées entre guillemet.

D'accord pour les protéger du coup ?

Ouai c'est un peu pour les protéger ouai.

'fin je sais en quatrième année on m'aurait dit tu viens avec moi on va là, j'aurais dis ok mais j'aurais pas trouvé ma place.

Donc tu n'avais pas participé avant d'être diplômée ?

Non jamais c'est venu plus tard au cours de ma pratique.

15 – Penses-tu que les étudiants soient demandeurs de participer à ces situations ?

Heu, j'ai pas l'impression (rires). C'est peut-être arrivé une ou deux fois, et effectivement j'ai toujours répondu non en argumentant bien sur hein, mais on m'a pas souvent demandé (rires).

Donc pour toi globalement on n'est pas trop demandeurs ?

J'pense que, alors soit vous osez pas, soit heu non, y'en a beaucoup qui, qui se disent j'aurai tout le temps d'y arriver et y'a rien de pressé.

16 – Penses-tu qu'encadrer un étudiant dans ces situations soit bénéfique pour lui ?

Bah, ffff, oui et non. J'pense que oui ensuite heu c'est difficile à faire en fait. Mais oui certainement. Après heu, j'pense que c'est plus facile de, d'en parler sans que l'étudiant participe forcément à la prise en charge de ces patientes-là, qu'on en discute à coté, qu'on voilà, qu'elles posent pleins de questions au contraire c'est bien. Après d'y participer vraiment je, je sais pas ...

Si, surement ! (rires), c'est pas évident comme sujet.

17 – Penses-tu qu'encadrer un étudiant dans ces situations soit bénéfique pour le couple ?

Heu, fff, j'aurais tendance à dire non. J'pense qu'il y a suffisamment à gérer, heu j'pense que dans ces moments-là c'est bien d'avoir un interlocuteur face à soit, une personne référente à qui se rapprocher en fait et de multiplier les intervenants j'suis pas sûre que ce soit bien, y'a ça aussi. J'pense que c'est ... c'est déjà compliqué et quand y'a trop de monde d'un coup, heu, j'pense que c'est plus dur.

18 – Penses-tu avoir besoin d'une formation pour apprendre à encadrer les étudiants lors de ces situations ?

Heu, pourquoi pas oui. Pourquoi pas, qui donnerait des pistes à effectivement comment pouvoir intégrer une étudiante dans ces moments là sans que ce soit délétère pour la prise en charge et pour le couple.

Est ce que ça te permettrait d'encadrer des étudiantes du coup ?

Bah oui, oui oui oui. Je suis pas hermétique à ça en fait, j'ai mes idées mais si ça peut apporter un plus et pour les étudiantes et pour le couple bah pourquoi pas. Mais voilà, je, il faut montrer que c'est bénéfique en fait (rires). J'ai peur que ce soit ... il va falloir au préalable démontrer que ce soit très bénéfique pour heu, c'est surtout le couple avant l'étudiante, mais oui avec plaisir si ça l'est.

19 – Penses-tu que la prise en charge des situations d'IMG/MFIU doit être enseignée lors de la formation initiale ?

Oui je pense.

Alors pour toi qu'est ce qui est indispensable qu'on nous enseigne ?

Bah le coté technique il est quasiment le même que pour un accouchement voie basse. J pense que c'est vraiment la manière de prendre en charge le couple sur le plan psychologique, comment leur parler, quoi leur dire, comment déjà soi se sentir à l'aise vis à vis de ça.

20 - Et est-ce que tu aurais des idées pédagogiques de comment nous l'aborder en cours ?

J pense qu'il faut, heu ... je sais pas. J pense qu'il faudrait faire peut-être des cas pratiques, peut-être des cas pratiques de phrases types à surtout éviter, ou de situations heu. C'est pas évident parce que tout ce qui est comme ça sur le plan psychologique, sur le plan relationnel c'est pas évident à apprendre en fait, à comprendre, à apprendre, à enseigner. Mais peut-être plus du heu de la pratique, de mise en situations. Mise en situations et pourquoi pas heu peut-être aussi essayer de voir dans les mater écoles ou les mater de niveau 3 ou y'en a beaucoup, voir si ce serait possible de mettre en place heu par exemple un couple qui a déjà vécu ça, qui revient pour un accouchement physio, heu leur demander par exemple si ça les embêterait de raconter leur expérience et de dire bah les phrases chocs, les phrases qui les ont choqués, celles qui les ont aidés, des choses comme ça. Plutôt avoir un retour des patientes.

Mais voilà, une fois à distance, parce que c'est compliqué de ... Mais voilà à distance parce que t'as pleins de couples qui vivent ça une fois, qui reviennent et ça se passe bien, donc s'ils acceptent d'en parler je pense que ça pourrait être hyper intéressant. J pense que c'est ça qui apprendrait le plus finalement.



Sous forme de témoignage ?

Ouai, sous forme de témoignage et voir, parce qu'on se rend pas compte parfois des phrases anodines peuvent prendre une ampleur incroyable heu et des choses qu'on pense être la phrase qui va faire que, bah ça va passer complètement à la trappe dans le discours, et d'avoir vraiment le vécu de ce que les gens ont entendu et ressenti j'pense que ça ce serait très intéressant.