



**HAL**  
open science

**Quand la naissance côtoie la mort : aspects de l'accompagnement et des modalités de rencontre entre la mère et son enfant susceptibles d'influencer le vécu et la santé psychologique maternelle, à partir d'une revue de la littérature**

Inès Cabal

► **To cite this version:**

Inès Cabal. Quand la naissance côtoie la mort : aspects de l'accompagnement et des modalités de rencontre entre la mère et son enfant susceptibles d'influencer le vécu et la santé psychologique maternelle, à partir d'une revue de la littérature. *Pédiatrie*. 2018. dumas-01945370

**HAL Id: dumas-01945370**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01945370>**

Submitted on 5 Dec 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.

## **AIX MARSEILLE UNIVERSITE**

*Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée*

### **Quand la naissance côtoie la mort : Aspects de l'accompagnement et des modalités de rencontre entre la mère et son enfant susceptibles d'influencer le vécu et la santé psychologique maternelle**

#### **A partir d'une revue de la littérature**

Présenté et publiquement soutenu

Le 16 Avril 2018

Par

CABAL Inès  
Née le 26 Février 1994

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme  
Année universitaire 2017/2018

Membres du jury :

- BOISSIER Estelle, sage-femme enseignante EU3M
- CORTES Laurie, sage-femme expert
- ZAKARIAN Carole, directrice de mémoire



# AIX MARSEILLE UNIVERSITE

*Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée*

## **Quand la naissance côtoie la mort : Aspects de l'accompagnement et des modalités de rencontre entre la mère et son enfant susceptibles d'influencer le vécu et la santé psychologique maternelle**

**A partir d'une revue de la littérature**

CABAL Inès  
Née le 26 Février 1994

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme**

**Année universitaire 2017-2018**

**Validation 1<sup>ère</sup> session 2018 : oui  non**

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

**Validation 2<sup>ème</sup> session 2017 : oui  non**

**Mention :**

**Visa et tampon de l'école**

**Quand la naissance côtoie la mort :**

**Aspects de l'accompagnement et des modalités de  
rencontre entre la mère et son enfant  
susceptibles d'influencer le vécu et la santé  
psychologique maternelle**

**A partir d'une revue de la littérature**

## REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord ma directrice de mémoire, Carole ZAKARIAN, pour son encadrement dans ce travail.

Je ne remercierai jamais assez ma mère pour sa confiance, son aide, sa patience, et tout l'amour, la force et le soutien sans faille qu'elle a su m'apporter depuis toujours.

Un grand merci à mon frère, mon Paulo, pour son sourire et son énergie.

Je remercie au même titre, mon père, mes grands-parents qui ont cru en moi et m'ont permis de réaliser ce rêve de vie.

Je remercie également « *mes copains, mes chatons* » pour leur soutien, leur amitié et leurs encouragements de chaque jour sans lesquels ces années d'études auraient été plus éprouvantes. Merci d'être là.

## TABLE DES MATIERES

<b>I.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>p.1</b>
<b>II.</b>	<b>Matériel et méthode.....</b>	<b>p.10</b>
<b>III.</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>p.15</b>
<b>IV.</b>	<b>Analyse et discussion</b>	
	<b>1) Validité interne de l'étude.....</b>	<b>p.18</b>
	<b>2) Validité des articles sélectionnés .....</b>	<b>p.19</b>
	<b>3) Analyse et discussion .....</b>	<b>p.21</b>
<b>V.</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>p.33</b>
<b>VI.</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>p.34</b>
<b>VII.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>p.37</b>

## I. Introduction

Le métier de sage-femme suscite, chez la majorité des personnes, les mêmes commentaires : « Sage-femme quel beau métier ! Un contact aussi intime avec la vie, ce doit être merveilleux ! Que de bonheur et de joie à faire naître des enfants... ». Certes, mais la mise au monde reste encore une pratique risquée, qui peut faire basculer ce moment de bonheur en un moment de malheur, de peine voire de détresse. Participer à donner la vie, c'est aussi parfois participer à recevoir la mort.

Dès nos premiers stages, nous avons été confrontées à la mortinaissance. C'est un sein d'un service de maternité de type 3 qu'à émergé le thème de mon étude. Dans un environnement très technicisé, à la fois inquiétant et rassurant, et dans une société où les progrès de la médecine nous font croire aux miracles, où la mort est encore un sujet tabou, on ne peut nier cependant la présence de la mort et de l'irréversible. L'irruption brutale de la mort dans une histoire porteuse de vie et d'espoir est toujours ressentie profondément comme un profond désarroi, « un ouragan turbulent » par le couple et l'équipe soignante. Certains soignants se trouvent parfois démunis face à un décès, d'autres le prennent en charge avec plus d'aisance. En tant qu'étudiantes, nous sommes souvent écartées de ces situations, certainement par empathie de l'équipe « Tu verras ça en dernière année, tu as le temps, c'est un peu difficile... », ou alors quand nous sommes amenées à participer à la prise en charge, notre place est souvent difficile à trouver et l'émotion des parents difficile à contrôler.

La mortinaissance, bouleversant l'ordre logique de la nature, demeure une situation complexe à gérer. Durant ce moment difficile, l'accompagnement par la sage-femme influe le vécu des parents. Selon Métrailler en 2006 <sup>(31)</sup>, « *La manière dont les parents sont soutenus au moment du décès de l'enfant influence considérablement leur travail de deuil. En d'autres termes, un accompagnement professionnel est un outil de prévention* ». Il est donc essentiel d'avoir des clés afin d'améliorer la pratique soignante dans le but de favoriser un accompagnement adéquat et ainsi prévenir les répercussions négatives sur la santé psychique des mères et du couple à court, moyen et long terme.

Un état des lieux historique et juridique de la prise en charge de la mortinaissance est présenté afin de situer et de préciser la question de recherche.



### ***Evolution historique de la prise en charge des décès d'enfants morts-nés :***

Dans la France ancienne du Moyen âge au 19<sup>ème</sup> siècle, la vie et la mort se côtoyaient intimement dans une société marquée par une forte fécondité et forte mortalité néonatale et maternelle. En effet, un nourrisson sur quatre en moyenne n'atteint pas son premier anniversaire et toutes les familles ont perdu un ou plusieurs nourrissons <sup>(27)</sup>.

Plus habituées au malheur que nous, les populations anciennes géraient le deuil de ces morts «immatures» à l'aide d'un certain nombre de rites et de croyances, reposant sur l'adhésion de tous à la religion chrétienne permettant de donner une signification positive à la perte de leur enfant <sup>(25)</sup>. Nous allons décrire les principaux rites de l'époque pour pouvoir les comparer, ultérieurement dans la discussion, à nos pratiques actuelles.

*« Quand un enfant nouveau-né, ou un très jeune enfant mourait, on était partagé entre deux sentiments : celui que l'enfant manquerait, ô combien, et le sentiment qu'il était à l'abri, au ciel... s'il avait été baptisé avant sa mort » <sup>(27)</sup>.*

L'enfant à sa naissance, est considéré comme un être pris entre deux mondes, son destin sera heureux ou malheureux selon qu'il aura eu le temps ou non de recevoir le baptême avant de mourir. Le baptême est le principal rite qui confère un statut au nouveau-né <sup>(25)</sup>. En effet, on peut lire dans le nouveau testament : *« A moins d'être né d'eau et d'esprit, nul ne peut entrer dans le royaume de Dieu »*. Donc sans baptême, pas de prénom, ni de sépulture décente, (enterrement en terre profane), ni de parents spirituels (parrains et marraines).

Pour les enfants mort-nés et les enfants nés vivants mais décédés avant leur baptême n'ayant aucun statut aux yeux de la communauté chrétienne, l'église refusait donc d'intervenir de quelque manière que se soit dans leur sépulture <sup>(26)</sup>.

A partir du 12<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> siècle l'Eglise inventa un lieu intermédiaire pour les âmes des nouveaux-nés non baptisés, « Le Limbe des enfants » <sup>(25)</sup>. Cependant ce lieu n'a pas réussi à être accepté par les parents et à apaiser leurs angoisses. Le seul recours autorisé par l'Église pour les parents désemparés est alors de porter le nouveau-né dans un « sanctuaire à répit », où on demande la grâce qu'il revive un court instant, afin de le baptiser. Après quoi, apaisé, il peut mourir pour de bon <sup>(25)</sup>.

Dès les 15<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> siècles, on voit apparaître la volonté nouvelle de garder le souvenir de l'enfant mort-né. Il est souvent représenté avec ses parents et membres

de la famille, par des peintures, ex-voto, <sup>(25)</sup> à la manière d'un livret de famille, pour ne pas oublier ces petits morts. On retrouve aussi des peintures et photographies d'enfant sur son lit de mort, faisant référence au sens religieux des petits anges et ayant pour fonction prophylactique d'écartier les mauvais esprits. Cette pratique a duré jusque dans les années 1950.

Depuis le 18<sup>ème</sup> siècle et jusque dans les années 1980 où l'accouchement à l'hôpital s'installe, il doit faire face à ces accouchements d'enfants morts-nés. Dans ces maternités, comme le décrit Rousseau, on assiste à une « *conspiration du silence* » <sup>(24)</sup> autour de ces mortinaissances. Les mères accouchent le plus souvent sous anesthésie générale ou derrière un champ opératoire, les parents sont isolés, évités par les soignants. L'enfant mort-né n'est pas montré à ses parents, aucune photographie n'est prise. Les parents n'ont pas la possibilité d'inhumer leur enfant. Les soignants pensaient protéger les parents d'une trop grande souffrance, et probablement, s'épargnaient ainsi d'être confrontés à la réalité de la mort à laquelle leur formation ne les avait pas du tout préparés.

Cependant, l'absence de matérialité et l'absence d'accompagnement par les soignants rendaient le travail de deuil périnatal plus difficile, ce qui augmentait le risque de dépression et de relation pathologique entre la mère et son ou ses enfants déjà présents et à venir.

« *En faisant comme si de rien n'était, ils font comme s'il n'était rien* » (Camille Laurens dans « Philippe », 1995)

Depuis la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, la médicalisation de l'accouchement et son déroulement en maternité se sont généralisés. Il en va de même de la diminution considérable de la mortalité néonatale et maternelle par les progrès de la médecine et de l'hygiène. Avec l'apparition de l'échographie, du diagnostic prénatal, de la procréation médicalement assistée, les grossesses deviennent programmées et plus tardives, l'image de l'enfant fantasmatique devient de plus en plus réelle avec les échographies, qui l'introduisent dans l'imaginaire et le cadre familial.

Parallèlement, l'émergence de plusieurs réflexions éthiques et travaux de psychiatres et psychanalystes étudiant le vécu et les récits des parents face à ces deuils périnatals ont amené les maternités à modifier progressivement leurs pratiques et faire face à ces situations de deuil.

En 1978, Lewis, psychiatre britannique <sup>(30)</sup> est un des premiers à critiquer les pratiques courantes de l'époque. L'auteur rapporte dans son étude des récits de mères

regrettant de ne pas avoir eu de contact avec leur enfant mort-né, souffrant de pathologies psychologiques sur le long terme.

De plus, l'étude du psychiatre suédois Cullberg en 1966 sur 56 mères interrogées un à deux ans après la mort de leur nouveau-né constate que 19 d'entre elles avaient des perturbations psychiatriques majeures <sup>(28)</sup>. On apprend que l'impossibilité de voir l'enfant mort, l'absence de preuves d'existence tangibles de cet enfant et de son identité risquent d'interrompre le travail de deuil et d'aggraver les troubles psychiatriques (psychoses, dépressions du post-partum).

C'est ainsi que l'analgésie péridurale est préférée à l'anesthésie générale, la rencontre avec l'enfant est proposée, les psychologues sont présents en maternité, des souvenirs de l'enfant sont créés : photos, empreintes, bracelet... Des funérailles sont possibles si l'enfant a été déclaré <sup>(24)</sup>. La peine est entendue, la recherche de moyens pour soutenir les parents a amené des habitudes nouvelles. La prise en charge repose sur la reconnaissance et le respect de l'enfant décédé et l'accompagnement des parents pour accueillir leur enfant. L'accompagnement des parents repose en une suite de propositions et non d'obligations. Il débute dès l'annonce, avant l'hospitalisation et se poursuit jusqu'aux funérailles voir jusqu'à la grossesse et la naissance du prochain enfant.

### ***Evolution de la reconnaissance sociale et juridique : « Naître et Être »***

En plus de ces évolutions dans la prise en charge, on assiste à une reconnaissance sociale par l'évolution du statut juridique des nouveaux-nés décédés.

Avant la loi du 8 Janvier 1993 <sup>(23)</sup> : « *naître vivant, viable (>28 SA) et vivant lors de la déclaration pour être* ». Les conditions de déclaration des nouveaux-nés à l'état civil étaient fixées par le Code Napoléon de 1806, modifiées par une loi de 1972 pour les enfants nés vivants. Pour avoir un acte de naissance, il fallait naître vivant et être toujours vivant au moment de la déclaration. Quand l'enfant était mort lors de la déclaration, aucun acte de naissance ne pouvait être établi et il était délivré un acte d'enfant né sans vie.

L'étude sur la mortalité périnatale réalisée en 1988-1989 en Nord pas de Calais a montré que sur une année 35% des enfants morts-nés et 12% des enfants nés vivant

puis décédés n'avaient pu être déclarés à l'état civil : ces enfants n'existaient pas pour la loi, pourtant certains avaient vécu quelques heures, voir quelques jours. Dans les textes juridiques on parlait d'eux en utilisant les termes de « *produits innommés* », « *débris humains* » ou « *choses* ». Les conséquences étaient dramatiques pour les familles concernées.

Quand l'enfant n'avait pu être déclaré (même s'il avait vécu) les remboursements des frais d'hospitalisation des mères étaient effectués en risque maladie (75%) et non en risque maternité (100%). Non déclarés, les enfants, même nés vivants, ne pouvaient être inscrits sur le livret de famille de leur parent et n'avait aucun droit à des funérailles.

À partir de 1993 <sup>(a)</sup>, « *naitre vivant et viable pour être* » : la loi supprime les conditions de vitalité de l'enfant au moment de sa déclaration à l'état civil pour l'établissement de son acte de naissance. Sur certificat que l'enfant est né vivant et viable et décédé il est établi un acte de naissance et un acte de décès. Ces modifications ne concernaient pas les enfants mort-nés pour lesquels le Code Napoléon restait en vigueur.

La circulaire du 30 novembre 2001 <sup>(b)</sup>, « *naitre mort, viable et déclaré sans vie* » : modifie la définition officielle de la mortinatalité spontanée et induite en abaissant le seuil d'enregistrement des mort-nés de 28 SA à 22 SA, en s'alignant sur les recommandations de l'OMS (âge gestationnel  $\geq$  22 SA et/ou  $\geq$  poids 500g).

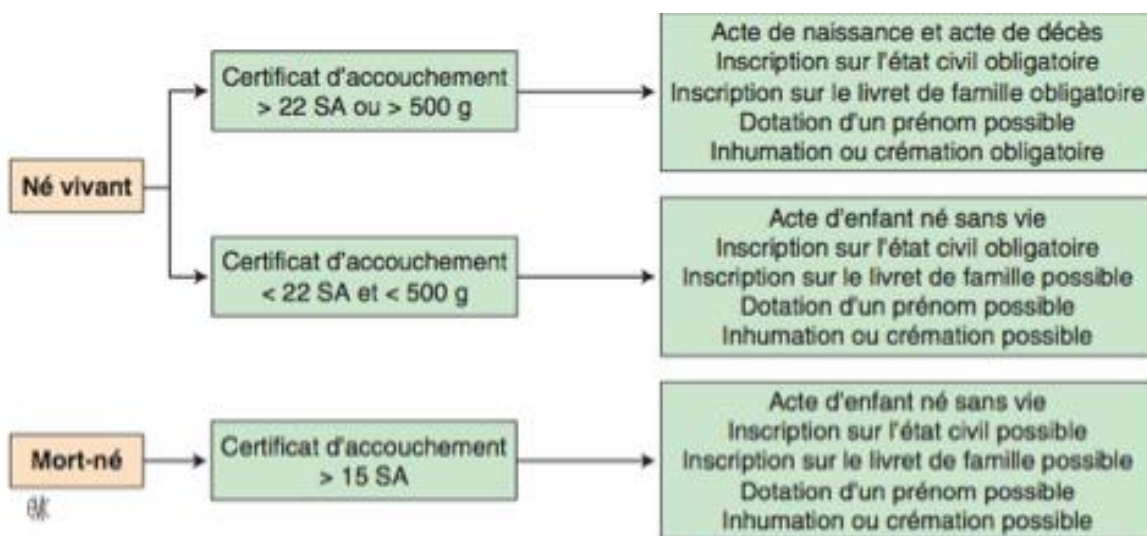
Le décret du 20 août 2008 <sup>(c)</sup>, « *naitre mort et être déclaré sans vie sur production d'un certificat médical d'accouchement* » : La production d'un acte d'enfant né sans vie n'est plus conditionnée par le seuil de viabilité de l'OMS, cela permettant de donner à tout enfant né vivant ou sans vie une existence. L'acte d'enfant né sans vie est conditionné par la délivrance d'un certificat médical d'accouchement lors d'un accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale. L'enfant est inscrit sur les registres de décès en précisant le jour, l'heure et le lieu de l'accouchement. Le certificat médical d'accouchement n'est établi qu'à partir de la 16<sup>ème</sup> SA et exclu les grossesses interrompues avant ce terme. L'inscription à l'état civil et sur le livret de famille est possible avec choix d'un prénom.

Il s'agit d'une possibilité à la demande des parents et non pas d'une obligation. Ce certificat d'accouchement ne peut donner lieu à l'obtention de droits sociaux pour lequel le seuil de viabilité des 22 SA et/ou 500g est requis. Les droits sociaux sont subordonnés à l'existence d'un acte d'état civil et à la viabilité de l'enfant attestée par un certificat médical d'accouchement indiquant la durée de gestation.

Depuis janvier 2008, les pères d'enfants mort-nés viables déclarés à l'état civil peuvent bénéficier du congé de paternité octroyé auparavant aux pères ayant eu un acte de naissance.

Si l'enfant est né vivant et non viable, il est produit un acte d'enfant né sans vie sur production d'un certificat médical d'accouchement, l'inscription sur l'état civil est obligatoire, l'inscription sur le livret de famille avec prénom et inhumation et ou crémation sont possibles. Lorsque un acte de naissance et un acte de décès ont été établis (né vivant et viable puis décédé), l'inscription à l'état civil et sur le livret sont obligatoires avec possibilité de donner un prénom à l'enfant. L'inhumation et ou la crémation du corps sont obligatoires et à la charge de la famille.

L'arrêté modifie également les modalités d'attribution du livret de famille. En effet, auparavant si les parents n'étaient pas mariés et s'il s'agissait de leur premier enfant, la naissance d'un enfant sans vie ne permettait pas de délivrer un livret de famille. Depuis 2008, un livret de famille peut être fourni à des parents non mariés dont le premier enfant est né sans vie.



**Figure 3.** Décret du 20 août 2008. SA : semaines d'aménorrhée.

Figure : Résumé prise en charge mortinaissance : Décret 2008 <sup>(23)</sup>

- a) Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le Code civil relatif à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance (JO du 9 janvier 1993).
- b) Circulaire n° 2001-576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance.
- c) Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'enregistrement à l'État civil, la délivrance du livret de famille et la prise en charge des corps pour les enfants, soit décédés avant la déclaration de naissance, soit pouvant être déclarés sans vie.

### **Etat des lieux de la prise en charge actuelle dans les maternités Françaises :**

En France, le deuil périnatal concerne le décès de fœtus de 15 SA à une semaine après la naissance. Il englobe la mortinatalité (enfant né sans vie > 15 SA à la naissance) et la mortalité néonatale précoce (de la naissance à six jours de vie révolus) <sup>(23)</sup>.

Actuellement, en terme de recommandations, la France s'appuie sur essentiellement deux textes.

En 2009, la circulaire DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS n° 2009-182 du 19 juin 2009 <sup>(d)</sup> a émis en annexe des recommandations en matière d'accompagnement du deuil périnatal. Elle indique que « *Dans tous les cas, le personnel soignant veillera à proposer, sans imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil* ».

Il est recommandé aux équipes de proposer aux parents, après l'accouchement, de voir leur enfant. « *Lorsqu'elle est voulue, la présentation du corps aux parents doit être humanisée, instantanée ou différée, selon le souhait que les parents auront exprimés.* ».

« *Les professionnels veilleront à assurer, dans la mesure du possible la disponibilité de traces mémorielles de l'enfant tels que le bracelet de naissance ou des photos qui auront été prises de l'enfant dont la présentation aura été soignée (nettoyage, habillage), ou encore les empreintes, mèches de cheveux ..., qui seront conservées dans le dossier médical* ». Elle précise aussi les modalités d'autopsie, la prise en charge en chambre mortuaire et les rites funéraires et devenir des corps.

Le CNGOF en 2014 dans « Les pertes de grossesse » Texte court <sup>(29)</sup> détaille la prise en charge des fausses couches spontanées (FCS), fausses couches tardives (FCT), des morts fœtales in-utéro (MFIU) et explore le coté psychologique. Dans le contexte des MFIU il énonce qu' « *une attitude empathique et respectueuse de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale lors de la prise en charge est associée à un meilleur vécu psychologique (NP4)* ». Aussi, « *le fait de présenter spontanément l'enfant aux parents est associé à un meilleur ressenti maternel que le fait de laisser le choix de le voir ou non (NP4)* ». Cependant, « *le fait de porter son enfant après une MFIU est associé à une augmentation de la symptomatologie dépressive (NP3).* »

<sup>d)</sup> Circulaire DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS n° 2009-182 du 19 juin 2009 (Annexe I: Recommandations en matière d'accompagnement du deuil périnatal)

A notre époque, il en est une réalité en salle de naissance.

En 2013 d'après une étude de la DRESS <sup>(21)</sup> : un enfant sur 110 naissait sans vie avec un taux de mortalité estimé à 8,9 ‰. Ce taux est en légère baisse depuis 2007 (9,3 ‰). La mortinatalité concerne un enfant sur deux pour les très grands prématurés (<28 SA) contre un sur sept cent pour les enfants nés à terme (> 37SA). En 2014 la DRESS <sup>(21)</sup> constate que la mortalité spontanée (MFIU) représente 60% de ces décès (40% induite par IMG). Selon l'INSEE <sup>(22)</sup> : parmi les 2598 enfants de moins d'un an décédés, 1263 avaient moins d'une semaine et 54 %, soit 678 avaient moins d'un jour. Ces derniers étaient donc probablement pour certains décédés en maternité.

Une étude nationale multicentrique rétrospective <sup>(20)</sup> a été réalisée en 2015 auprès de 219 maternités françaises ayant pour but d'évaluer les prises en charge palliatives en salle de naissance. Elle montre que 83% des maternités ont déclarées être confrontées annuellement à des prises en charge palliatives en salle de naissance dont 31% avaient un protocole d'aide à la prise en charge en salle de naissance. La fréquence varie selon le type de maternité : 62% des maternités des type I y étaient confrontées au moins une fois, 93% des maternités de type II et 97% des maternités de type 3.

Beaucoup de pratiques sont communes aux 182 maternités ; 96% proposaient « *souvent ou toujours* » un soutien psychologique aux parents et/ou à la fratrie, 95% l'élaboration de traces mémorielles, 83% la mise dans les bras ou le « *peau à peau* », 78% la possibilité d'organiser des rituels religieux ou culturels et 70% la présence des proches.

Dans 75% des cas les difficultés rencontrées étaient liées à la gestion de l'incertitude de la durée de vie. Les difficultés émotionnelles et organisationnelles (manque de temps, de personnel ou d'espace dédié) ont été mentionnées par plus de trois services sur cinq. Enfin, le vécu des équipes et l'accompagnement psychologique du couple ont été identifiés comme une difficulté pour plus de la moitié des services répondant.

Bien que dix fois moins fréquente qu'autrefois, la mort périnatale reste toujours un événement complexe et inacceptable. Voilà maintenant bientôt une trentaine d'années que nos pratiques d'accompagnement en salle de naissance ont évolué. L'habitude actuelle de certaines maternités de présenter l'enfant décédé à la mère, de le photographier ou de garder des souvenirs constituent-elle à cet égard l'invention d'un nouveau rituel ou une manière de renouer avec une tradition ancienne ? Il serait donc intéressant de mieux comprendre les répercussions psychologiques et émotionnelles survenant lors de cette mortinaissance et comment nous pouvons, en

tant que professionnels de la santé, les prendre en charge de façon optimale et adaptée.

A partir d'une revue de la littérature, la question de recherche suivante sera donc traitée :

« Quels aspects de l'accompagnement en salle de naissance sont susceptibles d'influencer le vécu psychologique de la mère lors de la prise en charge d'une mort périnatale ? ».

L'objectif principal de ce travail sera d'apprécier les effets du contact entre la mère et son enfant en salle de naissance, ainsi que son accompagnement par le personnel soignant, sur l'anxiété, la dépression, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la satisfaction maternelle.

L'objectif secondaire est d'identifier les autres facteurs pouvant influencer le vécu psychologique maternel.



## II. Matériel et méthode

Pour répondre à notre question de recherche, une revue de la littérature a été entreprise.

La principale base de données utilisée pour la recherche a été PubMed puis Web Of Science, EM Premium et Psycinfo. La recherche a été ciblée, en adéquation avec la question de recherche pour se concentrer sur : le contact avec l'enfant mort-né, l'accompagnement par le personnel lors de l'accouchement et le vécu et la satisfaction des mères.

La correspondance anglaise des mots clefs a été trouvée par l'utilisation du thésaurus médical MeSH (Medical Subject Headings). Cela a permis d'établir les mots clefs suivants : « stillbirth / stillborn », « perinatal death / perinatal loss / pregnancy loss », « contact / memory / momento », « caregivers / staff support », « experience / views », « mental health / grief / bereavement / psychology ».

Plusieurs recherches par combinaison des mots clefs ont été réalisées, pour finir par une recherche englobant tous les mots clés.

L'inclusion des articles concerne des études quantitatives et qualitatives. Elle s'effectue sur une période de 1996 à 2017.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Articles sur la période de 1996 – 2017,
- Articles traitant du contact maternel avec l'enfant décédé (≥ 15 SA à 1 semaine après naissance),
- Articles traitant de l'accompagnement et du soutien maternel du personnel soignant en salle de naissance,
- Articles traitant des conséquences sur la santé mentale (anxiété, dépression, SSPT) et la satisfaction des mères,
- Articles en anglais ou français.

Les critères de non inclusion sont :

- Articles dans une autre langue que l'anglais ou le français,
- Articles payants,
- Articles ne traitant pas du contact avec l'enfant mort-né en salle de naissance.

Les critères d'exclusion sont :

- Articles traitant des fausses couches spontanées (FCS),
- Articles traitant des interruptions médicales de grossesse (IMG) (et refus d'interruption avec accompagnement à la naissance),
- Articles traitant des interruptions volontaires de grossesses (IVG),
- Articles traitant des grossesses extra-utérines (GEU),
- Articles traitant des grossesses gémellaires exclusivement,
- Articles intéressant le couple ou un autre membre de la famille,
- Articles traitant de l'annonce du diagnostic, de l'autopsie et du suivi post-partum.

Dans cette revue, le contact avec l'enfant mort-né se définit par : le contact visuel (le fait d'avoir vu l'enfant) et/ou le contact tactile (le fait de porter l'enfant), et/ou d'avoir des souvenirs (photographies, empreintes, mèches de cheveux, coffret de souvenirs...).

L'accompagnement par le personnel soignant a été évalué en salle de naissance, lors de l'accouchement.

L'impact sur la santé psychologique maternelle a été évalué par le chagrin, les symptômes d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatiques.

Le vécu et la satisfaction maternelle ont été décrits à partir des mesures des échelles de Likert dans les études quantitatives et par l'analyse de récits des études qualitatives.

Depuis la seconde moitié du XXème siècle, les pratiques dans les maternités ont évoluées, l'étude s'attachera donc à sélectionner les articles à partir de 1996.

La population de cette étude s'est restreinte à l'impact maternel seulement. En effet, plusieurs revues de la littérature ont été publiées sur le vécu de la mortinaissance sur le couple <sup>(32)</sup> et quelques articles émergent sur le père <sup>(33,34)</sup>. Il est donc intéressant d'apprécier les conséquences maternelles pour une comparaison ultérieure.

La recherche bibliographique sur les différentes bases de données à partir des différents mots clés, a permis de trouver 564 résultats. Une première sélection a été faite par la lecture des titres et résumés des articles (Annexe I). A l'issue de ce premier

tri, 242 articles ont été retenus. Une deuxième sélection des articles a été entreprise par lecture du contenu des articles et analyse selon la grille de recueil (Annexe II). Au final, 19 études ont été retenues : 15 études quantitatives et 4 études qualitatives.

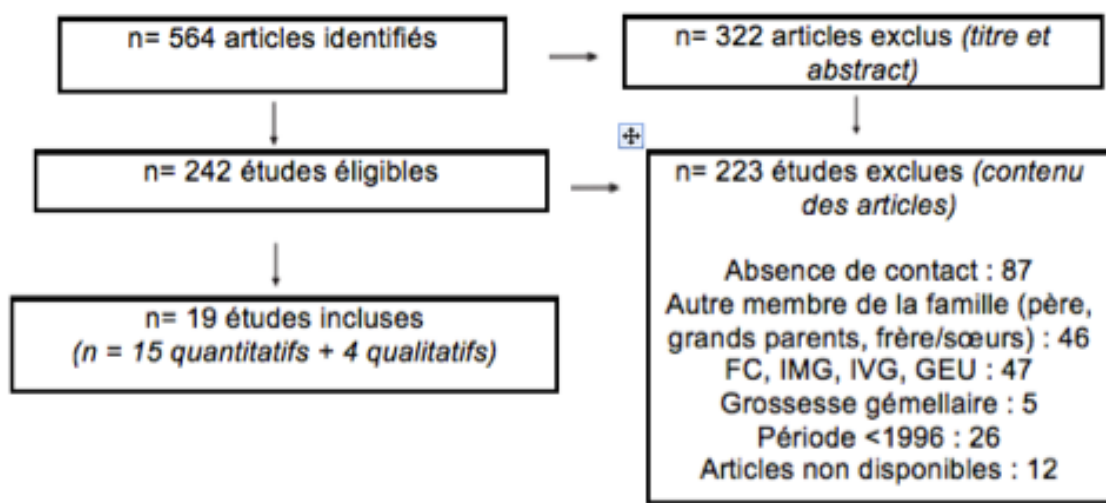


Figure : Arbre de sélection des articles

Auteur	Date	Pays	Population	Temps depuis la perte	AG	Méthodologie	Grade/IF
<b>Quantitatif</b>							
<sup>(1)</sup> Cacciatore et al	2008	International (US, UK, Australie, Canada)	n = 2292	<1 an à >3 ans	≥ 20 SG	Etude rétrospective transversale par questionnaire en ligne	A 2,518
<sup>(2)</sup> Crawley et al	2013	UK	n = 162	≤ 10 ans	≥ 20 SG	Etude rétrospective transversale par questionnaire en ligne	A 1,351
<sup>(3)</sup> Erlandsson et al.	2013	Suède	n = 840	1955 - 2010	≥ 22 SG	Etude rétrospective transversale par questionnaire en ligne	A 1,948
<sup>(4)</sup> Fink	2012	US	n = 498	0 à 2 ans	≥ 20 SG	Etude rétrospective transversale par questionnaire en ligne	C
<sup>(5)</sup> Gravensteen et al	2013	Norvège	n = 101	5 à 18 ans	≥ 23 SG	Etude rétrospective transversale par questionnaire postal	C 2,369
<sup>(6)</sup> Hughes et al	2002	UK	n = 125 (65 cas, 60 témoins)	T3 grossesses et 1	≥ 18 SG	Etude de cohorte rétrospective	C 47,831

				an après		cas témoins par interview	
<sup>(7)</sup> Kuti and Ilesanmi	2011	Nigéria	n = 45	6 mois à 16 ans	≥ 28 SG	Etude rétrospective par questionnaire administré par interview	C 2,174
<sup>(8)</sup> Rådestad et al	1996	Suède	n = 636 (314 cas, 322 témoins)	≤ 4ans	≥ 28 SG	Etude nationale cas témoins par questionnaire postal	C 2,518
<sup>(9)</sup> Rådestad et al.	2009	Suède	n = 33	3 mois	≥ 22 SG	Etude rétrospective par questionnaire postal	A 0,27
<sup>(10)</sup> Rådestad et al	1996	Suède	n = 636 (314 cas, 322 témoins)	≤ 4ans	≥ 28 SG	Etude rétrospective nationale cas témoins	A 17,215
<sup>(11)</sup> Rådestad et al	2009	Suède	n = 314 femmes (population étude <sup>(10)</sup> )	≤ 4ans	≥ 28 SG	Etude de cohorte par questionnaire postal	B 1,948
<sup>(12)</sup> Redshaw et al.	2016	Angleterre	n = 468	3 et 9 mois	≥ 24 SG	Analyse secondaire d'une étude de population postale	B 2,369
<sup>(13)</sup> Surkan et al	2008	Suède	n = 314 femmes (population étude <sup>(10)</sup> )	3 ans	≥ 28 SG	Etude cas-témoins rétrospective par questionnaire postal	B 2,518
<sup>(14)</sup> Turton et al	2009	UK	n = 103, (52 cas et 51 témoins suivi population <sup>(6)</sup> )	7 ans	≥ 18 SG	Etude de cohorte cas témoins	C 3,397
<sup>(15)</sup> Turton et al	2001	UK	n = 125 (65 cas, 60 témoins, population <sup>(6)</sup> )	T3 grossesse et 1 an après	≥ 18 SG	Etude de cohorte rétrospective cas témoins par interview	C 6,347
<b>Qualitatif</b>							
<sup>(16)</sup> Trulsson et Radestad	2004	Suède	n = 12	6 à 18 mois	≥ 24 SG	Interview Analyse par méthode phénoménologique	B 2,518
<sup>(17)</sup> Cacciatore et Bushfield	2007	USA	n = 47	<1 an >10 ans	≥ 20 SG	Questionnaire Analyse par méthode phénoménologique	B 1,014

<sup>(18)</sup> Lee	2012	Australie	n = 14	3 à 4 mois	≥ 20 SG	Enquête qualitative par questionnaire web	B 1,351
<sup>(19)</sup> Ryninks et al	2014	UK	N=21	3 mois	≥ 24 SG	Interview Analyse par méthode phénoménologique	B 2,263

Tableau 1 : Tableau d'inclusion des études

Tous les articles sélectionnés sont en anglais.

Le niveau de preuve de chaque article a été déterminé à l'aide du tableau récapitulatif élaboré par la Haute Autorité de Santé en 2011 (Annexe III).

L'impact factor des revues dans lequel l'article a été publié a été recherché par le biais de l'outil d'analyse « *InCites Journal Citation Reports* » pour les revues indexées dans « Web of Science ». Les autres ont été trouvés grâce au site internet de la revue. Ils correspondent aux facteurs d'impact des années 2012 à 2016. Il est à noter que les facteurs d'impact des revues des articles sélectionnés sont très variables.

### III. Résultats

Un tableau présentant la méthodologie, les résultats et les biais de chaque étude est inclus en Annexe (Annexe IV).

Au total dix-neuf études ont été incluses, quinze quantitatives et quatre qualitatives. Les publications s'étendent sur une période de vingt-ans de 1996<sup>(8,10)</sup> à 2016<sup>(12)</sup>.

Il n'a pas été retrouvé d'études menées en France, la majorité ont été menées en Suède<sup>(3,8,9,10,11,13,16)</sup> et aux UK<sup>(2,6,14,15,19)</sup>, deux aux USA<sup>(4,17)</sup>, mais aussi en Angleterre<sup>(12)</sup>, en Australie<sup>(18)</sup>, en Norvège<sup>(5)</sup>, et Nigéria<sup>(7)</sup>. L'étude de Cacciatore et al.<sup>(1)</sup> est une étude menée à l'international regroupant les US, UK, Canada et Australie.

Le temps à l'évaluation depuis la mortinaissance varie de quelques mois (3 mois) à plus de 10 ans.

L'âge gestationnel pris en compte varie de  $\geq 18$  SG à  $\geq 28$  SG avec pour la majorité des études un âge gestationnel moyen  $\geq 20$  SG. Notons que dans toutes les études publiées retrouvées, l'âge gestationnel est exprimé en semaines de gestation (SG) et non en semaine d'aménorrhée (SA) comme c'est le cas en France.

Toutes les études ont étudié le contact de la mère avec son enfant mort-né.

Six études ont analysé le contact visuel (voir) et treize études le contact tactile (porter) avec l'enfant. Les conséquences maternelles ont été comparées du fait de voir l'enfant ou non et/ou de le porter ou non. Les études de Redshaw et al.<sup>(12)</sup> et Hugues et al.<sup>(6,14,15)</sup> ont également comparé le fait de voir l'enfant au fait de le porter.

Le temps passé avec l'enfant a été étudié par quatre études.

La création de souvenirs, englobant : les photographies, empreintes, mèches de cheveux, bracelet de naissance etc., a été étudiée par neuf études.

Le partage de souvenirs apparaît dans trois études.

L'accompagnement par le personnel soignant en salle de naissance est étudié dans onze études. Deux études <sup>(6,12)</sup> ont comparé différentes façons de présenter l'enfant à la mère (souhait de la mère, choix après décision, ou présentation spontanée sans choix préalable).

Les conséquences de ce contact sur l'anxiété, la dépression et le syndrome de stress post-traumatique ont été étudiés par onze études.

La satisfaction maternelle a été évaluée dans treize études dont deux qui décrivent les sentiments maternels ressentis lors du contact. Trois des études qualitatives nous permettent aussi d'analyser le vécu maternel lors du contact.

D'autres études ont aussi étudié parallèlement l'effet du contact avec l'enfant décédé sur les difficultés relationnelles <sup>(12)</sup>, les ruptures conjugales <sup>(14)</sup>, les difficultés d'attachement avec le prochain enfant <sup>(6)</sup> ou sur une prochaine grossesse <sup>(1,6,14,15)</sup>.

La majorité des études sont des études rétrospectives cas témoins menées par questionnaire.

Les outils de mesure utilisés ont été les suivants :

<b>Symptômes</b>	<b>Outils de mesure</b>
<b>Anxiété</b>	- Impact Event Scale (IES), - 25 items Hopkins Symptoms Check List (HSCL), - Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), - State Trait Anxiety Inventory Scale (STAI-S).
<b>Dépression</b>	- Edinburg Post Natal Depression Scale (EPDS), - Beck Depression Inventory (BDI), - Centre for Epidemiological Studies Depression (CES-D Scale), - 25 items Hopkins Symptoms Check List (HSCL), - Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), - Structured Clinical Interview for DSM (SCID).
<b>Stress post-traumatique</b>	Post Traumatic Scale Disorder (PTSD-1 interview)
<b>Chagrin</b>	Perinatal Grief Scale (PGS)

La majorité des études a aussi mesuré la satisfaction de la mère d'avoir eu ou non un contact avec son enfant mort-né par une échelle de Likert.

Les difficultés d'attachement à un an, étudiées dans l'étude de Hugues et al.<sup>(6,15)</sup> ont été mesurées par la Strange Situation Procedure (SSP).

Plusieurs études ont été élaborées sur la base d'une même population. C'est le cas pour les études suédoises de Rådestad et al.<sup>(8,10,11)</sup> et Surkan et al.<sup>(13)</sup> reprenant la population de l'étude cas-témoins initiale de 1996 (n=636, n=314 mères ayant vécu une mortinaissance<sup>(10)</sup>). Hugues et Turton ont aussi publiés plusieurs études<sup>(6,14,15)</sup> à partir de l'étude initiale de base<sup>(6)</sup> comportant un échantillon de 125 femmes (n=65 cas).

Concernant le taux de participation, il varie selon les études, de 83% pour l'étude suédoise de Rådestad et al.<sup>(10)</sup>, et 53%<sup>(9)</sup> pour leur étude menée sur les sentiment maternels ressentis lors du contact avec l'enfant, à 31% pour l'étude norvégienne de Gravensteen et al.<sup>(5)</sup>.

L'étude de Crawley et al.<sup>(2)</sup> a analysé conjointement le fait de voir, porter l'enfant ou avoir des souvenirs. A défaut d'une analyse indépendante, cela ne nous permet pas d'évaluer l'effet individuel bénéfique ou non de chaque intervention.

Une population particulière d'étude est la population des études de Hugues et al.<sup>(6,14,15)</sup>. La population des cas est constituée de femmes enceintes ayant déjà vécu une mortinaissance alors que la population des témoins est constituée de primipares sans antécédent de mortinaissance. De plus leur évaluation s'effectue à trois temps : au troisième trimestre de la grossesse, un an et sept ans de la naissance, et l'on retrouve des perdus de vue au fil de l'étude (n=65 cas au T3, n=55 à 1 an et n=52 à 7 ans).

La population de l'étude de Cacciatore et al.<sup>(1)</sup> diffère entre les cas et les témoins en ce qui concerne l'âge gestationnel à la mortinaissance, le temps depuis la mortinaissance et l'ethnicité. C'est aussi le cas pour l'étude de Rådestad et al.<sup>(8,10,11)</sup> où l'éducation maternelle diffère entre les cas et témoins.



#### IV. Analyse et discussion

##### 1. Validité interne de l'étude

Ce travail s'est confronté à plusieurs **limites** :

Il n'a pas été retrouvé d'études menées en France. La prise en charge de la mortinaissance peut varier d'un pays à l'autre, ce qui crée un biais de généralisation des résultats en France.

La base de donnée PubMed contient des articles inaccessibles ou trop onéreux et est régulièrement mise à jour. Elle est susceptible de présenter d'autres articles pouvant compléter cette revue de la littérature, qui n'est donc pas exhaustive.

Plusieurs **biais** ont pu être identifiés:

En premier lieu il existe un biais de publication, en effet les études dont les résultats sont jugés non significatifs ne sont pas forcément publiées dans les bases de données interrogées et n'ont de ce fait pas pu être analysées.

En suite un biais de sélection, seules les études accessibles grâce au site de la bibliothèque de l'université ont été retenues, excluant ainsi tous les articles onéreux.

Enfin, un biais linguistique, l'étude incluant seulement des articles en anglais, des biais de traduction et d'interprétation peuvent être présents.

## **2. Validité des publications sélectionnées**

Parmi les articles sélectionnés, on peut identifier un biais de sélection : huit articles (quatre quantitatifs <sup>(1,2,3,4)</sup> et quatre qualitatifs <sup>(16,17,18,19)</sup>) ont diffusé leur enquête sur des sites web d'association de parents endeuillés, d'aide à la mortinaissance et reposent sur le volontariat. La sélection des mères participantes est susceptible d'être orientée vers celles qui sont le plus en recherche d'information, de soutien et fréquentant ces adresses.

De plus, la diffusion de certaines études s'est fait par l'intermédiaire d'internet, cela rajoute un biais d'accessibilité aux études <sup>(1,2,3,4,18)</sup>.

Il existe aussi un biais de confusion, plusieurs études ont recrutées des femmes enceintes lors de l'évaluation. C'est le cas des études de Cacciatore et al. <sup>(1)</sup>, Erlandsson et al. <sup>(3)</sup>, Hugues et Turton <sup>(6,14,15)</sup>, Kuti <sup>(7)</sup> et Redshaw et al. <sup>(12)</sup>. Le vécu de la grossesse, moment préoccupant dans la vie d'une femme, est susceptible d'influencer et de biaiser certains résultats.

De plus, dans les études de Hugues et Turton <sup>(6,14,15)</sup>, on retrouve beaucoup de perdus de vue au fil de l'évaluation : 65 cas au troisième trimestre de la grossesse , 55 cas à 1 an et 52 à 7 ans.

La petite taille de l'échantillon de plusieurs études restreint aussi la généralisation des résultats à la population générale.

Nous pouvons également discuter de l'hétérogénéité des échantillons.

L'âge gestationnel à la mortinaissance varie entre les études, on peut imaginer que voir et/ou porter un enfant de 20 SG peut être vécu différemment (de par son aspect corporel et physique) que si l'enfant naît à terme.

Certaines études ont un effet rétrospectif jusqu'à 10 ans après la mortinaissance, ce qui peut entraîner un biais de mémorisation par des souvenirs erronés.

Toutes les études reflètent l'état actuel de nos pratiques en maternité. Seule l'étude de Erlandsson et al. <sup>(13)</sup> comporte des mortinaissances avant les années 1980, nous permettant d'illustrer le changement des pratiques en salle de naissance.

Plusieurs résultats énoncés par les auteurs ne sont pas significatifs ou sont à considérer avec prudence en raison des biais. La volonté de comprendre l'impact d'une action en particulier, comme le fait de voir et/ou de toucher l'enfant, peut être réductrice face à la complexité de la mortinaissance.

L'histoire de vie de chaque personne, la relation dans l'accompagnement ainsi que les variables temporelles et géographiques peuvent avoir des conséquences.

Étudier une action sans le contexte dans lequel elle est amenée, peut rendre son évaluation difficile, surtout lorsqu'elle touche au vécu subjectif et psychologique de la personne.

L'ensemble des auteurs des articles de cette revue de la littérature est reconnu dans le domaine de la mortinaissance. Par exemple, Ingela Rådestad, à l'origine de quatre articles sélectionnés dans cette revue, est une infirmière sage-femme suédoise, professeure et présidente de la « *Swedish National Infant Fondation* ». Elle s'investit dans la recherche concernant la mortinaissance et est à l'origine de plus de 80 publications sur le sujet. Infirmiers, sages-femmes, psychologues spécialisés font partie de l'équipe de chercheurs permettant la validité des résultats ainsi que leur possible application dans la pratique.

De plus, l'ensemble des articles est publié au sein de revues scientifiques pertinentes dans le domaine médical et reconnues internationalement par la communauté scientifique.

Le facteur d'impact de chaque revue où l'article a été publié a été recherché. Il constitue l'indicateur d'influence d'une revue scientifique, c'est-à-dire la mesure de la crédibilité qu'on lui porte dans le reste du monde : plus le facteur d'impact d'une revue est élevé, plus celle-ci est influente. Dans ce travail, il convient de souligner la grande variabilité des facteurs d'impact.

### **3. Analyse et discussion**

Concernant le contact visuel, les études confirment qu'actuellement la grande majorité des mères a vu leur enfant mort-né lors de sa naissance. Toutes les mères de l'étude américaine de Crawley et al.<sup>(2)</sup> en 2013 ont vu leur enfant, 97% pour l'étude anglaise de Redshaw et al. en 2015<sup>(12)</sup>, ou encore 82% pour l'étude suédoise de Erlandsson et al. en 2013<sup>(3)</sup>.

Cette dernière nous illustre aussi l'évolution de la prise en charge des mortinaissances et des changements de pratiques en salle de naissance. En effet, 42% des femmes ont vu leur enfant mort-né lors de la naissance de la période de 1955 à 1990, alors qu'en 2013 ce taux a pratiquement doublé (82%).

L'étude internationale de Cacciatore et al.<sup>(1)</sup> menée sur plus de 2 000 mères, reporte une diminution significative des symptômes d'anxiété (OR : 0,68) et de dépression (OR: 0,72) chez les femmes non enceintes ayant vu leur enfant mort-né comparé à celles ne l'ayant pas vu.

La majorité (99,7%) des mères ayant vu leur enfant a déclaré être heureuse de l'avoir fait et ne le regrette pas. Parmi les femmes n'ayant pas vu leur enfant, 80% le regrette.

Aussi, Redshaw et al.<sup>(12)</sup> retrouvent moins de symptômes d'anxiété 3 mois (OR : 0,19, p=0,004) et 9 mois (OR : 0,27, p=0,010) après la mortinaissance chez les mères ayant vu leur enfant comparé aux mères l'ayant vu et porté et celles n'ayant ni vu ni porté l'enfant.

Il semble que le contact visuel avec l'enfant n'apparaisse pas en lui même comme une cause d'augmentation des symptômes. En effet, l'augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression ne semble pas principalement liée au fait de voir l'enfant mort-né, mais liée au fait de ne pas voir l'enfant autant de temps que souhaité.

L'étude suédoise de Rådestad et al.<sup>(10)</sup> retrouve que le fait de ne pas voir l'enfant est associé à 1,6 fois plus de risque de symptômes d'anxiété, et celui de ne pas le voir autant que souhaité augmente ce risque d'anxiété de 2,3 (OR : 2,3 IC : 1,1 à 5,3), et de 5,4 le risque de dépression (OR : 5,4 IC : 2,7 à 11,2).

Surkan et al. <sup>(13)</sup> ont aussi noté l'augmentation de 6,7 fois le risque de dépression chez les mères n'ayant pas vu leur enfant autant de temps que souhaité (RR : 6,7 IC : 2,4 à 19,8).

Dans les études qualitatives <sup>(16,19)</sup> un certain nombre de mères ont aussi souligné l'importance de passer du temps avec leur enfant. Olivia, déclare: « *It was quite nice to have that time with her, looking back on it now. Even thinking about it at the time... Yes, it was so horrendous and so heart breaking, I'm glad we did it and spent time with her* » Les articles ayant étudié le vécu des mères lors du contact, montrent que plusieurs femmes ont exprimé le regret de ne pas avoir pu passer plus de temps avec leur enfant <sup>(10, 13, 16, 19)</sup>.

Au fil de la lecture des études, il est souvent revenu que le fait de voir l'enfant a aidé les mères dans leur processus de deuil. Il en ressort que les taux de symptômes d'anxiété et de dépression sont significativement plus bas pour les mères ayant vu leur enfant comparé à celles ne l'ayant pas vu.

Le contact visuel après la naissance apparaît comme une opportunité pour créer des souvenirs avec son enfant. L'enfant est identifié comme une personne propre, souvent porteuse d'un prénom, ce qui permet sa reconnaissance par la mère <sup>(36)</sup>. En ayant vu son enfant, la mère va pouvoir accepter de se séparer définitivement de lui, de faire face à sa perte, en lui donnant une réelle existence <sup>(35,36)</sup>.

Deux fois plus d'anxiété et sept fois plus de symptômes de dépression sont retrouvés pour les mères n'ayant pas passé autant de temps que souhaité à voir l'enfant. Prendre le temps de se séparer de l'enfant, passer du temps avec lui, apparaît important pour les mères. Face à la peur de l'apparence de leur enfant, prendre le temps d'observer, apaiser ses peurs en cherchant et reconnaissant des traits familiaux, permet de se rassurer, de reconnaître l'enfant, de lui donner une place et une existence au sein de la lignée familiale <sup>(36)</sup>.

Plusieurs facteurs sont à considérer lors de l'interprétation de ces résultats. En effet, les auteurs des études de Surkan et al. <sup>(13)</sup> et Rådestad et al <sup>(10)</sup> mettent en avant le biais suivant : les mères ayant plus de difficultés à accepter la perte ou souffrant de dépression lors de la réalisation du questionnaire, peuvent être influencées dans leurs réponses, notamment concernant le souhait de vouloir passer plus de temps avec leur enfant. De plus, il existe aussi un biais de mémorisation, les études s'effectuent de 3 à 4 ans après la mortinaissance, les réponses sont donc susceptibles d'être modifiées.

Concernant le contact tactile, la proportion des mères ayant porté leur enfant mort-né est élevée mais reste moins fréquente que le contact visuel. Elle est en constante augmentation au fil des années : 68% des mères de l'étude menée par Rådestad et al. <sup>(8)</sup> en 1996 ont porté leur enfant mort-né, 65% des mères de l'étude d'Erlandsson et al. <sup>(3)</sup> en 2013, ou encore 84% pour l'étude menée par Redshaw et al. en 2016 <sup>(12)</sup>.

Sur l'ensemble des études quantitatives, quatre n'ont pas retrouvé d'effet significatif sur l'anxiété, la dépression ou les symptômes de stress post-traumatiques.

L'étude de Fink <sup>(4)</sup> menée sur 55 mères, n'a pas retrouvé d'effets sur l'anxiété, la dépression, les SSPT pour les mères ayant porté leur enfant comparé à celles ne l'ayant pas porté.

Rådestad et al. <sup>(10,11, 13)</sup>, n'ont pas retrouvé d'impact significatif du contact tactile avec l'enfant sur l'anxiété et la dépression maternelle.

Gravensteen et al. <sup>(5)</sup> ont retrouvé une diminution significative du taux de SSPT chez les 83 mères ayant porté leur enfant, cinq ans après la mortinaissance (OR : 0,17  $p < 0,05$ ). 62% des mères n'ayant pas porté leur enfant l'ont regretté. Ces résultats sont aussi à interpréter avec prudence du fait du faible échantillon et taux de participation à l'étude ( $n=101$ , 31%).

Parmi les femmes non enceintes ayant porté leur enfant, de l'étude de Cacciatore et al. <sup>(1)</sup>, retrouve significativement moins de symptômes d'anxiété (OR: 0,68, IC: 0,49 à 0,95) et une tendance non significative à moins de symptômes de dépression (OR: 0,72, IC: 0,51 à 1,02).

Dans cette étude la majorité (99,5%) des mères ayant porté leur enfant a déclaré être heureuse de l'avoir fait et ne le regrette pas. Parmi les mères n'ayant pas porté leur enfant, la plupart (79,5%) ont regretté leur décision contre 8,2% qui ne le regrettaient pas et 12,3% qui se prononçaient « indifférentes » <sup>(1)</sup>.

Par ailleurs, la récente étude menée par Redshaw et al. <sup>(12)</sup> en 2016 retrouve des résultats contradictoires avec l'anxiété et les SSPT. Il démontre 2,12 fois plus de risques de développer des symptômes d'anxiété à 9 mois (OR: 2,12, IC: 1,11 à 4,04) et 1,77 fois plus de risque de SSPT pour les femmes ayant porté leur enfant (OR: 1,77, IC: 0,98 à 3,21) <sup>(12)</sup>. Il n'a pas été retrouvé d'effet significatif pour la dépression.

Les études de Hugues et al. <sup>(6,14,15)</sup> reportent que les femmes ayant porté leur enfant ont significativement plus de dépression et d'anxiété au troisième trimestre de la grossesse comparé aux mères n'ayant pas porté leur enfant. Cet effet devient non significatif un an après une nouvelle grossesse suivant la mortinaissance. Les SSPT sont significativement élevés au troisième trimestre de la grossesse, et se maintiennent 1 an et 7 ans après la mortinaissance. Les résultats de ces études sont à interpréter avec prudence, la population d'étude incluant des femmes enceintes, la grossesse est un état susceptible de biaiser les résultats.

Dans les études de Hugues et al. <sup>(6,14,15)</sup> et Redshaw et al. <sup>(12)</sup>, les auteurs ont comparé trois groupes : le groupe des mères ayant porté leur enfant, le groupe de celles l'ayant seulement vu et enfin celui où les mères n'ont eu aucun contact avec leur enfant.

Redshaw et al. <sup>(12)</sup> ont retrouvé que le groupe des mères ayant porté leur enfant a plus de symptômes d'anxiété et de SSPT à 3 et 9 mois après la mortinaissance ( $p=0,010$  et  $p=0,035$  respectivement). Il est à noter dans cette étude qu'un faible nombre de mères a seulement vu leur enfant ( $n=40$ ), ou n'a pas eu de contact avec leur enfant ( $n=34$ ). Ces résultats sont à interpréter avec prudence du fait de la petite taille des échantillons.

Hugues et al. <sup>(6)</sup> ont aussi retrouvé plus de symptômes de dépression chez les mères ayant porté leur enfant comparé aux mères ayant seulement vu leur enfant ou celles n'ayant eu aucun contact ( $p=0,03$ ).

Au final, on retrouve des effets contradictoires sur le risque d'anxiété et de symptômes de stress post-traumatique. Pas d'effet significatif n'a été reporté pour la dépression. Le fait de porter l'enfant semble avoir plus d'impact sur la santé psychologique des mères, que le fait de seulement voir l'enfant ou celui de ni voir ni porter l'enfant. Porter son enfant décédé, peut se révéler être un contact très intime, suscitant encore plus d'appréhension chez les mères.

Que ce soit pour le contact visuel ou tactile, les préoccupations quant à l'aspect physique de l'enfant ont été décrites mais l'évaluation de leur impact n'est pas évidente.

Toutes les mères de l'étude qualitative de Ryninks et al. <sup>(19)</sup>, ont exprimé des inquiétudes quant à l'apparence physique de leur enfant mort-né avant de voir leur bébé, et un certain nombre ont déclaré se sentir soulagées lorsqu'elles ont vu leur bébé paraître normal et ressembler à d'autres membres de la famille.

En effet, l'aspect du corps de l'enfant, macéré ou non, froid, pâle, est susceptible d'entraîner un sentiment de peur, de désarroi pour les mères: « *I don't know what I expected from touching her, I was so worried about touching a dead body, umm, and then to feel the cool skin was quite hard, it was quite waxy* (Olivia) <sup>(19)</sup> »  
Pourtant la vision de l'enfant est souvent apaisante, l'accouchement est vécu comme un précieux souvenir par les mères et la majorité (95,5%) reporte que le fait de voir et/ou porter l'enfant est essentiel <sup>(10)</sup> (« *thought it was essential* »).

L'étude de Rådestad et al <sup>(9)</sup> a étudié les sentiments maternels ressentis lors du contact tactile avec leur enfant. Parmi les 33 mères, la majorité (94%) a porté leur enfant. Toutes les mères ont ressenti de la tendresse et du chagrin, de la chaleur (94%) et de la fierté (81%). Moins de la moitié ont reporté de l'insécurité (48%), de l'inconfort (39%) et de la peur (35%).  
Cette étude montre une tendance à retrouver plus de peur et d'insécurité chez les mères ayant porté leur enfant mort-né avant 28 SG mais la différence est non significative pour les enfants mort-nés entre 28 SG et 37 SG. Cette différence est susceptible d'être liée à l'aspect corporel de l'enfant, comme nous l'avons cité, suscitant plus d'anxiété et de peur chez les mères.

Une variable qui n'a pas été mesurée mais qui serait néanmoins intéressante à investiguer de façon plus approfondie est l'intervalle de temps entre la mortinaissance et la rencontre de la mère avec son enfant. En effet, le cadavre de l'enfant subit de nombreux changements, il est alors possible d'imaginer que les changements de son aspect physique puissent influencer le vécu maternel.

Au vu des résultats retrouvés, il semblerait favorable de laisser le choix à la mère du moment opportun pour la rencontre avec le nouveau-né ainsi que le choix de la durée du temps passé avec ce dernier. Il semble aussi important d'aborder avec la mère l'éventuelle appréhension de la rencontre avec son enfant, son ressenti ou encore ses besoins. Afin de faire face à l'appréhension de la rencontre, la sage-femme pourrait donner à la mère des explications complémentaires quant à l'enfant à naître en cas, par exemple, d'existence de dommages corporels visibles. Cela



permettrait aux mères de se projeter dans la rencontre en s'imaginant leur enfant de manière moins abstraite. Ces démarches pourraient être une première étape dans la prévention des répercussions psychologiques chez la mère lors d'une mortinaissance.

Concernant la création de souvenirs de l'enfant, il n'a pas été retrouvé d'impact significatif sur la santé psychologique maternelle.

L'étude de Cacciatore et al. <sup>(1)</sup> n'a pas retrouvé d'effet significatif d'habiller ou de laver le nouveau-né.

Les études de Gravensteen et al. <sup>(5)</sup> et Hugues et al. <sup>(6,15)</sup>, n'ont pas retrouvé d'effet significatif d'avoir des photographies, empreintes ou de faire des funérailles sur les symptômes de dépression maternels.

L'étude de Crawley et al. <sup>(2)</sup> n'a pas retrouvé de lien entre la création de souvenirs (voir, porter, nommer, laver, habiller funérailles, photos, memory box, empreintes, mèche de cheveux de l'enfant) et l'anxiété, la dépression et les SSPT maternels. Cependant, il a été retrouvé des effets significatifs du manque de souvenirs et de leur partage ressentit par les mères : les symptômes d'anxiété ( $p=0,011$ ), dépression et SSPT ( $p=0,03$ ) augmentent chez les mères ayant souhaité pouvoir plus parler de leur enfant et le partage de souvenirs a tendance à diminuer les SSPT ( $p=0,013$ ).

Fink <sup>(4)</sup> n'a pas retrouvé d'association significative entre avoir des empreintes, mèches de cheveux, photographies de l'enfant et le chagrin maternel. Cependant, il retrouve aussi une diminution significative des scores de chagrin maternel par la création et la détention d'une « memory box » et le partage des souvenirs ( $p=0,016$ ).

Rådestad et al. <sup>(8,10)</sup> et Surkan et al. <sup>(13)</sup>, n'ont pas retrouvé d'association pour les mères ayant embrassé, habillé, pris une photographie de leur enfant et le risque de symptômes de dépression.

Cependant les mères ayant déclaré ne pas avoir de souvenirs de l'enfant est associé à quatre fois plus de risque de symptômes d'anxiété (OR: 4.0, IC: 1,4 à 11,3) <sup>(10)</sup>.

De nos jours tout concourt par conséquent à vouloir « humaniser » l'enfant mort-né. Des photographies de l'enfant sont systématiquement prises à sa naissance

et conservées dans le dossier médical, des empreintes sont réalisées. Un coffret de souvenir peut-être remis aux parents contenant les échographies de la grossesse, les empreintes des mains et des pieds, une mèche de cheveux, le bracelet de naissance ou encore la couverture de l'enfant.

Une étude française réalisée en 2013 <sup>(37)</sup> à l'Unité de réanimation néonatale et infantile de Reims, a évalué le ressenti des soignants un an après la mise en place de coffrets souvenirs par questionnaire papier anonyme. Sur la période de l'étude, un coffret a été réalisé pour 31 nouveaux-nés (24 prématurés, 7 nouveaux-nés à terme) et 4 nourrissons. Un taux de 54% de réponses a été obtenu (32/62 infirmières et 7/12 médecins). Les soignants considéraient que ces coffrets étaient appropriés au deuil périnatal (80-92%) ou de nourrissons hospitalisés depuis leur naissance (80%), étaient une aide pour le deuil des parents (77%) et aidaient les soignants à accompagner les familles en respectant leurs besoins spirituels et émotionnels (62%).

Il s'agit d'instituer la vie, sous la forme de souvenirs. Il apparaît désormais nécessaire de reconnaître cet être comme un enfant et de l'inscrire dans l'histoire familiale afin que le deuil puisse se faire. Ces propositions se fondent sur l'idée largement répandue et acceptée, que des traces dans la réalité ainsi que la représentation du corps, sont un moyen d'apaiser la peine et de la transformer en quelque chose de positif.

L'importance et l'impact de l'accompagnement par le personnel soignant en salle de naissance, qu'il soit positif ou négatif, ont été mis en évidence dans plusieurs études.

La majorité des mères des études a reporté avoir un bon soutien du personnel soignant lors de l'accouchement.

C'est le cas de 86% des mères de l'étude de Gravensteen et al. <sup>(5)</sup> et 80% des mères de l'étude de Rådestad et al. <sup>(8)</sup>. Cependant, certaines mères de cette dernière étude (37%) ont reporté de la tristesse, de la colère ou encore un sentiment d'irritabilité concernant le comportement d'un ou plusieurs membre de l'équipe soignante.

Certaines femmes ont ressenti une pression du personnel soignant, et près d'un tiers des mères a exprimé le besoin de soutien plus actif du personnel soignant lors du

contact avec l'enfant. Il apparaît alors difficile de cerner si la mère a besoin d'encouragement ou si son refus est réellement souhaité.

Crawley et al. <sup>(2)</sup> démontrent dans leur étude que les mères ayant été satisfaites du soutien professionnel reçu ont moins symptômes de dépression ( $p=0,003$ ) et de stress post-traumatiques ( $p<0,001$ ).

Les études qualitatives confirment l'importance de l'accompagnement lors du contact avec l'enfant.

L'idée que le personnel soignant devrait plus guider la mère dans sa décision lors du contact avec leur enfant, a été retrouvée dans quatre études <sup>(16,17,18,19)</sup>. En effet lors de l'accouchement, certaines mères en état de choc, font face à un tourbillon d'émotion et de détresse, ne semblent pas en capacité de prendre des initiatives sur leur décision et préfèrent se laisser guider par le personnel soignant <sup>(11)</sup>.

On peut lire en témoignage: « *I wish the nurses could have guided us more in our final hours with our son. I didn't think to bathe or dress him or have our pictures taken holding him. I wish someone would have suggested it.* » <sup>(17)</sup>

Le discours, le langage corporel et les autres comportements du personnel soignant sont susceptibles d'influencer la décision et le vécu du contact lors de la mortinaissance.

Dans l'étude quantitative de Rådestad et al. <sup>(11)</sup> les mères n'ayant pas ressenti recevoir un soutien suffisant par le personnel soignant se retrouvent 4 fois moins susceptibles de porter leur enfant (RR: 4,1 , IC: 2,7 à 6,1).

Deux études <sup>(1,3)</sup> se sont penchées sur les différentes approches utilisées par le personnel soignant concernant le contact avec l'enfant mort-né et la mère.

Trois groupes ont été identifiés, le groupe des mères ayant spontanément déclaré vouloir voir et ou porter leur enfant, un autre groupe étant celui des mères ayant pris la décision de voir et/ou porter l'enfant après discussion préalable et enfin celui des mères où l'enfant a été présenté spontanément et naturellement sans questionnement préalable.

Il en ressort que les femmes ayant vu et/ou porter leur enfant et n'ayant pas reçu d'option de choix du personnel soignant, ont moins de symptômes dépressifs <sup>(1)</sup>

(OR :0,58 p=0,035) que les mères ayant spontanément déclaré vouloir voir et ou porter leur enfant.

Parallèlement, le groupe des mères ayant choisi de voir et/ou porter leur enfant après discussion avec le personnel soignant, montre une tendance à plus de symptômes de dépression comparé au groupe des mères ayant spontanément déclaré vouloir avoir un contact avec l'enfant.

Quand l'enfant est présenté sans réalisation de choix ou prise de décision préalable, les mères se sentent plus à l'aise ( $p<0,01$ ), sont moins effrayées (76% vs 86%,  $p<0,01$ ) que les mères ayant pris la décision de voir et/ou porter leur enfant <sup>(3)</sup>.

Avoir à demander à la mère de faire le choix de voir ou non son enfant à la naissance, apparaît comme une question non naturelle. Lors d'un accouchement, on ne demande jamais à la mère si elle veut voir son enfant, par conséquent le simple fait de poser la question peut susciter un sentiment d'anomalie. Nos résultats montrent qu'il serait préférable de présenter l'enfant spontanément à la mère, en évitant de poser directement cette cruciale question.

De plus, les mères apparaissent attentives à l'attitude du personnel soignant envers leur enfant <sup>(8,17,18)</sup>. La plupart des mères ont rapporté que le personnel soignant a fait preuve de respect et de tendresse à son égard. Prendre soin de l'enfant décédé, l'appeler par son prénom, le présenter comme une part normale de l'accouchement apparaît important pour la reconnaissance de cet événement par les mères.

« *Our care providers showed tenderness and respect for our baby Charles. They spoke to him just like any other baby. (C.)* »<sup>(18)</sup>

On remarque que dans les pays développés de l'étude, toutes les femmes se sont vues proposer le choix de voir et/ou porter l'enfant par le personnel soignant en salle de naissance.

Cependant, Kuti et Ilesanmi <sup>(7)</sup> dans leur étude au Nigéria portant sur 45 femmes, remarquent qu'à peine la moitié ont eu l'opportunité de voir leur enfant et aucune n'a eu l'opportunité de porter, prendre des photos ou de nommer l'enfant. Seulement 30% de ces femmes ont déclaré « avoir fait leur deuil » 3 ans après la mortinaissance.

Cette étude met en évidence les disparités en matière de culture sur le deuil périnatal. En effet, dans la culture africaine, la perte d'un nouveau-né ne doit pas être pleuré si la mère a survécu à l'accouchement. De plus selon les croyances, certains enfants sont amenés à mourir à la naissance, appelés les « Abiku ». Les mères ne

désirent pas voir l'enfant ni avoir des photographies ou souvenirs de l'enfant pour éloigner la malédiction spirituelle <sup>(7)</sup>.

Par ailleurs, d'autres conséquences sur la santé psychologique et le vécu maternel ont été retrouvées par certaines études.

L'étude de Turton et al. <sup>(14)</sup> retrouve un effet significatif du contact tactile sur le taux de ruptures conjugales sept ans après la mortinaissance ; 79% de ruptures pour les femmes ayant porté leur enfant contre 45% pour celles ne l'ayant pas porté ( $p=0,02$ ).

Redshaw et al. <sup>(12)</sup> démontre que les mères ayant porté leur enfant mort-né ont 5,33 fois plus de risque de difficultés relationnelles familiales à 9 mois comparé à celles ne l'ayant pas porté (OR: 5,33 ,  $p=0,012$ ).

Hugues et al. <sup>(6)</sup> ont étudié les difficultés d'attachement avec le nouvel enfant à 1 an d'une nouvelle grossesse après une mortinaissance. Il en ressort que les femmes ayant vu et/ou porté leur enfant mort-né présentent significativement plus de difficultés d'attachement avec leur nouvel enfant à 1an ( $p=0,04$ ).

Les études de Hugues et al. et Turton et al. <sup>(6,15,14)</sup> sont basées sur une population de femmes ayant vécu une mortinaissance et étant enceintes au moment de l'étude. Les études de Cacciatore et al. <sup>(1)</sup> et Redshaw et al. <sup>(12)</sup> incluent aussi des femmes enceintes dans leur population. Ces études nous montrent que l'effet bénéfique du contact visuel avec l'enfant mort-né vu ci dessus peut être réversible lors d'une nouvelle grossesse.

En effet, parmi les femmes enceintes ayant vu leur enfant mort-né il apparaît plus de symptômes d'anxiété <sup>(1,6)</sup> (OR: 3,79, IC: 1,42 à 10,1), et de stress post-traumatique <sup>(6)</sup> pendant le troisième trimestre de la grossesse ( $p=0,02$ ) et 7 ans après <sup>(14)</sup> ( $p=0,011$ ).

La grossesse est un état d'intense remaniement psychique, un état de « *transparence psychique* » comme décrit par Monique Bydlowski <sup>(38)</sup>. Cet état particulier fait apparaître « *des souvenirs habituellement refoulés* » notamment ceux du deuil, ce qui pourrait expliquer l'inversion des effets lors d'une grossesse ultérieure.

Dans les études de cette revue de la littérature, plusieurs variables maternelles semblent impacter la santé mentale des mères. C'est le cas de l'âge, la gestité, le temps depuis la mortinaissance et la parité.

Il est retrouvé dans trois études <sup>(1,4,5)</sup> que les femmes jeunes (<27 ans) ayant vu et/ou porté leur enfant ont plus de chagrin, de symptômes d'anxiété (OR : 0,96), et jusqu'à 6,6 fois plus de symptômes de stress post-traumatiques (OR: 6,60, p=0,002), que celles n'ayant pas eu de contact avec l'enfant.

Une amélioration de la symptomatologie dépressive et anxieuse a été retrouvée lors d'une naissance vivante après la mortinaissance (OR :0,80 , p<0,001) <sup>(1)</sup>. Les femmes n'ayant pas eu de nouvelle grossesse 3 ans après la mortinaissance ont presque trois fois plus de risques de symptômes dépressifs que les femmes ayant eu une nouvelle grossesse dans les 6 mois <sup>(13)</sup> (RR: 2,8 , IC : 0,9 à 8,4).

Une nouvelle grossesse survenant dans les mois suivant la mortinaissance a moins d'impact au niveau de la santé psychique en raison d'un travail de deuil qui se transforme chez la mère, la perte devient acceptée et la femme doit s'investir dans sa nouvelle grossesse. Cette grossesse peut aussi survenir dans l'esprit de combler cette perte et il serait alors judicieux d'étudier l'impact de « *l'enfant réparateur* » sur la santé psychique de la mère, du couple et de l'enfant à plus long terme.

Le versant de la temporalité a aussi été abordé, avec la présence plus de symptômes d'anxiété et de dépression si la mortinaissance est récente (p<0,001) <sup>(1,2)</sup>. Une tendance à la diminution de la dépression et des SSPT a été remarqué avec l'augmentation du temps depuis la mortinaissance <sup>(2)</sup>.

Les femmes dont la mortinaissance est récente sont encore en état de choc, bouleversées et ressentent plus de sentiments de colère, de tristesse et de dépression liés au processus de réalisation de la perte. Par la suite, avec l'acceptation de la perte et ses réarrangements, ces sentiments tendent à s'estomper.

Quatre études <sup>(1,4,5,13)</sup> se sont penchées sur la parité des mères. Les femmes nullipares et primipares ont moins de symptômes d'anxiété et de dépression <sup>(1)</sup> (OR: 0,79 , p=0,022). Au contraire, chez les femmes ayant plus de deux enfants on remarque une augmentation des symptômes de SSPT (OR: 3,46) <sup>(5)</sup> et de dépression <sup>(13)</sup> (P3: RR: 2,2 , P4: RR: 6,7). Cependant Fink <sup>(4)</sup> remarque une diminution des scores de chagrin maternel (PGS).

On peut émettre l'hypothèse qu'il est possible qu'une femme n'ayant pas encore eu d'enfant ait plus de temps à consacrer à la perte de son enfant décédé. Nous pouvons également supposer qu'une mère ayant déjà plusieurs enfants puisse avoir moins de temps pour se consacrer à sa peine et faire son deuil ainsi que des difficultés à en parler et à expliquer ce douloureux événement aux autres frères et sœurs de la fratrie.

## V. Conclusion

Le deuil périnatal reste encore un sujet tabou et largement sous-estimé socialement malgré sa prise en compte croissante par les professionnels de la naissance. Les recommandations proposées pour son accompagnement, ont permis de reconnaître ces moments particuliers, en des moments intenses de vie avec le soutien des soignants.

Malgré les divers biais et limites retrouvés lors de l'analyse des études et de la rédaction de la revue, plusieurs concepts pertinents pour notre pratique ont été mis en avant.

L'attitude du personnel soignant est susceptible d'influencer le vécu et les choix maternels.

De manière générale, le fait de montrer l'enfant mort-né à la mère semble avoir des répercussions positives sur sa santé psychique (diminution de l'anxiété et de la dépression). Les mères en rapportent une grande satisfaction, cependant il se retrouve aussi être une source d'appréhension et de peur. Le temps passé avec l'enfant, s'il est suffisant, et le partage de souvenirs semblent aussi avoir un impact positif sur les symptômes d'anxiété et de dépression.

Les mères qui se sont senties soutenues, se sont senties plus aptes à accepter le contact avec l'enfant. Aussi, lors de l'accouchement, le fait de présenter l'enfant mort-né à la mère sans choix ni discussion préalable diminue la peur et les symptômes de dépression.

Au contraire, d'autres pratiques semblent corrélées à une augmentation des troubles psychologiques. Le fait de porter l'enfant est associé à deux fois plus d'anxiété et une augmentation des symptômes de stress post-traumatiques chez les mères.

Le porter, ne pas avoir de souvenirs, le fait de poser la question de voir ou non l'enfant suscite un sentiment d'anomalie.

Ce travail a pour issue de permettre une prise de conscience concernant la complexité qu'est la mortinaissance ainsi que de l'importance de continuer à se questionner, à proposer des pistes d'action et de réflexion et à en parler pour dépasser ce tabou. De nouvelles études pourraient être réalisées au regard de facteurs qui restent encore difficilement isolables et étant susceptibles d'impacter les résultats sur la santé psychique maternelle, comme l'âge, la gestité future, le temps depuis la mortinaissance ou encore la parité.



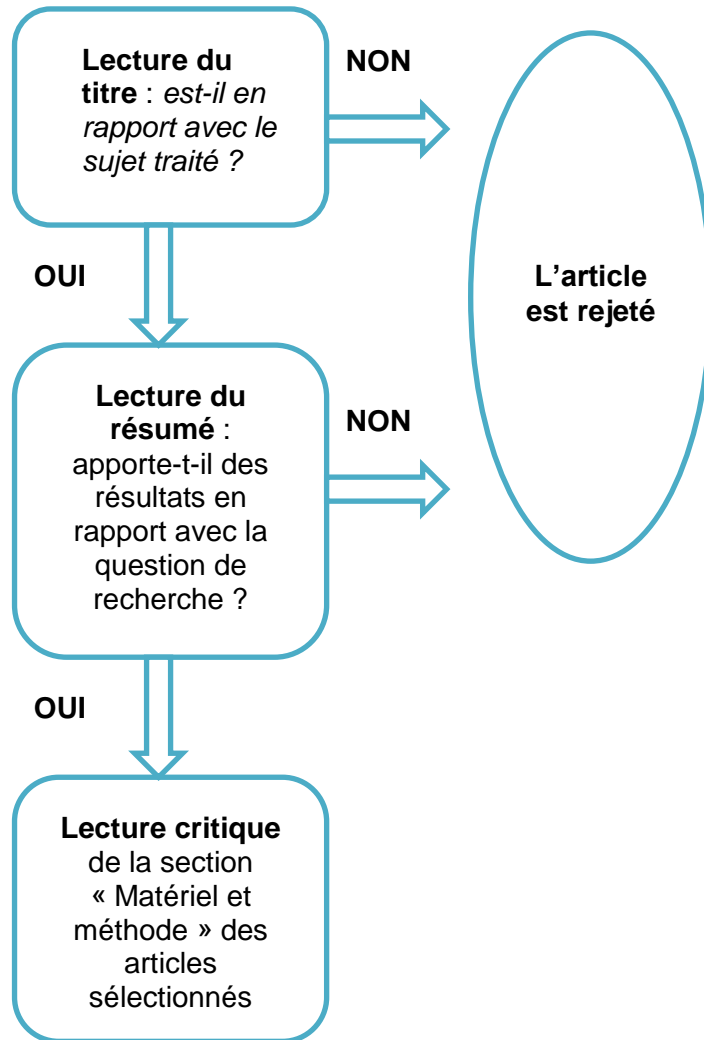
## VI. Bibliographie

- 1) Cacciatore J, Rådestad I, Frøen F. (2008), Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression, *Birth* 2008;35 (4):313–320.
- 2) Crawley R, Lomax S, Ayers S. (2013), Recovering from stillbirth: The effects of making and sharing memories on maternal mental health, *J Reprod Inf Psych* 2013;31(2):195–207.
- 3) Erlandsson K, Warland J, Cacciatore J, Rådestad I. (2013), Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth—findings from an online questionnaire, *Midwifery* 2013;29:246–250.
- 4) Fink PL. (2012), The relationships between perinatal loss interventions at the time of stillbirth and maternal grief, West Virginia University, 2012.
- 5) Gravensteen IK, Helgadóttir LB, Jacobsen EM, et al. (2013), Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study, *BMJ Open* 2013
- 6) Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CDH. (2002), Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study, *Lancet* 2002;360:114–118.
- 7) Kuti O, Ilesanmi CE. (2011), Experiences and needs of Nigerian women after stillbirth, *Int J Gynecol Obstet* 2011;113:205–7.
- 8) Rådestad I, Nordin C, Steineck G, Sjogren B. (1996), Stillbirth is no longer managed as a non event: A nationwide study in Sweden, *Birth* 1996;23(4):209–215.
- 9) Rådestad I, Saflund K, Wredling R, et al. (2009), Holding a stillborn baby: mothers' feelings of tenderness and grief, *Br J Midwifery* 2009;17:178–80.
- 10) Rådestad I, Steineck G, Nordin C, Sjogren B. (1996) Psychological complications after stillbirth- influence of memories and immediate management: Population based study, *BMJ* 1996;312:1505–1508
- 11) Radestad I, Surkan PJ, Steineck G, et al. Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery* 2009;25:422–429.
- 12) Redshaw M, Hennegan JM, Henderson J. (2016), Impact of holding the baby following stillbirth on maternal mental health and well-being: findings from a national survey. *BMJ Open* 2016;6:e010996.

- 13) Surkan PJ, Radestad I, Cnattingius S, et al. (2008) Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: A brief report, *Birth* 2008;35(2):153–157.
- 14) Turton P, Evans C, Hughes P. (2009), Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: Phase II of a nested case-control cohort study, *Arch Womens Ment Health* 2009;12:35–41.
- 15) Turton P, Hughes P, Evans C, et al. (2001), Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth, *Br J Psychiatry* 2001;178:556–60
- 16) Trulsson O, Rådestad I. (2004), The silent child—mothers' experiences before, during, and after stillbirth, *Birth* 2004;31(3):189–195
- 17) Cacciatore J, Bushfield S. (2007), Stillbirth: The mother's experience and implications for improving care, *J Soc Work End Life Palliat Care* 2007;3(3):59–79
- 18) Christina Lee (2012) 'She was a person, she was here': The experience of late pregnancy loss in Australia, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30:1, p.62-76
- 19) Ryninks et al. (2014) Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis, *BMC Pregnancy and Childbirth* 14:203
- 20) L. Rotelli-Bihet et al. (2016), Culture palliative dans les services de la maternité : focus sur la salle de naissance, *Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement - Éthique* 2016 n°15, p.288-295, EM- Consult
- 21) Mouquet M-C, Rey S. (2014), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Le nouveau suivi de la mortalité en France depuis 2012, *Etud Resultats* 2014;901:1-6.
- 22) Beaumel C, Bellamy V. (2014), Décès d'enfants de moins d'un an selon le sexe et la durée de vie, *Insee résultats : Société*; 2014. p.159.
- 23) Champion V., Serfaty A., Gold F. (2011), *Mortinatalité et mortalité néonatale*, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-002-F-50, 2011.
- 24) Damageux F. (2014), Accompagner le deuil en maternité, Dossier le deuil périnatal, *Vocation Sage-Femme* n°110, Sept-Oct 2014, EM premium
- 25) Morel Marie-France (2001), Images du petit enfant mort dans l'histoire, *Etudes sur la mort*, 1/2001 n° 119, p.17-38.
- 26) Séguy I., Signoli M. (2008), Quand la naissance côtoie la mort: pratiques funéraires et religion populaire en France au moyen-âge et à l'époque moderne, disponible sur [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)

- 27) Marie-France Morel (2004), La mort d'un bébé au fil de l'histoire, ERES, Spirale n°31 (2004/3), disponible sur cairn.fr
- 28) J. Cullberg (1966), Reactions to perinatal mortality, I Psychic sequelae in the woman , Lakartidningen, n°63, 1966, p.4065-4068
- 29) CNGOF (2014), Les pertes de grossesse Texte court, disponible sur [www.cngof.fr](http://www.cngof.fr)
- 30) Lewis E. (1978), The management of stillbirth: coping with an unreality. Lancet, (2), p.619- 620
- 31) Métrailler J. (2006), Mourir avant de naître, Krankenpflege soins infirmiers, disponible sur [www.agapa-suisseromande.ch](http://www.agapa-suisseromande.ch)
- 32) Kingdon C, Givens JL, O'Donnell E, Turner M. (2015), Seeing and holding baby : systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth, Birth. 2015 Sep;42(3):206-18, Epub 2015 Jun 25. Review.
- 33) J. Cacciatore, Kerstin Erlandsson, Ingela Rådestad. (2013), Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby, International Journal of Nursing Studies 50 (2013) 664–670, EM premium
- 34) Turton P, Badenhorst W, Hugues P, et al. (2006), Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium, British Journal Of Psychiatry (2006), 188, 165-172
- 35) Le Grand-Séville Catherine, Morel Marie-France, Zonabend Françoise (1998), Le fœtus, le nourrisson et la mort, ed. L'Harmattan, emprunt bibliothèque Timone
- 36) Marie-Frédérique Bacqué, Dominique Merg-Essadi, (2013), Des corps immémoriaux... Devenir du corps de l'enfant mort autour de la naissance : Deuils social et psychologique des parents, Corps 2013/1 (n°11), p.57-67, disponible sur cairn.fr
- 37) Noizet-Yverneau O et al. (2013), Coffrets de souvenirs en réanimation néonatale et pédiatrique : ressenti des soignants un an après leur mise en place, Archives de Pédiatrie 2013; n°20, p.921-927, Elsevier Masson
- 38) Bydlowski, M. (2001), Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne, Devenir 2001/2, vol n°13, disponible sur cairn.fr

## Annexe I : Procédure de sélection rapide des articles



## Annexe II : Fiche de lecture pour l'analyse d'un article scientifique

Titre de l'article : Nom(s) du (ou des) auteur(s) : Revue dans laquelle l'article est publié : Année de publication :
Objectif de l'étude :
Type d'étude :
Lieu / Dates de l'étude :
Méthode utilisée :
Population étudiée :
Principaux résultats :
Biais / Limites :
Analyse / Conclusion des auteurs :
Niveau de preuve :
Impact factor de la revue dans laquelle l'article est publié :

### Annexe III : Gradation des recommandations (HAS, 2013)

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

## Annexe IV : Tableau d'analyse des études incluses

### Article 1: Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression.

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Cacciatore J, Rådestad I, Frøen F.</b></p> <p><b>2008</b></p> <p><b>Birth</b></p>	<p>Evaluer les effets maternels à long terme et sur une prochaine grossesse d'avoir vu et/ou porté l'enfant mort-né</p>	<p>Contact visuel et tactile Habiller, laver l'enfant Propositions du personnel soignant</p> <p>Anxiété et dépression maternelle</p>	<p>Etude rétrospective par questionnaire web de moins d'un an à plus de 3 ans après la perte</p> <p><b>Population :</b> n= 2292 Enceintes ou non (n= 286 enceintes)</p> <p><b>Outils de mesure :</b> Anxiété et dépression : 25 items HSCL et satisfaction d'avoir porté son enfant mort-né.</p>	<p>Parmi les femmes non enceintes, voir et porter l'enfant est associé à moins de symptômes d'anxiété et une tendance à moins de symptômes de dépression.</p> <p>Effet réversible pour l'anxiété lors d'une prochaine grossesse.</p> <p>Parmi les mères ayant vu leur enfant, celles qui n'ont pas été interrogées sur leur choix de voir ou non l'enfant ont moins de symptômes de dépression que les mères l'ayant choisi et accepté.</p>	<p>- Recrutement basé sur le volontariat par organisations, site web : biais de sélection</p> <p>- Accessibilité : internet</p> <p>- La population diffère entre les cas et les témoins concernant l'âge gestationnel à la mortinaissance, le temps depuis la mortinaissance et l'ethnicité</p>	<p>Effet protecteur de voir et porter l'enfant mort-né sur l'anxiété et la dépression mais effet réversible lors d'une prochaine grossesse.</p> <p>La grande majorité des femmes est satisfaite du contact avec l'enfant (99,5% voir et 99,7% porter)</p> <p>Diminution des symptômes de dépression si l'enfant est présenté naturellement à la mère sans discussion ni choix préalable.</p>	<p>A</p> <p>2,518</p>

**Article 2: Recovering from stillbirth: The effects of making and sharing memories on maternal mental health.**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Crawley R, Lomax S, Ayers S.</b></p> <p><b>2013</b></p> <p><b>J Reprod Inf Psych</b></p>	<p>Etudier les conséquences de la création et du partage des souvenirs de l'enfant mort-né sur l'anxiété, la dépression et les SSPT maternels.</p>	<p>Création et partage de souvenirs (voir, porter, nommer, laver, habiller funérailles, photos, memory box, empreintes, mèche de cheveux), Accompagne ment par le personnel soignant</p> <p>Anxiété, dépression, SSPT maternels</p>	<p>Etude rétrospective par questionnaire web ≤ 10 ans après la perte</p> <p>Les différents souvenirs et le fait de voir et porter l'enfant n'ont pas été analysés séparément.</p> <p><b>Population :</b> n= 162 Non enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> anxiété et dépression : DASS-21 et SSPT par PSSS et satisfaction maternelle.</p>	<p>La majorité des mères ont eu la possibilité d'avoir des souvenirs de leur enfant et de les partager.</p> <p>Le nombre d'activités réalisées (voir, porter, différents souvenirs : photographies, empreintes..) semble ne pas impacter la symptomatologie anxieuse, dépressive ou les SSPT.</p> <p>Cependant, le fait de partager les souvenirs de l'enfant est associé à moins de SSPT.</p> <p>La satisfaction maternelle du soutien professionnel apporté diminue les symptômes de dépression et les SSPT</p>	<p>- Recrutement basé sur le volontariat par sites web: biais de sélection</p> <p>- Analyse biaisée par « nombre d'activité réalisée », pas d'effet prédicteur d'un type de souvenir particulier</p> <p>- Biais de mémorisation</p> <p>- Accessibilité : Internet</p>	<p>Le fait de partager des souvenirs est associé à moins de SSPT.</p> <p>Le fait de pouvoir parler de l'enfant autant que souhaité est associé à moins d'anxiété, dépression et SSPT.</p> <p>La satisfaction du soutien du personnel soignant diminue les symptômes de dépression et anxiété.</p>	<p>A 1,35 1</p>



**Article 3: Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth—findings from an online questionnaire.**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Erlandsson K, Warland J, Cacciatore J, Rådestad I.</b></p> <p align="center"><b>2013</b></p> <p align="center"><b>Midwifery</b></p>	<p>Déterminer si la façon dont les soignants offrent les possibilités de voir et porter l'enfant mort-né influe sur le ressenti maternel</p>	<p>Influence du personnel soignant lors de la proposition du contact avec l'enfant</p> <p align="center">Ressenti maternel</p>	<p align="center">Etude rétrospective par questionnaire web sur la période de 1955 à 2010</p> <p><b>Population :</b> n= 840 Enceintes ou non</p> <p><b>Outils de mesure :</b> Ressenti maternel par échelle de Likert.</p>	<p>La plupart du temps le personnel soignant a proposé et laissé le choix à la mère du contact avec l'enfant (54%). 12% des mères avaient déjà fait un choix personnel avant. La présentation spontanée sans décision préalable a été réalisée dans 32% des cas.</p> <p>Quand l'enfant est présenté à la mère comme une part naturelle de la naissance et l'accouchement, sans qu'elle n'ait été interrogée au préalable, le sentiment de peur diminue (70% vs 80%) et les femmes se sentent plus à l'aise (86% vs 76%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutement basé sur le volontariat par site web : biais de sélection.</li> <li>- Biais de mémorisation</li> <li>- Accessibilité : Internet</li> <li>- Certaines naissances antérieures ou début 90 : changement des pratiques</li> </ul>	<p>Les femmes ayant spontanément vu et ou porter leur enfant, sans discussion ni choix préalable avec le personnel soignant se sentent moins effrayées et plus à l'aise et confortables.</p>	<p align="center">A 1,94 8</p>

**Article 4: The relationships between perinatal loss interventions at the time of stillbirth and maternal grief.**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Fink PL.</b> <b>2012</b> <b>West Virginia University</b></p>	<p>Evaluer l'impact des interventions du personnel soignant au moment de la mortinaissance sur le chagrin maternel.</p>	<p>Proposition de contact visuel, contact tactile, empreintes, photographie, mèche de cheveux, memory box.</p> <p>Chagrin maternel</p>	<p>Etude rétrospective par questionnaire web jusqu'à 2 ans après la perte.</p> <p><b>Population :</b> n= 498 Non enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> chagrin maternel par PGS</p>	<p>Les scores de PGS obtenus chez les mères endeuillées sont élevés.</p> <p>Le chagrin maternel diminue chez les mères ayant l'opportunité de parler de leur enfant et ayant reçu un coffret souvenir de leur enfant « memory box »</p>	<p>- Recrutement basé sur le volontariat par 30 sites web : biais de sélection</p> <p>- Accessibilité : internet</p>	<p>La création d'une memory box et le partage de souvenir diminuent le chagrin maternel.</p> <p>Avoir l'opportunité de porter son enfant n'est pas associé à une augmentation des scores de PGS.</p>	<p>C</p>

**Article 5: Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study.**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Grade IF
<p><b>Gravensteen IK, Helgadóttir LB, Jacobsen EM</b></p> <p><b>2013</b></p> <p><b>BMJ Open</b></p>	<p>Décrire les expériences des mères ayant vécu une mortinaissance notamment sur les soins qu'elles ont reçus à l'hôpital.</p> <p>Évaluer le niveau de dépression et SSPT à long terme et identifier les facteurs de risque.</p>	<p>Contact visuel, contact tactile et autres souvenirs (photos, empreintes, funérailles)</p> <p>Accompagnement par le personnel soignant</p> <p>Dépression, SSPT, bien-être et satisfaction maternelle</p>	<p>Etude rétrospective par questionnaire postal, 5 à 18 ans après la perte.</p> <p><b>Population :</b> n= 101 Non enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> SSPT par IES, Dépression par CES-D Bien être subjectif maternel (GHQ-20) Satisfaction maternelle d'avoir porté son enfant.</p>	<p>La grande majorité des femmes ont vu (98%) et porté (82%) l'enfant.</p> <p>Un tiers de ces femmes a déclaré des SSPT à long terme.</p> <p>Le contact tactile avec l'enfant est associé à moins de SSPT.</p> <p>La majorité des femmes se sont senties soutenues pendant l'accouchement par le personnel soignant (85,6%).</p> <p>Pas d'effet significatif retrouvé sur la dépression pour avoir des photographies, empreintes ou faire des funérailles de l'enfant.</p>	<p>- Faible échantillon et faible taux de participation (31%) : biais de sélection</p> <p>- Incluent des grossesses gémellaires (nombre non mentionné)</p> <p>- Biais de mémorisation</p>	<p>Effet protecteur de porter son enfant mort-né sur les SSPT.</p> <p>Diminution de SSPT avec l'augmentation du temps passé avec l'enfant.</p> <p>86% des mères sont satisfaites d'avoir porté leur enfant. Expression d'aide et de soutien du personnel soignant lors du contact.</p>	<p><b>C</b></p> <p><b>2,36</b></p> <p><b>9</b></p>

**Article 6: Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study**  
**Article 15: Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><sup>(6)</sup> <b>Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CDH</b></p> <p><b>2002</b></p> <p><b>Lancet</b></p> <p><sup>(15)</sup> <b>Turton P, Hughes P, Evans C, et al.</b></p> <p><b>2001</b></p> <p><b>Br J Psychiatry</b></p>	<p>Evaluer les effets du contact maternel avec l'enfant mort-né sur l'anxiété, la dépression, les SSPT et sur l'attachement avec le prochain enfant.</p> <p>Etudier l'incidence, la corrélation et les facteurs prédictifs de SSPT pendant et après une grossesse suivant une mortinaissance.</p>	<p>Contact visuel, contact tactile, avoir des souvenirs (photographies, empreintes, funérailles)</p> <p>Anxiété, Dépression, SSPT et Difficultés d'attachement avec le prochain enfant.</p>	<p>Etude rétrospective cas-témoins par interview au T3 et à 1an du post-partum lors nouvelle grossesse après mortinaissance</p> <p><b>Population :</b> n=125 (65 cas, 60 témoins) Enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> Dépression : EPDS au T3, BDI à 1 an, Anxiété : SSA SSPT : PTSD-1 interview (DSM3) Désorganisation et difficultés d'attachement : SSP</p>	<p>Les femmes n'ayant pas eu de contact tactile et visuel avec l'enfant ont moins de symptômes de dépression, d'anxiété, de SSPT et de difficultés d'attachement avec leur nouvel enfant.</p> <p>Il n'a pas été retrouvé de résultats significatifs pour les souvenirs de l'enfant (photographies, empreintes, funérailles)</p>	<p>- La population d'étude diffère entre les cas et témoins : première grossesse pour les témoins, les cas ont déjà eu une grossesse et mortinaissance.</p> <p>- Faible échantillon</p> <p>- Beaucoup de perdus de vue (n= 65 au T3, n=55 à 1 an)</p>	<p>Plus de dépression et d'anxiété au T3 de la grossesse, mais cet effet devient non significatif à un an. Les SSPT sont significativement élevés au T3 de la grossesse et à 1 an.</p> <p>Les mères ayant porté leur enfant mort-né ont plus de symptômes dépressifs que celles ayant seulement vu leur enfant et que celles n'ayant pas vu leur enfant.</p> <p>Les femmes ayant vu leur enfant mort-né ont plus de SSPT.</p>	<p><sup>(6)</sup> C 47,8 31</p> <p><sup>(15)</sup> C 6,34 7</p>

**Article 7: Experiences and needs of Nigerian women after stillbirth**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Kuti O, Ilesanmi CE</b></p> <p><b>2011</b></p> <p><b>Int J Gynecol Obstet</b></p>	<p>Déterminer le type de soins jugés utile par femmes nigérianes après une mortinaissance.</p>	<p>Contact tactile, visuel, photographies de l'enfant</p> <p>Satisfaction et souhait du contact avec l'enfant.</p>	<p>Etude rétrospective par questionnaire administré par interview de 6 mois à 16 ans après la perte.</p> <p><b>Population :</b> n= 45 Enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> Auto évaluation par auto-déclaration maternelle</p>	<p>A peine la moitié des mères a reçu l'opportunité de voir son enfant et aucune n'a reçu l'opportunité de porter ou d'avoir des photographies de leur enfant.</p> <p>67% souhaitaient voir l'enfant, 18% le porter, 4,4% avoir des photographies.</p> <p>Seulement 30% de ces femmes ont déclaré « avoir fait leur deuil » 3 ans après mortinaissance</p>	<p>- Limitation des résultats par la faible population</p> <p>- Femmes enceintes au moment de l'évaluation</p> <p>- Biais de mémorisation</p> <p>- Influence de la culture</p>	<p>Présence de l'influence culturelle du pays</p> <p>Souhait important des femmes nigérianes d'avoir un contact visuel avec leur enfant. Cependant, porter l'enfant ou avoir des photographies apparaît comme un souhait moins marqué.</p>	<p>C</p> <p>2,17</p> <p>4</p>

**Article 8: Stillbirth is no longer managed as a non event: A nationwide study in Sweden**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Radestad I, Nordin C, Steineck G, Sjogren B.</b></p> <p><b>1996</b></p> <p><b>Birth</b></p>	<p>Décrire l'expérience de contact des mères avec l'enfant mort-né, et de soutien par le personnel soignant après la mortinaissance.</p> <p>Identifier les facteurs influençant les complications psychologiques à long terme chez les femmes ayant vécu une mortinaissance.</p>	<p>Contact visuel, contact tactile, embrasser, habiller l'enfant, photographie de l'enfant</p> <p>Accompagnement du personnel soignant</p> <p>Ressenti maternel</p>	<p>Etude rétrospective par questionnaire postal jusqu'à quatre ans après la perte.</p> <p><b>Population :</b> n = 636 (314 cas, 322 témoins) (population étude<sup>(10)</sup>). Non enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> autoévaluation maternelle : échelle de Likert</p>	<p>La majorité des femmes a vu leur enfant (96%), et 80% l'ont porté.</p> <p>Les femmes ont souligné l'attitude respectueuse et tendre envers l'enfant (80%).</p> <p>Des sentiments de colère et de tristesse à l'égard de l'attitude du personnel soignant ont été évoqués par 37% des femmes.</p>	<p>- La population des cas et des témoins diffère selon l'éducation maternelle</p> <p>- Biais de mémorisation</p>	<p>Expression de la part d'un tiers des femmes de besoin de soutien plus actif du personnel soignant lors du contact avec l'enfant.</p> <p>Certaines femmes ont senti une pression du personnel soignant, il est difficile de cerner si la femme a besoin d'encouragement ou si le refus est réellement souhaité.</p>	<p>C</p> <p>2,51</p> <p>8</p>

**Article 9: Holding a stillborn baby: mothers' feelings of tenderness and grief**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Rådestad I, Saflund K, Wredling R, et al.</b></p> <p><b>2009</b></p> <p><b>Br J Midwifery</b></p>	<p>Décrire les sentiments maternels ressentis lors du contact tactile (porter) avec leur enfant mort-né 3 mois après la mortinaissance.</p>	<p>Contact tactile</p> <p>Sentiments maternels</p>	<p>Etude rétrospective par questionnaire postal 3 mois après la perte</p> <p><b>Population :</b> n= 33 Non enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> autoévaluation des sentiments maternels par échelle de Likert (peur, regret, tendresse, terreur, fierté, insécurité, inconfort, chagrin)</p>	<p>Toutes les femmes ont eu un contact visuel avec l'enfant. 94% des mères ont porté leur enfant.</p> <p>Toutes les femmes ont ressenti de la tendresse, de la chaleur (94%), et 81% de la fierté.</p> <p>Toutes les femmes ont aussi ressenti du chagrin. 48% de l'insécurité, 39% de l'inconfort et 35% de la peur.</p> <p>Les mères d'enfants décédés avant 28 SG ressentent plus de peur et d'insécurité comparés aux enfants décédés après 28SG.</p>	<p>- Faible taux de participation (58%)</p> <p>- Les femmes de l'échantillon sont toutes mariées au conjoint</p>	<p>Expression d'émotions diverses lors du contact avec l'enfant : toutes les mères ont ressenti de la tendresse et du chagrin, de la chaleur et de la fierté mais aussi de l'insécurité, de l'inconfort et de la peur.</p> <p>Résultat non significatif pour la comparaison avec l'âge gestationnel, mais possible impact de « l'aspect » de l'enfant avant le terme de 28SG.</p>	<p>A 0,27</p>

**Article 10: Psychological complications after stillbirth- influence of memories and immediate management**

Auteur, Date Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Radestad I, Steineck G, Nordin C, Sjogren B.</b></p> <p><b>1996</b></p> <p><b>BMJ</b></p>	<p>Identifier les facteurs susceptibles d'influencer la survenue de complications psychologiques chez les mères ayant vécu une mortinaissance</p>	<p>Contact tactile, souvenirs (photographies, empreintes, coffret)</p> <p>Temps passé avec l'enfant</p> <p>Anxiété et dépression</p>	<p>Etude de cohorte rétrospective cas-témoins par questionnaire postal jusqu'à quatre ans après la perte</p> <p><b>Population :</b> n= 636 (314 cas, 322 témoins) Non enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> Anxiété et dépression : CES-D</p>	<p>Ne pas voir l'enfant est associé à 1,6 fois plus de risque de symptômes d'anxiété et ne pas le voir autant que souhaité par la mère augmente le risque d'anxiété de 2,4 et de dépression de 5,4.</p> <p>Ne pas avoir de souvenirs de l'enfant est associé à 4 fois plus de risque de symptômes d'anxiété.</p> <p>Embrasser, habiller, photographier l'enfant n'augmente pas les symptômes de dépression.</p>	<p>- La population des cas et des témoins diffère sur l'éducation maternelle</p> <p>- Biais de mémorisation</p>	<p>Ne pas voir l'enfant aussi longtemps que souhaité par les mères est associé à une augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression.</p> <p>L'anxiété augmente chez les femmes n'ayant pas de souvenirs concrets de leur enfant mort-né.</p>	<p>A 17,2 15</p>



**Article 11: Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby.**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Grade IF
<p><b>Radestad I, Surkan PJ, Steineck G</b></p> <p align="center"><b>2009</b></p> <p align="center"><b>Midwifery</b></p>	<p>Etudier les effets à long terme sur l'anxiété et de la dépression chez les mères ayant porté ou non leur mort-né</p>	<p>Contact tactile</p> <p>Anxiété et dépression</p>	<p>Etude de cohorte rétrospective cas-témoins par questionnaire postal jusqu'à quatre ans après la perte</p> <p><b>Population :</b> n= 314 cas (population étude (10)). Non enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> Anxiété : STAI-S et STAI-T Dépression : CES-D, Bien être maternel par QOL-S</p>	<p>32% des mères n'ont pas eu de contact tactile avec l'enfant.</p> <p>Porter l'enfant mort-né &gt;37SG diminue les symptômes de dépression et d'anxiété mais effet incertain pour enfant mort-nés entre 28 et 37SG.</p> <p>L'absence de contact tactile entraîne l'apparition 4 fois plus fréquente de maux de tête et 2 fois plus fréquente d'insomnie</p> <p>Les mères n'ayant pas ressenti un soutien suffisant du personnel soignant sont 4 fois moins susceptibles de porter leur enfant.</p>	<p>- La population des cas et des témoins diffère sur l'éducation maternelle</p> <p>- Biais de mémorisation</p>	<p>Porter l'enfant mort-né &gt;37SG diminue les symptômes de dépression et d'anxiété.</p> <p>Résultats non significatifs pour la comparaison avec l'âge gestationnel, mais possible impact de « l'aspect » de l'enfant avant le terme de 28SG.</p> <p>L'accompagnement par le personnel soignant est susceptible d'influencer la décision de la mère de voir et/ou porter son enfant.</p>	<p align="center">B 1,94 8</p>

**Article 12: Impact of holding the baby following stillbirth on maternal mental health and well-being: findings from a national survey.**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Redshaw M, Hennegan JM, Henderson J.</b></p> <p><b>2016</b></p> <p><b>BMJ Open</b></p>	<p>Comparer les conséquences sur l'anxiété, la dépression, les SSPT et le bien-être maternel à 3 et 9 mois après la mortinaissance chez les mères ayant porté ou non leur enfant.</p>	<p>Contact visuel et tactile avec l'enfant</p> <p>Accompagnement par le personnel soignant</p> <p>Anxiété, dépression, SSPT et difficultés relationnelles</p>	<p>Etude par questionnaire postal de 3 à 9 mois après la perte</p> <p><b>Population :</b> n= 468 Enceintes ou non</p> <p><b>Outils de mesure :</b> auto déclaration de dépression, d'anxiété, de SSPT et difficultés relationnelles.</p>	<p>La majorité des mères ont vu (97%) et porté (84%) leur enfant.</p> <p>Les mères ayant porté leur enfant ont 2,12 fois plus de risque d'anxiété à 9 mois. On remarque aussi 1,7 fois plus de risque de SSPT à 3 et 9 mois.</p> <p>Moins de symptômes d'anxiété à 3 et 9 mois (p=0,004 et p=0,010) pour les mères ayant seulement vu leur enfant comparé à celles l'ayant vu et porté et celles n'ayant ni vu ni porté.</p> <p>Les mères déclarent 5,33 fois plus de risque de difficultés relationnelles à 9 mois</p>	<p>- Faible taux de participation (30%)</p> <p>- Les mères n'ayant pas porté leur enfant représentent 16% de la population</p>	<p>Les mères ayant porté leur enfant mort-né ont des risques plus importants de symptômes d'anxiété et de SSPT à 3 et 9 mois.</p> <p>Effet non significatif pour la dépression</p> <p>Effet protecteur de voir l'enfant mort-né vs porter ou ne pas voir ni porter l'enfant sur l'anxiété à 3 et 9 mois</p>	<p><b>B</b></p> <p>2,36 9</p>

**Article 13: Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: A brief report.**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Grade IF
<p><b>Surkan PJ, Radestad I, Cnattingius S, et al.</b></p> <p><b>2008</b></p> <p><b>Birth</b></p>	<p>Etudier l'association entre le contact avec l'enfant mort-né à la naissance et la survenue de symptômes dépressifs 3 ans après la mortinaissance</p>	<p>Contact visuel, contact tactile, Embrasser, habiller, photographier l'enfant, Accompagnement et soutien par le personnel soignant</p> <p>Dépression</p>	<p>Etude rétrospective cas-témoins par questionnaire postal 3 ans après la perte</p> <p><b>Population :</b> n = 314 femmes (population étude (10)) Non enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> dépression CES-D scale</p>	<p>On retrouve sept fois plus de risque de dépression chez les mères ayant reporté ne pas avoir été avec l'enfant autant que souhaité.</p> <p>Le risque de dépression augmente de 2,2 si le décès survient sur le 3<sup>ème</sup> enfant, et de 7 si le décès survient sur le 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> enfant</p> <p>Ne pas avoir eu d'enfant 3 ans après la mortinaissance augmente de 2,8 fois le risque de dépression</p>	<p>- Biais de mémorisation</p> <p>- Absence de données sur l'accompagnement par le personnel soignant</p>	<p>Ne pas être avec l'enfant autant de temps que souhaité par la mère, est associé à 7 fois plus de symptômes dépressifs 3 ans après la mortinaissance.</p> <p>Un haut rang de naissance et l'absence de nouvelle grossesse dans les 6 mois après la mortinaissance augmentent la symptomatologie dépressive</p>	<p>B</p> <p>2,51</p> <p>8</p>

**Article 14: Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: Phase II of a nested case-control cohort study.**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Turton P, Evans C, Hughes P.</b></p> <p><b>2009</b></p> <p><b>Arch Womens Ment Health</b></p>	<p>Evaluer les effets du contact avec l'enfant mort-né sur la dépression, le SSPT et les ruptures conjugales 7 ans après la mortinaissance.</p>	<p>Contact visuel, contact tactile</p> <p>Dépression, SSPT, rupture conjugale</p>	<p>Etude de cohorte cas-témoins</p> <p><b>Population :</b> n = 103, (52 cas, 51 témoins) suivi 7 ans après de la population (6). Enceintes</p> <p><b>Outils de mesure :</b> Dépression : SCID, SSPT et rupture conjugale</p>	<p>Les SSPT persistent à 7 ans chez les mères ayant eu un contact tactile avec leur enfant (p=0,011).</p> <p>36% des mères ayant eu un contact tactile avec leur enfant ont déclaré s'être séparé de leur conjoint.</p>	<p>- La population des cas est plus socialement désavantagée que celle des témoins</p> <p>- Perdus de vue (n=65 à 1an et n=52 à 7ans)</p> <p>- Limitation des résultats par la faible population</p>	<p>Niveau significativement élevé de SSPT persistant 7 ans après la mortinaissance chez les femmes ayant porté leur enfant.</p> <p>Plus de séparation avec le conjoint pour les femmes ayant porté leur enfant mort-né.</p>	<p>C 3,39 7</p>

**Article 16: The silent child—mothers' experiences before, during, and after stillbirth**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Trulsson O, Radestad I</b></p> <p><b>2004</b></p> <p><b>Birth</b></p>	<p>Décrire l'expérience des mères avant, pendant et après la mortinaissance.</p> <p>Un focus est réalisé sur le temps entre l'annonce et le déclenchement de l'accouchement.</p>	<p>Expériences maternelles, avant, pendant et après l'accouchement de l'enfant mort-né</p>	<p>Interview en face à face de 6 à 18 mois après la perte</p> <p><b>Population :</b> n= 12 Non enceintes</p> <p><b>Analyse :</b> Analyse par méthode phénoménologique</p>	<p>Du temps supplémentaire s'avère utile pour donner plus d'informations sur le déroulement de l'accouchement et préparer la mère à la rencontre avec son enfant décédé.</p> <p>Les mères désirent se sentir soutenues par le personnel soignant lors du contact</p> <p>Grande satisfaction d'avoir des souvenirs et d'avoir eu un contact avec l'enfant</p>	<p>- Recrutement basé sur le volontariat : biais de sélection</p> <p>- Biais de mémorisation</p>	<p>Expression de guidance et soutien du personnel soignant lors du contact avec l'enfant.</p> <p>Importance du temps passé avec l'enfant.</p> <p>Grande satisfaction du contact et à l'inverse expression d'occasions manquées.</p>	<p>B</p> <p>2,51</p> <p>8</p>

**Article 17: Stillbirth : The mother's experience and implications for improving care**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Cacciatore J, Bushfield S.</b></p> <p><b>2007</b></p> <p><b>J Soc Work End Life Palliat Care</b></p>	<p>Décrire l'expérience des mères endeuillées après la mortinaissance</p>	<p>Expérience des mères lors de la mortinaissance et de l'accompagnement par le personnel soignant</p> <p>Expériences jugées les plus « aidantes » dans le travail de deuil</p>	<p>Questionnaire postal administré de moins d'1 an à plus de 10 ans après la perte</p> <p><b>Population :</b> n= 47 Non enceintes</p> <p><b>Analyse :</b> Analyse par méthode phénoménologique</p>	<p>Besoin de soutien psychosocial et spirituel apporté par les professionnels de santé, la famille et les amis</p>	<p>- Recrutement basé sur le volontariat : biais de sélection</p> <p>- Biais de mémorisation</p> <p>- Partie d'une étude sur les effets du support social sur les SSPT et chagrin maternel</p>	<p>Expression de plus d'aide et de soutien du personnel soignant.</p> <p>Besoin de parler de l'enfant décédé.</p> <p>Importance pour la mère de l'attitude des soignants envers l'enfant.</p>	<p>B B 1,01 4</p>

Article 18: 'She was a person, she was here': The experience of late pregnancy loss in Australia,

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Lee</b> <b>2012</b> <b>Journal of Reproductive and Infant Psychology</b></p>	<p>Décrire l'expérience des mères ayant vécu une mortinaissance et le soutien du personnel soignant.</p>	<p>Expériences maternelles lors de la mortinaissance : annonce, accouchement, contact visuel et tactile, souvenirs (photographies, empreintes, coffret) Accompagnement et soutien du personnel soignant.</p>	<p>Questionnaire web administré 3 à 4 mois après la perte <b>Population :</b> n= 14 Non enceintes <b>Analyse:</b> Analyse qualitative des récits</p>	<p>Les mères décrivent généralement l'expérience de la mortinaissance comme exceptionnellement stressante mais bien vécue si elle est soutenue et accompagnée par le personnel soignant  Toutes les mères, sauf une, ont vu et porté leur enfant et en ressortent des émotions positives  Plus de sentiments négatifs, de détresse et d'incompréhension à l'égard des protocoles et procédures hospitalières.</p>	<p>- Faible taux de participation (14%)  - Recrutement basé sur le volontariat : biais de sélection  -Accessibilité : internet</p>	<p>Expérience de la mortinaissance génère beaucoup de stress mais bon soutien et accompagnement du personnel soignant.  Emotions rétrospectives positives sur le contact visuel, tactile et les souvenirs de l'enfant décédé</p>	<p>B 1,35 1</p>

**Article 19: Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis**

Auteur, Date, Nom de la revue	Objectif de l'étude	Critères de jugement	Méthodologie	Principaux résultats	Biais - Limites	Analyse	Gra de IF
<p><b>Ryninks et al</b></p> <p><b>2014</b></p> <p><b>BMC Pregnancy and Childbirth</b></p>	<p>Décrire l'expérience du contact visuel et tactile des mères avec leur enfant à la mortinaissance et leur décision, 3 mois après</p>	<p>Expérience du contact visuel et tactile avec l'enfant lors de la mortinaissance</p> <p>Décision prise de voir et/ou porter et/ou avoir des souvenirs de l'enfant</p>	<p>Interview en face à face 3 mois après la perte</p> <p><b>Population :</b> n= 21 Non enceintes</p> <p><b>Analyse :</b> Analyse par méthode phénoménologique.</p>	<p>Le contact avec leur enfant mort-né a permis aux mères d'accepter la réalité de la perte, de construire des souvenirs et de «se dire au revoir», en partageant l'expérience avec le partenaire ou d'autres membres de la famille.</p> <p>La majorité des mères sont satisfaites de leur décision de passer du temps avec leur bébé mort-né.</p> <p>Plusieurs mères ont parlé de leur peur de voir un corps endommagé ou mort.</p>	<p>- Recrutement basé sur le volontariat : Biais de sélection</p> <p>- Toutes les femmes de l'étude ont vu et porter leur enfant et la majorité sont mariées : résultats non généralisables</p>	<p>Grande satisfaction de la décision du contact avec l'enfant et importance du temps passé avec l'enfant et du partage de souvenirs</p> <p>Peur de « l'aspect » de l'enfant mort</p> <p>Expression de regrets de l'absence de contact</p> <p>Besoin de soutien professionnel lors du contact avec l'enfant</p> <p>Expression de fierté et chagrin.</p>	<p>B 2,26 3</p>



## Résumé

**Objectif** : Apprécier les effets du contact entre la mère et son enfant mort-né en salle naissance, ainsi que de son accompagnement par le personnel soignant, sur le vécu et la santé psychique maternelle (anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique (SSPT)).

**Méthode** : Revue de la littérature basée sur l'analyse critique de dix-neuf articles, quinze quantitatifs et quatre qualitatifs.

**Résultats** : Malgré les divers biais et limites retrouvés lors de l'analyse des études, plusieurs concepts pertinents pour notre pratique ont été mis en avant.

L'attitude du personnel soignant est susceptible d'influencer le vécu et les choix maternels.

Voir l'enfant, passer du temps avec lui, avoir et partager ses souvenirs semblent avoir un impact positif sur les symptômes psychiques maternels. Cependant, pour l'anxiété, cet effet tend à devenir réversible lors d'une grossesse ultérieure et peut conduire à une augmentation des SSPT à une année post-partum et jusqu'à sept ans après. Lors de l'accouchement, le fait de présenter l'enfant mort-né à la mère sans choix préalable diminue la peur et les symptômes de dépression, en comparaison avec les mères ayant du faire un choix ou celles dont le souhait été déjà connu.

Ne pas voir l'enfant et/ou ne pas le voir autant de temps que souhaité par les mères augmente de deux fois le risque d'anxiété et jusqu'à sept fois le risque de dépression maternelle.

Le fait de porter l'enfant est associé à deux fois plus d'anxiété et une augmentation des symptômes de stress post-traumatiques. La plupart des études ayant étudié le vécu maternel rapportent une grande satisfaction lors du contact avec leur enfant, mais aussi l'expression d' « opportunités manquées », de regrets, chez les mères n'ayant pas eu de contact avec leur enfant. La vision du corps mort de l'enfant se retrouve être source de peur et d'appréhension pour certaines.

Plusieurs facteurs comme l'âge, la gestité future, le temps depuis la mortinaissance ou encore la parité sont susceptibles d'impacter les résultats sur la santé psychique maternelle.

**Conclusion** : Aucune preuve évidente de l'impact du contact, en particulier tactile, avec l'enfant mort-né n'a été retrouvée sur la santé mentale maternelle. Nos résultats rejoignent les études qualitatives qui soulignent la satisfaction maternelle lors de cette rencontre. L'accompagnement par les soignants, la façon dont l'enfant est présenté à la mère et l'aspect corporel de l'enfant se retrouvent être des facteurs qui nécessitent d'être étudiés de manière plus adéquate. Des recherches supplémentaires dans ce domaine sont nécessaires afin de proposer des pistes d'action et de réflexion sur l'accompagnement de ce contact par le personnel soignant.

**Mots-clés** : mortinaissance, mort périnatale, contact, souvenirs, accompagnement, vécu, santé psychologique.

## Abstract

**Background** : Appreciate the effects of contact between the mother and her stillborn child in the delivery room, as well as of her support by the caregivers, on the mother experience and the maternal psychic health (depression, anxiety and post-traumatic symptoms disorder).

**Methods** : Literature review based on critical analysis of nineteen studies, fifteen quantitative studies and four qualitative studies.

**Results** : Despite the various biases and limitations found in the analysis of the studies, several concepts relevant to our practice were highlighted.

The attitude of caregivers is likely to influence experiences and maternal choices.

Seeing the child, spending time with him, having and sharing his memories seem to have a positive impact on the mother's psychic symptoms. However, for anxiety, this effect tends to become reversible during a subsequent pregnancy and may lead to an increase in PTSD to one year postpartum and up to seven years later. During delivery, presenting the stillborn child to the mother without prior choice reduces the fear and symptoms of depression in mothers, compared to those who have had to make a choice or those whose wish has already been known.

Not seeing the child and/or not seeing as much as desired by mothers increases the risk of anxiety by up to twice and the risk of maternal depression by up to seven times.

Carrying the child is associated with twice as much anxiety and increased post-traumatic stress symptoms. Most of the studies that have looked at maternal experiences report great satisfaction in contact with their child, but also the expression of "missed opportunities", regrets, for mothers who have not had contact with their child. The vision of the dead body of the child is found to be a source of fear and apprehension for some.

Several factors such as age, future gestures, time since stillbirth or parity are likely to impact the results on maternal psychic health.

**Conclusion** : No clear evidence of the impact of contact, particularly tactile, with the stillborn child has been found on maternal mental health. Our results are in line with the qualitative studies that highlight the maternal satisfaction at this meeting. Caregiver support, the way the child is introduced to the mother and the body aspect of the child are factors that need to be adequately studied. Further research in this area is needed to provide courses of action and reflection on the accompaniment of this contact by caregivers.

**Key words** : stillbirth, perinatal, contact, memory, staff support, experience, mental health.