



HAL
open science

La sage-femme face à la mort fœtale in utero : la sage-femme confrontée à la découverte d'une mort fœtale in utero et à l'accompagnement du couple de l'annonce à l'accouchement

Clara Dembi

► To cite this version:

Clara Dembi. La sage-femme face à la mort fœtale in utero : la sage-femme confrontée à la découverte d'une mort fœtale in utero et à l'accompagnement du couple de l'annonce à l'accouchement. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02017763

HAL Id: dumas-02017763

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02017763v1>

Submitted on 13 Feb 2019

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

**La sage-femme face à la mort fœtale in utero :
La sage-femme confrontée à la découverte d'une mort
fœtale in utero et à l'accompagnement du couple de
l'annonce à l'accouchement.**

Présenté et publiquement soutenu

Le 17 Avril 2018

Par

DEMBI Clara
Née le 12 Juin 1994

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

Membres du jury :

- MONTAY Sophie, psychologue (directrice de mémoire)
- MOUREN Delphine, sage-femme
- NINA Cécile, sage-femme enseignante (co-directrice de mémoire)

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**La sage-femme face à la mort fœtale in utero :
La sage-femme confrontée à la découverte d'une mort
fœtale in utero et à l'accompagnement du couple de
l'annonce à l'accouchement.**

DEMBI Clara
Née le 12 Juin 1994

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme
Année universitaire 2017-2018**

Validation 1^{ère} session 2018 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2017 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

La sage-femme face à la mort fœtale in utero :

La sage-femme confrontée à la découverte d'une mort fœtale in utero et à l'accompagnement du couple de l'annonce à l'accouchement.

REMERCIEMENTS

Un grand merci à mon binôme de vie Anaïs pour son aide précieuse,

Un grand merci à Cécile NINA, une de mes directrices de mémoire qui m'a guidée tout au long de ce travail de fin d'études.

Son aide m'a été très précieuse.

Un grand merci à Sophie MONTAY pour m'avoir aidée et éclairée sur le versant psychologique de ce mémoire,

Un grand merci à ma famille et Manon qui ont su toujours me rassurer et me motiver, pour leur soutien et leur aide,

Un grand merci à mes amis pour leur soutien et leur aide,

Un grand merci au corps enseignant de l'EU3M pour leur encadrement au cours de ses 4 années d'études.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION A L'ETUDE	1
L'impact sur les parents d'une mort fœtale in utero	2
L'impact sur le personnel de la mort fœtale in utero	3
MATERIELS ET METHODE.....	5
RESULTATS.....	8
ANALYSE ET DISCUSSION.....	20
VECU ET RESENTIS.....	20
ELEMENTS PERSONNELS	23
ELEMENTS PROFESSIONNELS	26
MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT	30
SOUTIENS ET BESOINS.....	34
CONCLUSION DE L'ETUDE	40

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION A L'ETUDE

« Sage-femme, c'est le plus beau métier du monde »

Qui n'a pas déjà entendu cette phrase de la part de sa famille, ses amis ou ses patientes ? C'est un beau métier en effet. Malheureusement parfois c'est plus déplaisant. Comme par exemple lorsqu'il faut prendre en charge des pertes de grossesse telles que la mort fœtale in utero (MFIU).

Un des rôles d'une sage-femme est d'accompagner le couple lors d'un moment mémorable : la naissance d'un enfant. Cependant, parfois l'issue est différente ; elle est amenée à accompagner le couple pour la mise au monde d'un nouveau-né sans vie.

La mort fœtale in utero ou mortinaissance est l'arrêt spontané de l'activité cardiaque à partir de 14 semaines d'aménorrhée. Le moment de l'arrêt de l'activité cardiaque peut être pré partum (avant la mise en travail), per partum (pendant le travail) ou parfois indéterminé (CNGOF, 2014). Afin de confirmer le diagnostic, une échographie et un doppler doivent être réalisés par un médecin. La prévalence mondiale de la MFIU à partir d'un terme de 28 semaines d'aménorrhée ou d'un poids fœtal de plus de 1000g est estimée autour de 2 %. En France, il y a 8,9 mortinaissances pour 1000 naissances totales en 2012-2013 (Quibel T. et al., 2014).

Les étiologies sont nombreuses, souvent multiples et intriquées. Dans 30 % des cas, l'étiologie est indéterminée. La cause la plus fréquente est la cause maternelle (diabète, hypertension artérielle). Viennent ensuite les infections (pyélonéphrite aiguë, toxoplasmose), les causes annexielles (aigues comme l'hématome rétro-placentaire, chroniques comme le retard de croissance intra uterin) et enfin les causes fœtales (anomalies chromosomiques) (campus.cerimes.fr, 2005).

L'impact sur les parents d'une mort fœtale in utero

« *Moins le défunt aura vécu, plus sa vie restera en puissance, plus dur sera le deuil.* » selon Aristote.

La MFIU est un évènement brutal, inattendu, traumatisant pour le couple. L'état de sidération, d'injustice est majeur avec un fort sentiment de culpabilité. La mort à la maternité est toujours un drame, quelque chose d'incompréhensible. L'enfant meurt avant même de naître. Les parents n'ont alors aucune histoire avec cet enfant qui restera imaginaire (Diedisheim, 2013).

La finalité de la grossesse est censée être la vie et non la mort. Le processus du deuil est alors entamé avec ses différentes phases au nombre de quatre : sidération, nostalgie désorganisation, acceptation. L'équipe soignante sera disponible pour un accompagnement médico-psychologique du couple, de l'annonce à l'accouchement, et en suites de couches dans ce deuil bien particulier (Diedisheim, 2013).

La tristesse et le désespoir du couple sont indiscutables. Mais qu'en est-il des sages-femmes qui accompagnent ces couples dans cette épreuve ? Influencées par leurs propres émotions, comment les sages-femmes peuvent-elles accompagner cet évènement traumatique ?

L'impact sur le personnel de la mort fœtale in utero

La MFIU est un drame pour l'équipe soignante et particulièrement la sage-femme qui découvre et accompagne le couple. Cette découverte et cet accompagnement peuvent être éprouvants pour la sage-femme qui prend en charge le couple. Tandis que la MFIU est soudaine les conséquences du deuil continuent (Jones & Smythe, 2015).

Dans la revue de la littérature, plusieurs points sont ressortis. Les sages-femmes ont éprouvé un sentiment de tristesse, un mal être, de la peur, que ce soit la peur d'utiliser des mauvais mots, ou la peur des premières réactions, du stress et de l'incompréhension. Elles ont affirmé que suivre des morts in utero avait un impact à long terme sur elles. Les sages-femmes ont déploré un manque de soutien de la part de leur supérieur. De plus, elles se sentaient peu ou pas bien formées pour faire face à ce type d'évènement. Ces lacunes pouvaient entraîner une prise en charge du couple inadéquate et insuffisante, mais aussi générer de l'anxiété et de la frustration (Homer et al. 2016). Il y a une forte probabilité que dans sa carrière, une sage-femme découvre ou suit une MFIU. Malgré les progrès des soins obstétricaux la mort périnatale demeure une réalité pour de nombreux parents. Le chagrin associé à la mort périnatale est un phénomène unique qui nécessite des compétences spécifiques de sage-femme afin de fournir des soins efficaces. Il ressort également de la littérature que c'est un rôle pour lequel beaucoup de sages-femmes ne se sentent pas préparées (Jones & Smythe, 2015). Après avoir parcouru la revue de la littérature, les données concernant les besoins des sages-femmes en matière de soutien au deuil sont assez faibles. De plus que la vision prosaïque de la mort fœtale in utero dans les services de santé peut être un obstacle à la reconnaissance des implications émotionnelles de la sage-femme.

Ces recherches dans la littérature ont permis d'établir une question de recherche et de dégager deux objectifs :

Quels sont les éléments personnels et professionnels susceptibles d'influencer les vécus et ressentis des sages-femmes face à l'annonce d'une découverte d'une mort fœtale in utero et les modalités d'accompagnement proposées aux parents ?

Objectifs primaires :

- Identifier les éléments personnels et professionnels qui peuvent influencer le vécu et les ressentis des sages-femmes face à l'annonce de la découverte d'une mort fœtale in utero.
- Identifier les éléments personnels et professionnels susceptibles de modifier les modalités d'accompagnement des couples concernés.

Objectif secondaire : Explorer les soutiens dont les sages-femmes disposent pour exprimer leurs vécus et ressentis face à l'annonce de la découverte d'une mort fœtale in utero.

MATERIELS ET METHODE

Les objectifs primaires de ce travail de recherche sont d'identifier les éléments personnels et professionnels qui peuvent influencer le vécu et les ressentis des sages-femmes face à l'annonce de la découverte d'une MFIU, et ceux susceptibles de modifier les modalités d'accompagnement des couples concernés. De plus, un objectif secondaire est d'explorer les soutiens dont les sages-femmes disposent pour exprimer leurs vécus et ressentis face à l'annonce de la découverte d'une MFIU.

La méthode utilisée est la méthode qualitative, avec comme outil de collectes la réalisation d'entretiens semi directif. Après avoir effectué des recherches dans la littérature scientifique, une grille d'entretien a été réalisée afin de recueillir les données auprès des sages-femmes.

Les critères d'inclusion qui ont été retenus dans cette étude sont : l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, les sages-femmes ayant fonction de cadre, avoir une expérience d'accompagnement d'au moins une mort fœtale in utero, sage-femme travaillant en public, semi-public, privé et libéral.

Les critères de non-inclusion qui ont été retenus dans cette étude sont : être en formation initiale de maïeutique, le suivi d'une interruption médicale de grossesse.

Il n'y a pas eu de critères d'exclusion.

L'étude s'est déroulée uniquement en Région Sud Provence Alpes Côte d'Azur dans tous les types de maternités c'est-à-dire I, IIa, IIb, III ; ainsi que la protection maternelle et infantile (PMI) et les cabinets libéraux.

L'étude a commencé le 06 Mai 2017 et a fini le 28 Août 2017 soit une durée de 4 mois. L'étude comporte 14 entretiens semi-directifs soit 2 sages-femmes de chaque type de structure (I, IIa, IIb, III, PMI, libéral) et deux cadres en public et semi-public.

La grille d'entretien comprend 5 thèmes : le vécu et les ressentis, les soutiens, les éléments personnels, les éléments professionnels, les modalités d'accompagnement. Ces thèmes ont comporté plusieurs sous thèmes (de 3 à 7 sous thèmes) (Annexe I).

La grille d'entretien a été testé en Mai 2017, tous les thèmes ont été abordés, et elle n'a pas été modifiée par la suite.

Les sages-femmes ont été interrogées sur leur lieu de travail ou à leur domicile. Les entretiens ont duré entre 15 minutes et 45 minutes enregistrés sur un téléphone avec l'application Dictaphone. Ils ont été retranscrits sur Microsoft Word dans leur intégralité et ils ont été anonymisés en nommant les sages-femmes par des prénoms fictifs.

Les entretiens ont été analysés selon la méthode de Laurence Bardin « L'analyse de contenu » (2013).

Entretien	Pseudonyme	Age	Année DE	Lieu exercice
1	Lucie	25 ans	2015	Salon-de-Provence (IIa)
2	Apolline	47 ans	1992	Salon-de-Provence (IIa)
3	Laurie	49 ans	1990	Aix (libéral)
4	Nathalie	59 ans	1989	Manosque (I)
5	Lily-Rose	48 ans	1992	La Belle de Mai (PMI)
6	Nora	46 ans	1994	Gardanne (PMI)
7	Justine	45 ans	1994	Saint-Joseph (libéral)
8	Michelle	30 ans	2010	Pertuis (I)
9	Miriam	56 ans	1982	Pertuis (I)
10	Hanna	32 ans	2009	Saint-Joseph (IIb)
11	Joséphine	28 ans	2012	Saint-Joseph (IIb)
12	Anne-Sophie	51 ans	2000	Saint-Joseph (IIb)
13	Bernadette	29 ans	2011	Conception (III)
14	Cléa	28 ans	2012	Conception (III)

Tableau 1 : Caractéristiques des sages-femmes interviewées

RESULTATS

Après avoir lu et étudié les quatorze entretiens, 5 rubriques sont ressorties :

- Vécu et émotions
- Eléments personnels
- Eléments professionnels
- Modalités d'accompagnement
- Autres

RUBRIQUE	VECU ET RESENTIS		
	Emotions Positives	Emotions Négatives	Influence à long terme
Lucie	X	X	X
Apolline	X	X	X
Laurie	X	X	X
Nathalie	X	X	X
Lily-Rose		X	X
Nora	X	X	X
Justine	X	X	
Michelle		X	X
Miriam		X	X
Hanna	X	X	X
Joséphine	X	X	
Anne-Sophie		X	X
Bernadette	X	X	X
Cléa	X	X	X

Tableau 1 : Vécu et ressentis

Dans ce tableau récapitulatif, il est mis en évidence :

Trois sous-rubriques ont été élaborées : émotions positives, émotions négatives, influence à long terme.

Neuf sages-femmes sur quatorze ont perçu des émotions positives, Apolline « *Souvent la patiente et le mari aussi qui te disent merci, c'est que tu as bien fait ton boulot.* » (L. 75). Toutes ont perçu des émotions négatives, Lucie « *Quand nos regards se sont croisés avec l'accompagnante, elle a vu que j'étais émue que je n'étais pas bien.* » (L.60-61).

Dix sages-femmes sur quatorze ont noté une influence à long terme que ce soit dans le domaine professionnel ou personnel. Lucie « *Maintenant je sais comment je réagis, il y a quand même une grosse différence entre ma première consultation et la dernière. Je n'ai pas du tout réagi pareil, là j'ai réagi avec la tête beaucoup plus froide et pas l'émotif.* » (L.100-102).

ELEMENTS PERSONNELS																
RUBRIQUE	SOUS-RUBRIQUE	THEME	Antécédent de deuil personnel		Représentation de la mort fœtale		Connaissance préalable			Personnalité	Situation familiale					
			L'incompréhensible	La fatalité	Amis	Famille	Patiente connue	Mère	Enceinte		Célibataire et sans enfant	En couple et sans enfant				
	Lucie		X													
	Apolline		X					X			X					
	Laurie			X						X						
	Nathalie		X						X							
	Lily-Rose				X					X		X				
	Nora		X		X					X		X				
	Justine		X		X					X						
	Michelle				X			X		X		X				
	Miriam				X					X						
	Hanna							X		X			X			
	Joséphine		X							X						
	Anne-Sophie		X		X					X				X		
	Bernadette									X						
	Ciéa							X								X

Tableau 2 : Eléments personnels

Dans ce tableau récapitulatif il fait ressortir :

Cinq sous-rubriques ont été définies : antécédents personnel de deuil, représentation de la mort fœtale, connaissance du couple, personnalité et situation familiale.

Dans la sous-rubrique représentation de la mort fœtale, la mort fœtale est déterminée comme de l'incompréhensible ou de la fatalité.

Dans la sous-rubrique connaissance du couple, il y a différents liens : si c'était une amie de la sage-femme, un membre de sa famille ou si elle connaissait la patiente.

Dans la sous-rubrique situation familiale, la sage-femme est soit mère de famille, soit actuellement enceinte, soit célibataire sans enfant, ou soit en couple sans enfant.

Neuf sages-femmes sur quatorze connaissaient la patiente que ce soit une amie, un membre de la famille ou une patiente connue. Lors de la découverte ou le suivi d'une mort fœtale in utero, la personnalité a influé pour douze des quatorze sages-femmes. Nora « *Je le fais avec ce que je suis après ce que je suis c'est ce que j'ai fait auparavant.* » (L.176-177).

Seulement trois des sages-femmes sont mères de famille et une est enceinte. Trois sages-femmes ont évoqué la mort fœtale comme de l'incompréhension, Lily-Rose « *Le deuil périnatal c'est quelque chose de particulier tu fais le deuil de quelqu'un que tu n'as pas connu en plus au lieu de donner la vie tu donnes la mort c'est quelque chose d'abominable (...)* » (L.55-57). Cinq sages-femmes ont évoqué la mort fœtale comme de la fatalité, Nora « *Enfinement on peut se dire qu'il y a une sorte de fatalité même s'il y a tout le monde sur le terrain on ne peut rien faire.* » (L.142-143).

ELEMENTS PROFESSIONNELS (a)									
RUBRIQUE	SOUS-RUBRIQUE	Formation initiale			Formation continue		Formation expérimentielle		
		Absente	Présente	Expérience d'un stage	Type	Apport suffisant	Antécédent de MFIU	Années d'expérience	Recherche personnelle
	Lucie		X				X	X	
	Apolline	X			X	X	X	X	
	Laurie		X		X		X		
	Nathalie		X	X	X	X	X	X	
	Lily-Rose		X					X	
	Nora		X				X	X	X
	Justine						X	X	
	Michelle		X				X	X	
	Miriam	X			X		X	X	
	Hanna		X					X	
	Joséphine		X				X		
	Anne-Sophie		X	X			X		
	Bernadette		X		X		X		
	Cléa		X				X	X	

Tableau 3 (a) : Eléments professionnels

RUBRIQUE	ELEMENTS PROFESSIONNELS (b)			
	SOUS-RUBRIQUE	Conditions de travail		Représentation partagée de la profession de sage-femme
		Suractivité	Travail collaboratif	
THEME				
Lucie	X			X
Apolline				
Laurie				
Nathalie		X		X
Lily-Rose				
Nora				X
Justine				
Michelle	X		X	X
Miriam			X	
Hanna			X	
Joséphine			X	
Anne-Sophie	X			
Bernadette	X			X
Cléa				

Tableau 3 (b) : Éléments professionnels

Dans ce tableau récapitulatif il apparaît :

Cinq sous-rubriques ont été déterminées : formation initiale, formation continue, formation expérientielle, conditions de travail, représentation partagée de la sage-femme.

Dans la sous-rubrique formation initiale, si les sages-femmes ont en bénéficié ou non, et d'une expérience de stage.

Dans la sous-rubrique formation continue, quel est le type de la formation continue et si ça a été suffisant.

Dans la sous-rubrique formation expérientielle, si la sages-femmes a eu des antécédents de mort fœtale in utero, si ses années d'expérience ou des recherches personnelles ont eu une influence.

Dans la sous-rubrique conditions de travail, deux points clefs ont été soulevés : la suractivité et le travail collaboratif.

Deux sages-femmes ont signalé qu'elles n'ont pas eu de formation initiale en ce qui concerne la mort fœtale in utero. En ce qui concerne la formation continue, seules cinq sages-femmes sur quatorze ont en eu une et deux ont trouvé que ça leur a été bénéfique. Huit sages-femmes pensent que l'antécédent de mort fœtale in utero et les années d'expériences développent la formation expérientielle. Quatre sages-femmes ont souligné une suractivité lors de la prise en charge d'un couple et trois ont notifié un travail collaboratif avec son équipe. Six sages-femmes ont exprimé une représentation partagée en ce que concerne la profession de sage-femme. Lucie « *Oui on doit accompagner les couples que ce soit pour un bébé vivant ou un bébé mort. Ce n'est pas parce que eux doivent affronter la mort in utero qu'ils ne doivent pas être suivis comme les autres. Pour moi ça fait partie justement de nos compétences c'est comme ça. C'est un suivi comme un autre c'est plus difficile psychologiquement.* » (L.72-74)

MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT												
RUBRIQUE	Type						Posture			Implication de la sage-femme		Impossibilité de la prise en charge
SOUS RUBRIQUE	Médical	Médico-psychologique	Administrative	Evolution	Distante	Empathique	Evolution	A la garde	Suivi à long terme	Vie personnelle		
THEME												
Lucie		X				X			X			
Apolline		X		X		X	X		X		X	
Laurie		X				X			X		X	
Nathalie		X	X	X		X	X	X	X		X	
Lily-Rose		X		X		X	X		X			
Nora		X		X	X	X			X	X		
Justine		X			X	X			X			
Michelle		X			X	X			X			
Miriam		X				X						
Hanna	X				X	X						
Joséphine		X				X			X	X		
Anne-Sophie			X			X		X				
Bernadette		X				X		X			X	
Cléa		X				X			X		X	

Tableau 4 : Modalités d'accompagnement

Dans ce tableau récapitulatif, il est mis en évidence :

Quatre sous-rubriques ont été définis : Type, posture, implication de la sage-femme, impossibilité de la prise en charge.

Dans la sous-rubrique type, les différents types déterminés sont médical, médico-psychologique et administratif.

Dans la sous-rubrique posture, il y a la posture empathique et l'évolution.

Dans la sous-rubrique implication de la sage-femme, trois thèmes sont ressortis : à la garde, au long terme, vie personnelle.

Une sage-femme a fait une prise en charge médical de la patiente, douze sages-femmes ont pris en charge de manière médico psychologique leurs patientes, deux sages-femmes quant à elles ont fait une prise en charge administrative. Quatre sages-femmes ont changé leurs modalités d'accompagnement au cours de leur profession. Michelle « *Je lui ai dit que j'étais là pour elle que si elle avait une question une remarque qu'elle n'hésite pas.* » (L.49). Apolline « *Non, au départ je pense que je réfugiais derrière la technique.* » (L.24). Toutes ont une attitude empathique. Nora « *(..) Il y a la sage-femme qui peut écouter on a toujours notre capacité à humaine à écouter.* » (L.60). Nora « *Nous sommes des professionnels oui il faut se protéger parce qu'en on voit des choses.* » (L.182-183). Dix sages-femmes ont revu leurs patientes après leur garde. Quatre sages-femmes ont avoué y penser après avoir fini leur garde.

AUTRES													
RUBRIQUE		Soutiens						Besoins					
SOUS RUBRIQUE		Personnel			Professionnel			Support			Améliorations		
THEME	SOUS-THEME	Présent	Absent	Pas nécessaire	Collègues	Psychologue du service	Pas besoin	Oui	Suffisamment encadré	Esprit d'équipe	Formation initiale	Formation continue	Autres
	Lucie	X			X			X	X				X
	Apolline	X		X	X	X		X	X	X	X		
	Laurie	X											X
	Nathalie		X			X		X			X		
	Lily-Rose			X	X			X					X
	Nora		X		X			X	X		X		X
	Justine			X			X						
	Michelle	X			X			X	X				X
	Miriam			X	X	X		X	X	X			X
	Hanna	X		X	X			X	X	X			X
	Joséphine	X			X			X				X	
	Anne-Sophie		X	X			X					X	X
	Bernadette	X			X			X	X				
	Cléa			X	X			X	X			X	

Tableau 5 : Autres

Dans ce tableau récapitulatif, il apparaît :

Deux sous-rubriques ont été définis : soutiens et besoins.

Dans la sous-rubrique soutiens, le soutien personnel et le soutien professionnel ont été notifiés.

Dans la sous-rubrique besoins, le support et les améliorations ont été déterminés.

Six sages-femmes sur quatorze ont eu un soutien de la part de leur entourage alors que sept trouvent que ce n'était pas nécessaire.

Neuf sages-femmes ont trouvé du soutien auprès de leurs collègues, trois auprès du psychologue de service, deux n'ont pas trouvé une utilité.

Onze sages-femmes ont trouvé qu'elles sont assez soutenues et trois ont parlé d'un esprit d'équipe. Apolline « (...) *on a la chance de pouvoir se parler entre nous et avec les gynécos. Le fait d'avoir une équipe quand même assez ouverte, qu'on puisse discuter c'est bien.* » (L.64-65). En ce qui concerne les améliorations, trois sages-femmes ont évoqué la formation initiale, Nathalie « *La formation est nécessaire comme pour tout, il y a des choses à l'école qui ne sont pas approfondies et ça particulièrement.* » (L.56-57). Quatre sages-femmes ont évoqué la formation continue, huit changements divers comme des groupes de parole Michelle « (...) *ou bien faire des groupes de parole pour raconter leurs expériences et ce qu'elles ont ressenti.* ». (L.113-114).

ANALYSE ET DISCUSSION

On peut constater que certains entretiens durent entre 15 et 20 minutes ce qui peut sembler court pour traiter un sujet comme celui-ci. Cela peut s'expliquer par le manque de développement de certains points dont les émotions ressenties lors de leur(s) expérience(s) de mort fœtale in utero de certaines sages-femmes interrogées. Cette étude s'est basée sur quatorze entretiens de sages-femmes, elle ne peut donc pas être appliquée à la population générale. Une des limites a été de mettre en tableau les émotions des quatorze sages-femmes au vue de la diversité des émotions ressentis. Donc on a choisi de simplifier le tableau « Vécu et ressentis » en émotions positives et émotions négatives.

Le biais de confusion est lié à l'interprétation des questions par les sages-femmes et l'interprétation des réponses par l'investigateur qui fait les entretiens.

Le biais de sélection du fait de la sélection des sages-femmes interrogées sur la base du volontariat.

VECU ET RESSENTIS

Lors d'une découverte ou d'un suivi d'une MFIU, la sage-femme fait face à un état affectif intense. Même si elle arrive à prendre du recul, elle est touchée par la situation. Cette dernière peut faire naître des sentiments de satisfaction, d'utilité ou bien de la tristesse, de la culpabilité, de la colère.

Toutes les sages-femmes interrogées ont exprimé de la **tristesse**, comme Anne-Sophie : « *Même si nous sommes des soignants donc on est souvent confronté à ce genre d'évènement c'est toujours dur, on est humain quand même, on est triste.* » (L.36-37). Une grande partie a eu du mal à accepter la MFIU lors de la découverte. Elles espéraient que ce soit une erreur : « *Alors quand je n'ai pas entendu le cœur, j'ai fortement espéré que*

le gynécologue l'entende. » (Michelle L.36-37). Certaines ont eu besoin de pleurer, mais à l'abri des regards du couple : *« Je les ai accompagnés alors là ça été terrible, j'étais avec une autre sage-femme on pleurait toutes les deux, on était en retrait. »* (Nathalie L.105-106).

On a pu constater tout au long de ces entretiens de l'anxiété, de la **culpabilité**, de l'injustice, de la sidération et de la fatalité. Chez Justine, on observe une remise en question : *« Et je me suis dit aussi que la surveillance en fait elle ne servait pas à grand-chose finalement c'est quelque chose d'imprévisible par définition c'est à ce moment que je me dis surveiller une patiente c'est bien mais résultat ça s'est passé entre deux monitos. »* (L.34-36) et pour Lucie *« Ça fait quand même un choc quand tu commences ta garde sur ça : l'annonce du décès, les parents qui s'effondrent. »* (L.11-12). Les sages-femmes se remettent toujours en question pour voir si elles ne sont pas passées à côté d'un élément qui prédisait cette issue, telle que Joséphine *« Quand moi je suis en consultation et qu'on m'annonce qu'il y a une MIU au bloc que c'était une patiente que j'ai eu en consultation, obligée tu te remets quand en question tu demandes si tu n'es pas passée à côté de quelque chose. »* (L.48-50). Selon Heazell et al. (2016), les professionnels impliqués dans le suivi de MFIU déclarent que celle-ci a un impact psychologique très important (traumatisme, culpabilité, colère, peur, stress, impuissance...). Toutes les sages-femmes, voire même tous les professionnels de santé, ont une réponse émotive face à la MFIU.

Cependant, certaines sages-femmes trouvent ces moments **valorisants**. En effet, elles pensent que leur place est essentielle et primordiale. De plus, la reconnaissance des parents fortifie leur impression de bien faire leur travail : *« C'est plaisant quand les patientes reviennent pour une autre grossesse et que tout se passe bien, elles se souviennent de toi et tu l'accompagnes aussi pour cette nouvelle grossesse. »* (Cléa L.115-117), *« Je pense que pour l'accompagnement ça l'a quand même fait, j'ai croisé le mari et il m'a dit merci. »* (Lucie L.48-49). La notion d'utilité

a été abordée par Apolline et Hanna : « *Oui j'étais quand même contente d'être là même si on n'était pas très très proche et je sentais qu'elle aussi était contente que je sois là.* » (Apolline L.107-108), « *Là je trouve en tant que sage-femme tu as vraiment ta place au niveau de tout ce que tu leur donnes plutôt qu'une femme qui accouche normalement ou tout va bien tu n'es pas indispensable à leur vie. Je trouve que tu as plus ta place à ce moment-là et que tu as une place assez importante et qui peut être prépondérante dans plein de chose.* » (Hanna L.13-17). D'après Heazell et al. (2016), les sages-femmes ont déclaré que l'expérience de MIFU était un gain d'expérience, une fierté et un privilège. Elles se disent grandies après cet évènement.

Les expériences de MFIU ont impacté certaines sages-femmes sur le **long cours** de manière positive ou négative dans le domaine professionnel et/ou personnel. Au niveau professionnel, des sages-femmes savent comment elles réagissent face aux MFIU et donc les appréhendent différemment : « *J'ai beaucoup travaillé sur ça, j'ai fait un travail sur moi je ne peux pas dire que de temps en temps je ne suis pas comme toutes les autres, mais j'appréhende mieux les morts fœtales.* » (Nathalie L.80-81), « *Oui, j'y pense parce que ce sont des choses qui m'ont marqué. Maintenant je sais comment je réagis, il y a quand même une grosse différence entre ma première consultation et la dernière. Je n'ai pas du tout réagi pareil, là j'ai réagi avec la tête beaucoup plus froide et pas l'émotif. Je me disais je fais mon boulot, on va l'accompagner, ça m'a permis de gérer un peu mieux. Je savais comment je réagissais ça n'a pas été un choc ou une grosse surprise alors que la première fois j'ai cru recevoir un coup de massue.* » (Lucie L.100-105).

Certaines sages-femmes en rentrant chez elles pensent à la MFIU lorsqu'elles savent qu'elles vont la reprendre demain au bloc ou bien lorsque ça été un accompagnement riche en émotions. Bernadette « *Ça dépend de la mort in utero. Il y en a certaines auxquelles j'y repense, après je pense que tu es plus touchée quand tu es là au moment de*

l'accouchement, quand tu l'encadres. » (L.44-45). D'autres sages-femmes quant à elles, dès que la garde se termine elles n'y pensent plus. Anne-Sophie « Quand je rentre chez moi je n'y pense plus, c'est vrai que c'est triste pour le couple mais je passe à autre chose. » (L.40-41).

Au niveau personnel, la majorité des sages-femmes ne sont pas affectées par les situations de MFIU : « *Je ne pense pas que ça m'ait changé ma façon de penser ça me marque c'est sûr mais je suis toujours moi-même.* » (Michelle L.96-97). Laurie, sage-femme libérale à Aix, a quant à elle décidé de ne plus suivre des grossesses à cause de ses antécédents de MFIU sur deux grossesses gémellaires. Elle avait alors été contactée par un représentant de la loi jusqu'à ce que le mari de la patiente prenne la défense de Laurie. A cause de cette pression juridique, Laurie ne fait que de la préparation à la naissance et à la parentalité : « *Mais par contre quand j'ai senti qu'on voulait me mettre la faute sur le dos pour la deuxième fois, c'est là je me suis dit non mais là je ne peux pas accepter cette injustice donc je ne ferai plus de monito.* » (L.93-95). Au niveau personnel, pendant plusieurs mois Laurie a été affectée : « *J'essaie d'être positive mais c'est que quand on rentre chez soi et qu'on a eu un problème c'est vrai que l'on a envie de changer de métier* » (L.128-130).

ELEMENTS PERSONNELS

Certaines sages-femmes ont vécu personnellement un décès dans leur famille mais cela ne semble pas affecter leur prise en charge du couple. Le souvenir d'une perte ne remonte pas à la surface lors de l'accompagnement : « *Non absolument pas, après j'ai perdu des membres de ma famille, peut être effectivement ça t'aide à appréhender les choses un peu différemment mais quand c'est professionnel c'est différent.* » (Justine L.95-97).

Les sages-femmes qui ont été interrogées ont un statut familial différent. Les mères de famille ont une même prise en charge que celles qui n'ont pas d'enfant. Le fait qu'elles aient des enfants ne semblerait donc pas influencer dans la prise en charge : « *Lorsque j'accompagne un couple je ne pense pas à mes enfants.* » (Michelle L.102). Une sage-femme qui n'a pas d'enfant sera tout aussi sensible à la situation. Hanna est la seule sage-femme qui était enceinte lors d'une découverte de MFIU à la maternité : « *Et même enceinte je ne pense pas avoir envie de voir des mamans qui perdent leur bébé à terme ce n'est pas forcément l'idéal. Je ne sais pas si mes collègues me laisseraient faire et pourtant c'est ce que j'aime faire. Même maintenant que mon ventre se voit je ne trouve pas ça très saint d'aller voir des dames qui sont là pour IMG ou mort foetale.* » (L.84-88).

Nathalie a pris en charge un membre de sa famille mais seulement pendant le travail : « *Oui quelqu'un de ma famille que j'ai accompagné après je n'ai pas fait l'accouchement c'est très dur j'ai pu faire la part des choses tant qu'ils étaient devant moi après ça était très très difficile.* » (L.157-159). Pour l'accouchement, elle a laissé une autre sage-femme de l'équipe s'en charger. Michelle et Apolline ont également pris en charge une personne qu'elles connaissaient. Michelle était dans un état de sidération : « *Toutes les annonces de MIU sont dures mais quand tu connais la personne et qu'en plus ce sont des retrouvailles alors là ...* » (L.29-31). Apolline quant à elle n'a pas été en capacité de la prendre en charge la deuxième fois. Le fait de l'avoir déjà suivi pour sa première MFIU et que pour la seconde elle soit de garde, Apolline a dû sentir une forme de fatalité qui a rendu impossible la prise en charge : « *(...) et la deuxième aussi elle était contente mais je ne me sentais pas de la suivre jusqu'au bout.* » (L.116-117). Hanna a une amie qui était enceinte en même temps qu'elle et qui a perdu son enfant in utero, ce qui l'a particulièrement affectée : « *Ça par contre ça m'a vraiment traumatisé. Ce n'est pas évident de s'investir dans une grossesse et elle est juste à côté de moi elle perd son bébé on n'a pas beaucoup de différence de terme.* » (L.76-78). Il est mis en évidence que la prise en charge d'un couple que l'on **connait personnellement** semble impossible. Dans cette situation-là, les sentiments sont trop intenses pour arriver à faire

la part des choses et accompagner le couple de manière optimale. Cléa dans son entourage a une amie qui a fait une fausse couche tardive : « *Je pense que ça m'impacte du coup par rapport à mon amie, ça peut influencer ma prise en charge dans le sens où je comprends un peu plus le vécu des gens, ce qu'ils ont ressenti au niveau de l'annonce. Cela m'a fait réfléchir sur certaines questions que je ne posais pas auparavant mais c'est bien quelque part mais il faut faire attention quand même.* » (L.95-99). La **survenue d'une MFIU chez un proche** a un impact sur la pratique professionnelle de la sage-femme, on notera une empathie plus marquée. De manière spontanée, les sages-femmes ont choisi de parler de situations où elles étaient impliquées personnellement. Selon Jones & Smythe (2015) la relation entre la sage-femme et la patiente a créé un sentiment d'attachement ce qui a rendu l'annonce de la perte plus accablante. Les sages-femmes interviewées connaissaient de manière intime les couples qui ont perdu leur enfant ce qui explique l'impact plus important lors de la nouvelle et l'impossibilité d'accompagner le couple.

Il y a deux visions de la mort fœtale parmi les sages-femmes. Certaines sages-femmes la considèrent comme de l'incompréhension : « *Nous sommes dans un monde où la naissance c'est la vie, et on leur enlève à eux.* » (Miriam L.17-18). Pour d'autres, la MFIU est une fatalité, elles la considèrent comme tragique mais il y a des événements plus effroyables dans la vie qu'il y a pire dans la vie : « *Je dirai qu'une mort fœtale in utero c'est à relativiser si l'enfant avait un problème, quand il y a un enfant qui a une grosse malformation on voit bien qu'il vaut mieux qu'il meurt quand même pour moi parce que c'est trop lourd pour les parents.* » (Laurie L.138-140), « *Ce que m'a le plus touché pour ma part c'est plus les soins palliatifs qu'une MIU. C'était une anencéphalie que j'ai suivi toute la journée, le bébé est né vivant, je l'ai revu tous les jours, il a mis une semaine à partir. Les morts in utero j'arrive à relativiser.* » (Bernadette L.41-45).

Tout au long des entretiens, on a pu remarquer que la **personnalité** influée beaucoup sur le vécu de l'accompagnement du couple. La plupart des sages-femmes réussissent à garder du recul par rapport à la situation : « *Après moi j'ai énormément de recul, je peux parler avec une dame qui a eu mort in utero comme je te parle maintenant.* » (Bernadette L.8-9). C'est ce qui leur permet de se protéger et accompagner de manière optimale le couple. Si elles doivent pleurer, elles le feront à l'abri des regards du couple : « *Je me suis dit tu peux montrer aux patientes que tu es émue mais tu n'as pas le droit de craquer. C'est leur douleur tu n'as pas le droit de leur imposer en plus toit ton turc.* » (Lucie L. 57-58). Hanna et Nathalie, quant à elles, se sentent à l'aise face à l'accompagnement de couples qui sont en deuil : « *Je ne les appréhende pas pareil que quand j'avais 20 ans mais c'est quelque chose qui ne m'a jamais posé de problème entre guillemets, je ne sais pas comment vous expliquer ça. Je n'ai jamais eu de recul ou d'appréhension pour un bébé mort.* » (Nathalie L.84-86). Selon Jones & Smythe (2015), les sages-femmes, pour essayer d'avoir du recul sur la situation, devraient immédiatement se mettre à l'écart pour traiter ses propres émotions avant de commencer les soins. Cette suggestion est appliquée par les quatorze sages-femmes interrogées en prenant du recul face à cette situation.

ELEMENTS PROFESSIONNELS

Seules deux sages-femmes ont déclaré ne pas avoir eu de cours sur la MIFU lors de leur **formation initiale**. Elles ont appris à prendre en charge un couple lorsqu'elles ont été diplômées : « *A l'école je pense que je n'ai pas eu de formation du tout, du coup je pense que c'est vraiment les découvertes ici.* » (Miriam L.56-57). Parmi celles qui ont eu un cours sur la MFIU, quatre ont trouvé que c'était insuffisant : « *Moi à l'école de sage-femme il y a plein de chose qu'on ne m'a pas appris il y a plein de choses qu'on apprend sur le terrain.* » (Nora L.130-132). Elles ont trouvé que les cours proposés n'étaient pas assez adaptés, comme par exemple l'intervention d'une association de parents qui ont eu une expérience de

MFIU. Ce qui a plus particulièrement marqué les sages-femmes lorsqu'elles étaient étudiantes, c'étaient les stages avec des sages-femmes expérimentées avec une patientèle en situation précaire : Hanna « *Je ne pense pas que ce soit grâce à l'école, mais plus tôt grâce à un stage que j'ai fait avec une sage-femme, c'est la sage-femme que tout le monde rêve d'être. Elle faisait que des consultations et elle s'occupait des mamans qui avaient eu des problèmes social, économique, toxicomanie et d'addiction. Elle en tant que sage-femme elle n'était jamais dans le larmoiement elle avait vraiment un contact avec les gens, elle était directe, elle leur disait les choses. Elle restait très professionnelle mais avec un abord très franc des choses.* » (Hanna L.133-139). Selon Jones & Smythe (2015), plusieurs sages-femmes se sentent non préparées et inexpérimentées lors de leur première prise en charge de MFIU. Cela soutient ce que disent les sages-femmes en accentuant le suivi de MFIU pendant la formation initiale pour être mieux préparées en tant que diplômées.

Les sages-femmes qui ont fait la **formation continue** sur le sujet sont satisfaites et ont appris des notions qu'elles n'avaient pas malgré leurs années d'expérience. Certaines ne veulent pas la faire car elles trouvent qu'il y a d'autres formations plus intéressantes comme formation même si elles pensent avoir quelques lacunes : « *Non je n'en ai pas fait... Il le faudrait, je pense que je peux apprendre des trucs. Parce que je ne suis pas parfaite dans ma prise en charge je pense enfin j'en suis sûre (rire). Mais je fais du mieux que je peux. J'ai plus décidé de me spécialiser dans la gynécologie et la sexologie.* » (Michelle L.87-90). Certaines pensent que la faire pourrait aider mais n'ont pas fait les démarches pour s'inscrire. Joséphine a émis le souhait de faire la formation mais elle lui a été refusée deux fois. Dans la revue de la littérature, les avis divergent sur la nécessité d'une formation sur le deuil. Selon Wallbank et al. (2013), la formation sur le deuil ne semble pas être « protectrice ». Malgré celle-ci les sages-femmes ont des lacunes pour accompagner le couple et trouvent la situation toujours aussi stressante. Selon Montero et al. (2011) les difficultés pouvant affecter la qualité des soins sont liées au manque de connaissances sur les

particularités des parents victimes d'une perte. En ce sens, ils expriment que l'éducation faciliterait leur connaissance pour accompagner les parents dans ce processus. Avec ces deux études, il ressort que la formation serait nécessaire cependant elle n'est pas assez complète pour réussir à accompagner le couple. Contrairement à ce que les sages-femmes dans cette étude ont rapporté en qualifiant la formation sur le deuil qu'elles ont eu suffisante.

Au cours du recueil de données, des sages-femmes avec peu d'années d'**expérience** étaient capables prendre en charge l'accompagnement d'un couple lors d'un MFIU. Ainsi pour Lucie, seulement diplômée depuis 1 an, ce sont les MFIU qu'elle a suivi qui lui ont permis de mieux appréhender les suivantes même si ça reste toujours difficile de s'occuper d'une MFIU : « *L'expérience ça aide beaucoup, entre la première fois où tu suis une mort in utero et la centième il y a une différence.* » (Lucie L.132-135). Pour Hanna, « *J'ai eu une seule fois l'occasion d'annoncer à la patiente qu'elle avait perdu son bébé c'était il y a 3 semaines un mois donc c'est très récent.* » (L.9-10). Elle n'a eu qu'une seule découverte, pourtant à travers son entretien on peut observer qu'elle a réussi à prendre du **recul**. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elle apprécie accompagner les couples dans le processus de deuil : « *C'est mon métier, c'est ce que je dois faire et en plus c'est quelque chose que j'aime bien.* » (L.41-42). Mais aussi elle arrive à faire la part des choses, elle reste dans l'empathie : « *J'ai essayé d'être respectueuse de la laisser digérer.* » (L.29). Selon Ellis et al. (2016), les sages-femmes considèrent l'expérience comme un bien précieux et une ressource. L'expérience et les connaissances peuvent faciliter la prise en charge de soins de deuil.

La **suractivité** du bloc d'accouchement semble empêcher les sages-femmes de prendre en charge de manière optimale le couple qui vient de perdre leur enfant. Les deux sages-femmes de PMI, Nora et Lily-Rose, ont toutes les deux travaillé en maternité de niveau III. Elles ont confié qu'elles ont eu beaucoup de MFIU à prendre en charge et qu'elles

étaient dans la technique par manque de temps dû à la quantité de travail : « *En milieu hospitalier je n'avais pas le temps d'accompagner le couple, j'essayais, mais on avait beaucoup de boulot.* » (Lily-Rose L.129-130). Alors que d'autres, comme Lucie, veulent essayer de rattraper cette prise en charge incomplète en suites de couches : « *Cette femme après je l'ai beaucoup revu en post partum pour essayer de rattraper tout ça. Je pense que pour l'accompagnement ça l'a quand même fait, j'ai croisé le mari et il m'a dit merci. J'aurais aimé être plus présente que ce que j'ai fait mais la garde ne me l'a pas permise.* » (L.47-49). Selon Ellis et al. (2016), avoir le temps de passer du temps avec les parents aide à améliorer la prise en charge. Ce qui est essentiel pour que le personnel est le sentiment de fournir des soins de qualité. L'écoute a été identifiée comme une compétence importante pour le professionnel. Il semble que le besoin d'aller voir la patiente en suites de couches est utile pour finir l'accompagnement mais aussi une nécessité personnelle pour se sentir mieux. De plus, cela montre que la sage-femme qui s'occupe d'une MFIU ne devrait pas avoir beaucoup de patientes pour prendre le temps avec le couple en deuil. Selon Fenwick et al. (2007), les sages-femmes australiennes ont déclaré qu'une prise en charge satisfaisante est déterminée par la continuité des soins aux femmes tout au long du travail, de la naissance et de la période postnatale précoce.

L'entente et la cohésion dans l'**équipe** semblent fondamentales pour réussir à accompagner le couple. Le reste de l'équipe fait en sorte de laisser peu de patientes à la sage-femme qui s'occupe de couple pour prendre en charge de manière globale en ce qui concerne les soins et l'accompagnement. De plus, le fait que l'équipe soit soudée permet de compter les uns sur les autres (tous personnels soignants confondus) : « *J'ai une équipe géniale que ce soit les sages-femmes, les AP, gynécologue et tout. De toute façon dans ce métier, on est obligé d'être proches entre collègues, c'est un point clef l'entente.* » (Michelle L.68-70).

Les sages-femmes interrogées considèrent qu'accompagner une MFIU, fait partie de leur champ de compétences, et que les sages-femmes sont les mieux placées pour la prise en charge : « *Qui veut le faire de toute façon ? (Rire) Oui c'est tout à fait notre rôle, après j'avoue que ça ne me met pas en joie quand je dois en suivre.* » (Bernadette L.53-54).

MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT

Les modalités d'accompagnement sont différentes selon les sages-femmes et le type de maternité.

Concernant la posture des 2 cadres interrogées, il semble exister des disparités selon le niveau de la maternité. Ces disparités dans l'**accompagnement administratif** semblent dues à l'organisation interne à la maternité, aux charges qui incombent à la cadre ou à son équipe de sages-femmes, et peut-être également à la volonté individuelle interpersonnelle. En sus du versant administratif, Nathalie, cadre en maternité de type I, semble avoir plus le temps de voir les patientes et de les aider dans le processus de deuil : « *Après je les revoie dans les suites de couches pour parler de tout ce qui est papiers, formalités et surtout je les vois tous les jours pour discuter, on a la psychologue aussi.* » (L.32-34). Tandis qu'Anne-Sophie, cadre en maternité de type IIb, semble ne pas pouvoir s'investir dans l'accompagnement de ces couples : « *Avant quand j'avais moins de travail j'allais les voir et leur donner un questionnaire qui dure de trente minutes à une heure avec le déroulement du séjour. Je leur expliquais tout ce qui est administratif. Maintenant ce sont les sages-femmes qui le font et quand elles sont surchargées ou elles ne comprennent pas un truc au niveau administratif je prends le relais.* » (L.12-16).

Concernant l'**accompagnement médico-psychologique**, seule une sage-femme, Hanna, a réalisé un accompagnement essentiellement médical dans un contexte de fin de garde. Alors enceinte, Hanna ne sentait pas à l'aise pour revoir cette patiente par la suite : « *La patiente je l'ai vu deux heures le temps de lui annoncer, de lui mettre son cathéter et je ne*

l'ai jamais revu. » (L.82-83). Dans tous les autres entretiens, les sages-femmes accompagnent les patientes de manière globale : « On n'est pas que dans le soin et heureusement en tant que sage-femme. Je pense que la prise en charge n'est pas différente d'une patiente qui vient pour accoucher. Normalement, on est dans l'écoute que ça soit une patiente qui va bien et une patiente qui va bien et une patiente qui vient pour une MIU. Après c'est sûr, on ne va pas parler de la même chose mais la pratique n'est pas différente. Je ne serai pas plus dans le soin parce que c'est une MIU. » (Bernadette L.26-30). Le versant psychologique est primordial dans l'accompagnement, plusieurs sages-femmes ont souligné l'importance. Ainsi, Apolline l'a compris au cours de sa carrière, au départ elle était dans la technique car elle avait du mal à prendre du recul face à la situation. Donc pour se protéger, elle était concentrée sur les soins techniques et elle ne prenait pas en compte le psychisme de sa patiente. Mais en partageant ses expériences avec ses collègues (dont le psychologue du service), en suivant plus de MFIU, Apolline a su réadapter sa manière d'accompagner ses patientes : « (...) j'ai du mal à encaisser. Je sais que quand j'annonce ça, j'avais l'impression que c'était quelque chose qui m'arrivait à moi. (L.17-19) », « Non au départ je pense que je me réfugiais derrière la technique. » (L.24). Lily-Rose, sage-femme de PMI de la Belle de Mai, travaillait en niveau III, depuis 8 ans elle est devenue sage-femme de PMI et son accompagnement a complètement changé. Elle a compris qu'elle ne pouvait être dans la technique et accompagner le couple dans le processus de deuil : « Tu passais plus de temps sur le geste technique, plus sur la partie purement médicale. Au début quand j'ai commencé à bosser en pmi j'avais 40 ans c'était il y 8 ans, je ne savais pas quoi faire. Et j'ai compris que le geste médical c'est le prétexte et le plus important c'est le relationnel, c'est valoriser les gens qui ont des soucis économique social médical. » (L.123-127). Selon Montero et al. (2011) le point commun pour les professionnels dans cette étude (obstétriciens, sages-femmes et infirmières) est de se concentrer sur les soins physiques, en évitant l'aspect émotionnel dans le but de diminuer leur angoisse. Par conséquent, ils mettent en pratique différents mécanismes, attitudes et comportements dans l'expérience de ces situations. En conséquence, à de nombreuses

occasions, leurs actions ne sont pas les plus adéquates, réagissant de façon presque froide et niant la gravité de la perte. Les professionnels interrogés manquent de stratégies, de compétences et de ressources pour faire face à ces situations et répondre aux demandes des parents. Ils ne sont pas conscients qu'une attitude professionnelle inadéquate peut altérer l'établissement d'une relation empathique. Les professionnels sont dans un accompagnement médical avec une posture distante par manque de ressources comme Apolline avant d'avoir une conversation avec le psychologue du service. Selon Ellis et al. (2016) le soutien affectif constitue une partie importante des soins de deuil.

Toutes les sages-femmes semblent être dans l'**empathie**. Elles essaient de respecter l'intimité du couple, être présentes tout en les laissant dans leur deuil. Elles souhaitent montrer qu'elles sont touchées sans excès. Elles semblent faire la part des choses, et vouloir prendre du recul dans cette situation pour ne pas se laisser submerger : « *La première garde on essaie d'avoir de l'empathie, faut essayer d'être à l'écoute. Mais effectivement je n'étais pas dans le larmoiement, on discutait normalement.* » (Cléa L.21-22). Les sages-femmes de PMI, anciennes sages-femmes en niveau III ont noté une évolution dans leur accompagnement du couple. La quantité de travail en salle et la structure dans laquelle elles étaient ont pu compromettre la prise en charge du couple : « *En pmi je pense avoir plus d'empathie pour les patientes que quand j'étais à l'hôpital. L'hôpital j'avais des conditions de vie qui étaient moins bonnes c'était difficile surtout en niveau 3.* » (Lily-Rose L.121-123). Même en étant dans l'empathie, les sages-femmes souhaitent également se protéger : « *Nous sommes des professionnels oui il faut se protéger parce qu'en on voit des choses.* » (Nora L.182-183). Selon Montero et al. (2011) les situations de perte périnatale obligent les professionnels à utiliser des mécanismes de défense comme éloigner des parents désolés pour protéger leur propre vulnérabilité émotionnelle. Selon Homer et al. (2016), à l'inverse, une bonne communication aide les parents à faire confiance au personnel et à se sentir pris en charge pendant leur expérience de perte. Il peut aussi y avoir des

effets positifs sur le bien-être émotionnel des parents lorsqu'ils ont confiance dans le personnel et qu'ils ont l'impression d'être guidés et soutenus par le processus décisionnel après le décès de leur bébé. L'empathie est fondamentale pour aider le couple tout en se protégeant.

Concernant le **suivi à plus long terme**, certaines sages-femmes ne vont pas revoir leurs patientes car elles sont déjà sorties de la maternité ou parce que leur planning ne leur permet pas de les revoir par la suite. Les sages-femmes libérales, après la sortie de leurs patientes de la maternité prennent de leurs nouvelles. Les sages-femmes de PMI, suivent leurs patientes à leur retour de la maternité pour les aider à faire le deuil et réaliser un suivi gynécologique de prévention. Leur relation est particulière, il y a une notion de proximité et de continuité. Il semble qu'en secteurs de PMI et libéral, les sages-femmes prennent des nouvelles à l'hôpital lorsque les patientes sont au bloc d'accouchement et aussi après la sortie. Ces patientes, ces couples par la suite expriment leur reconnaissance : « *Après j'ai pris des nouvelles, j'ai téléphoné à l'hôpital pour qu'il me confirme mon ressenti et ensuite elle m'a envoyé un message en me disant que le bébé est décédé. Je les ai revus toutes les deux, je suis allée chez elle j'ai ramené une petite plante. On discutait un peu de tout ça, elles étaient contentes qu'on se soit revue.* » (Justine L.39-42), « *A l'hôpital quand tu es de garde tu sais que tu vas t'occuper de la mort fœtale in utéro et que tu vas faire l'accouchement tu sais que tu vas la voir une fois après dans leur chambre et après tu peux ranger le souvenir. Alors que là ces gens tu vas les revoir plusieurs fois je sais qu'eux ils savent que pour moi ils ne sont pas anonymes, tu vas pouvoir mieux les connaître.* » (Lily-Rose L.130-134). Lucie avec l'activité de la salle d'accouchement n'a pas pu accompagner sa patiente comme elle le souhaitait. Elle est donc allée la voir en suites de couches aider la dame dans le processus de deuil. « *Cette femme après je l'ai beaucoup revue en post partum pour essayer de rattraper tout ça.* » (L.47-48).

Trois sages-femmes ont déclaré de ne pas avoir réussi à suivre la patiente pour différentes raisons : lien familial, lien amical, antécédent de

soucis par rapport à un suivi de grossesse. Laurie est une sage-femme libérale d'Aix-en-Provence qui a failli avoir des soucis judiciaires après la perte de jumeaux dû à un retard de prise en charge. Dès lors, elle a refusé de faire des suivis de grossesse, elle se consacre uniquement à la préparation à la naissance et à la parentalité : « *La fois où j'ai eu vraiment le bébé qui était mort je savais que ce n'était pas ma faute. Mais par contre quand j'ai senti qu'on voulait me mettre la faute sur le dos pour la deuxième fois, c'est là je me suis dit non mais là je ne peux pas accepter cette injustice donc je ne ferai plus de monitos.* » (Laurie L. 92-95).

SOUTIENS ET BESOINS

On peut constater que six sages-femmes sur quatorze se confient à leurs **proches**. Le fait qu'ils ne soient pas du milieu médical ou qu'ils idéalisent le métier de sage-femme ne conforte pas l'idée de se tourner vers à : « *Mon copain n'est pas du tout du milieu, je lui parle de trucs joyeux, ou sinon que j'ai eu une garde pourrie. Après il y a le secret médical, si j'en parle dans ma famille je me confie à ceux qui sont du corps médical.* » (Lucie L.124-127), « *Parce que dans la famille pour eux à chaque fois on vous dit sage-femme c'est le plus beau métier du monde donc on ne leur dit pas l'envers du décor.* » (Nora L.121-123). Les sages-femmes s'étant confiées à un proche l'ont fait auprès d'un membre de la famille, appartenant au corps médical, ou d'une collègue du travail devenue une très bonne amie : « *Parce que mes collègues de travail ce sont mes copines, même en dehors du boulot.* » (Joséphine L.121-122), « *J'en parle à ma meilleure copine qui est sage-femme mais elle n'est pas dans le coin, je l'ai au téléphone avec elle oui on peut partager ça.* » (Laurie L.135-137).

Sept sages-femmes ne trouvent pas d'intérêt à parler de leur vécu à leur entourage. Que ce soit parce qu'elles trouvent leur réconfort chez leurs collègues ou qu'elles n'aient pas du tout besoin de se confier. Selon Apolline « *Et du coup je n'en parle plus autour de moi, extérieurement je n'ai plus besoin de me libérer autrement qu'au boulot et du coup j'arrive à*

passer par-dessus plus rapidement. » (L.66-67). D'après Miriam « Pour moi ça me suffit d'en parler aux collègues parce qu'on a les expériences et les échanges ça peut mûrissent. » (L.70-71). Selon Anne-Sophie « J'arrive à garder tout pour moi sans que ça m'affecte intérieurement. » (L.46-47).

Les sages-femmes ont plus tendance à parler à leurs collègues qu'au psychologue du service. En travaillant en équipe, elles peuvent partager leur ressentis et vécu de la découverte ou du suivi d'une MFIU. Elles se sentent écoutées et soutenues : « *Quand il y a des choses qui me touchent j'en parle à mes collègues facilement* » (Bernadette L.65), « *Oui on est bien encadrée ici, en plus au bloc on est quand même 4, on en parle entre nous* » (Cléa L.101-102), « *Et nous personnellement si on a un problème on peut aller les voir et puis on en parle entre nous, on a la chance de pouvoir se parler entre nous et avec les gynécos. Le fait d'avoir une équipe quand même assez ouverte, qu'on puisse discuter c'est bien* » (Apolline L.63-65). « *Nous on a des psychologues aussi ici, Mr X et Mme Y donc on sait qu'on peut leur en parler* » (Apolline L.60-61). Seulement deux d'entre elles n'évoquent pas le besoin de parler à leurs collègues, telle qu'Anne-Sophie « *Je ne ressens pas le besoin d'en parler à mes collègues non plus.* » (L.46). Notons qu'Anne-Sophie est référente aux grossesses à risques élevées, elle voit les patientes dès leur arrivée dans le service pour leur expliquer tout ce qui est administratif. D'après André et al. (2016), des chercheurs avaient mis en place un programme de soutien, ils ont signalé que lorsque le personnel passait plus de temps à discuter des émotions et des expériences. Cela leur a permis de penser plus clairement et de prendre des décisions dans des situations émotionnellement difficiles liées à la mort périnatale. Parmi les personnes avec qui le professionnel se confiait, il y avait les collègues, la famille, les amis et groupe de soutien. Que ce soit la famille ou les collègues, le fait de parler a des effets positifs sur le psychisme de la sage-femme.

Une grande partie des sages-femmes a déclaré ne pas se sentir seule et l'importance de la cohésion de l'**équipe** dans ces moments-là, qui sont lourds psychologiquement, était nécessaire pour être en confiance et être soutenue. En se confiant à ses collègues, la sage-femme s'identifie à elles

et forment ainsi un groupe. Selon Lucie « *Oui toujours, tu as toujours une collègue sage-femme ou auxiliaire avec toi en salle. Jamais je me sentie seule, car on sait que c'est difficile. Même tout ce qui est paperasse, empreintes elles t'aident.* » (L.119-121). D'après Michelle « *C'est primordial, elles savent ce que tu vis vu qu'elles l'ont vécu, en plus on peut discuter de notre prise en charge, de confronter nos idées pour s'améliorer et vider son sac. J'ai une équipe géniale que ce soit les sages-femmes, les AP, gynécologue et tout.* » (L.65-68). Selon Miriam « *Il y a toujours des discussions, il y a toujours la cadre, il y a toujours les auxiliaires qui sont très présentes qui sont au même niveau que nous, on partage tout.* » (L.72-73). D'après Apolline « *Non je pense qu'on est bien pris en charge, enfin ici en tout cas.* » (L.91). Laurie quant à elle, a souligné le manque de soutien au sein du corps des sages-femmes libérales d'Aix-en-Provence lié à la concurrence. « *Non parce que même si on essayait de faire des liens entre les sages-femmes libérales, à l'heure actuelle elles sont en rivalité on n'a pas de lien ensemble.* » (L.134-135). Lors de l'entretien d'Apolline, elle a évoqué la différence de support émotionnel entre son ancien poste en privée et l'actuel en public. On peut constater que les sages-femmes se confient aussi aux gynécologues-obstétriciens en niveau Ila (Apolline) et I (Miriam) en plus de leurs collègues sages-femmes. Selon Heazell et al (2016), les professionnels ont déclaré avoir besoin de soutien pour parler de cette expérience a posteriori, de formations plus spécifiques pour la prise en charge du couple. Ensuite le soutien de l'équipe est essentiel, leur union est leur force pour faire face à cette situation. En ce qui concerne les sages-femmes interviewées elles sont entourées et c'est qui leur permet de tenir le choc après une découverte ou suivi d'une MFIU. L'étude semble bien confirmer que le soutien est primordial.

Douze sages-femmes ont proposé des **améliorations** en ce qui concerne la formation de la sage-femme face à la MFIU. Certaines sages-femmes évoquent des lacunes en formation initiale : « *La formation est nécessaire comme pour tout, il y a des choses à l'école qui ne sont pas approfondies et ça particulièrement.* » (Nathalie L.121-122). Elles ont trouvé que le sujet de la MFIU n'a pas été assez développé car la mort est un sujet

sensible : « *Cette formation là non on n'avait pas sur la mort fœtale. (Elle réfléchit) Non, non en tout cas moi je ne l'ai pas eu. C'était plus l'accompagnement des grossesses normales mais la mort fœtale non (...).* » (Apolline L.43-45). Certaines étaient insatisfaites de la théorie car ce n'était pas adapté. Comme par exemple l'intervention d'une association des parents ayant vécu une MFIU : « *Je trouve qu'à l'école on ne t'apprend pas, enfin on a eu un cours mais pas du tout adapté c'était une dame d'une association de couples qui ont vécu une MIU et IMG. Ça ne t'offre pas les armes psychologiques pour aider ta future patiente c'est intéressant mais pas utile je dirai.* » (Joséphine L.61-64). Lorsqu'elles étaient étudiantes, deux sages-femmes ont eu un stage avec une sage-femme très expérimentée, cela les a plus marquées que la théorie qu'elles ont eu à l'école. Selon Homer et al. (2016) des cours sur les pertes de grossesse doivent être inclus dans le programme. Les étudiants sont souvent protégés mais aussi les familles de l'inexpérience de l'étudiant. Ainsi, les sages-femmes ont eu peu de préparation pour les MFIU et ne peuvent pas souvent bien soutenir des femmes en tant que diplômées. Les histoires de mères et les pères qui ont éprouvé la mort à la naissance peuvent être une façon utile de faciliter l'apprentissage à l'école. Parmi les sages-femmes qui ont eu pour cours l'intervention de parents avec un antécédent avec MFIU, cela n'a pas été suffisant et utile. Les sages-femmes ont fait la même remarque sur le fait de protéger l'étudiant et le couple. C'est un dilemme notable entre protection et apprentissage.

Une autre partie des sages-femmes a pensé que faire une formation continue sur le deuil périnatal peut aider la sage-femme dans la prise en charge de la patiente et donc se sentir moins anxieuse à l'idée de mal faire ou dire quelque chose de déplacé. Le manque de temps, l'indisponibilité par rapport aux gardes ou bien le refus à la demande de formation semblent pénaliser les sages-femmes qui en font la demande : « *Il y a des groupes de parole qui ont eu lieu, mais malheureusement c'est la psychologue qui les anime et des fois nous on bosse ou on est en repos. Après tout comme rendre la formation à l'allaitement obligatoire, comme la formation incendie ou quoi, on pourrait faire la formation du deuil périnatal.* » (Joséphine L.147-

150). Selon Homer et al. (2016), la mise en place de la formation sur le deuil contribue à un meilleur état d'esprit sur le long cours des sages-femmes. Elle pourrait donc aider les sages-femmes à mieux gérer leurs sentiments et minimiser l'impact au long terme.

Des sages-femmes ont parlé d'autres améliorations comme la création d'un livret qui leur servirait de trame en cas d'incertitude sur le versant administratif : « *Par rapport aux couples, on est en train de faire un livret pour le séjour à maternité qui résume tout ce que se passe depuis l'annonce jusqu'à après le retour à la maison. Tout ce qui est administratif surtout ça pourrait ainsi aider la sage-femme à bien prendre en charge la patiente. Elle pourra se servir du livret comme support pour guider la patiente.* » (Anne-Sophie L.79-83), la mise en place d'un protocole de service qui serait accès sur le versant relationnel « *Il faut des protocoles il faut des choses qu'on a sous la main pour nous aider à désamorcer la difficulté humaine.* » (Miriam L.60-61), ou encore la constitution d'un groupe de paroles pour que les sages-femmes s'expriment librement. Cette dernière proposition est déjà mise en place à Manosque : « *J'appelais ça les minis réunions du lundi ça dure deux heures vient qui veut ce n'est pas obligatoire* » (Nathalie L.138-139). Hanna est la seule à avoir parler d'améliorer la cohésion de l'équipe pour mieux affronter cette épreuve « *Après au sein des équipes favoriser que les gens soient soudés, on travaille mieux quand on est en équipe que seule, quand je dis équipe j'inclus les auxiliaires et ash.* » (L.68-70). Au Royaume-Uni, un guide « *Pregnancy Loss and the Death of a Baby : Guidelines for Professionals* » a été rédigé dans le but de fournir des suggestions et des recommandations pour les services, les organisations et le personnel qui fournissent des soins et du soutien aux parents suite à une perte de grossesse ou au décès d'un bébé (Scott et al., 2016).

Même si nous ne pouvons pas comparer cette étude (14 sages-femmes) à celles de la revue de la littérature (allant jusqu'à 2000 sages-femmes). On a pu constater en parcourant la revue de la littérature et cette étude que plusieurs points communs apparaissent :

- Le manque de formation que ce soit initiale ou continue : avoir des cours plus appropriés, permettre aux étudiantes sages-femmes de suivre des MFIU en stage lors du deuxième cycle, rendre plus accessible la formation de deuil périnatal aux sages-femmes (Homer et al. 2016).
- L'esprit d'équipe et le partage sont essentiels pour surmonter cet évènement, que ce soit pour assurer un accompagnement optimal ou pour être soutenu moralement (André et al. 2016).
- Mettre en place dans le service un support pour aider la sage-femme pour la prise en charge que ce soit pour le versant administratif, médical ou psychologique, avec la création de protocole ou livret (Scott et al. 2016).
- Montrer à l'équipe soignante qu'elle est écoutée, en créant des groupes de parole (Heazell et al. 2016).

Cependant les sages-femmes interrogées dans cette étude arrivent à prendre en charge de manière médico-psychologique le couple en faisant la part des choses (Montero et al. 2011). La formation continue est complète selon les sages-femmes qui l'ont fait. Au cours du temps, les MFIU n'ont pas d'impact négatif sur elles.

CONCLUSION DE L'ETUDE

Cette étude a été réalisée pour essayer de montrer que la MFIU est une expérience marquante pour la sage-femme qui la découvre ou la suit. Tout le long, on a pu observer que certains éléments personnels et professionnels influencent le vécu et les ressentis des sages-femmes, comme par exemple la personnalité, ou le fait d'avoir connu une personne proche qui a vécu une MFIU. Le fait d'avoir eu des MFIU au cours de la carrière aide à mieux gérer les futures et avoir une meilleure prise en charge de la patiente. Avoir une attitude empathique et prendre du recul permet un meilleur accompagnement et une protection pour la sage-femme. Dans cette étude, les sages-femmes ont souligné l'importance d'être dans une équipe soudée à qui on peut demander de l'aide et avoir un soutien. Plusieurs pistes d'améliorations ont été proposées comme la création de groupes de parole, améliorer la formation initiale des étudiantes sages-femmes en les laissant suivre des patientes qui viennent pour perte de grossesse.

Rappelons que cette étude est basée sur les entretiens de 14 sages-femmes d'une région. Elle ne peut être applicable aux sages-femmes de France. Cependant, avec cette étude des questions peuvent être soulevées. En effet dans la revue de la littérature, il semble que les études menées sont dans les pays anglophones, scandinaves en grande partie. Les sages-femmes interrogées n'ont pas signalé de détresse profonde contrairement aux sages-femmes dans les études de la revue de la littérature. Est-ce parce que les sages-femmes françaises sont mieux préparées ou est-ce parce qu'on ne leur donne pas la chance de s'exprimer à ce sujet ? En effet très peu d'études ont été effectuées en France, comprenant plusieurs mémoires d'étudiantes sages-femmes, pour reconnaître l'impact sur la sage-femme. La prise en charge et la considération des couples ayant vécu une MFIU ont bien évolué depuis des années. Malgré cela peu de moyens à grande échelle ont été mis en place pour la sage-femme. La place face à la MFIU est-elle banalisée ou est-ce la mise en œuvre qui est tardive ?

BIBLIOGRAPHIE

Beate A., Dahlo R., Eilertsen T., Ringdal Gerd I. (2016), « *Culture of silence: Midwives', obstetricians' and nurses' experiences with perinatal death.* » Clinical Nursing Studies, Vol. 4, No. 4

CNGOF (2014). « *Les pertes de grossesse* », Recommandations pour la pratique clinique, texte court, www.cngof.fr, consulté le 03 Janvier 2017

Diedisheim M. (2013), « *Naître ou mourir: une histoire d'amour,* » Spirale, p115–123

Ellis A., Chebsey C., Storey C., Bradley S., Jackson S., Flenady V., Heazell A., and Siassakos D. (2016), « *Systematic Review to Understand and Improve Care after Stillbirth: A Review of Parents' and Healthcare Professionals' Experiences* » BMC Pregnancy and Childbirth 16.16

Farrow V., Goldenberg R., Fretts R., Schulkin J. (2013), « *Psychological impact of stillbirths on obstetricians* » The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 26, p748–752

Fenwick J., Jennings B., Downie J., Butt J., Okanaga M. (2007), « *Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives.* » Women and Birth 20, p153-160

Gardner J.M. (1999), « *Perinatal Death: Uncovering the Needs of Midwives and Nurses and Exploring Helpful Interventions in the United States, England, and Japan.* » Journal of Transcultural Nursing 10, p120–130

Heazell A.E., Siassakos D., Blencowe H., Burden C., Bhutta Z.A., Cacciatore J., Dang N., Das J., Flenady V., Gold K.J., Mensah O.K., Millum J., Nuzum D., O'Donoghue K., Redshaw M., Rizvi A., Roberts T., Toyin Saraki H.E., Storey C., Wojcieszek A.M., Downe S., (2016), « *Stillbirths: economic and psychosocial consequences.* » *The Lancet* 387, p604–616

Homer C., Malata A., ten Hoop-Bender P. (2016), « *Supporting women, families, and care providers after stillbirths.* » *The Lancet* 387, p 516–517

Jones K., Smythe L. (2015), « *The impact on midwives of their first stillbirth* » *New Zealand College of Midwives Journal*, Issue 51

Kenworthy D., Kirkham M. (2011), « *Midwives Coping with Loss and Grief: Stillbirth, Professional and Personal Losses.* » Radcliffe Publishing

Montero Pastor M.S., Sánchez Roméro M.J., Hueso Montoro Hueso C., Lillo Crespo M., Jaén Vacas G.A., Tirado Rodriguez B.M. (2011), « *Experiences with perinatal loss from the health professionals perspective.* » *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19, p1405–1412

Morin C. (2010), « *Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité : enquête auprès de 123 sages-femmes (73)* », mémoire de maïeutique, Université de Rouen, Volume 1, 56 pages

Perrotin F. (2005). « *Mort foetale in utero (MFIU)* », <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/urgences/chap23.pdf>, consulté le 03 Janvier 2017

Quibel T., Bultez T., Nizard J., Subtil D., Huchon C., Rozenberg P. (2014), « *Morts foetales in utero.* » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 43, n°10, p883-907

Schott J., Henley A. and Kohner N. (2016), « *Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals.* » Stillbirth and neonatal death charity

Wallbank S., Robertson N. (2008). “*Midwife and nurse responses to miscarriage, stillbirth and neonatal death: a critical review of qualitative*”, Evidence Based Midwifery. <https://www.rcm.org.uk/learning-and-career/learning-and-research/ebm-articles/midwife-and-nurse-responses-to-miscarriage>, consulté le 20 Décembre 2016

Wallbank S., Robertson N. (2013), « *Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey.* » International Journal of Nursing Studies 50, p1090–1097

Wailly-Galembert D., Vernier D., Rossigneux-Delage P., Missonnier S. (2012), « *Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? When birth and simultaneous death occur in maternity, what sort of impact for midwives ? Reflexions for an elaboration of practices.* » Devenir 24, p117–139

ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien

Annexe II : Tableau 1 : Vécu et ressentis

Tableau 2 : Eléments personnels

Tableau 3(a) : Eléments professionnels

Tableau 3(b) : Eléments professionnels

Tableau 4 : Modalités d'accompagnement

Tableau 5 : Autres

Annexe III : Entretiens retranscrits sur clef USB

Annexe I : Grille d'entretien

Pseudonyme : Age : ans Obtention DE : Type de maternité :

<u>VECU ET RESSENTIS</u>
<ul style="list-style-type: none">• Eléments positifs (sens de l'honneur, privilège, bénéfice expérimentale)• Ressentis (frissons, gorge nouée, tachycardie ...)• Emotions (peur, colère, dégoût, tristesse, joie, surprise)• Place par rapport au couple, équipe (action disciplinaire, jugement ...)• Influence à long terme• Réactions physiques selon les phases• Différentes phases émotionnelles psychiques / à la découverte et l'annonce
<u>ELEMENTS PERSONNELS</u>
<ul style="list-style-type: none">• Expérience personnelle de la mort• Connaissance du couple• Représentation de la mort fœtale• Personnalité• Caractéristique familiale (en couple, parent)• Suivi psychologique
<u>ELEMENTS PROFESSIONNELS 3</u>
<ul style="list-style-type: none">• Formation initiale (cours, apport suffisant ?)• Formation continue (types, apport suffisant ?)• Formation expérientielle (recherches perso, ATCD MFIU, années d'expériences)• Activité du service
<u>MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT</u>
<ul style="list-style-type: none">• Type (médical, psychologique, médico-psychologique, administrative)• Posture (professionnelle : empathie, distant ; personnelle : sympathie, humaine)• Implication dans la prise en charge du couple (à la garde, suivi à long terme)• Impossibilité de la prise en charge, de l'accompagnement
<u>SOUTIENS</u>
<ul style="list-style-type: none">• Environnement professionnel (psychologue, collègues, cadre)• Environnement personnel• Besoins (piste d'amélioration)

Date : / / Lieu de l'entretien :

Durée de l'entretien : min

Annexe II :

VECU ET RESENTIS			
RUBRIQUE	Emotions Positives	Emotions Négatives	Influence à long terme
SOUS-RUBRIQUE			
Lucie	L.48-49	L.11-12 L.15-16 L.43 L.44-45 L. 45-47 L.28-30 L.50-52 L.52-53 L.65-66	L.100-105
Apolline	L.75 L.107-108	L.21 L.18-19 L.11 L.17-18 L.116 L.114	L.47-48 L.72-73
Laurie	L.172-173	L.45-46 L.58 L.110-112 L.118-119 L.65-66 L.68-69	L.68-69 L.171-172 L.164-166
Nathalie	L.199-203	L.89-90 L.105-106 L.108 L.150 L.153- 155	L.80-81 L.84-85
Lily-Rose		L.45-46 L.118-119	L.137
Nora	L.52-54 L.71-73	L.20-22 L.41 L.50-52 L.69-71 L.105- 106 L.142-143 L.169 L.186	L.160-161
Justine	L.42	L.14-15 L.16-17	
Michelle		L.28 L.29-30 L.33-36 L.64-65 L.91-92 L.20 L.23-25 L.29-34 L.35 L.40-41	L.96-97
Miriam		L.20-22 L.33 L.35 L.44	L.33 L.47-49 L.54
Hanna	L.11-16 L.39-40 L.42-44 L.49-51	L.37-38 L.62-63 L.72 L.77-78	L.67
Joséphine	L.57-59 L.60-61 L.80-81 L.68-71	L.15-17 L.48-50	
Anne-Sophie		L.17-18 L.37	L.16
Bernadette	L.62-63	L.33 L.39 L.71-72 L.87	L.32 L.100-101
Cléa	L.115-117	L.13-14 L.17-18 L.53-54 L.625	L.89-92 L.97-98 L.104

Tableau 1 : Vécu et ressentis

Annexe II :

ELEMENTS PERSONNELS

RUBRIQUE	SOUS-RUBRIQUE	Antécédent de deuil personnel	Représentation de la mort foetale		Connaissance préalable			Personnalité	Situation familiale				
			L'incompréhensible	La fatalité	Amis	Famille	Patiente connue		Mère	Enceinte	Célibataire et sans enfant	En couple et sans enfant	
	Lucie	L.113					L.107-111						
	Apolline	L.53-54			L.104			L.13-14 L.17-18 L.78-87					
	Laurie			L.138-139				L.137-138 L.164-166 L.171					
	Nathalie	L.119				L.157-159		L.85-86 L.199-203					
	Lily-Rose		L.44-45 L.52 L.55-57 L.90-91				L.8	L.76-78 L.146-151	L.154				
	Nora	L.190-192		L.143-144 L.153-154 L.184-186			L.12	L.60-62 L.68-69 L.177-180	L.166				
	Justine	L.95-97		L.120-121			L.7-9	L.36-37					
	Michelle			L.64-65	L.12 L.29-31			L.84-85	L.101-102				
	Miriam		L.14 L.17					L.67					
	Hanna				L.71-74			L.76-77		L.81			
	Joséphine	L.95-96						L.97 L.99-100					
	Anne-Sophie	L.35	L.64-65 L.67					L.36-37 L.48-49			L.34-35		
	Bernadette			L.43-44				L.8-9 L.36 L.47-50					
	Cléa				L.87-92			L.45					L.87

Tableau 2 : Éléments personnels

Annexe II :

ELEMENTS PROFESSIONNELS (a)									
RUBRIQUE	SOUS-RUBRIQUE	Formation initiale			Formation continue		Formation expérientielle		
		Absente	Présente	Expérience d'un stage	Type	Apport suffisant	Antécédent de MFIU	Années d'expérience	Recherche personnelle
	Lucie		L.55-56 L.84 L.85-98				L.7 L.77-78	L.133 L.135-136	
	Apolline	L.42-43 L.46 L.95 L.98-101			L.52-53 L.56-57	L.52-53	L.71-72	L.27	
	Laurie		L.120 L.123-126		L.121-122		L.15 L.18-19		
	Nathalie		L.114-122	L.15 L.18-19	L.34-35	L.50-51	L.80-81	L.80-81	
	Lily-Rose		L.83				L.86-87	L.98	
	Nora		L.130-132 L.167-169				L.15-17 L.47	L.67-68 L.90-93 L.132-135 L.137-138 L.169-170	L.113
	Justine						L.86	L.91-93	
	Michelle		L.73-79				L.7-8	L.83-84	
	Miriam	L.56-57			L.58-60		L.36	L.34 L.45-46 L.48	
	Hanna		L.85 L.88.90	L.133-139				L.21	
	Joséphine		L.61-64				L.67-68	L.66	
	Anne-Sophie		L.57-58	L.60-63			L.53	L.37	
	Bernadette		L.46		L.46		L.100-101		
	Cléa		L.72-74				L.48 L.71-72 L.80-82	L.48	

Tableau 3(a) : Eléments professionnels

Annexe II :

RUBRIQUE	ELEMENTS PROFESSIONNELS (b)			Représentation partagée de la profession de sage-femme
	SOUS-RUBRIQUE	Conditions de travail		
THEME	Suractivité	Travail collaboratif		
Lucie	L.34-35 L.49			L.72-75 L.81-82
Apolline				
Laurie				
Nathalie		L.128-129		L.56 L.58-63 L.146-148
Lily-Rose				
Nora				L.62
Justine				
Michelle	L.106-107		L.65-68 L.68-70	
Miriam			L.58-60 L.61-62	
Hanna			L.92-93	
Joséphine			L.110-112 L.122	L.83
Anne-Sophie	L.12-13 L.14-16			
Bernadette	L.55-57			L.30 L.53 L.69-70
Cléa				

Tableau 3(b) : Eléments professionnels

Annexe II :

MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT											
RUBRIQUE	SOUS RUBRIQUE	Type			Posture			Implication de la sage-femme		Impossibilité de la prise en charge	
		Médical	Médico-psychologique	Administrative	Evolution	Empathique	Evolution	A la garde	Suivi à long terme		Vie personnelle
	Lucie		L.31-32			L.57-58 L.61-63 L.67-69			L.12-13 L.47-49		
	Apolline		L.73-74		L.24 L.26-27 L.73-74	L.32-33	L.32-33		L.123-125		L.117
	Laurie		L.108-109			L.112			L.111-114		L.35 L.67 L.92-95
	Nathalie		L.22-23 L.54	L.32-34	L.19-22	L.73-74 L.88	L.80-81		L.32-34		L.157-159
	Lily-Rose		L.60		L.123-130 L.142-143	L.68-70 L.120-121	L.86-87 L.121-123 L.138-139		L.65 L.130-134		
	Nora		L.101-102		L.56-58 L.66-67	L.60-62			L.36-37 L.40-41 L.49-50 L.54-55	L.166-67	
	Justine		L.25-26 L.75-78			L.62-63			L.39-42		
	Michelle		L.48-50			L.9-11			L.44-45 L.50-55		

Tableau 4 : Modalités d'accompagnement

Annexe II :

Miriam		L.79-81					L.33 L.84-90					
Hanna	L.82-83						L.28 L.35-36 L.64					
Joséphine		L.31-36 L.38-41					L.38-41		L.54	L.52		
Anne- Sophie			L.12-14				L.17 L.19-21	L.40 L.49-50				
Bernadette		L.26-30					L.17-18 L.20-22 L.32-34 L.87-91	L.60-62		L.38-39		
Cléa		L.24-26 L.78-79					L.21-22 L.26-28 L.32-34 L.49-52		L.36-42 L.111-112	L.44-45		

Annexe II :

RUBRIQUE		AUTRES																			
		Soutiens					Besoins														
SOUS-RUBRIQUE		Personnel					Professionnel					Support					Améliorations				
THEME	Présent	Absent	Pas nécessaire	Collègues	Psychologue du service	Pas besoin	Oui	Suffisamment encadré	Esprit d'équipe	Formation initiale	Formation continue	Autres									
Lucie	L.124-126 L.128-130			L.119-120			L.119-120	L.119-120				L.142-143									
Apolline	L.50 L.86-87		L.66	L.64 L.86-87	L.60-61		L.66-67	L.64 L.65 L.91-92	L.64 L.65	L.95 L.97											
Laurie	L.135-137											L.181-183									
Nathalie		L.14 3-144			L.143		L.23			L.121-122	L.191-192										
Lily-Rose			L.154	L.154			L.154					L.157-160									
Nora		L.12 2		L.119 L.122 L.130-131			L.122	L.130-131		L.167-169		L.206-207									
Justine			L.99																		
Michelle	L.58-62			L.65-68			L.65-66	L.111-112				L.112-114									
Miriam			L.64 L.67	L.65-66 L.69-70	L.73		L.64-65	L.72-73	L.76-77			L.37-38 L.60-61									
Hanna	L.101		L.105	L.98			L.80-81	L.92-93	L.99			L.117-118									
Joséphine	L.119-122			L.47 L.119-122			L.147				L.147-150										
Anne-Sophie		L.43	L.43 L.46-47			L.46 L.46-47					L.74-75	L.79-83									
Bernadette	L.65-66			L.65-66 L.96			L.96	L.96													
Cléa			L.60 L.112-113	L.56-59 L.63			L.100 L.112-113	L.100			L.109-110										

Tableau 5 : Autres

RESUME

Introduction : La mort fœtale in utero (MFIU) est une épreuve notable dans la carrière d'une sage-femme. En s'occupant d'un couple qui traverse cette épreuve, la sage-femme doit coordonner ses réactions personnelles et exercer sa profession.

Objectifs primaires : Identifier les éléments personnels et professionnels qui peuvent influencer le vécu et les ressentis des sages-femmes face à la découverte d'une MFIU. Ainsi que ceux susceptibles de modifier les modalités d'accompagnement. **Objectif secondaire** : Explorer les soutiens dont les sages-femmes disposent après une expérience de MFIU.

Matériels et méthode : Cette étude qualitative se base sur quatorze entretiens semi directifs de la Région Sud. Deux sages-femmes de chaque type de structure (I, IIa, IIb, III, PMI, libéral) et deux cadres ont été interviewées. Les entretiens durent entre quinze minutes et quarante-cinq minutes. Différentes catégories ont été abordées comme le vécu et le ressenti, le soutien.

Résultats : La découverte et le suivi d'une MFIU entraînent de la tristesse mais aussi de la bienveillance. La personnalité de la sage-femme et les antécédents de MFIU influent sur la prise en charge. Toutes les sages-femmes sont dans une démarche empathique. L'esprit d'équipe est essentiel pour faire face à cette expérience. En formation initiale c'est l'expérience en stage qui permet d'apprendre à gérer une telle situation.

Conclusion : Plusieurs éléments personnels et professionnels influent sur la prise en charge. Le soutien est nécessaire pour avancer après avoir vécu une MFIU. Un travail en amont du diplôme semble utile pour aider les sages-femmes à mieux appréhender cette situation.

Mots clefs : mort in utero, sage-femme, impact psychologique

ABSTRACT

Introduction : Stillbirth is a significant event in a midwife's career. By taking care of a couple who's going through this difficult moment, the midwife have to coordinate her personal feelings and professional practice.

Primary Objectives: Identify personal and professional factors which influence the feelings of midwives who experienced a stillbirth discovery. Also identify factors who modified their support behavior. **Secondary Objective**: Explore supports for the midwives after a stillbirth experience.

Methods : This qualitative study is based on fourteen semi-directive interviews in the Southern Region. Two midwives from each structure (I, IIa, IIb, III, PMI, liberal) and two executives midwives were interviewed. Interviews last between fifteen and forty-five minutes. Various categories were approached as experience and feeling, support.

Results : Stillbirth discovery and follow-up bring up sadness but also goodwill. Midwife's personality and histories of stillbirth influence their care management. All midwives have empathic approach. Team spirit is essential to cope with that kind of experience. Internship experience teach how to handle such an experience in initial formation.

Conclusion : Several personal and professional elements influence the care management. Support is needed to move forward a stillbirth experience. Personal work before graduation seems useful to help midwives in a better grasp of stillbirth experience.

Keywords : stillbirth, midwife, psychological impact.