

**Place de l'étudiant sage-femme lors des situations de
deuil périnatal. Étude qualitative, prospective et
multicentrique menée auprès de professionnels de santé
de la région Hauts-de-France**

Charlotte Vincent

► **To cite this version:**

Charlotte Vincent. Place de l'étudiant sage-femme lors des situations de deuil périnatal. Étude qualitative, prospective et multicentrique menée auprès de professionnels de santé de la région Hauts-de-France. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02172398

HAL Id: dumas-02172398

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02172398>

Submitted on 3 Jul 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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

**Place de l'étudiant sage-femme lors des situations de deuil
périnatal**

*Etude qualitative, prospective et multicentrique menée
auprès de professionnels de santé de la région Hauts de France*

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
Présenté et soutenu par
Charlotte VINCENT
Sous la direction de
Mme Isabelle VAAST – Sage-femme enseignante à la faculté de médecine et maïeutique

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

**Place de l'étudiant sage-femme lors des situations de deuil
périnatal**

*Etude qualitative, prospective et multicentrique menée
auprès de professionnels de santé de la région Hauts de France*

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
Présenté et soutenu par
Charlotte VINCENT
Sous la direction de
Mme Isabelle VAAST – Sage-femme enseignante à la faculté de médecine et maïeutique

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

Remerciements

A Madame Isabelle Vaast, ma directrice de mémoire, et ma sage-femme référente. Merci pour votre aide, vos idées, votre soutien, et votre regard toujours bienveillant.

A toute l'équipe pédagogique de la FMM, pour leur écoute et leur disponibilité durant ces 4 années.

Aux personnes qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire, et notamment aux 18 professionnels de santé ayant répondu à mon étude. Merci de m'avoir accordé votre temps, et votre confiance.

A ma famille, ma maman, mon papa et Clémence pour leur amour et leur soutien tout au long de ces années.

A Julien, qui me porte et me pousse à me dépasser depuis 5 longues années.

A ma promotion 2014-2018, en particulier à mes amies : Lisa, Pauline, Constance, Anna et Maeva.

A Flore, Marie, Juliette et Veuh, pour tous nos moments de complicité partagés depuis la P1.

Et à tous les autres que je n'ai pas cités, mais qui ont contribué à mon bien-être durant ces 6 années à la FMM.

Sommaire

| | |
|---|------------------------------------|
| Sommaire | 1 |
| Glossaire | 2 |
| Introduction | 3 |
| Matériel et Méthode | 5 |
| Résultats, analyse et discussion | 7 |
| 1. <i>Les atouts de notre étude</i> | 7 |
| 2. <i>Les limites de notre étude</i> | 7 |
| 3. <i>Discussion de la méthodologie</i> | 8 |
| 4. <i>Description de la population</i> | 9 |
| 5. <i>Cadre contractuel de la communication</i> | 9 |
| 6. <i>Lecture longitudinale des entretiens</i> | 10 |
| 7. <i>Lecture transversale des entretiens</i> | 13 |
| 7.1 L'accompagnement d'un étudiant par les professionnels de santé | 14 |
| 7.2 Situations jugées difficiles par les professionnels par rapport au travail avec un étudiant | 16 |
| 7.3 L'accompagnement des étudiants spécifiquement lors des MIU et IMG | 18 |
| 7.4 Déroulé d'une garde où étudiants et sages-femmes prennent en charge une telle situation | 24 |
| 7.5 Les professionnels de santé eux-mêmes étudiants | 27 |
| 7.6 Le besoin de formation des professionnels de santé | 29 |
| 8. <i>Les divers points d'amélioration soulevés</i> | 30 |
| 9. <i>Existe-t-il une différence de pratiques entre les maternités ?</i> | 31 |
| 10. <i>La place des étudiants sages-femmes dans les IMG et MIU</i> | 31 |
| 10.1 Une place, oui, à plusieurs titres | 31 |
| 10.2 Le contexte | 32 |
| 10.3 Les freins et précautions | 33 |
| Conclusion | 35 |
| Bibliographie | 37 |
| Annexes | II |
| 1. <i>Annexe 1 : lettre envoyée aux sages femmes coordinatrices</i> | II |
| 2. <i>Annexe 2 : Grille d'entretien</i> | III |
| 3. <i>Annexe 3 : Fiche de traitement par la CNIL</i> | IV |
| 4. <i>Annexe 4 : Entretiens</i> | Erreur ! Signet non défini. |

Glossaire

ESF : Etudiant sage-femme

CPDPN : Centre Pluri Disciplinaire de Diagnostic Pré Natal

IMG : Interruption médicale de grossesse

MIU : Mort in Utéro

Introduction

Lors d'une garde de nuit en salle de naissance, une patiente s'est présentée pour absence de mouvements fœtaux depuis 24h. La mort in utero a été malheureusement constatée. Bien que confrontée pour la première fois à la mort, j'ai trouvé, avec ma très petite expérience, que nous avons, avec la sage-femme, toutes deux accompagné de belle façon cette femme, avec un sentiment de respect et de soutien mutuel.

Par contre, une sage-femme m'a fait part spontanément de sa réticence à accepter des étudiants en consultations prénatales car dernièrement, elle avait dû, le temps d'aller chercher un médecin, laisser seule une étudiante avec une femme après un constat de mort in utero. Elle se demande toujours actuellement ce qu'il s'est dit entre l'étudiante et la patiente le temps de son absence, et regrette d'avoir laissé l'étudiante seule dans cette situation.

Ces deux évènements, ainsi que des retours d'expériences difficiles d'autres étudiants, m'ont amenée à m'interroger sur la confrontation au deuil périnatal pendant le cursus de formation maïeutique.

Car lorsque l'on parle du métier de sage-femme, la plupart des gens réagissent avec une phrase telle que « Oh ! Quel métier merveilleux ! ». C'est en effet un métier extraordinaire, où la sage-femme, entre « savoir-faire » et « savoir-être », est une des actrices principales de ce moment unique qu'est la naissance d'un enfant.

Mais le monde de la naissance n'est pas juste « rose et joyeux », il s'accompagne parfois de peine et de détresse. Le deuil périnatal est en effet un sujet très peu abordé en maternité, alors qu'il existe réellement. Entre mort in utero, mort périnatale et interruption médicale de grossesse, la sage-femme est amenée à jouer un rôle primordial dans l'accompagnement de ces familles en deuil à toutes les étapes : du diagnostic, au travail, à l'accouchement, ou encore durant les suites de naissance. {1}

Le deuil périnatal est un moment difficile à vivre pour les couples, mais aussi pour le personnel soignant. De nombreux travaux rendent compte de la difficulté pour les sages-femmes de se confronter à ces aspects du métier. {2-6}

Chaque année, quelques 1000 étudiantes et étudiants sages-femmes sont diplômés. Or tous n'intègrent pas le monde du travail en ayant déjà accompagné une femme ou un couple lors d'une interruption médicale de grossesse ou d'une mort in utero, bien que le référentiel des études en maïeutique stipule que l'étudiant doit être capable de participer à l'Interruption médicale de Grossesse. {1}

Entre les « tu t'occuperas de la prochaine avec moi », les « c'est pour te protéger », les « l'année prochaine » et les « occupe-toi des femmes qui vont bien », on peut penser qu'il existe une volonté du professionnel de protéger l'étudiant d'une réalité morbide.

A l'opposé, certains étudiants sages-femmes disent avoir été confrontés seuls à la prise en charge d'une femme ou d'un couple lors d'une situation de deuil périnatal.

De plus, ces constatations font écho à la préoccupation des pouvoirs publics concernant le bien être des étudiants et des professionnels en santé, objet d'une mission interministérielle mais aussi thème principal de la journée nationale des étudiantes sage-femme¹ en 2018.

Ainsi il nous est apparu pertinent de se poser la question : **quelle est, selon les professionnels de santé la place d'un(e) étudiant(e) sage-femme dans les situations de deuil périnatal?**

Pour répondre à cette problématique, nous allons d'abord essayer de déterminer si l'étudiant sage-femme a une place dans les situations de deuil périnatal et, si oui, définir laquelle. Secondairement il nous faudra déterminer les freins et les facilitateurs à l'accompagnement d'un étudiant sage-femme lors de telles situations. Enfin, nous définirons les besoins de formation des professionnels de santé vis à vis de l'accompagnement des étudiants dans ces situations.

¹ Congrès d'étudiants sage-femme qui s'est déroulé à Lille du 9 au 11 février 2018

Matériel et Méthode

- Type d'étude : Il s'agissait d'une analyse de pratiques professionnelles, par une étude qualitative et multicentrique.
- Terrain : Les maternités de la région Hauts de France.
- Période : De octobre 2017 à février 2018, pour la réalisation des entretiens.
- Population : Professionnels de santé (sages-femmes, médecins et psychologues).
 - Critères d'inclusion : Professionnels de santé travaillant dans des centres hospitaliers qui :
 - Réalisent des IMG (nous partons du postulat que tous les centres hospitaliers quels qu'ils soient s'occupent de MIU)
 - Accueillent des étudiants sages-femmes en stage, dans tous les services relatifs à l'obstétrique
 - Critères d'exclusion : Professionnels de santé refusant de répondre à notre enquête.
- Outils : Entretiens semi-directifs.
- Nombre prévu : entre 15 et 20 entretiens, jusqu'à saturation des données.
- Recrutement des participants : Via les cadres de santé des services, contactés d'abord par mail, puis par téléphone. Les répondants à notre enquête ont alors été recrutés soit aléatoirement en fonction de nos venues dans les différents services, soit lors de rencontres d'opportunité.

Nous avons d'emblée choisi de ne pas interroger de professionnels de santé issus de maternités niveau 1, jugeant la fréquence des interruption médicales de grossesse insuffisante, et la présence d'un étudiant au sein de ces maternités trop anecdotique.
- Modalité des entretiens : La grille d'entretien a été élaborée suite à une recherche bibliographique en amont portant sur les thèmes suivants : la relation sage-femme/étudiant, les professionnels de santé face à la mort et les étudiants en santé face à la mort.

Un entretien exploratoire a ensuite été mené auprès d'une sage-femme enseignante retraitée, ceci nous a permis d'aboutir à notre grille d'entretien.

- Thèmes abordés : Ils portaient sur :
 - Les caractéristiques des sages-femmes interrogées
 - Leur opinion sur l'encadrement des ESF en stage
 - Une situation où il est difficile pour eux d'encadrer un ESF
 - Leur attitude vis à vis d'un ESF lors de la prise en charge d'une IMG/MIU
 - Le professionnel de santé lui même étudiant confronté aux IMG et MIU
 - Le besoin éventuel de formation et autres remarques

- Cadre réglementaire : Une demande d'autorisation d'étude au sein de la maternité a été envoyée et retournée signée par chaque cadre de service. Les professionnels de santé interrogés étaient consentants à une telle démarche. Les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone, suite à un accord préalablement donné par les interviewés. Ils ont été par la suite entièrement retranscrits et anonymisés. Pour finir, les enregistrements ont été détruits. Nous avons déclaré l'étude à la CNIL² et obtenu l'accord de la représentante CNIL au sein de la faculté de médecine et maïeutique.

² CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

Résultats, analyse et discussion

Dans le but d'éviter les redondances, et dans un souci d'harmonie, nous avons choisi de travailler les résultats, l'analyse et la discussion de ce sujet dans la même partie.

1. Les atouts de notre étude

L'originalité est l'atout majeur de notre étude. En effet, lors de nos recherches bibliographiques sur le sujet de ce mémoire, nous nous sommes rendus compte qu'aucune étude semblable n'avait encore été réalisée. Il existe des écrits sur la relation sage-femme/étudiant, sur les sages-femmes et les professionnels de santé confrontés au deuil périnatal, ainsi que des écrits d'étudiants (mémoire entre autres) sur la confrontation à la mort en stage, mais aucun sur l'accompagnement d'un étudiant par un professionnel lors de la confrontation à la mort.

Cette enquête se révèle donc innovante, d'une part parce que jamais réalisée sous cet angle auparavant, et d'autre part parce que complètement en accord avec l'actualité.

En effet, au fil de l'écriture de ce mémoire, nous avons constaté que la notion de bien-être étudiant est de plus en plus sur le devant de la scène, notamment avec la mission donnée par Agnès Buzyn et Frédérique Vidal³, à Donata Marra de produire un rapport sur la santé des étudiants pour le mois d'avril 2018. {7}

2. Les limites de notre étude

Au vu des témoignages recueillis, il nous apparaît que le nombre de sages-femmes répondantes à notre étude exerçant en maternité niveau 2 est très inférieur à celui de sages-femmes exerçant en niveau 3. Cela pourrait constituer un biais de recrutement, dans la mesure où les pratiques, bien que proches, ne sont pas complètement identiques dans les différentes maternités. Par exemple, certaines sages-femmes exerçant dans des centres hospitaliers universitaires ont plus l'habitude d'accueillir des étudiants et donc l'accompagnement de ceux-ci sera différent, et cela s'en ressentira dans les entretiens.

Par ailleurs, nous pourrions noter un biais de sélection, parce que nous connaissons personnellement certaines des sages-femmes interrogées, et leurs réponses ont pu prendre une tonalité différente de celles données par des sages-femmes inconnues.

³ Respectivement ministre des Solidarités et de la Santé et ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

Enfin, il y a évidemment une double subjectivité dans le sens où dans cette enquête, l'intervieweur est une étudiante sage-femme qui interroge des professionnels de santé et notamment les sages-femmes sur leur façon d'accompagner des étudiants.

3. Discussion de la méthodologie

Choisir de faire des entretiens pour ce mémoire était un défi personnel, car nous appréhendions d'interroger en face à face des professionnels sur un tel sujet. Cependant, réaliser des entretiens plutôt que des questionnaires nous a permis de nous poser dans une démarche de recherche qualitative plutôt que quantitative. Il nous est apparu en effet évident qu'un sujet tel que « **La place des étudiant sage-femme lors des situations de deuil périnatal** » ne pouvait être traité qu'avec un abord qualitatif.

En effet pour Blanchet et Gotman {8}, l'entretien « *offre à l'enquêteur l'opportunité de rebondir sur des bouts d'anecdotes (...) dont l'intérêt peut se révéler majeur dans la compréhension de l'univers social auquel appartient l'interviewé. (...) C'est en ce sens que l'entretien est une rencontre* ».

C'est ainsi que, réalisant des entretiens pour ce mémoire de fin d'études, nous avons pu nous enrichir des réponses des interviewés, afin de modifier et améliorer nos pratiques, ce que nous n'aurions pu faire en utilisant un questionnaire.

Les auteurs précédemment cités ajoutent, par ailleurs, que « *l'entretien est un parcours, alors que le questionneur avance sur un terrain entièrement balisé, l'intervieweur dresse la carte au fur et à mesure de ses déplacements* » et que « *l'entretien va à la recherche des questions des acteurs eux-mêmes, fait appel au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan* ».

C'est la raison pour laquelle, notre premier et notre dernier entretien ne sont pas similaires. Les interviews ont évolué au fil du temps, à mesure que nous évoluions nous mêmes.

Ainsi ces modalités ont permis de faire évoluer nos questions pour les rendre plus pertinentes d'entretiens en entretiens, mais aussi de pouvoir approfondir certaines idées au moment opportun, et de donner plus de sens à notre recherche.

Enfin, nous avons proposé des entretiens relativement courts afin de ne pas perturber l'activité des professionnels interrogés.

4. Description de la population

Sur 9 maternités des Hauts de France sollicitées, nous comptons 5 absences de réponses, malgré de nombreuses relances et 4 réponses positives.

Les entretiens ont donc été menés dans les lieux suivants :

Lieu A : Maternité de niveau 3 des Hauts de France

Lieu B : Maternité de niveau 3 des Hauts de France

Lieu C : Maternité de niveau 2B des Hauts de France

Lieu D : Maternité de niveau 2B des hauts de France

Parmi ces maternités, deux sont des centres hospitaliers universitaires.

Les entretiens ont été anonymisés et renommés avec la dénomination suivante : ps pour Professionnel de Santé, suivi de la lettre de la maternité correspondante et du numéro de l'entretien dans l'ordre où ils ont été réalisés dans chaque lieu.

Par exemple : psA1 correspond au premier entretien réalisé dans la maternité A.

18 entretiens ont été réalisés, leur durée a varié entre 4min07 et 27min47. La durée totale d'entretiens à analyser est de 174 minutes et 57 secondes soit 2 heures, 54 minutes et 57 secondes. La durée moyenne d'entretien par professionnel de santé interrogé est de 9 minutes et 43 secondes.

Sur toutes les sages-femmes interrogées, la plus grande expérience professionnelle est de 36 ans et la plus courte est de 6 mois. L'expérience moyenne des sages-femmes interrogées est de 11 ans.

Sur les 16 sages-femmes interrogées, 5 exercent des fonctions de coordinatrice. Parmi les 18 professionnels de santé interrogés, il y a 1 homme pour 17 femmes. Dans un souci d'anonymat, tous les professionnels de santé sont présentés au féminin.

En plus des sages-femmes, nous avons choisi d'interroger une obstétricienne, spécialisée en diagnostic anténatal, et une psychologue attachée à un service de diagnostic anténatal, afin d'apporter un autre regard sur notre sujet.

5. Cadre contractuel de la communication

Le temps prévu pour un entretien était approximativement d'une dizaine de minutes.

Les lieux et les écoles de formation ont été anonymisés, afin de garantir l'anonymat aux personnes répondant à nos entretiens.

Les entretiens ont été détruits après retranscription.

Ce sont les sages-femmes coordinatrices qui ont signé les autorisations d'entretien, néanmoins les professionnels de santé interrogés avaient la liberté de répondre ou non à nos questions.

Les entretiens ont eu lieu dans la grande majorité sur le lieu de travail des professionnels de santé interrogés, dans une pièce close, de façon à être à l'aise. Deux entretiens n'ont toutefois pas eu lieu à l'hôpital : l'un s'est déroulé à la Faculté de médecine et maïeutique de Lille, et l'autre dans un café (tout en assurant la tranquillité de l'interview).

6. Lecture longitudinale des entretiens

Pour Gotman et Blanchet {8}, « *l'analyse par entretien repose sur l'hypothèse que chaque singularité est porteuse du processus soit psychologique, soit sociologique que l'on veut analyser* ». Les interviewés sont présentés dans l'ordre chronologique de réalisation des entretiens.

psA1 est une sage-femme cadre diplômée en 2002 qui a l'habitude d'encadrer des étudiants. Elle est aussi familiarisée avec l'encadrement des étudiants dans des contextes de morts in utéro et les interruptions médicales de grossesses. Pour elle l'accompagnement d'un étudiant dépend de l'année d'étude de celui-ci, du nombre de fois où elle a pu travailler avec lui et des patientes. « *Je prenais en compte les souhaits de l'étudiant et de la patiente* ». Elle débriefe systématiquement la situation avec l'étudiant. Enfin, l'accompagnement dont elle a bénéficié lors de situations similaires lors de ses études est une aide précieuse pour sa pratique actuelle.

psB1 est sage-femme depuis 2008, a l'habitude de travailler dans tous les services et d'encadrer des étudiants sages-femmes. Elle n'a pas de critères particuliers quant à la possibilité d'accompagner un étudiant lors des IMG ou des MIU, hormis le souhait de l'étudiant de participer ou pas. Elle débriefe la situation systématiquement avec l'étudiant et a été assez rarement encadrée sur de telles situations pendant ses études. Elle trouve enfin que « *le plus compliqué dans ces situations c'est la paperasse* ».

psB2 est sage-femme depuis 2003, elle travaille depuis 1 an en maternité niveau 3, dans tous les services. Elle a l'habitude d'encadrer des étudiants. Pour elle concernant l'accompagnement lors d'une MIU ou d'une IMG, c'est plutôt à l'étudiant d'en faire la demande, avec l'accord de la patiente. Elle ne pense pas avoir été accompagnée sur de telles situations lorsqu'elle était étudiante, et elle trouve notre sujet intéressant et d'actualité « *on en entend pas mal parler* ».

psB3 est sage-femme depuis 2001, elle travaille en maternité de niveau 3 depuis 1an, elle a l'habitude de travailler dans tous les services. Elle encadre souvent des étudiants sages-femmes, mais elle n'a pas particulièrement de souvenirs d'accompagnement des étudiants durant des IMG ou des MIU. Pour elle l'encadrement des ESF sur de telles situations dépend entre autres de l'année d'études et du souhait de l'étudiant d'y participer. Elle ne débriefe pas systématiquement avec celui-ci.

psB4 est une sage-femme diplômée en 2005 qui travaille dans tous les secteurs d'activité. Elle encadre de nombreux étudiants sages-femmes, et cet accompagnement est « *une évidence* ». Pour elle, le critère majeur pour accompagner un étudiant lors d'une MIU ou une IMG, c'est que celui-ci soit demandeur. Elle ne débriefe pas systématiquement la situation après. Elle a été encadrée en étant étudiante sur de telles situations, et cela l'a aidée pour travailler avec des étudiants à son tour.

psB5 est une sage-femme diplômée en 2016 qui travaille dans tous les secteurs d'activité sauf en consultations prénatales et qui a l'habitude d'encadrer des étudiants y compris lors de situations de deuil périnatal. L'accompagnement des étudiants dans de telles situations passe plutôt par l'écoute et l'observation. Pour elle il n'y a pas de critères particuliers par rapport à ce travail avec l'étudiant et elle fait généralement un débriefing. Enfin elle n'a pas souvenir d'avoir été encadrée en salles de naissances sur de telles situations, mais elle se souvient d'avoir appris à accompagner des couples en observant les prises en charge en service de grossesses pathologiques.

psB6 est une sage femme coordinatrice du secteur de grossesses pathologiques diplômée en 1982. Le tutorat aux étudiants est essentiel pour elle. Lors de l'encadrement des étudiants sur des situations de deuil périnatal il est important que les étudiants travaillent en « *tandem* » avec la sage-femme.

psB7 est une sage-femme cadre de suites de naissances et de grossesses pathologiques. Elle a l'habitude d'encadrer des étudiants. A propos des situations de morts in utéro, elle donnait de nombreuses explications aux étudiants sur les gestes et les démarches administratives mais elle rentrait seule dans la chambre de la patiente, dans un but de protection de celle-ci. « *Je pense que j'ai trouvé la solution de facilité* ».

psA2 est une sage-femme diplômée depuis 2005 qui travaille dans tous les services et qui a l'habitude d'encadrer des étudiants. Lors de situations d'IMG et de MIU, c'est plutôt elle qui fait la démarche de proposer aux étudiants de suivre la patiente avec elle, en binôme. Elle ne débriefe pas forcément avec l'étudiant, et n'a pas été encadrée sur de telles situations pendant ses études.

psA3 est une sage-femme diplômée en 2011, qui travaille en maternité de niveau 3 depuis 1 an, et qui se définit à plusieurs reprises comme « *encore jeune dans la*

profession ». Il lui est déjà arrivé d'encadrer des étudiants sur des IMG ou des MIU. Elles se présentent à cette occasion comme un binôme et réalisent les actes chacune leur tour. Pour elle, il n'y a pas vraiment de critères par rapport à l'étudiant qu'elle encadre. Elle débriefe la situation avec celui-ci et n'a pas été encadrée dans de telles situations lorsqu'elle même était étudiante.

psA4 est une sage-femme diplômée depuis 1987, qui travaille en secteur de grossesses pathologiques depuis 7 ans. Elle a l'habitude d'encadrer des étudiants, c'est pour elle « *un compagnonnage* ». Elle pense que c'est l'étudiant qui doit être demandeur pour accompagner une femme ou un couple avec elle lors d'une MIU ou d'une IMG. Elle reste avec l'étudiante mais la laisse gérer, et ne débriefe pas forcément. Elle n'a pas connu ces situations en étant étudiante.

psA5 est une sage-femme diplômée depuis 2003 qui travaille dans le service de grossesses pathologiques. Elle a l'habitude d'encadrer des étudiantes sages-femmes. Elle trouve que l'accompagnement des étudiants sur des cas particuliers tels que les MIU et IMG dépend « *à la fois du comportement de l'élève et du couple* », elle « *laisse beaucoup l'étudiant faire* » et débriefe la situation seulement si nécessaire. Elle a été encadrée sur de telles situations quand elle était étudiante et cela lui a servi pour sa pratique.

psC1 est une sage-femme cadre diplômée en 1982 qui assure actuellement des vacances d'échographie comme seule activité clinique, et qui a l'habitude d'encadrer des étudiants. Pour elle ce qui est difficile dans l'encadrement des étudiants sur des IMG et MIU, c'est de « *permettre à l'étudiant de se positionner à côté de la patiente* ». C'est aussi important d'après elle de « *recueillir le consentement de l'étudiant à ce qu'il soit présent* ».

psD1 est une sage-femme diplômée depuis juillet 2016, qui travaille dans tous les secteurs d'activité, et qui a l'habitude d'encadrer des étudiants, y compris lors de MIU ou d'IMG. L'année d'étude et l'attitude de l'étudiant conditionnent cet accompagnement. Elles travaillent « *toujours à deux pour tout* », et pour elle c'est un travail d'équipe. Elle débriefe toujours la situation avec l'étudiant, et elle a vécu de telles situations lorsqu'elle était elle-même étudiante.

psD2 est une sage-femme diplômée en 2017, qui travaille surtout en salles de naissance, suites de naissance et en grossesses pathologiques, travaillant de temps en temps avec des étudiants. Elle n'a pas encore encadré d'étudiants sur des situations de deuil périnatal, elle attend d'être plus à l'aise. Durant ses études, elle n'a jamais été accompagnée sur des MIU ou IMG, mais elle aurait bien aimé pour « *savoir quoi faire, poser des questions, et être plus à l'aise plus tard* ».

psC2 est une obstétricienne responsable du diagnostic anténatal de sa maternité. Elle a été interrogée dans le but d'élargir notre vision de la place de l'étudiant sage-femme

dans les situations de deuil périnatal. Elle estime que l'étudiant sage-femme a effectivement une place dans de telles situations, d'une part pour la formation, mais aussi parce que pour elle c'est important d'être deux dans de telles situations. La seule situation où l'étudiant est potentiellement refusé, c'est lorsqu'il y a un surnombre de professionnel (déjà sage-femme et obstétricien) et qu'il n'était pas présent avec la patiente dès le début. D'après elle dans les équipes « *on s'entraide beaucoup (...) on ne laisse jamais une sage-femme être toute seule* », on retrouve encore une fois la notion de binôme qui est nécessaire. Il est important d'avoir été confronté à ces situations en tant qu'étudiant, mais pas primordial car « *avant d'être complètement seul face à une situation, il faut l'avoir vécue avant* ». Enfin, elle perçoit que la présence d'un étudiant auprès des couples est souvent vécue comme bienveillante.

psA6 est une psychologue qui travaille dans le service de diagnostic anténatal d'une maternité. Elle ne fait pas vraiment de distinction entre l'étudiant et le professionnel, et d'après elle la sage-femme « *a un rôle stratégique pendant ce temps d'hospitalisation* ». Il faut que le couple sage-femme/étudiant soit pensé comme une dyade auprès des patientes. Elle insiste sur un autre versant de la prise en charge que nous entendions peu auparavant : Pour les femmes ou les couples, il est important « *d'agir normalement* », en effet, les couples et les patientes ressentent le besoin de parler, de ne pas se sentir invisibles voire « *pestiférés* ». Il est important pour la sage-femme et l'étudiant de débriefer, parce que « *de même que la patiente a besoin de se sentir contenue, l'étudiant a besoin de se sentir contenu* ». Enfin, elle nous explique qu'auprès des couples, ce n'est pas une chose rédhitoire de ne pas tout savoir, et qu'il est important de savoir dire « *je ne sais pas* ».

psA7 est une sage-femme coordinatrice d'un CPDPN diplômée depuis 1996. Il est très important pour elle que les étudiants puissent prendre part à des situations de deuil périnatal « *même si c'est triste, même si c'est compliqué* ». Elle insiste sur le fait que d'après elle, plus une sage-femme est expérimentée, et plus elle sera à l'aise sur des MIU et IMG et ainsi sera plus à même d'accompagner un étudiant.

7. Lecture transversale des entretiens

Bien que les entretiens soient tous différents, comme expliqué précédemment, l'ensemble des thèmes ont été abordés avec tous les répondants. L'analyse transversale des entretiens va nous permettre alors de mettre en évidence les notions faisant relativement l'unanimité, et à l'inverse celles suscitant des controverses.

7.1 L'accompagnement d'un étudiant par les professionnels de santé

7.1.1 Travailler avec un étudiant

Tous les répondants à notre étude disent encadrer régulièrement des étudiants. Pour certaines sages-femmes interrogées c'est de l'ordre de l'agrément : *un plaisir* pour psB1, *j'aime bien* pour psB4, *j'aime bien, c'est agréable, j'aime bien former* pour psB5, *stimulant* pour psC1.

Pour d'autres, c'est un devoir voire une obligation professionnelle : *une transmission, savoir faire, savoir vivre* pour psB1, *on les aide à acquérir ce qu'on nous a appris aussi* pour psB2, *c'est une évidence (...) ça fait parti de mon travail* pour psB4, *c'est notre métier d'encadrer et de former* pour psB5, *c'est quelque chose qui doit être obligatoire, (...) ça ne se remet même pas en causes* pour psB6.

Pour certains encore, c'est une transmission de savoir, qui peut avoir lieu dans les deux sens : *un rappel peut-être aussi parfois aux bonnes pratiques* d'après psB1, *on l'aide à acquérir ce que nous on nous a appris aussi* (psB2), *on peut avoir des échanges, parce qu'on peut aussi réapprendre des nouvelles choses* (psB3), *c'est formateur, parce qu'on est pas forcément au courant des dernières choses, à partir du moment où tu sais expliquer (...) c'est que toi aussi t'es au clair avec tes compétences* (psB5), *je trouve ça intéressant des deux côtés, aussi bien du côté de l'étudiant que du professionnel* (psB6), *c'est essayer de transmettre ce que moi on m'a appris* (psD1), *de leur apporter ce que nous on a pu nous apprendre* d'après psD2.

Ainsi, non seulement le professionnel de santé enseigne et transmet sa connaissance à l'étudiant, mais l'étudiant peut, d'une certaine façon, lui aussi apporter au professionnel de santé. Il peut en effet, par exemple, rappeler à la sage-femme les dernières recommandations par rapport à une situation. Travailler avec un étudiant c'est donc aussi réapprendre de nouvelles choses pour le professionnel de santé. Il s'agit donc d'un enrichissement pour l'étudiant, mais aussi pour le professionnel qui l'accompagne.

En outre, quelques professionnels de santé soulignent le fait que parfois il peut y avoir des côtés plus négatifs, plus nuancés. En effet, pour certaines personnes interrogées, l'intérêt qu'elles portent à l'encadrement des étudiants dépend entre autres de l'étudiant lui même : *si c'est des personnes qui ne sont pas motivées, c'est beaucoup moins intéressant* (psB3), *c'est plutôt des étudiants compliqués à encadrer* (psA4), *ce n'est pas tellement la situation qui m'ennuie, c'est le comportement de l'élève* (psA5).

Enfin, pour quelques répondants c'est une question de temps : *c'est du travail (...), il faut lui apprendre (...) en avançant dans notre travail, il ne faut pas que ça soit un frein non plus à notre travail* (psA2), *ça prend du temps* (psA3), *chronophage* (psC1)

Les facteurs influençant voire limitant l'accompagnement seraient donc à la fois le comportement même de l'étudiant, mais aussi le temps laissé à cet accompagnement.

En résumé, l'encadrement des étudiants peut être qualifié de multiples manières et comporte différentes facettes.

C'est à la fois un compagnonnage, une transmission de savoir entre le professionnel et l'étudiant qui relève à la fois d'un devoir professionnel, tout en étant parfois chronophage et aléatoirement intéressant en fonction de la motivation et de l'attitude de l'étudiant.

7.1.2 Les différentes façons de travailler avec un étudiant

Spontanément lorsque nous nous adressons aux professionnels de santé, nous utilisons de façon très majoritaire le mot encadrement pour désigner le travail avec un étudiant, qu'il s'agisse de situations « habituelles » ou de situations plus difficiles émotionnellement telles que les MIU ou les IMG. Les professionnels de santé, eux, emploient des termes divers. Mais ont-ils tous le même sens ? {9-10}

- L'encadrement : On retrouve ici la notion de poser des barrières à quelqu'un pour l'amener dans « le droit chemin ». Il s'agirait alors d'une relation entre deux personnes, l'une étant supérieure à l'autre, pour aller d'un point A à un point B. Ici l'étudiant n'a pas forcément le choix de prendre des chemins différents. Il n'est pas maître de son apprentissage. D'un point de vue législatif, c'est d'ailleurs le terme qui est employé : « *L'infirmière participe à différentes actions, notamment (...) formation ou encadrement* »⁴
- L'accompagnement : Il « *concerne deux personnes de statut inégal mais qui, néanmoins, vont devoir fonctionner au sein d'une relation conjuguant disparité des places et parité relationnelle* ». {11} Ainsi la relation d'accompagnement laisserait une plus grande autonomie à l'étudiant, par rapport à l'encadrement. Cette asymétrie sous-entend une relation de confiance entre l'accompagnant et l'accompagné.
- Le tutorat : Le mot tutorat est moins employé pour désigner l'accompagnement d'un étudiant, néanmoins les étudiants en santé, et notamment les étudiants en soins infirmiers et les étudiants sage-femme ont régulièrement en stage un « tuteur ». Or un tuteur est une personne ou une chose qui sert d'appui, de

⁴ Ministère de la santé et des sports, Formations des professions de santé - Profession Infirmier - Recueil des principaux textes, p.186

soutien ou de protection⁵. Le tutorat permet, d'après M. Paul « *la réflexion en action* » {11}

- Le compagnonnage : Ce mot pour désigner le travail avec un étudiant a été cité de nombreuses fois dans mes entretiens (psB1, psB6, psA4). Ayant une étymologie commune avec celle de l'accompagnement (cum panis : partage du pain) il concerne un système traditionnel de transmission de savoir, un aspirant compagnon se formant à un métier au sein d'une communauté et plus spécialement d'un maître.

Quels termes seraient ainsi les plus applicables à notre formation ? Il est difficile d'apporter une réponse claire à cette question tant, dans le langage courant, ces termes s'entremêlent. Nos entretiens en sont la preuve. Ces quatre mots ont en effet été cités à de nombreuses reprises. Cependant, le choix du mot employé traduit sans doute au-delà de la tâche effectuée avec l'étudiant, la relation qui s'établit avec l'étudiant. La rigidité sous-entendue dans le mot encadrement ne va pas dans le sens des mesures pédagogiques actuelles qui incitent l'étudiant à être acteur de sa formation.

Cela est d'autant plus important dans les situations de deuil périnatal, où outre l'apprentissage de la gestion d'une situation délicate sur le plan médical, l'étudiant est au cœur d'un événement difficile sur le plan émotionnel qui mérite une attention particulière. Le mot accompagnement est sans doute celui qui correspond le plus à cette réalité et qui peut s'appliquer aussi bien à la patiente qu'à l'étudiant.

L'aspect relativement normatif de l'encadrement ne correspond pas au vécu de des acteurs impliqués : professionnel, étudiant, patient, chacun réagissant en effet différemment à des situations difficiles.

7.2 Situations jugées difficiles par les professionnels par rapport au travail avec un étudiant

7.2.1 L'urgence

Au cours de nos entretiens, lorsque nous demandions aux sages-femmes si elles pouvaient nous citer une situation où selon elles il est compliqué d'accompagner un étudiant, la situation de deuil périnatal n'a jamais été mentionnée spontanément, bien que sur les 18 professionnels de santé interrogés, la moitié connaissait le sujet de mon mémoire. La seule réponse pouvant être en lien avec le deuil périnatal est celle de « *montrer un bébé décédé* » (psA2).

⁵ Dictionnaire Larousse

En effet, pour l'immense majorité des interviewés c'est l'urgence et plus particulièrement la réalisation de gestes techniques dans un tel contexte qui pose problème : *Urgence réelle* (psB1), *urgence hémorragique ou réa* (psB2), *les grosses urgences* (psB3), *les situations d'urgences, de stress intense* (psB4), *quand il y a des urgences* (psB5), *sur les actes vraiment techniques urgents* (psA3), *dans les situations d'urgences par exemple une césarienne code rouge* (psD1), *moi je dirais surtout que c'est dans l'urgence* (psD2).

Quelques autres situations ont été citées : *quand il y a beaucoup d'activité, les sutures...* (psB5), *tout ce qui est compliqué pour les parents, problèmes sociaux, problèmes de dépendances, problèmes psy...* (psB7), pour psC1 c'est plutôt au cours de la réalisation des échographies lorsqu'il faut *combinaison de pédagogie, enseignement (...) et disponibilité des patientes*.

7.2.2 Les autres situations

Deux sages-femmes n'ont pas cité de situations obstétricales particulières, mais perçoivent parfois le comportement de l'étudiant comme source de difficultés

On remarque que, de façon presque collégiale, les interruptions médicales de grossesses et les morts in utero ne constituent pas, à priori, une situation difficile vis à vis de l'encadrement d'un étudiant. Est-ce parce que la notion de temps est moins aigue dans ce contexte ? On pourrait penser aussi, que les situations de deuil périnatal ne sont pas évoquées spontanément par évitement.

7.2.3 Pourquoi pas le deuil périnatal ?

Ce phénomène de réponses est ainsi expliqué par certains professionnels de santé. Premièrement, il ne s'agit pas d'une situation d'urgence, donc ils ont le temps d'encadrer l'étudiant correctement et de répondre à ses questions. De plus, spécifiquement pour les interruptions médicales de grossesses, un entretien pré geste a déjà été réalisé au préalable, et donc les patientes ou les couples ont déjà cheminé sur leur situation. (psB1).

Alors avoir du temps atténuerait-il la difficulté d'une situation d'apprentissage ?

Marie Nguyen, dans son mémoire met en évidence que l'un des freins logistiques au « bon vécu » des IMG par les sages-femmes est le temps accordé au couple ou à la patiente : « *La charge de travail peut les mettre en difficulté lorsqu'elles ne peuvent pas accorder le temps qui leur semble nécessaire, aux patientes vivant une IMG.* » {6}

De plus, dans le mémoire de Charlotte Morin sur le vécu des sages-femmes lors des situations de deuil périnatal, les sages-femmes qui ne se sentent pas disponibles pour écouter les femmes pensent que c'est dû au manque de temps. {5}

Ainsi, le temps serait un facteur favorisant la bonne prise en charge des patientes et couples en situation de deuil périnatal, mais aussi la participation d'un étudiant à cette prise en charge.

Cela corrobore ainsi nos résultats : l'IMG ou la MIU ne seraient pas des situations où il est difficile d'accompagner un étudiant, dans la mesure où la sage-femme a du temps à lui consacrer.

Ceci dit, il semble important de nuancer ce propos. Effectivement, à première vue les sages-femmes n'ont pas de difficultés à travailler avec des étudiants sur de telles situations, néanmoins certains propos laissent à penser que l'accompagnement d'un étudiant dans de telles circonstances peut être source de difficultés. Ces propos ont été recueillis en dehors de l'enregistrement et ne peuvent donc pas être retranscrits mais rapportent des vécus douloureux ou des sentiments de malaise.

Enfin, le fait que certaines interviews soient très courtes, avec parfois des réponses lapidaires peut nous laisser penser que les sages-femmes ont voulu « se débarrasser » de telles questions, qui les ont peut-être mises mal à l'aise, sans toutefois réussir à l'exprimer.

7.3 L'accompagnement des étudiants spécifiquement lors des MIU et IMG

7.3.1 Les professionnels de santé eux-mêmes face à la mort

La question a été abordée de différentes manières selon les entretiens : Parfois nous demandions aux répondants s'ils avaient l'habitude de s'occuper de femmes et de couples lors de MIU ou d'IMG, et ensuite nous leur demandions la fréquence de l'accompagnement des étudiants dans ces situations ; tandis que d'autres fois nous demandions directement aux professionnels s'ils avaient l'habitude d'encadrer des étudiants sur des situations de deuil périnatal.

Tous les professionnels interrogés ont répondu à cette question par l'affirmative, sauf psD2, la benjamine de notre étude. En effet n'ayant eu elle-même que très peu d'expériences sur ces situations, elle ne se sent pas prête à « *assumer la charge* » d'un étudiant en plus de la gestion de la situation :

« L'autre jour, j'avais une étudiante et il y avait une MIU et du coup elle m'a proposé de la suivre et je lui ai dit que non, parce que rien que moi ça allait être compliqué, donc devoir encadrer quelqu'un en plus, c'était une charge un peu trop grosse pour moi »

Cette difficulté est retrouvée dans plusieurs entretiens : « *il y a certains collègues qui disent autant que faire se peut, voilà, de repousser l'échéance* » (psB1), « *il vaut mieux vivre ça pendant ses études (...) c'est quand même délicat dans notre profession d'accueillir la mort plutôt que la vie* » (psB2).

Une autre sage-femme ajoute que « *il ne faut pas être dans une vision très idéalisée de la profession qu'avec des bébés qui vont bien, que tout se passe bien, non* » (psB4).

PsA5 décrit sa première confrontation à une IMG avec les mots suivants : « *je m'en souviendrai toujours* ». Ce sont des mots forts qui montrent à quel point la situation de deuil périnatal pour les professionnels est « extraordinaire » au vrai sens du terme, suscitant des émotions négatives marquantes : « *on n'est pas tous les jours prête à affronter ça* », que l'on soit étudiant, sage-femme ou médecin, comme le confirme psC2.

Cependant, deux facteurs favorisant le « bien être émotionnel » ou « mieux être » d'un professionnel de santé face à ces situations sont relevés :

- **L'entraide** : Pour psC2, l'entraide entre les professionnels est primordiale : « *on ne laisse jamais une sage-femme toute seule faire ses photos, ses empreintes* » et « *on a l'habitude de ne pas travailler avec des sages-femmes (...) dont on sait qu'elles sont particulièrement vulnérables* ». Elle ajoute que « *c'est arrivé que, sur des situations particulièrement difficiles, on propose à des sages-femmes de pouvoir rencontrer la psychologue du travail* ».
- **L'expérience** : La psychologue sollicitée pour notre étude a « *le sentiment que les sages-femmes qui ont le plus d'expériences sont plus à l'aise* ». Ceci paraît corroboré par la plus jeune sage-femme de l'étude, diplômée il y a moins d'un an liant sa capacité d'encadrement à « *si je suis plus à l'aise ou pas* » (psD2), et par une autre sage-femme qui, bien qu'étant diplômée depuis 2011 notifie à plusieurs reprises qu'elle se sent encore « jeune » dans la profession et donc moins à l'aise.

Par ailleurs, psA7 confirme le fait que l'expérience est primordiale pour gérer au mieux ces situations : « *je pense qu'on devient bon dans son domaine qu'avec l'expérience. Je ne vais pas dire qu'une bonne sage-femme est une vieille sage-femme, mais quand même. Et plus on commence tôt mieux c'est.* » Elle fait le même constat vis-à-vis du travail avec un étudiant :

Non, mais pareil, (...) je pense que je dis ça maintenant parce que je suis à l'aise avec ça. Je pense que si c'est une sage-femme un peu plus jeune qui n'est pas forcément à l'aise, ça peut la déstabiliser d'avoir en plus une étudiante à encadrer alors qu'elle a déjà peut être de base des difficultés.

De très nombreux travaux font références à la difficulté pour les professionnels de santé de faire face aux situations de deuil périnatal. {12}

En effet, il est compliqué pour les sages-femmes d'accompagner la mort à la place de la vie, que ce soit lors d'une IMG, d'une MIU ou d'un échec de réanimation, plus rare. Une majorité ressent le besoin de parler de la situation, avec l'équipe de garde ou des proches, et est animée par des sentiments de type injustice ou impuissance. La plupart note le besoin de formation, mais seulement une minorité y participe alors que le vécu reste douloureux. {5}

On peut noter dans nos entretiens l'utilisation à de nombreuses reprises du mot « confronter » par quasiment la totalité des répondants. Or, d'après le dictionnaire Larousse, confronter c'est mettre quelqu'un en présence d'une difficulté, d'un problème auquel il doit faire face. Ceci nous montre bien, encore une fois que les situations de deuil périnatal, bien que relativement fréquentes en maternité, peuvent encore s'avérer problématiques.

Toutefois cette dernière remarque est peut être à nuancer, puisqu'en tant qu'interviewer nous avons pu nous-mêmes employer ce mot dans quelques entretiens, ce qui peut être à l'origine de son utilisation accrue.

7.3.2 Les étudiants en santé face à la mort

Tous les jours, et de plus en plus, nous avons accès à des témoignages d'étudiants en santé de tous horizons, à propos de leur confrontation à la mort, comme l'illustre le film Hippocrate⁶.

« Tout le monde est passé par là » s'est entendue dire une nouvelle interne. {13} Effectivement. Cette phrase, entendue par tous les étudiants en santé lors de leur première confrontation avec la mort peut sembler anodine, mais l'est-elle vraiment ?

C'est le sujet de nombreuses thèses et études. L'une d'entre elles démontre en effet à propos des jeunes internes de garde aux urgences, que l'un des facteurs de stress majeurs est le rapport à la mort. Cette étude a pour objectifs de « *sensibiliser les médecins responsables des jeunes internes à se questionner sur leur accompagnement pédagogique* ». {13}.

Le fait que de multiples étudiants abordent ce thème dans leurs travaux de fin d'études est un révélateur supplémentaire de leur difficultés personnelles vis à vis de ce sujet. {14}

Des internes ont été interrogés après avoir reçu une formation sur la douleur et les soins palliatifs. Le soutien au sein de l'hôpital, notamment le soutien paramédical, ainsi que la qualité de vie personnelle et l'importance de connaître ses limites est primordiale. {15}

⁶ Film dramatique français réalisé par Thomas Litt (2014)

En outre, des étudiants inscrits à un diplôme universitaire de soins palliatifs déclarent certes vouloir acquérir des connaissances en terme d'accompagnement des patients et de leurs familles, mais aussi et surtout approfondir la maîtrise de leurs émotions vis à vis de ces situations. {16}

Des étudiantes sages-femmes de Nancy ont été interrogées en 2008 sur leur identité professionnelle et leur confrontation à la vie et à la mort. {17} Il apparaît au vu de cette étude que « *être confronté à la vie c'est la spécificité de la sage-femme, cependant les répondantes pensent effectivement être très vite confrontées également à la mort, non sans peu de mal* ».

Les étudiantes interrogées ajoutent « *on n'y sera jamais assez préparé* ».

Mais l'étudiant sage-femme connaît-il réellement ses limites ? Sait-il qu'il a le choix de participer ou non à ces situations ?

Une question est actuellement au centre des débats : Le bien-être de l'étudiant en santé, et sa bientraitance. L'ANESF⁷ réactualise d'ailleurs son enquête sur le bien être des étudiants sage-femme en cette année 2018, la dernière datant de l'année 2004. Il y a 14 ans, les étudiants sage-femme évoquaient déjà un vécu difficile de leur formation employant des mots durs tels que « stress très important », « dévalorisation », « persécution ». {18} Un mémoire de master de Santé Publique paru en 2012 stipule que le mal être des étudiants sage-femme en stage et notamment en salle de naissances, s'avère être général et dû à de multiples facteurs qui sont : la négation des besoins primaires de l'étudiant, certains refus d'encadrement par les professionnels, et des difficultés générales dans les relations humaines. {18}

Les étudiants sage-femme des quatre promotions de l'école de sage-femme de Nancy ont été interrogés à cette occasion, et les résultats obtenus sont alarmants : 96% des étudiants se déclaraient stressés, 48% se déclaraient en état dépressif.

Par ailleurs, en 2017 sont parus les résultats d'une enquête menée par la fédération nationale des étudiants en soins infirmiers, qui montre à l'issue de celle-ci « *l'émergence d'un mal-être psychologique* » {19}. En effet, plus de la moitié des étudiants ayant répondu à l'enquête se déclarent épuisés psychologiquement.

Ces résultats peuvent toutefois être nuancés, étant donné qu'une personne est toujours plus tentée de répondre à une étude sur le bien être lorsqu'elle « va mal » pour alerter sur sa situation, alors qu'une personne qui ne se considère pas en difficulté répondra moins volontiers.

Dans ce contexte si particulier d'épuisement des étudiants en santé, bien qu'évidemment il ne concerne pas toute la population des étudiants, nous sommes en droit de nous demander si l'étudiant sage-femme est en situation de vulnérabilité. Il semble que nous pouvons répondre que oui, ne serait-ce que par sa situation d'apprenant puisque tout apprentissage comporte une déstabilisation cognitive et affective. {20}

⁷ ANESF : Association Nationale des Etudiants Sage Femme

Alors dans quelle mesure pouvons-nous demander à une personne déjà elle-même en situation de vulnérabilité de prendre en charge la vulnérabilité d'autrui ?

7.3.3 La vision des professionnels sur les étudiants face à ces situations

Nous avons demandé aux professionnels de santé s'ils avaient des critères particuliers quant à l'accompagnement d'un étudiant sur ces situations. Les avis sont relativement partagés sur cette question.

- D'une part, la **priorisation des étudiants de deuxième cycle** (4ème et 5ème année) par rapport aux étudiants plus jeunes. Pour psA1 par exemple « *je parlais du principe que c'est vraiment qu'à partir de (...) la 4ème année. Avant je trouve que c'est quand même compliqué* », psB3 ajoute « *quand on est en fin de cursus c'est plus facile je trouve* ». PsB5 nous raconte son expérience : « *j'ai déjà entendu quand j'étais étudiante comme tu as déjà du entendre que soit elle est trop jeune, soit c'est pas encore son année, enfin qu'elle est pas encore assez évoluée dans ses études pour pouvoir prendre en charge une MIU* ». Une autre sage-femme conclue « *esma3 je pense que je lui dirais non, elle a d'autres choses à faire (...) je pense que ça fait tôt* » (psA3).
- D'autre part on retrouve la notion de **consentement** de l'étudiant voire de demande. De nombreux professionnels affirment que pour eux le critère majeur de participation d'un étudiant à une situation de deuil périnatal est le volontariat: « *si l'étudiant a le souhait de venir avec moi, il n'y a aucun problème* » (psB1), « *je pense que c'est l'étudiant qui m'en parle* » (psB2), « *voir surtout s'il ou elle a envie d'y aller* » (psB3), « *il faut qu'il soit demandeur* » (psB4), « *de sa demande* » (psA4), et enfin « *ça dépend aussi du degré de motivation de l'élève* » (psA5). PsC1 soulève le point important du consentement de l'étudiant « *c'est aussi une situation ou contrairement à d'autres situations c'est important de recueillir le consentement de l'étudiant à ce qu'il soit présent* ». Ce point est repris par psA1 qui nous dit « *ma maraude c'est le consentement libre et éclairé* ».
- La notion de **confiance** en l'étudiant est souvent très présente dans les discours des interviewés, soit explicitée directement, soit sous entendue. Cette confiance peut se traduire par exemple par le nombre de fois où le professionnel de santé et l'étudiant ont déjà travaillé ensemble. (psB2)

Ainsi, bien que les avis ne soient pas unanimes, le niveau d'études et la volonté de l'étudiant apparaissent comme des éléments incontournables :

La notion de niveau d'études de l'étudiant peut être interprétée de deux façons ; soit dans une volonté de protéger l'étudiant en tout de début de cursus, soit parce que l'étudiant en premier cycle manque encore de connaissances, à la fois psychologiques

et/ou théoriques en matière de pathologie pouvant être à l'origine de propos erronés parfois lourds de conséquences. Prenons ainsi l'exemple donné par psA6 lors de son entretien qui raconte qu'un étudiant a dit à une patiente que son fœtus partirait dans la filière des déchets anatomiques alors que l'hôpital ne réalise plus ce genre de pratiques depuis 50 ans.

Le respect de la volonté de l'étudiant de participer à de telles situations, ainsi que le recueil de son consentement est à corréler avec la notion d'accompagnement où selon CLAVIER (2007) « Accompagner c'est aller chercher la personne là où elle se trouve pour se rendre ensemble, d'un commun accord, là où elle souhaite aller » rejoignant celle de BEAUVAIS (2004) l'accompagnement étant défini comme une « démarche visant à aider une personne à cheminer, à se construire, à atteindre ses buts ». Seul un étudiant volontaire sera à même de faire le chemin nécessaire avec le professionnel dans des conditions relativement acceptables.

Enfin la confiance accordée à l'étudiant joue aussi dans l'accompagnement ou non de celui-ci sur de tels évènements.

7.3.4 Relation sage-femme/étudiant lors des IMG et MIU

10% des sages-femmes interrogées dans une étude disent ne pas vouloir d'étudiants avec elles lors de l'accompagnement d'un couple ou d'une patiente dans une situation de deuil périnatal. {3} Par ailleurs une autre étude relève de la difficulté pour les sages-femmes d'encadrer un étudiant dans ces situations. Elle stipule qu'il y a une minorité de sages-femmes qui refusent d'être accompagnées d'un étudiant lors de telles situations, principalement pour « limiter le nombre de personnes présentes aux côtés du couple » et aussi car « ce n'est pas la place d'un étudiant ». {3,5}

Lors de nos entretiens avec les sages-femmes, seulement une disait ne pas inclure les étudiants dans des prises en charge semblables, mais plus pour protéger la patiente et le couple, que pour protéger l'étudiant.

Alors pourquoi l'accompagnement d'un étudiant ne semblerait pas difficile à leurs yeux, alors que la prise en charge en elle même est vécue comme éprouvante ? Existe-t-il une dichotomie entre situation difficile pour le personnel et la gestion de l'accompagnement d'un étudiant ?

Plusieurs hypothèses s'offrent à nous.

- L'étudiant est peut être vécu comme un **soutien** pour la sage-femme. Ceci est corroboré par plusieurs de nos entretiens. En effet, psC2 par exemple explique que dans son équipe il n'est pas questions de laisser une sage-femme seule s'occuper entre autres du nouveau né, c'est pourquoi la sage-femme est souvent accompagnée soit par une collègue, soit par un étudiant sage-femme en fin de

curus. L'étudiant est ainsi vu ici comme un soutien ou au moins une présence rassurante. Le parcours à effectuer avec la patiente dans de telles circonstances est sans doute moins difficile s'il est fait à deux.

- L'étudiant peut être aussi considéré comme un **écran**, c'est à dire qu'il vit, en même temps que le professionnel de santé, la détresse de la patiente ou du couple. Les émotions semblent ainsi « diluées » et la sage-femme n'est donc pas la seule interlocutrice et la seule détentrice de leur tristesse.
- Le fait d'accompagner un étudiant dans sa formation sur de telles situations permet aux sages-femmes de mettre la distance nécessaire entre elles et la situation, par exemple en examinant la patiente une heure sur deux, comme de nombreuses sages-femmes disent le faire.

7.4 Déroulé d'une garde où étudiants et sages-femmes prennent en charge une telle situation

7.4.1 Le travail en binôme

Plusieurs sages-femmes partent du principe, surtout en salles de naissances qu'avant d'être une MIU ou une IMG il s'agit d'un travail normal, et par conséquent que l'étudiant en dernière année peut tout faire.

Cependant la majorité des professionnels de santé sont plus nuancés à ce propos. D'une part pour ne pas laisser l'étudiant tout seul et d'autre part pour s'assurer du bon déroulement du travail « *je veux être sûre que ça soit bien fait* » (psA3). La majorité des sages-femmes admettent travailler main dans la main avec l'étudiant « *je fais tout avec elle (...) on fait tout à deux* » (psA2). Ceci est confirmé par le médecin interrogé ainsi que la psychologue : pour psC2, « *le fonctionnement en binôme* » est le moyen d'amoindrir les difficultés. Pour psA6 « *ça (ndlr : SF +ESF) peut être pensé comme une dyade (...) que vous vous présentiez en même temps et que du coup la maman vous identifie toutes les deux comme étant une seule personne en fait* ».

Une seule sage-femme avoue tout expliquer à l'étudiant quant à la prise en charge des couples et des femmes dans ces situations, mais dit aller toute seule dans la chambre : « *je pense que j'avais trouvé la solution de facilité d'y aller seule* » (psB7).

7.4.2 Les actes techniques laissés à la charge de l'étudiant

A propos des actes techniques à proprement parler, globalement il s'avère que la rupture artificielles de membranes peut être réalisée par l'étudiant, le plus souvent en

présence de la sage-femme, et dans la très grande majorité des cas, les professionnels ne laissent pas l'étudiant donner les comprimés de cytotec®, ou alors avec la plus grande parcimonie.

Plus que les actes techniques, ce qui apparaît complexe pour les sages-femmes est la gestion administrative des IMG et MIU : déclaration de naissance ou pas ? Funérailles ou pas ?

Il est très intéressant de noter que lorsque dans les entretiens nous parlions avec les sages-femmes du travail avec l'étudiant, les sages-femmes mentionnent des actes purement techniques (déclenchement, suivi du travail, accouchement) essayant de rapprocher le plus possible les IMG et les MIU d'accouchement physiologiques de nouveaux nés bien portants.

C'est ainsi qu'aucune des sages-femmes interrogées n'a mentionné la prise en charge de la douleur, la gestion de l'émotion, et la gestion du corps, qui sont des points essentiels de la prise en charge d'une situation de deuil périnatal.

Ce constat peut être mis en lien avec les mêmes raisons qui incitent certaines sages-femmes à écourter l'entretien lorsqu'elles jugent que celui-ci aborde des questions émotionnellement difficiles ou ravivent des souvenirs douloureux ? Il apparaît en effet plus facile de parler « de faire », que de façon d'être.

7.4.3 La psychologie

De même, si le savoir être a été rarement voire jamais abordé, au fur et à mesure de nos entretiens nous avons constaté que les sages-femmes ont rarement parlé de la patiente ou du couple. Alors certes, le sujet portait sur l'étudiant sage-femme, et non sur le couple ou la patiente, mais nous envisagions que la prise en charge de l'étudiant dépendait aussi de celle du couple, les deux étant liées.

Sur les 15 sages-femmes interrogées, seulement 6 ont cité la patiente, sa volonté et son consentement à accepter la présence d'un étudiant, c'est peu. Notre façon de conduire l'entretien est peut-être à mettre en cause, néanmoins nous nous demandons dans quelle mesure on ne pourrait en conclure que le consentement de la patiente à être prise en charge par un étudiant est régulièrement occulté. Il nous semble pourtant important de sensibiliser les étudiants sur le fait que le consentement de la patiente est toujours primordial.

N'oublions pas qu'avant d'être un moment pénible ou difficile à vivre pour une sage-femme ou un étudiant, il s'agit là peut être d'un des pires moments de la vie d'une patiente ou d'un couple dont nous, sages-femmes et étudiants, sommes témoins.

Dans une étude {20} portant sur la place de l'accompagnement psychologique dans les CPDPN de France, il y est stipulé que les psychologues ont une place primordiale dans l'accompagnement d'une patiente et d'un couple lors d'une IMG, ce qui paraît évident, cependant en aucun cas l'étude n'a parlé du rôle de la sage-femme dans cet accompagnement psychologique, ni de l'accompagnement psychologique de celle-ci. Il nous semble pourtant que la sage-femme a une place de choix, et qu'elle est, pour ainsi dire, la première dépositaire de la détresse d'un couple ou d'une patiente en deuil qui pleure un enfant qui est mort avant de naître, thèse défendue par Françoise Molenat, évoquant le travail en indirect, c'est-à-dire le soutien par le psychologue du professionnel de santé en lien direct avec la patiente.

Ce rôle d'accompagnement psychologique a été soulevé dans nos entretiens, notamment par psC2, psA6 et psA7. La patiente va peut-être se sentir plus à même de se confier à la sage-femme qui va assurer un suivi médical et une présence bienveillante.

Il apparaît alors encore une fois essentiel que l'étudiant qui travaille avec la sage-femme sur une telle situation doit être solide (comme dirait psC2 : « *bien dans ses baskets* »), pour être lui aussi en capacité d'accepter la détresse de la patiente, sans se sentir anéanti par une situation qui le dépasse.

C'est donc dans les entretiens dits « complémentaires » que la patiente a été la plus mentionnée.

Par « complémentaire » nous entendons ceux qui ont été réalisés auprès de l'obstétricienne et de la psychologue exerçant dans un service de diagnostic anténatal ainsi que de la dernière sage-femme interrogée qui a un rôle de coordinatrice d'un CPDPN. Ces trois professionnels se rejoignent sur plusieurs points : le rôle de l'étudiant dans les situations de deuil périnatal à titre de formation, mais aussi en tant que soutien de la patiente.

Que ça soit une sage-femme ou un étudiant, (...) s'il est assez au clair avec ce que ça lui fait vivre et que ce n'est pas trop insupportable, et bien le simple fait de venir prendre des constantes, de demander « comment vous vous sentez », ce genre de choses, ça va être extrêmement étayant pour la patiente (psA6)

Elles ajoutent, toutes les trois, que la patiente ou le couple n'émet dans la très grande majorité des cas pas de réserves à la présence d'une sage-femme en formation : « *Si l'étudiante fait preuve de compassion, la patiente fait preuve de compassion* » (psA6), « *votre présence qui est là en plus est vécue comme bienveillante* » (psC2).

La psychologue évoque aussi le besoin pour la mère et le couple de « *se sentir contenus* ». En effet, lors des entretiens post accouchement les femmes qui globalement sont satisfaites de la façon dont s'est passée la prise en charge sont celles qui ont

l'impression d'avoir été prises en charge « *comme tout le monde* ». A l'inverse, les mères qui lui livrent des retours négatifs sur la façon dont elles ont été prises en charge sont celles qui ont l'impression d'avoir été traitées comme « *des pestiférées* ».

De ces témoignages, nous pouvons conclure que l'étudiant, au même titre que la sage-femme sera, s'il est bien introduit comme le binôme du professionnel auprès de la patiente, un soutien extrêmement important pour la patiente ou le couple : par le simple fait d'être présent, déjà, mais aussi de s'investir, à son niveau, dans la prise en charge : prise de constantes, mais aussi prise en charge psychologique (demander « comment ça va »)

7.4.4 Le débriefing

Là aussi les avis sont partagés. PsA1 par exemple reprend systématiquement la situation, psB1 essaye de s'y tenir, de même que psB2, psB5, psA3 et psD1. La plupart des répondants qui débriefent le justifient comme une nécessité pour l'étudiant, mais aussi pour eux : « *pour voir si il n'a pas envie d'en parler (...) parfois ça peut être dur, on peut avoir envie de craquer* », « *ça nous fait du bien je trouve, d'en parler (...) c'est quand même lourd pour nous de voir une dame en détresse* », « *ça permet d'évacuer, c'est pas forcément facile, et c'est formateur* », « *même nous on en a besoin de toutes façons* ».

Sur les répondants qui ne débriefent pas systématiquement, nous avons deux groupes :

- Ceux qui font un retour à la demande de l'étudiant
- Ceux qui reprennent la situation « *si ça n'a pas été* »

Le retour sur les événements au-delà d'un objectif pédagogique peut être aussi une façon de faire le point avec l'étudiant sur son vécu, de proposer une aide si besoin... afin que la trace d'émotions négatives soit atténuée.

7.5 Les professionnels de santé eux-mêmes étudiants

La grande majorité des sages-femmes interrogées ont été au moins une fois accompagnées sur des situations de deuil périnatal, mais n'en ont pas le même souvenir. En effet, certaines ont été marquées par cette expérience, alors que d'autres semblent avoir oublié. Une sage-femme m'a ainsi parlé de « *petits corps* » sur lesquels elle devait faire « *des prélèvements* ».

Nous avons demandé aux professionnels si le fait d'avoir vécu ce genre de situations lorsqu'elles étaient étudiantes les avait aidées dans leur pratique de prise en charge d'IMG ou de MIU ainsi que dans l'accompagnement des étudiants.

Unanimentement la réponse est oui : Le fait d'avoir vécu une situation de deuil périnatal en cours d'études était positif. psA5 par exemple raconte : « *j'étais contente de l'avoir fait au moins une fois, j'ai eu moins peur les fois suivantes, moins d'appréhension* ».

A contrario, le témoignage de psD2, qui n'a pas eu de réel encadrement sur ces situations lorsqu'elle était étudiante, et qui déplore un tel fait, montre un réel malaise et un refus d'accompagnement de l'étudiant.

Un mémoire a été réalisé en 2014 sur l'état des lieux de la formation des étudiants sages-femmes par rapport au deuil périnatal. Il montre que plus de la moitié des étudiantes sages-femmes en dernière année de formation ne se sentent pas prêtes à prendre en charge une telle situation à la sortie du diplôme, la principale raison citée étant le manque d'expérience. {22}

On note par ailleurs qu'à plusieurs reprises, les sages-femmes relatent le fait qu'il est difficile de s'imposer pour suivre une patiente lors d'une IMG ou d'une MIU lorsqu'on est étudiant. « *J'ai déjà entendu quand j'étais étudiante, comme tu as déjà du entendre que soit elle est trop jeune, soit c'est pas encore son année* » (psB5). Ceci est confirmé, d'ailleurs, par des étudiantes sages-femmes de l'école de Nancy qui disent se sentir « évincées de ces situations ». {17}

On peut se dire que les professionnels se sentent le devoir de protéger l'étudiant, déjà vulnérable, d'une situation émotionnellement compliquée, mais protéger, est-ce travailler dans l'évitement ?

Lors des entretiens et des propos off, nous avons beaucoup observé la communication non verbale des interviewés. La plupart du temps, l'inconfort était palpable, ainsi que l'émotion dans à peu près 1/3 des entretiens. Une fois les enregistrements terminés il est arrivé que des sages-femmes disent avoir été « traumatisées » par le vécu de ces situations lorsqu'elles étaient étudiantes, non sans émotion, expérience douloureuse extrêmement présente.

Ainsi, le fait d'avoir vécu ces situations en étant étudiant n'est peut-être pas indispensable, mais facilite une prise en charge par le professionnel, de ces situations sans doute plus sereine. Cependant cette confrontation lors des études ne semble pas modifier l'accompagnement proposé aux étudiants.

La confrontation à la mort in utero est une problématique ancienne qui peut tendre vers une diminution grâce à une surveillance fœtale accrue, mais l'IMG, plus récente en obstétrique risque d'être encore relativement fréquente de part des dépistages de plus en plus performants et malgré une médecine fœtale de plus en plus innovante.

Cela nous paraît donc normal que les sages-femmes expriment des différences dans la gestion du deuil périnatal en fonction de leur année de diplôme.

7.6 Le besoin de formation des professionnels de santé

La question du besoin de formation devait initialement être posée à toutes les sages-femmes interrogées. Il s'agissait cependant du dernier thème devant être abordé et nous jugions parfois, en fonction des entretiens, que celui-ci n'avait pas lieu d'être. Par exemple, lors des entretiens très courts, où il semblait évident que la sage-femme se sentait inconfortable face à notre sujet et voulait écourter le plus possible l'échange, nous n'avons pas vraiment eu l'opportunité de poser cette question.

Les différentes réponses ont été tellement inattendues qu'il paraît difficile d'en extraire une tendance. En effet, nous avons eu du mal à faire comprendre le sens de la question, et les réponses données par les sages-femmes étaient parfois en décalage :

(...) Les sages-femmes ne sont pas formées à former que je sache, dans leur formation initiale, la question je ne la trouve pas très logique si tu veux. » (psB6), « c'est surtout peut être la formation initiale, tout ce qui est deuil périnatal qui peut être importante (...) pour justement pouvoir mieux transmettre. (psB1)

(...) on n'avait pas de module en tant qu'élèves sur "tu vas encadrer les élèves" mais après le fait de voir pendant 4 ans à l'école de sage-femme que les sages-femmes encadrent les ESF encore une fois c'était une évidence. (...) C'est une question de motivations personnelles et de se faire confiance, de savoir qu'on a un rôle à jouer dans la formation des professionnels futurs. (psB4)

Au niveau formations on apprend à encadrer des étudiants pendant le stage intégré, sinon en théorie, on n'a aucun cours qui nous apprend à encadrer des étudiants apprend à encadrer des étudiants. On peut s'entraîner en stage, mais en théorie, non. Je pense que oui, ça pourrait être pas mal d'avoir une base de "comment encadrer quelqu'un", ça pourrait être utile bien qu'on s'en sorte toutes à peu près "sur le tas". (psD1)

On est quand même assez bien formées à l'école, et je ne pense pas qu'on ait besoin de formation spéciale pour former sur ce sujet là, on est bien formées quand même. (psD2)

Ces différentes réponses à une même question se révèlent très intéressantes à analyser. En effet, aucune n'est semblable à une autre. La question porte spécifiquement sur l'encadrement des étudiant sur des situations difficiles de type IMG et MIU, et pourtant, il semblerait que la partie « situation difficile » de la question ait été occultée par toutes les sages-femmes sauf une (psB1).

Alors pourquoi ne pas répondre à la question ? Peut-être a-t-elle été mal formulée ; mais peut être aussi est-elle dérangement revoyant à un questionnement sur la pertinence d'une formation à l'accompagnement.

Il est étonnant de voir à quel point les réponses de psD1 et psD2 s'opposent alors qu'elles travaillent dans le même centre hospitalier, et sont issues de la même école de formation, à seulement une année près. Cette discordance montre bien que le ressenti d'une formation est subjectif, faisant référence au rapport au savoir, propre à chacun.

Néanmoins un besoin de formation global à l'accompagnement des étudiants semble émaner de notre enquête. Ce besoin est corroboré par les propos de Mathieu Mouchard qui, dans son mémoire de fin d'études de sage-femme, met en évidence le fait que les sages-femmes cliniciennes ont des « compétences pédagogiques certaines » mais peu adaptées à la nouvelle formation des étudiants sages-femmes. {10} La majorité des sages-femmes dit avoir besoin d'une formation supplémentaire pour assurer le tutorat aux étudiants.

8. Les divers points d'amélioration soulevés

Certains des interviewés ont, spontanément ou pas, donné des pistes de réflexion sur ces situations parmi lesquelles on note :

- Créer un groupe de parole intra étudiants dans les facultés de maïeutique ou écoles de sage-femme, dans lesquels les étudiants pourraient se sentir libre d'aborder les situations qui les ont marqué. (soumis par psA1 qui avait ce système dans son école). Cette idée semble intéressante à mettre en œuvre, car visiblement bénéfique dans les lieux où un tel groupe a été mis en place, néanmoins les modalités restent à définir. Faudrait-il que le groupe soit encadré par une sage-femme enseignante ? Est-ce son rôle ? Ou alors par une psychologue universitaire ?

Il nous apparaît important au moins de mettre plus facilement à disposition des étudiants des informations sur les modalités d'aide psychologique qu'il existe, et notamment les coordonnées de la psychologue du centre de soins universitaire. Donata Marra propose d'ailleurs dans son rapport sur le bien être des étudiants {7} : « *dans toutes les formations en santé, lorsque cela n'est pas encore le cas, il y a urgence à communiquer aux étudiants l'ensemble des dispositifs existants pour leur venir en aide et auxquels ils peuvent avoir accès : facultaires ou intra-institut de formation, universitaires, plates-formes téléphoniques, aides par les pairs ...* »

- Faire un fascicule à destination des étudiants sages-femmes sur l'accompagnement spécifique d'une femme ou d'un couple lors d'une IMG ou MIU.

Mais cela est-il seulement approprié à la situation ? Que pourrions nous écrire sur un tel dépliant dans une situation où le savoir être est nettement plus important que le savoir faire ?

- Une formation ou au moins un rappel sur la partie administrative du deuil périnatal. Ce rappel semble nécessaire pour plusieurs des participants à notre enquête. Néanmoins les protocoles étant différents dans chaque centre hospitalier, cette formation serait intéressante à réaliser au sein de chaque maternité. Il serait intéressant d'y convier les étudiants.

9. Existe-t-il une différence de pratiques entre les maternités ?

Il existe une trop grande disproportion entre le nombre de professionnels de santé issus de maternité niveau 3 et ceux issus de maternité niveau 2 pour tirer une quelconque conclusion sur une éventuelle différence d'accompagnement des étudiants en fonction des niveaux de maternités.

Cependant au regard des différents témoignages que nous avons recueillis, il semblerait que les pratiques n'apparaissent pas être différentes en fonction des maternités. En effet, on ne note pas de dissemblance majeure tant au niveau de l'encadrement psychique de l'étudiant (le débriefing, les critères d'encadrement) qu'au niveau des actes laissés à sa charge de lors de situations comme les Interruptions médicales de grossesses et les morts in utéro (tous disent avoir du mal à laisser l'étudiant donner le cytotec, le laissent rompre les membranes en étant toutefois présent, et examen horaire en fonction de son niveau d'études évidemment).

De même, les pratiques et façons de faire ne semblent pas être différentes entre les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires.

Il serait intéressant de mener une étude avec de plus grands effectifs afin de confirmer ces hypothèses, en incluant aussi des maternités de niveau 1.

10. La place des étudiants sages-femmes dans les IMG et MIU

10.1 Une place, oui, à plusieurs titres

L'étudiant sage-femme a donc, après analyse de nos entretiens et de la littérature, une place dans les situations de deuil périnatal. En effet, il apparaît important que celui-ci soit confronté durant ses études à des situations de deuil périnatal, ceci lui permettant plus tard d'être aussi à l'aise que possible dans ces situations. C'est corroboré au fait que nous avons montré que plus une sage-femme a de l'expérience, moins elle sera susceptible d'être en difficultés face à ces situations.

Le rôle de l'étudiant sage-femme est multiple :

- Rôle de **formation** : Le code de la santé publique stipule que la sage-femme doit être à même de prendre en charge une femme pour une MIU ou une IMG. L'étudiant doit donc être formé avant d'être diplômé, pour pouvoir, le cas échéant, s'occuper seul de ces situations après le diplôme.
- Rôle de **soutien de la patiente** : La patiente peut tout à fait chercher le soutien de l'étudiant qui accompagne la sage-femme, dans la mesure où celui-ci lui parle, la rassure et réponds à ses questions. La patiente a, d'après la psychologue interrogée pour notre étude, le besoin de se sentir attendue, entendue et contenue et l'étudiant peut tout à fait combler ce besoin et accompagner la patiente dans cette épreuve. Ce rôle de soutien de la patiente est bien résumé par psA7 :

Elle (ndlr :la patiente) vous connaît, elle sait très bien qui vous êtes, que ce sera toujours vous, qu'elle vous verra toutes les heures, ou une heure sur deux. Tout ce qu'elle sait, c'est qu'elle ne sera jamais toute seule, que même si il n'y a personne dans sa chambre, si à un moment elle appelle, il y aura l'étudiante ou la sage-femme, de toutes façons c'est quelqu'un qu'elle connaît, à qui elle va pouvoir se raccrocher. Donc évidemment l'étudiante y a sa place.

- Rôle de **soutien pour le professionnel** : Avoir un étudiant avec soi lors de prises en charge difficiles peut être compliqué à gérer, mais aussi s'avérer une réelle source de soutien. Ainsi l'étudiant et le professionnel étant en binôme, la sage-femme n'est plus toute seule pour absorber toute la détresse de la patiente ou du couple. L'étudiant peut être une source de soutien dans la mesure où la sage-femme peut avoir quelqu'un à qui se confier ou au moins avec qui partager cette expérience.

10.2 Le contexte

Lorsqu'un étudiant travaille avec une sage-femme sur une IMG ou une MIU, il est important que celui-ci, peu importe son année, son tempérament et son expérience soit accompagné, et pour ainsi dire « pris par la main » par le professionnel avec qui il travaille.

Il est bien sûr nécessaire et primordial pour que cet accompagnement se passe bien, que le professionnel ait le temps et qu'il n'ait pas une surcharge de travail importante par ailleurs.

L'étudiant étant en effet une personne déjà vulnérable de par sa posture, sa confrontation avec la mort ne doit pas s'avérer être insupportable pour lui.

L'étudiant et la sage-femme doivent se présenter et agir comme un binôme, une dyade, d'une part pour que la patiente sache bien qui s'occupe d'elle, d'autre part pour que l'étudiant se sente contenu et accompagné dans cette confrontation.

Au niveau des actes, globalement l'étudiant peut rompre la poche des eaux, suivre le travail de la patiente et même réaliser l'accouchement en fonction de son année d'études. Il est toutefois important que la sage-femme soit présente à ses côtés à toutes les étapes. Pour ce qui est des thérapeutiques abortives, le plus souvent elles seront administrées par les professionnels, surtout dans un souci médico légal.

Il nous apparaît enfin important que l'étudiant et la sage-femme puissent prendre le temps de faire un retour sur le déroulé de la situation, permettant de clôturer cet événement, en relevant les éléments signifiants.

10.3 Les freins et précautions

Lors des entretiens, certaines réserves ont été soulevées par rapport à l'accompagnement d'un étudiant sur une MIU ou une IMG.

Premièrement, nombre de sages-femmes de l'étude se sont demandé dans quelle mesure il était judicieux qu'un étudiant en premier cycle (ndlr : 2eme et 3eme année) soit accompagné sur ces situations. Il apparaît alors effectivement important de le laisser acquérir des compétences en stage auprès de patientes bien portantes, pour qu'ensuite fort de son expérience celui-ci puisse s'atteler à la prise en charge, entre autres psychologique, d'une patiente ou d'un couple en détresse.

Le programme des études de sage-femme est d'ailleurs conçu de façon à ce que les étudiants sages-femmes apprennent d'abord la physiologie pendant le premier cycle, c'est à dire les deuxième et troisième années d'études, puis qu'ensuite ils abordent la pathologie, durant le deuxième cycle que sont les quatrième et cinquième années d'études.

Deuxièmement, bien que circonstance rare, il nous apparaît difficile qu'une étudiante sage-femme, si elle était enceinte s'occupe d'une telle situation, d'une part pour elle, mais aussi pour le couple qu'elle accompagnerait (psA7).

Enfin, il est important que l'étudiant soit maître de sa confrontation ou non à cette situation. Il doit savoir qu'il peut dire non. Cette notion de consentement est reprise dans quasiment tous les entretiens réalisés.

Au total, il apparaît que plus que dans toutes autres situations obstétricales, le travail d'un professionnel avec un étudiant doit être un véritable accompagnement, c'est-à-dire une co-construction comme en témoigne certains professionnels. L'accompagnement n'est ni un protectionnisme ni un cadre rigide mais une attention bienveillante. C'est un état

d'équilibre d'autant plus nécessaire qu'il se situe dans un contexte émotionnel difficile touchant à des degrés divers tous les acteurs.

L'accompagnement de l'étudiant vise:

- à son bien être ou tout du moins à l'atténuation de son mal-être,
- à son soutien lorsqu'il est en difficulté, à le conforter dans son potentiel.

La création d'espace de paroles est indispensable ce que semble proposer bon nombre de professionnels. Cependant le débriefing, immédiat peut-être insuffisant et une reprise à distance peut s'avérer utile.

L'objectif à plus long terme de cet accompagnement est aussi de permettre à l'étudiant devenu professionnel d'être en capacité de devenir accompagnant à son tour de ses futurs collègues.

Conclusion

« On ne devient pas sage-femme par hasard ». Quel plus beau métier que de mettre au monde des enfants ? C'est ainsi qu'en devenant sage-femme, en choisissant d'accompagner le début de la vie, nous étudiants, ne nous attendons pas à devoir parfois accompagner un enfant mort avant de n'être⁸.

Cependant nous ne pouvons pas nier l'évidence: le deuil périnatal est une réalité bien présente en maternité. Les professionnels de santé s'avouent d'ailleurs souvent en difficultés vis à vis de ces situations, tout comme les étudiants.

L'étudiant est en effet dans une période charnière de son existence, il est vulnérable et très souvent soumis à un stress intense durant ses études.

La confrontation à la mort et à la détresse concourt à accroître le stress des étudiants en santé et des étudiants sage-femme particulièrement, la mort étant à l'opposée du but même du métier de sage-femme.

Notre étude visait à déterminer la place éventuelle d'un étudiant sage-femme lors de situations de deuil périnatal, et à déterminer les freins mais aussi les facilitateurs à l'accompagnement d'un étudiant sur ces situations.

De notre étude un premier point se distingue: L'étudiant sage-femme a définitivement une place dans la prise en charge d'une patiente ou d'un couple lors d'une IMG ou une MIU. Premièrement à titre de formation pour lui. Il est important d'avoir été confronté à cette situation en tant qu'étudiant, pour être plus à l'aise en tant que professionnel. Ensuite l'étudiant a une place dans les situations de deuil périnatal à titre de soutien pour la patiente ou le couple, mais aussi de soutien pour le professionnel qui l'accompagne. Il peut, au même titre que la sage-femme, apaiser les maux, tant que lui même est sous le regard bienveillant d'un professionnel de santé, et qu'il a souhaité participer à cet événement.

Les facteurs facilitants l'accompagnement d'un étudiant sage-femme dans de telles situations sont multiples. Le temps accordé à l'accompagnement de cet étudiant dans ce contexte précis est majeur. Nous pouvons citer aussi la qualité de cet accompagnement, et justement choisir d'accompagner l'étudiant plutôt que de l'encadrer.

Nous n'avons pas mis en évidence de réel frein par rapport au travail d'un professionnel de santé avec un étudiant sur des situations de deuil périnatal, si ce n'est la volonté de cet étudiant à participer ou non. En effet il apparaît essentiel de recueillir son consentement dans un tel contexte. En ce qui concerne l'année d'études, elle n'est pas un frein à proprement dit, mais plutôt une réserve. L'accompagnement d'un couple ou d'une

⁸ Livre de Muriel Flis-Trèves et René Frydman

patiente dans cette situation pourra lui être accessible plus tard, s'il le souhaite, lorsqu'il aura acquis plus l'expérience et la maturité nécessaire.

Enfin le besoin de formation vis à vis de l'accompagnement des étudiants sages-femmes sur une MIU ou une IMG n'a pas été clairement explicité par les professionnels de santé. Ceux-ci ne semblent pas juger nécessaire d'avoir une formation spécifique dans de telles circonstances. Certains trouveraient cependant nécessaire une formation globale sur l'accompagnement des étudiants, et d'autres, seulement un rappel sur la gestion administrative de la mort périnatale.

Cette étude semble s'inscrire parfaitement dans le contexte actuel de bienveillance des étudiants, en santé notamment. Il serait intéressant d'étudier directement le point de vue que les étudiants portent sur leur accompagnement par les professionnels lors de telles situations.

Bibliographie

- (1) Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état de sage-femme – (en ligne) – mars 2013 – Consulté le 10/02/2018 – consultable à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
- (2) Bénard, O. Les professionnels médicaux face à l'interruption médicale de grossesse – Mémoire – Ecole de sage-femme de Caen (2013)
- (3) Esplat, D. Les sages-femmes face à l'interruption médicale de grossesse - Mémoire - Ecole de sage-femme de Clermont-Ferrand. (2012).
- (4) Garel M, Etienne E, Blondel B, Dommergues M, Le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance La Revue Sage-Femme (2008) 7, 113-117
- (5) Morin, C. Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité : enquête auprès de 123 sages-femmes – mémoire - Ecole de sage-femme de Rouen. (2010).
- (6) Nguyen, M. Les sages-femmes en salle de travail face à l'IMG : Les enjeux et difficultés rencontrées – Mémoire – Ecole de sage-femme Baudeloque (2012)
- (7) Marra D Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé - (en ligne) – avril 2018 – consulté le 04/04/2018 – (69 pages) – consultable à l'URL : http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Sante/04/8/Rapport_Dr_Marra_-_Qualite_de_vie_des_etudiants_en_sante_926048.pdf
- (8) Blanchet A, Gotman A L'entretien – A Colin – 2015 – 128p
- (9) Santo, G. L'encadrement, vecteur de construction de l'identité professionnelle de l'infirmier – Mémoire - Institut de Formation en Soins Infirmier de Nantes (2013)
- (10) Mouchard, M. Entre professionnalité et professionnalisation : les enjeux de l'accompagnement des étudiants par les sages-femmes cliniciennes – mémoire - Ecole de sage-femme de Rouen. (2014)
- (11) Paul, M. - Accompagnement, recherche et formation – 62 – 91-108 (2009)

- (12) Weber J-C et al. Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques Sciences sociales et santé 2008/1 (Vol.26), p. 93-120
- (13) Garling, J. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine . Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences : la confrontation à l'impuissance et à la mort – Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine - Université de Nice Sophia Antipolis. (2015).
- (14) Grillon, I. Fin de vie d'un patient, émotions d'un soignant : jusqu'à a mort accompagnons la vie - Mémoire - Institut de formation en soins infirmier de Moisselles. (2012)
- (15) Mulot-Bausière M, Gallé-Gaudin C, Montaz L, Burucoa B, Mallet D, Denis-Delpierre N, Formation des internes en médecine de la douleur et médecine palliative : Bilan et suggestion des étudiants Médecine palliative – soins de support – Accompagnement – Ethique (2016) 15, 143-150
- (16) Joly, C., Lainé, A., Déchelotte, P, Haas, S, Motivations et attentes des étudiants inscrits à un diplôme d'université de soins palliatifs Médecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Ethique (2010) 9, 115-119
- (17) Abensur L, Chevalier D, La socialisation professionnelle des étudiants sage-femme, entre ruptures physiologiques et nécessité d'une pédagogie participative pour une formation sans cesse en mouvement La Revue Sage-Femme (2008) 7, 333-341
- (18) Flenghi J. Etudiants Sage-Femme : De la souffrance au cœur de la vie ? – Mémoire – (2012)
- (19) Fnesi.org – Mal-être des étudiants en soins infirmiers : il est temps d'agir – Dossier de presse – septembre 2017 – consultable à l'URL:
http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/09/FNESI_DP_Bien-%C3%AAtre_ESI.pdf
- (20) Favre.D, Accompagner la déstabilisation cognitive et affective, cahier pédagogique, 2001, 14-15p
- (21) Abdel-Hamid N, Frin G, Flandrin A, Boulot P, Place de l'accompagnement psychologique dans les CPDPN de France : état des lieux Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction (2015) 44, 47-52
- (22) Renouf, C. Deuil périnatal : Etat des Lieux de la formation initiale des étudiants sages-femmes – Mémoire – Ecole de sage-femme de Caen (2014)

Annexes

1. **Annexe 1 : lettre envoyée aux sages femmes coordinatrices**

Madame, Monsieur,

Je me présente, Charlotte Vincent je rentre en dernière année d'études de sage-femme à la faculté de médecine et maïeutique de Lille.

Je réalise, pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, un mémoire sur l'accompagnement des étudiants sages-femmes par les professionnels de santé (les sages-femmes particulièrement) lors d'interruptions médicales de grossesses et de morts in utéro.

Il s'agit donc d'une évaluation des pratiques professionnelles.

A ces fins, je souhaiterais réaliser des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes exerçant dans différents centres hospitaliers (de tout niveaux) au sein des réseaux périnataux des Hauts de France.

C'est dans cette optique que je vous sollicite. Serait-il possible d'interroger quelques sages-femmes de vos différents services d'obstétrique (PMF, bloc obstétrical et suites de naissances) ?

Mon mémoire est réalisé sous la direction de madame Isabelle Vaast, sage-femme enseignante à la faculté de médecine et maïeutique de Lille. Je me permets de vous joindre à ce mail mon protocole de recherche, ainsi que ma grille d'entretien.

Je me tiens à votre disposition pour de plus amples informations.

Dans l'attente d'une réponse de votre part,
Bien cordialement,

Charlotte Vincent

« Dans le cadre de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et de suppression des réponses données. Vous pouvez pour ce faire vous adresser à charlotte.vincent@lacatholille.fr »

2. Annexe 2 : Grille d'entretien

Thème 1 : A propos du professionnel de santé.

- Quel parcours professionnel ?
- Combien d'années d'expérience ?
- Quel « profil » ?

Thème 2 : Travail avec un ESF et situations difficiles d'encadrement ?

- Habitude de travailler avec un ESF ? Comment qualifier ce travail avec un ESF ?
- Situation dans laquelle il est difficile d'encadrer un ESF ? Si non cité IMG/MIU ?

Thème 3 : Intégration ou non des ESF sur les IMG/MIU ?

- Aux différentes étapes de la prise en charge ?
- Les facteurs influençant ?
- Les actes réalisés ou auxquels l'étudiant participe ?
- Les freins ?

Thème 4 : Le professionnel de santé lui même étudiant et confronté aux IMG/MIU ?

Thème 5 : Besoin de formation éventuel et autres remarques.

3. Annexe 3 : Fiche de traitement par la CNIL

| | |
|---|--|
| Traitement n°122 | Mémoire – FMM – Vincent 2017 « La place donnée aux étudiants sages-femmes lors des interruptions médicales de grossesse –IMG- et des morts <i>in utero</i> - MIU » |
| Date de mise en œuvre | Novembre 2017 |
| Finalité principale | Définir la place des étudiants sage-femme dans une démarche d'interruption médicale de grossesse et de morts <i>in utero</i> du point de vue des professionnels de santé. |
| Détails des finalités des traitements | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le besoin de formation des sages-femmes concernant l'accompagnement des étudiants sages-femmes face à une interruption médicale de grossesse. - Définir les éventuels freins à l'accompagnement des étudiants sages-femmes lors des IMG et MIU. |
| Service chargé de la mise en œuvre | FMM département de maïeutique |
| Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès | Charlotte Vincent charlotte.vincent@lacatholille.fr Anne Buyssechaert, Correspondante Informatique et Libertés : cil@univ-catholille.fr |
| Catégories de personnes concernées par le traitement | Des sages-femmes volontaires exerçant dans des centres hospitaliers qui à la fois réalisent des IMG et accueillent des étudiants sages-femmes en stage. |
| Catégories de données traitées : Données professionnelles Réponses aux questions | Détails des données traitées : Données professionnelles : parcours professionnel |
| Catégories de destinataires : Charlotte Vincent, étudiante ; Sage-femme référente et directrice de mémoire : Isabelle Vaast. | Données concernées : Charlotte Vincent, étudiante : toutes Sage-femme référente, Isabelle Vaast : toutes |

| | |
|------------------------------------|--|
| Durée de conservation | Durée de l'étude. |
| Mise à jour (date et objet) | Sans objet |
| Modalités d'informations | <p>Par lettre adressée à la cadre de santé de chaque lieu concerné et information par oral lors de l'entretien.</p> <p>« Dans le cadre de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et de suppression des réponses données. Vous pouvez pour ce faire vous adresser à charlotte.vincent@lacatholille.fr »</p> |
| Type de formalité | <p>Déclaration normale.</p> <p>Recherche de type 5.</p> <p>Disposer d'un CIL dispense des formalités auprès de la CNIL.</p> |

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2018

TITRE : PLACE D'UN ETUDIANT SAGE-FEMME LORS DES SITUATIONS DE DEUIL PERINATAL. Etude qualitative, prospective et multicentrique menée

AUTEUR : Charlotte VINCENT

Sous la direction de : Isabelle VAAST, Sage-Femme enseignante à la faculté de Médecine et Maïeutique

MOTS-CLES : Etudiant sage-femme, deuil périnatal, formation, accompagnement

RESUME : Les situations de deuil périnatal sont très difficiles à vivre pour les patientes et les couples, mais aussi par les professionnels de santé qui les accompagnent. A l'heure où la question du bien être étudiant est au coeur des débats éthiques, il est important pour les professionnels de santé de combiner bienveillance de l'étudiant, enseignement, et confort de la patiente lors de situations psychologiquement engageantes comme les morts-in utéro et les interruptions médicales de grossesse.

L'objectif de cette étude était de déterminer si les étudiants sage-femme ont une place dans les situations de deuil périnatal, et si oui, définir laquelle. Secondairement nous avons voulu déterminer les éventuels freins à l'accompagnement des étudiants dans ces situations, et enfin le besoin de formation des professionnels de santé à ce sujet.

Pour cela, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 18 professionnels de santé de la région Hauts de France entre octobre 2017 et février 2018. Divers thèmes ont été abordés comme l'accompagnement global d'un étudiant, certaines situations où l'encadrement est difficile et le travail avec un étudiant lors des morts in utéro ou des interruptions médicales de grossesse...

De façon unanime, les étudiants sages-femmes ont une place lors des situations de deuil périnatal, d'une part en tant que futurs professionnels, et d'autre part comme double soutien, à la fois pour la patiente et pour les sages-femmes avec qui ils travaillent. L'accompagnement des étudiants lors des interruptions médicales de grossesses et des morts in utéro ne semble pas vécu comme difficile par les professionnels.

L'étudiant étant une personne vulnérable, il apparait important de recueillir son consentement lors de sa participation à une telle situation. Il doit, avec la sage-femme qui l'accompagne, se présenter comme un binôme auprès du couple ou de la patiente.

Les professionnels de santé ne semblent pas souhaiter une formation spécifique à propos de l'accompagnement des étudiants dans des situations de deuil périnatal, mais certains expriment toutefois un besoin de formation global vis à vis de l'accompagnement d'un étudiant et d'autres un rappel sur la partie administrative du deuil périnatal.