



HAL
open science

Perceptions et ressenti des sages-femmes de Marseille face au questionnement éthique soulevé lors de la prise en charge et de l'accompagnement des interruptions médicales de grossesse en maternité

Léa Lo Cascio

► To cite this version:

Léa Lo Cascio. Perceptions et ressenti des sages-femmes de Marseille face au questionnement éthique soulevé lors de la prise en charge et de l'accompagnement des interruptions médicales de grossesse en maternité. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03004087

HAL Id: dumas-03004087

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03004087>

Submitted on 13 Nov 2020

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Ecole de Maïeutique

**PERCEPTIONS ET RESENTI DES SAGES-FEMMES DE
MARSEILLE FACE AU QUESTIONNEMENT ETHIQUE
SOULEVE LORS DE LA PRISE EN CHARGE ET DE
L'ACCOMPAGNEMENT DES INTERRUPTIONS
MEDICALES DE GROSSESSE EN MATERNITE**

Présenté et soutenu

Le 13 Avril 2020

Par

LO CASCIO Léa
Née le 23 Décembre 1996

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2019/2020

Membres du jury :

- BALZING, Marie-Pierre, Sage-femme enseignante (personne ressource)
- LE COZ, Pierre, Professeur des universités, responsable du département des Sciences humaines et sociales de l'UFR Médecine, Université d'Aix-Marseille (directeur de mémoire)
- ROCHETTE, Aurélie, Sage-femme

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

PERCEPTIONS ET RESENTI DES SAGES-FEMMES DE MARSEILLE FACE AU QUESTIONNEMENT ETHIQUE SOULEVE LORS DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES INTERRUPTIONS MEDICALES DE GROSSESSE EN MATERNITE

LO CASCIO Léa
Née le 23 Décembre 1996

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

Année universitaire 2019-2020

Validation 1^{ère} session 2020 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2020 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

**PERCEPTIONS ET RESENTI DES SAGES-FEMMES DE
MARSEILLE FACE AU QUESTIONNEMENT ETHIQUE SOULEVE
LORS DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT
DES INTERRUPTIONS MEDICALES DE GROSSESSE EN
MATERNITE**

Remerciements

Un grand merci à Monsieur Pierre LE COZ, mon directeur de mémoire, sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour. Je vous remercie de m'avoir intéressé à l'éthique lors de ma première année commune aux études de santé, et plus tard, de m'avoir guidé dans la réalisation de ce mémoire. Je tiens à vous exprimer mon infinie reconnaissance et respect.

Un grand merci également à Madame Marie-Pierre BALZING, ma personne ressource au sein de l'école de maïeutique, pour son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité. Merci pour toute la confiance que vous m'avez accordée tout au long de ce travail. Je vous témoigne également toute ma gratitude pour m'avoir transmis toute la rigueur et la richesse du métier de sage-femme.

Je tiens aussi à remercier Madame Cécile NINA de m'avoir guidé dans la méthodologie de ce mémoire.

Merci à toutes les sages-femmes qui ont participé à cette étude et ont contribué à sa réalisation. Merci également à toutes les sages-femmes qui m'ont aidé à devenir la professionnelle que je serai bientôt.

Un grand merci à ma famille, en particulier à mes parents dont l'histoire m'a inspiré ce travail. Merci de toujours avoir cru en moi alors que je ne voyais que l'échec, de m'avoir soutenue et aidé durant toutes ces années, encore plus lorsque je me suis blessée. Grâce à vous, je peux être fière de mon parcours.

Merci à mes meilleures amies de toujours avoir été là, peu importe les circonstances, pour tous les bons moments passés ensemble et tous ceux qui nous restent à vivre.

Sommaire

Introduction à l'étude	1
Matériels et méthodes	4
Résultats	7
Analyse et discussion	17
▪ Biais et limites	17
▪ L'IMG : entre médecine et société	18
<i>Un cadre légal aux limites floues et incertaines</i>	18
<i>L'IMG, une problématique de société : handicap et pression sociale</i>	21
<i>Quelles représentations pour les sages-femmes ?</i>	23
▪ La perception du vécu des couples selon les sages-femmes	23
<i>La part du couple dans la décision</i>	23
<i>La part des soignants dans la décision</i>	24
<i>Culpabilité et détresse</i>	25
<i>Le statut foetal : entre enfant désiré et patient muet</i>	25
<i>Un processus parfois rapide et violent</i>	26
<i>L'identité parentale</i>	27
▪ L'investissement et le vécu de la SF dans la PEC d'une IMG	28
<i>Une posture délicate</i>	28
<i>Une prise en charge difficile</i>	30
<i>L'apport de l'expérience</i>	32
<i>Un usage de la clause de conscience pas toujours explicite</i>	32
▪ Les besoins des sages-femmes : pistes d'amélioration	34
<i>Des attentes tournées vers le couple</i>	34
<i>Libérer la parole et créer des espaces de paroles davantage visibles pour les professionnels</i>	36
<i>Se préparer pendant la formation initiale et se renforcer dans la formation continue</i>	38
Conclusion	41
Bibliographie	
Annexes	
Glossaire	

Introduction

En France depuis la loi du 17 janvier 1975 confirmée par le Code Santé Publique, l'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic¹.

Cette interruption de grossesse pour motif médical² est aujourd'hui également encadrée par la loi de bioéthique du 7 juillet 2011³ complétant la loi de 1994. Ainsi l'attestation autorisant une interruption de grossesse ne peut être délivrée que si l'un des médecins est membre d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN).

Cette définition est à distinguer de celle de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) autorisée par la loi française jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (SA). En effet, le terme d'interruption volontaire de grossesse peut amener à une confusion entre l'IVG et l'interruption de grossesse pour motif médical. Dans ce dernier cas, la terminologie d'interruption médicale de grossesse (IMG) s'est imposée pour en faciliter la distinction, que l'indication soit liée à une pathologie fœtale ou un péril maternel.

Par sa nature même, l'IMG soulève de nombreux questionnements éthiques à chaque étape du processus. Tirillés entre les intérêts du couple et ceux du fœtus, les soignants sont engagés dans une réflexion et un accompagnement qui dépassent les limites du somatique et de l'intégrité physique. L'IMG rappelle les grands progrès du diagnostic prénatal (DPN) et ceux, moindres, en matière de thérapeutique *in utero*. Elle questionne la place du handicap et de la différence dans une société toujours en quête de performances, et par conséquent, la pression qui peut s'exercer sur le couple demandeur et les soignants eux-mêmes. Ce processus place chaque acteur face à sa perception de la gravité, de la qualité de vie, face à ses incertitudes et ses doutes. Cela s'avère d'autant plus complexe que la décision est prise sans que l'individu qu'elle concerne directement ne puisse donner son avis.

¹ République française. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). JORF du 18 janvier 1975, p.739.

² République française. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°156 du 7 juillet 2001, p.10823.

³ République française. Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. JORF n°0157 du 8 juillet 2011, p. 11826

Qu'en est-il de cet être en devenir ? Peut-on lui imposer une vie de souffrance ou le priver de la vie afin de lui éviter ces épreuves ?

Dans les deux cas, le choix sera subi par le fœtus. Et qui sera responsable de cette décision ? Le couple ayant fait la demande d'interruption ou bien, les médecins attestant la particulière gravité ou du danger pour la santé de la femme ?

Par ailleurs, quand la grossesse est avancée, il est nécessaire de réaliser un geste d'arrêt de vie du fœtus pour lui éviter les souffrances qu'engendrerait sa survie au travail et à la naissance. Ce geste d'euthanasie est illicite une fois l'enfant né, puisque associé au crime d'infanticide. Pourtant, le fœtus sera le même au moment de sa naissance qu'au moment du geste. Il aura seulement acquis une personnalité juridique avec la fin de son existence *in utero*.

C'est dans ce contexte qu'interviennent de nombreux soignants, parmi lesquels se trouvent les sages-femmes. Acteurs majeurs de la périnatalité, elles ont un rôle tout aussi important dans l'accompagnement de ces couples et de leur fœtus. Leur place est souvent limitée en amont de la décision, mais elle est capitale dès l'hospitalisation jusqu'au retour à domicile. Elles sont un interlocuteur privilégié du couple en particulier en salle d'accouchement. Les sages-femmes représentent donc la pierre angulaire entre les médecins, le couple et son entourage, et le reste de l'équipe soignante notamment les psychologues.

Si la surveillance obstétricale ne diffère pas grandement de celle d'un accouchement classique, l'accompagnement psychologique lui n'est pas semblable et d'autant plus important qu'en dépend l'avenir du couple, de la famille. En effet, le déclenchement, le suivi du travail et l'accouchement sont réalisés avec la même rigueur professionnelle que chez la parturiente classique. Néanmoins, si la sage-femme doit toujours accompagner un couple dans le respect et l'empathie, cela est encore plus vrai lors de l'accompagnement d'une IMG.

Comme l'indique le référentiel métier et le Code de déontologie de la profession, la sage-femme doit être capable de surveiller et prendre en charge des grossesses à risque ou pathologiques. Elle doit annoncer avec tact et humanité les évolutions négatives de la grossesse, délivrer une information claire et adaptée à la compréhension de la femme et son entourage, mais aussi établir une relation de confiance et d'écoute empathique. (CNOSF & CASSF, 2010)

« *La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient [...] leur handicap, leur état de santé, ou les sentiments qu'elle peut éprouver à leur égard.* » (CNOSF, 2012)

Cependant la sage-femme n'est pas tenue de concourir à la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse. De même, elle a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, de se dégager de sa mission dans certaines circonstances, à condition que la continuité des soins et du suivi soit assurée. (CNOSF, 2010)

Mais qu'en est-il dans la pratique ? L'IMG est une procédure qui semble presque contre nature s'agissant d'une profession telle que celle de sage-femme et soulève un questionnement éthique. Comment la sage-femme est-elle véritablement investie dans cet accompagnement ? Y-a-t-il un mal être ou des difficultés à l'exercice de cette mission ?

C'est une question qui reste peu explorée dans la littérature et qui concerne pourtant un sujet important et incontournable de cette profession. Ce mémoire n'aura pas pour but de prendre parti mais plutôt de traiter la question suivante :

« Quels sont les perceptions et le ressenti des sages-femmes de Marseille face au questionnement éthique soulevé lors de la prise en charge et de l'accompagnement des interruptions médicales de grossesse en maternité ? »

Ce travail étudiera 2 sous-objectifs :

- identifier et analyser les perceptions et le ressenti des sages-femmes (SF) de Marseille face au questionnement éthique soulevé lors de la prise en charge (PEC) et de l'accompagnement des IMG en maternité,
- identifier les stratégies de « contournement » ou de coping décrites par les SF mises en place pour faciliter la PEC et l'accompagnement de l'IMG.

La finalité de ce mémoire serait de proposer des outils facilitateurs ou potentiellement susceptibles d'améliorer la posture des SF face l'IMG et *in fine* d'améliorer la PEC et l'accompagnement de ces couples.

Matériels et méthodes

Protocole de recherche

En cherchant à comprendre le vécu des sages-femmes face à l'IMG et au questionnement qu'elle peut soulever, cette étude a nécessité une approche qualitative. En effet, cette méthodologie permet de mettre l'accent sur les perceptions, et les sentiments des personnes. Elle permet de mettre en avant la complexité d'un phénomène ou d'une situation mais aussi, la façon dont les personnes perçoivent leur propre expérience à l'intérieur d'un contexte social donné. C'est dans ce but que la méthode phénoménologique par entretiens semi-directifs a été retenue.

Population étudiée

Recrutement

Le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat. Les sages-femmes cadres des 3 maternités choisies ont été contactées par mail ou directement en présentiel afin d'obtenir une autorisation à la réalisation des entretiens. Puis, les sages-femmes ont été contactées par mail ou directement sur leur lieu de travail.

Critères d'inclusion

- Sage-femme exerçant à l'Hôpital Nord, l'Hôpital de la Conception ou l'Hôpital Saint-Joseph
- Sage-femme accompagnant des IMG
- Sage-femme n'accompagnant pas ou plus des IMG
- Sage-femme volontaire

Critères de non inclusion

- Sage-femme n'exerçant pas à l'Hôpital Nord, l'Hôpital de la Conception ou l'Hôpital Saint-Joseph
- Etudiants sages-femmes
- Sage-femme refusant l'entretien

Limite du sujet

L'IMG avant 14 SA n'est pas traitée du fait de la PEC charge au bloc chirurgical et a fortiori d'une présence moins importante de la sage-femme.

Lieux et durée de l'étude

L'étude s'est déroulée sur les maternités de l'Hôpital Nord, de l'Hôpital de la Conception, de l'Hôpital Saint-Joseph, de fin juillet 2019 à fin novembre 2019.

Modalités pratiques du recueil de données

Le recueil de données a été fait via des entretiens semi-directifs anonymes durant entre 30 et 60 minutes. Les sages-femmes participant à l'étude avaient la possibilité de ne pas répondre à une ou des questions, ainsi qu'interrompre l'interview à tout moment.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils sont basés sur un guide d'entretien représenté dans ce travail par une grille de questions ouvertes classées par thématiques (Cf-Annexe 1). Néanmoins, l'ordre des questions n'était dicté que par l'aspect conversationnel de l'interview.

Ces entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des sages-femmes lorsqu'elles en avaient le temps.

L'étude a cherché à recueillir, d'abord des informations sur le parcours professionnel des sages-femmes et leur expérience, puis leur vécu de cette prise en charge d'IMG, leurs sentiments et émotions durant cet accompagnement, leur opinion sur le cadre réglementaire et législatif de l'IMG, leur positionnement face au couple, au fœtus, au sein de l'équipe médicale, face au questionnement éthique. Enfin, les sages-femmes ont été interrogées sur leur manière de faire face aux difficultés éventuellement rencontrées et les besoins ressentis dans cette prise en charge.

Tous ces items ont permis de donner une direction à la conversation, sans la guider complètement. Cela a donc permis aux participants d'être libres de leur réponse, comme le décrit la méthode d'entretien de Kaufmann.

Une fois les entretiens réalisés, ils ont été retranscrits mot à mot par écrit sur le logiciel Microsoft Word, en vue de leur analyse. Les 10 entretiens ont été analysés en dégagant des idées, propos et thématiques récurrents via des verbatims. Ces derniers ont ensuite été regroupés en différentes catégories composées de rubriques, sous-rubriques, thèmes et sous-thèmes.

Ci-dessous, la représentation du profil des participants à l'étude :

	Pseudonyme	Age	Années d'exercice	Lieu d'exercice
Entretien 1	Clara	33 ans	9 ans d'exercice	Hôpital de La Conception
Entretien 2	Kenlé	56 ans	35 ans d'exercice	Hôpital de La Conception
Entretien 3	Shana	44 ans	22 ans d'exercice	Hôpital de La Conception
Entretien 4	Arie	32 ans	9 ans d'exercice	Hôpital de La Conception
Entretien 5	Fleur	46 ans	20 ans d'exercice	Hôpital Nord
Entretien 6	Lola	29 ans	6 ans d'exercice	Hôpital Nord
Entretien 7	Dorie	47 ans	25 ans d'exercice	Hôpital Saint-Joseph
Entretien 8	Nicolas	50 ans	28 ans d'exercice	Hôpital Saint-Joseph
Entretien 9	Johanna	44 ans	21 ans d'exercice	Hôpital Saint-Joseph
Entretien 10	Nina	25 ans	2 ans d'exercice	Hôpital Nord

Tableau 1 : Profil des participants à l'étude

Résultats

Une analyse de contenu a pu être réalisée à partir des 10 entretiens dont les résultats sont exposés sous forme de tableaux synoptiques et de leur description plus ou moins détaillée. Ils ont pu être construits grâce aux expressions et pensées exprimées dans la majorité voire de la totalité des entretiens.

Par souci de clarté, les tableaux contenant les numéros de ligne des verbatims seront présentés en annexe. Dans cette partie, les idées présentes et mentionnées en entretien seront illustrées par une croix dans la case correspondante.

Cette analyse a permis de dégager 4 rubriques :

- réflexions suscitées et représentation de l'IMG,
- investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG,
- perception des sages-femmes sur le vécu des couples demandeurs d'une IMG,
- besoins et attentes des sages-femmes.

RUBRIQUE	Réflexions suscitées et représentations de l'IMG									
SOUS-RUBRIQUES	Réflexions suscitées						Représentations			
THEMES	Cadre		Société		Cas de la T21		Positives		Négatives	
SOUS-THEMES	Incertitude	Subjectivité Et limites	Intégration du handicap	Pression sociale	Ambivalence	Eradication	Choix/liberté	Possibilité/solution	Arrêt Douleur	Echec de la société
Clara		X			X			X	X	
Kenlé		X			X		X			
Shana		X	X	X		X	X	X		
Arie	X	X					X			
Fleur		X	X					X		
Lola	X	X		X	X	X		X		
Dorie	X	X	X	X		X	X		X	
Nicolas		X	X	X	X			X		
Johanna	X	X	X	X	X	X				X
Nina	X	X		X	X		X	X		

Tableau 2 : Résultats des réflexions suscitées et des représentations de l'IMG

Le sujet de l'IMG a suscité des réflexions chez les sages-femmes concernant son cadre réglementaire, sa définition mais aussi les problématiques de société qui lui sont liées et notamment dans le cas de la Trisomie 21.

Tous les professionnels interrogés ont reconnu une certaine subjectivité dans la définition donnée par le législateur : *« C'est des mots qui peuvent mettre le doute. « Forte probabilité », ça veut dire qu'il y a une faible probabilité qu'il n'y ait rien. C'est compliqué, et c'est là où ça complique probablement la décision pour les gens. On joue sur les mots. »* (Nicolas, L.135-137)

« Je trouve que c'est obligatoire qu'il y ait plusieurs médecins qui se penchent sur le dossier pour accepter ou non une IMG, parce que chacun a un point de vue différent, chacun vit des choses différentes. » (Clara, L.302-304)

Certains ont même été confrontés à des situations qui leur ont posé question. C'était le cas de Shana : *« c'était une IMG pour agénésie d'un des 2 os de l'avant-bras et de 2 doigts. Et, j'ai été très choquée de l'indication de l'IMG puisque la patiente avait consulté un orthopédiste qui lui avait dit qu'on n'appareillait pas ce genre de malformation car on en vit très bien, normalement. »* (L.23-26)

Kenlé a également été face à un cas semblable : *« Cela m'est déjà arrivée et récemment, il y a peut-être 1 an j'ai refusé de donner le traitement à la patiente et de la prendre en charge parce que son bébé n'était pas porteur d'une malformation. En fait, c'était elle qui était porteuse et non lui, il n'avait aucune malformation, aucune pathologie. »* (L.23-26)

La moitié des sages-femmes ont souligné l'incertitude qui peut accompagner ces décisions comme Dorie : *« heureusement, parfois on a de vrais diagnostics, on sait ce que l'on a vraiment en face. Et après, d'autres fois effectivement, c'est tellement... »* (L.185-186)

« Mais c'est vrai que lorsqu'on a des suspicions ou qu'on ne sait pas, on se dit qu'il y a une particulière gravité et une forte probabilité, là pour les parents quel est le risque ? On donne toujours des chiffres, on ne sait pas mais il y a des fortes probabilités, mais qu'est-ce que ? Est-ce que... » (Dorie, L.188-191)

Pour sept sages-femmes, le rôle de la société a été évoqué soit à travers la question de l'intégration du handicap, soit de la pression sociale qui peut s'exercer sur chaque individu. Shana a dit ainsi : *« On ne s'adapte pas, on n'intègre pas le handicap. »* (L.166-167)

Johanna a également spécifié : « *Parce qu'en fait moi j'ai l'impression qu'on est face à une société qui nous dit qu'on ne peut pas le garder, il n'est pas conforme, ça ne va pas.* » (L112-113)

Huit sages-femmes ont fait mention de la Trisomie 21. Elles ont exprimé une ambivalence sur leurs sentiments concernant cette pathologie : « *Mais après mine de rien, la trisomie 21 tu te poses quand même des questions. Ce sont des enfants qui vont quand même relativement bien, qui ont une vie.* » (Nina, L.231-233)

Quatre d'entre-elles ont verbalisé le mot « éradication » en évoquant cette anomalie génétique et son dépistage comme Shana : « *On est dans l'éradication du trisomique, ça c'est clair, on est dans l'éradication totale du trisomique. Mais parce que la société n'intègre pas le handicap, il y a des handicaps bien plus compliqués que la trisomie 21 et qui ne sont pas dépistés à l'échelle de la trisomie 21.* » (L.162-165)

Néanmoins, la grande majorité a conservé une vision et une représentation positive de l'IMG et l'ont considéré comme une solution, voire un véritable choix : « *Ça m'évoque la liberté, le choix plutôt, enfin c'est pareil on peut dire les deux. Le choix de poursuivre ou non la grossesse lorsqu'il y a une pathologie, la liberté de choisir d'interrompre ou pas.* » (Dorie, L.172-173)

RUBRIQUE	Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG						
SOUS-RUBRIQUES	Difficultés				Posture		Apport de l'expérience
THEMES	Emotions Valeurs	PEC & l'organisation	Face au fœtus Et l'arrêt de vie	Relation couple- soignant	Exécutante Suspension du jugement	Accompagnante	
Clara	X	X	X	X	X	X	X
Kenlé	X	X	X	X		X	X
Shana	X	X	X	X	X	X	X
Arie	X	X	X	X	X	X	X
Fleur	X	X	X	X	X	X	X
Lola	X	X	X	X	X	X	X
Dorie	X	X	X	X		X	X
Nicolas	X	X	X	X	X	X	X
Johanna	X		X	X	X	X	
Nina	X	X	X	X	X		X

Tableau 3 : Résultats de l'investissement de la sage-femme dans la PEC d'une IMG : difficultés, posture et apport de l'expérience

La place particulière de la sage-femme dans ce type de prise en charge a fait émerger des difficultés chez toutes les personnes interviewées dans plusieurs aspects de cet accompagnement.

Fleur a ainsi exprimé le poids émotionnel de cette PEC : « *A chaque fois que j'allais en garde, je voulais qu'il n'y ait pas d'IMG. Donc c'est que ça commençait à beaucoup me peser à la fin.* » (L.178-179)

Lola a souligné la variation des émotions au décours de la garde : « *Tu as une espèce d'ascenseur émotionnel dans la même quinzaine de minutes donc ce n'est pas simple !* » (L.46-47)

Dans la prise en charge technique et l'organisation de ce processus, Arie a expliqué les difficultés liées à une surcharge d'activité : « *Ils n'ont pas pu bloquer la salle et on s'est retrouvé à faire un travail non satisfaisant dans des conditions qui ne l'étaient pas non plus. Donc il nous arrive de ne pas travailler dans des conditions satisfaisantes* » (L.65-67). Elle a aussi rappelé la difficulté d'épargner les couples de la perception de naissances vivantes : « *On essaie de faire attention à tous ces détails mais c'est compliqué, elles restent en maternité et donc oui, il y a des bébés.* » (L.190-191)

Les sages-femmes ne trouvaient pas toujours la confrontation avec le corps du fœtus facile : « *quand tu as accompagné le travail de la femme et du couple, l'expulsion, la délivrance, que tu as réinstallé la patiente et qu'ensuite il faut s'occuper du corps de l'enfant, là j'arrive à ma limite. C'est-à-dire que j'ai fait tout ça, et à la fin quand il faut faire les empreintes, je n'y arrive plus, je suis saturée, après c'est trop, ça prend trop de place...* » (Shana, L.123-127)

Concernant le geste d'arrêt de vie, sa violence a poussé Fleur à refuser les accompagnements d'IMG le nécessitant : « *Donc on est amenée depuis quelques années à assister lors des exitus. Et c'était trop dur pour moi, j'ai d'ailleurs été la seule à refuser.* » (L.33-34) « *c'est vraiment la violence du geste qui me posait problème.* » (L.51-52)

Alors que l'accompagnement psychologique est primordial, leur relation avec le couple n'a pas toujours été aisément établie comme Nina l'a expliqué : « *Il y a quand même beaucoup de dames qui ne s'expriment pas du tout et je trouve que c'est plus difficile à accompagner qu'une dame qui s'exprime plus facilement [...] tu te demandes si tu agis bien, si tu devrais plus lui parler, tu te demandes si elle attend plus de toi ou si elle a juste envie d'être tranquille.* » (L.50-52 puis L.55-57)

Les sages-femmes ont témoigné de la délicatesse de leur posture à la fois accompagnante et exécutante où la réflexion n'est plus possible : « *En tant que sage-femme, c'est difficile de se positionner.* » (Lola, L.57) « *Moi j'applique les protocoles* » (Lola, L.224)

Malgré cela, Johanna a dit : « *On n'est pas autour mais on est peut-être là à un moment on va pouvoir aider la femme de façon plus marquée* » (L.380-381)

Pour la quasi-totalité d'entre-elles, l'expérience a été leur plus grand apport dans leur apprentissage et le développement de la qualité de leur accompagnement, la formation faisant soit défaut, soit n'étant pas pertinente : « *C'est l'expérience, l'expérience de tout, en tant que sage-femme, en tant que maman, en tant que femme.* » (Dorie, L267-268)

Clara n'a pas gardé un bon souvenir d'une formation qu'elle avait faite : « *D'ailleurs, elle n'était pas facile cette formation parce qu'il n'y avait que des mises en situations. Et c'était compliqué parce qu'un coup tu jouais la patiente, un coup tu jouais le professionnel. Ça nous faisait faire des choses qui ne correspondent pas forcément à la réalité.* » (L.289-293)

RUBRIQUE	Investissement de la sage-femme dans la PEC d'une IMG						
SOUS-RUBRIQUES	Stratégies de coping						
THEMES	Identification Rationalisation	Humour	Vocabulaire scientifique	Humanisation du Fœtus	Distance Recul	Evitement Refus	Entraide Soutien
Clara	X				X	X	X
Kenlé				X	X	X	X
Shana						X	X
Arie				X		X	X
Fleur	X		X		X	X	X
Lola	X	X	X		X	X	X
Dorie	X	X		X	X	X	X
Nicolas			X	X	X	X	X
Johanna					X		X
Nina				X	X		X

Tableau 4 : Résultats de l'investissement de la sage-femme dans la PEC d'une IMG : stratégies de coping

Cet accompagnement et cette PEC complexes ont poussé les sages-femmes à développer des stratégies de coping, c'est-à-dire des moyens d'adaptations afin de faire face aux difficultés rencontrées.

Tous ont évoqué l'entraide qui existe dans l'équipe soignante de garde ou le soutien reçu des collègues, de la famille, voire d'un psychologue : « *quand il y a une IMG sur ta garde, la famille de sage-femme est très soudée* » (Lola, L.82-83), « *en général si on peut, on essaie de préserver la sage-femme qui fait l'IMG. C'est toujours comme ça.* » (Fleur, L.118-119), « *j'ai la chance que mon compagnon soit en médecine donc il comprend. Je pense que ça joue beaucoup* » (Nina, L.205-206)

« *Donc oui forcément, les collègues sont un bon soutien et les psychologues aussi. On n'y pense pas souvent, mais elles travaillent autant pour les patientes que pour nous.* » (Nina, L.216-217)

Huit sages-femmes ont déjà refusé ou évité de prendre en charge un couple demandeur d'IMG. C'était le cas de Clara : « *Mais des fois, j'essayais d'éviter. Elle, j'avais clairement essayé de l'éviter et de ne pas m'en occuper.* » (L.335-336)

Et de Shana : « *j'ai refusé de donner le comprimé de Mifégyne® à une IMG programmée.* » (L.19-20)

Huit ont déclaré prendre du recul et de la distance par rapport à la situation. Par exemple, Nicolas a dit : « *j'arrive à mettre mes émotions de côté* » (L.26) et « *On va croire que je suis insensible mais ce n'est pas de l'insensibilité, c'est juste que sinon on est des éponges pour toutes les patientes qui se retrouvent dans ces situations.* » (L.199-202)

La moitié des participants ont raconté effectuer les soins au corps du fœtus en le considérant comme un nouveau-né vivant : « *en fait je lui parle au bébé. Ça peut paraître ridicule mais je lui parle, je l'appelle par son prénom, je ne sais pas... [...] c'est un moyen de protection et moi, ça m'apaise, tu vois ce que je veux dire ? Ça me permet de le considérer vraiment comme un enfant* » (Kenlé, L. 270-271 et L.274-276)

Certains ont fait face en utilisant l'humour comme l'a décrit Dorie : « *Alors, entre nous, au départ ça me choquait, je l'ai su après... Mais les collègues plaisantent. Elles plaisantent beaucoup, elles font de l'humour noir mais je sais que c'est pour se protéger.* » (L.106-108)

D'autres se sont raccrochés au vocabulaire scientifique : « *Après, entre sages-femmes, on dit « Je vais à l'exitus », on se parle entre nous, on n'emploie pas le mot foeticide, ce mot « foeticide » il est fort, il est trop fort.* » (Lola, L.320-322) ou se sont identifié à leurs patients : « *j'essaie toujours de me mettre à la place de la maman et je me dis toujours m'occuper d'un enfant ce n'est pas évident.* » (Clara, L.79-80)

RUBRIQUE	Perception du vécu des couples demandeurs d'IMG selon les sages-femmes						
SOUS-RUBRIQUES	Décision			Couple ou parents	Le parcours		
THEMES	Autonomie	Influence	Culpabilité		Temporalité	Risque de malfeasance	Détresse & deuil
Clara	X	X	X		X	X	X
Kenlé	X	X	X		X	X	X
Shana	X	X	X			X	X
Arie	X		X			X	X
Fleur	X		X			X	X
Lola	X	X	X	X		X	X
Dorie	X	X			X	X	X
Nicolas	X		X			X	X
Johanna	X	X	X	X	X	X	X
Nina		X				X	

Tableau 5 : Résultats de la perception du vécu des couples demandeurs d'IMG selon les sages-femmes

Concernant leur perception du vécu des couples, neuf sages-femmes interrogées ont pensé que la décision est un choix autonome des parents : « *Même si le choix est difficile, que ce n'était pas ce qu'ils souhaitaient car aucun parent ne voudrait ça, l'IMG reste un choix* » (Arie, L.94-95)

Néanmoins, il peut exister une influence des équipes soignantes dans ce choix pour la plupart d'entre-elles. D'après Johanna, la demande d'une IMG « *est influencée par les médecins dans le sens où le discours qui est donné est plus ou moins positif. [...] Quand le pronostic est incertain, je ne vois pas comment ça ne peut pas être le médecin qui... C'est attaché au pronostic donné par le médecin, est-ce que le médecin donne toujours un pronostic... Il fait de son mieux, il donne le pronostic qu'il pense être le plus juste, et souvent ils sont plusieurs* » (L.117-118 et L.123-126)

La majorité des sages-femmes ont noté le sentiment de culpabilité pouvant envahir le couple portant cette décision, notamment au moment du geste d'arrêt de vie fœtale : « *Quand on se retourne sur ce parcours quelques années après, quelques temps après, pas forcément des années, on peut se dire parfois : « Est-ce que j'ai pris la bonne décision ? Est-ce que je n'ai pas fait trop vite ? Est-ce que j'ai bien réfléchi ? ».* » (Johanna, L.52-54)

Dans le parcours de l'IMG, toutes les personnes interrogées ont mentionné, plus ou moins implicitement, des gestes ou des attitudes qui pourraient involontairement être malfaisants : « *Mais je trouve que dans l'horreur de la situation ça manque un peu d'humanité.* » (Lola, L.294-295), « *Moi, je ne sais pas, j'ai le sentiment que les femmes, on les laisse un peu seules après. Je ne sais pas si elles sont bien accompagnées après.* » (Shana, L.205-206)

Neuf sages-femmes ont reconnu la détresse dans laquelle se trouve le couple et les difficultés qu'il peut rencontrer dans son cheminement vers deuil. Ainsi, Arie a expliqué la réserve et le silence de certains couples durant la prise en charge : « *On se dit que peut-être elles se protègent au maximum, ce qui est compréhensible parce que c'est horrible d'en arriver là quand on a senti un bébé bouger, des choses comme ça.* » (L.129-134)

Quatre d'entre-elles ont eu le sentiment que la décision était prise trop rapidement ou que le couple n'avait parfois pas suffisamment de temps de recul et de réflexion. Kenlé en fait partie, elle a énoncé : « *Parce que souvent les décisions d'IMG sont prises trop rapidement, enfin à mon goût. Oui, il y a des gens qui te disent qu'il faut que ce soit rapide, puis après quand tu discutes avec eux aux GRE, ils te disent que la semaine, les 15 jours ou les 3 semaines qu'ils ont eu après, ça leur a permis de se préparer à ça. Puis je pense qu'il ne faut jamais se précipiter.* » (L.191-195)

C'est également le cas de Johanna qui a rajouté : « *Disons que pour décider de vie ou de mort sur son enfant, je pense que le délai il peut être long.* » (L.62-63)

Enfin deux sages-femmes ont souligné le trouble identitaire pouvant être éprouvé au moment et à la suite d'une IMG. Lola était l'une d'elle : « *d'ailleurs il n'y a pas de terme pour les parents qui ont perdu un enfant. On a un terme pour les enfants qui ont perdus leurs parents, on les appelle les orphelins, mais une maman qui a perdu son enfant, on ne l'appelle pas. [...] mais ces femmes-là, elles ont besoin de reconnaissance, elles ont besoin d'appartenir à quelque chose ou d'être quelqu'un dans ces moments où c'est le vide le plus total en elles.* » (L.381-383 et L.395-397)

RUBRIQUE	Besoins des sages-femmes, améliorations proposées							
SOUS-RUBRIQUES	Formation		Les moyens		Soutien		L'accompagnement	
THEMES	Initiale	Continue	Administratifs	PEC médicale	Aide à la PEC	Psychologique	Continuité du suivi	Connaissance du dossier
Clara					X			
Kenlé		X		X	X	X	X	X
Shana	X	X				X	X	X
Arie	X			X				
Fleur			X			X	X	
Lola	X					X	X	X
Dorie					X		X	
Nicolas	X			X		X		X
Johanna					X	X		
Nina	X			X	X			

Tableau 6 : Résultats des besoins des sages-femmes et améliorations proposées

Face à ce type de prise en charge, les sages-femmes ont manifesté des attentes ou ont proposé des améliorations dans plusieurs domaines.

Ainsi concernant la formation, Nina a dit : « *Déjà, je pense qu'il faudrait un peu moins protéger les étudiantes.* » (L.311) Tandis que Arie a déclaré : « *Je pense que la formation sur le deuil pourrait être faite à l'école.* » (L.204-205)

Dans les moyens mis en œuvre dans la procédure d'IMG, quatre sages-femmes ont souhaité voir des changements concernant la PEC médicale. Par exemple, Kenlé a évoqué la possibilité suivante : « *Peut-être travailler sur les exitus⁴, il faudrait peut-être se pencher dessus. Parce que là, on a commencé un petit peu en parlant de soins-palliatifs, mais comme ça ne concerne pas tout le monde, pas toutes les patientes, il y en a qui n'ont pas cette réponse-là. Je pense qu'il faudrait leur donner d'autres réponses, tout du moins leur donner le choix.* » (L.375-378)

Fleur a imaginé un soulagement de la tâche administrative incombant à la sage-femme : « *Enfin, c'est sûr que s'il y avait quelqu'un pour nous aider, nous alléger, qui nous aiderait à faire les papiers, l'administration, je veux dire ça peut être fait par n'importe qui. Donc oui, ça allégerait parce que ça prend quand même beaucoup d'énergie une IMG* » (L.149-152)

La moitié des sages-femmes interviewées se sont prononcées en faveur d'une amélioration de la qualité de l'accompagnement des couples. La moitié a remarqué l'importance d'une continuité dans le suivi et d'un changement d'interlocuteur moins fréquent : « *ce serait bien que la patiente, le couple ne voit pas 36 personnes, n'est pas trop d'interlocuteurs.* » (Dorie, L.292-293)

Quatre désiraient une meilleure connaissance du dossier et du parcours des couples comme Kenlé : « *ce serait important d'avoir d'autres informations [...] Et du coup, ça pourrait donner des pistes pour pouvoir discuter avec eux, pour les aider à s'ouvrir.* » (L.77-82)

Plus de la moitié ont manifesté un besoin de soutien professionnel dans la PEC et psychologique. Dorie et Clara ont, par exemple, eu besoin d'aide lors de la PEC du corps du fœtus : « *Là, je pense qu'on a toujours besoin d'être au moins 2 pour avoir du soutien.* » (Dorie, L.87-88) « *Je trouve que c'est lourd quand tu t'occupes de tout de A à Z, de la maman, du couple du bébé mort. Ça fait un peu trop pour moi [...] je trouve que c'est plus facile quand on est plusieurs et qu'on divise un peu le travail.* » (Clara, L.30-31, L.33)

En ce qui concerne un soutien psychologique, Fleur a dit : « *peut-être des groupes de parole de temps en temps. Comme on fait des staffs, on pourrait faire des groupes de parole pour les sages-femmes. Presque les imposer à la rigueur parce que des fois, je crois qu'on ne s'en rend même pas compte mais ça nous pèse...* » (L.225-228)

⁴ Désigne le geste d'arrêt de vie fœtale, également appelé geste foeticide.

Analyse et discussion

Biais et limites

Avant de commencer l'analyse, il est nécessaire de rappeler les biais inhérents à l'utilisation de la méthode qualitative :

- un biais de sélection : ce mémoire en s'appuyant sur une méthode de recherche qualitative sous forme d'entretiens, ne permet pas de sélectionner un échantillon représentatif de la population puisque le nombre de personnes interviewées est surtout basé sur le volontariat, et donc l'envie de s'exprimer sur ce sujet.
- un biais de confusion : la position d'étudiante sage-femme est susceptible d'avoir influencé les réponses des personnes interrogées.
- des biais de subjectivité et d'interprétation : la méthode de l'entretien n'exclut pas une influence mutuelle entre l'interviewer et l'interviewé, il est donc possible que certaines réponses aient pu être involontairement orientées ou mal approfondies. Il est également possible que les participants ne partagent pas toujours leur vérité par crainte de mal répondre aux questions, d'autant plus que ce sujet est un sujet délicat. De plus, l'interprétation des réponses est soumise à la subjectivité même du chercheur. Enfin, ces témoignages étant basés sur des émotions, des ressentis et des perceptions, ils ne sont pas représentatifs de la population générale.
- la communication non verbale n'a pas été ou rarement été étudiée lors des entretiens ce qui a pu entraîner une perte d'informations potentiellement importantes et intéressantes pour la retranscription et l'analyse des résultats.

Les limites de l'étude sont :

- le point de vue de sages-femmes refusant complètement toute prise en charge et accompagnement d'IMG qui n'a pas pu être recueilli, bien que cela aurait pu amener des réponses intéressantes, puisque les entretiens se sont déroulés sur la base du volontariat,
- l'accès à une littérature gratuite sur le sujet qui est restreinte,

Lors de l'étude, 4 axes de discussions se sont dégagés :

- l'IMG : entre médecine et société,
- la perception du vécu des couples selon les sages-femmes,
- l'investissement et le vécu de la SF dans la PEC d'une IMG,
- les besoins des sages-femmes : pistes d'amélioration.

L'IMG : entre médecine et société

Un cadre légal aux limites floues et incertaines

« Bien pour moi ça ne veut rien dire, parce qu'en fait tu peux tout faire rentrer dedans. [...] Donc, le législateur a essayé de couvrir le maximum de choses mais sans réfléchir à ce que cela pouvait impliquer. » (Kenlé, L.179-182)

Cette citation de Kenlé illustre que si la loi française a défini un cadre pour l'interruption médicale de grossesse, celui-ci n'est pas toujours clair. Comme énoncée dans l'introduction, *« l'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic »*⁵. En outre, pour arrêter une grossesse en raison d'une indication foetale, la pathologie doit remplir les 3 conditions suivantes :

- une forte probabilité d'atteinte,
- l'affection doit être reconnue comme étant d'une particulière gravité,
- elle doit être incurable au moment du diagnostic.

Il n'y a donc pas de liste officielle de pathologies éligibles à une demande d'interruption médicale de grossesse et il est licite de se demander, en certaines circonstances, ce qu'entend le législateur par ces caractéristiques.

⁵ République française. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). JORF du 18 janvier 1975, p.739.

« *Eh bien, que peut être on fait des foéticides et que l'enfant, peut-être, va aller bien. Voilà ce que ça soulève ces mots-là, après tout dépend du motif exact.* » (Lola, L.245-246)

Ici, Lola exprime la nébulosité des textes, s'il existe des situations pour lesquelles il y a peu d'incertitudes, il en existe d'autres qui engendrent plus de doutes au sein des équipes du CPDPN. Mais alors, à partir de quel seuil la probabilité d'une atteinte foetale est-elle considérée comme « forte » ? Doit-on ne considérer que l'aspect statistique du problème ? Quel niveau de risque est acceptable pour le couple ? La probabilité d'un risque n'est-elle pas déjà un risque tout court ? (D.Merg et P.Schmoll, 2005)

De plus, cette notion de probabilité peut être fortement liée à celle d'une incertitude de pronostic. « *C'est terrible, ou alors quand on ne sait pas. Par exemple, l'agénésie du corps calleux, classiquement. Je me souviens d'une dame qui avait fait deux interruptions pour ça justement, et le troisième n'avait toujours pas de corps calleux mais elle a décidé de le garder, je me suis dit « Punaise, qu'est-ce qu'il va se passer après ? ». Si ça se trouve, il ira très bien comme toi et moi, mais qu'est-ce qu'elle va se dire et surtout qu'est-ce qu'elle dira à son enfant ?* » (Johanna, L.341-346)

Comme l'illustre Johanna, dans l'agénésie du corps calleux, le pronostic est fortement lié à son association avec d'autres malformations, même mineures. Dans le cas, où l'agénésie est isolée, il semblerait que 80% des individus ayant cette particularité se développent normalement, les 20% autres ont un pronostic plus sombre. Or, il est impossible de préciser quel sera leur devenir, d'autant plus qu'il faut tenir compte des limites des techniques d'investigation. En effet, malgré leurs avancées et la présence d'un opérateur confirmé, il est impossible de tout voir et donc tout diagnostiquer (J-P. Lefevre, 2013)

Ces incertitudes pronostiques et l'évaluation complexe du risque risqueraient d'accorder un poids non négligeable au principe de précaution, et ce d'autant plus que, lors de l'annonce d'un diagnostic, la présence d'un risque, même faible, peut envahir le couple dans son inconscient. (D.Merg et P.Schmoll, 2005).

« Oui, en fait c'est à l'appréciation de chacun. Il y a quand même des staffs anténatales mais... Puis ce qui est grave pour l'un ne le sera pas pour l'autre... Tout est relatif voilà. » (Johanna, L.32-33) Ici, la sage-femme interrogée dénote ce que les termes de « particulière gravité » peuvent laisser penser : la gravité est soumise à la subjectivité de chaque individu y étant confronté. Pour qui considère-t-on que quelque chose soit grave ? Pour l'enfant, ses parents, sa famille, les médecins ou la société ? Sur quels critères se base-t-on pour la définir ? Le législateur admettrait donc que la gravité d'une affection le soit non seulement d'un point de vue du pronostic médical mais aussi psychologique et social. (D.Merg et P.Schmoll, 2005).

En ce qui concerne l'incurabilité, Nina dit : « L'incurabilité au moment du diagnostic, je trouve que c'est le plus important dans le texte législatif. Certes, peut-être que dans 10 ans il y aura une solution mais est-ce que tu vas infliger des souffrances, des mois à l'hôpital à un enfant parce qu'il y aura peut-être une solution dans quelques années ? »

L'incurabilité se définit-elle seulement par l'absence de thérapeutique permettant une guérison complète ? En ne tenant compte que de la survie, il existe des cas particuliers tels que la hernie diaphragmatique, pathologie curable lorsque la chirurgie est un succès mais létale dans le cas contraire. Le caractère incurable d'une pathologie semble donc fortement lié à sa gravité, à la qualité de vie et à la souffrance attendue chez le fœtus atteint. (D.Merg et P.Schmoll, 2005). Mais aussi il semble à la temporalité, c'est-à-dire au moment où est fait le diagnostic, sachant parfois qu'une pathologie incurable à l'instant « T » ne l'est plus quelques années ou décennies après.

Si l'absence d'une liste d'affections pouvant indiquer une IMG est préférable, en raison d'un risque de stigmatisation des individus vivants avec ces pathologies, la décision d'interrompre la grossesse est donc parfois difficile à prendre et à autoriser ; d'autant plus que les techniques d'investigations prénatales sont de plus en plus performantes entraînant la mise en évidence d'anomalies dont la signification est parfois mal connue. En outre, l'appréciation de la gravité d'une pathologie est laissée à l'interprétation des équipes du CPDPN et la délivrance d'une attestation de particulière gravité n'est plus seulement considérée dans sa dimension médicale mais aussi dans ses dimensions psychologique et sociale. (J. Milliez, 1999)

L'IMG, une problématique de société : handicap et pression sociale

Comme vu ci-dessus, la gravité se mesure également en tenant compte des répercussions d'un handicap sur la vie sociale du futur enfant et sur la capacité des parents à pouvoir assumer tous les soins et l'attention qu'il peut requérir.

« On ne s'adapte pas au handicap. D'ailleurs les gens qui sont parents de trisomiques 21 se rassemblent en communauté, car ils ont justement besoin de cette aide-là et je pense qu'on répond à la non intégration des trisomiques. » (Shana, L.166-169)

« Personne n'est préparé à gérer le handicap de manière générale. En fait, on supprime ce qui nous dérange. C'est un peu ça quand même. » (Nicolas, L.125-127)

Ici, Shana et Nicolas soulignent le rôle de notre société dans ce processus d'IMG. Pour l'enfant, la souffrance naît de la conscience de son handicap lui-même perçu dans le regard des autres. La gravité de la maladie dont il va souffrir un enfant est également liée aux conditions d'accueil et à la qualité de la prise en charge dont il pourrait bénéficier. Celles-ci sont liées à la particularité de facteurs contextuels (cohésion familiale, croyances spirituelles, ressources morales et économiques dont disposent les couples, etc.) mais aussi à l'accueil réservé par la société à un enfant (et plus tard un adulte) porteur de handicap. (CCNE, 2009)

Ainsi, la société peut entraîner une pression sur le couple, qui souhaite se couvrir en cas de problème en faisant le choix que ferait la majorité, tel un garde-fou. Pour Johanna, le choix des parents n'est même plus qu'une illusion : *« En fait, on est dans une société où les parents n'ont quasiment pas le choix, ce n'est pas un choix. »* (L.99-100)

Un exemple cité plusieurs fois par les sages-femmes interrogées est celui de la Trisomie 21. *« On l'éradique, on ne la dépiste plus, on l'éradique « Ah une trisomie 21, et bien il faut faire une IMG », mais est-ce qu'on laisse le choix aux parents ? [...] c'est un retard mental très sévère la trisomie 21, mais ce n'est pas non plus... Ok, c'est irréversible. Mais je ne sais pas, il y a également des retards mentaux au niveau des syndromes de Turner. Pourquoi on fait tout ça pour la Trisomie 21 et pas pour le syndrome de Turner ? »* (Lola, L.263-269)

L'utilisation du mot « éradication » est revenu 4 fois, et presque tous les participants admettent se poser des questions sur la légitimité de l'interruption pour ce motif. La part des anomalies chromosomiques dans les IMG est grande et la trisomie 21 est la plus fréquente. Mais pourquoi les sages-femmes ont-elles utilisé un mot aussi fort que celui « d'éradication » ? L'éradication se définissant comme la suppression, et le verbe éradiquer signifiant faire disparaître un mal, une maladie. Et donc, en utilisant ce mot « éradication », il est question de la maladie mais pas de celui qui en est atteint.

Une explication pourrait venir du dépistage proposé aux femmes enceintes au cours de la grossesse. Effectivement, ce dépistage combiné a pour but la détection d'anomalies et aberrations chromosomiques notamment celle de la trisomie 21. Mais à quelle fin, et quelle est l'intention de l'IMG ? Il est possible de se demander si les personnes interrogées ne sous-entendent pas là une dérive eugénique de ce dépistage et de l'IMG. « *Pourquoi alors on ferait, pourquoi on ne ferait pas des IMG pour les 45XO, les syndromes de Turner ? Pourquoi ? [...] à ce moment-là donc, on pousse le truc mais qui on est pour dire « Bon bien, il n'est pas blond aux yeux bleus ». Est-ce que...? On est loin de l'eugénisme d'accord, mais, ...* » (Lola, L.254-261)

Le dépistage servirait donc à identifier les fœtus trisomiques et l'IMG à les « supprimer ». Il faut rappeler que le caractère non obligatoire du dépistage et du fait que l'IMG doit émaner d'une demande parentale rendent obsolète tout caractère eugénique du dépistage, puisqu'il n'est pas imposé par le gouvernement. (CCNE, 2009)

L'utilisation d'un mot si fort démontre aussi le malaise que peuvent ressentir les soignants confrontés à cette situation. D'où vient-il ?

« *Même pour les trisomiques, j'ai 3 copains qui ont des frères et sœurs qui sont trisomiques, je vois très bien ce que c'est. C'est ... une grande joie mais c'est quand même très compliqué, ils ont une espérance de vie qui est quand même limitée, ils n'ont pas la même vie... Donc je peux comprendre qu'il y ait des mères pour qui c'est insurmontable de s'occuper d'un enfant comme ça.* » (Clara, L.340-344)

Par cette citation, Clara illustre la dualité qui s'installe au regard de cette situation. D'un côté la bienfaisance veut épargner une vie de souffrance à l'enfant à naître et aux parents d'en être les témoins. De l'autre côté, la violence du geste d'euthanasie fœtale entre en conflit avec le principe de non-malfaisance. (CCNE, 2009)

Quelles représentations pour les sages-femmes ?

Malgré leur interrogation au regard de la Trisomie 21, les sages-femmes ne se montrent pas opposées au concept de l'IMG et sont même plutôt favorables à son existence à l'instar de Shana : « *C'est une chance pour les femmes. Voilà, c'est la chance de pouvoir préserver son enfant d'une vie difficile, d'une vie avec un handicap lourd ou d'une vie avec de la souffrance et pas d'issue à la fin. C'est une chance d'avoir le choix.* » (L.149-151)

Le rôle d'un professionnel de santé n'est-il pas de prendre soin et d'écouter son patient ? Ainsi, la possibilité d'interrompre une grossesse respecte l'autonomie des couples et épargne l'enfant à naître d'une vie éprouvante.

La perception du vécu des couples selon les sages-femmes

La part du couple dans la décision

La réglementation de l'IMG veut que la procédure ne démarre que si le couple en fait la demande. De cette façon, les parents sont libres et autonomes de choisir quel avenir ils envisagent pour leur famille.

« *Ils n'ont pas choisi leur situation mais d'en arriver là est un choix.* » (Arie, L.80-81)

Le suivi de grossesse n'existe pas seulement dans le but rassurer les parents, il sert aussi à s'inquiéter de la santé du fœtus. Implicitement, ce suivi prénatal permet à la femme d'interrompre sa grossesse si une anomalie grave et incurable est décelée. Et ce choix ne peut être imposé en vertu du principe d'autonomie. (CCNE, 2009)

Mais un choix autonome implique donc une responsabilité de la décision. Cependant, laisser l'entière responsabilité d'un tel choix aux parents semble inhumain, démesuré, tant la décision est lourde de conséquences. Le couple initie la démarche en faisant la demande d'une interruption médicale de grossesse après une information éclairée, mais il ne reste pas seul à porter le poids de la décision.

La part des soignants dans la décision

« Au final ce sont quand même les médecins qui signent » (Dorie, L.201-202)

La loi prévoit que 2 médecins membres d'un CPDPN doivent attester de la particulière gravité de l'affection fœtale pour que l'IMG soit possible. Par conséquent, en attestant de la particulière gravité n'autorisent-ils pas la réalisation de l'IMG ? Ne sont-ils donc pas les véritables décisionnaires ? Ou serait-ce la démonstration d'un partage de responsabilité ?

Le couple n'est plus le seul décisionnaire et pourra se raccrocher à l'avis des médecins qui jugent eux aussi que « c'est la meilleure chose à faire » en signant l'attestation. En gardant cette autonomie, leur liberté de décider de leur avenir n'est pas entravée. Dans le même temps, il est possible que le CPDPN ait aussi un rôle de garde-fou. (J-C Weber et Al., 2008)

« Quand le pronostic est incertain, je ne vois pas comment ça ne peut pas être le médecin qui... C'est attaché au pronostic donné par le médecin, est-ce que le médecin donne toujours un pronostic... Il fait de son mieux, il donne le pronostic qu'il pense être le plus juste, et souvent ils sont plusieurs, il y a le pédiatre, le chirurgien, etc. Mais on ne sait pas toujours, et parfois on peut dresser un tableau plus noir que ce n'est en réalité, ou inversement. » (Johanna, L.123-128)

Si les soignants participent à la décision, il est possible qu'ils orientent involontairement le couple vers la démarche d'IMG. D'après Johanna, la manière de délivrer une information et un pronostic peut impacter la réflexion parentale, voire avoir un effet incitatif dans la mesure où, tacitement, le médecin juge la situation préoccupante. L'information engendre donc de l'anxiété notamment lorsqu'elle s'appuie sur des statistiques, ce qui peut être difficile à appréhender pour les couples. (CCNE, 2009). De plus, les statistiques se rapportent à une population donnée, à l'épidémiologie, alors que pour les parents, il s'agit d'un problème personnel, rapportée à une personne, leur futur enfant.

Culpabilité et détresse

« Je pense qu'il y a un sentiment de culpabilité, c'est compliqué. Même si ce n'est pas elles qui font le geste, mais nous on le fait pour eux quoi. » (Nicolas, L.187-188)

Les sages-femmes savent que ce parcours est lourd et culpabilisant pour le couple, sa réalisation signifiant l'initiative parentale de la démarche. Cette autonomie dans la décision induit inévitablement ce sentiment chez les parents. (J-C Weber et Al., 2008)

« Il faut quand même se replacer dans le contexte où ce sont des femmes qui sont en échec, elles ont raté leur grossesse. Quand c'est une IMG, c'est souvent qu'elles ont « raté » leur bébé aussi. [...] au départ c'est une grossesse qu'elles ont désirée, c'est un enfant qu'elles ont aimé » (Shana, L.56-61)

Cette culpabilité démontre donc également que cette grossesse fut investie, au moins un court temps, et cet enfant souhaité. L'enfant rêvé, imaginé, être à part entière pour ses parents cesse brusquement d'exister lors de l'annonce de la pathologie. Le couple doit faire le deuil d'un bébé qu'il n'a jamais réellement rencontré, de ses rêves.

Et comment ne pas se sentir coupable d'avoir conçu un enfant malade et de choisir de ne pas poursuivre la grossesse ? (C.Allamel-Raffin et Al., 2008)

Le statut fœtal : entre enfant désiré et patient muet

Le couple, et l'équipe du CPDPN, doivent faire un choix pour l'avenir d'un fœtus qui n'a pu être examiné qu'à travers le corps de sa mère. (V. Bitouzé, 2001)

« En fait, le problème de l'interruption de grossesse, c'est que l'on ne demande pas l'avis du concerné, ce n'est pas comme une euthanasie où la personne sait dans quoi elle s'engage. Là, on s'engage pour quelqu'un qui ne peut pas se prononcer. » (Johanna, L.287-290)

Johanna expose un point important de la problématique de l'IMG : la décision est prise pour quelqu'un qui n'étant pas né, ne peut s'exprimer. Le fœtus subit le choix du couple et la décision du CPDPN. N'est-il pas contradictoire d'imposer la mort dans un esprit d'humanité, cela afin d'éviter à l'enfant des souffrances futures ? Et ne serait-il pas inhumain d'imposer une vie de souffrance à cet être inaudible ? Qui peut s'octroyer le droit de décider de sa vie ou de sa mort ? Ses parents, les médecins ou bien la société ?

Le statut du fœtus est complexe. En droit civil, le fœtus n'a pas de véritable statut puisque c'est sa naissance qui lui apporte la personnalité juridique. En droit pénal, il est une non-personne puisqu'il n'a pas d'existence autonome en dehors du corps de sa mère, cela permet d'ailleurs la réalisation licite du geste d'arrêt de vie *in utero*, et évite la remise en cause de l'IVG et de l'IMG. Néanmoins, s'il n'est pas sujet de droit, il bénéficie tout de même d'une protection juridique qui s'appuie sur les droits fondamentaux constitutionnels que sont le respect de l'être humain dès le commencement de la vie et la dignité de la personne humaine. En 1984, le CCNE évoque la notion suivante : « *l'embryon et le fœtus doivent être reconnus comme une personne humaine potentielle qui est ou a été vivante et dont le respect s'impose à tous* ». Le fœtus est donc un individu différent de ses parents, doté d'une identité génétique propre et appelé à devenir une personne. Il doit être traité avec respect et dignité, en tant qu'entité individuelle mais aussi pour ce qu'il représente aux yeux de ses parents. (M-P. Balzing, 2005 & 2006)

En effet, bien qu'il ne puisse faire entendre sa voix, il fait déjà partie d'une histoire familiale. Il est le fruit d'un projet parental, et le récipiendaire de l'affection et de l'amour de ces parents. Pour eux, cet être en devenir est déjà quelqu'un, parfois même avant sa conception. (M-P. Balzing, 2002)

Un processus parfois rapide et violent

« *Ce qui est difficile pour moi, c'est quand tout est précipité parce que je sais quelque part que ça ne va pas leur servir aux gens, ça ne va pas être très positif pour eux.* » (Kenlé, L.200-202)

Pour beaucoup de sages-femmes, les décisions d'IMG sont prises trop hâtivement. Pour quelles raisons se précipiter ? Laisser du temps ne reviendrait-il pas à estimer le fœtus pour ce qu'il est lui ? Cela ne permettrait-il pas aux parents d'entamer le travail de deuil ?

L'anticipation servirait-elle à soulager le couple anxieux d'un « fardeau inutile » puisque l'enfant ne vivra pas ? (P.Engelmann, 2002)

La difficulté de ce parcours ne réside pas seulement en sa nature. « *Mon opinion c'est que ce n'est pas humain de les remettre dans un service où il y a quand même des grossesses évolutives puisque c'est quand même une épreuve extrêmement difficile.* » (Fleur, L.131-133)

Il est possible d'imaginer que venir dans une maternité, lieu de naissance, pour des couples qui vont perdre leur enfant est également compliqué. Bien sûr, la prise en charge relève de l'obstétrique, et les soignants et psychologues mettent tout en œuvre pour adoucir le plus possible le vécu des parents. Comment est vécue l'hospitalisation en service de grossesses à risque ? Et en salle de naissance, où il est impossible d'échapper aux cris des naissances voisines ?

Il arrive qu'avec le surplus d'activité, les équipes ne se rendent pas toujours compte de l'importance de certains détails, Lola le décrit ainsi : « *Donc tu vois nous dans l'activité, quand c'est la panique, tu ne penses pas « Punaise, il faut que je sorte ça, il faut que j'enlève le monito », mais par contre, ces gens-là ils s'en souviendront toute leur vie effectivement.* » (L.146-148)

Ce témoignage illustre le risque de malveillance et de dommages psychiques inhérents à la procédure d'IMG. La grossesse entraîne ordinairement des remaniements psychologiques chez les futurs parents, dans une situation d'IMG la détresse se surajoutant, le couple est encore plus vulnérable.

Le besoin de se protéger dans ces moments de vulnérabilité pourrait-il être une des raisons du silence et de la distance adoptés par le couple ?

L'identité parentale

Deux des sages-femmes interrogées mentionnent le trouble identitaire des couples interrompant une grossesse. Sont-ils tout à fait parents ? Pourtant, nier l'existence de ce fœtus paraît difficilement envisageable. « *Je pense que c'est quelque chose que tu n'oublies jamais l'IMG, quel que soit le terme. A partir du moment où tu as investi la grossesse, cela fait partie de ton parcours de vie.* » (Kenlé L.196-197)

Cette phase de leur vie a existé tout comme cet enfant. Comme l'explique Lola, ces femmes ne sont pas mères d'un enfant vivant et ces hommes ne sont pas pères d'un enfant vivant non plus. « *Pour elle, il a existé dans son cœur, c'est un ange et elle est mam'ange. Et ça au niveau de la législation, bon il n'y a rien parce qu'officiellement le fœtus n'existe pas* » (Lola, L.393-395)

Alors que sont-ils, qui sont-ils ? Les enfants ayant perdu leurs parents sont des orphelins, mais qu'en est-il quand la situation est inversée ?

Dans la détresse de la situation se rajoute la perte d'identité. Une identité et une reconnaissance dont ces couples ont besoin, un repère dans leur histoire. Aujourd'hui, la loi⁶ permet la reconnaissance de cet enfant mort-né par la rédaction d'un acte d'enfant sans vie par l'Officier d'Etat civil. Ainsi, le caractère humain du fœtus est souligné, et le rôle des parents reconnu. (C.Allamel-Raffin et Al., 2008)

L'investissement et le vécu de la SF dans la PEC d'une IMG

L'IMG est un accompagnement complexe où les intérêts de la mère s'opposent à ceux de son fœtus. Les soignants assistent et participent au décès du fœtus malade, dans ce qui semble être contre nature à leur fonction. Comment les sages-femmes vivent-elles et s'investissent dans ces accompagnements ?

Une posture délicate

Les sages-femmes se trouvent à la fois en bout de chaîne et en première ligne. En bout de chaîne, car elles ne participent que rarement au processus décisionnel et n'interviennent que lorsque la décision est prise : « *Je suis là pour les accompagner, ce n'est pas moi qui signe les papiers d'IMG.* » (Shana, L.181-182)

En première ligne, car leur rôle humain est primordial à l'accompagnement psychique du couple dans un processus qui peut parfois manquer d'humanité. Lola appuie ce propos : « *La manière dont on leur parle est essentielle et, la place de la sage-femme est essentielle si la sage-femme est droite dans ses bottes et qu'elle est prête à les accompagner, parce que si tu n'es pas prêt, tu peux faire des ravages, voilà.* » (L.369-371)

⁶ Code civil - Article 79-1 : A défaut du certificat médical prévu à l'alinéa précédent, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès et il énonce les jour, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. L'acte dressé ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non ; tout intéressé pourra saisir le tribunal judiciaire à l'effet de statuer sur la question.

« *L'éthique c'est en amont et si la femme est sûre d'elle, qu'elle a bien compris le processus, moi je n'ai plus rien à dire là-dessus.* » (Arie, L.180-181)

Cette position secondaire au temps de réflexion semble les astreindre à une posture plutôt exécutante. Les sages-femmes se mettent donc au service du couple sans jugement, elles font abstraction de leurs valeurs personnelles même devant des indications susceptibles de les interroger comme dans le cas de la trisomie 21. Ainsi, l'autonomie des parents est mise en avant. (J-C Weber et Al., 2008)

« *C'est difficile de savoir jusqu'où notre présence est souhaitée ou souhaitable.* » (Johanna L.227-228). D'ailleurs, pour gérer leur relation avec le couple, ne sachant pas vraiment ce qu'il attend, certaines d'entre-elles préféreront garder leur distance et ne rentrer dans la salle que lorsque nécessaire.

Ayant généralement plus d'expérience, d'autres sages-femmes gardent un recul sur la situation et leurs émotions. Elles se sentent plus à l'aise et osent provoquer la parole avec les parents. « *Maintenant, je me sens bien quand je les prends en charge. Je suis sereine, je ne l'ai pas été pendant des années mais maintenant je le suis. Ça doit faire, je dirais une dizaine d'années que je suis sereine, parce que si je vais volontairement la prendre en charge, je sais que j'y vais pour elle et pour l'aider.* » (Kenlé, L.253-256)

Se pourrait-il que garder une distance physique avec le couple montre une réticence à recevoir leurs émotions ? Serait-ce par crainte de se laisser déborder par leurs propres sentiments, de ne pas savoir comment accompagner le couple autrement ? Ainsi, la distance physique protégerait quand le recul émotionnel est insuffisant.

Les sages-femmes sont donc dans une posture d'équilibre constant et instable : sans avoir pris part aux discussions et à la décision d'IMG, elles doivent accompagner le couple ; elles sont prises entre leur empathie et leurs émotions mais aussi entre la mère et son fœtus. Elles se questionnent sur ce qu'il est bon de faire et attendu par un couple noyé dans la détresse : doivent-elles respecter son silence ou est-il nécessaire et préférable d'engager la parole ? Quel est le juste milieu de la distance à prendre avec ces parents ?

Une prise en charge difficile

Si leur positionnement au sein du parcours d'IMG rend déjà la mission des sages-femmes complexe, la lourdeur de la prise en charge, psychologique surtout, rajoute de la difficulté.

« Oui, ça nous pèse et quand on se démène pendant 12h pour une IMG, on est obligé d'y penser quelque part, après. » (Fleur, L.228-229)

En effet, au cours de leur accompagnement, les sages-femmes sont confrontées à la détresse parentale, leurs propres émotions, au geste d'arrêt de vie et à la prise en charge du corps du fœtus. Souvent, elles ne s'occupent pas seulement d'une seule patiente et peuvent donc avoir la charge de surveiller une femme en travail, une accouchée et son nouveau-né, des femmes qui sont en train de vivre l'évènement heureux qu'est la naissance d'un enfant.

Les sages-femmes se voient donc contraintes de changer de visage, de cadre émotionnel, de posture et d'attitude en quelques minutes tout au long de leur garde, un changement pas toujours facile à effectuer comme le déclare Dorie : *« Oui, il faut que je mette des masques et ça c'est un petit peu difficile. »* (L.64)

Ces alternances d'états émotionnels et d'attitudes, ajoutés à l'attention portée aux paroles dites, sont un travail de plus pour les sages-femmes. Cette adaptation demande de l'énergie et une vigilance constante, il est donc facile d'imaginer la surcharge émotionnelle accumulée en fin de garde. Comment l'évacuer ?

« J'en parle pendant la garde, moi je fonctionne comme ça. Je pense qu'il y en a beaucoup qui ramènent des choses chez eux et elles aussi. » (Fleur, L.171-172)

Au décours de la garde, chaque sage-femme fait face avec ses propres moyens mais peut aussi compter sur le reste de l'équipe de garde, un conjoint ou parfois même des psychologues. Cependant, il arrive qu'elle n'utilise pas toutes les ressources disponibles, fautes de connaissance ou de temps, parfois même parce qu'elle ne le juge pas forcément nécessaire. Si le rôle du soignant est de prendre soin et d'aider, parfois, c'est également lui qui doit être aidé à son tour, il est aussi un être humain qui possède ses limites et ses fragilités.

Concernant la prise en charge du fœtus décédé, cette expérience peut être douloureuse. « *Même nous, quand on rentre à l'école on ne se dit pas que l'on veut faire sage-femme pour accoucher des bébés morts. Aucune d'entre nous ne fait ça pour ça. Après c'est le métier.* » (Nina, L.200-202)

Ainsi, certaines ont besoin de le considérer de la même façon qu'elles considèrent un nouveau-né. « *Ma collègue avait pris le bébé à mains nues, et mon collègue était trop dégoûté, il lui a demandé pourquoi elle ne mettait pas de gant pour toucher le bébé. Elle disait que c'était un bébé comme les autres, elle ne mettait pas de gants pour toucher les bébés vivants donc elle ne voyait pas pourquoi elle en mettrait dans ce cas. Et ça m'avait touché, j'ai réalisé qu'elle avait raison.* » (Nina, L.176-180)

Serait-ce là le moyen de se déculpabiliser ? En accompagnant ce couple, elles prennent part à la fin de vie du fœtus, mais en lui apportant des soins comme pour un nouveau-né en vie, elles lui témoignent leur humanité comme pour se pardonner de leur impuissance face à la situation. (J-C Weber et Al., 2009)

D'autres sages-femmes se détachent de la situation en utilisant l'humour comme Lola : « *Rire d'un fœtus décédé, quand on fait un examen... Rire, sans rire [...] Des mots comme ça qui, pris en dehors du contexte, sont atroces. Tu ne peux pas dans ta vie dire des choses comme ça. D'ailleurs, quand tu rentres chez toi, tu te dis que c'est « J'ai rigolé de ça ?! Ce n'est pas possible... », mais en même temps sur le moment, c'est soit ça, soit tu pleures donc ...* » (Lola, L.336-340)

Est-il possible de rire de tout ? Les sages-femmes qui en témoignent sont choquées au premier abord ou horrifiées a posteriori. Avec du recul, il ne semble pas moral de tourner une telle situation en dérision, ne serait-ce que pour le respect de cet enfant et de ses parents, mais l'humour ne serait-il pas une façon de voir une pathologie et non plus un être humain ? En ne considérant que la pathologie, la situation semblerait moins dramatique et l'IMG aurait le même rôle que le retrait d'une tumeur, tout du moins sur l'instant. Ce mécanisme de défense face à l'insupportable leur permettrait donc une appropriation du réel. (D. de Wailly-Galembert & Al., 2012)

L'apport de l'expérience

La sage-femme a un rôle primordial et un devoir d'humanité envers ces couples alors qu'elle-même dispose de limites. Elle est humaine, peut faire des erreurs, elle peut ne pas avoir les bons mots, ou encore ressentir des émotions contradictoires. Un point important soulevé par les participants de cette étude est l'apport de l'expérience, autant personnelle que professionnelle, dans l'évolution de leur accompagnement.

« C'est l'évolution de la PEC, puisqu'on a mis en place pleins de choses qui peuvent nous aider à communiquer et le vécu personnel aussi puisque quand tu vis des deuils dans ta famille, ça t'aide à aller de l'avant, tu arrives à te servir de ta propre expérience pour essayer de dire les mots qu'il faut. » (Kenlé, L.308-311)

L'expérience en tant que sage-femme permet la connaissance de ses limites, la découverte et l'apprentissage d'une prise en charge et d'un accompagnement psychologique dont elles sont souvent protégées en tant qu'étudiantes.

L'expérience de la vie, de la parentalité, du deuil, leur permet d'acquérir une vision de ce que peuvent ressentir les couples traversant une IMG, de ce que l'on voudrait entendre ou ne pas entendre dans une telle situation. (D. de Wailly-Galembert & Al., 2012)

Cette expérience les aide, par conséquent, à se former une carapace, un mur séparant la vie professionnelle, de la vie personnelle. La distance prise n'est plus physique mais elle est psychique et la sage-femme peut donc être disponible pour le couple sans avoir peur de l'impact que cet accompagnement peut avoir sur elle.

Un usage de la clause de conscience pas toujours explicite

Une autre particularité de cette prise en charge qui souligne l'ambiguïté des sages-femmes face à l'IMG est leur usage de la clause de conscience.

La clause de conscience est une disposition fondamentale du Code de Santé Publique⁷ dont bénéficient les professionnels de santé. Une sage-femme est donc en droit de refuser de concourir à la réalisation d'une interruption de grossesse lorsqu'il y a objection avec sa conscience. Elle n'est d'ailleurs pas tenue d'exposer les motifs de son refus aux patients. Cependant, la continuité des soins doit être assurée. Le texte ne précise pas les raisons susceptibles d'être invoquées pour justifier ce refus, il s'agit principalement de motifs éthiques : l'IMG heurte les convictions personnelles du praticien.

Ici, la « conscience » ne désigne pas un guide moral général mais l'intelligence personnelle appréciant la bonté ou non d'actions personnelles et singulières. Elle peut donc être influencée par divers codes moraux autant philosophiques que culturels ou religieux. Ainsi, lorsqu'une loi prescrit un comportement que le sujet perçoit subjectivement comme immorale, il peut y avoir conflit entre sa conscience et cette loi. C'est notamment le cas en matière d'interruption volontaire de grossesse, où une clause de conscience spécifique est prévue par la loi. (Institut de Bioéthique Européen, 2011)

Dans beaucoup d'entretiens, ces praticiennes disent ne jamais avoir utilisé leur clause de conscience, l'une d'elle exprime même son incompréhension face à cette possibilité.

« J'ai un gros souci avec la clause de conscience des médecins par exemple, et notamment ceux qui refusent les IVG. Attention, chacun a le droit de penser ce qu'il veut par rapport à l'IVG, mais j'ai beaucoup de mal avec le fait de refuser de donner ton aide à une patiente qui est en demande et en détresse face à toi parce que tes convictions personnelles prennent le pas sur ta vie professionnelle. » (Nina, L.273-277)

Cependant, certaines rapportent avoir refusé de donner le traitement à une patiente : *« Du coup, moi j'ai refusé de donner le comprimé, ma collègue aussi, et mes collègues qui ont pris la relève de nuit n'ont pas voulu non plus. Et donc, c'est l'interne qui l'a donné. De toute façon nous on arrivait en bout de course donc... » (Shana, L.26-28)*

⁷ Article L2212-8 du CSP : Un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Quant à d'autres, elles admettent avoir évité ou fuit une prise en charge d'IMG :
« *Jamais on ne m'a proposé et j'ai refusé parce qu'éthiquement je ne pouvais pas. Mais des fois, j'essayais d'éviter. Elle, j'avais clairement essayé de l'éviter et de ne pas m'en occuper.* » (Clara, L.334-336)

« *A l'Hôpital Nord c'était tous les jours, après j'ai dû mettre un petit frein parce que je sentais que j'étais triste, même si je prenais beaucoup de recul mais j'étais triste au fond de moi-même donc j'ai pris un peu de distance par rapport à l'IMG.* » (Lola, L.7-9)

Pour les unes, la raison invoquée était leur état émotionnel et pour les autres, il s'agissait d'un désaccord avec le motif de l'IMG. Quelle est la raison de ce déni de la clause de conscience ou de leur réticence à l'exprimer comme tel ? C'est pourtant un droit que possède les soignants dans leur Code de Déontologie. Se peut-il que la nature de leur métier à venir en aide aux femmes les empêche d'admettre à son recours ? Ressentent-elles une contradiction dans le code de déontologie qui dit que la sage-femme doit apporter des soins aux femmes sans présomption ? Pour elles, la clause de conscience serait donc un jugement implicite de la décision des parents. Néanmoins, un refus ou un évitement de prise en charge montre que bien que les sages-femmes considèrent l'accompagnement comme leur rôle principal, elles ne s'oublient pas toujours. Leur jugement personnel n'est parfois pas enfoui au profit du couple.

Les besoins des sages-femmes : pistes d'amélioration

Des attentes tournées vers le couple

Parmi les besoins exprimés par les sages-femmes interrogées, une partie concerne une évolution de la prise en charge et de l'accompagnement des couples.

« *Ce serait bien que la patiente, le couple ne voit pas 36 personnes, n'ait pas trop d'interlocuteurs.* » (Dorie, L.292-293)

Pour beaucoup, le changement fréquent d'interlocuteur au cours de la prise en charge est un défaut. Effectivement, comment créer une relation de confiance pouvant permettre au couple de se sentir suffisamment en sécurité pour se confier ? Le manque d'information en dehors du contexte médical ne permet pas aux sages-femmes de rentrer en contact avec les parents facilement, elles n'ont pas toujours de pistes pouvant

les aider à les accompagner de manière plus personnalisée. Tout doit être repris depuis le début à chaque nouvelle étape du processus.

Ainsi, comme le suggère les sages-femmes, il serait intéressant que le changement d'interlocuteur soit moins fréquent ou qu'il y ait un professionnel référent pour le couple afin que celui-ci se confie plus facilement et que des transmissions visant l'adaptation de l'accompagnement puissent être faites.

« C'est plus pour les patientes, dans l'idéal il faudrait qu'elles ne soient pas en salle d'accouchement où quand elles passent, il y a d'autres mamans avec des bébés... On essaie de faire attention à tous ces détails mais c'est compliqué, elles restent en maternité et donc oui, il y a des bébés. » (Arie L.188-192)

« Donc moi je pense que dans l'idéal, il aurait fallu qu'il y ait une sage-femme en gynéco afin que la patiente reste dans le service. » (Fleur, L.145-146)

L'hospitalisation dans un secteur de grossesses évolutives étant susceptible d'aggraver le traumatisme des parents, les sages-femmes suggèrent une hospitalisation en service de gynécologie. Si les conditions budgétaires hospitalière le permettaient, une sage-femme pourrait y être postée, afin de conserver un accompagnement optimum.

Les sages-femmes évoquent également la place des soins-palliatifs : *« Moi ma question c'est : est-ce que finalement, aux gens, on leur laisse le choix dans des malformations que l'on sait létales soit d'interrompre maintenant avec un fœticide ou pas, parce que cela dépend du terme, ou d'aller jusqu'au bout de cette grossesse et de faire des soins palliatifs ? Je ne suis pas sûre qu'à l'heure actuelle, on le propose aux gens. Est-ce que pour les gens ça ne serait pas moins difficile à prendre comme décision ? Est-ce qu'ils ont l'info ? J'ai parfois des doutes parce qu'on n'est pas équipé pour ça, ce n'est pas protocolisé, ici en tout cas. Je n'ai pas l'impression qu'on le propose. » (Nicolas L.154-162)*

Si aujourd'hui les soins palliatifs sont davantage réalisés, ils restent minoritaires. Les couples sont-ils toujours au courant de cette possibilité ? Quels sont les freins à la mise en œuvre et à l'accompagnement des parents dans ce choix ? En formant les professionnels de santé et en mettant en place des protocoles de soins palliatifs peut-être que les couples s'orienteraient plus facilement vers une voie où la culpabilité du choix d'arrêter délibérément la vie du fœtus ne serait pas omniprésente.

Une sage-femme soulève cependant que les soins palliatifs ne sont pas possibles dans tous les cas : « *Maintenant on en vient à certains soins palliatifs, sauf que le problème c'est que pour certaines malformations, il ne peut pas y avoir de soins palliatifs parce qu'il va vivre longtemps cet enfant, ou les trisomiques par exemple peuvent vivre longtemps. J'avais entendu qu'à Reims, parce que cela m'a toujours intéressé les interruptions de grossesse, ils ont un service où ils font une injection à la naissance dans le cordon parce que tant que l'enfant n'est pas séparé de sa mère, c'est toujours un exitus.* » (Kenlé, L.158-164)

Dans les cas où les soins palliatifs ne sont pas réalisables, le couple doit choisir la réalisation d'un geste d'arrêt de vie fœtale, ce qui rajoute un élément de culpabilité et de traumatisme à leur parcours. Serait-il possible de trouver un compromis légal entre ce geste d'arrêt de vie, contraignant la mère à devenir un tombeau pour son enfant durant quelques heures, et un geste d'euthanasie active, illicite une fois le fœtus né ?

Cette réflexion souligne de nouveau la problématique du statut du fœtus, qui n'est pas une personne au sens juridique du terme, face à celui du nouveau-né, qui lui en est une.

Libérer la parole et créer des espaces de paroles davantage visibles pour les professionnels

« *C'est l'avantage aussi d'être en équipe, il y a tout le temps du monde. Je pense que si vraiment une fille en a trop lourd sur le cœur, que c'est trop pour elle, et qu'elle ne veut pas faire la réunion, elle peut contacter la psychologue qui l'écouterait avec plaisir. Après je ne sais pas si les filles le font... Moi, en général quand j'avais des IMG où j'avais eu un peu de mal, comme celui de l'hydrocéphalie, je m'éloignais* » (Clara L.383-387)

« *Les psychologues sont très ouvertes, on peut aller les voir si on en a besoin mais, moi, si tu ne viens pas me chercher, je n'ai pas le temps de revenir sur mon lieu de travail. L'idéal serait de voir la psychologue sur le moment et puis 6 mois après, tu vois ? Mais le temps passe et puis tu n'as pas envie que ça t'atteigne* » (Lola, L.77-80)

Si les sages-femmes vont assez facilement chercher le soutien de leurs collègues au cours de la garde, il est plus rare qu'elles sollicitent l'aide des psychologues du service ou qu'elles participent à des échanges groupés sur leur vécu de certaines situations. Serait-ce par manque de temps ? Parce qu'elles ne sont pas au courant de cette possibilité ? Ou parce qu'elles ne s'aperçoivent pas toujours de l'impact qu'un accompagnement d'IMG peut avoir sur elles ? D'autant plus que ces situations sont fréquentes dans certaines maternités. Peut-être faudrait-il en diffuser plus largement l'information.

« Comme on fait des staffs, on pourrait faire des groupes de parole pour les sages-femmes. Presque les imposer à la rigueur parce que des fois, je crois qu'on ne s'en rend même pas compte mais ça nous pèse... » (Fleur, L.225-228)

Comme le dit Fleur, il est parfois nécessaire de provoquer la parole pour se rendre compte du poids des émotions emmagasinées. Provoquer cette parole serait également la première étape à sa libération. Dès lors que l'on se fait écouter, il est plus aisé de se confier.

« Des fois je dis à la psychologue « Tu devrais aller lui en parler parce que, chaque fois, elle refuse de s'occuper des patientes ». Je comprends très bien quand je suis avec elle, je lui dis que je vais m'en occuper, mais ça veut dire qu'elle a une souffrance si elle ne veut pas s'en occuper donc peut-être qu'il faut l'aider elle aussi pour qu'elle souffre moins. » (Kenlé, L336-340)

Comme Kenlé le souligne, il faut parfois aller chercher les sages-femmes et leur poser la question qu'elles posent si souvent à leur patient « Comment allez-vous ? ».

D'ailleurs, les sages-femmes se montrent très favorables à la création de groupes de parole lorsqu'ils n'existent pas déjà. Ce constat témoigne d'un besoin de se décharger d'un poids émotionnel parfois insoupçonné, ou même d'un mal-être. *« Ce serait chouette qu'il y ait une sage-femme représentante, et d'organiser des espèces de groupes. » (Lola, L.75-76)*

Il serait probablement bénéfique de développer ces espaces de parole dédiés aux sages-femmes et à leur vécu de certaines situations. De la même façon qu'il existe des réunions collégiales d'obstétrique, il faudrait offrir aux professionnels la possibilité de parler, et pas uniquement lors de situations d'IMG particulièrement difficiles et pénibles. Ces espaces pourraient permettre non seulement d'aborder les IMG, mais aussi les cas de morts fœtales *in utero*, d'accouchements sous X, ou tout autre situation dont ces professionnels auraient besoin de parler. Ainsi chacun ne resterait pas seul face à la difficulté ou la souffrance.

Se préparer pendant la formation initiale et se renforcer dans la formation continue

Si l'expérience est un apport majoritaire dans la qualité et la facilité d'accompagnement des sages-femmes, il est possible de ne pas se retrouver face à l'inconnu en tant que jeune diplômée.

« *Je pense que la formation sur le deuil pourrait être faite à l'école.* » (Arie, L.204-205). L'accompagnement d'un couple demandeurs d'IMG nécessite des compétences en psychologie, or la sage-femme n'est pas psychologue. Il lui faut pourtant ces bases indispensables dans la prise en charge des IMG.

Dès la formation initiale, le deuil périnatal est enseigné et expliqué afin de sensibiliser les professionnels aux mécanismes psychiques par lesquels les parents peuvent passer. L'annexe à l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état de sage-femme :

- prévoit dans le 1^{er} axe relatif aux unités d'enseignements théoriques, de « *développer une réflexion éthique sur les pratiques de soin* »,
- précise, dans l'unité d'enseignement Obstétrique - Maïeutique - Démarche clinique - Diagnostic anténatal et médecine foetale ,
 - les objectifs généraux en ce domaine : « *l'acquisition des connaissances médicales, juridiques et éthiques sur le diagnostic anténatal et la médecine foetale* »,
 - les objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues pour une sage-femme : « *participer aux activités de diagnostic anténatal et de médecine foetale : marqueurs sériques, prélèvements ovulaires, thérapeutiques anténatales, interruptions médicales de grossesse, conseil génétique et foetopathologie* »
- précise dans l'unité d'enseignement Sciences Humaines et Sociales,
 - les objectifs spécifiques : « *participer à la réflexion éthique sur les pratiques de soin* », « *s'informer et participer aux évolutions de la réflexion bioéthique* ».

Par contre, le texte ne précise pas le volume horaire à allouer à ces enseignements théoriques, ni les méthodes pédagogiques à privilégier. Chaque école dispose donc d'une marge de manœuvre assez large pour la mise en œuvre du dispositif de formation autour de l'IMG.

Il est également à souligner que l'accompagnement des IMG ne fait pas partie des huit situations-types décrites dans le référentiel métier des sages-femmes publié en 2010.

En ce qui concerne les stages, les lieux de stage doivent être adaptés au projet professionnel de l'étudiant, avec sur le 2^{ème} cycle des études (arrêté du 11 mars 2013), la possibilité et donc la non-obligation d'effectuer des stages dans le cadre du suivi prénatal, en CPDPN.

« Déjà, je pense qu'il faudrait un peu moins protéger les étudiantes. Je pense qu'il faut voir avec elles si elles ont envie d'en prendre en charge, discuter avec elles pour ne pas les brusquer. Mais souvent vous demandez de vous-même à participer parce que justement vous n'en voyez pas. Et c'est vrai qu'il n'y a que comme ça que l'on peut s'y confronter. » (Nina, L.311-314)

Les sages-femmes écartent souvent les étudiants du suivi de couples demandeurs d'IMG au cours des stages. Pour quelles raisons ? Protéger la patiente, se protéger soit même, ou protéger les étudiants ?

Tout en respectant le souhait du couple, il ne serait pas totalement malvenu d'inviter ces futurs professionnels à se confronter à une partie de leur métier, et bien souvent les étudiants le demandent d'eux-mêmes. En effet, il est difficile de ne pas avoir de difficulté dans la réalisation de cet accompagnement lorsqu'il est inconnu, de même que ses limites personnelles.

La simulation pourrait aussi avoir toute sa place dans la formation initiale ou continue. Elle permet de se confronter à des situations moins fréquentes mais difficiles à gérer telles que :

- L'annonce d'une mauvaise nouvelle
- La demande parentale d'une IMG non recevable
- L'absence de demande d'IMG alors que celle-ci pourrait être légitime

La fonction de soignant pousse à l'empathie et à la compréhension de la détresse du couple, mais chacun travaille avec ses représentations et il est parfois compliqué de naviguer entre les deux. La simulation permet d'acquérir les armes nécessaires pour faire face aux cas difficiles en honorant son devoir d'humanité.

De plus, il existe un certain nombre de formation sur le deuil périnatal et l'accompagnement des IMG auxquelles peuvent participer les professionnels de santé. Si les approches théoriques apportent les bases nécessaires à la compréhension des mécanismes psychiques dont les couples font l'expérience, il existe aussi des moyens plus concrets pour se former à ses accompagnements. Par exemple, l'association Petite Emilie propose des temps de réflexions et d'échanges entre parents et soignants afin de réfléchir ensemble à l'amélioration des pratiques et de l'accompagnement de l'IMG. (Association Petite Emilie, petiteemilie.org). Peut-être est-ce une des clés à l'amélioration du vécu des sages-femmes et des couples, réfléchir ensemble et non pas à part, savoir ce que chacun attend de l'autre et ne pas rester face au doute ?

Enfin, si les formations médicales sont généralement assurées, les formations en psychologie et en éthique sont souvent secondaires. Elles sont pourtant indispensables à l'élaboration du regard critique et de la sécurité psychique d'un professionnel de santé. (V.Bitouzé, 2001)

Conclusion

Avec plus de 7000 attestations de particulières gravité délivrées chaque année, l'interruption médicale de grossesse s'inscrit comme une pratique récurrente et majeure des professionnels de la périnatalité. L'accompagnement de ces interruptions de grossesse est donc une mission importante de la sage-femme.

Au-delà d'un parcours difficile et éprouvant pour les parents, et du questionnement éthique inhérent à cette procédure, ce mémoire a permis de montrer les difficultés rencontrées par les sages-femmes lors de la prise en charge et de l'accompagnement des couples demandeurs d'IMG.

Si elles se retrouvent rarement en conflit éthique avec leurs valeurs, bien que certaines indications d'IMG les interrogent, les sages-femmes éprouvent plus de difficultés dans l'identification de leur posture par rapport au couple et la gestion de la charge émotionnelle attachée à cette mission. Peu préparées à se mesurer à la mort et la détresse parentale durant leur formation initiale, ces professionnelles font face avec leurs propres armes, et ont toujours l'intérêt des parents à l'esprit. L'expérience apparaît comme un des meilleurs moyens de se protéger émotionnellement tout en accompagnant le couple avec empathie. Sans cela, la lourdeur et la violence de la prise en charge sont telles qu'elles contraignent certaines sages-femmes à fuir ces accompagnements à plus ou moins long terme.

Comment accompagner efficacement les couples dans leur cheminement vers le deuil s'il est difficile d'identifier le juste milieu entre intrusion dans l'intimité des couples et présence souhaitée et attendue ? Comment ne pas être atteint par la détresse des parents et/ou la prise en charge de l'enfant quand la confrontation répétée à cette situation semble être une des seules manières de trouver le recul nécessaire entre vie professionnelle et vie personnelle et que le partage de ses émotions reste confiné au sein de l'équipe de garde ?

Il en ressort l'importance de continuer à développer la formation des sages-femmes autour du deuil périnatal et de l'accompagnement des IMG, pourquoi pas en s'associant avec des parents ayant vécu cette expérience comme le propose déjà l'association Petite Emilie.

Un autre aspect sur lequel il serait pertinent d'insister est la libération de la parole des soignants par la mise en place d'espace d'échanges, plus visibles, sur ce genre de situation et pas uniquement lorsque la situation eut été particulièrement pénible.

Enfin, peut-être serait-il intéressant d'étudier la place des soins-palliatifs dans la prise en charge de ces grossesses et l'accompagnement de ces couples, en s'interrogeant sur leur mise en place, les éventuels freins, mais aussi et surtout le vécu à la fois des parents et des professionnels de santé impliqués.

Bibliographie

Association Petite Emilie (2016). *L'IMG, comment y faire face*, Version web, Support PDF, <http://petiteemilie.org/wp-content/uploads/2016/01/presentationPE.pdf>, Consulté le 02 Mars 2020.

Catherine Allamel-Raffin et Al., (2008), « Le fœtus dans l'acte d'IMG : un statut à géométrie variable », *Revue des Sciences Sociales, Ethique et santé*, N° 39, p126-134.

Comité consultatif national d'éthique (15 octobre 2009). *Avis n°107 sur les problèmes éthiques liés aux diagnostics anténatals*, Support PDF, <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-sur-les-problemes-ethiques-lies-aux-diagnostics-antenatals-le-diagnostic-prenatal>, Consulté le 05 octobre 2018.

Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (Janvier 2010). *Article R.4127-302 du CSP Respect de la vie et de la personne humaine, Commentaire, Code de déontologie des sages-femmes*, Support PDF, <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/06/Article-R.4127-302-du-CSP-Respect-de-la-vie-et-de-la-personne-humaine.pdf>, Consulté le 11 février 2020.

Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (Version du 19 juillet 2012). *Code de déontologie des sages-femmes*, Support PDF, <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-déontologie-des-sages-femmes-version-consolidée-au-19-juillet-2012.pdf>, Consulté le 11 février 2020.

Conseil National de l'Ordre des sages-femmes et Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes (Janvier 2010). *Référentiel métier et compétences des sages-femmes*, Support PDF, <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>, Consulté le 11 février 2020.

Diane de Wailly-Galembert et al. (2012), « Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? Réflexions pour une élaboration des pratiques », *Devenir*, Volume 24, p. 117-139.

Dominique Merg, Patrick Schmoll (Novembre 2005), « Éthique de l'interruption médicale de grossesse en France », *Les dossiers de l'obstétrique*, 343, pp.21-29.

Institut de Bioéthique Européen (2011). *Clause de conscience au profit des professionnels de la santé*, Brochure, <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20190426-brochure-cdc.pdf>, Consulté le 02 Mars 2020.

Jacques Milliez, (Mars 1999), *L'Euthanasie du fœtus, médecine ou eugénisme ?*, 7381-0682-X, Paris, Editions Odile Jacob.

Jean-Christophe Weber et al. (2008), « Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques », *Sciences sociales et santé*, Volume 26, p. 93-120.

Jean-Christophe Weber et al. (2009), « Le foéticide, une administration impensable de la mort ? », *Sociétés contemporaines*, n° 75, p. 17-35.

Jean-Philippe Lefevre (2013), *Agénésie isolée du corps calleux : du diagnostic anténatal au pronostic pédiatrique*, Mémoire de sage-femme, Université de Caen, Basse-Normandie, 64p.

Marie-Pierre Balzing (2002), *Du statut de l'embryon in utero, du fœtus et du nouveau-né*, Mémoire d'éthique médicale, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille, 127p.

Marie-Pierre Balzing (Décembre 2005), « Du statut de l'embryon in utero et du fœtus », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, N°344, p18-22

Philippe Engelmann (2002), « Les interruptions médicales de grossesse. Évolutions législatives, témoignage et questions », *Laennec*, Tome 50, p. 16-26.

Véronique Bitouzé (2001), *Le fœtus, un singulier patient*, Paris, Editions Seli Arslan.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 à 6 : Tableaux complets d'analyse des entretiens avec lignes des verbatims

- Annexe 2 : réflexions suscitées et représentation de l'IMG
- Annexe 3 : investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG
- Annexe 4 : investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG (suite)
- Annexe 5 : perception des sages-femmes sur le vécu des couples demandeurs d'une IMG
- Annexe 6 : besoins et attentes des sages-femmes

CD-DVD contenant les retranscriptions de tous les entretiens réalisés joint au recto de la dernière de couverture.

Annexe 1

Présentation de l'interviewé(e) :

- Pseudonyme :
- Age :
- Année(s) d'exercice :
- Lieu d'exercice actuel :

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE	Quelle est votre formation/parcours ?
	Combien d'IMG avez-vous accompagné au cours de votre carrière ?
	Pour vous, qu'est-ce qui vous a le plus aidé dans l'accompagnement de ces couples ?
	Si vous avez choisi de ne pas accompagner d'IMG, quelles en sont les raisons ?
CONDITIONS DE REALISATION	Comment se fait la répartition en SDN quand il faut prendre en charge une IMG ? <i>(Évaluation de la charge médicale, émotionnelle, psychologique d'une IMG par rapport au reste de l'activité obstétricale)</i>
	Comment accompagnez-vous le couple/la patiente en maternité ?
	Quelle connaissance avez-vous de l'histoire du couple, du parcours décisionnel ?
	Quel usage faites-vous de la clause de conscience ? / Pour quelle(s) raison(s) pourriez-vous refuser de prendre en charge une IMG ?
VECU ET STRATEGIES DE COPING	Pour vous, que représente l'IMG ?
	Comment vous sentez-vous lorsque vous prenez en charge une patiente pour IMG ?
	Quelles éventuelles difficultés rencontrez-vous dans cette PEC ?
	Que faites-vous face à ces difficultés ?
DILEMME ETHIQUE DE L'IMG	Que pensez-vous du cadre légal et réglementaire de l'IMG ?
	Qu'est-ce qui peut entraîner des conflits éthiques chez vous lors d'une IMG ?
	De quelle manière vos convictions personnelles peuvent-elles influencer sur votre PEC ?
PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS	Comment pourrait-on palier à ces difficultés et améliorer le vécu face à une telle PEC ?

Annexe 2

Réflexions suscitées et représentations de l'IMG											
RUBRIQUE	Réflexions suscitées						Représentations				
SOUS-RUBRIQUES	Cadre		Société		Cas de la T21		Positives		Négatives		
THEMES	Incertitude	Subjectivité /limites	Intégration du handicap	Pression sociale	Ambivalence	Eradication	Choix/liberté	Possibilité/solution	Arrêt de vie Douleur	Echec de la société	
Clara 33 ans 9 ans d'exercice Hôpital de La Conception		L.302-304 L.305-306			L.82-84 L.340-344			L.120	L.115, 118		
Kenlé 56 ans 35 ans d'exercice Hôpital de La Conception		L.23-26 L.179 L.181-182 L.185-186			L.40-41		L.65				
Shana 44 ans 22 ans d'exercice Hôpital de La Conception		L.23-26 L.186-187	L.163 L.166-169	L.171		L.162-165	L.149-151 L.181	L.60			
Arie 32 ans 9 ans d'exercice Hôpital de La Conception	L.168-170 L.172-174	L.98-99 L.154-157					L.79-81 L.148-149				

Réflexions suscitées et représentations de l'IMG											
RUBRIQUE	Réflexions suscitées						Représentations				
SOUS-RUBRIQUES											
THEMES	Cadre		Société		Cas de la T21		Positives			Négatives	
SOUS-THEMES	Incertitude	Subjectivité /limites	Intégration du handicap	Pression sociale	Ambivalence	Eradication	Choix/liberté	Possibilités/solution	Arrêt de vie Douleur	Echec de la société	
Fleur 46 ans 20 ans d'exercice Hôpital Nord		L.14-17 L.185-187 L.187-189 L.190	L.17					L.210-211			
Lola 29 ans 6 ans d'exercice Hôpital Nord	L.245-246 L.247-250	L.254-255 L.257-261 L.269		L.264	L.235-236	L.263-269		L.226-227 L.240-242			
Dorie 47 ans 25 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph	L.185-186 L.188-191	L.183	L.175 L.211	L.187-188 L.206-207		L.214	L.172-174 L.178-179		L.177-178		
Nicolas 50 ans 28 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph		L.135-137	L.125-127	L.91-92 L.96-98	L.88-90			L.82-83 L.127-129			

Annexe 3

Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG										
RUBRIQUE	SOUS-RUBRIQUES	Difficultés						Posture		Apport de l'expérience
		Emotions Valeurs	Dans la PEC & l'organisation	Face au fœtus Et l'arrêt de vie	Dans la relation couple-soignant	Exécutive Suspension du jugement	Accompagnante sans s'oublier			
	Clara 33 ans 9 ans d'exercice Hôpital de La Conception	L.30-31 L.36-40 L.41-42 L.66-67 L.96-97 L.238	L.35-40 L.56-57 L.140	L.22, 27 L.112, L.127 L.143-144 L.152, 154	L.48-49 L.193-194 L.208-211	L.89-90 L.151 L.170-171 L.359-361	L.60 L.72	L.289-293		
	Kenlé 56 ans 35 ans d'exercice Hôpital de La Conception	L.32-33 L.94-96 L.119-120 L.344-345	L.200-202 L.219-223 L.233-235 L.310-311 L.314 L.345-347	L.118-120 L.148-151 L.157-158	L.60-62 L.87-88 L.240-241		L.58-61 L.64-65 L.66-67 L.67-68 L.70-71 L.113-115 L.124-129 L.211-212 L.217-218 L.253-256 L.283-285	L.16-18 L.19-21 L.98-104 L.308-311 L.322-323		

RUBRIQUE		Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG						
SOUS-RUBRIQUES		Difficultés			Posture		Apport de l'expérience	
THEMES		Emotions Valeurs	Dans la PEC & l'organisation	Face au fœtus Et l'arrêt de vie	Dans la relation couple-soignant	Exécutive Suspension du jugement		Accompagnante sans s'oublier
Shana 44 ans 22 ans d'exercice Hôpital de La Conception		L.23-24 L.62-63	L.228-229	L.123-127 L.133-136 L.138, 140 L.145-147	L.74-77	L.28 L.87-88 L.191-195 L.199-203 L.233-235 L.181-182	L.42-45 L.48-50, 52 L.60-61 L.101-103 L.151-155 L.215	L.12-14 L.50-51 L.223-225
Arie 32 ans 9 ans d'exercice Hôpital de La Conception		L.81-82 L.89-90 L.115-111 L.134	L.58-61 L.65-67 L.68-69 L.101-102 L.190-191	L.98-102 L.103-105	L.75-76 L.123-125, 127-128	L.41-43 L.158-161 L.180-181	L.43-45 L.143-146	L.24-25 L.29-30
Fleur 46 ans 20 ans d'exercice Hôpital Nord		L.21-23, L.26, L.34, L.55-56 L.149, L.152 L.171-172 L.178-179 L.227-229	L.98-100 L.121 L.155-156, L.161-162 L.176-177	L.33-34 L.45-46, 51- 52 L.88-89, 95- 96	L.17-18 L.106-107	L.20-21 L.190-192, 195-196 L.200-201	L.203-205 L.236-237	L.86

RUBRIQUE		Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG							
SOUS-RUBRIQUES		Difficultés				Posture		Apport de l'expérience	
THEMES		Emotions Valeurs	Dans la PEC & l'organisation	Face au fœtus Et l'arrêt de vie	Dans la relation couple-soignant	Exécutante Suspension du jugement	Accompagnante sans s'oublier		
Lola 29 ans 6 ans d'exercice Hôpital Nord		L.7-8, L.38-40	L.42-43	L.284	L.37-38	L.57	L.137-139	L.52-53	
		L.46-47, 48-50	L.121-125	L.287-288	L.353-354	L.135-137	L.286-287,	L.57-59	
		L.67, L.167	L.148-151	L.320	L.417-420	L.143-144	288-289		
		L.193-194	L.161-164	L.359-360	L.423-425	L.183-184	L.294-295		
		L.209-210	L.184-185		L.463-465	L.224	L.302-303, 305		
		L.222	L.190-192				L.306-307		
		L.338-340	L.460-461				L.312-315		
		L.358-359	L.476-477, 480				L.365		
		L.360-362					L.368-371		
		Dorie 47 ans 25 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph		L.44-45,47	L.124-125	L.61-62	L.70		L.31-32
L.49-54, L.64	L.138-142			L.86-87	L.117-118		L.70		
L.126-128				L.237-238	L.129-130		L.162-163		
L.247-249				L.262-264	L.144		L.256-257		

Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG									
RUBRIQUE	Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG								
SOUS-RUBRIQUES	Difficultés						Posture		Apport de l'expérience
	Emotions Valeurs	Dans la PEC & l'organisation	Face au fœtus Et l'arrêt de vie	Dans la relation couple-soignant	Exécutante Suspension du jugement	Accompagnante sans s'oublier			
Nicolas 50 ans 28 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph	L.13-15, 16	L.78	L.41 L.152-154 L.184-185	L.76-77	L.27-28 L.45, 47-48 L.137-148	L.48-49 L.78-80	L.13, 17-19 L.123-124		
	Johanna 44 ans 21 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph	L.155-157 L.217 L.221-222 L.264-265 L.284 L.338-340 L.363-364 L.413-414 L.421-422		L.243-244 L.276-278	L.219-221 L.227-228 L.264-265 L.323-329 L.411-413 L.424-426 L.428-429	L.166-169 L.378 L.404-406	L.160-162 L.236-237, 239 L.286-287 L.380-381 L.384, 386-387		

Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG									
RUBRIQUE	Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG								
SOUS-RUBRIQUES	Difficultés					Posture		Apport de l'expérience	
	Emotions Valeurs	Dans la PEC & l'organisation	Face au fœtus Et l'arrêt de vie	Dans la relation couple-soignant	Exécutante Suspension du jugement	Accompagnante sans s'oublier			
Nina 25 ans 2 ans d'exercice Hôpital Nord	L.48-50	L.97-98, 99-102	L.136-137	L.50-52	L.23-26		L.7-8		
	L.65-67	L.115-117	L.149-153	L.55-57	L.52-53		L.43-48		
	L.171-174	L.127-128	L.155-158	L.59-60	L.81-84				
	L.200-202	L.131-134			L.228-229				
	L.273-277	L.327-330			L.239-241				
					L.268-270				
					L.273-277				

Annexe 4

Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG								
Stratégies de coping								
RUBRIQUE								
SOUS-RUBRIQUES								
THEMES	Identification Rationalisation	Humour	Vocabulaire scientifique	Humanisation du Fœtus	Distance Recul	Evitement Refus	Entraide, Soutien	
Clara 33 ans 9 ans d'exercice Hôpital de La Conception	L.79-80 L.82-84 L.345-347 L.355				L.234-236 L.239-240 L.405	L.152-154 L.334-336 L.387-389	L.21-2, L.28 L.62-65 L.374-376 L.377-379 L.382, L.385 L.396	
Kenlé 56 ans 35 ans d'exercice Hôpital de La Conception				L.270-271 L.274-276	L.97-100 L.106-107 L.256-258	L.23-25 L.34-37 L.110-112 L.333-334	L.48-49	
Shana 44 ans 22 ans d'exercice Hôpital de La Conception						L.19-20 L.26-28 L.215-217	L.31-32 L.120-122 L.140, L.222	

RUBRIQUE		Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG							
SOUS-RUBRIQUES		Stratégies de coping							
THEMES	Identification Rationalisation	Humour	Vocabulaire scientifique	Humanisation du Foetus	Distance Recul	Evitement Refus	Entraide, Soutien		
Arie 32 ans 9 ans d'exercice Hôpital de La Conception				L.110-115		L.17-20	L.20-21 L.107-108 L.121-122 L.186-187		
Fleur 46 ans 20 ans d'exercice Hôpital Nord	L.62-63		L.77 L.81-83		L.166-167	L.36-38 L.41-42	L.88, L.101-103 L.118-119 L.165, 170-171		
Lola 29 ans 6 ans d'exercice Hôpital Nord	L.30-32 L.92, 95 L.179-181 L.278-279 L.326-330 L.342-343	L.336 L.345-347	L.310 L.320-322		L.277-278 L.326-330	L.7-9	L.69, 72-73 L.77-80 L.82-83 L.99-100, 118		

Investissement et vécu de la sage-femme dans la PEC d'une IMG							
RUBRIQUE	Stratégies de coping						
SOUS-RUBRIQUES	Identification Rationalisation	Humour	Vocabulaire scientifique	Humanisation du Fœtus	Distance Recul	Evitement Refus	Entraide, Soutien
Dorie 47 ans 25 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph	L.79-80 L.268-271	L.106-108 L.112-114		L.70-71 L.96-98	L.40-41 L.91-94	L.56-57	L.85-86, L.277 L.282-283 L.284-285
Nicolas 50 ans 28 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph			L.173-176	L.145-147	L.26 L.65, 68 L.199-202	L.205-207	L.56-57
Johanna 44 ans 21 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph					L.166-169 L.371-373 L.415-417 L.434-435		L.362, 364-366 L.369-370
Nina 25 ans 2 ans d'exercice Hôpital Nord				L.176-180 L.182-183 L.186-187	L.67-69		L.33-35, 36-38 L.69, L.205-207 L.216-217 L.220-221

Annexe 5

RUBRIQUE		Perception du vécu des couples demandeurs d'IMG selon les sages-femmes						
SOUS-RUBRIQUES		Décision			Couple ou parents	Le parcours		
THEMES		Autonomie	Influence	Culpabilité		Temporalité	Risque de malfaisance	Détresse Deuil
Clara 33 ans 9 ans d'exercice Hôpital de La Conception	L.325 L.358-359	L.190	L.100-104 L.179-180 L.212-214 L.259-265		L.48 L.161 L.174-177	L.136 L.139-140 L.143-144 L.184 L.190	L.51-53 L.74-77	
Kenlé 56 ans 35 ans d'exercice Hôpital de La Conception	L.41-42 L.65 L.153-154 L.294	L.152	L.155 L.190-191		L.191-195 L.200-201	L.10-11 L.170	L.135-137 L.196	
Shana 44 ans 22 ans d'exercice Hôpital de La Conception	L.58 L.153-154	L.184-186	L.56-61			L.205-206	L.56-58 L.75-77	
Arie 32 ans 9 ans d'exercice Hôpital de La Conception	L.41-42 L.94-95 L.150		L.44			L.103, 104-105 L.110-112 L.190-192	L.129-134	

Perception du vécu des couples demandeurs d'IMG selon les sages-femmes						
RUBRIQUE	SOUS-RUBRIQUES					
	THEMES	Décision			Couple ou parents	Le parcours
Autonomie		Influence	Culpabilité	Temporalité		Risque de malfeasance
Fleur 46 ans 20 ans d'exercice Hôpital Nord	L.11		L.218-219		L.45, 52 L.131-133	L.56-57 L.106-107 L.219-221
Lola 29 ans 6 ans d'exercice Hôpital Nord	L.115 L.252-254	L.134	L.317-318	L.381-383 L.393-395 L.395-397 L.401-403	L.123-124 L.140-141 L.146-148 L.155-156 L.293-294 L.363, L.462,463	L.40-41 L.107-108 L.315-316 L.365 L.414-415
Dorie 47 ans 25 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph	L.191-192 L.224	L.196 L.201-203			L.9-11 L.28-30 L.259-260	L.77

RUBRIQUE		Perception du vécu des couples demandeurs d'IMG selon les sages-femmes						
SOUS-RUBRIQUES		Décision			Couple ou parents	Le parcours		
THEMES		Autonomie	Influence	Culpabilité		Temporalité	Risque de malfaisance	Détresse Deuil
Nicolas 50 ans 28 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph		L.84-88		L.106-108 L.169-170 L.187-188		L.186		L.102-103
Johanna 44 ans 21 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph		L.287-290 L.293-294 L.312 L.356-358	L.25-27 L.79-80 L.117-118 L.123-126	L.52-54 L.80-81 L.135-136 L.247-249	L.314-316	L.40-44 L.59-60 L.62-63 L.138-139	L.73	L.51 L.140-142 L.149-150 L.210-212 L.219
Nina 25 ans 2 ans d'exercice Hôpital Nord			L.140				L.131-134 L.163,166-167 L.293 L.297-301	

Annexe 6

Besoins des sages-femmes, améliorations proposées										
RUBRIQUE	Besoins des sages-femmes, améliorations proposées									
	SOUS-RUBRIQUES		Formation		Les moyens		Soutien		L'accompagnement	
THEMES	Initiale	Continue	Administratifs	PEC médicale	Aide à la PEC	Psychologique	Continuité du suivi	Connaissance du dossier		
Clara 33 ans 9 ans d'exercice Hôpital de La Conception					L.30-31, L.33					
Kenlé 56 ans 35 ans d'exercice Hôpital de La Conception		L.327		L.158-166 L.173-175 L.375-378 L.387-388	L.345-348	L.327-329 L.336-340	L.56-57 L.206-207 L.360-363	L.77-82		
Shana 44 ans 22 ans d'exercice Hôpital de La Conception	L.238-240	L.254-256				L.259	L.206-208	L.228-229		
Arie 32 ans 9 ans d'exercice Hôpital de La Conception	L.204-205			L.188-191 L.192-194 L.196-198						

Besoins des sages-femmes, améliorations proposées									
RUBRIQUE	Sous-rubriques								
	Formation		Les moyens		Soutien		L'accompagnement		
THEMES	Initiale	Continue	Administratifs	PEC médicale	Aide à la PEC	Psychologique	Continuité du suivi	Connaissance du dossier	
Fleur 46 ans 20 ans d'exercice Hôpital Nord			L.149-152			L.225-228	L.136-137 L.138 L.145-146		
Lola 29 ans 6 ans d'exercice Hôpital Nord	L.485-486 L.488-489					L.75-76 L.78-79	L.407-408 L.429-432 L.467-469	L.459-460	
Dorie 47 ans 25 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph					L.87-88 L.289-291		L.138-140 L.292-293 L.294-299		
Nicolas 50 ans 28 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph	L.210			L.157-162		L.213-214		L.215-217	

Besoins des sages-femmes, améliorations proposées								
RUBRIQUE	Formation		Les moyens		Soutien		L'accompagnement	
	Initiale	Continue	Administratifs	PEC médicale	Aide à la PEC	Psychologique	Continuité du suivi	Connaissance du dossier
THEMES								
Johanna 44 ans 21 ans d'exercice Hôpital Saint-Joseph					L.392-394	L.395-396		
Nina 25 ans 2 ans d'exercice Hôpital Nord	L.311-314			L.110-111 L.317-319	L.330-332			

Glossaire

CASSF : Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes

CCNE : Comité Consultatif National d’Ethique

CNOSF : Conseil National de l’Ordre des Sages-Femmes

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

DPN : Diagnostic Prénatal

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PEC : Prise En Charge

SA : Semaines d’Aménorrhée

SF : Sage-Femme

Résumé

Introduction à l'étude : Avec plus de 7000 IMG par an en France, l'accompagnement des couples demandeurs est fréquent dans les maternités qui la pratiquent. Possible à tout moment de la grossesse, elle suscite de nombreuses réflexions éthiques et pousse les sages-femmes à se confronter à la détresse des parents. La question de recherche soulevée est la suivante : « Quels sont les perceptions et le ressenti des sages-femmes de Marseille face au questionnement éthique soulevé lors de la prise en charge et de l'accompagnement des interruptions médicales de grossesse en maternité ? ».

Objectifs : Identifier et analyser les perceptions et le ressenti des SF de Marseille face au questionnement éthique soulevé lors de la PEC et de l'accompagnement des IMG en maternité, et identifier les stratégies de coping mises en place par les SF pour faciliter cette PEC et cet accompagnement. Enfin, proposer des outils susceptibles d'améliorer la posture des SF face l'IMG pour *in fine* d'améliorer la PEC et l'accompagnement de ces couples.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique menée par des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes volontaires à partir d'une grille de questions préalablement testée. L'étude inclut 10 entretiens dont la durée varie de 30 à 60 minutes et réalisés entre juillet et novembre 2019.

Résultats : L'IMG est une pratique courante soulevant de nombreuses réflexions chez les sages-femmes notamment sur le rôle de la société dans l'intégration du handicap. Cette procédure connue pour être éprouvante pour les parents, s'avère également être difficile à vivre pour certaines sages-femmes. L'expérience professionnelle et personnelle apparaît comme l'aide principale à la gestion de leurs émotions et l'amélioration du vécu de cet accompagnement.

Conclusion : Rarement en conflit éthique face à l'IMG, les sages-femmes mettent les intérêts des couples au premier plan. Cependant, leur posture est délicate, elles se trouvent à la fois en bout de chaîne et en première ligne. L'accompagnement des IMG n'est pas aisé, au point que certaines le fuient. Il en ressort donc l'importance de soutenir les professionnels en libérant leur parole et en développant leur formation, mais aussi en améliorant la qualité de l'accompagnement des parents en leur donnant d'autres possibilités et en faisant évoluer la prise en charge.

Mots clés : Interruption médicale de grossesse, sage-femme, ressentis, perception, questionnement éthique

Abstract

Introduction : With more than 7000 termination of pregnancy (TOP) each year in France, medical and psychological care for requesting couples is frequent in maternity hospitals that practice it. Possible at any time during pregnancy, it gives rise to many ethical reflections and pushes midwives to confront the distress of the parents. The research question raised is the following : "What are the perceptions and feelings of midwives in Marseille regarding the ethical questioning raised during the care and support of medical termination of pregnancy in maternity wards ? ».

Objectives of the study : To identify and analyse the perceptions and feelings of midwives in Marseille regarding the ethical questioning raised during the care and the support of TOP in maternity wards, and to identify the coping strategies put in place by midwives to facilitate this care and support. Finally, to propose tools likely to improve the position of midwives towards TOP in order to improve care and support for these couples.

Method : This is a phenomenological qualitative study conducted by semi-directive interviews with volunteer midwives using a pre-tested question grid. The study includes 10 interviews, ranging in length from 30 to 60 minutes and conducted between July and November 2019.

Results : TOP is a common practice that raises many thoughts among midwives, particularly on the role of society in the integration of disability. This procedure, known to be stressful for parents, is also proving to be difficult for some midwives. Professional and personal experience appears to be the main help in managing their emotions and improving the experience of this accompaniment.

Conclusion : Rarely in ethical conflict with TOP, midwives put the interests of couples first. However, they are in a delicate position, being both at the end of the chain and on the front line. Supporting TOP is not easy, to the point that some midwives are running away from it. It is therefore important to support the professionals by freeing their word and developing their training, but also by improving the quality of support for parents by giving them other possibilities and by developing the medical care.

Key words : Medical Termination of Pregnancy, Midwife, Feelings, Perception, Ethical Questioning