



HAL
open science

Le vécu des sages-femmes dans la prise en charge d'une interruption médicale de grossesse : étude qualitative à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble

Marie Germain

► **To cite this version:**

Marie Germain. Le vécu des sages-femmes dans la prise en charge d'une interruption médicale de grossesse : étude qualitative à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03046098

HAL Id: dumas-03046098

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03046098>

Submitted on 8 Dec 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Le vécu des sages-femmes dans la prise en charge d'une
interruption médicale de grossesse : étude qualitative à l'Hôpital
Couple Enfant de Grenoble**

GERMAIN Marie

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 18 juin 2020

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

2020

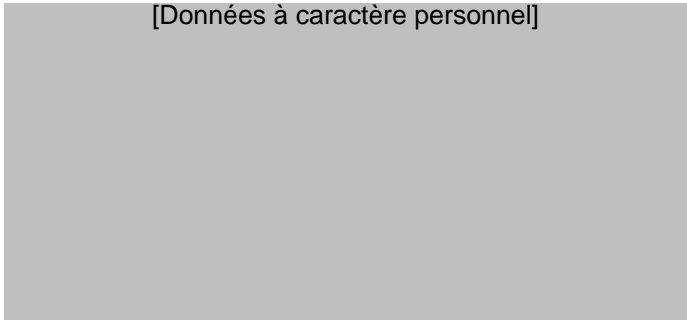
UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Le vécu des sages-femmes dans la prise en charge d'une
interruption médicale de grossesse : étude qualitative à l'Hôpital
Couple Enfant de Grenoble**

**The experience of midwives in the management of a medical
termination of pregnancy: a qualitative study at the Couple Enfant
Hospital of Grenoble**

Par GERMAIN Marie

[Données à caractère personnel]



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

2020

Résumé :

L'objectif de cette étude était d'analyser le vécu des sages-femmes dans la prise en charge d'une interruption médicale de grossesse. Aussi, nous souhaitons proposer des axes d'amélioration pour faciliter la prise en charge de ces couples et l'accompagnement des sages-femmes qui y sont confrontées.

Pour ce faire, nous avons réalisé 8 entretiens semi-directifs individuels avec des sages-femmes recrutées sur la base du volontariat par email. Etaient incluses dans cette étude, les sages-femmes ayant déjà pris en charge des interruptions médicales de grossesse en salle d'accouchement et/ou en service de grossesses à hauts risques.

Les résultats de cette étude ont montré que le vécu des sages-femmes était difficile pour plusieurs raisons comme le manque de formation, la difficulté de se retrouver face aux couples et au corps de l'enfant, les difficultés organisationnelles et matérielles ou encore le fait de ne pas pouvoir reparler de ces situations.

Pour conclure, les résultats de notre étude concordent avec les données de la littérature sur toutes les difficultés que nous avons identifiées.

Mots-clés : interruption médicale de grossesse, sage-femme, recherche qualitative, vécu.

Abstract:

The aim of this study was to analyse the experience of midwives in the management of medical termination of pregnancy. Also, we wanted to propose axes of improvement to facilitate the care of these couples and the accompaniment of the midwives who are confronted with it.

To do this, we conducted 8 semi-directive individual interviews with midwives recruited on a voluntary basis by email. Included in this study were midwives who had already managed medical terminations of pregnancy in delivery room and/or in the service of high-risk pregnancies.

The results of this study showed that the midwives' experience was difficult for several reasons such as the lack of training, the difficulty of dealing with the couples and the child's body, the organizational and material difficulties, or not being able to talk about these situations again.

In conclusion, the results of our study are consistent with the data in the literature on all the difficulties that we identified.

Key-words: Induced abortion, midwifery, qualitative research, professional practice.

Je remercie les membres du jury :

Mme Delphine SAVOY,

Sage-femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble,
Présidente du jury ;

M. le Dr Patrice BARO,

Psychiatre, praticien attaché au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-
Président du jury ;

Mme Stéphanie WEISS,

Sage-femme coordinatrice en Pathologie de la Grossesse et Consultations Gynécologie-
Obstétrique au Centre Hospitalier de Chambéry, Membre invité du jury ;

Mme Marie ARNOULD, Mme Christine BESSON et Mme Charlotte RIBAILLIER,
Sages-femmes à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes, Directrices de ce
mémoire ;

M. Lionel DI MARCO,

Sage-femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble,
Co-Directeur de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

Mme Marie ARNOULD, Mme Christine BESSON et Mme Charlotte RIBAILLIER,
directrices de ce mémoire et sages-femmes à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire
Grenoble-Alpes ;

Pour leur temps, vos conseils, votre disponibilité, vos encouragements ;

M. Lionel DI MARCO, co-directeur de ce mémoire ;

Pour son aide, ses conseils, son professionnalisme et ses encouragements ;

Mme Claudine MARTIN, Sage-femme enseignante référente ;

Pour sa confiance et son aide ;

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme enseignante ;

Pour sa présence, sa bienveillance et son écoute durant ces quatre années ;

Toutes les sages-femmes interrogées ;

Pour le temps qu'elles m'ont accordé et leur confiance.

Je remercie plus personnellement :

Mes parents, mon frère et Thomas ;

Pour leur soutien à toutes épreuves, leur amour, leur présence ;

Ma famille et mes amis ;

Pour leur joie de vivre, leur écoute et leur soutien ;

Alexia, Amandine et Solenn, mes amies étudiantes sages-femmes de la promotion 2016-2020 ;

Pour l'amitié, la joie, le soutien et tous ces moments partagés durant ces quatre années ;

A tous ceux qui m'ont toujours soutenu et qui ont cru en moi...

« La femme sage est celle qui a beaucoup à dire mais qui garde le silence. »

Proverbe Persan

Table des matières :

Abréviations :	1
I- Introduction :	2
II- Matériel et méthode	4
1) Type d'étude et méthode:	4
2) Population :	4
a) Critères d'inclusions :	4
b) Critères d'exclusions :	4
3) Modalités de sélections :	5
4) Entretiens :	5
III- Résultats	7
1) Caractéristiques de la population (Annexe 2)	7
2) Résultats	7
A) Facteurs influençant le vécu des sages-femmes	7
a) Facteurs liés aux couples	7
b) Facteurs liés à la sage-femme	9
c) Autres facteurs	12
B) Besoin des sages-femmes	14
a) Formation	14
b) Organisation et matériel	14
c) Temps de parole	15
IV- Discussion	17
1) Limites et biais :	17
2) Discussion	19
A) Facteurs influençant le vécu des sages-femmes	19
a) Facteurs liés aux couples	19
b) Facteurs liés à la sage-femme	22
c) Autres facteurs	27
B) Besoins des sages-femmes	29
V- Conclusion	32
VI- Bibliographie	34
VII- Annexes	37
Résumé :	41

Abréviations :

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

HCE : Hôpital Couple Enfant

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

GHR : Grossesses à Hauts Risques

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

I- Introduction :

Depuis 40 ans, le diagnostic anténatal a fortement progressé, plaçant le fœtus devenu patient, au cœur d'un questionnement éthique lié au décalage entre un diagnostic prénatal, qui est de plus en plus performant, et des possibilités de traitement qui elles, restent très insuffisantes.

En 1975, la législation française autorise la pratique de l'interruption médicale de grossesse et des centres pluridisciplinaires de diagnostics prénataux voient le jour dès 1994 (1).

Ces centres pluridisciplinaires de diagnostics prénataux aident les équipes médicales et les couples dans le diagnostic, l'analyse, la prise de décision et la prise en charge d'une grossesse lorsqu'une malformation est détectée ou suspectée. Leurs missions sont de donner des avis et des conseils, de donner accès aux couples aux dispositifs nécessaires et d'organiser des formations auprès des praticiens (2).

L'interruption médicale de grossesse est l'interruption volontaire d'une grossesse qui peut être pratiquée à tout moment à condition que deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, soit que la poursuite de la grossesse met gravement en péril la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme létale ou incurable au moment du diagnostic.

En 2016, l'agence de biomédecine révèle que 7366 « attestations de particulières gravités » ont été délivrées en vue d'une interruption médicale de grossesse (3).

La pratique de l'interruption médicale de grossesse implique pour les soignants un accompagnement des couples dans le deuil périnatal. Cet accompagnement, bien que difficile

et différent pour chaque couple et chaque situation, est le sujet de nombreux ouvrages et de nombreuses études évaluant le vécu des couples (4) (5) (6) (7).

Comme le dit Engelmann « *quand le premier et le dernier souffle se confondent, lorsque l'accompagnement du naissant rejoint celui du mourant, la proximité du soignant explique sa souffrance et son mal être* » (1).

Le vécu est défini comme une notion propre à chacun, puisque pour un même évènement, ce vécu appartient toujours à un seul sujet (8). Celui-ci provoque aussi un impact sur notre personne qui dépend justement de notre vécu personnel, notre caractère.

Après avoir été interpellés par les sages-femmes lors des différents stages, nous avons pu remarquer que quelles que soient les équipes et les maternités, la prise en charge d'une patiente pour une interruption médicale de grossesse peut laisser des traumatismes au sein des équipes. Le rôle de la sage-femme reste primordial dans ces situations puisque la qualité de son accompagnement permettra aux couples un meilleur vécu et une mise en place plus facile de la phase de deuil (9). Cependant, les sages-femmes restent dans l'attente d'outils pour aider ces couples.

Les sages-femmes sont les soignants principaux qui accompagnent ces couples. Quel est leur vécu face à la prise en charge d'une interruption médicale de grossesse ? Quel est l'impact de leur formation et de leur expérience sur leur vécu ?

L'objectif principal de cette étude est de pouvoir identifier les difficultés des sages-femmes. Dans un second temps, ce travail vise à proposer des axes d'amélioration pour faciliter la prise en charge de ces couples et l'accompagnement des sages-femmes qui y sont confrontées.

II- Matériel et méthode

1) Type d'étude et méthode:

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive, monocentrique avec des entretiens semi dirigés auprès des sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), maternité de type 3. Cette méthode permet d'étudier le vécu des sages-femmes qui sont confrontées de manière très régulière à ces prises en charge, leurs permettant ainsi de s'exprimer plus librement qu'avec un questionnaire.

2) Population :

La population concernée était constituée de sages-femmes, travaillant à l'Hôpital Couple Enfant (HCE), ayant déjà pris en charge des interruptions médicales de grossesse (IMG) dans les services de grossesses à hauts risques (GHR) et/ou en salle d'accouchement. Les entretiens ont été réalisés auprès des sages-femmes hospitalières de type 3 puisqu'elles sont confrontées régulièrement aux IMG.

a) Critères d'inclusions :

Etaient incluses dans cette étude, des sages-femmes volontaires ayant déjà pris en charge des IMG en salle d'accouchement ou en GHR, les sages-femmes travaillant ou ayant travaillé en salle d'accouchement ou en GHR et celles acceptant l'entretien.

b) Critères d'exclusions :

Les sages-femmes exclues de cette étude sont celles n'ayant jamais pris en charge d'IMG, n'ayant jamais travaillé en salle d'accouchement ou GHR ou n'acceptant pas l'entretien.

3) Modalités de sélections :

Le recrutement des sages-femmes a été fait par email pour leur proposer un entretien individuel mené à l'hôpital ou sur le lieu de leur choix. Le cadre de salle d'accouchement nous a permis de relayer l'information à l'ensemble des sages-femmes de l'HCE.

4) Entretiens :

Après un premier contact et accord des sages-femmes par email, un consentement oral leur a été de nouveau demandé au moment de l'entretien. Elles étaient informées de la possibilité de refuser de répondre à une question ou d'arrêter l'entretien à tout moment. Le recueil des données a été effectué grâce à des entretiens individuels semi-directifs, avec un guide de questions comprenant deux thèmes principaux (Annexe 1 : Grille d'entretien)

- Expérience sur le terrain
- Aspect psychologique

A travers le thème « expérience sur le terrain », nous avons évoqué à la fois l'expérience en tant que sage-femme mais aussi en tant qu'étudiant. Cette expérience en tant qu'étudiant ainsi que les cours théoriques à l'école permettent de mieux appréhender ces situations de deuil périnatal en tant que professionnel.

Le thème « aspect psychologique » a été choisi pour analyser l'impact de la formation et de l'expérience sur le vécu personnel de la sage-femme. Il nous semblait important de pouvoir aborder ce thème. Durant nos stages, le manque de soutien est un problème que nous avons observé dans plusieurs établissements.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des sages-femmes afin d'être retranscrits pour être analysés. Après retranscription et analyse, les entretiens ont tous été

détruits. Toute trace permettant d'identifier les sages-femmes a été retirée des entretiens afin que l'anonymat de chacun soit respecté.

Les entretiens ont été stoppés dès la redondance des informations données par les sages-femmes. Afin de préserver l'anonymat, nous les avons nommés avec des lettres de A à H. Sept entretiens ont été réalisés au sein de l'HCE et un au domicile de la sage-femme à sa demande. Les entretiens ont duré entre 14 et 43 minutes. Pour l'analyse de nos données, nous avons procédé entretien par entretien et thème par thème. L'analyse a été faite manuellement avec une assistance par ordinateur. Nous avons débuté par une analyse des mots clefs dans les réponses de chacun puis une analyse du contenu. Aussi, nous avons analysé les silences et autres gestuelles non verbales (10).

III- Résultats

1) Caractéristiques de la population (Annexe 2)

Notre population se composait de sages-femmes avec des âges compris entre 26 et 59 ans avec une moyenne d'âge à 35 ans.

La majorité des entretiens, à savoir 7, se sont déroulés au sein de l'HCE. Un entretien a été fait au domicile de la personne à sa demande.

Deux des sages-femmes qui ont été interrogées travaillaient à ce moment-là en service de GHR, 4 autres travaillaient en salle d'accouchement, une travaillait en suites de couches et pour finir, une travaillait en tant que cadre de service.

La durée moyenne des entretiens était de 33 minutes avec des temps compris entre 14 et 43 minutes.

2) Résultats

A) Facteurs influençant le vécu des sages-femmes

a) Facteurs liés aux couples

- Les sentiments des sages-femmes

Ce qui ressortait de nos entretiens était une réelle difficulté des sages-femmes à s'adapter aux réactions de chaque couple. Quatre des 8 sages-femmes interrogées expliquaient que leur réaction dépendait beaucoup des couples. Certains couples ne communiquent pas du tout et les sages-femmes évoquaient une vraie difficulté à pouvoir répondre à leurs demandes puisqu'elles ne sont pas exprimées : « *Il y a des fois c'est très dur parce que [...] tu arrives pas du tout à rentrer en communication avec eux donc tu ne sais pas ce que tu pourrais faire pour les apaiser* ». D'autres couples, eux sont très expressifs, et parlent de tout à fait autre

chose. C'est ce qu'essayait de faire la majorité des sages-femmes comme nous l'indique celle-ci : « *Moi je sais que j'ai quand même comme objectif de les faire rire ou sourire un peu pendant ce moment même si je sais que c'est pas rigolo parce qu'en fait [...] c'est quand même une naissance même si c'est pas la naissance espérée.* ».

Deux autres sages-femmes évoquaient un « *moment difficile* » pour elle, même si cela ne leur posait pas de problème de prendre en charge des couples qui ont recours à une IMG. Une autre nous disait qu'elle se comportait de la même manière que lors d'un accouchement d'un enfant vivant : « *Je me mets dans une bulle, donc vraiment pour l'expulsion je la vis comme l'expulsion d'un enfant vivant. Voilà. Pour moi il n'y a pas de différence...* ».

Pour finir, environ un quart des sages-femmes ont dit que le motif de l'IMG pouvait parfois être un frein au relationnel avec le couple, comme nous le voyons dans ce témoignage : « *[...] la cause aussi de l'IMG, parce que en France on fait des interruptions médicales de grossesse jusqu'au terme, et ça dépend aussi de l'histoire personnelle de chacun.* ».

- Demande des couples

Cinq sages-femmes répondaient être mise en difficulté plutôt par la non-demande des couples : « *J'ai plutôt été mise en difficulté par un couple qui ne parlait pas, qui était dans un mutisme total, c'était impossible d'agir avec eux ils étaient absents* ». Pour les sages-femmes, ce mutisme était une source d'angoisse et une non réponse au soin proposé.

Les 3 autres sages-femmes disaient ne jamais avoir été mise en difficulté par une demande d'un couple puisqu'elles considéraient que leurs demandes pouvaient toutes être légitimes dans cette situation. Elles expliquaient que de pouvoir répondre à chaque besoin de leur patiente lors d'un accouchement, fait partie du travail de sage-femme, que ce soit un

enfant vivant ou lors d'une IMG : « *Moi je pars du principe que dans ces situations-là moi je suis prête à tout entendre voilà...* ».

b) Facteurs liés à la sage-femme

- Les études de sage-femme

L'avis des sages-femmes interrogées était assez contradictoire puisque certaines jugeaient suffisante leur formation dans le cadre de leurs études. Elles ne voyaient pas la nécessité d'en avoir d'autres puisque la réalité de cette prise en charge s'apprend sur le terrain : « *Les cours c'est bien mais je pense que le mieux quand même c'est d'en vivre plusieurs pour se rendre compte et arriver à comprendre comment ça marche* », cette idée ressortait pour 3 sages-femmes.

Au contraire, quelques sages-femmes dénonçaient un vrai manque de formation : « *Alors si, je crois qu'en école de sage-femme on a eu des cours sur le deuil périnatal... utile.... Enfin non ce n'est pas utile parce que je m'en rappelle pas [...] Oui je crois qu'on a eu tout un plan psy autour de ça mais pas un plan administratif ou juridique pour savoir comment ça s'organise et ça serait bien* ». Elles seraient vraiment demandeuses d'avoir un récapitulatif surtout sur la partie administrative : « *Je n'ai pas eu de formation administrative à l'école [...] mais c'est vrai que à l'avenir j'aimerais bien qu'on ait plus d'outils oui.... Parce que c'est usant et aussi gênant d'être face à ces couples et de pas pouvoir répondre.* ».

Les sages-femmes développaient et insistaient aussi sur le fait que de prendre en charge des IMG en tant qu'étudiant leur ont beaucoup apporté. Celles qui en ont pris en charge en dernière année (M2), pensaient toutes qu'il ne fallait pas prendre en charge des IMG plus tôt dans le cursus d'études de sage-femme: « *Oui je pense que c'est une bonne chose en dernière année. Avant je pense que c'est un peu trop tôt et pas forcément utile...*

enfin ce n'est pas que ce n'est pas utile mais c'est quand même violent hein [...] je pense que t'as déjà tellement de choses à apprendre les années d'avant que ça si on te le rajoute... ». En effet, les sages-femmes que nous avons interrogées acceptaient toutes les étudiantes.

Par contre, deux sages-femmes interrogées avouaient n'avoir jamais pris en charge d'IMG avant le diplôme : *« Tu en as jamais pris en charge de ta vie et là c'est pour toi... je pense que ce n'est pas comme ça que tu imagines ta première garde et ton premier accouchement et ton premier couple. Donc c'est vrai que je n'en garde pas un super souvenir, j'ai trouvé ça violent.... ».* Elles ont décrit cela comme un réel manquement à leur formation.

- Refus de prise en charge

Plusieurs notions sont à prendre en compte pour ces prises en charge comme la gravité, le motif ou encore le terme de l'IMG comme le témoignait cette sage-femme : *« Il va y avoir des indications qui vont être plus légitimes que d'autres... et qui peuvent aussi parfois nous révolter en disant « mais en fait-moi si j'avais été à la place de cette dame je ne l'aurai jamais faite » ».* Ces notions présentaient de réelles difficultés pour certains professionnels à aller au bout de leur travail, ce qui les poussaient parfois même à refuser de prendre en charge un couple. Dans notre étude, 5 sages-femmes nous ont dit n'avoir jamais refusé de prendre en charge une IMG et 3 ont refusé. Les raisons évoquées étaient assez propres à chacune mais ne concernent en rien la légitimité et le droit de faire une IMG. Les raisons évoquées étaient d'avoir suivi plusieurs IMG à la suite, ou de connaître la patiente, ou encore d'être elle-même enceinte : *« Parce que j'avais l'impression que j'en avais déjà faite pas mal d'affilée, enfin pour moi de ma sensation je crois que j'en avais faite 4 d'affilée »* Ces différentes raisons de refus mettent surtout en avant l'implication émotionnelle importante des sages-femmes et l'épuisement qui peut être ressenti.

- Emotions des sages-femmes

Quatre sages-femmes nous ont dit avoir déjà été submergées par leurs émotions. Deux au moment de la préparation du corps de l'enfant et 2 face à l'émotion intense ou à un cri de déchirement des parents : « *Par contre je me souviens une autre fois où j'avais été submergée [...] la femme en fait qui a vraiment poussé un énorme cri de sanglots quand il est sorti* ».

Les 4 autres disaient ne jamais avoir été submergée par leurs émotions : « *Non je ne pense pas [...] c'est peut-être que à mon âge [...] c'est triste hein c'est sûr mais non...* ».

- L'expérience

Une sage-femme déclarait avoir connu une situation personnelle de deuil périnatal et était persuadée que cela n'a pas changé sa pratique professionnelle mais lui avait fait changer les habitudes qu'elle avait : « *Mais ça n'a pas changé ma pratique parce que j'ai toujours eu énormément d'empathie pour les gens [...] j'ai peut être pris encore plus de temps pour rester avec eux et moins les faire culpabiliser* ». Cette question a été unanime auprès des sages-femmes interrogées, toutes estimaient que leur vécu personnel de deuil ou autres situations compliquées influait sur la prise en charge des couples : « *Ça t'influe forcément parce que il y a des mots que tu aimes entendre et des mots que t'aimes pas entendre donc ça peut forcément t'influencer.* ».

Nous avons évoqué aussi la partie la plus difficile de cette prise en charge pour chaque sage-femme. Les réponses étaient totalement différentes pour chaque personne interrogée : notamment le manque de temps à consacrer aux couples, la prise en charge du corps de l'enfant et la présentation aux parents, la partie psychologique à savoir comment aborder les couples et leur parler, la confrontation aux parents ou encore la période précédant le foeticide lorsque la patiente sent encore son bébé bouger. Tous ces facteurs étaient décrits par les sages-femmes comme des sources de stress supplémentaire, liées à cette prise en charge :

« Moi ce qui est dur c'est quand t'as un enfant qui est quand même très difficile à regarder [...] je trouve que c'est hyper dur surtout quand ils veulent le voir ou ce genre de choses. Après le moment où tu présentes l'enfant aux parents et que les parents s'effondrent bein ça c'est.... C'est dur émotionnellement... ».

Cette prise en charge était décrite comme particulière à plusieurs reprises : *« Je trouve qu'elle est encore plus particulière [...] Parce que c'est un accouchement oui mais c'est un accouchement qui n'est pas celui qui était espéré ».*

- En reparler

Le besoin de reparler de ces situations était présent chez toutes les sages-femmes interrogées et elles l'ont fait de plusieurs manières. Sept sages-femmes en parlaient à des collègues sages-femmes ou à leur conjoint. Mais durant l'un des entretiens une sage-femme nous avouait avoir eu le besoin d'en parler à un professionnel : *« Moi j'en ai eu le besoin [...] j'en parle à un psychiatre, j'en ai parlé à un psychiatre pendant mon analyse et qui a confirmé qu'on n'avait pas assez de supervision ».*

Aussi, toutes les sages-femmes interrogées souhaiteraient qu'il existe un moyen dans le cadre du travail pour reparler de ces situations.

c) Autres facteurs

- Les soins de l'enfant

Sept sages-femmes ont expliqué que les soins de l'enfant étaient une difficulté supplémentaire à la prise en charge des IMG. En majorité, elles évoquaient une difficulté augmentée par rapport au terme de l'IMG, à l'aspect du corps, à la présence de malformations extériorisées : *« Le contexte donc c'était une triploïdie, donc c'est rare et il était horrible... physiquement c'était assez insoutenable... ».*

Mais malgré ces difficultés, certaines avouaient se sentir à l'aise avec ce travail et même apprécier le petit instant passé avec les nouveaux nés, « *J'aime bien essayer de faire les choses le plus proprement possible, essayer de faire des petites mises en scène pour laisser des bons souvenirs...* ».

Nous avons remarqué aussi que les sages-femmes interrogées ont toutes évoqué qu'elles préféreraient ne pas être seules pendant les soins de l'enfant. Etre avec une collègue, une auxiliaire de puériculture, de la musique, des paroles, permettrait d'avoir un meilleur vécu : « *Du coup je leur parle beaucoup plus, je mets beaucoup de mots... souvent même je me mets de la musique, quand je suis toute seule dans la salle [...] et du coup je trouve ça plus facile* ». Ce souhait de ne pas être seule était aussi évoqué sur un aspect pratique pour aider à réaliser les photos et les empreintes : « *T'es content d'être deux quand même, déjà niveau organisationnel c'est quand même mieux tu vois rien que pour faire les empreintes c'est quand même mieux quand t'as quatre mains* ».

- Les protocoles de la maternité

Dans l'ensemble, les protocoles sont plutôt clairs tant sur la partie administrative que médicale : « *Alors moi je sors toujours la petite check list mais dans l'ensemble c'est bien fait* ». Cependant, les sages-femmes interrogées ont déploré un réel manque de formation autour de la partie administrative et se sentaient parfois mal face aux questions de couples où elles ne peuvent pas répondre : « *Nous on n'a pas forcément la connaissance administrative et [...] les gens vous posent des questions et que vous dites « euhhh je ne sais pas... »* ». Une sage-femme évoquait même une certaine angoisse sur ses premières prises en charge en tant que nouvelle diplômée lorsqu'elle devait faire la partie administrative : « *Et bein quand t'es bébé sage-femme c'est l'angoisse, mais après ça va* ».

Malgré ce manque de formation sur la partie administrative, la totalité des sages-femmes ont dit être à l'aise avec les dossiers établis par les cadres de service qui rencontraient les couples avant de procéder à l'IMG. Cela leur permettait de pouvoir se concentrer presque entièrement sur les couples qu'elles prenaient en charge et non sur la partie administrative : *« J'ai des notions mais c'est vrai que heureusement qu'il y a le cadre qui fait ça et qui gère spécialement l'administratif ».*

B) Besoin des sages-femmes

a) Formation

Une réelle demande de formation a été évoquée lors de nos entretiens dans le cadre de l'IMG pour les professionnels : *« A l'avenir j'aimerais bien qu'on ait plus d'outils oui... Parce que c'est usant et aussi gênant d'être face à ces couples et de pas pouvoir... Enfin de ne pas trop savoir comment te comporter avec eux... ».*

b) Organisation et matériel

Une autre notion mise en avant lors de nos entretiens était celle d'un manque de matériel et d'organisation sur certains points.

Une sage-femme évoquait parfois la difficulté organisationnelle qu'il pouvait se poser à elle lors d'une garde chargée : *« Donc en général quand nos collègues de grossesses à hauts risques nous disent « on va passer cette dame-là parce qu'elle est prête à accoucher » en fait c'est dans les 5 min [...] j'étais débordée, j'avais 2 autres patientes en pleine nuit. Et j'ai ma collègue qui me dit « ah bah tu es dispo et bah tiens elle est pour toi » [...] « ah bah d'ailleurs je viens de te l'installer en Bora-Bora, elle sonne, elle doit expulser ». Donc moi je me présente, ils me connaissent ni d'Eve ni d'Adam [...] je n'ai pas eu le temps de savoir*

aussi ce qu'ils voulaient faire, de savoir si ils voulaient regarder le corps, s'ils souhaitaient que certaines choses soient mise en place ».

Un autre point était évoqué par cette sage-femme concernant l'organisation des soins de l'enfant décédé : *« Dans notre prise en charge du corps [...] essayer de faire que ça soit mieux, de faire quelque chose de plus humain, je trouve qu'on a quand même énormément de retard et de les foutre dans des absorbex au frigo... c'est léger... ».*

c) Temps de parole

Toutes les sages-femmes interrogées ont évoqué d'une manière ou d'une autre le besoin de reparler de ces situations dans le cadre de leur travail. Plusieurs propositions ont émergé durant les entretiens comme par exemple sous forme de groupe de parole : *« C'est vraiment important d'en parler aux équipes ou d'avoir des réunions de retour dessus parce que c'est des situations qui arrivent quand même assez fréquemment et selon les histoires personnelles et les maladies pour lesquelles les IMG sont faites on peut vraiment être touché personnellement ».*

Quatre autres sages-femmes ont proposé la présence d'un psychologue qu'elles pourraient consulter si elles en ressentent le besoin : *« Pourquoi pas proposer des entretiens avec des psys pour celles qui ont besoin, je pense que ça pourrait être pas mal, mais rien d'obligatoire quoi, si besoin... ».*

Aussi, par souci d'efficacité dans son travail, une sage-femme a songé à ces entretiens pour se remettre en question. En effet, certaines prises en charge peuvent être plutôt difficile et cela peut venir de sa façon de faire : *« Dans les moments où c'est difficile oui, celles que je n'arrive pas à accompagner oui je pense que c'est bien parce que ça peut venir de ma façon*

d'être qui n'a pas convenu avec ce couple donc pouvoir en parler pourquoi pas pour avoir d'autres clés pour essayer d'améliorer ma prise en charge. ».

IV- Discussion

1) Limites et biais :

Dans notre étude, nous avons pu relever un biais de sélection (11). Celui-ci a été évoqué par rapport au recrutement des sages-femmes. L'échantillon de sages-femmes interrogées a été recruté par email envoyé par la cadre de service de l'HCE à la totalité de son équipe. Aussi, pour 2 sages-femmes, le recrutement et les entretiens ont été faits lors de nos gardes en communs en service de GHR. Elles étaient intéressées par notre étude mais n'avaient pas pu, pour une raison lambda, répondre à notre email. Il semblerait que cela ait influencé nos résultats puisque le fait de les avoir connues lors de nos gardes communes, leur ont peut-être permis de se livrer plus facilement.

Toujours concernant le biais de sélection, voici un autre aspect que nous avons pu relever. Une cadre de service a participé à l'étude. Cette cadre, d'un service extérieur à l'obstétrique, rentrait totalement dans nos critères d'inclusion puisqu'elle était volontaire et a travaillé en tant que sage-femme en salle d'accouchement et GHR au CHUGA. Celle-ci avait une grande expérience dans la prise en charge des IMG, c'est pourquoi nous avons décidé de l'intégrer dans notre étude bien qu'elle ne soit plus sage-femme de terrain.

Dans une étude qualitative, l'objectif est de collecter un maximum de données différentes. C'est à partir de la redondance des données que nous sommes arrivés à bout de nos entretiens. Il n'y a donc pas de biais relatif à la taille de l'échantillon (10).

De plus, nous avons remarqué un biais de mémoire puisque certaines sages-femmes ne pratiquant plus en salle d'accouchement ou dans le service de GHR, ont eu du mal à pouvoir se rappeler de situations que nous avons évoquées dans l'entretien. Comme nous l'a dit cette sage-femme à plusieurs reprises, « *Alors moi je n'ai pas trop de souvenir, hein c'est vieux* ». Ce biais cognitif peut traduire la façon dont les professionnels souhaitent se rappeler les

souvenirs de ces prises en charge. Ces souvenirs peuvent être altérés en fonction de l'état affectif du soignant et du couple. Ce biais est présent systématiquement dans ce type d'étude du fait de l'antériorité de l'évènement par rapport à l'entretien (11).

Ensuite, nous avons relevé un biais concernant l'intérêt des soignants face à notre sujet. Comme le recrutement de notre population s'est fait sur la base du volontariat, nous imaginons que les sages-femmes ayant répondu à l'appel étaient intéressées et motivées par notre sujet. En quelque sorte, les sages-femmes ayant participées avaient probablement une certaine expérience professionnelle ou personnelle dans cette prise en charge qu'elles souhaitaient exprimer.

Nous notons un biais lié aux entretiens présent lui aussi dans toutes les études de ce type. Il peut être dû aux aléas des entretiens à savoir les appels téléphoniques, les personnes qui entraînent dans la pièce ou encore les bruits extérieurs. La gêne de répondre à certaines questions peut aussi engendrer ce biais, c'est pourquoi nous avons bien insisté en début de chaque entretien de la possibilité de ne pas répondre à une question à tout moment.

Afin de terminer nos entretiens, nous avons toujours conclu avec la question suivante : « *L'entretien touche à sa fin, avez-vous quelque chose à ajouter ?* ». Cela a permis aux sages-femmes interrogées de pouvoir renchéirir ou revenir sur ce qui leur semblait important et ne pas finir l'entretien trop brutalement. Elles se sont toutes confiées sans gêne et exprimant les situations qui ont été difficiles à vivre et nous avons pu être à leur écoute pendant ces quelques minutes sans appuyer sur des sujets délicats.

Les sujets touchant à la mort sont toujours des sujets sensibles pour les professionnels de santé et les sages-femmes en particulier. Comme le décrit cette grande encyclopédie française, le métier de sage-femme reste propre à la vie et l'accompagnement de couples dans le deuil n'y est pas mentionné (12). Ces entretiens ont donc permis aux sages-femmes de

s'exprimer sur un sujet qu'elles n'abordent que très peu et de parler de situations qu'elles n'avaient jamais ou peu abordées.

2) **Discussion**

A) **Facteurs influençant le vécu des sages-femmes**

a) **Facteurs liés aux couples**

« *Dans ce monde où la contraception est maîtrisée, on n'espère plus un enfant, on le veut.* ». C'est ce que développe la psychanalyste Geneviève de Taisne (13). L'absence d'enfant n'est vécue que comme un échec pour un couple. Lorsque le désir d'enfant s'exprime, la fécondation doit être immédiate. La parentalité et l'investigation apparaissent très tôt dans une grossesse car ici en France, « *Tu fais pipi sur la bandelette tu es déjà maman* » comme nous l'a dit une sage-femme interrogée.

L'investissement émotionnel durant une grossesse est un processus physiologique qui permet de garantir une proximité et une interaction avec le fœtus et l'enfant à naître (14).

Mais parfois, la finalité de la grossesse n'est pas celle espérée. L'IMG confronte souvent les parents à la mort dans ce cycle de vie, ce qui reste inconcevable pour beaucoup de couples. Cette coexistence de la vie et la mort intervient pour les parents dès l'annonce d'une anomalie décelée lors d'une échographie et se poursuit durant tout le processus de deuil. Ensuite s'enchaînent plusieurs visites, dont une avec le médecin de diagnostic pré-natal qui fait réaliser aux couples la gravité de la situation (15).

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est un moment très important pour la reconstruction future des parents. C'est pourquoi l'HAS propose un guide d'annonce d'une mauvaise nouvelle afin que tout soit fait dans les meilleures conditions possibles pour les couples (16). Ce document insiste sur : le temps, l'écoute et les mots choisis. La clarté des

informations reste primordiale, c'est pourquoi il est important d'utiliser des mots simples et clairs afin d'avoir une compréhension optimale par les parents.

L'annonce de l'anomalie doit être faite de la manière la plus accessible possible en respectant le rythme de chaque couple et les mécanismes d'adaptation qui leurs sont propres et indispensables. Mais le soignant qui annonce la mauvaise nouvelle doit aussi contrôler ses propres sentiments alors qu'il va recevoir une puissante décharge émotionnelle (17). Cette annonce peut conduire à une orientation par le médecin vers une aide psychologique pour les couples qui en ressentent le besoin.

Une fois que l'indication d'interrompre la grossesse est validée par le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Pré-Natal (CPDPN) et la décision prise par les parents, un long processus de deuil commence pour le couple face à la fin prématurée de cette grossesse. D'après le référentiel de psychiatrie, les étapes du deuil se font en 3 parties qui se déroulent en moyenne en 1 an : (18).

- L'étape initiale est le choc de la perte, ce qui entraîne un état de sidération et d'abattement avec la prise de conscience de la perte irréversible.
- La décharge émotionnelle qui peut entraîner de la colère, de la tristesse, du désespoir, de la culpabilité. C'est cette période qui est la plus à risque de dépression.
- La réorganisation avec l'acceptation et l'adaptation à une vie quotidienne différente.

La multitude de réactions que peuvent avoir les couples entraîne aussi un grand nombre de réactions chez les soignants. Nous avons pu interroger les sages-femmes sur celles-ci et elles nous les décrivaient comme « *très aléatoires* » et pouvant passer par une « *angoisse* », de la « *tristesse* », elles décrivaient une prise en charge « *difficile* » et même « *déroutante* » mais toujours avec une certaine « *empathie* ».

Le silence des couples découle de l'état de sidération qu'accompagne ce type de nouvelle. Lors de leur prise en charge, le mutisme est revenu comme une attitude perturbant la prise en charge par les sages-femmes. Comme le développe Marie-Pierre Aouara, philosophe, la présence silencieuse réduit la distance (19). Cette présence silencieuse peut être vécue comme un soin de détente pour les patients et consoler en apportant un moment de calme. L'objectif des soignants est de changer cette solitude ressentie par le couple en une nouvelle ombre d'espoir pour le futur. La bienveillance des sages-femmes est primordiale dans ces prises en charge pour une meilleure reconstruction des couples après cette épreuve. Cependant, pour les soignants, ce mutisme est une source d'angoisse et une non réponse aux soins proposés. Celui-ci peut aussi être vécu comme une agression, ils peuvent « *se sentir victimes d'une attaque injuste* » comme le décrit Henri Chabrol, psychiatre, dans son ouvrage sur les mécanismes de défense (20). Cela peut pousser le soignant à se conduire de manière agressive en retour. Or ce mutisme n'est qu'une défense inconsciente des couples. Avec l'expérience, la sage-femme peut repérer la souffrance des couples et leur manière de l'exprimer. Cela lui permet de se dégager de la violence ressentie par les parents et leur apporter du soutien en conséquence (21).

Une autre partie des sages-femmes évoquait n'avoir aucune difficulté avec les couples et être capable de tout entendre. En effet, d'après le résumé du congrès de l'association nationale des sages-femmes territoriales de Paris 2014 sur le thème de « l'IMG et éthique » (17), pour accompagner ces couples en deuil, il est important de comprendre que les interrogations primordiales de chacun d'eux vont être différentes et que les émotions vécues ne seront pas les mêmes. Et pour les équipes de soignants, il est primordial pour une bonne prise en charge d'accepter de ne pas tout comprendre et de ne pas tout savoir. Dans le cadre de l'IMG et du deuil en général, les soignants et les patients doivent se défaire de l'idée de tout savoir et doivent accepter de ne pas avoir de réponse à toutes les interrogations. En effet,

il y a une part d'inconnu qui fait que chacun doit faire face au désarroi de l'autre et à la douleur de cet évènement (17).

b) Facteurs liés à la sage-femme

Pour les professionnels rencontrant des situations d'IMG, plusieurs facteurs rentrent en compte dans la façon de vivre la prise en charge dont, entre autre, la formation à l'école de sage-femme. Alors que la majorité des sages-femmes insistent sur le fait que de prendre en charge des couples dans le cadre d'une IMG durant leurs études leurs ont beaucoup appris, elles disent aussi que d'en prendre en charge trop tôt ne serait pas utile au vu du grand nombre de choses à connaître avant de se préoccuper de cela. Cette réponse un peu contradictoire vient s'expliquer de par « *l'aspect insupportable de la pathologie fœtale renvoyant chacun à sa propre mort, à la fragilité de la transmission de la vie* » comme l'indique Diane de Wailly-Galembert, Dominique Vernier, Pascale Rossigneux-Delage et Sylvain Missonnier dans cet article (21).

D'après le référentiel métier et compétences des sages-femmes, celles-ci sont compétentes dans ces situations et doivent être capables d'informer sur les démarches à suivre ainsi qu'accompagner les couples dans ce moment difficile (22). Pourtant, 2 d'entre elles n'en avaient jamais pris en charge dans le cadre de leurs études. Après avoir été protégées durant leurs études, elles se sont retrouvées en contact direct et assez rapide avec la mort en tant que jeune professionnelle (21). Il arrive donc encore que certaines étudiantes sages-femmes soient diplômées sans avoir eu l'occasion de prendre en charge des couples dans le cadre d'une IMG, malgré l'obligation des stages en maternité de type 3 durant le cursus scolaire.

Aujourd'hui, les sages-femmes se sentent davantage familiarisées avec la mort durant leur formation puisqu'on y aborde une partie théorique et psychologique avec les différentes

phases de deuil comme nous avons pu le voir dans la partie précédente. Cela leur permet de pouvoir mieux appréhender les différentes réactions des parents (18).

Malgré cette formation scolaire, la moitié des sages-femmes évoque un besoin continu d'approfondir leur connaissance. Les cours théoriques et psychologiques ne permettent d'avoir qu'une approche conceptuelle et poussent l'étudiant à mener une réflexion personnelle sur sa future identité professionnelle comme le développe Chloé Rénouf, sage-femme (23). D'autres formations sont possibles une fois diplômée, après avoir eu une certaine expérience professionnelle seule, et proposent une autre approche. (19) (24).

Mais il arrive parfois pour les soignants que ces prises en charge soient trop difficiles à supporter. Comme le témoigne cet article de Jean-Christophe Weber, docteur en médecine interne, pour les soignants, plusieurs critères rentrent en action dans le cadre de l'IMG : la gravité, le motif, le terme. Ces notions présentent de réelles difficultés pour certains professionnels à aller au bout de leur travail, ce qui les poussent parfois même à refuser de prendre en charge un couple. La limite entre ce qui paraît légitime ou non varie d'une sage-femme à une autre aussi en fonction de l'histoire personnelle de chacune (25). Les différentes raisons évoquées prouvent la réelle complexité de cette prise en charge puisqu'elle est soumise à des protocoles et lois qui ne demandent qu'à être appliqués par les soignants. Pourtant l'affect et l'opinion personnelle peuvent rentrer en compte dans certains cas (15) (25).

Les sages-femmes doivent faire face pendant la prise en charge de ces couples à une avalanche d'émotions qu'elles se doivent de contenir. Les émotions qu'elles évoquent pour décrire ces prises en charge sont plutôt négatives. En effet, elles parlent d'une prise en charge « particulière », « technique », « brusque » ou encore « compliquée ». Ces sentiments viennent exprimer encore une fois la complexité de la mort en maternité. Cela vient décrire un

mécanisme de défense de protection de soi. Henri Chabrol définit le mécanisme de défense comme « *un mécanisme mental automatique qui s'active en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente* » pour se protéger d'une agression. Semblables à ceux exprimés par les couples, ces mécanismes viennent en réponse automatique à une prise en charge quasiment impossible qui est la mort en maternité (20). Ces mécanismes sont nombreux et complexes et servent à se protéger de sa propre souffrance et de celle du patient. Ceux-ci dépendent beaucoup de l'histoire personnelle.

Parmi ces mécanismes de défense, l'humour est beaucoup utilisé dans le cadre du travail comme l'indique cette sage-femme durant nos entretiens « *J'ai comme objectif de les faire rire* ». En 1927, Freud parle du rire en disant que « *l'attitude humoristique, instaurée par le surmoi, permet de protéger le moi de la réalité* » (26). Il semble qu'autour de ce rire, le soignant se protège d'une carapace pour aborder ces couples en deuil mais aussi le sujet de la mort.

Malgré ces mécanismes de défense, il arrive parfois, face à de telles situations, d'être submergé par nos émotions. En effet, plusieurs sages-femmes l'ont évoqué lors de nos entretiens. Cela peut arriver à plusieurs moments. Pour 2 d'entre elles, c'était au moment de la préparation du corps de l'enfant. Pour 2 autres, c'était face à l'émotion intense ou à un cri de déchirement des parents.

Comme le développe Emilie Fontaine, la mort d'un enfant ou d'un nouveau-né est considérée comme contre nature, et plus l'enfant est jeune plus le sentiment de culpabilité des parents est grand. Ce sentiment de culpabilité est dû à la dépendance immense et primordiale du fœtus vis-à-vis de sa mère. Ce ressenti de responsabilité rend la perte et le deuil beaucoup plus douloureux. Ce moment qui ne respecte pas l'ordre des générations est toujours

dramatique. Même dans les maternités où la prise en charge d'IMG est fréquente, on ne peut nier la présence de la mort et de l'irréversible (27).

Cependant, d'autres sages-femmes annoncent n'avoir jamais été submergées par leurs émotions. Là aussi, il semble que dans ces situations d'IMG, la souffrance des sages-femmes est majeure et elle peut être exprimée de plusieurs manières de façon inconsciente : le refoulement, le déni, la dénégation ou encore le désaveu. Le déni dans de telles situations va pousser la sage-femme à surmonter ses émotions pour avoir un meilleur savoir-faire technique. L'objectif du déni est bien sûr de cacher ces émotions qui sont vécues uniquement par nous-même comme une incompetence. Là aussi nous observons un mécanisme de défense qui cherche à noyer l'humain qui se trouve derrière le soignant (21).

Hormis cela, l'expérience et l'habitude de ces prises en charge peuvent faire que certaines sages-femmes ne soient pas submergées par leurs émotions. (21).

Les plus grandes difficultés de cette prise en charge pour les sages-femmes sont multiples. Certaines ont parlé du manque de temps à consacrer aux couples, souvent invoqué comme première cause de cette souffrance. Comme l'indique cette sage-femme durant notre entretien « *J'avais 2 autres patientes en pleine nuit, je n'avais pas le temps* », ce manque de temps est un vrai obstacle à la qualité. Cette plainte était la plus récurrente dans nos entretiens.

D'autres ont parlé du moment avec le corps de l'enfant. Ce moment provoquant une angoisse par le silence et la solitude.

Plusieurs sages-femmes ont parlé de la partie psychologique comme étant la plus délicate pour elle, avec la difficulté d'aborder les couples qui sont dans cette situation d'IMG et de savoir leur parler sur le bon ton en utilisant les bons mots.

Dans le même thème, la confrontation aux parents est nommée comme le moment le plus difficile de cette prise en charge par une sage-femme.

Un dernier point a été abordé, à savoir celui de l'hospitalisation avant le jour de l'IMG en service de GHR alors que l'enfant est toujours vivant.

Le foeticide est le geste qui provoque l'arrêt de vie du fœtus in utero lorsque l'IMG est pratiquée après le seuil de viabilité fœtale. Le départ de la patiente au bloc pour le foeticide est exprimé comme l'un des moments les plus durs de cette prise en charge. Malgré la légalité du geste, les soignants ont l'impression de commettre un acte interdit. De plus, quand l'indication de l'IMG pose problème aux soignants, le sentiment de transgression est d'autant plus fort. En effet, avec ce geste, les sages-femmes se retrouvent en contradiction avec la logique du « *faire vivre* » (28).

Nous allons maintenant aborder le vécu personnel des sages-femmes et l'influence sur le travail. A l'unanimité, le vécu personnel du soignant face à une situation de deuil périnatal rentre en compte et influe sur l'attitude, sur la manière de parler, de se tenir, sur les termes à utiliser (17). En effet, ces prises en charge renvoient aux sages-femmes leur vécu personnel et à la fragilité de la transmission de la vie.

La sage-femme sait « *diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites* » et « *évaluer les situations de vulnérabilité* » (22). Elles sont dans la position idéale pour accompagner les couples confrontés à une IMG, tant médicalement que psychologiquement. Mais intervient aussi dans ces situations leur positionnement éthique. Les sages-femmes se retrouvent donc exclues du processus de décision et doivent faire preuve d'une grande adaptabilité envers les couples et supprimer tout affect pour le fœtus. Mais est ce que les sages-femmes reparlent de ces situations qui peuvent être vécues comme un traumatisme ?

La souffrance du soignant est définie par le psychiatre Pierre Canoui comme un épuisement émotionnel. « *C'est reconnaître qu'ils sont des hommes et des femmes doués d'une sensibilité qui peut avoir des limites. C'est aussi mettre l'accent sur la violence des émotions qu'ils peuvent rencontrer, c'est enfin mettre en évidence l'humanité de la fonction soignante par rapport à la technicité des actes* » (29). Quelques signes sont associés à cette souffrance et dans notre situation nous pouvons en relever plusieurs : sensation de ne pas avoir le temps, d'être débordé, évitement, repli sur soi, manque de distance vis-à-vis d'une situation et aussi difficultés à communiquer. Ces symptômes ne sont pas toujours évidents à reconnaître, ils peuvent échapper au regard de chacun étant donné l'activité que peut parfois avoir le service de salle d'accouchement et de GHR.

Cette souffrance est une réalité, mais elle n'est pas continue. Elle ne survient que pendant certaines périodes faisant suite à des situations difficiles comme l'IMG ou encore lors de relations compliquées avec un couple. Mais le soignant a aussi des ressources, qu'elles soient en groupe ou individuelles. Comme évoquées dans nos entretiens, ces ressources sont les collègues sages-femmes, le conjoint, ou encore un professionnel de santé à savoir un psychiatre.

Pouvoir reparler de ces prises en charge dans le cadre du travail est une demande unanime des sages-femmes interrogées. Cette demande est réelle et les sages-femmes ont su proposer plusieurs manières de le faire comme par exemple un groupe de parole ou un entretien personnalisé avec un psychologue.

c) Autres facteurs

Une des difficultés majeures associées à la prise en charge d'une IMG est la réalisation des soins de l'enfant. L'accueil du corps est souvent une source d'appréhension et conditionne

l'accompagnement des sages-femmes. Cette confrontation au corps et la présentation aux parents est un point essentiel car contrairement à eux, la sage-femme ne peut y échapper.

Plus l'aspect du corps sort de l'imaginaire collectif de l'aspect d'un nouveau-né, plus l'accompagnement semble difficile. En effet, lorsque le corps présente des malformations extériorisées il est parfois difficile de réaliser les soins et de le présenter aux parents de la meilleure manière. La peur de manipuler ce corps rend la prise en charge plus difficile (21). Parfois même lorsqu'aucune malformation n'est visible mais que le terme de la grossesse est avancé, cela peut poser une difficulté supplémentaire pour les sages-femmes (30).

La majorité des sages-femmes évoque la présence d'une collègue comme réconfortante, tant sur le plan du soin en lui-même que sur le plan organisationnel. Mais en général, il y a comme un attachement au corps de l'enfant, avec beaucoup de respect, une grande humanité et une volonté de bien faire. Les sages-femmes apprécient de pouvoir aider les couples à avoir une belle image de leur enfant.

Plusieurs études ont déjà présentées des résultats similaires (30) (31).

A cet accompagnement, s'ajoute un autre moment difficile: la partie administrative de la prise en charge. Même si cette partie ne pose pas vraiment une difficulté aux sages-femmes puisque la liste qui est à leur disposition semble très claire, celles-ci souhaitent quand même en majorité une formation supplémentaire.

En effet, une certaine « *angoisse* » est ressortie lors d'un entretien face aux questions des parents et à la non réponse de la sage-femme qui n'avait pas les connaissances nécessaires. Les thèmes abordés sont en majorité l'avenir du corps de l'enfant, les obsèques, la déclaration de naissance, l'inscription dans le livret de famille... Il arrive aussi dans l'autre sens que l'arrivée de questions administratives par l'équipe de soignants soit en total décalage avec la temporalité du couple et inadaptées à la situation (21).

Ici aussi, plusieurs études ont présenté des résultats similaires aux nôtres (30) (31).

B) Besoins des sages-femmes

Plusieurs besoins sont mentionnés par les sages-femmes au cours de nos entretiens, à commencer par celui de formation.

En effet, les sages-femmes interrogées ont déploré un manque de formation sur la partie administrative de la prise en charge. Or, depuis la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital, plusieurs objectifs ont été mis en avant y compris le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité de soins (32). Il semble que les sages-femmes interrogées soient demandeuses d'une formation régulière reprenant la législation et l'accompagnement d'un deuil périnatal. Mais avant de parler de formation continue, il semble que ce soit un besoin de formation initiale.

Afin de répondre au besoin de formation de l'équipe de sages-femmes, une formation de 2 jours ainsi qu'une conférence sur le deuil périnatal a été organisée en 2019. L'intervention de Maryse Dumoulin, docteur en éthique médicale, spécialiste du deuil périnatal et présidente de l'association « Nos tout-petits de Lille » (33), a permis de commencer à répondre à ce besoin des sages-femmes.

Un autre point est évoqué concernant l'organisation et le matériel. En effet, le manque de matériel pour la préparation du corps est revenu comme gênant la prise en charge. L'utilisation de certains outils, comme par exemple un « absorbex » est dénoncée par une des sages-femmes. Cet outil est en réalité un carré absorbant plus souvent utilisé pour protéger les parturientes des pertes de liquide amniotique ou des pertes sanguines (21). Le corps de l'enfant est placé dans cet absorbex après sa naissance pour pouvoir le recouvrir en attendant

son transfert à la chambre mortuaire. Une sage-femme interrogée souhaite une autre sorte de matériel : « *Qu'on ait des vraies boîtes... ou outils pour transporter les corps.* ».

En plus du matériel, il y a aussi la question du lieu des soins réservés aux bébés décédés, « *on se mettait à l'époque dans la réa [...] c'était vitré* ». La gêne liée à la possible visibilité du corps par d'autres pères présents au bloc obstétrical rend les soins plus difficiles.

Des changements ont commencé à voir le jour. En effet, une nouvelle organisation permet une meilleure prise en charge des corps et un meilleur vécu des sages-femmes : nouveau lieu de soin, déplacement du réfrigérateur, nouveau système de transport du corps ou encore des nouveaux outils pour les empreintes de l'enfant.

Mais l'absence de matériel ou de lieu dédié à ces bébés est-elle un signe de mise à l'écart ? (21).

Pour finir, le besoin d'un temps de parole pour aborder des situations difficiles est aussi revenu comme un besoin des sages-femmes interrogées à plusieurs reprises. Différentes idées sont ressorties comme un groupe de parole. L'instauration d'un groupe de parole doit répondre à un besoin des soignants et une volonté des cadres de service. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la formation répond à un besoin individuel alors qu'un groupe de parole répondrait à une souffrance collective. La neutralité de l'animateur est importante afin que les idées de chacun circulent librement. L'objectif d'un groupe de parole serait de prévenir le syndrome d'épuisement que nous avons pu voir précédemment, mais aussi de pouvoir confronter les pratiques et l'expérience de différentes générations de sages-femmes. Ce système permettrait à tous les participants un enrichissement mutuel (29).

Ce mélange de génération est un axe d'amélioration qui pourrait être mis en place afin que les jeunes sages-femmes puissent être épaulées par les plus expérimentées.

Ce groupe de parole aurait aussi été vu par une des sages-femmes comme un moyen de prendre du recul sur sa pratique professionnelle. Il permettrait d'aborder les difficultés qu'ont pu rencontrer les soignants face à un couple et en reparler avec d'autres professionnels. A travers la participation aux groupes de parole, cela permettrait d'avoir un avis plus critique par rapport à une situation vécue et permettrait de dégager des clés pour une meilleure prise en charge (29).

Nos entretiens ont permis aux sages-femmes de proposer une autre méthode de temps de parole, à savoir une consultation avec un psychologue pour les soignants en ressentant le besoin. Ces entretiens individuels peuvent permettre une plus grande possibilité de s'exprimer et exposer la situation à un professionnel qui n'a pas de jugement comme des collègues pourraient avoir (29).

V- Conclusion

L'étude que nous avons menée avait pour but d'identifier les difficultés ressenties par les sages-femmes lors de la prise en charge des interruptions médicales de grossesses en salle de naissances et en service de grossesse à hauts risques à l'HCE. Aussi, avec ce travail, nous souhaitons pouvoir proposer des axes d'amélioration pour permettre aux sages-femmes d'avoir un meilleur vécu et qu'elles puissent se sentir mieux dans ces prises en charge des couples. L'analyse des entretiens que nous avons conduits a permis de relever 4 principales difficultés.

Le manque de formation a été évoqué à plusieurs reprises. Pour commencer à combler ce manque, une formation portant sur le deuil périnatal a été instaurée avec la venue de Maryse Dumoulin. Celle-ci était ouverte aux professionnels de santé. Le succès qu'a eu cette formation va permettre de la renouveler en 2020. Nos espérances sont qu'elle continue de s'ancrer dans les habitudes et puisse s'étendre au niveau national. Celle-ci pourrait aussi être ouverte aux étudiants, leur permettant un complément aux cours reçus lors du cursus scolaire.

D'autres changements ont vu le jour concernant le matériel et l'organisation. L'achat de nouveaux équipements comme un appareil photo, une plastifieuse, du papier couleur, des vêtements adaptés, des peluches, et une nouvelle disposition ont permis un meilleur confort pour les professionnels s'occupant des nouveau-nés. Pour continuer et parfaire ces changements, une réflexion pourrait être menée sur de nouveaux outils pour envelopper et transporter le corps vers la chambre mortuaire. Ce que nous proposons serait l'utilisation de langes ainsi que des contenants adaptés.

Nous avons identifié une autre difficulté concernant la prise en charge du couple et la confrontation aux corps. Il semblerait que la prise en charge plus précoce, à savoir pendant les études, permettrait de se sentir plus à l'aise et d'avoir une certaine expérience avant d'être

professionnel. Il serait intéressant d'intégrer la prise en charge d'une interruption médicale de grossesse dans les objectifs de formation des étudiants sage-femme dès le début de leur cursus. Cela permettrait d'assimiler des habitudes pour les accompagner.

Pour finir, beaucoup de sages-femmes interrogées souhaiteraient pouvoir reparler de ces situations. Il serait possible d'instaurer un groupe de parole guidé par un psychologue leur permettant d'évoquer les situations difficiles, d'avoir un point de vue extérieur et que les plus jeunes sages-femmes puissent être épaulées par les plus expérimentées.

Il semble que notre étude ait permis aux sages-femmes interrogées d'être écoutées durant nos entretiens sur ce sujet encore très sensible qu'est la mort en maternité. Une autre étude pourrait être menée en introduisant les sages-femmes du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal afin d'avoir le vécu des sages-femmes de toute cette chaîne, c'est-à-dire de l'annonce de la maladie au séjour suivant la naissance.

VI-Bibliographie

1. Engelmann P. Les interruptions médicales de grossesse. Laennec. 2002;Tome 50(4):16-26.
2. Agence de la biomédecine - rapport médical et scientifique [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm>
3. Agence de la biomédecine - rapport médical et scientifique [Internet]. [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm>
4. Gravel B.Sc inf M. Journal d'accompagnement pour les parents qui vivent un deuil périnatal [Internet]. [cité 21 févr 2020]. Disponible sur: http://www.fairevivrenosanges.ch/multimedia/documents/deuil-perinatal-journal-daccompagnement_.pdf
5. Ribaillier C, Poizat A, Di Marco L. Approche du vécu des hommes lors d'une interruption médicale de grossesse à l'hôpital couple-enfant de Grenoble : une analyse qualitative. Rev Sage-Femme. oct 2018;17(5):203-7.
6. Mézerac I de, Storme L. Face au berceau vide, quel deuil pour les parents ? le deuil périnatal et sa complexité. Jusqu'à Mort Accompagner Vie. 2015;N° 121(2):115-26.
7. Gratadour L. Accompagnement du deuil périnatal en Seine-Saint-Denis: le point de vue des femmes de l'audit RÉMY [Internet] [Mémoire]. [Paris VI]; 2017 [cité 21 févr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01591319/document>
8. Vermersch P. Définition du concept de « vécu » pour servir à la recherche. [Internet]. Entretien avec Pierre. 2014 [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.entretienavec pierre.fr/2014/04/definition-du-concept-de-vecu-pour-servir-a-la-recherche/>
9. Dumay A. Accompagnement des IMG, MFIU, FCT en salle de naissance - Vécu des sages-femmes et score d'anxiété situationnelle [Mémoire]. [CHU Angers]; 2017.
10. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ. 2014;Tome LIII(4):67-82.
11. Almont T. Les Biais en Épidémiologie.
12. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - sage-femme [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/sage-femme/15959>
13. De Taisne G, Sédrati-Dinet C, Caïla P. Devenir parents. Etudes. 4 sept 2009;Tome 411(9):233-42.

14. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Conde A, Teixeira C. Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir*. 1 sept 2007;Vol. 19(3):243-60.
15. Bonnet D. Véronique Bitouzé, Le fœtus, un singulier patient. Espoirs et doutes chez les soignants de médecine fœtale. *Sci Soc Santé*. 2004;22(3):147-50.
16. HAS. *mauvaisenouvelle_vf.pdf* [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
17. Congrès ANSFT. *IMG et éthique* [Internet]. [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ansft.org/documents/2015/mars-2015/la-temporalite/resume-paris2014.pdf>
18. Amad A, Camus V, Thomas P, Geoffroy P-A. *ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf* [Internet]. [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>
19. Aouara M-P. Présence silencieuse en fin de vie : un soin. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. déc 2015;14(6):409-13.
20. Chabrol H. Les mécanismes de défense. *Rech Soins Infirm*. 2005;N° 82(3):31-42.
21. Wailly-Galembert D de, Vernier D, Rossigneux-Delage P, Missonnier S. Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? *Devenir*. 4 juill 2012;Vol. 24(2):117-39.
22. *REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf* [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
23. Renouf C. *Deuil périnatal: état des lieux de la formation initiale des étudiants sages-femmes* [Mémoire]. [CHU Caen]; 2014.
24. *Les formations | Association Petite Émilie* [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <http://petiteemilie.org/les-actions/les-formations/>
25. Weber J-C, Allamel-Raffin C, Rusterholtz T, Pons I, Gobatto I. Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. *Sci Soc Sante*. 2008;Vol. 26(1):93-120.
26. Diatkine G. Le rire. *Rev Fr Psychanal*. 2006;Vol. 70(2):529-52.
27. Fontaine E, Wendland J. Analyse de la relation soignant-bébé et du deuil des soignants en néonatalogie. *Devenir*. 26 mai 2015;Vol. 27(1):31-52.
28. Weber J-C, Memmi D, Rusterholtz T, Allamel-Raffin C. Le fœticide, une administration impensable de la mort ? *Soc Contemp*. 10 sept 2009;n° 75(3):17-35.
29. Marchewka F, Petit E. Prise en charge psychologique des équipes de réanimation pédiatrique — Regard croisé cadre de santé-psychologue sur la prise en charge psychologique de l'équipe soignante en réanimation pédiatrique. *Réanimation*. janv 2011;20(S2):687-90.

30. Sloan EP, Kirsh S, Mowbray M. Viewing the fetus following termination of pregnancy for fetal anomaly. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. août 2008;37(4):395-404.
31. Nguyen M. Les sages-femmes en salle de travail face à l'IMG: enjeux et difficultés rencontrées [Mémoire]. [Paris Descartes]; 2012.
32. La formation continue : le DPC [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
33. Nos tout-petits | Accompagnement du deuil périnatal [Internet]. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.nostoutpetits.fr/>

VII- Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Caractéristiques de la population

Annexe 1 : Guide d'entretien

<i>Thèmes abordés</i>	<i>Sous parties</i>	<i>Questions</i>
1- Population	- Profil de la sage-femme	Age ? Année de diplôme ?
2- Expérience sur le terrain	- Expérience	Comment qualifieriez-vous votre expérience dans cette prise en charge ?
	- Stage étudiant	En avez-vous pris en charge lorsque vous étiez étudiante ? Pensez-vous que cela vous a aidé ou au contraire?
	- Formation (reçue ou/et besoin)	Quelle formation avez-vous reçue sur cette thématique (école, profession) ? Que penseriez-vous d'une formation autour de l'IMG ou du deuil périnatal dans le cadre de votre travail ?
	- Face aux couples	Comment vous sentez vous face aux couples que vous prenez en charge ?
	- Soins de l'enfant (sentiments et prise en charge)	Quels sont vos sentiments pendant les soins de l'enfant ? Comment vous trouvez vous pendant cette prise en charge? Pourquoi ?
	- Protocole	Comment trouvez-vous le protocole de votre maternité pour les IMG ?
	- Refus/difficultés	Avez-vous déjà refusé de prendre en charge une IMG ? Pourquoi ? Avez-vous déjà été mis en difficulté par une demande du couple ? Laquelle ?
	- Situations personnelles	Avez-vous déjà rencontrée personnellement des situations de deuil périnatal ? Pensez-vous que votre vécu personnel influence votre prise en charge ?
3- Aspect psychologique	- Sentiments	Comment vous sentez vous pendant ces situations ? Et comment voudriez-vous que cela se passe ?
	- Emotions	Avez-vous déjà été submergé par vos émotions ? Pourquoi ? A quel moment ?
	- Parole (besoin	Avez-vous la possibilité d'en reparler ?

	d'en reparler ou contenir)	L'avez-vous fait ? Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'en reparler ? si oui sous quelle forme ?
	- Difficultés	Qu'est ce qui est le plus dur pour vous dans cette prise en charge ? Pourquoi ?

Phrase d'introduction : Bonjour, je suis Marie Germain étudiante sage-femme en 5^{ème} année. Merci d'avoir accepté cet entretien. Je réalise mon mémoire sur le vécu des sages-femmes dans la prise en charge d'une interruption médicale de grossesse en salle de naissance et en service de grossesses à hauts risques. Cet entretien est une discussion libre. Elle a pour but de connaître vos expériences afin d'améliorer votre vécu face à ces situations. Si cela ne vous pose pas de problème je vais enregistrer notre discussion afin de pouvoir la retranscrire. Tout sera détruit après retranscription et anonymisé. Avez-vous des questions ? Pouvons-nous commencer ?

Début d'entretien : Pouvez-vous me parler de votre expérience dans la prise en charge d'une interruption médicale de grossesse ?

Transition : 2 → 3 = Il est parfois difficile de pouvoir reparler de ces situations avec vos collègues ou votre entourage, avez-vous la possibilité de le faire ?

Fin d'entretien : L'entretien touche à sa fin, avez-vous des choses à ajouter ? Avez-vous dit tout ce qui vous semblait important ?

Merci d'avoir participé à cette étude et pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe 2 : Caractéristiques de la population

Sage-femme	Age (année)	Année de diplôme (année)	Service actuel
A	26	2018	SA
B	43	2001	Cadre
C	28	2016	SA
D	32	2011	GHR
E	59	1983	GHR
F	31	2012	SDC
G	30	2014	SDC
H	29	2014	SA

SA = salle d'accouchement

GHR = grossesses à hauts risques

SDC = suites de couches

Résumé :

L'objectif de cette étude était d'analyser le vécu des sages-femmes dans la prise en charge d'une interruption médicale de grossesse. Aussi, nous souhaitons proposer des axes d'amélioration pour faciliter la prise en charge de ces couples et l'accompagnement des sages-femmes qui y sont confrontées.

Pour ce faire, nous avons réalisé 8 entretiens semi-directifs individuels avec des sages-femmes recrutées sur la base du volontariat par email. Étaient incluses dans cette étude, les sages-femmes ayant déjà pris en charge des interruptions médicales de grossesse en salle d'accouchement et/ou en service de grossesses à hauts risques.

Les résultats de cette étude ont montré que le vécu des sages-femmes était difficile pour plusieurs raisons comme le manque de formation, la difficulté de se retrouver face aux couples et au corps de l'enfant, les difficultés organisationnelles et matérielles ou encore le fait de ne pas pouvoir reparler de ces situations.

Pour conclure, les résultats de notre étude concordent avec les données de la littérature sur toutes les difficultés que nous avons identifiées.

Mots-clés : interruption médicale de grossesse, sage-femme, vécu, qualitatif.

Abstract:

The aim of this study was to analyse the experience of midwives in the management of medical termination of pregnancy. Also, we wanted to propose axes of improvement to facilitate the care of these couples and the accompaniment of the midwives who are confronted with it.

To do this, we conducted 8 semi-directive individual interviews with midwives recruited on a voluntary basis by email. Included in this study were midwives who had already managed medical terminations of pregnancy in delivery room and/or in the service of high-risk pregnancies.

The results of this study showed that the midwives' experience was difficult for several reasons such as the lack of training, the difficulty of dealing with the couples and the child's body, the organizational and material difficulties, or not being able to talk about these situations again.

In conclusion, the results of our study are consistent with the data in the literature on all the difficulties that we identified.

Key-words: Induced abortion, midwifery, qualitative research, professional practice.