Perception et connaissances des étudiant(e)s sages-femmes sur la notion de deuil périnatal

Alicia Musi

▶ **To cite this version:**

Alicia Musi. Perception et connaissances des étudiant(e)s sages-femmes sur la notion de deuil périnatal. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03347509

HAL Id: dumas-03347509

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03347509

Submitted on 17 Sep 2021

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

MÉDECINE
Santé
Université de Paris

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

MÉDECINE
Santé
Université de Paris

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de santé

UFR de médecine

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 15 Avril 2021

Par

Alicia MUSI
Née le 07 avril 1998

Perception et connaissances des étudiant(e)s sages-femmes sur la notion de deuil périnatal

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Christèle Vérot	Sage-Femme Enseignante, Ecole Baudelocque

JURY :

Mme Camille Rampon	Sage-Femme, Port-Royal
Mme Sylvie Duquenois	Sage-Femme Enseignante, Ecole Baudelocque
Mme Olivia Anselem	Gynécologue-obstétricienne, Port-Royal

Mémoire N° : 2021PA05MA26

© Université de Paris – Ecole de Sages-Femmes Baudelocque.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Mme Christèle Vérot pour son aide et son accompagnement tout au long de ce travail. Votre soutien m'a permis d'aller au bout de cette étude.

Je remercie les directrices des écoles de sages-femmes qui ont accepté de diffuser mon questionnaire d'étude dans leur établissement ainsi que les associations d'école qui ont fait de même. Je remercie évidemment tous les étudiant(e)s qui ont participé à mon étude.

Je remercie les membres du jury de leur considération pour mon travail et le temps qu'ils ont pris pour le lire et l'évaluer.

Je souhaite remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique et du secrétariat de l'école de sages-femmes Baudelocque qui m'ont accompagné durant ces années d'étude : Cécile Marest, Marie-Françoise Lemetayer-Dartois, Baptiste Bertho, Magalie Delahaye, Nicole Mesnil, Hélène Guillaume, Christelle Lecler, Sylvie Duquenois, Julie Gaillard, Anne Chantry, Sophia Nasso, Dominique Cyrille et Sandra Poisson.

Je souhaite remercier l'ensemble de la promotion 2017-2021 pour l'ambiance et l'entraide dont elle a fait preuve durant ces 4 années. Je remercie particulièrement Emelyne Frebault pour m'avoir inspiré ce sujet de mémoire qui s'est avéré passionnant et Clémence Loron pour m'avoir donné le sourire à tous les instants.

Je remercie ma partenaire de tous les jours durant ces études, Inès Saillard, qui a réussi à me supporter pendant 4 ans et qui, je l'espère, continuera de me faire rire longtemps après la fin de cette aventure.

Je souhaite remercier de tout cœur ma famille et notamment ma sœur et ma mère pour leur soutien, pour m'avoir supporté dans les moments difficiles et pour avoir cru en moi.

Pour finir, je souhaite remercier Isabelle Musi, tante et sage-femme depuis plus de 20 ans et celle qui m'a donné l'envie de devenir sage-femme. Merci pour ta passion et ta bienveillance.

Résumé

Contexte : Au cours de leur formation, les étudiant(e)s sages-femmes doivent parfois faire face à des situations de deuil périnatal. Quel que soit le contexte (MFIU, IMG, FCT, mort néonatale ou maternelle), les étudiant(e)s doivent être prêts à prendre en charge ces patientes pour lesquelles la grossesse vient de basculer. Leurs connaissances et leur perception du rôle d'une sage-femme dans ces situations ainsi que leur vision du métier de sage-femme pourraient leur permettre d'accompagner au mieux les patientes vivant un deuil mais aussi les mettre en difficulté.

Objectif : L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les connaissances et la perception des étudiant(e)s sages-femmes sur la notion de deuil périnatal au sein du métier de sage-femme.

Population et méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive, transversale et multicentrique basée sur un questionnaire disponible en ligne et destiné aux étudiant(e)s sages-femmes en deuxième année de licence en sciences maïeutiques. L'étude a été menée entre septembre 2020 et novembre 2020.

Résultats : Nous avons recueilli 247 réponses d'étudiant(e)s provenant de 17 écoles de sages-femmes en France. Nous avons constaté que les étudiant(e)s sages-femmes ont des connaissances correctes sur les différents rôles de la sage-femme dans les situations de deuil périnatal avec une moyenne au test de connaissances de 13,97/20. Leur perception du deuil périnatal est quant à elle plutôt négative. En effet, 87,38 % des étudiant(e)s ont décrit comme difficile la prise en charge des patientes vivant une situation de deuil. Leur ressenti est à 70,10 % négatif avec des émotions diverses telle que de la tristesse (92,06 %). Les résultats de notre étude montrent que les étudiant(e)s souhaiteraient être informé(e)s de la notion de deuil périnatal dans le métier de sage-femme avant (86,43%) et pendant leur formation (97,99%). Nous avons constaté que les étudiant(e)s ayant déjà effectué un stage en maternité (p=0,02) ou ayant doublé leur 2ème année de licence (p=0,012) ont un meilleur ressenti concernant les situations de décès en maternité.

Conclusion : Notre étude a montré que les étudiant(e)s éprouvent la nécessité d'être informé(e)s et encadré(e)s concernant les situations de deuil périnatal. L'objectif serait qu'ils participent à la prise en charge des patientes vivant un deuil de manière optimale. Des interventions de sages-femmes expérimentées, des débats, jeux de rôles ou encore de la simulation pourraient permettre d'atteindre cet objectif.

Mots-clés : deuil périnatal, rôle de la sage-femme, étudiant(e)s sages-femmes, connaissances, perception, difficultés

Abstract

Context : Midwifery students sometimes face perinatal bereavement situations during their training. Regardless of the context (MFIU, IMG, FCT, neonatal or maternal death), students must be prepared to manage these patients for whom pregnancy has just passed. Their knowledge and perception of the midwife's rôle in these situations, as well as their vision of the midwifery profession, could enable them to provide the best possible support to patients experiencing bereavement, but could also act as a brake on their clinical practice.

Objective : The main objective of our study was to assess the knowledge and perception of students midwives on the notion of perinatal bereavement within the midwifery profession.

Population and method : We carried out a descriptive, cross-sectionnal and multicentre study based on a questionnaire available online and intended for midwifery students in their second year of a bachelor's degree in maieutic sciences. The study was conducted from September to November 2020.

Results : We collected 247 student responses from 17 midwifery school in France. We found out that midwifery students have correct knowledge about the different role of the midwife in perinatal bereavement situations with an average on the knowledge test of 13,97/20. Their perception of perinatal bereavement is rather negative. In fact, 87,38 % of the students described the management of patients in a bereavement situation as difficult. Their feeling were 70,10 % negative with various emotions such as sadness (92,06%). The results of our study show that the students would like to be informed about the concept of perinatal bereavement in midwifery before (86,43%) and during their training (97,99%). We found that students who had already completed a maternity internship (p=0,02) or who had doubled their 2nd year of bachelor's degree (p=0,012) had a better feeling about situations of death in maternity.

Conclusion : Our study showed that students need to be informed and supervised regarding perinatal bereavement situations.The objective would be for them to participate in the management of patients experiencing bereavement in an optimal way. This could be achieved through interventions by experienced midwives, debates, role-playing and simulation.

Keywords : perinatal bereavement, midwife's role, midwifery students, knowledge, perception, difficulties.

Table des matières

Remerciements **4**
Résumé **5**
Abstract **6**
Liste des tableaux **9**
Liste des figures **10**
Liste des annexes **11**
Lexique **12**
Cadre conceptuel **14**
I Notion de deuil 14
I.1 Le deuil au sein de la société *14*
I.1.a La perception du deuil dans la société 14
I.1.b Le deuil des soignant(e)s : un deuil particulier 15
I.2 Le déroulement du deuil et ses conséquences *17*
I.2.a Les symptômes physiques 17
I.2.b Le cheminement psychologique 17
I.2.c Les effets du deuil sur la santé 19
II Le deuil périnatal 20
II.1 Définitions *20*
II.1.a Fausse couche précoce et fausse couche tardive (FCP et FCT) 20
II.1.b L'interruption médicale de grossesse (IMG) 22
II.1.c La mort fœtale in utero (MFIU) 23
II.1.d La mort néonatale 25
II.1.e La mort maternelle 27
II.2 La sage-femme face au deuil périnatal *28*
II.2.a Encadrement du métier de sage-femme 28
II.2.b Rôle de la SF dans les situations de deuil périnatal 29
Matériel et méthode **33**
I Présentation de l'étude 33
I.1 Problématique *33*
I.2 Objectifs *33*
I.3 Hypothèses *33*
II Méthodologie 34
II.1 Type d'étude *34*

II.2 Population ciblée *34*
II.3 Élaboration de l'outil de recherche *36*
III Traitement et analyse des données 37
Résultats 40
I Résultats descriptifs 40
I.1 Caractéristiques de la population *40*
I.2 Informations sur la profession de SF *43*
I.3 Connaissances des compétences de la SF autour de la notion de deuil périnatal *46*
I.4 Ressenti face à une situation de deuil périnatal *49*
I.5 Informations souhaitées sur le deuil périnatal *52*
II. Résultats analytiques 53
II.1 L'impact de la réalisation d'un stage, du doublement et d'un cursus antérieur sur le niveau de connaissances des ESF *53*
II.2 L'impact de la réalisation d'un stage, du doublement et d'un cursus antérieur sur le ressenti des ESF face à une situation de deuil périnatal *54*
Discussion 56
I. Connaissances des ESF sur la notion de deuil périnatal 56
I.1 Résultats principaux *56*
I.2 Discussion *57*
II. Ressenti des ESF sur le deuil en maternité 59
II.1 Résultats principaux *59*
II.2 Discussion *59*
III. Expériences antérieures et ressenti des ESF 61
III.1 Résultats principaux *61*
III.2 Discussion *62*
IV. Forces de l'étude 62
V. Biais et limites de l'étude 63
Conclusion 64
Bibliographie 66
Annexes 72

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociales et professionnelles des étudiant(e)s sages-femmes..... 43
Tableau 2. Score de connaissances sur les compétences des sages-femmes autour de la notion de deuil périnatal 48
Tableau 3. Impact du doublement, du cursus antérieur dans le domaine de la santé et de la réalisation d'un stage sur les connaissances des compétences de la sage-femme et le ressenti face à une situation de deuil périnatal 54

Liste des figures

Figure 1. Flow chart des relances concernant les demandes de diffusion du questionnaire auprès des écoles de sage-femme ainsi que les réponses au questionnaire 35
Figure 2. Flow chart des réponses au questionnaire 41
Figure 3. Taux de réponses concernant le ressenti d'un manque d'informations sur la profession sage-femme 44
Figure 4. Répartition des émotions positives 50
Figure 5. Répartition des émotions négatives 50

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'étude..... 73

Lexique

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AESFB : Association des Étudiants Sages-Femmes de Baudelocque

BDE : Bureau des Écoles

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

DAN : Diagnostic Anténatal

ESF : Étudiant Sage-Femme

FCP : Fausse Couche Précoce

FCT : Fausse Couche Tardive

HRP : Hématome Rétro placentaire

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

KCl : Chlorure de Potassium

Licence 2 = SMA2 : Sciences Maïeutiques 2

MFIU : Mort Fœtale In Utero

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAPL : Syndrome des Antiphospholipides

SF : Sage-Femme

Cadre conceptuel

I Notion de deuil

I.1 Le deuil au sein de la société

Le mot deuil vient du latin « dolere » qui signifie souffrir et qui a aussi donné le mot douleur. (1) Ce terme masculin implique trois significations exprimées par trois termes anglais. B*ereavement* fait référence à la situation de deuil dans laquelle se trouve une personne qui a perdu un proche et qui en français se traduit par « être en deuil ». G*rief* correspond à la réponse somatique d'un individu face au deuil et qui sous-tend des composantes sociales, physiques mais surtout psychologiques, en français on pourrait exprimer cette idée avec les termes « faire son deuil ». Pour finir, le terme anglophone *mourning* fait appel aux rites funéraires réalisés par les individus afin d'accompagner jusqu'à son terme la présence sur Terre de l'être décédé ; l'expression « porter le deuil » en est l'équivalent français. (2)

I.1.a La perception du deuil dans la société

Au cours de l'histoire, dans la société, la vision et les comportements face à un décès ont évolué. Les rites funéraires ont traversé les différentes ères de notre Histoire tout en se voyant modifiés par de nouvelles techniques et technologies. Les premiers Hommes, ancêtres de l'Homo Sapiens Sapiens ont mis en place ces rites à travers des tombes qu'ils confectionnaient eux-mêmes. Puis au fur et à mesure des siècles, les cercueils ont été pensés, les caveaux et les tombes ont été construits avec de nouveaux matériaux et de nouvelles méthodes de crémation sont apparues.

Le sujet de la mort longtemps tabou est aujourd'hui de plus en plus vulgarisé. En effet au Moyen Âge et durant les siècles suivants, les individus qui perdaient un proche devaient rapidement faire leur deuil. Ils ne devaient pas évoquer leurs sentiments sur la place publique de peur d'être considérés comme faibles. L'Église veillait à la discrétion de ses fidèles en leur demandant de cacher leurs émotions. Seul le deuil dans le cadre de la perte d'un enfant était reconnu comme nécessitant un laps de temps non fixe. En 2020, le congé accordé aux parents après la perte d'un enfant de moins de 25 ans a été augmenté à 7 jours au lieu de 5. Cette évolution démontre l'importance accordée au deuil d'un enfant dans la société. (3)

L'écriture a longtemps été le seul moyen d'évoquer la mort dans la société ; que ce soit dans la Bible, dans les romans ou encore dans les poèmes. Il en est tout autrement de nos jours. Outre les livres qui

évoquent toujours le concept de la mort, celle-ci est aussi mise en scène au cinéma, au théâtre, à la télévision, dans la musique mais aussi dans des chansons. De nombreux/ses scientifiques ont travaillé sur la compréhension du déroulement « normal » du deuil et les situations pathologiques qui peuvent en découler. L'évolution la plus importante à noter est l'acceptation d'un dialogue autour du deuil des individus. En effet, même si des exceptions persistent, chaque deuil est singulier et vécu différemment par les individus. Il peut être nécessaire pour chaque personne de s'exprimer autour de ce deuil, à travers la consultation en psychologie ou en psychiatrie mais aussi dans les associations offrant un accompagnement tout au long du processus de deuil. (2)

Le deuil n'est pas uniquement ressenti par les proches d'un être disparu, il peut l'être aussi par les personnes l'ayant connu et accompagné au cours de sa vie comme peuvent l'être les soignant(e)s.

I.1.b Le deuil des soignant(e)s : un deuil particulier

En fonction de leur lieu et conditions d'exercice, les soignant(e)s peuvent être confronté(e)s au deuil et ce à de multiples reprises. La psychologie du deuil est alors une notion indispensable à comprendre pour ces professionnel(le)s de santé face à une mort de plus en plus institutionnalisée. En effet, les équipes de soignant(e)s sont en première ligne dans l'accompagnement des personnes mourantes mais aussi du soutien et du suivi des personnes endeuillées. Il est donc primordial que leur formation initiale mais aussi continue constituent une base d'apprentissage de cet investissement à la fois physique mais aussi émotionnel et social.

Les soignant(e)s peu ou pas préparé(e)s à ces situations de deuil peuvent rapidement se retrouver en situation d'épuisement professionnel que l'on traduit en anglais par les termes *Burn out*. Le tableau clinique de celui-ci est le suivant : l'épuisement émotionnel, le désinvestissement dans la relation avec le/la patient(e) et un épanouissement personnel diminué voire inexistant. La confrontation au deuil trop fréquente ou brutale potentialise la survenue et les effets de cet épuisement à travers des plaintes somatiques, physiques et psychologiques. Il est la conséquence de l'angoisse liée au concept de mort et de l'investissement de chaque patient(e) par le/la soignant(e). En effet à chaque décès d'un patient investi, le psychisme du/ de la soignant(e) doit effectuer un travail de deuil. (4)

Outre la formation à l'accompagnement palliatif, les soignant(e)s doivent pouvoir admettre la place de la mort dans leur métier. Plusieurs mécanismes de défense peuvent être observés chez les soignant(e)s face à la mort.

Il est possible que les soignant(e)s se projettent sur leurs patient(e)s, c'est un moyen pour eux/elles d'avoir l'illusion de savoir ce qui est bon pour lui/elle. La rationalisation et la banalisation, entre autres, font aussi partie des mécanismes de défense que les soignant(e)s emploient face à une situation de deuil.

La première induit un discours seulement médical et souvent incompréhensible par le/la patient(e) ce qui empêche la mise en place d'une bonne communication. La seconde consiste à se concentrer uniquement sur la maladie du/ de la patient(e) quitte à en oublier ses sentiments et émotions. (5)
Ils/Elles doivent aussi pouvoir compter sur la communication entre soignant(e)s afin d'exprimer leur ressenti. Les groupes de paroles prennent leur place au sein des hôpitaux et des institutions. Ils sont assurés par des animateurs/trices formé(e)s à l'approche du deuil. Les soignant(e)s peuvent aussi exprimer leur ressenti auprès de psychologues lors d'entretiens individuels ou en groupe. (6)

Futur(e)s professionnel(le)s de santé, les étudiant(e)s en santé quelle que soit leur formation devront, au cours de leurs études, faire face au deuil. Dans une société où une grande majorité de la population meurt à présent à l'hôpital, les étudiant(e)s se retrouvent ainsi souvent démunis lorsqu'ils/elles sont confronté(e)s à une situation de deuil pour la première fois. Pour les étudiant(e)s sages-femmes il est fréquent qu'ils/elles aient du mal à déterminer quelle est leur place dans l'accompagnement d'un couple vivant un deuil périnatal. Leur formation, majoritairement sous forme de cours magistraux, ne leur apporte que des bases théoriques sur le deuil, le handicap et l'accompagnement de ces derniers. La mise en pratique de ces cours et la confrontation à la réalité sont alors souvent mal vécues par ces étudiant(e)s qui se trouvent perdu(e)s. Sans aucune expérience, les étudiant(e)s ont du mal à gérer leurs émotions, à comprendre et à accepter l'idée que la mort ou le handicap puisse toucher un nouveau-né ou un fœtus. L'impact psychologique déjà fortement présent chez les professionnel(le)s de santé est alors décuplé chez les étudiant(e)s du fait de leur immaturité professionnelle. Cet impact est majoré lorsque l'encadrement de la sage-femme ne répond pas aux difficultés et aux questionnements de l'étudiant(e)s car sa préoccupation première est la personne endeuillée. C'est pourquoi de nombreux/ses professionnel(le)s et dans notre cas, des sages-femmes préfèrent exclure les étudiant(e)s de cette prise en charge pour les protéger. Cette surprotection a comme contrepartie l'inexpérience des jeunes professionnel(le)s dans le domaine du deuil et l'augmentation de leur appréhension dans les prises en charge. (7–9)

Au même titre que les personnes endeuillées, les soignant(e)s et les étudiant(e)s peuvent aussi ressentir les plaintes somatiques liées à la perte de leurs patient(e)s. En effet, le deuil engendre des conséquences sur les différentes dimensions de la santé comme définies par l'Organisation Mondiale de la Santé : la santé physique, la santé psychologique et enfin la santé sociale.

I.2 Le déroulement du deuil et ses conséquences

I.2.a Les symptômes physiques

La période de deuil est marquée par de nombreux changements physiques et psychiques. Sur le plan physique, des crises d'angoisse peuvent survenir mais aussi des accès de panique. Ces symptômes menant les personnes endeuillées à consulter plus fréquemment les urgences hospitalières ou leur médecin généraliste. (10)

Les plaintes somatiques au cours de la période de deuil sont nombreuses. Il peut s'agir de troubles digestifs comme des nausées, des vomissements, des brûlures d'estomac ; de problèmes musculaires tels que des crampes, des tremblements ou encore un manque de force ; des troubles visuels et du rythme cardiaque, des difficultés respiratoires ainsi qu'une perte de cheveux peuvent être ajoutés à ces symptômes. (10,11)

Néanmoins les trois symptômes semblant être les plus fréquents et invalidants sont les troubles du sommeil, les changements de poids et la fatigue. Les troubles du sommeil sont associés à des insomnies et plus rarement à un besoin augmenté de sommeil. Ce dernier est marqué par de nombreuses phases de réveil ainsi que des cauchemars et même parfois des hallucinations de l'être perdu. Les modifications de poids entraînent souvent une anorexie liée à de l'anhédonie, c'est à dire à la perte de plaisir. De manière moins fréquente le deuil peut parfois mener à de la boulimie. La fatigue, elle, semble être le signe commun des personnes endeuillées, elle est marquée par une baisse de la réalisation d'activités et une lassitude générale. (10,11)

Tous ces symptômes engendrent un épuisement physique et émotionnel entraînant eux-mêmes un désordre psychologique. Le travail de deuil va alors permettre de retrouver un équilibre psychique.

I.2.b Le cheminement psychologique

Le psychisme est défini comme un ensemble de phénomènes conscients ou inconscients, de processus venant de l'esprit, de l'intellectuel et de l'affectivité. (12) Lorsqu'un décès se produit c'est le psychisme qui subit la perte de l'être cher et le travail de deuil commence. Certain(e)s auteur(e)s ont travaillé sur la compréhension du déroulement de cette période et l'on définit en étapes. Ces dernier(e)s s'accordent pour dire que le travail de deuil n'a pas de durée fixée dans le temps mais que c'est un processus personne dépendant.

La première étape de ce deuil prend place dès l'annonce du décès et se poursuit dans les premières heures ou les premiers jours suivant celui-ci. Il s'agît d'un état de choc et de négation.
En effet la personne endeuillée est dans le déni de la situation et peut parfois même poursuivre ses activités sans intégrer le décès de son proche, elle peut se trouver dans un véritable état de dissociation et cette phase s'apparente alors à un rêve. La réalité reprend parfois le dessus et l'individu se trouve alors emplit de colère, de désespoir. (11)

La deuxième phase s'apparente à une phase de prostration ou encore à une phase de recherche. L'individu portant le deuil fait face à la réalité ; le sentiment de désespoir prend alors le pas sur les autres sentiments. Il prend conscience du caractère irréversible de la situation et de la colère vient se mêler au désespoir. Cette phase est dite de recherche car elle correspond à la période où la personne endeuillée cherche à revivre des souvenirs avec le/la défunt(e) en écoutant sa voix ou en se rendant dans des lieux évocateurs de ces souvenirs. Au cours de cette période, des épisodes de dépression sévère peuvent survenir et s'accompagner d'une mise à distance d'autrui avec un isolement social. (10,11)

La troisième phase est la plus longue et correspond à la phase de désorganisation, elle peut se prolonger sur plusieurs années. La plupart des émotions négatives liées au travail de deuil surviennent au cours de cette phase : la baisse de l'estime de soi avec la sensation que les actes de la vie quotidienne deviennent difficiles à réaliser sans le/la défunt(e) ; l'inopérance qui correspond à la continuité de pensées négatives voire dans les cas extrêmes à des idées suicidaires. La personne endeuillée se sent insatisfaite de la plupart des actions qu'elle réalise. Elle est aussi prise d'anxiété et de culpabilité. L'anxiété peut être liée à la perte de la personne elle-même mais aussi aux conséquences morales, sociales et financières que peut induire cette perte. La culpabilité, quant à elle, se dévoile sous trois formes : les reproches vis-à-vis de soi-même, la culpabilité liée à la responsabilité du décès ou encore celle liée au sentiment d'être déloyal envers le/la défunt(e). D'autres sentiments peuvent survenir tels que la solitude, l'anhédonie. (11)

La dernière phase décrite du travail de deuil est celle de réorganisation ou de récupération. Les réactions des stades précédents sont toujours présentes mais diminuent en intensité et leurs épisodes sont de durée moindre. L'aboutissement du travail de deuil mène la personne endeuillée à voir la réalité différemment, sans le/la défunt(e), mais en ayant trouvé un équilibre émotionnel. Les symptômes physiques, psychiques et sociaux liés au décès régressent, la personne retrouve alors un état de santé qui s'apparente à celui qui était le sien avant la perte de l'être cher et une réinsertion sociale s'effectue. Les sentiments négatifs s'atténuent au profit des sentiments positifs peu ressentis au cours des précédentes phases du deuil. (11)

Le cheminement psychologique qui s'effectue au cours du travail de deuil est unique puisque inhérent à chaque individu. Toutes ces étapes et notamment la phase liée à un désespoir profond peuvent mener à des effets non négligeables sur la santé.

I.2.c Les effets du deuil sur la santé

Les différentes études menées sur le deuil ont mis en évidence l'impact de celui-ci sur la santé, qu'elle soit physique, psychique ou encore sociale. Ces effets apparaissent chez les personnes endeuillées mais peuvent aussi être retrouvés chez les accompagnant(e)s de ces personnes, dont les soignant(e)s font partis. En effet l'impact néfaste d'un décès sur la santé physique est corrélé à la santé psychique qui est mise à rude épreuve lors du travail de deuil.

Sur le plan physique, de nombreuses études ont associé l'état de deuil avec une surmortalité, notamment dans la période proche du décès. Cette mortalité plus élevée s'expliquerait par différents facteurs : le taux de suicide est plus important chez les personnes endeuillées ; ces personnes seraient plus à risque de développer une maladie cardiovasculaire, c'est l'hypothèse du *« cœur brisé »* que l'on retrouve plus fréquemment après la perte d'un enfant ou d'un(e) conjoint(e). La sensibilité aux maladies infectieuses est aussi plus importante car il a été démontré que le système immunitaire est affaibli durant la période de deuil et ce, de manière « dépression dépendante ».

De nombreuses morbidités sont aussi associées à cette période. En effet, les personnes en situation de deuil ont parfois des comportements à risque, liés à leur état psychique. Il peut s'agir d'une consommation excessive d'alcool, de drogues, de cigarettes, de caféine associée à un nombre restreint d'heures de sommeil et à une diminution des activités physiques. Les médicaments sont aussi poly consommés et notamment les anxiolytiques, les hypnotiques et les anti-dépresseurs pour lesquels les prescriptions sont délivrées plus facilement par les praticien(ne)s. Un apport trop important de ce type de médicaments ayant un effet sur le psychisme tend à être néfaste car il empêcherait la mise en œuvre du travail de deuil. (10,11) Au-delà de l'impact sur la santé physique, la santé sociale est aussi affectée par un décès. On définit la santé sociale grâce à de nombreux indicateurs concernant les interactions de chaque individu avec son environnement ainsi que sa qualité de vie.

Au cours de la période de deuil, les interactions sociales sont plus compliquées à établir car les proches de la personne endeuillée éprouvent généralement des difficultés dans la poursuite de leur relation avec cette dernière et dans l'expression de leur soutien. Il est aussi fréquent que la personne touchée par un décès se replie sur elle-même et n'arrive plus à discerner les bonnes des mauvaises interactions sociétales. Ainsi elle peut se retrouver isolée. (11)

Des études se sont intéressées au type de soutien attendu par les individus au cours de leur travail de deuil. Elles montrent que les personnes aidantes sont celles qui ont vécu ce même travail et qui permettent à la personne portant le deuil d'exprimer ses émotions et sentiments. A l'inverse, les personnes encourageant à outrance une récupération rapide sont considérées comme non aidantes. Les personnes endeuillées ont alors l'impression qu'elles doivent rapidement avoir à nouveau des pensées positives et que leurs sentiments sont insignifiants. Il a aussi été montré que les conseils donnés aux individus en situation de deuil sont mieux perçus s'ils sont donnés avec bienveillance par des personnes ayant elles-mêmes vécu ce type de situation. (11)
Il est important de noter que, dans le cadre de la perte d'un enfant, les couples voient fréquemment leur relation se détériorer notamment en termes de communication.

L'accompagnement est donc primordial auprès des personnes portant le deuil et dans le cadre du métier de sage-femme auprès des femmes, des couples se trouvant face à un deuil périnatal.

II Le deuil périnatal

II.1 Définitions

II.1.a Fausse couche précoce et fausse couche tardive (FCP et FCT)

Une fausse couche se définit par l'arrêt spontané d'une grossesse avant 22 semaines d'aménorrhées (SA). Les fausses couches spontanées précoces ont lieu avant 14 SA. Les fausses couches tardives, quant à elles, se produisent entre 14 et 22 SA. Ces dernières sont peu étudiées mais représenteraient moins de 1 % des fausses couches. (13–15)
On estime qu'environ 12 à 15 % des grossesses aboutissent à une fausse couche. (16)
Les symptômes associés à la perte d'une grossesse sont une douleur pelvienne parfois associée à des douleurs lombaires ainsi que des pertes sanguines rouges vif ou brunâtres d'origine génitale. Le diagnostic peut être confirmé par une échographie qui permet de déterminer si une grossesse est évolutive ou non. (17)

La prise en charge est multidisciplinaire. D'un point de vue médical, différentes options existent afin de permettre l'expulsion totale du fœtus/de l'embryon.

La patiente peut se voir proposer d'attendre cette expulsion ou de subir une opération chirurgicale, un curetage, afin de retirer de l'utérus les produits de conception restés en place. Dans le même objectif un traitement médical créant des contractions utérines peut lui être administré.
De plus, à partir de trois fausses couches spontanées, un bilan étiologique sera réalisé chez la patiente. (15)

Il est nécessaire de proposer à la patiente et/ou au couple une prise en charge psychologique. (18)
Le deuil périnatal comme lors d'une FCT, d'une IMG ou encore d'une MFIU est un deuil lourd. Il concerne un être qui n'est pas encore venu au monde et vient perturber le projet de vie des parents. Les caractéristiques de ce deuil sont multiples et en celles-ci réside une violence certaine. Il regroupe la brutalité liée à l'annonce d'une MFIU, d'une FCT ou encore d'une malformation fœtale ; la culpabilité ou encore la difficulté à prendre conscience de la réalité du décès. La culpabilité est associée à l'idée que le fœtus décédé ou malformé est sous la protection de sa mère puisqu'évoluant en elle.
Dans le cas d'une FCS, il est fréquent qu'aucune échographie n'ait été réalisée avant la perte de la grossesse. Ainsi le deuil devient celui d'un enfant totalement imaginé et non visualisé. (19)

Du fait de leur précocité durant la grossesse, certaines fausses couches passent inaperçues et sont assimilées à des menstruations. L'arrêt spontané de la grossesse résulte, dans 40 % des cas, d'un phénomène physiologique permettant l'élimination des grossesses non viables liées à une anomalie génétique embryonnaire et/ou fœtale. (16)

Les facteurs de risques de fausses couches spontanées sont multiples. L'âge maternel de plus de 35 ans, le surpoids ou l'obésité, la consommation d'alcool ou de tabac, l'altération de la réserve ovarienne ainsi que l'âge paternel supérieur à 45 ans sont des facteurs confondants retrouvés chez les patientes dont une grossesse s'est arrêtée avant 14SA. Certains antécédents maternels augmentent aussi le risque de fausse couche et notamment de fausse couche tardive. Les antécédents de fausse couche (précoce ou tardive), d'accouchement prématuré, d'interruption de grossesse (médicale ou volontaire) ainsi que les antécédents de trachélectomie sont les principaux antécédents à rechercher. Il est aussi nécessaire de questionner sur le mode de vie (consommation de toxiques), les conditions de travail, le niveau socio-économique, l'existence d'une malformation utérine et de pathologies maternelles préexistantes. (15)

L'incidence des fausses couches tardives est augmentée en cas de col utérin court au second trimestre de la grossesse (c'est-à-dire un col dont la longueur fait moins de 25 mm à l'échographie) mais aussi en cas de protrusion des membranes dans le vagin. (14) L'existence de signes cliniques de vaginose bactérienne est à rechercher car cette infection constitue la première cause de chorioamniotite. Celle-ci

est l'une des principales étiologies des fausses couches tardives au même titre que la béance cervico-isthmique.

Prévenir les fausses couches est possible si ces dernières sont répétitives (≥3) et si les grossesses ont été obtenues avec le même partenaire. Dans ce cas, la mise en place d'un cerclage prophylactique est possible entre 14 et 16 SA.

II.1.b L'interruption médicale de grossesse (IMG)

Une interruption médicale de grossesse correspond à un arrêt de la grossesse pour raison médicale. Celle-ci peut avoir lieu à n'importe quel terme de la grossesse. (20)
Les femmes enceintes peuvent demander un recours à une IMG si la poursuite de la grossesse met en péril grave leur santé ou s'il existe une forte probabilité que « l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic ». Ce sont les lois Veil de 1975 et de Bioéthique de 1994 qui ont réglementé le recours à l'IMG. (21)

En France, en 2017, 0,4 % des grossesses ont abouti à une IMG. Le motif fœtal est à l'origine de la grande majorité de celles-ci (à hauteur de 96%). Les malformations et les anomalies chromosomiques sont les principales causes de demande d'IMG avec respectivement 43 et 33 % de demandes. Les autres affections à l'origine d'une demande d'IMG sont les infections et les anomalies génétiques.
Une femme enceinte peut demander le recours à une IMG lorsqu'une pathologie maternelle sévère mettant en jeu le pronostic vital maternel a été diagnostiquée ou lorsqu'à travers le diagnostic prénatal une affection fœtale grave et non curable a été décelée.
Toutes les demandes d'IMG sont étudiées par des praticien(ne)s du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal qui sont les seuls à pouvoir donner un accord pour ces interruptions médicales. (21)

La prise en charge des patientes/des couples est multidisciplinaire. Une prise en charge psychologique devra être proposée dès le diagnostic positif d'anomalie fœtale ou lors de la demande d'IMG et sera poursuivie après celle-ci. (22) Il sera aussi nécessaire de mettre en place un suivi social pour accompagner les patientes dans les démarches administratives multiples. La prise en charge médicale différera en fonction du terme de réalisation de l'IMG. En effet, avant 15SA, cette dernière peut être effectuée par aspiration sous anesthésie générale. Après 15SA, un accouchement voie basse sera nécessaire. Un déclenchement du travail sera réalisé sous analgésie péridurale. Si le fœtus se trouve être viable (≥22SA et/ou 500g), un geste d'arrêt de vie fœtale devra être réalisé afin d'éviter une souffrance

fœtale et accélérer le processus du travail. Après avoir recueilli le consentement maternel, des examens post-nataux pourront être réalisés sur le fœtus. (18,20,21)

Outre la prise en charge médicale, le rôle principal des soignant(e)s et notamment des sages-femmes est d'accompagner ces patientes/ces couples dans leur deuil. De l'annonce de la malformation, du handicap à la grossesse ultérieure, les sages-femmes ont un rôle majeur dans le parcours de ces femmes. L'accompagnement se base sur de l'écoute attentive. Il faut être capable de gérer ses émotions tout en captivant celles du couple. Lors de l'annonce d'une malformation ou d'un handicap, la sage-femme doit parler des faits, ne pas évoquer ses doutes ou faussement rassurer la patiente et elle doit être capable de s'entourer de professionnel(le)s adapté(e)s lorsque c'est nécessaire. Dans le cadre d'une IMG le couple à de nombreux choix à faire (état civil, obsèques) et il est alors nécessaire de les y accompagner même si ces derniers peuvent évoluer. (23) Les sentiments et réactions de la patiente doivent être respectés et accompagnés sans jugement. L'un des rôles principaux de la sage-femme qui organise l'IMG au DAN ou qui l'accompagne en salles de naissances, va être d'humaniser le fœtus aux yeux de ces parents afin qu'ils ne fassent pas le deuil d'une malformation ou d'une pathologie mais bien d'un enfant. Cette humanisation passe par plusieurs étapes lors du travail, de l'accouchement et dans le post-partum immédiat. La sage-femme peut permettre la rencontre entre les parents et le fœtus né sans vie si ces derniers le souhaite. Elle va le nettoyer, l'habiller, lui mettre des bracelets, l'envelopper, prendre des photos et faire des empreintes qui seront confiées aux parents ou laissées dans le dossier en fonction de leur volonté. Si la rencontre a lieu, la sage-femme doit adapter son comportement à la réaction du couple et peut parfois être amenée à sortir de la pièce pour laisser le processus de deuil commencer. Cette rencontre est souvent associée à une diminution des deuils pathologiques chez les parents (19,24–26) Au cours du séjour à la maternité, il est toujours primordial d'accompagner les patientes qui ont vécu un deuil périnatal. La sage-femme doit alors évoquer la possibilité pour la patiente de rencontrer un(e) psychologue, ce/cette dernier(e) ayant peut-être été déjà rencontré(e) en anténatal.
La sage-femme peut aussi s'enquérir de la durée de séjour souhaitée par la patiente (une ou deux nuits généralement) et de la façon dont elle envisage le retour à domicile. (8,25)

II.1.c La mort fœtale in utero (MFIU)

La mortinatalité est un indicateur important de santé publique. (27) Elle ne possède pas la même définition en fonction des pays ou des organisations qui l'étudient. En France, la mort fœtale in utero est définie comme l'arrêt de l'activité cardiaque fœtale après 14 SA. Elle peut se produire avant le travail ou pendant le travail jusqu'au moment de l'expulsion. Selon l'OMS, le décès fœtal est confirmé à la naissance par une absence de mouvements respiratoires, de battements cardiaques et de contractions

musculaires volontaires. La Classification internationale des maladies (CIM) différencie, quant à elle, les morts fœtales précoces (entre 22 et 28 SA ou un poids de 1000 grammes) et les morts fœtales tardives (après 28 SA). (15,18,28)

La prévalence des MFIU est difficile à estimer avec précision car les morts fœtales précoces peuvent parfois être assimilées à des fausses couches tardives. En se basant sur les décès fœtaux survenant après 28 SA, le taux de MFIU dans le monde a été établi à 2 %. Ce chiffre est en constante diminution dans les pays développés, du fait d'une politique de dépistage des facteurs de risques de MFIU qui s'est développée dans ces pays. L'enquête périnatale Euro-Peristat de 2015 a permis d'établir qu'en France, la prévalence des MFIU à 28 SA est de 3,0 pour mille naissances. (28–30)

Les facteurs de risque de MFIU sont multiples. Le poids et l'âge maternels, le tabagisme, le retard de croissance intra-utérin, les antécédents de MFIU ainsi que les pathologies vasculaires et leurs complications (HRP) sont les principaux facteurs de risque. (15,28)
Le surpoids ou l'obésité maternels ainsi qu'une prise de poids significative pendant la grossesse constituent les principaux facteurs modifiables favorisant la survenue d'une MFIU. En effet, un sur risque de 8 à 18 % est attribuable à ces caractéristiques maternelles. Le tabagisme maternel fait aussi partie des facteurs de risque modifiables puisqu'il entrainerait 4 à 7 % de risque supplémentaire concernant la survenue d'une MFIU.

D'autres facteurs de risque de MFIU ont été mis en avant grâce à la littérature : un bas niveau socio-économique, la consommation excessive d'alcool ou de caféine, les petits poids pour l'âge gestationnel, la nulliparité, le diabète (préexistant ou gestationnel), la consommation de cocaïne et le terme dépassé. (15,28)

Les anomalies placentaires sont à l'origine de 60 % des MFIU ; elles représentent ainsi la première étiologie. Ces anomalies entraînent un dysfonctionnement de la circulation foeto-placentaire et le décès du fœtus. La deuxième étiologie principale des MFIU est l'infection congénitale dans 10 à 20 % des cas. Il existe d'autres causes expliquant le décès fœtal : une anomalie funiculaire, une hémorragie fœto-maternelle, une anomalie chromosomique, les maladies systémiques maternelles (lupus, SAPL) et certaines cardiopathies maternelles. (15,28)

Le deuil d'un enfant décédé in utero est extrêmement brutal puisque les mouvements du fœtus, les échographies ainsi que l'écoute des battements de son cœur sont venues ponctuer la grossesse et alimenter les projets de vie et l'imaginaire des parents.

La caractéristique principale de ce deuil réside en l'absence d'une connaissance précise du moment du décès. (19) C'est en ça que les soignant(e)s et la sage-femme joueront un rôle de déculpabilisation auprès des parents. Un véritable dialogue doit être instauré avec les parents pour que l'enfant qu'ils viennent de perdre ait sa place dans leur histoire familiale.

Ainsi la prise en charge doit être multidisciplinaire. La patiente devra accoucher du fœtus décédé, par voie basse, et des analyses fœtales devront être réalisées. Après avoir recueilli le consentement maternel, une autopsie pourra être effectuée afin de déterminer la cause du décès. Un bilan étiologique maternel sera aussi réalisé. Enfin, une prise en charge psychologique adaptée devra être proposée à la patiente. (15,28) Cette prise en charge psychologique est semblable à l'accompagnement des patientes dans le cadre d'une IMG. La différence d'impact psychologique réside dans l'absence d'étiologies (au moins jusqu'à l'autopsie) pour une MFIU alors qu'une malformation ou pathologie fœtale menant à une IMG peut être expliquée par une anomalie chromosomique, génétique ou encore une infection. Le moment de l'annonce du décès est un moment charnière dans l'accompagnement de la patiente/du couple. Le mot « mort » doit être prononcé afin d'ancrer cette douloureuse réalité dans l'esprit des parents. La suite de l'accompagnement se base, de même que pour une IMG, sur l'écoute, sur l'explication des différentes démarches administratives et des multiples choix à effectuer pour le couple (prénom, obsèques, état civil…). (5,25,31)
La bienveillance, l'écoute et l'empathie dont font preuve les soignant(e)s lorsque surviennent des décès en maternité ont été décrits comme soutenant par les personnes endeuillées. (32)

II.1.d La mort néonatale

Une mort néonatale se définit comme une partie de la mortalité infantile, correspondant à la mort des nourrissons dans leur première année de vie. Elle caractérise le décès des nouveau-nés nés vivants puis décédés entre leur premier et leur 27ème jour de vie révolus. Il existe deux catégories de mort néonatale : lorsqu'elle survient entre 0 et 6 jours révolus elle est qualifiée de précoce et elle est tardive lorsqu'elle se produit entre le 7ème et le 27ème jour de vie révolus du nourrisson. (27)

En 2015, l'enquête périnatale Euro-Peristat a déterminé une prévalence des morts néonatales de 2,1 pour mille naissances en France. La mortalité néonatale précoce représentait 1,7 décès pour mille naissances et la mortalité tardive était de 0,8 pour mille. Cette prévalence a beaucoup évolué au cours du temps entraînant une diminution puis une stabilisation de la mortalité infantile. En 2000, en France, la mortalité néonatale était de 3,0. Celle-ci a ensuite diminuée jusqu'à atteindre 2,1 pour mille en 2010, prévalence qui s'est stabilisée. (27,29,30,33)

La mortalité néonatale est un indicateur de santé publique important. La gravité de ces évènements amène les scientifiques à vouloir déterminer comment diminuer leur incidence.

Les facteurs de risque de mort néonatale sont quelque peu similaires aux facteurs de risque de la mortinatalité. On retrouve notamment l'âge maternel extrême (moins de 20 ans et plus de 35 ans), le bas niveau socio-économique et la grossesse multiple comme facteurs favorisants. Il existe aussi des facteurs de risque spécifiques de la mortalité néonatale : le sexe masculin, la grande multiparité, le poids à la naissance ainsi que l'âge gestationnel. (27)

D'après la CIM de l'OMS, environ 50 % des morts néonatales seraient dues à une « affection dont l'origine se situe dans la période périnatale ». Ainsi les principales étiologies retrouvées sont d'origine fœtale. L'hypoxie in utero entraînant une asphyxie à la naissance, une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine associée à un syndrome de détresse respiratoire en font parties. Les hémorragies fœtales ou néonatales et notamment les hémorragies ventriculaires constituent aussi une cause de mort néonatale relativement importante.
L'origine maternelle ou obstétricale d'un décès en période néonatale est moins fréquente. Cependant, une pathologie maternelle telle que l'hypertension, une complication au cours du travail et/ou de l'accouchement ainsi que certaines complications annexielles à type de compression funiculaire sont parfois liées au décès néonatal. (27) Des examens du nouveau-né décédé devront être réalisés afin de déterminer l'origine du décès.

Au fil des années, la prévention de la mort néonatale s'est développée. La réanimation du nouveau-né a fortement évolué, permettant aujourd'hui de diminuer le risque d'échec de réanimation. Les services de néonatologie et de soins intensifs néonataux se sont aussi développés et permettent des soins optimisés. L'échange d'informations et de conseils auprès des parents a aussi permis la décroissance du nombre de décès par mort subite du nourrisson ou par syndrome du bébé secoué.

Lorsque le diagnostic de pathologies fœtales est posé durant la grossesse (entraînant un possible accès à une IMG), et que la mère/le couple souhaite poursuivre la grossesse à son terme, il est mis en place de façon multidisciplinaire une démarche de soins palliatifs pour le nouveau-né. Elle est aussi mise en place dans le cadre d'une naissance à la limite de la viabilité. (34)
Cette démarche permet, dans ces conditions, d'accompagner les nouveau-nés jusqu'à leur fin de vie.

Le décès en période périnatal est fréquemment associé à un deuil pathologique. Il constitue un évènement brutal par le fait que la grossesse a été menée à son terme et que son issue revêt alors un caractère dramatique. Les parents se doivent alors d'être accompagnés par l'ensemble de l'équipe soignante, que ce soit la sage-femme en salles de naissances ou les pédiatres en réanimation néonatale. Leur accompagnement est primordial pour permettre aux parents de dépasser leur état de sidération et de commencer leur travail de deuil. (19)

II.1.e La mort maternelle

La mortalité maternelle est définie comme étant « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ». (29,35,36)
Elle constitue un indicateur de performance des différents systèmes de santé et est la source de nombreuses études menées afin de diminuer l'incidence des décès maternels. (29,36)
En 2015, dans le monde, 303 000 femmes sont décédées d'une affection en lien avec leur grossesse d'après l'OMS. (37) L'enquête périnatale de 2015 estime à 6,4 pour 100 000 naissances, le nombre de décès maternels en France entre 2010 et 2014. Ce chiffre est en diminution puisqu'il était de 8,4 entre 2006 et 2010. (29) L'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles estime, quant à elle, à 7,0 pour 100 000 naissances le nombre de morts maternelles en France entre 2010 et 2012. Environ 56 % de ces décès sont jugés évitables et parmi eux 60 % sont dus à des soins non optimaux. Le décès maternel a eu lieu dans 21,5 % des cas dans les 24 heures suivant la terminaison de la grossesse contre 35,1 % dans les 42 jours. Ces femmes avaient subi une césarienne dans 63,8 % des cas. (36)

En France, les femmes meurent dans 47 % des cas de causes obstétricales directes comme une complication de la grossesse, du travail ou de l'accouchement, associée ou non à une négligence médicale. Dans 38 % des cas, le décès maternel résulte d'une pathologie préexistante ou apparue en cours de grossesse. C'est le cas par exemple du paludisme ou de certaines hépatites. Enfin dans 14 % des cas, le décès était de cause indéterminée. (35,36)
D'après l'OMS, dans le monde, dans 75 % des cas de décès, une des étiologies suivantes étaient retrouvées : l'hémorragie sévère, les infections, l'hypertension durant la grossesse ainsi que ses complications, les complications dues à l'accouchement et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et d'hygiène. (37)

En France, entre 2010 et 2012 les principales causes de décès maternels par ordre de fréquence étaient : l'hémorragie du post-partum, l'évènement thrombo-embolique et en 3ème position ex-æquo, l'embolie amniotique, l'accident vasculaire cérébral et la mort subite. (36)

Les facteurs de risque de mort maternelle sont multiples. L'âge maternel (≥35 ans) ainsi que l'origine géographique en font partis. Les femmes venant d'Afrique subsaharienne ont en effet un risque relatif de décès maternel supérieur à la population générale. Entre 2010 et 2012, 21 % des décès maternels sont survenus chez des femmes en situation d'obésité, ce qui en fait un des principaux facteurs de risque de mort maternelle. La grossesse gémellaire ainsi qu'une grossesse obtenue par fécondation in vitro constituent aussi des facteurs favorisants un décès en période périnatale. (36)

La prévention de la mortalité maternelle passe par la mise en place ou l'amélioration de soins devant être optimaux.
L'injection d'oxytocine dans le post-partum immédiat pour diminuer l'incidence des hémorragies maternelles ou la bonne hygiène des mains et une antibiothérapie adaptée en cas d'infection. (37)

II.2 La sage-femme face au deuil périnatal

II.2.a Encadrement du métier de sage-femme

Le métier de sage-femme est encadré par de nombreux textes de lois, décrets et arrêtés qui établissent les différentes compétences, savoir-faire et savoir-être que devront acquérir et développer les sages-femmes au cours de leur formation initiale et tout au long de leur carrière professionnelle.
Le Code de la Santé Publique fixe les conditions d'exercice des sages-femmes et mentionne la nécessité pour elles de faire appel à un(e) médecin en cas de pathologies maternelles, fœtales ou néonatales : *« En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un(e) médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un(e) médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques ». (38)*
Le deuil périnatal fait partie des situations nécessitant qu'une sage-femme fasse appel au/à la gynécologue-obstétricien(ne) pour prendre en charge la situation en équipe pluridisciplinaire.

Ce rôle primordial est peu décrit dans la littérature. Le référentiel métier et compétences de la sage-femme élaboré en 2010, décrit huit situations types dont le diagnostic et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum ainsi que la réalisation de la réanimation néonatale du nouveau-né. (39)

Le Code de Déontologie inclut dans le Code de la Santé Publique fait état des devoirs de la sage-femme envers les patientes et les collègues qu'ils/elles soient sages-femmes ou exerçant une autre profession. Le secret professionnel, l'obligation de mener un développement professionnel continu tout au long de sa carrière ainsi que de concourir à la formation des étudiant(e)s sages-femmes font parties des obligations majeures spécifiées dans ce Code. (40) Il est donc nécessaire pour les sages-femmes de développer leur compétence dans l'accompagnement d'une patiente endeuillée mais aussi dans l'encadrement des étudiant(e)s dans ces situations de deuil périnatal.

Le rôle de la sage-femme dans le domaine du deuil périnatal est précisé en certains points dans ces textes juridiques. Les recommandations de bonnes pratiques cliniques permettent aussi d'éclairer les différents pans de la prise en charge d'une patiente en situation de deuil périnatal.

II.2.b Rôle de la SF dans les situations de deuil périnatal

Dans les situations de deuil en maternité, la sage-femme doit prendre en charge ces femmes, ces couples et de ces nouveau-nés sur le plan médical, social et psychologique.

Le diagnostic de fausses couches spontanées, qu'elles soient précoces ou tardives, est généralement posé aux urgences gynécologiques. Il est donc peu fréquent qu'une sage-femme soit amenée à poser ces diagnostics. Cependant, la sage-femme peut accompagner les patientes faisant une fausse couche tardive vers l'issue de leur grossesse.
Le diagnostic de MFIU, quant à lui, peut être réalisé dans différents services. Il peut avoir lieu lors d'une consultation de grossesse, d'une échographie ou encore lorsque la patiente consulte aux urgences obstétricales. La sage-femme peut poser le diagnostic (absence d'activité cardiaque à l'échographie) mais elle le fera vérifier par un(e) gynécologue-obstétricien(ne) avant que l'annonce ne soit faite.
Lorsqu'une femme enceinte et/ou un couple demande une IMG et que celle-ci est acceptée, dans 96 % un motif fœtal en est à l'origine. De nombreuses évolutions au sein du diagnostic anténatal ont permis de déceler plus précisément et de façon étendue (plus de malformations/pathologies) des anomalies fœtales qui pourraient altérer sa qualité de vie voire être létales. (21) Différents tests diagnostics ont été développés comme l'amniocentèse réalisable à partir de 15SA, la ponction de sang fœtal (à partir de 18SA) ou encore la biopsie de trophoblaste (11 à 14SA). Ces procédures permettent de confirmer un diagnostic, d'évaluer le pronostic et d'envisager un traitement si possible. (15) Le rôle d'une sage-femme au sein du service de diagnostic anténatal est multiple. Elle participe aux consultations, à la réalisation d'examens complémentaires et elle accompagne les patientes/couples dans leur démarche. (41)

La prise en charge médicale d'une patiente faisant une fausse couche tardive, une mort fœtale in utero ou une interruption médicale de grossesse est similaire. La SF accompagne ces patientes dans les services de salles de naissances pour la période du per-partum et de grossesses à haut risque pour le post-partum.
Une sage-femme référente est présente tout le long du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat de ces patientes afin de les accompagner de façon optimale.

D'un point de vue strictement médical la sage-femme accompagne la femme au cours du travail, au même titre qu'une patiente dont le fœtus est vivant, c'est-à-dire qu'elle aide à l'expulsion fœtale et assure la délivrance complète du placenta nécessaire à la vacuité utérine. Il est de son rôle de prévenir les complications maternelles et obstétricales éventuelles en assurant notamment un suivi régulier de la patiente pendant le travail et le post-partum immédiat. Dans le cadre des MFIU et des IMG, de nombreuses recommandations concernant la pratique clinique ont été émises. Une préparation cervicale est recommandée afin de faciliter le déclenchement du travail et diminuer le risque d'échec de déclenchement après 24 heures. La mise en place d'une analgésie est conseillée pour entreprendre la suite du déclenchement. En fonction du terme, celle-ci sera différente. En cas d'IMG avant 15 SA, une aspiration du produit de conception, sous anesthésie générale pourra être effectuée. Au 2ème et 3ème trimestre ainsi que dans le cadre d'une MFIU, une analgésie péridurale est proposée en première intention avant d'induire les contractions utérines. La suite du déclenchement se base alors sur une rupture artificielle des membranes et l'administration de médicaments induisant les contractions utérines. Dans le cadre d'une IMG, lorsque le fœtus est considéré comme viable, un geste d'arrêt de vie fœtale peut être réalisé par un(e) gynécologue-obstétricien(ne) avec l'aide d'une sage-femme. Ce geste consiste en une anesthésie du fœtus en premier lieu suivie de l'injection d'une drogue (généralement KCl) entraînant le décès fœtal. Ce geste ne fait pas partie des compétences propres de la sage-femme. (15,18,20,21)

Dans le cadre de ces trois types de deuil périnatal, la sage-femme doit proposer à la patiente/au couple des examens secondaires à visée étiologique. Seul le consentement maternel est exigé lors d'une FCT, MFIU et IMG pour les examens du fœtus (hors prélèvement d'ADN). Le consentement des deux parents est nécessaire lorsqu'il s'agit du décès d'un enfant né vivant et viable. Ces examens sont les suivants : une autopsie, des examens radiographiques, des prélèvements tissulaires à visée génétique et un examen anatomopathologique du placenta. Du côté maternel, il est recommandé de faire un bilan étiologique qui comporte notamment la réalisation de certaines sérologies (toxoplasmose, parvovirus B19), la recherche de pathologies maternelles systémiques, infectieuses ou préexistantes à la grossesse. (15,21,28,42,43)

La période du post-partum se déroule généralement dans le service des grossesses à haut risque pour les patientes vivant une situation de deuil périnatal. Les couples expriment souvent leur envie de sortir de la maternité assez rapidement.
Il est cependant nécessaire de s'assurer qu'aucune complication médicale ne survienne et qu'une prise en charge psychologique adaptée soit mise en place pour le couple.
La sage-femme doit aussi veiller à ce que les démarches administratives soient réalisées (devenir du corps, déclaration à l'état civil si souhaité). La gestion médicale du post partum ne diffère pas de la prise en charge d'une patiente ayant donné naissance à un enfant vivant (examen clinique journalier, conseils sur la contraception, rééducation du périnée). (21)

En salles de naissances, la sage-femme est compétente pour accompagner une patiente tout au long de son travail obstétrical, de son accouchement et du post-partum immédiat. Cette compétence s'appuie sur la physiologie mais peut parfois s'étendre à la pathologie en collaboration avec un(e) médecin. C'est le cas de la prise en charge du nouveau-né lorsqu'il n'arrive pas à s'adapter à la vie extra-utérine et qu'il nécessite une réanimation. Il en est de même pour un nouveau-né présentant une affection incurable pour lequel une démarche de soins palliatifs est menée. (44)

La prise en charge néonatale commence par l'évaluation de la bonne adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né. Une réanimation peut être nécessaire et entraîne la réalisation de gestes d'urgences tels qu'une aspiration œsophagienne, une ventilation mécanique, une intubation ou encore l'administration de médicaments. (45) Ce rôle primordial de la sage-femme est reconnu par l'ensemble des professionnel(le)s de la périnatalité. Les responsabilités engagées sont importantes lorsque la réalisation de ces gestes est nécessaire et ce d'autant plus que le pronostic neurologique voire vital, dans certains cas, est en jeu. (46)

Le deuil périnatal fait partie intégrante du rôle de la sage-femme par son accompagnement à la fois médical et psychologique. Ces situations de décès en maternité s'opposent à l'idée que la sage-femme accompagne uniquement la vie. Elles génèrent parfois des difficultés de prise en charge pour les professionnel(le)s de santé qui y sont confronté(e)s. L'enquête menée auprès des étudiant(e)s sages-femmes nouvellement intégré(e)s dans le cursus, a pour objectif d'étudier les connaissances et la perception du deuil périnatal afin d'identifier la nécessité de mettre en place une prise en charge particulière pour atténuer les difficultés inhérentes à la confrontation du deuil.

Matériel et méthode

I Présentation de l'étude

I.1 Problématique

Quelle est la perception du deuil périnatal de l'étudiant(e) admis(e) en DFGSMa2 (Diplôme de formation générale en Sciences Maïeutiques deuxième année) ?

I.2 Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances et la perception des étudiant(e)s sages-femmes intégrant la formation, sur la notion de deuil périnatal au sein du métier de sage-femme.
L'objectif secondaire était d'identifier les informations retenues par les étudiant(e)s ainsi que leur besoin d'informations concernant les situations de décès en maternité.
Le but de cette étude était d'atténuer la violence potentiellement perçue par les étudiant(e)s lorsqu'ils/elles sont confronté(e)s pour la première fois à une situation de deuil périnatal.

I.3 Hypothèses

La première hypothèse de recherche était que les étudiant(e)s sages-femmes intégrant la formation ont peu la notion de mort en période périnatale et que leurs connaissances sur le rôle de la sage-femme dans ces situations sont faibles ou incorrectes.
De plus, nous pensions que ces situations de deuil périnatal pouvaient être source de mal-être lors des premiers stages pour les étudiant(e)s.
Une hypothèse que nous avons aussi formulé était qu'informer au préalable les étudiant(e)s sur le rôle de la sage-femme lors de situations de mort périnatale pourrait modifier leur volonté d'intégrer la formation en sciences maïeutiques.
Enfin, nous avons supposé qu'un décès maternel comparé à un décès fœtal ou néonatal aurait un impact différent pour les étudiant(e)s sages-femmes.

II Méthodologie

II.1 Type d'étude

Afin de répondre au mieux à la question de recherche et d'atteindre les différents objectifs, nous avons choisi de réaliser une étude descriptive, transversale et multicentrique.

II.2 Population ciblée

La population ciblée par cette étude était les étudiant(e)s sages-femmes intégrant la formation en sciences maïeutiques. Les trente-quatre écoles de sages-femmes de France ont été sollicitées afin que leurs étudiant(e)s puissent participer à l'étude en répondant à un questionnaire. En premier lieu, une demande de diffusion du questionnaire d'étude ainsi qu'un consentement ont été envoyés aux directeurs/directrices des différentes écoles. Huit écoles ont répondu favorablement à cette demande. Après une première relance, dix écoles ont donné leur accord pour la diffusion du questionnaire. Une école à répondu défavorablement émettant des réserves sur les conséquences psychologiques que pourraient engendrer l'étude auprès des étudiant(e)s. Après une seconde relance, quatre-vingt-douze réponses avaient été obtenues.

Par la suite, au vu des difficultés rencontrées pour effectuer les relances auprès des écoles n'ayant pas répondu et face à la crise sanitaire demandant une organisation et un travail importants pour ces établissements ; il a été établi avec la directrice de mémoire, d'effectuer une relance auprès des Bureaux des Écoles (BDE). L'Association des Étudiants Sage-Femme de Baudelocque a alors transmis le questionnaire à ces BDE. Après avoir participé à un accompagnement au mémoire et analysé les premières réponses obtenues, il a été établi comme nécessaire d'ajouter un item au questionnaire concernant le lieu d'étude des étudiant(e)s. Cette question a permis de mieux caractériser la population d'étude. *Figure 1*

Initialement, les étudiant(e)s qui pouvaient déjà avoir rencontré une ou plusieurs situations de deuil périnatal devaient être exclu(e)s ; c'est à dire celles et ceux ayant doublé la Licence 2, ayant déjà réalisé un stage en maternité et/ou ayant un cursus antérieur dans le domaine de la santé. Nous avons finalement choisi d'inclure ces étudiant(e)s dans l'étude au vue du nombre important de réponses positives à ces questions.
Les données recueillies auprès de cette cohorte ont pu être comparées à celles des étudiant(e)s n'ayant eu aucune possibilité de rencontrer une situation de deuil en maternité.

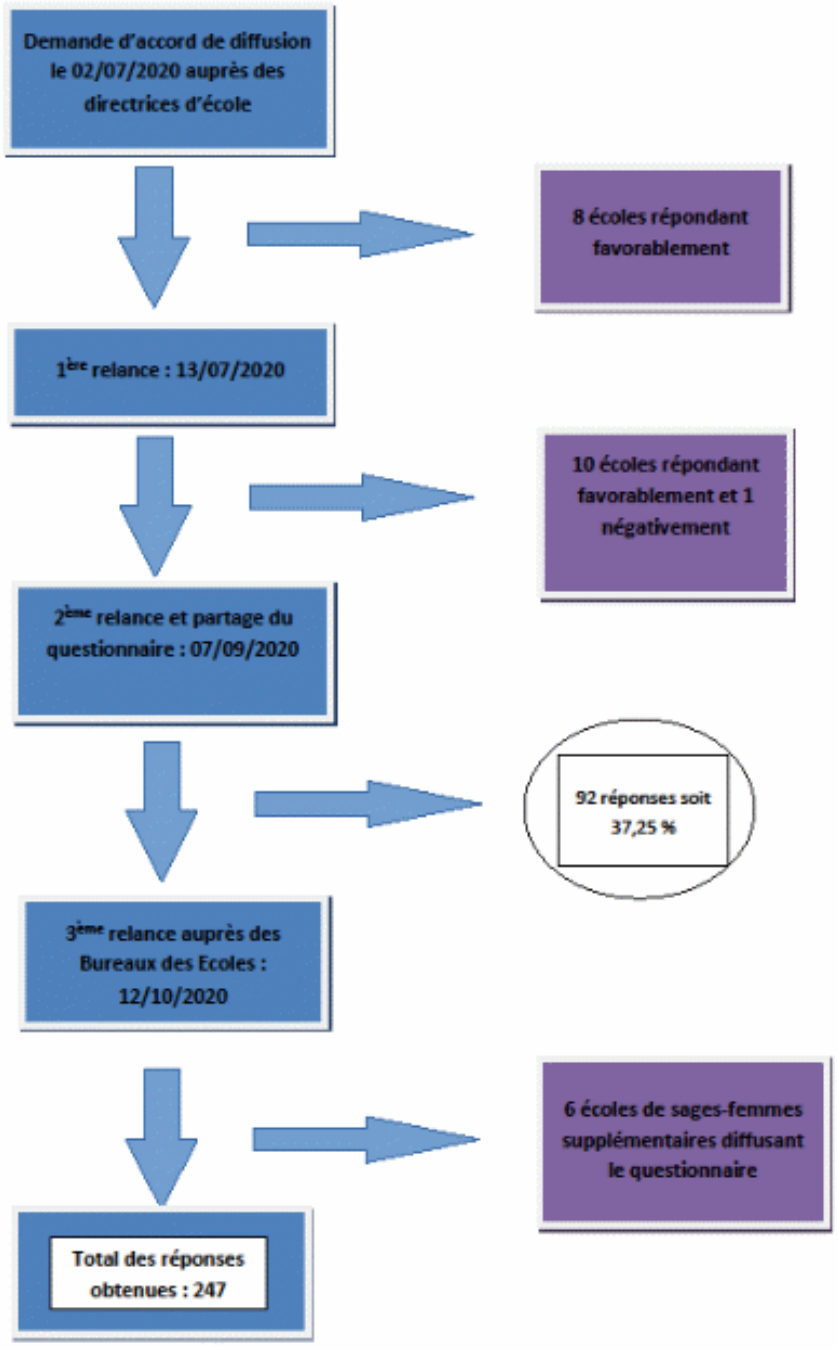

Figure 1. Flow chart des relances concernant les demandes de diffusion du questionnaire auprès des écoles de sage-femme ainsi que les réponses au questionnaire

II.3 Élaboration de l'outil de recherche

Un questionnaire d'étude en ligne a donc été diffusé au sein des écoles de sages-femmes ayant accepté de participer à l'étude entre septembre 2020 et mi-novembre 2020. Cette période restreinte a été retenue afin que les répondant(e)s n'aient pas effectué leur premier stage de Licence 2 (stage ayant lieu fin Octobre, courant Novembre pour la plupart des étudiant(e)s en Licence 2).
De plus, contrairement aux autres filières de santé (médecine, odontologie et pharmacie), les étudiant(e)s ayant été autorisé(e)s à intégrer la formation en sciences maïeutiques n'ont pas à réaliser de stage d'observation obligatoire entre la PACES et la Licence 2.
Le questionnaire a été intégré à une plateforme en ligne permettant de sécuriser les données recueillies et de conserver l'anonymat des répondant(e)s.

Ce questionnaire a été testé au préalable auprès de plusieurs étudiant(e)s sans lien avec une profession médicale afin d'évaluer la compréhension des questions et des termes utilisés. Le temps de remplissage était d'environ 7-8 minutes. Par la suite trois questions ont été reformulées mais aucune modification majeure n'a été apportée.

Le critère de jugement principal était la perception et les connaissances des étudiant(e)s sur la notion de deuil périnatal.
Les informations retenues par les étudiant(e)s sages-femmes avant d'entrer dans la formation, sur cette notion de deuil en maternité constituent un critère de jugement secondaire de même que l'impact et le ressenti de ces étudiant(e)s face une situation de décès périnatal.

Le questionnaire était constitué de vingt-six questions pour la plupart à choix multiples et quatre questions ouvertes. Nous avons voulu apprécier les informations obtenues et souhaitées par les étudiant(e)s sur le métier et les compétences de la sage-femme ainsi que les circonstances d'obtention de ces informations. Leurs connaissances sur les compétences de la sage-femme autour de la notion de deuil périnatal ont pu être évaluées. Le ressenti des étudiant(e)s face à une situation de deuil en maternité ainsi que l'impact d'un décès en maternité ont pu être analysés. Afin de caractériser la population d'étude certaines questions portaient sur leur profil général.

Parmi les vingt-six questions, dix-neuf étaient à réponse obligatoire. Six questions à choix multiples comportaient l'item « Autre » permettant aux répondant(e)s d'ajouter une réponse non proposée.

Lorsque ces derniers ne connaissaient pas la réponse il leur était possible de répondre « Ne sais pas ».

Une question se présentait sous forme d'échelle numérique. Une autre d'entre elles se présentait sous forme de classement par ordre décroissant, de l'impact, d'après les étudiant(e)s, des différents décès en période périnatale, qu'une sage-femme peut rencontrer.

III Traitement et analyse des données

Afin de pouvoir réaliser notre étude auprès des étudiant(e)s sages-femmes de France, nous avons déclaré cette dernière auprès du référent de protection des données au sein de l'hôpital Cochin. Nous avons donc inscrit notre étude sur le registre du Règlement Général de Protection des Données (RGPD).

La stratégie d'analyse a été menée à la fois de façon descriptive et de façon analytique.
Pour la partie descriptive, les variables quantitatives continues ont été données sous forme de moyenne associée à l'écart-type correspondant. Pour les variables catégorielles, les résultats ont été présentés sous forme de pourcentage et d'effectif.

Les connaissances des étudiant(e)s sur les compétences des sages-femmes (question 7) ont été évaluées sous forme d'une note sur 20. Il y avait 10 items à remplir et chacun d'eux était noté sur 2.
Pour estimer le niveau de connaissances nous avons considéré les catégories suivantes :
Niveau de connaissance Faible : la note totale était inférieure ou égale à 12/20.
Niveau de connaissance Correct : une note entre 13/20 et 15/20 inclus.
Niveau de connaissance Bon : une note strictement supérieure à 15/20.

Lorsqu'à un item la réponse donnée était « Ne sais pas », celle-ci était considérée comme incertaine mais aucun point n'était attribué. En effet, il a été choisi de considérer de la même manière la non-connaissance traduite par un « Ne sais pas » que par une réponse fausse.

Le ressenti des étudiant(e)s face à une situation de deuil en maternité a été transcris à travers différentes émotions. Pour une meilleure analyse, elles ont été regroupées en catégories :
- émotions négatives : tristesse, inquiétude, angoisse, malaise, peur et panique.
- émotions neutres ou positives : appréhension, curiosité, neutre, relative sérénité et calme.
L'appréhension a été classée comme émotion neutre car elle peut être à la fois stimulante et bloquante lorsqu'elle est ressentie.

Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées par champ lexical.

La partie analytique de notre étude était basée sur la comparaison des connaissances des étudiant(e)s sur les compétences des sages-femmes, entre les primant(e)s, n'ayant jamais effectué de stage en maternité et n'ayant pas de cursus antérieur dans le domaine de la santé et les étudiant(e)s ayant déjà doublé ou triplé la Licence 2 et/ou ayant déjà réalisé un stage en maternité et/ou ayant un cursus antérieur. Ainsi notre étude ne comportait plus de critères d'exclusion.

Pour effectuer ces analyses les tests statistiques suivants ont été utilisés : le test du Khi 2 lorsque les conditions d'application étaient respectées et le test de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Le site Internet BiostatTGV (https://biostatgv.sentiweb.fr/) a permis d'appliquer ces tests. La différence entre les 2 groupes constitués était considérée comme significative quand $p < 0,05$.

Résultats

I Résultats descriptifs

I.1 Caractéristiques de la population

Au total, 17 écoles ont diffusé le questionnaire d'étude et le nombre de réponses obtenues était de 247. Le taux de participation des écoles ayant diffusé le questionnaire a été évalué en s'appuyant sur les chiffres de l'arrêté du 13 Mars 2020 fixant le nombre d'étudiant(e)s autorisé(e)s à poursuivre leur cursus en étude de maïeutique. Ainsi pour dix-sept écoles participantes, nous avions un effectif total mobilisable de 595 étudiant(e)s, nous avons donc obtenu 41,51 % de réponses, notre taux d'exhaustivité quant à lui était de 23,77 % pour un nombre total de 1037 étudiant(e)s en Licence 2 en France. *Figure 2*

Parmi les 247 réponses, 48 n'étaient pas complètes avec au moins une question non répondue soit 19,43 % de nos réponses totales et 8 % de l'effectif total. Ainsi, 199 réponses étaient complètes soit 80,57 % de nos réponses. Entre parenthèses figure le nombre de répondant(e)s correspondant à chaque pourcentage.

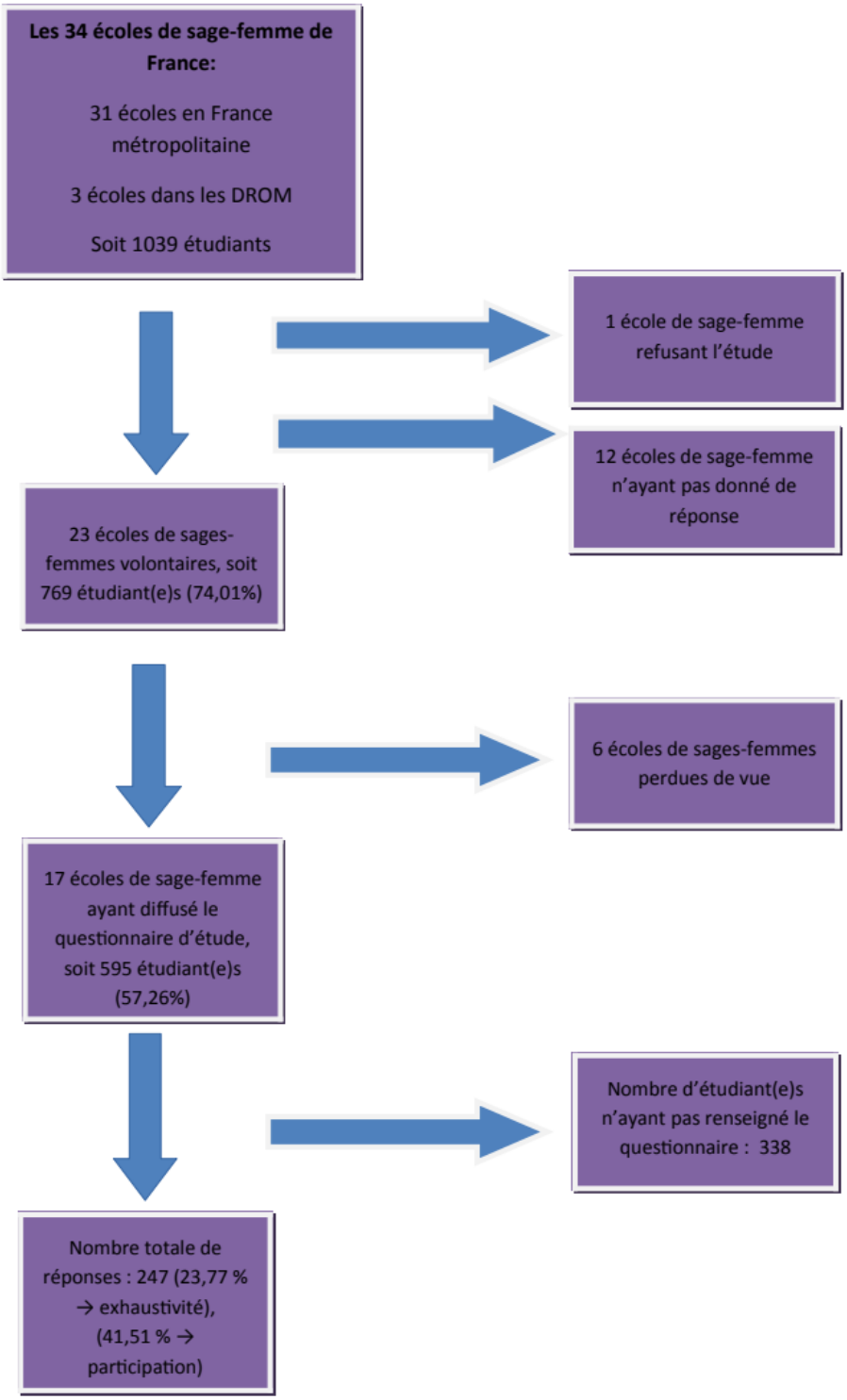

Figure 2. Flow chart des réponses au questionnaire

Une grande majorité de notre population est féminine, en effet elle est constituée à 95,48 % (190/199) de femmes contre 4,52 % d'hommes (9/199), ce qui n'est pas représentatif de la population de sage-femme masculine en France (3,8%). La moyenne d'âge de notre population est de 19,90 ans avec un âge minimum à 17 ans et un âge maximum à 48 ans. *Tableau 1*

Les étudiant(e)s ont intégré à 93,97 % (187/199) la formation en sciences maïeutiques à l'issu de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES), 3,02 % (6/199) grâce au dispositif des passerelles et 3,02 % (6/199) grâce au dispositif Alter PACES. Parmi eux/elles 10,05 % (20/199) avaient un cursus antérieur dont 60 % (12/20) dans le domaine de la santé tels qu'une licence de biologie, des études en pharmacie ou en médecine.

De plus, dans notre population d'étude, 1% (2/199) des étudiant(e)s a doublé ou triplé la Licence 2.

La réalisation d'un stage en maternité était initialement un critère d'exclusion que nous avons décidé d'inclure a posteriori au vue des résultats obtenus à cette question. En effet, 26,63 % (53/199) des étudiant(e)s ont déjà réalisé un stage en maternité au moment de répondre au questionnaire.

La durée moyenne de ce stage était de 10,38 jours avec une durée minimum d'une garde soit 12 h et une durée maximum de 10 semaines (dans le cadre d'études en soins infirmiers).

Les circonstances de réalisation de ce stage sont multiples. Dans 48,83 % (21/43) des cas, les stages ont été réalisés entre la PACES et la 2ème année en sciences maïeutiques (stage d'observation). Nous n'avons pas pu déterminer les circonstances de réalisation de ce stage d'observation (institutionnel ou volontaire). Dans 34,88 % (15/43) des cas les stages ont été effectués en Licence 2.

Tableau 1. Caractéristiques sociales et professionnelles des étudiant(e)s sages-femmes

		Total n (%) m ± sd
Sexe		
	Féminin	190 (95,48)
	Masculin	9 (4,52)
Âge		19,90 ± 2,96
	< 20	111 (55,78)
	≥ 20	88 (44,22)
Intégration de la formation		
	PACES	187 (93,97)
	Passerelle	6 (3,02)
	Alter PACES	6 (3,02)
Cursus antérieur		
	Oui	20 (10,05)
	Non	179 (89,95)
Doublement de la 2ème année de licence en Sciences Maïeutiques		
	Oui	2 (1,00)
	Non	197 (99)
Réalisation d'un stage		
	Oui	53 (26,63)
	Non	146 (73,37)
Durée du stage		10,38 ± 12,07
Circonstances de réalisation du stage		
	Vacation	1 (1,88)
	Alter PACES ou passerelle	5 (9,44)
	3ème	5 (9,44)
	Post PACES	21 (41,51)
	SMA2	15 (28,30)
	Autres *	6 (11,32)

Autres* : seconde, terminale bénévolat, terminale, formations antérieures

I.2 Informations sur la profession de SF

Parmi les 247 étudiant(e)s ayant répondu à la question sur l'obtention d'informations concernant le métier de sage-femme, 21 ont répondu n'avoir eu aucune information soit 8,50 % contre 91,49 % soit 226 étudiant(e)s qui en avaient obtenu. Les modalités d'obtention de ces informations sont nombreuses ; entre autres, 74,22 % des étudiant(e)s (167/226) ont reçu ces informations à travers les enseignements de PACES ; les forums ont permis l'obtention d'information pour 32,74 % (74/226) des

étudiant(e)s et 40,70 % (92/226) des étudiant(e)s ont aussi obtenu des informations à travers d'autres opportunités (recherches personnelles, famille ou proches, Internet...).

La démarche de s'informer sur le métier et les compétences des sages-femmes était volontaire pour 86,28% (195/226) des étudiant(e)s et donc obligatoire pour 13,72% (31/226) d'entre eux/elles.

Pour estimer le besoin d'informations des étudiant(e)s, nous leur avons demandé s'ils/si elles avaient l'impression de manquer d'informations sur la profession sage-femme. *Figure 3*

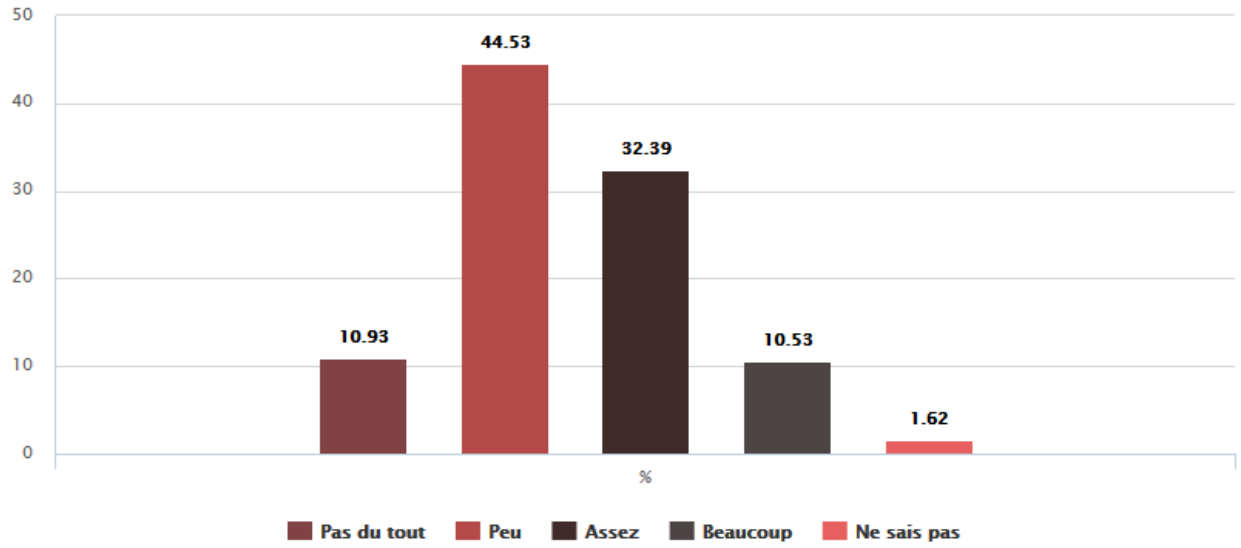

Figure 3. Taux de réponses concernant le ressenti d'un manque d'informations sur la profession sage-femme

Ce graphique montre que 44,53 % (110/247) des étudiant(e)s ont estimé qu'il ne leur manque que peu d'informations sur le métier de sage-femme alors que 32,39 % (80/247) d'entre eux/elles estiment ne pas avoir assez d'informations.

Concernant l'analyse des informations obtenues et perçues par les étudiant(e)s en deuxième année de licence en sciences maïeutiques, nous leur avons demandé s'ils/si elles ont dans leur entourage, des personnes les ayant informé des compétences que possèdent les sages-femmes. Cette question vient donc compléter celle sur les modalités d'obtention de l'information. Afin de bien comprendre l'analyse de cette question, il est important de préciser que cette dernière n'était pas à réponse obligatoire et à choix multiples.

Pour un nombre total de 199 réponses à cette question, 65,83 % (131/199) des répondant(e)s ont, en effet, une personne dans leur entourage qui leur a fourni des informations sur la profession sage-femme. Pour 66,41 % (87/131) des étudiant(e)s les informations ont été délivrées par un(e) professionnel(le) de santé dans le domaine médical hors sage-femme et dans un peu plus d'un tiers des

cas il s'agissait d'un membre de la famille proche, d'ami(e)s ou de connaissances. Un professionnel(le) du paramédical a informé 75,57 % (99/131) des étudiant(e)s ayant répondu à la question avec une majorité de personnes appartenant à la famille proche. Les sages-femmes ont informé 64,12 % (84/131) des étudiant(e)s, elles font majoritairement parties de leurs connaissances. Et enfin, 14,50 % (19/131) des étudiant(e)s ont pu être informés par d'autres types de professionnel(le)s de santé et notamment au sein de leur famille proche.

Dans un dernier temps, nous avons demandé aux étudiant(e)s sages-femmes leur vision du métier de sage-femme. Cette question a été analysée par champ lexical. Nous avons obtenu 400 réponses à cette question car les étudiant(e)s en ont parfois formulé plusieurs.

- Dans 29,25% des cas, (117/400 réponses) pour les étudiant(e)s, le métier de sage-femme correspond à *un accompagnement de la femme tout au long de sa vie incluant sa vie gynécologique (contraception, ménopause, dépistage et prévention de cancer, sexualité, rééducation du périnée) et sa vie obstétricale (grossesse eutocique, accouchement, urgences, préparation à la naissance allaitement, périnatalité).*

- Dans 10,75% (43/400) des réponses la profession de sage-femme est caractérisée comme *un métier nécessitant de l'écoute, du soutien psychologique et moral, de l'empathie, de la bienveillance, de la tolérance, de la douceur et de la patience mais aussi une capacité à garder son calme, à s'adapter et à prendre du recul.*

- Dans 10,75 % des réponses (43/400) *le caractère médical de la profession alliant un aspect humain, social, le savoir et les connaissances* est mentionné.

- 5,00 % (24/400) des réponses relataient que *le métier de sage-femme est un métier vaste, complet, avec des compétences multiples et diversifiées ainsi qu'avec une grande possibilité de lieux d'exercice.*

- Par la suite, les étudiant(e)s ont qualifié leur future profession comme *un métier avec peu de reconnaissance alors qu'une sage-femme possède beaucoup de responsabilités* (5,74%, 23/400), *un métier qui permet d'accompagner le nouveau-né au début de sa vie* (2,50%, 10/400).

- Enfin 3,50% (14/400) des réponses ont *défini le métier de sage-femme comme le plus beau métier du monde ;* et 4,75% (19/400) ont aussi caractérisé *cette profession comme enrichissante, gratifiante, passionnante, palpitante, superbe et enfin magique.*

I.3 Connaissances des compétences de la SF autour de la notion de deuil périnatal

Les connaissances des étudiant(e)s sages-femmes sur les compétences de la sage-femme autour de la notion de deuil périnatal étaient correctes (≥ 13/20) ; en effet la moyenne des 214 étudiant(e)s ayant répondu au test était de 13,97/20. *Tableau 2*

Les résultats au test étaient assez disparates. L'exclusion de la césarienne du champ de compétence des sages-femmes était bien connue des étudiant(e)s avec une moyenne de 18,69/20 à cette question. A l'inverse, la question sur le droit de réalisation de la réanimation maternelle par la sage-femme est la question ayant recueillie le plus de mauvaises réponses (82 soit 38,32% des réponses) avec une moyenne de 6,82/20.

Concernant le droit de réalisation d'une IVG chirurgicale ou médicamenteuse, les connaissances n'étaient pas semblables. En effet, le droit de réalisation d'une IVG par voie médicamenteuse était connu de 92,99 % des étudiant(e)s contre 70,56 % de bonnes connaissances sur l'impossibilité pour les sages-femmes de réaliser une IVG par voie chirurgicale.

Les étudiant(e)s sages-femmes avaient de bonnes connaissances à propos du droit de réalisation d'une réanimation néonatale par une sage-femme (17,66/20), de son rôle dans l'accompagnement des couples dans le cadre d'une MFIU (15,06/20) mais aussi concernant l'accompagnement des couples lors d'une FCT (17,00/20).

De même, les connaissances des étudiant(e)s ont été jugées correctes sur la compétence des sages-femmes à accompagner une femme/un couple tout au long de leur parcours menant à une IMG. La moyenne obtenue à cet item était de 14,95/20.

Pour finir, un manque de connaissances a pu être souligné concernant l'item sur le fœticide. En effet, le geste d'arrêt de vie fœtale ne fait pas partie du champ de compétences d'une sage-femme. Ainsi, la moyenne à cet item est similaire à celui concernant la réanimation maternelle (6,82/20) mais avec plus de réponses incertaines (84 soit 37,25 % des réponses). De même, la possibilité pour une sage-femme d'être intégrée à un parcours de soins palliatifs néonatal était peu connue des étudiants(e)s avec une moyenne de 10/20 et un taux de réponses incertaines élevé (31,78%).

Les dernières questions concernant les connaissances des étudiant(e)s se basaient sur leur estimation du pourcentage de rencontre de situations de deuil périnatal par les sages-femmes au cours de leur exercice professionnel. D'après eux/elles, en moyenne, les sages-femmes rencontreraient une situation de deuil en maternité à hauteur de 28,06 % de leur activité professionnelle avec un minimum à 0 % (0,47 % des répondant(e)s) et un maximum à 100 % (1,4 % des répondant(e)s). A la suite de cette question nous leur avons demandé si un pourcentage plus élevé de confrontation au deuil périnatal pour les sages-femmes, les aurait poussé à choisir un autre métier, une autre formation. Ainsi dans 94,39 % (202/214), les étudiant(e)s auraient quand même choisi la formation en sciences maïeutiques contre 0,93 % (2/214) d'entre eux/elles qui se seraient orienté(e)s vers une autre formation ainsi que 4,67% (10/214) qui ne savaient pas s'ils/elles auraient choisi un autre métier.

Tableau 2. Score de connaissances sur les compétences des sages-femmes autour de la notion de deuil périnatal

	Total n (%)	m ± sd
Score total de connaissances des compétences de la SF		13,97 ± 2,90
Faible : ≤ 12/20	68 (31,77)	
Correct : ≥ 13/20 et ≤ 15/20	70 (33,18)	
Satisfaisant : > 15/20	75 (35,05)	
Droit de réalisation d'une IVG chirurgicale		14,11 ± 9,11
Réponses correctes	151 (70,56)	
Ne sais pas	9 (4,21)	
Réponses incorrectes	54 (25,23)	
Droit de réalisation d'une réanimation néonatale		17,66 ± 6,42
Réponses correctes	189 (88,32)	
Ne sais pas	10 (4,67)	
Réponses incorrectes	15 (7,01)	
Droit de réalisation d'une césarienne		18,69 ± 4,94
Réponses correctes	200 (93,46)	
Ne sais pas	3 (1,40)	
Réponses incorrectes	11 (5,14)	
Droit à accompagner une patiente dans le cadre d'une IMG		14,95 ± 8,69
Réponses correctes	160 (74,77)	
Ne sais pas	38 (17,75)	
Réponses incorrectes	16 (7,48)	
Droit de réalisation d'une IVG médicamenteuse		*18,60 ± 5,11*
Réponses correctes	199 (92,99)	
Ne sais pas	10 (4,67)	
Réponses incorrectes	5 (2,34)	
Droit de réalisation d'une réanimation maternelle		6,82 ± 9,48
Réponses correctes	73 (34,11)	
Ne sais pas	59 (27,57)	
Réponses incorrectes	82 (38,32)	
Droit à accompagner une patiente dans le cadre d'une MFIU		15,04 ± 8,63
Réponses correctes	161 (75,23)	
Ne sais pas	36 (16,82)	
Réponses incorrectes	17 (7,94)	
Droit de réalisation d'un foeticide		6,82 ± 9,48
Réponses correctes	73 (34,11)	
Ne sais pas	84 (39,25)	
Réponses incorrectes	57 (26,64)	
Droit à accompagner une patiente dans le cadre d'une FCT		17,00 ± 7,13
Réponses correctes	182 (85,05)	
Ne sais pas	19 (8,88)	
Réponses incorrectes	13 (6,07)	
Droit à accompagner un nouveau-né dans le cadre de soins palliatifs		10 ± 10
Réponses correctes	107 (50)	
Ne sais pas	68 (31,78)	
Réponses incorrectes	39 (18,22)	

I.4 Ressenti face à une situation de deuil périnatal

En premier lieu, nous avons demandé aux étudiant(e)s de partager leur sentiment quant à la possibilité de faire face à une situation de deuil périnatal pendant leurs études. Pour 87,38 % (187/214) d'entre eux/elles, se retrouver dans ce type de situation leur paraît difficile mais cela paraît aussi naturel pour 18,22 % (39/214) d'entre eux/elles. Dans seulement 1,4 % des cas, (3/214) les étudiant(e)s ont jugé impensable la gestion d'un décès en maternité au cours de leurs études. Pour 0,47 % (1/214) d'entre eux/elles faire face à un décès leur paraît simple. Pour finir, 8,41 % (18/214) des étudiant(e)s ont donné une autre réponse que celles proposées comme la nécessité d'avoir un « mental de choc » pour gérer ce type de situation ou encore la sensation qu'une bonne prise en charge est possible tout en y étant préparé(e) en amont.

Par la suite, nous leur avons demandé leur ressenti probable face à une situation de décès au cours de leur premier stage en maternité. Nous avions donc proposé plusieurs émotions. Pour bien comprendre l'analyse de cette question il est nécessaire de préciser qu'elle était à réponses multiples. Les émotions négatives sont celles qui seraient le plus ressenties avec un total de 504 réponses (soit 70,10 % des réponses totales données), l'émotion prédominante étant la tristesse pour 92,06 % (197/214) des étudiant(e)s ayant répondu à la question. Les émotions neutres ou positives telles que la curiosité ou le calme seraient ressenties par 201 étudiant(e)s (27,96 % des réponses totales) ; l'appréhension, classée en émotion neutre, est l'émotion la plus ressentie avec 60,28 % (129/214) de réponses. D'autres émotions ont été énoncées par certain(e)s étudiant(e)s comme le bouleversement, l'empathie, l'attention, l'impuissance, l'incompréhension et la sensation d'être en deuil. *Figure 4 et 5*

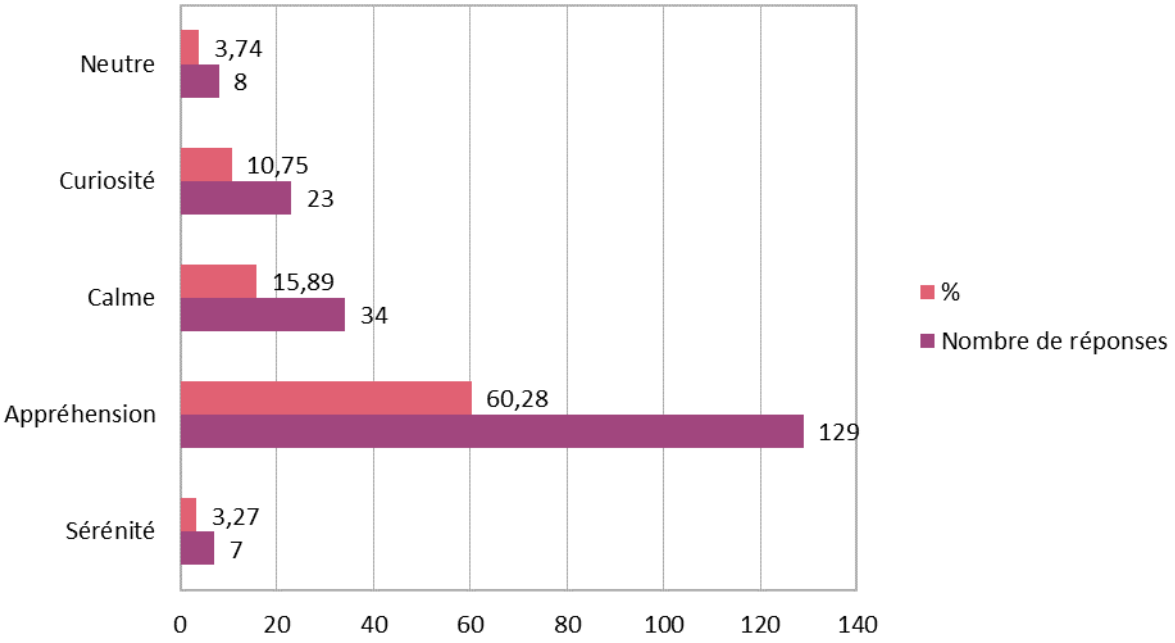

Figure 4. Répartition des émotions positives

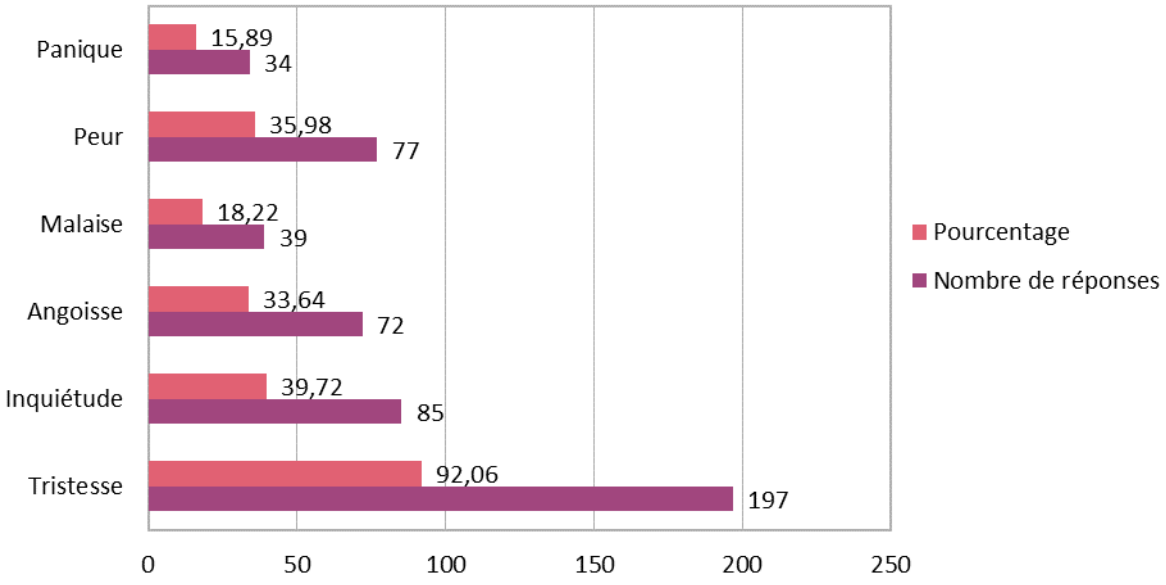

Figure 5. Répartition des émotions négatives

L'impact des différents décès qu'une sage-femme peut rencontrer au cours de sa carrière professionnelle a été évalué grâce à la question 9. Nous avons demandé aux étudiant(e) sages-femmes de classer par ordre décroissant l'impact que pourrait avoir sur eux/elles un décès fœtal, néonatal, maternel avant l'accouchement et maternel après l'accouchement. Chacun de ces items a été classé comme le plus impactant mais aussi comme le moins impactant à au moins une reprise. En moyenne, l'évènement qui serait le plus marquant pour les étudiant(e)s serait une mort maternelle après

l'accouchement (moyenne à 2,07/4) suivi par la mort maternelle avant l'accouchement (2,19/4). Une mort fœtale et une mort néonatale ont été considérées comme moins impactantes avec des moyennes respectives à 3,47 et 2,3/4.

La question 10 était associée à celle-ci puisque les étudiant(e)s devaient justifier de ce classement.
Pour les étudiant(e)s ayant classé la mort maternelle, avant ou après l'accouchement, comme étant la plus impactante, les arguments avancés étaient les suivants :

- *Le nouveau-né devra vivre sans sa mère* (20,6 % des réponses) *;*
- *Les soignant(e)s ont eu des contacts multiples avec la femme enceinte avant et pendant sa grossesse, ils/elles ont pu s'y identifier, ainsi il est plus dur de la voir mourir* (23,5 % des réponses) *;*
- *Le père devra s'occuper seul de son enfant et cela avec un mélange de sentiments négatifs pouvant mettre à mal le lien père-enfant* (12,7 % des réponses) *;*
- *Une mort maternelle est plus rare donc plus affectante quand elle se produit* (17,6 % des réponses) *;*

- *Une mort maternelle avant l'accouchement et sans possibilité de sauvetage fœtal est un évènement terrible car 2 vies sont perdues* (9,8 % des réponses) *;*
- *La mère, contrairement au nouveau-né et au fœtus, laisse beaucoup de choses derrière elle en mourant et notamment sa famille* (9,8 % des réponses) ;
- *La vie de la mère est la plus importante à préserver* (5,9 % des réponses).

Les étudiant(e)s ayant identifié la mort néonatale comme la plus impactante pour eux/elles ont donné les raisons suivantes :

- *Une mort néonatale est plus impactante car c'est un être humain à la fois au début et à la fin de sa vie* (50 % des réponses) *;*
- *Elle est aussi plus affectante car elle a un impact certain et important sur la mère, sur le couple* (26,5 % des réponses) *;*
- *Le malheur et le désarroi maternel serait plus difficile à gérer pour les soignant(e)s lorsque celle-ci vient de perdre son nouveau-né ; alors que le nouveau-né ne connaissant pas sa mère il serait donc psychologiquement plus facile à gérer* (23,5 % des réponses).

Pour finir, certain(e)s répondant(e)s ont éprouvé des difficultés à effectuer ce classement et l'ont traduit :

- *Sans connaissances et sans vécu, il est impossible de savoir quel décès serait le plus impactant* (35,3 % des réponses) *;*
- *Quelque soit le décès il constitue un drame et peut entraîner un vrai traumatisme* (25,5 % des réponses) *;*
- *Ne sais pas* (17,6 % des réponses) *;*
- *Un deuil ne peut être classé, les 4 décès ont tous le même impact* (21,6 % des réponses).

I.5 Informations souhaitées sur le deuil périnatal

Nous avons souhaité évaluer le désir d'informations des étudiant(e)s sages-femmes sur le thème du deuil périnatal avant d'intégrer la formation en sciences maïeutiques mais aussi ce même désir d'informations pendant la formation.

A 86,43 % (172/199) les étudiant(e)s souhaiteraient être informé(e)s sur la notion de deuil périnatal avant d'intégrer la formation ; 13,57 % (27/199) d'entre eux/elles estiment qu'il n'est pas nécessaire d'obtenir ces informations au préalable.

Les raisons avancées pour ceux/celles qui auraient souhaité être informé(e)s sont les suivantes :

- Connaître les différentes facettes du métier de sage-femme ;

- Le sujet du deuil périnatal est encore trop tabou mais les étudiant(e)s doivent pouvoir se préparer psychologiquement à cette éventualité ;

- Avoir plus de connaissances sur la profession de sage-femme permet d'être certain(e) de se trouver dans le bon cursus ;

Ces étudiant(e)s pensaient qu'il faudrait les informer en PACES de façon prédominante, au lycée mais aussi à travers des forums, des salons ou encore des conférences. Une présentation du métier lors du choix des filières en PACES ou au lycée a été avancée comme une bonne opportunité de faire un choix de formation de façon éclairée. Enfin, les étudiant(e)s auraient souhaité une journée porte ouverte de leur école de sage-femme ainsi qu'une réunion d'information voire une journée entière consacrée à la présentation et à la découverte du métier de sage-femme.

A l'inverse, les étudiant(e)s qui ne souhaitaient pas obtenir d'informations sur les compétences de la sage-femme autour de la notion de deuil périnatal, ont avancé les arguments suivants :

- La majorité des étudiant(e)s intégrant la formation en sciences maïeutiques savent déjà que le deuil périnatal fera parti de leur exercice professionnel ;

- L'information n'est pas nécessaire car le travail à l'hôpital induit forcément la notion de mort ;

- L'excès d'information serait inutile et notamment pour des informations non indispensables comme sur la notion de deuil périnatal.

Concernant le désir d'informations pendant la formation, 97,99 % (195/214) des étudiant(e)s souhaiteraient être formé(e)s sur le thème du deuil périnatal contre 2,01 % (4/214) qui ne l'estime pas nécessaire. Pour celles et ceux qui ont répondu favorablement à la question, nous leur avons demandé sous quelle forme et à quelle période de la formation ils/elles souhaiteraient obtenir ces informations.

Une grande majorité d'entre eux/elles souhaiteraient être informé(e)s tout le long de leur formation, dès la Licence 2 et notamment avant de commencer les premiers stages. Certain(e)s souhaiteraient, quant à eux/elles, être informé(e)s le plus tôt possible au cours de la formation.

Concernant les méthodes et techniques à mettre en place pour procurer au mieux ces informations autour du deuil périnatal, de nombreuses réponses ont été données :

- Cours interactif, cours de psychologie ;

- Intervention et dialogue avec un(e) sage-femme expérimenté(e) et/ou un(e) étudiant(e) sage-femme ayant déjà fait face à un décès en maternité ;

- Débat, discussion de groupe et table ronde pour échanger sur les situations potentiellement rencontrées en stage ;

- Témoignage de parents ayant vécu une situation de deuil périnatal ;

- Travaux dirigés ou enseignements dirigés avec des mises en situation (jeux de rôles) et des cas cliniques ;

- Conférence et/ou séminaire.

II. Résultats analytiques

II.1 L'impact de la réalisation d'un stage, du doublement et d'un cursus antérieur sur le niveau de connaissances des ESF

Nous avons analysé dans le *Tableau 3* les résultats du score de connaissances des étudiant(e)s sages-femmes. Nous voulions déterminer s'il existe un lien entre un bon niveau de connaissances concernant les compétences de la SF en matière de deuil périnatal et certaines situations qui, selon nous, permettraient aux étudiant(e)s d'avoir plus d'informations sur le deuil périnatal.

On constate de manière générale qu'il n'existe pas d'association entre la réalisation préalable d'un stage en maternité et le niveau de connaissances des étudiant(e)s ($p>0,05$). Les résultats sont semblables concernant le doublement de la licence 2 et le cursus antérieur dans le domaine de la santé. Il est à noter que les étudiant(e)s n'ayant pas répondu aux questions sur le stage, le cursus et le doublement sont en nombre semblable et ont été intégrés aux analyses car ils/elles représentaient 7% de la population.

Tableau 3. Impact du doublement, du cursus antérieur dans le domaine de la santé et de la réalisation d'un stage sur les connaissances des compétences de la sage-femme et le ressenti face à une situation de deuil périnatal

	Score de connaissances sur les compétences des sages-femmes				Ressenti face à une situation de deuil périnatal		
	Faibles (≤12/20)	Correctes (13-15/20)	Bonnes (≥16/20)	p	Emotions positives/ neutres	Emotions négatives	p
	n (%)	n (%)	n (%)	Khi 2 ($) ou Fisher (£)	n (%)	n (%)	Khi 2 ($) ou Fisher (£)
Total	68 (31,77)	71 (33,18)	75 (35,05)		201 (28,5)	504 (71,5)	
Stage							
Oui	17 (25,0)	15 (21,1)	21 (28,0)		60 (29,8)	106 (21,0)	
Non	47 (69,1)	52 (73,2)	47 (62,7)	0,71 (£)	132 (65,7)	358 (71,0)	0,02 ($)
NR	4 (5,9)	4 (5,6)	7 (9,3)		9 (4,5)	40 (8,0)	
Doublement							
Oui	0 (0)	0 (0)	2 (2,7)		5 (2,5)	2 (0,4)	
Non	64 (94,1)	67 (94,4)	53 (88,0)	0,45 (£)	187 (93,0)	462 (91,6)	0,012 (£)
NR	4 (5,9)	4 (5,6)	7 (9,3)		9 (4,5)	40 (8,0)	
Cursus antérieur dans le domaine de la santé							
Oui	2 (2,9)	4 (5,6)	6 (8,0)		15 (7,5)	46 (9,1)	
Non	62 (91,2)	63 (88,7)	62 (82,7)	0,61 (£)	177 (88,0)	418 (82,9)	0,18 ($)
NR	4 (5,9)	4 (5,6)	7 (9,3)		9 (4,5)	40 (8,0)	

*NR= Non répondu

II.2 L'impact de la réalisation d'un stage, du doublement et d'un cursus antérieur sur le ressenti des ESF face à une situation de deuil périnatal

De la même manière, le *Tableau 3* a permis de comparer le ressenti des étudiant(e)s selon les mêmes critères (réalisation d'un stage, cursus antérieur et doublement de la licence 2).

On constate alors qu'il existe un lien significatif entre le ressenti des étudiant(e)s face à une situation de deuil en maternité et le doublement de la Licence 2 (p=0,012) et/ou la réalisation d'un stage (p=0,02). Ainsi les émotions éprouvées par les étudiant(e)s seraient moins négatives lorsqu'ils/elles auraient effectué un stage ou doublé la licence 2.

Le cursus antérieur dans le domaine de la santé ne semble pas impacter le ressenti des étudiant(e)s (p=0,18). Les résultats des étudiant(e)s n'ayant pas répondu ont aussi été analysés car ils/elles représentaient 6,9 % de notre population.

Discussion

I. Connaissances des ESF sur la notion de deuil périnatal

I.1 Résultats principaux

Les connaissances des étudiant(e)s sur les compétences spécifiques de la sage-femme au cours de situations de deuil en maternité sont correctes. En effet, la moyenne du test de connaissances auprès des 214 étudiant(e)s était de 13,97/20 ± 2,90. Les items concernant la possibilité pour une sage-femme de réaliser une réanimation néonatale (17,66/20) ou une IVG médicamenteuse (18,60/20) ont obtenu le plus de réponses correctes. De même, l'impossibilité de réaliser une césarienne était connue de 200 étudiant(e)s avec une moyenne de 18,69/20.
A l'inverse, les items sur la possibilité de réaliser une réanimation maternelle par la sage-femme ou encore l'impossibilité de pratiquer un arrêt de vie fœtale était méconnu des étudiant(e)s avec une moyenne similaire à 6,82/20.

Ainsi notre première hypothèse concernant les connaissances des étudiant(e)s sages-femmes sur la notion de deuil périnatal est infirmée.

Par la suite, nous avons évalué le besoin d'informations des étudiant(e)s sur la notion de deuil périnatal. Une grande majorité (86,43%) d'entre eux/elles auraient souhaité être informé(e)s sur la notion de deuil en maternité avant d'intégrer la formation en sciences maïeutiques. Cela afin d'appréhender les différentes facettes du métier de sage-femme ; de se préparer psychologiquement à faire face à ce type de situations et enfin pour être sûr d'avoir choisi le bon cursus.
De la même manière, 97,99 % des étudiant(e)s souhaitaient être informé(e)s sur cette même notion tout au long de leur formation et plus particulièrement en Licence 2 et avant leur premier stage en maternité.

Nous avons demandé aux étudiant(e)s sages-femmes si les informations obtenues sur la notion de décès en maternité auraient pu modifier leur volonté d'intégrer la formation en Sciences Maïeutiques. Ainsi, 94,39 % d'entre eux soit 202 étudiant(e)s sur 214 auraient choisi le même cursus en ayant plus

d'informations sur la confrontation possible de la sage-femme au deuil. Seuls 2 étudiant(e)s se seraient réorienté(e)s en ayant ces informations.

La seconde hypothèse est également infirmée.

I.2 Discussion

La formation en sciences maïeutiques se déroule sur quatre années. Les Licences 2 et 3 permettent d'obtenir le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. Les deux années de Master permettent d'obtenir le diplôme de formation approfondie en sciences maïeutiques et le diplôme d'État de sage-femme. L'arrêté du 11 Mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme constitue un référentiel concernant le contenu de la formation initiale des étudiant(e)s sages-femmes en licence (DFGSM2 et DFGSM3).
Seuls quelques points de ce référentiel sont portés sur la notion de deuil périnatal dans l'UE obstétrique, diagnostic anténatal et médecine fœtale comptant pour 14 à 16 ECTS:
« *Accompagner la femme, le couple et la famille dans le vécu d'une situation ou d'un évènement en cours ; Ajuster ses actions dans une démarche éthique et dans le respect des règles juridiques et déontologiques en rapport avec le futur exercice professionnel ; […] Composer avec l'incertitude et l'inéluctable inhérents à son champ d'activités ; […] Participer aux activités de diagnostic anténatal et de médecine fœtale :*
. Thérapeutiques anténatale
. Interruption médicale de grossesse,
. Bilan de synthèse : conseil génétique, fœtopathologie
Assurer efficacement la réanimation d'un nouveau-né et en fonction des situations particulières rencontrées (asphyxie, prématurité, gémellité, inhalation méconiale, malformations congénitales, etc.) ».
« Participer à la prise en charge des urgences médicales rencontrées en obstétrique :
. Arrêt cardio-respiratoire maternel,
. États de choc,
. Embolie amniotique,
. Embolie pulmonaire,
. Convulsions » *(47)*

La démarche de soins palliatifs à laquelle la sage-femme peut être amenée à participer ainsi que l'accompagnement réalisé au cours de situations de deuil périnatal ne font officiellement pas partis du contenu de la formation initiale. Il paraît cependant primordial de poser les fondements théoriques de ces aspects importants du métier de sage-femme.

Les étudiant(e)s interrogé(e)s ont émis des propositions concernant les différentes façons d'aborder la notion de deuil périnatal au cours de la formation initiale.
Ainsi des cours de psychologie, des débats et interventions avec des sages-femmes ayant accompagné des couples vivant un décès ou encore des conférences constitueraient de bonnes méthodes pour introduire la notion de deuil périnatal aux étudiant(e)s.
De notre côté, nous pensons que des jeux de rôles portés sur l'accompagnement du deuil en maternité pourraient permettre aux étudiant(e)s de s'ancrer dans ce type de situation avant que cela ne se produise potentiellement au cours de leur stage. L'animation de ces jeux de rôles pourrait être effectuée par des professionnel(le)s formé(e)s au deuil périnatal.
La simulation basse ou haute fidélité basée sur l'annonce d'une mort fœtale, d'un handicap ou d'une malformation pourrait aussi permettre aux étudiant(e)s comme aux professionnel(le)s de santé d'être accompagné(e)s dans l'acquisition des compétences nécessaires à une prise en charge optimale de la patiente, du couple. Cette simulation pourrait être proposée à un panel d'étudiant(e)s en pluridisciplinaire et menée par une équipe pluridisciplinaire.
Les séances de « retour de stage » sont importantes car elles permettent aux étudiant(e)s de débriefer de leur expérience clinique mais nous suggérons aussi des tables rondes après chaque stage afin que les étudiant(e)s ayant abordé un décès au cours de leur stage puissent témoigner et en débattre entre eux/elles.

Au cours des études en sciences maïeutiques, des cours théoriques, des travaux pratiques ainsi que des séances de simulation haute fidélité permettent aux étudiant(e)s d'acquérir de l'expérience dans le domaine de la réanimation néonatale. Ces enseignements commencent dès la 3ème année de licence et se poursuivent jusqu'à la fin des études.
Des cours d'obstétrique sur les différentes formes de deuil périnatal (IVG, IMG, FCS, FCT, MFIU) sont réalisés en master, période à partir de laquelle les étudiant(e)s sont amené(e)s à prendre en charge des patientes vivant une situation de deuil. Ainsi, au cours de la formation en sciences maïeutiques une vingtaine d'heures de cours théoriques sont consacrées à la psychologie du deuil et au rôle de la sage-femme dans ces situations. De plus, au cours du cursus, des cours de psychologie et quelques travaux dirigés par des psychologues en maternité, basés sur la communication, procurent aux étudiant(e)s les principales clés leur permettant de diminuer l'appréhension liée à cette prise en charge.

II. Ressenti des ESF sur le deuil en maternité

II.1 Résultats principaux

Dans le questionnaire, nous avions posé deux questions relatives au ressenti des étudiant(e)s sages-femmes lorsqu'ils/elles feraient face à une situation de deuil en maternité. Pour 87,38 % des étudiant(e)s, faire face à un deuil serait difficile mais aussi naturel pour 18,22 % d'entre eux/elles.
Nous leur avions demandé de choisir parmi un panel d'émotions, celles qu'ils/elles pourraient ressentir face à une situation de deuil périnatal. Les émotions négatives telles que la peur et l'angoisse étaient plus fréquemment ressenties (70,10%). La tristesse était l'émotion négative la plus ressentie avec 92,06 % des réponses données. Les émotions positives ou neutres telle que le calme étaient, quant à elles, ressenties dans 27,96 % des cas avec une grande proportion d'étudiant(e)s ressentant de l'appréhension (60,28%).

Nous avions aussi demandé aux étudiant(e)s de classer par ordre croissant l'impact des différents décès pouvant être rencontrés par une sage-femme au cours de son exercice professionnel. Une mort maternelle en post-partum était jugée comme le plus impactant des décès avant la mort maternelle en anténatal. Les explications de ce classement relevaient de la rareté de l'évènement qui accentue le vécu difficile des soignant(e)s, ainsi que la nécessité pour l'enfant, le père et le reste de la famille de vivre sans figure maternelle.
La mort néonatale et fœtale arrivaient en troisième et quatrième position. Les étudiant(e)s avaient établis que le désarroi des parents face à la perte de leur enfant serait plus simple à gérer que celui du père seul en cas de perte maternelle. Certain(e)s d'entre eux/elles avaient désigné la mort néonatale comme la plus impactante car marquant à la fois le début et la fin de la vie du nouveau-né.

Nous pouvons ainsi confirmer notre troisième hypothèse évoquant les différents impacts générés par chaque situation de décès en maternité.

II.2 Discussion

Le ressenti globalement négatif des étudiant(e)s est légitime car le métier de sage-femme est perçu, dans l'imaginaire collectif, comme un métier qui accompagne la vie. La prise en charge par les soignant(e)s d'une femme/d'un couple victime d'un deuil périnatal est complexe et l'association d'un(e) étudiant(e)s peut s'avérer difficile.

Lorsqu'elles rencontrent une situation de deuil en maternité, les sages-femmes doivent travailler en équipe mais vivent aussi ce moment dans une grande solitude. En effet, ces situations renvoient à la parentalité de chacun(e) mais aussi à leur propre mort. La temporalité et l'impact psychologique et émotionnel que peut engendrer le deuil périnatal n'est pas à sous-estimer. (23,24,32,34)

Le rôle et l'objectif principal des soignant(e)s dans ce type de situations est d'accompagner, d'aider au mieux la patiente, le couple à commencer leur travail de deuil. L'aspect médical de la prise en charge est relégué au second plan et la capacité d'écoute devient l'arme principale de la sage-femme. Il est nécessaire pour les professionnel(le)s de santé d'adopter une posture de soignant(e)s à l'écoute tout en se protégeant des émotions transférées par la patiente. La sage-femme ne peut alors s'appuyer que sur son expérience clinique et sur son histoire personnelle. (24)
Certain(e)s soignant(e)s se retrouvent démunis dans ces situations de deuil périnatal car l'impact émotionnel devient difficile à gérer. Des mécanismes de défense se mettent alors en place. Le principal mécanisme consiste à s'identifier à la patiente, il permet au/à la soignant(e) de se donner l'illusion de savoir ce qui est meilleur pour la patiente. Lorsqu'il s'agit d'une mort fœtale, la déshumanisation du fœtus décédé ou qui le sera bientôt en cas d'IMG peut aussi aider les soignant(e)s à se tenir à une juste distance des émotions parentales. (24,48) Si les mécanismes de défense ne se mettent pas en place, le/la soignant(e) peut alors devenir un véritable « papier buvard », absorbant toutes les émotions du couple pour les soulager. Il/Elle se trouvera alors submergé(e) par la situation. (24)

Les soignant(e)s peuvent parfois se retrouver en difficulté dans le cadre d'une IMG lorsque leurs valeurs et leurs principes sont interrogés. L'éthique personnelle et le devoir professionnel entrent alors en confrontation. (26)

Afin d'aider les professionnel(le)s de santé confronté(e)s au deuil en maternité, de nombreuses mesures ont été et peuvent encore être mises en place.
En premier lieu, permettre aux soignant(e)s de se sentir en confiance et entouré(e)s permettrait de diminuer le sentiment de solitude et de faciliter la prise en charge. Ceci serait permis par le développement d'une bonne communication et relation interprofessionnelle. (24,34) De nombreux outils sont disponibles et permettent aux soignant(e)s de se sentir soutenu et accompagné(e)s dans ces prises en charge difficiles. Certain(e)s professionnel(le)s de santé ont aussi besoin de déterminer leurs limites et leurs capacités émotionnelles. La présence au sein de la maternité d'un(e) psychologue et/ou d'un(e) pédopsychiatre semblerait aider les soignant(e)s à prendre conscience de l'impact psychologique de ces situations de deuil. (23,26,34)

Dans certains établissements des groupes de paroles ainsi que des analyses de pratiques professionnelles a posteriori sont mis en place et permettent aux soignant(e)s d'évaluer leurs besoins. (24,34)
L'outil qui nous semble le plus pertinent afin d'accompagner les sages-femmes et les étudiant(e)s dans leur démarche de soin et d'apprentissage est la formation. Une formation qui peut être basée sur le moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle aux parents, sur l'accompagnement psychologique ou encore sur la gestion du stress et des émotions. La demande de ce type de formation par les soignant(e)s semble récurrente. Elles permettraient d'augmenter leur confiance en eux/elles et leur sentiment d'être en capacité de prendre en charge la patiente avec empathie tout en gardant une distance suffisante pour minimiser l'impact émotionnel sur eux/elles. (26,34,49–51)
Il existe ainsi des associations comme *Agapa* qui permettent aux soignant(e)s de se former et de libérer leur parole auprès de formateurs/trices expérimenté(e)s. (32)

III. Expériences antérieures et ressenti des ESF

III.1 Résultats principaux

Au début de ce travail de recherche, nous avions exclus les étudiant(e)s qui pouvaient avoir déjà eu des informations, voire même un vécu autour de la notion de deuil en maternité. Les étudiant(e)s ayant déjà réalisé un stage en maternité, doublé la Licence 2 ou ayant un cursus antérieur dans le domaine de la santé devaient donc être exclus.
Nous avons décidé de les inclure a posteriori face au grand nombre de réponses positives obtenues à ces questions.

Nous avons donc pu comparer les réponses données entre les étudiant(e)s ayant eu une expérience antérieure dans le domaine de la santé et en maternité, avec les étudiant(e)s n'ayant aucun vécu antérieur.

Ainsi, la réalisation d'un stage en maternité (n=53, p=0,2) et le doublement de la Licence 2 (n=2, p=0,012) semblaient être liés à un meilleur ressenti face à une situation de deuil périnatal. Le cursus dans le domaine de la santé, quant à lui, ne semblait pas avoir d'impact sur ce ressenti (n=20, p=0,18).

III.2 Discussion

En analysant les résultats obtenus, nous avons remarqué que de nombreux/ses étudiant(e)s ont effectué un stage d'observation en maternité entre la PACES et la Licence 2. Ce stage d'intégration à l'école de sage-femme n'est pas institutionnel puisque non obligatoire sur tout le territoire national comme peut l'être le stage suivant le passage en deuxième année de médecine.
Nos résultats montrent que la réalisation d'un stage en maternité ainsi que le doublement de la Licence 2 sont associés à une diminution du ressenti négatif lié à la confrontation au deuil périnatal.
Il serait donc intéressant de proposer aux étudiant(e)s le désirant, d'effectuer un stage en amont du début de la Licence 2 afin qu'ils/elles puissent s'imprégner du cadre de travail des sages-femmes et y observer ses différentes compétences.
Les connaissances des étudiant(e)s sur les compétences des sages-femmes dans le cadre du deuil périnatal ne sont pas meilleures lorsque ces derniers ont doublé leur Licence 2. On peut donc à nouveau imaginer que c'est leur pratique clinique qui leur permet d'avoir un ressenti moins négatif que les étudiant(e)s vierges de tous stages et non une meilleure connaissance sur la notion de décès en maternité.

IV. Forces de l'étude

La première force de notre étude est qu'elle traite d'un sujet peu étudié dans la littérature scientifique. En effet, de nombreuses études portent sur le vécu des situations de deuil périnatal par les sages-femmes ou encore sur la psychologie du deuil. Seuls quelques mémoires d'étudiant(e)s sages-femmes ont traité cette question et dans la grande majorité des cas en s'axant sur un pan de la notion de deuil périnatal (IMG ou MFIU).

Notre population d'étude constitue le second point fort. L'ensemble des 34 écoles de sages-femmes de France ont été sollicitées afin de répondre au questionnaire. Vingt-quatre d'entre elles ont répondu favorablement et dix-sept ont diffusé le questionnaire d'étude aux étudiant(e)s en Licence 2.
Notre taux de participation est donc de 41,51 %, taux correct au regard de la contrainte temporelle représentée par la population de recrutement : étudiant(e)s n'ayant pas réalisé le premier stage.
Dans cette étude, nous avons traité du ressenti et des connaissances des étudiant(e)s en Licence 2 sur la notion de deuil périnatal.
Nous avons essayé de minimiser au maximum le biais de classement en restant objectifs dans les questions mais aussi dans les réponses proposées et notamment lorsqu'elles étaient multiples.

V. Biais et limites de l'étude

Notre étude comporte aussi des biais et des limites.
Les relances des écoles de sages-femmes afin qu'elles diffusent le questionnaire d'étude constitue la principale limite de ce travail. En effet, dans une période organisationnelle difficile, en pleine pandémie de Covid-19, il a été compliqué de communiquer avec les directrices/directeurs des écoles et nous avons donc dû modifier la méthodologie de recrutement en sollicitant les BDE.
De plus, dans le questionnaire, nous n'avions pas demandé aux étudiant(e)s leur école d'appartenance. Ainsi, nous n'avons pas pu relancer clairement et objectivement toutes les écoles dont les étudiant(e)s n'avaient pas ou peu répondu.

Nous avons rencontré des difficultés d'analyse concernant la question 5 car nous n'avons pas trouvé la réponse à cette question dans la littérature (proportion de rencontre d'une situation de deuil périnatal dans l'exercice professionnel de la sage-femme).

Nous avons tenté de minimiser les biais de l'étude. Cependant il existe un biais de sélection puisque cette étude est basée sur le volontariat des directeurs/directrices des écoles de sages-femmes ainsi que sur le volontariat des étudiant(e)s. Il peut exister un biais d'informations si les étudiant(e)s ont répondu au questionnaire en utilisant d'autres ressources que leurs connaissances personnelles. Ce biais est favorisé par l'inclusion a posteriori des étudiant(e)s ayant déjà réalisé un stage en maternité, doublé la Licence 2 ou ayant un cursus antérieur dans le domaine de la santé. Enfin, un biais de mémorisation peut aussi faire partie de cette étude en fonction des informations retenues ou non par les étudiant(e)s ainsi que la source de ces informations.

Conclusion

Le deuil périnatal est un deuil particulier. Il peut avoir des conséquences psychiques et physiques non négligeables. Les femmes et les couples vivant un décès en période périnatale se trouvent face à leur propre mort et à celle de leur imaginaire, de leur idéal, de leur projet.

Le rôle de la sage-femme dans ces situations de décès en maternité est multiple. L'aspect médico-social constitue une partie de la prise en charge des patientes vivant une situation de deuil. Cependant, c'est sur l'accompagnement psychologique que repose l'initiation du travail de deuil. La sage-femme se doit alors d'écouter et d'entourer la patiente pour amener le psychisme parental à débuter ce travail de longue haleine.
En pratique, les sages-femmes éprouvent parfois des difficultés à assurer une prise en charge optimale tout en gardant leur propre psychisme intact. Il advient donc souvent que l'étudiant(e) sage-femme ne trouve pas sa place dans cette prise en charge particulière ou qu'il/elle en soit même exclu(e). Une situation de deuil en maternité peut avoir un impact violent pour ces étudiant(e)s dont l'encadrement dans sa pratique clinique est mis au second plan par rapport à l'urgence de gestion de la situation de deuil.

Notre étude a permis de mettre en évidence que malgré des connaissances correctes sur la notion de deuil périnatal, les étudiant(e)s en licence 2 vivraient ces situations de deuil avec beaucoup de difficultés. Leur vision du métier de sage-femme en serait modifiée mais leur volonté d'intégrer la formation en sciences maïeutiques ne serait pas impactée.
Les difficultés inhérentes à la prise en charge d'une patiente en situation de deuil résulteraient des différentes émotions ressenties par les étudiant(e)s ainsi que de la soudaineté et du caractère fataliste de ces situations.
Nos résultats et les propositions faites par les étudiant(e)s montrent qu'il serait recommandé d'introduire assez précocement les différents rôles d'une sage-femme et notamment en termes de deuil périnatal. Cette introduction pourrait se faire par des interventions d'ESF ou de sages-femmes expérimentées, de table ronde, de débat, de cours ou encore de simulation basse ou haute fidélité.
En premier lieu, il serait pertinent d'interroger à nouveau les étudiant(e)s dans un ou deux ans afin de réévaluer leur perception du deuil périnatal. Enfin, si des mesures pédagogiques supplémentaires étaient mises en place il serait intéressant de réitérer cette étude.

Bibliographie

1. Bacqué M-F. Qu'est-ce que le deuil ? *Que sais-je?* [En ligne]. Presses Universitaires de France ; 2012 [cité 27 oct 2020]. p. 20-6. Disponible sur : https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/le-deuil--9782130590774-page-20.htm

2. Zech E. Introduction générale. *Pratiques psychologiques* [En ligne]. Mardaga; 2006 [cité 18 déc 2020]. p. 7-20. Disponible sur : https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/psychologie-du-deuil--9782870099285-page-7.htm

3. Le congé à la suite du décès d'un enfant est allongé [En ligne]. [cité 23 janv. 2021]. Disponible sur : https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14094

4. Bacqué M-F. Les deuils particuliers. *Que sais-je ?* 10 juin 2012 ;5e éd.:61-71.

5. HAS, *Annoncer une mauvaise nouvelle*, 2008.

6. Bacqué M-F. L'accompagnement des personnes en deuil. *Que sais-je ?* [En ligne]. Presses Universitaires de France. Presses Universitaires de France ; 2012 [cité 27 oct. 2020]. p. 72-7. Disponible sur : https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/le-deuil--9782130590774-page-72.htm

7. Vincent C. *Place de l'étudiant sage-femme lors des situations de deuil périnatal. Étude qualitative, prospective et multicentrique menée auprès de professionnels de santé de la région Hauts-de-France* [En ligne]. Université Catholique de Lille ; 2018 [cité 17 févr. 2020]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02172398

8. Labache S. Parents choqués, personnels désemparés, étudiants sages-femmes perdus ou la nécessité d'apprendre à accompagner le deuil périnatal. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. 2004;(329) :37-40.

9. Desnoyer I. *Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage* [En ligne]. Université de Clermont-Ferrand ; 2012 [cité 17 févr. 2020]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00764839

10. Bacqué M-F. Le déroulement du deuil « normal ». *Que sais-je?* [En ligne]. Presses Universitaires de France. Presses Universitaires de France; 2012 [cité 27 oct 2020]. p. 27-35. Disponible sur: https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/le-deuil--9782130590774-page-27.htm

11. Zech E. Chapitre 1. Les conséquences du deuil sur la santé. *Pratiques psychologiques* [En ligne]. Mardaga; 2006 [cité 28 oct. 2020]. p. 21-80. Disponible sur : https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/psychologie-du-deuil--9782870099285-page-21.htm

12. PSYCHISME : Définition de PSYCHISME [En ligne]. [cité 6 nov. 2020]. Disponible sur : https://www.cnrtl.fr/definition/psychisme

13. BARSE KO. Les fausses couches [En ligne]. *Guide de l'Infertilité*. [cité 22 déc. 2020]. Disponible sur : https://www.guide-de-l-infertilite.fr/fr/infertilite-sterilite/la-femme-et-l-infertilite/article/les-fausses-couches

14. Carcopino X, Barde K, Petrovic M, Beucher G, Capmas P, Huchon C, et al. Menace de fausse couche tardive. Recommandations françaises. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 déc. 2014 ;43(10):842-55.

15. CNGOF 2014_Prise en charge des « pertes foetales» (fausses couches et MFIU) | Gynerisq [En ligne]. [cité 29 déc. 2020]. Disponible sur : http://gynerisq.fr/bibliotheque_docs/recommandation-du-college-national-sur-la-prise-en-charge-des-pertes-foetales-fausses-couches-et-mfiu/

16. De Montigny F, Zeghiche S, De Montigny-Gauthier P. Le décès périnatal comme bifurcation temporelle : les parcours de vie de femmes après une fausse couche. *Aporia*. 2020 ;12(1):36-46.

17. Fausse couche [En ligne]. [cité 28 déc. 2020]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/pathologies/fausse-couche

18. Robinson GE. Pregnancy loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 janv. 2014 ;28(1):169-78.

19. Parain D. Les spécificités du deuil périnatal. *Soins Pédiatrie/Puériculture* 21 janv. 2019 ;40(306):8-13.

20. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français : Aspect technique des interruptions médicales de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* Sept 2005 ;34(5):513.

21. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français : Interruption médicale de grossesse. Processus décisionnel et prise en charge. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* Sept 2005 ;34(5):513.

22. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français : l'IMG, une clinique de l'indésirable. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* Sept 2005;34(5):513.

23. Morin C. *Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité : enquête auprès de 123 sages-femmes* [En ligne]. Rouen ; 2010 [cité 15 févr. 2020]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00672383

24. Piquée N. Le soignant face au deuil périnatal. *Soins Pédiatrie/Puériculture* 21 janv. 2019 ;40(306):38-40.

25. Siau dell'antonia C. Rôle du soignant dans l'accompagnement du deuil périnatal. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. 2004;(329) :14-8.

26. Garel M, Étienne É, Blondel B, Dommergues M. Le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance. *La Revue Sage-Femme.* 1 juill. 2008 ;7(3):113-7.

27. Blondel B, Bréart G. Mortinatalité et mortalité néonatale. *EMC - Pédiatrie.* 1 févr. 2004 ;1(1):97-108.

28. Quibel T, Bultez T, Nizard J, Subtil D, Huchon C, Rozenberg P. Morts fœtales in utero. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 1 déc. 2014 ;43(10):883-907.

29. Rapport européen sur la santé périnatale 2015 [En ligne]. *Euro-Peristat*; 2018 nov. [cité 29 févr. 2020] p. 180. Disponible sur : https://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html

30. INSERM ET DREES. Enquête Nationale Périnatale de 2016 : Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 [En ligne]. 2017 oct. [cité 9 mars 2021] p. 317. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales

31. Gillet S. Aurais-tu donc mal appris... Malappris ?! *Les Dossiers de l'Obstétrique.* 2004;(329) :29.

32. Krautter C. Accompagner les familles lors d'un deuil périnatal. *Soins Pédiatrie/Puériculture* 21 janv. 2019 ;40(306):28-31.

33. Carayol M, Bucourt M, Cuesta J, Zeitlin J, Blondel B. Mortalité néonatale en Seine-Saint-Denis : analyse des certificats de décès néonatals. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 mai 2013 ;42(3):271-4.

34. Audren C. *Les sages-femmes face à une démarche de soins palliatifs pour le nouveau-né en salle de naissance : quels facteurs influent sur leur sentiment d'être en capacité d'agir avec compétence ?* [En ligne]. Pierre et Marie Curie-Ecole Saint-Antoine ; 2016 [cité 30 nov. 2019]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394061

35. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death : a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*. 1 juin 2014 ;2(6):e323-33.

36. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. :231.

37. Mortalité maternelle [En ligne]. [cité 29 déc. 2020]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

38. Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-7) - Légifrance [En ligne]. *Code de Santé Publique*. Sect. Chapitre Ier août 11, 2004. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006688927/2004-08-11

39. Moulinier M-C. Le Référentiel métier et compétences des sages-femmes. /data/revues/16340760/00070058/7/ [En ligne]. 10 juill. 2008 [cité 24 févr. 2020] ; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/177706

40. Code de la santé publique-code de déontologie | Légifrance [En ligne]. Code de la Santé Publique. Sect. *Code de Déontologie* juill. 17, 2012. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000026202977&idSectionTA=LEGISCTA000006196420&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200224

41. Carayol M. La sage-femme : un acteur incontournable de la périnatalité en France. *Santé, Société et Solidarité*. 2004 ;3(1):97-103.

42. Article L1211-2 - Code de la santé publique - Légifrance [En ligne]. *Code de la santé publique*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721146

43. Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus. [En ligne]. Juin 19, 2009. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=29111

44. Bétrémieux P, Gold F, Parat S, Caeymaex L, Danan C, De Dreuzy P, et al. Réflexions et propositions autour des soins palliatifs en période néonatale : 1re partie considérations générales. *Archives de Pédiatrie*. 1 avr. 2010 ;17(4):409-12.

45. Chabernaud J-L. Aspects récents de la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance. *Archives de Pédiatrie*. 1 avr. 2005 ;12(4):477-90.

46. Clavier J. Sage-femme et réanimation du nouveau-né : de la formation pratique au maintien des compétences. *La Revue Sage-Femme*. 1 nov. 2005 ;4(5):203-8.

47. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme | Légifrance [En ligne]. *Code de la Santé Publique* mars 11, 2013. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825

48. Gorincour G, Tassy S, Payot A, Philip N, Malzac P, Harlé J-R, et al. Décision d'interruption médicale de grossesse : le point de vue des soignants français. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 avr. 2011 ;39(4):198-204.

49. Shakespeare C, Merriel A, Bakhbakhi D, Baneszova R, Barnard K, Lynch M, et al. Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary. *BJOG*. Janv. 2019 ;126(1):12-21.

50. Caillaud I, Dierstein H. Une formation des professionnels de santé pour un autre regard sur la mort. *Les Dossiers de l'Obstétrique.* 2004;(329) :18-20.

51. Stree B. Une formation sur l'accompagnement du deuil... indispensable aux soignants qui « donnent la vie ». *Les Dossiers de l'Obstétrique.* 2004;(329) :30-4.

52. Warnier de Wailly Diane. Attendre un enfant après une interruption médicale de grossesse: l'enfant palimpseste / Diane de Wailly ; préface de Marie-José Soubieux ; postface de Sylvain Missonnier. Toulouse: Editions érès; 2018. 228 p. *La Vie de l'enfant*

53. Shulz J, Beauquier-Maccotta B, Soubieux M-J, Mériot M-E, de Wailly D, Missonnier S. Honte et culpabilité chez la femme enceinte suite à une interruption médicale de grossesse. *La Psychiatrie de l'enfant.* 2016;59(2):361-424.

54. Siksou J. Le berceau vide: Deuil périnatal et travail du psychanalyste de Marie-José Soubieux. *Revue française de psychanalyse*. 2009;73(1):201-.

55. Soubieux Marie-José. Le deuil périnatal / Marie-José Soubieux. 2ème édition. Paris Bruxelles: Éditions Fabert Yapakabe; 2010. 63 p.

56. Meriot ME, Shulz J, Missonnier S, Beauquier-Maccotta B, Soubieux M-J, Wailly DD. *Le deuil perinatal: Clinique, pratiques et dispositifs therapeutiques.* Elsevier; 2020.

57. Alvarez Luis pédopsychiatre. *Psychologie et psychiatrie de la grossesse: de la femme à la mère* / Dr Luis Alvarez, Dr Véronique Cayol. Paris: Odile Jacob; 2014. 268 p.

58. Plat A, Beauquier-Maccotta B, Parat S, Yamgnane A, Viallard M-L, Alvarez L, et al. Travail de deuil lors d'une interruption médicale de grossesse ou de soins palliatifs postnatals. *Médecine palliative*. 2013;12(3):122-30.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'étude

Questionnaire à l'intention des

Étudiants sages-femmes en SMA2 (2ème année de licence)

Bonjour,

Je m'appelle Alicia Musi, je suis étudiante sage-femme en SMA5. Mon mémoire de fin d'études porte sur la perception et les connaissances des étudiants intégrant la formation initiale sur la notion de deuil périnatal. Mon objectif est d'identifier les notions acquises sur les compétences des sages-femmes avant d'intégrer la formation.

Pour répondre à ma question de recherche je vous propose ce questionnaire anonyme.

Vous êtes bien sûr libre de participer ou non à cette étude.

Je vous remercie du temps que vous consacrerez à mon mémoire.

Questions :

1. Avez-vous bénéficié d'informations sur le métier et les compétences de la sage-femme ?

OUI ☐

NON ☐

Si oui, dans quelles circonstances ? (Plusieurs réponses possibles)

Réunion d'information au collège/lycée ☐

Enseignements de PACES ☐

Forum ☐

Carrefour des métiers ☐

Salon de l'étudiant ☐

Autres :

Cette démarche était-elle volontaire ☐

obligatoire ? ☐

2. Quelle est votre vision du métier de sage-femme ? Redéfinissez-la en quelques mots.

3. Avez-vous l'impression de manquer d'informations sur les compétences et les rôles de la sage-femme ?

Pas du tout ☐
Peu ☐
Assez ☐
Beaucoup ☐
Ne sais pas ☐

4. Les actes suivants correspondent à des actes de périnatalité.

Pour chaque ligne, répondez à la question suivante :

La sage-femme peut-elle effectuer ce geste ?

	OUI	NON	Je ne sais pas
Une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) chirurgicale ?			
La réanimation du nouveau-né ?			
Une césarienne ?			
Le suivi du travail et l'accouchement dans le cadre d'une Interruption Médicale de Grossesse (IMG) ?			
Une IVG médicamenteuse ?			
La réanimation maternelle ?			
Un accouchement dans le cadre d'une Mort Fœtale In Utero (MFIU) ?			

Un fœticide ?			
L'accompagnement des patientes au cours d'une Fausse Couche Tardive ?			
L'accompagnement des nouveau-nés lors de soins palliatifs ?			

Périnatalité : ensemble des processus liés à la naissance, de la contraception jusqu'au premiers mois de vie du nouveau-né.

Interruption Médicale de Grossesse : interruption de grossesse pour motif médical.

Fausse Couche Tardive : interruption spontanée de grossesse ayant lieu entre la 14ème et la 22ème semaine d'aménorrhée.

Mort Fœtale In Utero : arrêt spontanée de l'activité cardiaque du fœtus après 14 semaines d'aménorrhées.

Fœticide : geste qui provoque la mort fœtale in utero dans le cadre d'une IMG.

Soins palliatifs : soins visant le confort du malade, généralement en phase de fin de vie.

5. A votre avis, la sage-femme est confrontée à des situations de deuil à hauteur de quel pourcentage de son activité professionnelle ? (sous forme de curseur)

6. Si ce pourcentage est plus élevé dans la réalité et que vous l'aviez su avant d'intégrer la formation, auriez-vous quand même choisi cette profession ?

Je n'aurais pas choisi cette formation, ce métier ☐

J'aurais quand même choisi ce métier, cette formation ☐

Ne sais pas ☐

Autres :

7. Faire face à un décès maternel et/ou fœtal et/ou néonatal au cours de vos études vous semble : (Plusieurs réponses possibles)

Simple ☐

Naturel ☐

Impensable ☐

Difficile ☐

Autres :

Décès fœtal : décès du fœtus avant la mise en travail et après 8 semaines d'aménorrhées.

Décès néonatal : décès d'un enfant né vivant entre sa naissance et le 28ème jour de vie.

8. En vous imaginant devoir faire face à une situation de deuil au cours de votre premier stage en maternité, quel serait votre ressenti ? (Plusieurs réponses possibles)

Tristesse ☐
Relative sérénité ☐
Inquiétude ☐
Angoisse ☐
Appréhension ☐
Calme ☐
Malaise ☐
Curiosité ☐
Peur ☐
Panique ☐
Neutre ☐
Autres :

9. Classez ces 4 évènements selon l'impact qu'ils pourraient avoir sur vous (1 le plus impactant, 4 le moins impactant).

Décès fœtal :
Décès maternel avant l'accouchement :
Décès néonatal :
Décès maternel après l'accouchement :

Justifiez votre classement en quelques mots.

10. Selon-vous des informations sur le thème du deuil périnatal dans la profession sage-femme doivent-elles être données avant d'intégrer la formation ?

OUI ☐
NON ☐

Si oui, à quelle occasion auriez-vous aimé être informé(e) ?

Si non, pourquoi pensez-vous qu'il ne faut pas informer les étudiants qui souhaitent intégrer la formation ?

11. Selon vous des informations sur le thème du deuil périnatal dans la profession sage-femme doivent-elles être données au cours de la formation ?

OUI ☐

NON ☐

Si oui, à quel moment ?

Sous quelle forme ?

12. Êtes-vous un homme ou une femme ?

13. Quel âge avez-vous ?

14. Comment avez-vous intégré la formation en sciences maïeutiques ?

PACES (Première Année Commune aux Études de Santé) ☐

Passerelle ☐

Alter PACES ☐

15. Avez-vous un cursus antérieur ?

OUI ☐

NON ☐

Si oui, lequel ?

16. Avez-vous déjà réalisé un stage en maternité ? (Et ce quel que soit le rôle que vous y avez tenu)

OUI ☐

NON ☐

Si oui, combien de temps a duré ce stage ?

Dans quelles circonstances ce stage a été réalisé ?

Vacation sur une courte période (type job d'été) ☐

Dans le cadre de la passerelle ou du parcours Alter PACES ☐

Stage de 3ème ☐

Autres :

17. Avez-vous doublé ou triplé la SMA2 ?

OUI ☐

NON ☐

18. Avez-vous, dans votre entourage, des professionnel(le)s de santé qui vous ont informé sur la profession sage-femme ?

Professionnel(le)s de santé/Entourage	Famille proche (parents, fratrie)	Famille plus éloignée	Amis/Collègues	Connaissances
Profession médicale hors sage-femme (médecin, anesthésiste...)				
Profession paramédicale (auxiliaire de puériculture, infirmière)				
Sage-femme				
Autres :				

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université de Paris sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.