



HAL
open science

Prise en charge des interruptions médicales de grossesse et des morts foetales in utéro en salle de naissance : le ressenti des sages-femmes

Lucie Lametery

► To cite this version:

Lucie Lametery. Prise en charge des interruptions médicales de grossesse et des morts foetales in utéro en salle de naissance : le ressenti des sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03435115

HAL Id: dumas-03435115

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03435115>

Submitted on 18 Nov 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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT – AUVERGNE

**PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS MÉDICALES DE
GROSSESSE ET DES MORTS FŒTALES IN UTERO EN SALLE
DE NAISSANCE : LE RESENTI DES SAGES-FEMMES**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

LAMETERY Lucie

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier,

Madame Elsa Galeyrand, psychologue, pour avoir accepté de diriger mon mémoire et pour m'avoir reçue avec autant de gentillesse. Votre soutien m'a permis d'avancer dans mes recherches.

Madame Séverine Taithe, sage-femme enseignante, pour avoir accepté d'en être le co-directeur. Votre disponibilité, vos suggestions et remarques aussi précieuses que bienveillantes m'ont permis de concrétiser l'élaboration de ce travail.

L'ensemble de l'équipe pédagogique, pour m'avoir aidée à me réaliser en tant que future sage-femme.

L'ensemble des sages-femmes ayant accepté de participer, pour votre confiance, pour les échanges sincères et enrichissants que nous avons eus, et pour avoir été le socle de la réalisation de ce mémoire.

Mes parents, pour ce que vous faites au quotidien, pour votre amour, pour rendre possible ce que je pense inaccessible. Pour votre soutien et votre présence en toutes circonstances.

Mes frères, pour être les personnes que vous êtes, pour la joie que vous m'apportez depuis toujours.

Gabriel, pour ton soutien, tes encouragements et pour tout le bonheur que tu m'apportes à chaque instant.

Mes amies, Ambre, Blandine, Jeanne, Lyna et Lucy, pour ces quatre années riches en émotion. Merci pour cette superbe aventure à vos côtés. Vous avez rendu ces années pleines de joie et de rires, même dans les difficultés. Merci pour tous ces souvenirs et ceux à venir. Je vous souhaite de vous épanouir dans votre vie professionnelle comme personnelle.

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSP	Code de la Santé Publique
CPDPN	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic PréNatal
DPD	Délégué à la Protection des Données
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MFIU	Mort Fœtale In Utero
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SA	Semaine d'Aménorrhée
SF	Sage-Femme

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	
REVUE DE LA LITTERATURE	
1 Généralités	2
2 La mort périnatale et son évolution au cours de l'histoire.....	5
3 Le processus de deuil périnatal.....	7
4 L'accompagnement par la sage-femme en salle de naissance	10
POPULATION ET METHODE	
1 Population de l'étude	16
2 Méthode	16
RESULTATS	
1 Déroulement de l'étude.....	20
2 Caractéristiques socio-démographiques des participants	20
3 Résultats des entretiens	21
DISCUSSION	
1 Forces et faiblesses de l'étude	48
2 Discussion des résultats de l'étude	49
3 Perspectives d'avenir et projet d'action	60
CONCLUSION	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Un pourcent, il s'agit du taux d'enfants mort-nés en France, incluant les Morts Fœtales In Utero (MFIU) et les Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) (1). Si les progrès techniques et scientifiques en matière de médecine fœtale permettent de limiter la survenue des MFIU, ils rendent désormais accessibles la grande majorité des anomalies fœtales pour lesquelles les moyens thérapeutiques restent limités. Ceci explique l'augmentation du nombre d'IMG en France et ainsi l'accroissement du taux d'enfants mort-nés tardivement (2-4).

Pour les parents confrontés à ce type de situation, cette mort survenant illogiquement avant même la naissance débouche sur un deuil complexe par sa spécificité, son dynamisme et le tabou social qui l'entoure (5,6). De plus, l'expérience du travail et de l'accouchement dans ce contexte peut se révéler traumatisante sur le plan physique et émotionnel pour les femmes. Il a été montré que le vécu du couple est alors fortement influencé par l'accompagnement qu'il a reçu de la part des professionnels de santé (7).

De par leur rôle croissant, notamment en salle de naissance où elles réalisent 87,4% des accouchements par voie basse non instrumentale, les sages-femmes assurent la prise en charge des IMG et des MFIU de manière non exceptionnelle (1,2). Ainsi, la sage-femme est le premier interlocuteur du couple en salle de naissance, et devient un pilier sur lequel le couple peut s'appuyer pour affronter cette situation (7). Pourtant, si les études portant sur le vécu des couples confrontés à une IMG ou une MFIU en salle de naissance sont nombreuses, peu d'études explorent le vécu ou le ressenti des soignants face à ces situations, et notamment celui des sages-femmes (8).

L'objectif principal de cette étude est d'explorer le ressenti des sages-femmes face à la prise en charge des IMG et des MFIU en salle de naissance dans une maternité de niveau III en région Auvergne-Rhône-Alpes. Les deux objectifs secondaires sont de déterminer les attentes et les besoins exprimés par ces sages-femmes, et d'explorer le ressenti des sages-femmes n'ayant pas pris en charge ce type de situation. Dans un premier temps, la réalisation d'une revue de la littérature a permis, après une contextualisation historique et scientifique, d'élaborer une synthèse de l'état actuel des connaissances sur le sujet. Ce travail comprend ensuite la présentation de la méthode et du plan d'investigation pour répondre aux objectifs précédemment énoncés. La description des résultats réalisée dans un troisième temps s'ouvrira sur son analyse et sa discussion, permettant enfin de proposer le projet d'action de l'étude.

REVUE DE LA LITTERATURE

1 Généralités

1.1 Définitions

1.1.1 Interruption médicale de grossesse

L'IMG correspond à l'arrêt médicalisé et donc provoqué de la grossesse. D'après le Code de la Santé Publique (CSP), elle peut être réalisée à tout terme de la grossesse, soit pour indication maternelle parce que « *la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme* », soit pour indication fœtale parce que « *qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic* ». L'IMG ne peut avoir lieu qu'à la condition que deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe ait rendu son avis consultatif, de l'existence d'au moins une de ces indications (9).

Au premier trimestre de la grossesse, l'IMG peut avoir lieu par curetage ou par induction médicamenteuse de l'expulsion par voie vaginale. Dès le début du deuxième trimestre et dans la majorité des cas, elle est réalisée en déclenchant médicalement l'accouchement en vue d'obtenir un accouchement par voie basse. Lorsque la grossesse a plus de 22 à 24 Semaines d'Aménorrhée (SA), une anesthésie fœticide est recommandée avant le déclenchement de l'accouchement (10).

1.1.2 Mort fœtale in utero

Suite à une volonté de standardiser la terminologie des pertes de grossesse, un consensus d'expert du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) définit la MFIU comme l'arrêt spontané de l'activité cardiaque à 14 SA ou au-delà. Il peut s'agir d'une MFIU pré-partum survenant avant la mise en travail, per-partum si elle a lieu au cours du travail, ou indéterminée lorsque le moment de l'arrêt de l'activité cardiaque est inconnu (11).

1.1.3 Mortinatalité

L'institut national d'études démographiques définit la mortinatalité comme « *les enfants nés sans vie après 6 mois de grossesse* ». Le taux de mortinatalité correspond au rapport du nombre d'enfants nés sans vie à l'ensemble des nés vivants et nés sans vie (12). On distingue la mortinatalité spontanée incluant les MFIU, et la mortinatalité induite représentant les IMG.

1.2 Aspect juridique et législatif

Depuis peu, des modifications législatives sont entrées en vigueur avec pour objectif initial d'apporter une réponse aux souffrances des familles. La circulaire interministérielle de 2009 fixe le cadre législatif et juridique en cas d'IMG ou de MFIU. En l'absence de certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable, elle prévoit l'établissement par l'officier d'état civil d'un acte d'enfant sans vie, inscrit à sa date d'accouchement sur les registres de décès. Ce dispositif ne repose donc plus sur le seuil de viabilité défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mais sur la production par le praticien d'un certificat attestant de l'accouchement de la mère. Ce certificat ne peut être délivré que si le corps est « *formé et sexué* », ce qui exclut les interruptions du premier trimestre de grossesse (Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et fausse couche précoce), survenant en deçà de la quinzième SA. La déclaration à l'état civil d'un enfant sans vie n'est en aucun cas obligatoire, elle fait suite à une démarche volontaire de la famille et n'est soumise à aucun délai (13).

Aussi, l'enfant né sans vie peut figurer sur le livret de famille. Le décret du 20 août 2008 et l'arrêté du même jour relatifs au livret de famille modifient les conditions de sa délivrance en cas d'accouchement d'un enfant sans vie. Ainsi, dès lors qu'il est dépositaire de l'acte d'enfant sans vie, l'officier d'état civil est tenu d'établir le livret de famille à la demande des parents (14).

De plus, les parents peuvent choisir d'attribuer un ou plusieurs prénoms à l'enfant sans vie (13). Cependant, en cas de MFIU ou d'IMG, l'enfant sans vie ne bénéficie pas de la personnalité juridique, définie par des personnes physiques qui « *acquièrent la personnalité juridique par la naissance et la perdent avec le décès* » (15). Ainsi, un nom de famille et une filiation ne peuvent être attribués dans ces situations car il s'agit d'attributs de la personnalité juridique.

En plus d'une éventuelle déclaration à l'état civil, les enfants sans vie doivent figurer sur un registre visé à l'article R. 1112-76-1 du CSP mentionnant les informations qui permettront le suivi du corps de la date de l'accouchement des enfants sans vie jusqu'au départ des corps de l'établissement (16). Le registre des décès de l'établissement cité à l'article R. 1112-72 du code de la santé publique doit également mentionner les enfants pouvant être déclarés sans vie (17) Enfin, si l'établissement de santé dispose d'un « cahier

d'accouchement », tous les actes pratiqués doivent y figurer sans critères de terme ni de poids fœtal (13).

1.3 Epidémiologie

1.3.1 Evolution de la mortinatalité en France

Depuis 1960 en France, la mortalité fœtale a diminué de manière importante, notamment entre 1970 et 1980, avant de ralentir progressivement jusque dans les années 2000 (18,19). En 2007, le taux de mortinatalité était de 9,3 naissances pour 1000. Désormais, la législation permet de déclarer comme une naissance sans vie l'issue d'un accouchement d'un enfant mort, quel que soit son poids ou son terme. Cette modification entraîne des changements importants concernant les données épidémiologiques récoltées, le suivi du taux de mortinatalité étant rendu difficile depuis 2008 (20).

L'utilisation des bases du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) permet de calculer à nouveau le taux de mortinatalité selon les seuils recommandés par l'OMS, à savoir 22 SA ou un poids du fœtus au moins égal à 500 grammes. Ainsi, le rapport Européen pour la santé périnatale décrit une augmentation du taux d'enfants mort-nés tardivement en France. Incluant les MFIU et les IMG, ce taux est passé de 4,3 naissances pour 1000 en 2010 à 4,8 naissances pour 1000 en 2015 (10). Si le taux de MFIU reste stable, cette évolution s'explique en partie par l'augmentation du nombre d'IMG.

1.3.2 Les chiffres actuels en France et dans le monde

A l'international comme au national, l'absence de consensus pour définir la MFIU rend l'interprétation des données épidémiologiques particulièrement difficile. En effet, la législation et les pratiques concernant la déclaration des enfants mort-nés évoluent et diffèrent en fonction des pays.

D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, les enfants mort-nés représentent 1,0% de l'ensemble des enfants nés vivants ou mort-nés en France. Les enfants mort-nés faisant suite à une MFIU et une IMG représentaient respectivement 0,6% et 0,4% des naissances (9). Cependant, l'échantillon de l'étude est établi sur le seuil de viabilité défini par l'OMS comme les naissances ayant lieu après au moins 22 SA et/ou si l'enfant ou le fœtus pesait au moins 500 grammes à la naissance. Ainsi, bien qu'il permette une comparaison plus aisée des données épidémiologiques, l'utilisation de ce seuil entraîne une sous-estimation

du nombre d'enfants mort-nés puisque les MFIU et les IMG survenues en deçà ne sont pas comptabilisées. D'après la recherche bibliographique de Delabaere et al. (2014) reposant sur 68 études épidémiologiques de valeur inégale, la prévalence de la MFIU est estimée à cinq naissances pour 1000 en France, et 2% dans le monde (21).

Le taux de mortinatalité total en France reste élevé par rapport aux autres pays européens. Cependant, la comparaison doit prendre en compte les législations différentes en matière d'IMG du fait du poids important représenté par la mortinatalité induite en France où l'IMG est possible tout au long de la grossesse (20).

1.4 Impact du développement de la médecine fœtale sur la mortinatalité

En France, la politique de dépistage prénatal des anomalies chromosomiques et des malformations congénitales est particulièrement développée. Le diagnostic anténatal est de plus en plus performant grâce aux progrès techniques et scientifiques. Les moyens médicaux en matière de génétique, d'immunopathologie, d'explorations d'imagerie ou bien de corrélations statistiques, rendent accessible l'immense majorité des anomalies fœtales (12,22).

Ces progrès permettent, par la surveillance rapprochée de la santé du fœtus et son extraction induite en cas de dégradation visible, de limiter le nombre de MFIU. Cependant, l'écart entre le développement de la capacité diagnostique largement supérieure à la capacité thérapeutique, peut expliquer l'augmentation du nombre d'IMG. En effet, lors du diagnostic d'une pathologie fœtale grave et reconnue comme incurable, l'issue la plus fréquente est celle de l'arrêt de la grossesse (3,22).

2 La mort périnatale et son évolution au cours de l'histoire

2.1 La mort périnatale dans l'Antiquité

Le taux élevé de mortalité infantile, à des époques antérieures, n'a jamais fait de la mort d'un enfant un évènement anodin. Face à cette perte, des recommandations pour apprendre à surmonter la douleur sont décrites dès le 1er siècle après Jésus Christ. De plus, de nombreuses tombes d'enfants bien individualisées existent dès cette époque (23).

2.2 La mort périnatale à l'époque médiévale

Au Moyen-âge, la mort périnatale, très fréquente notamment au moment de l'accouchement, frappe tous les milieux sociaux sans distinction. La forte prévalence des décès n'enlève en rien la douleur des mères qui l'expriment par des larmes, des cris, des plaintes ou encore des comportements d'automutilation. Si l'Eglise admet la tristesse et les larmes des parents, elle souhaite limiter les manifestations de deuil trop extériorisées. Afin de permettre aux parents une meilleure acceptation de la mort de l'enfant, l'Eglise contrôle la ritualisation du deuil et donne la possibilité de baptiser l'enfant décédé s'il est né vivant pour qu'il repose directement au Paradis, ou lui permet de recevoir un sacrement après un « répit ». Or, le baptême des enfants mort-nés est interdit par l'Eglise. L'angoisse de savoir le corps de son enfant décédé sans baptême et son âme en Enfer s'ajoute à la souffrance ressentie face au décès de l'enfant et l'interdiction de la manifester trop bruyamment. Ces éléments mettent en évidence l'évènement traumatique que peut représenter la perte d'un enfant à l'époque médiévale (23,24).

2.3 La mort périnatale jusque dans les années 1970-1980

L'époque de la « conspiration du silence », décrite par Rousseau (2001), perdure jusque dans les années 1970-1980 (25). La perte d'un enfant au cours de la grossesse n'étant alors pas reconnue par la société comme un drame, tout est mis en œuvre pour rendre cette perte la plus silencieuse possible, que ce soit sur les plans physique, émotionnel ou juridique. Ainsi, l'accouchement se déroule sous anesthésie générale, l'enfant mort est soustrait à la vue de ses parents, l'épisode de la naissance est dissimulé autant que possible, le prénom initialement prévu pour l'enfant est donné à l'enfant suivant. Tout en pensant protéger les parents d'une trop grande souffrance, les soignants s'épargnaient probablement la réalité de la mort à laquelle leur formation ne les avait pas du tout préparés (23,26). Malgré cela, la douleur des parents, fragilisés par cette mort niée, est bien présente. Face au reste du monde pour qui cet enfant est inexistant, ce deuil parental sans souvenirs disponibles est interrompu au stade du déni (6,27).

2.4 La mort périnatale au XXIème siècle

A partir des années 1990, soignants et parents prennent conscience de la nécessité de ritualiser ce deuil difficile et de faire exister l'enfant décédé. Tous sont d'accord pour dire que le deuil d'un bébé, qu'il soit né mort ou vivant, quel que soit le terme de la grossesse

et les circonstances de survenue du décès, est un deuil à part entière. Par l'accueil de l'enfant, sa présentation aux parents, la création de souvenirs concrets, des obsèques ritualisés et son inscription dans le livret de famille, les parents ont la possibilité de reconnaître la condition de bébé de cet enfant. Il peut alors être intégré à la famille et à la fratrie, ce qui permet l'entrée dans un processus de deuil facilité par les preuves d'existence de l'enfant (26-28).

3 Le processus de deuil périnatal

3.1 Définition

L'origine du mot deuil est issue du bas latin *dolus* signifiant douleur. Il se définit comme une « *douleur, affliction éprouvée à la suite du décès de quelqu'un, état de celui qui l'éprouve* » (30), il s'agit d'une réaction normale et universelle dont le modèle le plus connu est celui des phases du deuil.

Le deuil périnatal correspond à un ensemble de difficultés émotionnelles, psychologiques et sociales auxquelles sont confrontés les parents dans des situations de perte au cours de la grossesse, lors de la naissance ou dans les premiers jours de vie de l'enfant. Le deuil anténatal caractérise ce phénomène lorsque la perte survient avant la naissance (14).

3.2 Les étapes du deuil

Le deuil périnatal suit les phases « classiques » du deuil dont chacune traduit des réactions émotionnelles différentes selon un processus dynamique. La première étape est le choc et se caractérise par le déni de la perte de l'enfant et une sensation d'irréalité. La femme montre des signes de confusion et peut avoir l'impression de sentir les mouvements du fœtus alors que celui-ci est décédé. S'ensuit la phase de révolte durant laquelle les parents peuvent exprimer leur colère par des cris ou des pleurs. Ils sont à la recherche d'un coupable, d'une cause, et peuvent ressentir une profonde injustice. L'étape de désorganisation se traduit quant à elle par un chagrin intense, une réelle souffrance associée à un sentiment d'impuissance voir de culpabilité. Les personnes endeuillées, éprouvant de la solitude face à cet évènement, peuvent montrer des signes de frustration et de jalousie face aux autres parents. Ensuite, les parents prennent conscience de la perte de l'enfant, c'est la phase de désespoir. Ils éprouvent souvent une grande tristesse, des symptômes dépressifs voir des idées suicidaires. Cette étape peut se traduire par des manifestations physiques telles que de l'insomnie, une baisse d'appétit et des difficultés

de concentration. Enfin, la phase d'adaptation se caractérise par une recherche de soutien dans l'entourage. Un sens est donné à la perte de l'enfant, les parents retrouvent le goût de vivre. De cette étape peut naître le désir d'avoir un autre enfant lorsque cela est possible. Tout comme ces émotions peuvent se chevaucher, il est possible d'observer le retour à une phase antérieure voir des phases s'enchaînant sans ordre établi. De plus, l'intensité des phases diffère en fonction de chacun (6,28,31).

Le sexe de la personne endeuillée peut aussi influencer le vécu. En effet, les émotions et les réactions diffèrent entre les hommes et les femmes. Cela s'explique notamment par un lien affectif entre la femme et le fœtus présent dès le début de la grossesse la plupart du temps. Généralement, ce lien est établi plus tard dans la grossesse pour l'homme. De plus, la manifestation des réactions émotionnelles et les stratégies d'adaptation au deuil diffèrent aussi. Ces différences de rythme et d'intensité dans le vécu du deuil peuvent être à l'origine d'un rapprochement ou d'un éloignement au sein du couple.

3.3 Les particularités du deuil périnatal

3.3.1 Imprévisibilité de la perte

Que ce soit lors de l'annonce du décès du fœtus en cas de MFIU ou l'annonce d'une pathologie incurable lors d'une IMG, la survenue de la perte de l'enfant est imprévisible, brutale et choquante. En effet, alors que la vie et la joie sont attendues par les parents, la mort et la tristesse remplacent par un inaccomplissement ce qui devait être un accomplissement naturel. Dans la société actuelle, les enfants sont désirés et programmés dans la plupart des cas ; rares et précieux, leur décès est inimaginable. Tandis que presque tous les enfants sont destinés à atteindre l'âge adulte, cette mort survenant illogiquement avant la vie bouscule l'ordre des générations (6,23,32). D'après Collas et al. (2015), il s'agit d' « *un véritable scandale au sens philosophique du terme* » (33).

3.3.2 Lien affectif avec le fœtus et investissement de la grossesse

De nombreuses études, comme celle de Séjourné et al. (2008), mettent en évidence des souffrances psychiques pour les parents lors d'une fausse couche précoce survenant à un terme inférieur à 14 SA. La perte de l'embryon peut être assimilée à un deuil au même titre que le décès d'un enfant (34). Ainsi, il est évident que le terme de la grossesse, aussi précoce soit-il, ne conditionne pas l'intensité de la souffrance pour les parents. C'est la qualité de la relation avec l'être perdu qui conditionne ce deuil. Dans notre société où

l'enfant est souvent désiré et porteur d'un véritable projet de vie, l'investissement de la grossesse peut se faire très précocement, parfois avant la conception. De plus, grâce aux progrès techniques apportés aux appareils d'échographie, les futurs parents ont une image visuelle de leur enfant avant même de le sentir bouger. Ainsi, pour préparer l'arrivée du futur enfant, les parents investissent matériellement tout au long de la grossesse. Tous ces éléments leur permettent d'intégrer rapidement le bébé au sein de la famille (28).

3.3.3 Multiplicité des pertes

Le décès d'un enfant, lorsqu'il survient avant sa naissance, occasionne des pertes simultanées à celle de l'enfant lui-même. En effet, si le décès d'une personne ayant vécu est une perte du passé, en cas d'IMG ou de MFIU il s'agit d'une perte d'avenir et de futur. Les projets construits par les parents autour de l'enfant à venir s'effondrent. S'ajoute à cela une perte des statuts liés à la maternité comme le rôle parental et plus particulièrement le statut de mère (6,28). Selon Soubieux (2014), faire le deuil de son enfant c'est aussi « *faire le deuil des parties infantiles de soi, des conflits non résolus, des relations rêvées parents-enfant soit pour les reproduire, soit pour les réparer* » (32).

3.3.4 Absence de souvenir concret

Afin de faire leur deuil, les parents doivent faire appel à d'importantes capacités de symbolisation d'une relation qui reste imaginaire et fantasmatique (35). Or, ce deuil est d'autant plus difficile que le fœtus n'a pas vécu en dehors du ventre maternel (27). Ainsi, l'enfant ne laisse que peu de traces de son existence, si ce n'est des vêtements ou quelques photos. Ces souvenirs peu nombreux donnent l'impression d'une perte irréaliste, rendant l'épreuve du deuil davantage compliquée (26).

3.3.5 Manque de reconnaissance

Encore aujourd'hui et malgré les efforts fournis pour y remédier, le décès d'un enfant avant sa naissance est peu gratifié socialement et jugé peu significatif (6). Pour beaucoup, l'absence de vie à la naissance entraîne l'absence du phénomène de mort (26). De plus, contrairement aux parents qui investissent la grossesse, l'entourage ne considère que très rarement le fœtus comme une personnalité à part entière. La plupart des parents endeuillés seront confrontés aux remarques de leur entourage, pour qui un enfant mort-né est « remplaçable » dans la mesure où les parents « peuvent en faire un autre » ou « en ont déjà d'autres ». Une femme devient mère quand l'accouchement et la sortie du bébé est

reconnue par le groupe familial et social (29). Aussi, aucun adjectif ne qualifie la situation de ces parents, ce qui témoigne d'un manque de reconnaissance sociale.

En plus du déni de la société quant au deuil périnatal, les parents sont confrontés au manque de reconnaissance juridique de la part de l'état. En effet, malgré les améliorations récentes, aucun nom de famille et aucune filiation ne peuvent être attribués à l'enfant, ce dernier n'étant pas considéré comme personnalité juridique. Face à ce manque de considération, les parents se trouvent généralement isolés et démunis. Il s'agit pour eux de faire le deuil d'un enfant qui ne semble être considéré par aucun autre qu'eux-mêmes (35).

3.3.6 Culpabilité des parents

Comme dans toute situation de deuil, un sentiment de culpabilité associé aux auto-reproches est inévitable et d'autant plus marqué dans certaines situations telles que la perte d'un enfant. Ainsi, la culpabilité ressentie par les parents et en particulier par la femme, sont présents qu'il s'agisse d'une MFIU ou d'une IMG. Cependant, ces deux situations étant différentes dans leur déroulement, le sentiment de culpabilité leur étant associé présente des nuances importantes. En cas de MFIU, c'est la remise en question de la capacité à porter la vie qui prend le dessus. Cette situation de survenue brutale ne laisse aucune place à une anticipation et une préparation des parents, souvent isolés dans un tourbillon émotionnel. Contrairement à la MFIU, l'IMG est portée par toute une équipe pluridisciplinaire et s'inscrit dans un processus décisionnel favorisant l'anticipation. Le sentiment d'isolement des parents est alors moins marqué (36). Malgré cette préparation, la culpabilité est bien présente en cas d'IMG et résiderait dans la prise de décision qui incombe aux parents (37). D'après la méta-analyse de Kay et al. (2017), l'acte de mettre fin à la grossesse et à la vie de l'enfant est perçu par les femmes comme une tâche « *accablante* » et « *dévastatrice* » (7).

4 L'accompagnement par la sage-femme en salle de naissance

4.1 La profession de sage-femme en France

La sage-femme exerce une profession médicale à compétence limitée qui n'a de cesse de se développer. Son rôle est important quel que soit le mode d'exercice, hospitalier en secteur public ou privé, libéral ou territorial. Elle joue un grand rôle dans la prise en charge prénatale (entretien prénatal, suivi de grossesse, surveillance rapprochée avant

l'accouchement, tabacologie, acupuncture, échographie...), pour l'accouchement par voie basse et en post natal (accompagnement à la sortie, allaitement...). L'enquête nationale périnatale de 2016 confirme le rôle croissant des sages-femmes, notamment en salle de naissance, puisqu'elles réalisent à cette date 87,5% des accouchements par voie basse non instrumentale contre 81,8% en 2010, soit près de 60% des naissances totales (9). « *La sage-femme (...) assure, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement. La sage-femme dispense les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement* » (38). La sage-femme est donc en général le premier interlocuteur du couple en salle de naissance.

4.2 Perceptions et réalités de la profession de sage-femme

En France, la profession de sage-femme est souvent décrite par la population générale comme « le plus beau métier du monde ». Autrefois appelée « donneuse de vie », la vocation première de la sage-femme est en effet l'accompagnement des parents, et plus particulièrement de la femme, tout au long de la grossesse et jusqu'à la naissance de leur enfant. Cette naissance, souvent attendue, est perçue comme un évènement joyeux dans la majorité des cas. Pourtant, bien qu'idéalisée par le grand public, la profession de sage-femme n'est pas épargnée par la mort en salle de naissance (1). En effet, la prise en charge des IMG et des MFIU en salle de naissance est une activité non exceptionnelle faisant partie intégrante de la profession de sage-femme (39,40). Etant le principal soignant présent à cet instant, elle est un pilier sur lequel le couple peut se reposer pour traverser cette épreuve ; et joue un rôle fondamental dans la mise en place du processus de deuil des parents. S'il existe de nombreuses études portant sur le vécu des couples en cas d'IMG ou de MFIU, peu d'études portent sur le vécu des soignants, et notamment des sages-femmes, face à ces situations (8).

4.3 Rôles de la sage-femme en salle de naissance

4.3.1 Accueil en salle de naissance

La sage-femme présente en salle de naissance accueille les parents, souvent sans les avoir rencontrés auparavant et donc sans en connaître l'histoire. Ainsi, alors qu'elle n'a pas connaissance de la dynamique dans laquelle le couple se situe dans le processus de deuil, elle doit faire preuve d'une adaptation particulière afin de les accompagner dans l'accueil de leur enfant (41). Durant ces quelques minutes de rencontre, la sage-femme doit se montrer empathique, disponible et à l'écoute afin de construire une relation de confiance

solide avec les parents, indispensable au bon vécu du travail comme constaté dans l'étude de Kay et al. (2017) (7).

4.3.2 *Déroulement du travail obstétrical*

La gestion technique du travail et le suivi obstétrical ne présentent pas de difficulté spécifique. Cependant, l'absence de surveillance du rythme cardiaque fœtal rappelle le contexte spécifique pour la sage-femme puisqu'en dehors des situations d'IMG ou de MFIU, il s'agit d'un élément de surveillance essentiel en salle de naissance.

Le travail obstétrical est souvent décrit par les femmes comme plus douloureux lors d'IMG ou de MFIU. Cela peut s'expliquer par la douleur émotionnelle liée à la situation qui s'ajoute à la douleur physique. Pour certaines femmes en proie à la culpabilité, la douleur physique du travail est même vécue comme une « punition ». Ainsi, sage-femme et anesthésiste tiennent une place particulière dans le soulagement de la douleur physique par la mise en place d'une analgésie péridurale obstétricale dès que possible, tout en respectant le souhait de la patiente. Tout au long du travail, la sage-femme a pour rôle la prévention de la douleur physique afin de limiter la pénibilité du travail obstétrical dans ce contexte difficile (7).

De plus, la sage-femme est souvent confrontée à des parents dans le déni de la réalité probablement trop difficile à porter. Ainsi, elle a un rôle d'accompagnement des parents vers la « naissance-mort » de leur enfant avec toute la complexité que cela implique. Dans le respect du choix des parents, elle se doit de favoriser la mise en place du deuil parental en parlant du bébé s'ils le souhaitent, en répondant aux questions, en rendant cette naissance réelle (26,42). Au cours du travail, les parents décrivent généralement un besoin de contacts humains empreints de compassion et d'un soutien continu que seule la sage-femme est en mesure d'assurer (7).

4.3.3 *Interruption médicale de grossesse et anesthésie fœticide*

L'anesthésie fœticide est une étape spécifique de l'IMG dont l'âge gestationnel est supérieur ou égal à 22 SA. Elle a généralement lieu après la mise en place de l'analgésie péridurale, si celle-ci est souhaitée, et avant l'induction du travail obstétrical. Sa réalisation nécessite deux phases successives. La première étant l'anesthésie ou analgésie du fœtus par une injection intra-cordone d'un produit analgésiant (morphinique ou

thiopental), l'objectif étant d'éviter toute douleur au fœtus pour la phase suivante. La deuxième phase correspond au fœticide aussi appelé « arrêt de vie ». Une injection intracardiaque ou intra-cordone de Lidocaïne ou chlorure de potassium entraîne l'arrêt cardiaque du fœtus. La réalisation du fœticide nécessite la coopération d'une équipe pluridisciplinaire constituée de l'obstétricien, de l'anesthésiste, de la sage-femme du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN). En fonction du souhait des parents, la sage-femme qui suit le couple au cours du travail peut aussi être présente (43).

4.3.4 *Accouchement d'un bébé mort*

Afin d'éviter au maximum la durée des efforts expulsifs maternels, ces derniers ne sont généralement débutés que lorsque la présentation fœtale apparaît à la vulve. Pratiquement toujours réalisé par la sage-femme, l'accouchement n'est pas un moment difficile en lui-même, mais il peut l'être dans la confrontation à la réalité de la mort du bébé (29,40). Cependant, afin de limiter l'ajout de séquelles physiques aux séquelles psychologiques, l'aspect technique est d'autant plus important dans ces situations pour conserver l'intégrité périnéale (7).

Au vue du taux important de rétention placentaire, une révision utérine systématique est recommandée au deuxième trimestre de la grossesse. Elle est réalisée par l'obstétricien ou la sage-femme, sous contrôle échographique. Comme après tout accouchement, la sage-femme réalise la surveillance habituelle du post-partum immédiat pendant au moins deux heures.

4.3.5 *Préparation du corps et création de souvenirs*

En fonction du souhait des parents, le corps de l'enfant peut leur être immédiatement présenté après son expulsion, sans préparation préalable du corps. Cependant, dans la majorité des cas, l'enfant est emmené après l'expulsion par la sage-femme ou l'auxiliaire de puériculture dans une pièce dédiée à sa prise en charge, en salle de réanimation néonatale par exemple. La préparation du corps est parfois rendue difficile par sa fragilité en fonction de son état. Cependant, la sage-femme s'applique à rendre le corps le plus « présentable » possible en le traitant avec respect et humanité (41). Comme habituellement, l'enfant est pesé, lavé si nécessaire et habillé avec au minimum un bonnet et des langes. Un bracelet d'identification où figurent le sexe, l'heure de naissance et les

éventuels prénoms lui est attribué. Comme le prévoit la loi, le corps de l'enfant reste au moins deux heures dans le service de salle d'accouchement.

En plus de la préparation du corps de l'enfant, la sage-femme a un rôle très important dans la constitution de traces mémorielles autour de l'enfant et donc la mise en place d'un processus de deuil pour ses parents. Ainsi, l'enfant est photographié, des empreintes de mains et de pieds sont réalisées, puis déposées dans une boîte à souvenirs proposée aux parents (26,28).

4.3.6 *Présentation de l'enfant*

Qu'ils en aient formulé la demande au préalable ou non, la présentation de l'enfant, jamais obligatoire, est systématiquement proposée en salle de naissance. Afin de préparer le couple à cette rencontre, une description préalable de l'aspect de l'enfant est recommandée pour apaiser les angoisses souvent présentes (42). Lorsque les parents expriment le désir, vient le moment de la présentation de l'enfant par la sage-femme. Cette rencontre permet aux parents de reconnaître que leur enfant mort a toutes les caractéristiques d'un bébé. Etape primordiale dans le processus du deuil parental, elle nécessite tolérance et disponibilité de la part des soignants dont le rôle est parfois de laisser aux parents un temps d'intimité (6). Participant à un événement potentiellement douloureux de l'histoire conjugale et familiale, la sage-femme a un rôle de témoin de l'existence de l'enfant, contribuant ainsi à conférer le statut de parents au couple (7).

4.4 La sage-femme face au deuil périnatal

Lors des situations d'IMG ou de MFIU, la sage-femme est la principale soignante présente en salle de naissance. Il est clairement établi que la création d'un environnement sécuritaire par la sage-femme améliore le vécu du couple dans ce contexte de vulnérabilité (7). Réelle référence pour le couple, la sage-femme endosse de multiples rôles, tous fondamentaux pour la mise en place du processus de deuil des parents (41,42). La qualité de l'accompagnement par la sage-femme est donc capitale. Pourtant, malgré les responsabilités auxquelles elle doit faire face lors de ces situations parfois lourdes émotionnellement, peu d'études se sont intéressées au ressenti spécifique de la sage-femme lors de l'accompagnement d'IMG ou de MFIU en salle de naissance (8,44).

POPULATION ET METHODE

1 Population de l'étude

1.1 Echantillon de l'étude

L'échantillon raisonné de l'étude était composé de sages-femmes hospitalières exerçant dans les services de suites de couches, de salle de naissance et bloc obstétrical, d'hospitalisation grossesses et de consultations obstétricales au sein d'une maternité de type III en région Auvergne-Rhône-Alpes.

1.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants :

- Sages-femmes exerçant en maternité de type III en région Auvergne-Rhône-Alpes.
- Sages-femmes ayant déjà pratiqué en salle de naissance, quels que soient l'expérience professionnelle et le type de maternité.
- Sages-femmes ayant ou non pris en charge une situation de mort fœtale in utero ou d'interruption médicale de grossesse en salle de naissance ≥ 14 SA.
- Sages-femmes volontaires pour participer à l'étude.

1.3 Critères d'exclusion

Excepté les profils ne répondant pas aux critères d'inclusion de l'étude, cette dernière ne présentait pas de critère d'exclusion spécifique. Le but étant d'obtenir un panel de participants le plus diversifié possible.

2 Méthode

2.1 Type d'étude

L'étude menée était qualitative de type descriptive et interprétative, dans une volonté d'authenticité. L'objectif principal était d'explorer le ressenti des sages-femmes face à la prise en charge des IMG et des MFIU en salle de naissance dans une maternité de type III en région Auvergne-Rhône-Alpes. Le premier objectif secondaire était de déterminer les attentes et les besoins exprimés par les sages-femmes faisant face à des situations de MFIU et/ou d'IMG en salle de naissance. Enfin, l'autre objectif secondaire était d'explorer le ressenti des sages-femmes n'ayant pas pris en charge de MFIU ou d'IMG en salle de naissance.

2.2 Le mode de recueil des données

Un courriel explicatif était transmis aux sages-femmes, via leur adresse email professionnelle, par l'intermédiaire des sages-femmes coordinatrices des services concernés par l'étude. Des affiches informatives (**Annexe I**) concernant l'étude étaient disposées dans les salles de repos des sages-femmes. Les sages-femmes étaient ensuite contactées par téléphone ou par courriel pour convenir des modalités de l'entretien en face à face (lieu, date, heure).

Une fois un rendez-vous convenu avec chacune des sages-femmes volontaires pour participer à l'étude, le recueil des données s'est fait par entretiens semi-dirigés en face à face dans une pièce isolée au sein du service (dans la salle de repos ou de soins des sages-femmes). Chaque entrevue était individuelle.

A l'aide d'un guide d'entretien (**Annexe II**) préalablement établi et testé, leurs propos ont été concentrés. Ce guide était composé d'une trentaine de questions ouvertes ou fermées, portant sur les renseignements généraux, le ressenti des professionnels lors de la prise en charge des MFIU ou des IMG en salle de naissance, les formations initiales et continues concernant ce sujet et leurs éventuels besoins exprimés. Leurs propos ont été enregistrés sur un dictaphone après obtention du consentement oral des participants.

Le nombre d'entretiens envisagé était d'environ dix et leur durée moyenne était envisagée à 20 minutes environ. Les données enregistrées étaient rigoureusement retranscrites sur un document de traitement de texte (Word 2016). Pour le contrôle qualité de l'étude, une réécoute des enregistrements et un contrôle simultané des retranscriptions a été fait.

2.3 Le déroulement de l'étude

L'intégralité de l'étude s'est déroulée au sein d'une maternité de type III en région Auvergne-Rhône-Alpes, dans les services de suites de couches, de salle de naissance et bloc obstétrical, d'hospitalisation grossesses et de consultations obstétricales. Les entretiens avaient lieu dans une pièce isolée du service.

Afin d'expérimenter le guide d'entretien préalablement réalisé et d'apprécier le temps moyen nécessaire aux entrevues, un entretien test préliminaire a été effectué avant le lancement de l'étude.

Le recrutement et les entretiens auprès des participants ont été réalisés sur une période de quatre mois, de Novembre 2019 jusqu'à Février 2020. Le recrutement des participants a nécessité deux relances par courriel explicatif transmis aux sages-femmes par l'intermédiaire des sages-femmes coordinatrices des services concernés par l'étude.

2.4 Le mode d'analyse des données

Suite aux retranscriptions, les données ont été traitées selon une analyse thématique du contenu (45). Après relecture des retranscriptions, des extraits significatifs des verbatims ont été dégagés. Sur la base d'une analyse verticale de ces verbatims, des noyaux de sens ont émergé et ont été regroupés en sous-thèmes, eux-mêmes réunis pour constituer des thèmes. L'analyse horizontale a ensuite permis de comparer les différents thèmes retrouvés dans les entretiens afin d'avoir une vision globale des thèmes abordés. Les thèmes ainsi établis ont dérivé des données recueillies.

2.5 Les aspects éthiques et réglementaires

2.5.1 Avis de comités consultatifs

Le comité scientifique de l'institut de formation responsable de la recherche a émis un avis favorable pour la réalisation d'une étude qualitative basée dans cette ville, retraçant le point de vue des professionnels. Concernant le recueil des données, le guide d'entretien (**Annexe II**) a été validé par les professionnels encadrant le travail de recherche. De plus, l'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) et a été validée le 20 octobre 2019. Les autorisations du chef de pôle et de la sage-femme coordonnatrice des services de l'hôpital ont été nécessaires pour la réalisation des entretiens dans ces lieux.

2.5.2 Information et consentement

Une lettre d'information individuelle (**Annexe III**) a été distribuée en main propre à chaque participant avant le rendez-vous ou avant d'entreprendre l'entretien. Celle-ci présentait l'étude et comportait des coordonnées afin qu'ils puissent demander des renseignements complémentaires et poser leurs questions si besoin. Le consentement oral des participants a été recueilli avant le début de chaque entretien individuel.

2.5.3 Anonymat et sécurisation des données

L'anonymat a été garanti par l'attribution aléatoire d'une lettre de l'alphabet pour chaque participant. Aucun renseignement pouvant trahir l'anonymat n'a été précisé. De plus, aucun nom de ville, de professionnel ou d'association n'a été cité.

Les enregistrements réalisés ont été archivés dans un fichier informatique sécurisé, accessible par un mot de passe connu de l'enquêtrice uniquement, puis détruits après leur retranscription informatique.

RESULTATS

1 Déroulement de l'étude

Les entretiens ont débuté le 24 novembre 2019 et se sont terminés le 09 février 2020. Deux sages-femmes ont sollicité l'enquêtrice pour participer à l'étude via l'affiche informative (**Annexe I**) disposée dans les salles de repos des sages-femmes. Onze sages-femmes se sont vues proposer un entretien directement par l'enquêtrice alors qu'elles effectuaient leur garde dans l'un des services concernés. Parmi ces treize sages-femmes, quatre ont refusé de participer à l'étude, dont trois pour des raisons d'indisponibilité (activité trop intense au sein du service). Au total, neuf entretiens ont été réalisés, six en service de suites de couches, un en service de salle de naissance et deux en service d'hospitalisation grossesses. Le recueil des données s'est effectué en face à face dans une pièce isolée au sein du service (dans la salle de repos ou de soins des sages-femmes) et chaque entrevue était individuelle.

Le jour de l'entretien, une information orale et la remise de la lettre d'information (**Annexe III**) ont été effectuées auprès des sages-femmes éligibles. Leur consentement oral a été recueilli avant chaque entretien. La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes et 23 secondes, avec une durée minimale de 15 minutes et 14 secondes, et une durée maximale de 45 minutes et 18 secondes. L'ensemble des entretiens représentait 3 heures 57 minutes et 24 secondes d'enregistrement vocal, intégralement retranscrit par l'enquêtrice.

2 Caractéristiques socio-démographiques des participants

Les neuf participants dont l'âge moyen était de 33,5 ans, étaient tous de sexe féminin. Sept sages-femmes interrogées avaient un ou plusieurs enfants. L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques des participants de l'étude ont été rassemblées dans le tableau en annexe (**Annexe IV**).

3 Résultats des entretiens

3.1 La sage-femme : un rôle d'accompagnement nécessaire

3.1.1 *L'accompagnement des femmes et des couples, essentiel pour les sages-femmes*

Concernant la perception de son propre rôle en tant que sage-femme en salle de naissance face à une situation d'IMG ou de MFIU, l'ensemble des sages-femmes ayant participé à l'étude est unanime, il s'agit avant tout d'accompagner les femmes et les couples dans ce qu'ils vivent. Pour la sage-femme A (SF A), son rôle « *c'est accompagner les parents [...] c'est un rôle difficile mais qui est primordial ! Que la sage-femme soit là* », la SF E a répété « *C'est surtout l'accompagnement. L'accompagnement du couple* ». C'est spontanément que le terme d'accompagnement apparaît dans leur discours. Pour leur part, les SF F et H ont respectivement expliqué la perception de leur propre rôle par : « *pour moi c'est les accompagner au mieux, faire qu'ils se sentent en sécurité, qu'ils se sentent bien encadrés, qu'on ait répondu à leurs questions* » (SF F) et « *la sage-femme, de toutes façons, que l'enfant soit vivant ou mort, il faut qu'elle accompagne le couple dans ce qu'ils sont en train de vivre* » (SF H).

3.1.2 *La sage-femme en soutien psychologique des femmes et des couples*

Si toutes les sages-femmes ont évoqué unanimement l'accompagnement des femmes et des couples comme rôle fondamental, la majorité précise que celui-ci, au-delà de l'aspect médical, correspond principalement à un soutien psychologique du couple. La SF I a ainsi ajouté qu' « *il y a le côté médical mais il est très négligeable quoi, par rapport au côté plus psychologique* ». La SF D a expliqué que « *le premier rôle, et celui qui doit prédominer, c'est pas du tout un rôle médical, c'est un rôle d'accompagnement psychologique, de soutien, et d'essayer de préserver ces gens de tout ce qui peut être traumatisant pour eux [...] ça demande encore plus vraiment, même si c'est déjà le cœur de notre métier, encore plus de mobilisation de notre empathie, notre écoute, et tout ce qu'on peut mettre à profit en terme psychologique pour ces gens [...]* ». La SF B a exprimé la nécessité d'être présente sur tous les plans, notamment le plan psychologique : « *ça serait d'être là, de faire l'accouchement mais aussi d'accompagner psychologiquement, ouais en fait tout quoi, d'être là pour tout, c'est-à-dire de A à Z, d'être là sur le plan psychologique* ». Cette présence et disponibilité de la sage-femme auprès des femmes et des couples ont également été évoquées par la SF C qui a décrit son rôle par : « *c'est*

d'accompagner, que ce soit ou par la parole, parfois par un geste, ou parfois par rien [...] de montrer qu'on est disponible. Si on peut faire quelques chose, et sinon respecter le silence quoi ». Pour terminer, la SF G a décrit l'importance de la sage-femme pour soutenir psychologiquement les femmes et les couples confrontés à ces situations spécifiques en expliquant que « *c'est d'arriver à les aider au mieux en fonction d'où ils en sont dans leur tête* ».

3.2 Les moments émotionnellement clés pour les sages-femmes

3.2.1 La confrontation initiale de la sage-femme à une situation de MFIU ou d'IMG

La majorité des sages-femmes interrogées a décrit le moment de la relève entre professionnels comme un moment particulier où elles ont appris la potentielle prise en charge d'une situation impliquant une MFIU ou une IMG. La SF A a déclaré se sentir « *quand même un petit peu mal à l'aise parce que c'est toujours des situations difficiles* », tandis que la SF D a notifié qu' « *en général à la relève c'est toujours un peu le moment de se dire bon ben qui va la prendre en charge, qui va s'en occuper, et en général [...] on se bat pas pour prendre cette patiente là en charge, parce qu'on sait que ça va être une journée difficile et une journée qui va, mine de rien, nous demander beaucoup d'énergie, même psychologique* ». Pour la SF H, il s'agit d'un moment particulier puisqu' « *on apprend qu'on va prendre en charge un couple dont le bébé est décédé, où du coup il y a un peu une préparation mentale, [...] il va falloir s'adapter à ce couple qui est en deuil* », « *quand j'apprends qu'il y en a une, je me dis que c'est quand même quelque chose de particulier, donc euh... est-ce que je me sens de la prendre ou pas, en fonction de... de l'humeur du jour* » a exprimé la SF B.

Face à cette première confrontation, les réactions des sages-femmes sont plutôt diverses. Trois sages-femmes ont tendance à se porter volontaire pour prendre en charge la situation présente. Il s'agit de la SF C qui a évoqué sa volonté d'être aidante pour les femmes et les couples, un investissement qui lui apporte un sentiment d'utilité : « *je suis attirée par le fait de pouvoir être aidante, peut-être que pour moi ça me... ça me fait me rendre utile, un peu plus peut être* ». La SF F a expliqué ne pas avoir de réaction différente lors de la prise en charge d'une situation plus classique en salle de naissance que dans les cas d'IMG ou de MFIU : « *je n'ai pas du tout de mal par rapport à ça [...] le côté humain, j'aime*

ce relationnel que je trouve auprès des patientes, [...] j'essaie de faire mon job au mieux auprès de ces couples-là, comme les autres qui vont avoir un enfant vivant ».

Pour les autres sages-femmes, les réactions sont plus ambivalentes face aux situations de MFIU et d'IMG qui se présentent lors de la relève. Les SF G et E ont notamment expliqué leur réticence par : *« j'ai pas envie mais d'un autre côté... enfin disons que de temps en temps je trouve que c'est bien d'y être confrontée mais après pas trop souvent [...] on y va toujours avec le recul mais après une fois qu'on est avec les gens et qu'on vit la situation je trouve que ça... je suis contente de leur apporter »* (SF G). La SF E quant à elle a dit : *« ça ne me dérange pas d'en prendre quand il faut euh... quand j'en ai pas fait depuis longtemps »*. Enfin, la SF H a complété par : *« je dirais pas que je me mets en retrait ou en avant particulièrement. Je vais pas être la sage-femme qui dit ok je m'en occupe [...], sauf si je sais que j'ai une collègue qui a déjà géré plusieurs fois ça, [...] si jamais je sais que c'est compliqué pour quelqu'un en ce moment, je vais y aller. Mais spontanément je vais pas dire oui trop cool je prends cette femme quoi »*.

Il est à noter que deux sages-femmes ont évoqué une réticence à prendre en charge les situations d'IMG. La SF H a expliqué cela par : *« la mort fœtale c'est quelque chose de naturel, et l'IMG on induit la mort de ce bébé volontairement, et donc moi j'ai toujours un problème là-dedans »*. En ce qui concerne la SF C, il s'agit plus spécifiquement d'une réticence vis-à-vis des situations d'IMG incluant un fœticide : *« Parce que autant les morts fœtales tout ça, je suis plutôt à l'aise, autant les IMG tout dépend de l'IMG. Avec les fœticides par contre ça me rend malade. J'aime pas ! »*.

3.2.2 L'annonce de la MFIU ou d'une pathologie fœtale en cas d'IMG

L'étude portant sur les situations de MFIU et d'IMG en salle de naissance uniquement, le moment de l'annonce d'une MFIU ou d'une pathologie fœtale précédant une IMG ne faisait pas directement partie des entretiens. Malgré cela, il est à noter que quatre sages-femmes ont évoqué spontanément ces moments comme émotionnellement intenses. Ainsi, c'est sans hésitation que la SF C s'est exclamée *« l'annonce quoi ! L'annonce »* pour évoquer le moment le plus difficile pour elle, rejoignant le discours de la SF I : *« Alors la mort fœtale euh, la mort fœtale... en fait c'est vraiment l'annonce je pense, qui est difficile »*.

Deux sages-femmes ont utilisé des mots forts pour décrire le ressenti et les réactions des parents lors de l'annonce de la MFIU ou d'une pathologie fœtale : « *c'est un moment tellement... mais même traumatisant c'est un mot encore trop faible pour décrire [...] c'est quelque chose d'inimaginable en termes de bouleversement psychologique et d'émotions* » (SF D) ; « *à l'annonce d'un deuil anténatal à 40 semaines, là c'est les cris, l'horreur euh... ouais, on vient de leur planter un poignard là* » (SF F). Ainsi, faire face à un tel bouleversement émotionnel des parents rend ces situations complexes pour ces sages-femmes qui se sont dit marquées « *moi ça m'avait vraiment marqué quoi, et cette dame quand on lui a annoncé, on l'a entendu hurler dans tout le service de salle de naissance* » (SF D) ; « *ces moments de l'annonce qui sont plus... plus marquants et plus difficiles, plus que le reste derrière. Parce qu'il y a déjà eu un travail un petit peu de fait, un cheminement, un peu* » (SF F).

3.2.3 La dualité IMG et MFIU : le fœticide difficilement vécu par les sages-femmes

Parmi les neuf sages-femmes ayant participé aux entretiens, huit d'entre elles évoquent le fœticide comme un moment émotionnellement intense lors de la prise en charge d'une IMG. Sans le nommer directement, la SF B a tout de même évoqué le fœticide comme un moment particulier pour elle : « *dans l'IMG c'est différent dans le sens où l'enfant il est en vie [...] au début. Donc je pense qu'il y a des moments clés aussi peut-être au moment où l'enfant passe de vie à trépas* ». En ce qui concerne la SF C, elle a évoqué ses difficultés émotionnelles lors de la prise en charge des patientes ayant recours au fœticide : « *je ne veux plus quoi ! Enfin ça, ça me... c'est compliqué. [...] LE fœticide c'est vraiment le truc quoi qui... provoque, je sais pas, à la fois un stress et de la tristesse* ». Elle a poursuivi par : « *enfin le geste, moi c'est vraiment ça hein, je bloque en fait, enfin je bloque, ça veut pas dire que je ne suis pas d'accord, ça veut dire que c'est quelque chose qu'il m'est difficile de prendre en charge un couple qui doit faire cette action-là* ». Elle a ainsi expliqué que ces difficultés émotionnelles, auxquelles elle est confrontée au moment du fœticide, l'amènent ainsi à être en difficulté dans la prise en charge de la patiente et donc à y être réticente.

De plus, deux sages-femmes ont expliqué que le moment du fœticide correspond à un moment émotionnellement intense pour les parents de l'enfant et donc pour elles également : « *ce moment-là il est terrible parce que les patients ils sont en proie à plein*

d'émotions [...] . Donc ce moment, pour moi aussi c'est un moment clé » (SF D) ; « c'est vraiment un moment difficile quand même, je pense, pour les gens et puis pour nous » (SF I). Tout comme la SF G, la SF E a évoqué le fait que : « c'est quand même un moment particulier ».

3.2.4 L'accouchement et la naissance de l'enfant

Décrit par la majorité des sages-femmes comme émotionnellement intense, le moment de l'accouchement et de la naissance de l'enfant mort est aussi un instant singulier. Ainsi, la SF I a dit ne pas éprouver de difficulté lors du suivi de travail des patientes, mais à propos de l'accouchement elle a expliqué : « c'est l'accouchement [...] qui est plus un moment clé finalement. Mais pas le travail en soit » ; « la naissance, si vraiment le moment où on accueille quoi » a également été évoqué par la SF C comme un moment intense.

Alors que le décès de l'enfant in utero peut paraître abstrait pour le couple comme pour la sage-femme, la naissance de l'enfant décédé peut être vécue comme une confrontation à la réalité de la mort. Ainsi, lorsqu'elle a évoqué « l'expulsion », la SF G a exprimé l'intensité de l'instant par le fait qu'il devienne « concret ». La SF F a aussi insisté sur le fait que « ce moment de l'expulsion est quand même un moment charnière... ». Cette-dernière a notamment exprimé sa gêne dans les situations où les femmes expulsent seules et se retrouvent seules face à cette réalité : « ce qui me gêne, [...] que ce soit avec moi ou avec d'autres de mes collègues, des mères se retrouvent à accoucher toutes seules, dans le box ».

Au-delà de l'intensité émotionnelle précédemment évoquée, trois sages-femmes ont exprimé la complexité de ce moment. Ainsi, la SF H a dit : « il y a le moment de la naissance, de l'accouchement en lui-même, où émotionnellement c'est compliqué », tout comme la SF E pour qui « c'est vraiment l'expulsion qui est plus difficile ». Pour terminer, la SF D a utilisé un vocabulaire fort pour qualifier cet instant : « c'est terrible de ce dire que cette dame elle va accoucher d'un enfant mort ».

3.2.5 La préparation du corps et la présentation de l'enfant

Bien que très différents, la préparation du corps et la présentation de l'enfant aux parents sont deux instants étroitement liés ; qui se rejoignent dans les paroles des participants à l'étude. En effet, pour les six sages-femmes ayant évoqué ces deux moments comme émotionnellement intenses, l'objectif est commun en ce qui concerne l'enfant : « le

présenter de la plus belle manière possible » (SF B). Aussi, la SF B a évoqué la présentation de l'enfant comme un moment unique, une rencontre qu'elle essaie de rendre belle et de positiver au maximum pour le couple comme pour elle-même : « pour moi c'est quand on va présenter l'enfant aux parents, la première fois. J'ai pas envie qu'ils aient une mauvaise image du bébé, donc j'ai envie de le présenter de la plus belle manière possible. [...] je dis toujours que le bébé il est beau, parce que je pense que les mots qu'on utilise ça les marque ».

Pour les autres sages-femmes, l'objectif est également de préparer au mieux le corps de l'enfant pour ensuite le présenter aux parents dans de belles circonstances, cependant elles ont décrit certaines appréhensions quand à ces deux étapes. La crainte la plus relevée lors des entrevues était celle de l'état dégradé de l'enfant à la naissance ou « d'abîmer » l'enfant plus qu'il ne l'était déjà lors des soins, de mal faire lors de sa préparation et ainsi le rendre moins visible pour les parents : « j'ai du mal avec euh [...], c'est pour les soins, après pour les soins au bébé. Pour les photos qu'on fait après, [...] enfin comment s'occuper et faire les soins du bébé sans trop l'abîmer » (SF G). De son côté la SF I a évoqué une situation vécue pour exprimer ses difficultés : « Donc on lui a fait de belles empreintes avec ce qu'on pouvait faire quoi, euh voilà. Mais ça c'était quand même difficile. Parce que personne peut s'imaginer que c'est impossible de ne pas voir, que c'était pas un enfant en toute pièce ». L'état dégradé de l'enfant lors de sa naissance est aussi une crainte pour la SF F qui a dit : « quand les enfants vont sortir, quand les parents ont vraiment envie de voir leur bébé et que, nous quand on le voit arriver on se dit « Waouh », ça va être difficile pour eux de voir euh... enfin, on imagine que ça va être difficile, qu'ils avaient peut être espéré un enfant en meilleur état entre guillemets de visibilité ».

Enfin, c'est lors de la prise en charge d'une situation de MFIU que la SF H a vu le corps d'un défunt pour la première fois, un moment marquant pour elle sur lequel elle est revenue et a dit : « je suis restée avec l'aide-soignante pour faire tous les soins au bébé, les empreintes, tout ça. Et là en fait j'étais un peu choquée quoi [...] c'était aussi la première fois que je voyais un mort de ma vie. [...] émotionnellement c'est compliqué parce qu'il faut s'occuper d'un corps, il faut potentiellement le présenter à ses parents», la préparation du corps de l'enfant et sa présentation restent pour elle des situations difficiles.

3.3 Le ressenti émotionnel des sages-femmes et ses manifestations physiques

3.3.1 La tristesse

La tristesse était le sentiment le plus évoqué au cours des entretiens. Huit sages-femmes ont expliqué ressentir de la tristesse ou avoir eu des manifestations émotionnelles physiques en rapport avec ce sentiment. Ainsi, la SF A a dit : « *bien sûre il y a eu des cas plus douloureux* », elle a ajouté « *ça m'a particulièrement touchée* » en relatant l'une de ses expériences vécue lors de l'accompagnement d'une IMG. La SF C a dit ressentir « *de la tristesse* » lors de ces prises en charge, elle a précisé en plus que « *Le fœticide c'est vraiment le truc quoi qui... provoque, je sais pas, à la fois un stress et de la tristesse* » ; « *c'est tellement bouleversant [...] c'est certes de la peine et de la tristesse qu'on ressent* » a expliqué la SF D, tandis que la SF E a dit : « *Emotionnellement je trouve que c'est... difficile. [...] Parce que ça me touche plus en fait* » en évoquant la prise en charge des situations d'IMG ou de MFIU en salle de naissance. La SF F a ainsi expliqué être touchée par ces situations : « *il y a des histoires de femmes qui m'affectent au quotidien, enfin qui m'affectent, qui touchent c'est plutôt le terme, ça me touche tout ce qui leur arrive à ces couples et à ces mamans* ». Enfin, la SF H a expliqué se sentir triste face à ces situations : « *moi déjà j'ai toujours de la tristesse. Parce que la mort d'un enfant ça me rend toujours triste* ».

Au-delà de la tristesse ressentie par la majorité des sages-femmes, certaines ont expliqué avoir déjà eu des manifestations émotionnelles physiques, telles que des larmes par exemple, comme l'a exprimé la SF C : « *Ça m'est arrivé d'avoir des larmes* ». Il va de même pour la SF G qui a dit : « *il y a des fois où ouais j'avais un peu la petite larme à l'œil avec les gens quoi, tu sais c'est difficile. [...] malheureusement c'est plus fort que nous quand tu as ta collègue aussi qui craque un peu forcément c'est difficile* » ou encore la SF H : « *Moi j'ai pleuré ! [...] En fait je retenais, je retenais, et puis quand j'ai vu qu'elle elle pleurait je pense que j'ai tout lâché et... donc voilà ça m'a fait pleurer* ». La SF I a expliqué que : « *au tout départ je pleurais beaucoup, [...] on se retient un peu devant eux voilà, mais après quand on sort et ben nous aussi ça sort* ». Pour ces quatre sages-femmes, les pleurs et les larmes ont été la manifestation physique de leur tristesse, survenue pendant la prise en charge de la situation d'IMG ou de MFIU, mais toujours en l'absence du couple ou de la femme. Ces moments de tristesse ont ainsi eu lieu auprès de l'équipe soignante ou dans une salle isolée du service. Deux autres sages-femmes ont

également expliqué avoir eu ce genre de manifestation physique, ayant cependant eu lieu après la prise en charge, lors du retour à domicile, comme l'explique la SF F : « *Mais c'est vrai que parfois il va y avoir une émotion qui fait que ben ouais on aura besoin de... de pleurer, surtout, enfin moi je m'interdis de pleurer en présence des patients hein, c'est pas mon enfant qui est là mais [...] même encore il m'arrive de pleurer après coup mais j'en... enfin oui de verser un peu de larmes mais... ça me... ça me gêne pas, parce qu'il faut évacuer ça* ».

3.3.2 Le sentiment d'impuissance

Les récits de quatre sages-femmes évoquaient un sentiment d'impuissance quant à l'accompagnement d'IMG et de MFIU. A ce propos, la SF D a dit : « *qu'on sait pas du tout comment se positionner, on sait pas quoi dire, [...] dans ces moments-là je pense qu'on est un peu... on sait pas trop comment se positionner quoi [...] c'est difficile de trouver les bons mots* ». Les SF G et H ont respectivement expliqué : « *parce que du coup tu ne sais pas où te placer toi* » ; « *Et du coup on sait pas comment se positionner par rapport aux gens surtout* ». Enfin, en évoquant la prise en charge d'une situation de MFIU, la SF F a exprimé son impuissance par : « *je me suis sentie démunie* ».

3.3.3 Les sentiments de crainte ou d'appréhension

Face aux situations d'IMG ou de MFIU vécues en tant que professionnel en salle de naissance, cinq des sages-femmes interrogées ont évoqué des sentiments liés à la crainte et à l'appréhension. Ces sentiments font ainsi parti de ceux les plus souvent exprimés dans les entretiens. Ainsi, deux sages-femmes ont exprimé respectivement des sentiments de peur quant à la prise en charge administrative de ces situations : « *on a toujours peur d'en oublier, de pas faire comme il faut* » (SF E) ; « *Où j'aurais le plus d'appréhension par rapport à la prise en charge de ces patientes, c'est par rapport à la traçabilité, aux papiers, de peur de peut-être pas faire comme il faut* » (SF F).

Les SF D et F ont quant à elles expliqué ressentir de l'appréhension avant la rencontre avec la femme ou le couple impliqué : « *et puis je pense qu'aussi en tant que jeune diplômée, j'ai un peu plus d'appréhension avec ce genre de situation [...] ça m'arrive des fois d'appréhender, et ça... un peu moins que quand j'étais étudiante où là j'y pensais assez souvent, je me disais peut être que ce matin il y aura une IMG ou autre chose, mais j'y pense quand même de temps en temps. Alors je sais pas si c'est dû à mon expérience*

encore jeune ou pas, mais ouais ça m'arrive » (SF D). Elle rejoint par ses paroles la SF H qui a dit : *« j'ai toujours cette appréhension de comment va être le couple psychologiquement, comment il va falloir s'adapter pour les accompagner dans ce qu'ils sont en train de vivre du mieux qu'on peut, et on sait pas qui ils ont vu avant, ce qu'on leur a dit tout ça »*.

Enfin, trois sages-femmes ont exprimé des sentiments d'angoisse en repensant aux situations prise en charge. En abordant la prise en charge du fœticide en salle de naissance, la SF C a dit : *« c'est vraiment le truc quoi qui... provoque, je sais pas, à la fois un stress et de la tristesse »* ; tandis que la SF H a expliqué : *« je savais pas vraiment comment prendre en charge et du coup ça m'angoissait un petit peu »*. Pour terminer, la SF F a expliqué avoir besoin de revenir sur les situations vécues afin d' *« évacuer un petit peu, peut-être le stress euh... l'angoisse »*.

3.3.4 Les sentiments violents

Dans le récit de quatre sages-femmes, un sentiment de violence était perçu lors de l'évocation des IMG et MFIU à prendre en charge en salle de naissance. Parmi ces quatre sages-femmes, trois faisaient partie de la catégorie des professionnels ayant moins de cinq années d'expérience en tant que sage-femme.

Ainsi la SF D a dit : *« et ce moment-là il est terrible [...] c'est terrible de ce dire que cette dame elle va accoucher d'un enfant mort »* ; tandis que la SF F a expliqué : *« c'est les cris, l'horreur euh... ouais, on vient de leur planter un poignard là »* en ajoutant ensuite que ces situations peuvent provoquer pour les parents *« un traumatisme de violence ou de brutalité »*. Face à ces situations, la violence ressentie est telle que la SF D l'a qualifiée comme *« quelque chose d'inimaginable [...] une autre dimension »*.

Le sentiment de violence était aussi mis en évidence dans le récit de la SF H, confrontée pour la première fois à la mort : *« ça a été assez brutal [...] Et là en fait j'étais un peu choquée quoi, [...] c'était aussi la première fois que je voyais un mort de ma vie »*. Le terme *« brutal »* était également présent dans les paroles des SF F et G.

3.3.5 La culpabilité

La culpabilité était un sentiment évoqué directement ou perçu dans les récits de quatre sages-femmes sur neuf. La SF F a exprimé de la culpabilité en évoquant ses propres

paroles qu'elle jugeait non appropriées pour une patiente dans une situation médicale complexe : « *moi je m'en suis voulue un peu* ». Il s'agissait du même type de situation expliquée par la SF G : « *il y a des fois où on a fait des boulettes [...] j'ai fait un lapsus [...] des trucs tous bêtes mais c'est des phrases que tu peux pas trop dire quoi* ». Pour sa part, la SF D s'est sentie coupable de ressentir et donc de transmettre des émotions négatives aux parents : « *on essaie de se contenir, parce qu'en même temps on se dit qu'on n'est pas là pour transmettre aussi notre tristesse aux gens qui en ont déjà assez à subir comme ça* ».

3.3.6 Le questionnement

3.3.6.1 La remise en question sur sa pratique professionnelle

La remise en question des sages-femmes sur leur propre pratique était un sujet très présent dans les entretiens. Face à une situation d'IMG ou de MFIU, six sages-femmes ont exprimé leur questionnement sur la façon dont elles ont pris en charge la femme ou la couple : « *on se dit et bien qu'est-ce que j'aurais pu mieux faire ?* » a expliqué la SF A. Cette peur coupable est également retrouvée dans l'entretien de la SF E qui a dit : « *on a toujours peur [...] de pas faire comme il faut* » ou encore celui de la SF I : « *Parce que des fois je me disais que j'aurais pu faire mieux, voilà. Une remise en question quoi* ». Il va de même pour la SF B qui a dit « *je pense que la première fois, on ne sait pas très bien encore parler aux gens, qu'on utilise peut être pas les bons mots ou... qu'on est peut être trop euh... on a peut-être trop de termes médicaux, alors qu'il faudrait leur dire des choses beaucoup plus simples* ». La remise en question sur l'utilisation des mots était aussi l'une des préoccupations de la SF C ; elle a exprimé le fait d'avoir « *beaucoup de questionnement en fait. Ça me questionne beaucoup sur la façon dont on fait [...] parfois j'avais l'impression que je posais des questions bêtes ou quoi aux gens qui vivaient ça quoi* ». Très marquée dans le discours de la SF D, cette remise en question sur ses propres pratiques a lieu en fin de garde, après la prise en charge : « *je pense qu'on gamberge beaucoup, on se remet beaucoup en question aussi quand on sort de garde, sur la façon dont on s'est comporté, l'attitude qu'on a eu, les mots qu'on a dit, est-ce que c'était les bons, est-ce qu'on a fait ce qu'il fallait, est-ce qu'on a fait tout ce qu'on pouvait, est-ce qu'on a eu la bonne place, le bon positionnement, je pense qu'il y a une grosse phase de remise en question quand on rentre chez nous* ».

3.3.6.2 *Le questionnement éthique personnel*

Au cours des entretiens, quatre sages-femmes ont expliqué adopter une réflexion éthique et se poser des questions d'ordre personnel lors de la prise en charge des IMG spécifiquement. C'est le cas de la SF C qui a expliqué : « *forcément je me mets dans la situation et je me dis ben tiens, dans telle situation, comment moi j'aurais pu réagir, parfois c'est surtout ça. Et ça me pose vraiment des questions après un peu... enfin je me mets à me poser des questions un peu éthiques, je sais pas ça remet plein de choses en question* ». Ce type de questionnement a aussi été abordé par la SF D : « *Et il y a aussi des réflexions sur nos façons de voir aussi la vie, et d'envisager les choses aussi, on se dit à la place de ces gens qu'est-ce que j'aurais fait comme choix, est-ce que j'aurais fait les mêmes choses, [...] ça impacte aussi nos propres réflexions je pense* ». Par un phénomène d'identification face aux situations d'IMG prises en charge, la SF F a expliqué qu' « *Elles m'ont fait me poser des questions euh... est-ce que moi si je m'étais retrouvée face à un enfant avec un diagnostic de trisomie 21, par exemple hein...ce qui est, je veux dire, peut-être le plus commun dans les causes d'IMG, qu'est-ce que moi j'aurais fait. Euh... c'est ça qui me fait poser des questions* ». Enfin, pour la SF H, la réflexion éthique autour de l'IMG n'est pas liée à un phénomène d'identification personnelle dans les situations prises en charge, mais plutôt à un sentiment de culpabilité, la culpabilité d' « *être un peu responsable de la mort de cet enfant* » ; « *enfin un fœticide, c'est on tue un être humain, comme il y a « icide » à la fin voilà, et du coup pour euh... enfin moi en tant que sage-femme, je suis devenue sage-femme pas pour euh... enfin pour accompagner la vie et la mort mais pas pour l'a... je sais pas comment dire, pas pour être un peu responsable de la mort de cet enfant, même si c'est les parents qui choisissent, moi j'ai parfois comme un sentiment un peu amer de culpabilité, même si en fait j'y peux rien, mais je sais pas il y a un peu ça* ».

3.4 Les déterminants du ressenti des sages-femmes

3.4.1 La fréquence des situations prises en charge

La fréquence des situations d'IMG et de MFIU et la répétitivité de leur prise en charge est l'un des éléments les plus abordés par les sages-femmes interrogées. Sept sages-femmes ont parlé de cette notion en rapportant la fréquence et la régularité de ces situations, mais pour chacune, le ressenti face à cette fréquence de prise en charge est

divergent. Les deux sages-femmes n'ayant pas abordé cette notion étaient celles dont l'expérience professionnelle était la moins longue.

Trois sages-femmes ont abordé la fréquence de prise en charge de façon neutre. C'est le cas de la SF A : « *effectivement oui ça arrivait, bien sûre oui, plusieurs fois par an [...] ça arrivait régulièrement* ». La SF I a également évoqué cette fréquence : « *pour moi c'est habituel quoi [...] c'est tellement fréquent* ».

Trois autres sages-femmes ont exprimé leur perception négative de la prise en charge répétée des situations d'accompagnement d'IMG ou de MFIU. Ainsi, la SF G a expliqué : « *de temps en temps je trouve que c'est bien d'y être confrontée mais après pas trop souvent* » et a ajouté : « *Je me dis toujours j'espère qu'à la prochaine garde je n'aurai pas une IMG quoi, pour laisser passer un peu de temps, pour digérer* ». La SF E a dit : « *Après des fois on en a beaucoup d'affilée, et il y a une période où j'en avais eu fait deux semaines de suite, après j'ai dit non c'est bon je passe la main* ». Enfin, la SF C a expliqué vivre très négativement la répétitivité des situations d'accompagnement: « *Parce que c'est l'accumulation. Ça fait un ou deux, après quand ça fait dix...* ». Ces trois sages-femmes avaient une expérience professionnelle en salle de naissance comprise entre six et dix ans.

3.4.2 L'expérience professionnelle

3.4.2.1 L'expérience professionnelle des sages-femmes et la prise en charge pratique des IMG et MFIU

En corrélation avec le nombre d'années d'expérience en tant que professionnelles, la majorité des sages-femmes interrogée a exprimé une évolution favorable et plus aisée quant à sa pratique professionnelle lors de la prise en charge d'une IMG ou d'une MFIU. En effet, la SF A a dit : « *avec en plus, plus de 20 ans d'expérience derrière en plus, je pense que oui je pourrais être plus performante là-dedans [...] bien sûr on évolue à chaque fois qu'on est confronté à ce genre de situation* » tandis que la SF B a expliqué : « *je pense que la première fois, on ne sait pas très bien encore parler aux gens [...] j'utilise un meilleur langage* ». Pour revenir sur la prise en charge pratique, la SF C a noté une nette évolution en expliquant avoir eu plus de difficultés auparavant, lorsque son expérience professionnelle était moins importante : « *je pense qu'il y a eu vraiment des changements. C'était plus dur, ouais, je trouve* » ; c'est le cas également de la SF E qui, au-delà de son expérience plus forte, a corrélié la facilitation des prises en charge avec sa

propre maternité : « *Je me sens plus à l'aise et... et bizarrement je trouve ça plus facile depuis que je suis maman [...] ça m'aide plus en fait, [...] je suis passé de l'autre côté, je me dis « je sais ce que c'est ».* Cette impression d'avoir plus de facilités a aussi été évoquée par la SF G, elle a dit se sentir : « *maintenant avec les années plutôt à l'aise* » dans la prise en charge pratique des IMG et MFIU.

Ayant très peu d'expérience pratique, la SF D a expliqué : « *je pense qu'aussi en tant que jeune diplômée, j'ai un peu plus d'appréhension avec ce genre de situation que des sages-femmes qui ont beaucoup d'expérience et qui en ont vécu beaucoup malheureusement* », elle a cependant noté une évolution dans sa pratique entre la prise en charge de ces situations en tant qu'étudiante et celles vécues depuis l'obtention de son diplôme : « *un peu moins que quand j'étais étudiante où là j'y pensais assez souvent* ». De plus, la SF H a noté une évolution favorable par l'acquisition d'expérience professionnelle : « *je suis quand même une jeune sage-femme mais j'ai quand même un peu plus d'expérience que quand j'étais étudiante, donc du coup j'ai peut-être plus confiance en moi là-dessus, et en ma capacité d'accompagner les gens, je pense. [...] je suis peut-être plus familière de la prise en charge, un peu des protocoles, tout ce qui peut être proposé au couple ou non. Je pense que oui, avec un peu de bouteille on arrive mieux à accompagner les gens quoi* ».

3.4.2.2 *L'expérience professionnelle des sages-femmes et leur ressenti émotionnel*

Si la prise en charge pratique des situations de MFIU ou d'IMG semble évoluer favorablement avec l'acquisition de l'expérience, le discours des sages-femmes était plus divergent quant à l'amélioration de leur ressenti émotionnel avec l'expérience professionnelle.

Ainsi, seule la SF I a évoqué une évolution favorable de son ressenti grâce à son expérience (entre six et dix ans) : « *Ben disons que maintenant avec les années, [...] j'ai l'impression d'arriver à plus faire la part entre vie professionnelle et vie personnelle* », elle a cependant ajouté « *c'est pas facile [...]* » et a expliqué encore connaître des manifestations émotionnelles marquées : « *Voir les gens s'effondrer, tout ça, ben... on se retient un peu devant eux voilà, mais après quand on sort et ben nous aussi ça sort* ».

La SF G a expliqué que malgré ses années d'expérience, son ressenti émotionnel ne semble pas connaître d'évolution face aux situations d'IMG ou de MFIU : « *ça on contrôle pas. Ouais après on contrôle pas, c'est soit sur le moment on est professionnel*

vraiment, soit des fois le côté... pas personnel mais le côté émotionnel prend le dessus. C'est pas... bon après je me reprends vite en mains mais voilà, il y a des fois tu... malheureusement c'est plus fort que nous quand tu as ta collègue aussi qui craque un peu forcément c'est difficile ». C'est le cas également de la SF D qui a dit : « *même si on dit qu'avec l'expérience on se blinde, et qu'on arrive à prendre plus de recul, je sais pas moi je l'ai pas encore constaté parce que je suis une jeune diplômée* ». Toutes deux avaient une expérience professionnelle inférieure à cinq ans lors des entretiens.

Enfin, trois sages-femmes ont expliqué avoir d'avantage de difficultés émotionnelles avec le temps, et toutes ont mis en relation ces difficultés avec leur maternité. Parmi elles, deux sages-femmes avaient une expérience professionnelle comprise entre six et dix ans, et une pratiquait la profession de sage-femme en salle de naissance depuis plus de dix ans. Ainsi, au sujet de son ressenti, la SF B a expliqué : « *ça je pense que c'est plus de l'ordre du personnel, c'est aussi le fait de avant d'être maman, après être maman. [...] Dans le sens plus exacerbé quoi. Plus qu'avant quoi* ». Cet avis était rejoint par la SF E : « *Ben je prends plus les choses à cœur maintenant qu'avant. En fin de compte une mort fœtale, avant d'être maman, bon ben voilà... et en fait quand on est maman on voit les choses différemment parce qu'on n'a pas envie que ça nous arrive. Donc plutôt à l'inverse, le fait d'être maman rend les choses plus difficiles* ». Pour finir, la SF F a exprimé ses difficultés émotionnelles après être devenue maman : « *Mes réactions émotionnelles, c'est ce que je disais tout à l'heure, ont évolué dans le temps à partir du moment où je suis devenue maman. La maternité a changé mon point de vue [...] avant je le vivais avec peut être beaucoup plus de recul, après quand je suis devenue maman, [...] c'était une lourde charge pour moi de m'occuper de ces mamans euh... c'était plus difficile* ».

3.4.3 L'impact du type de situation sur le ressenti des sages-femmes

La majorité des sages-femmes ayant participé à l'étude a abordé des différences de ressenti selon le type de situation accompagné, MFIU ou IMG. Ainsi, la SF A a expliqué que « *c'est toujours des situations difficiles, après ben ça dépend eu... ça dépend des couples, ça dépend des raisons de... Il y a, il y a différents cas de figure quoi* ».

Pour deux des sages-femmes, les difficultés émotionnelles sont plus marquées lorsqu'elles sont confrontées à la prise en charge d'une MFIU. La SF G a expliqué ceci par la soudaineté de la MFIU : « *il y a des côtés émotionnels qui dépendent beaucoup de la circonstance de... déjà les morts fœtales c'est toujours plus difficile que les IMG aussi,*

en général c'est brutal. Alors que les IMG c'est un choix parental, disons que... voilà les gens ils sont plutôt d'accord avec ». Cette complexité est également notifiée par la SF I : « Je pense que c'est différent, parce que c'est quand même une décision qu'ils ont pris. Du coup c'est beaucoup plus compliqué, enfin... c'est quand même moins compliqué que la mort fœtale psychologiquement je pense ».

A l'inverse, trois sages-femmes ont expliqué avoir une exacerbation de leur ressenti émotionnel lors de l'accompagnement d'IMG en particulier : « *dans l'IMG c'est différent dans le sens où l'enfant il est en vie euh... quand euh... au début* » s'est expliquée la SF B, tandis que pour la SF H « *il y a une différence entre les morts fœtales et les IMG, pour moi, parce que la mort fœtale c'est quelque chose de naturel, et l'IMG on induit la mort de ce bébé volontairement* ». Enfin, pour la SF C, l'IMG lui est complexe en terme de ressenti émotionnel, spécifiquement lorsque celle-ci comprend un acte de fœticide : « *Parce qu'autant les morts fœtales tout ça, je suis plutôt à l'aise, autant les IMG tout dépend de l'IMG. Avec les fœticides par contre ça me rend malade. J'aime pas ! Ouais tout dépend du contexte et du cas, en fait. [...] Par contre une IMG sans fœticide, je vais... enfin ça ne va pas me créer la même chose* ».

3.4.4 L'âge gestationnel de la grossesse lors de l'IMG ou de la MFIU

Trois répondantes ont pointé l'âge gestationnel de la grossesse au moment de la MFIU ou de l'IMG comme un élément déterminant de leur propre ressenti. Toutes se sont accordées à dire que le ressenti était intensifié lorsque la grossesse était avancée en âge gestationnel. La SF C a ainsi évoqué une situation marquante pour elle et a expliqué la complexité de son ressenti : « *parce que c'était une IMG avec un fœticide TRES tardif, à 36... le terme en fait, 36 semaines. [...] Donc ça, pour le terme* ». De la même manière, la SF F a décrit, pour elle comme pour le couple, une intensité émotionnelle plus importante en fonction de l'âge gestationnel : « *un deuil anténatal à 40 semaines, là c'est les cris, l'horreur* ». Enfin, la SF G a exprimé de manière explicite la majoration de ses propres difficultés en fonction de l'avancement de la grossesse et de son investissement par la femme ou le couple : « *le terme aussi ça joue beaucoup ! Plus c'est avancé dans la grossesse, souvent plus elle est investie, et plus c'est difficile pour les parents, et plus c'est difficile pour nous. Enfin en tous les cas, plus c'est difficile pour moi. Plus le bébé est grand, gros, avancé en terme, plus... plus c'est difficile quoi. A 17 ou 18 semaines c'est difficile, mais c'est pas... ça fait pas pareil quoi* ».

3.4.5 La maternité des sages-femmes, le passage de l'autre côté

Parmi les neuf sages-femmes interrogées, sept étaient mères d'un ou plusieurs enfants au moment des entretiens. La majorité a spontanément abordé sa propre maternité comme un facteur déterminant de leur ressenti émotionnel. La SF B, s'est dite marquée par l'une des dernières MFIU qu'elle avait accompagnée : *« j'en ai fait une récemment, quand j'étais enceinte, voilà, donc je m'en rappelle pour ça. [...] c'était une mort fœtale, donc oui, oui ça m'avait... parce que du coup j'y pensais à chaque fois vu que j'étais enceinte »*, elle a ajouté : *« du coup le fait d'être devenue maman, ça fait quand même euh... autre chose »* ; *« je pense que c'est plus de l'ordre du personnel, c'est aussi le fait de avant d'être maman, après être maman. [...] Ouais il y a eu des... ouais je pense qu'il y a eu vraiment des changements. C'était plus dur, ouais, je trouve. Par identification, je pense un peu quand même. [...] Dans le sens plus exacerbé quoi. Plus qu'avant quoi »* a expliqué la SF C, mettant en avant un ressenti émotionnel davantage exacerbé et complexe depuis la naissance de ses enfants.

Pour sa part, si elle se sent plus à l'aise en ce qui concerne la prise en charge pratique de ces situations depuis sa propre maternité, la SF E s'est exprimée sur les difficultés plus marquées concernant son ressenti émotionnel : *« je suis passé de l'autre côté, [...] le fait d'être maman rend les choses plus difficiles »*. La SF F a abordé la maternité comme un déterminant de son propre ressenti : *« Après la naissance de mon premier enfant, j'ai vraiment changé de regard par rapport à la prise en charge de... la maternité m'a fait changer de regard par rapport à la prise en charge de ces patientes et de ces patients, enfin de ces couples. [...] Mes réactions émotionnelles, c'est ce que je disais tout à l'heure, ont évolué dans le temps à partir du moment où je suis devenue maman. La maternité a changé mon point de vue sur euh... avant je le vivais avec peut être beaucoup plus de recul, après quand je suis devenue maman, [...] c'était une lourde charge pour moi de m'occuper de ces mamans euh... c'était plus difficile »*.

3.5 Les stratégies de protection mises en œuvre

3.5.1 Le sentiment de satisfaction et d'utilité

Au cours de leur récit, plusieurs sages-femmes ont spontanément abordé l'importance de leur propre satisfaction par rapport à la qualité de l'accompagnement réalisé auprès des femmes et des couples faisant face à une situation d'IMG ou de MFIU. Ainsi, la SF G a expliqué trouver une satisfaction personnelle dans ces situations d'accompagnement,

notamment lorsque les parents faisaient part de leur reconnaissance : « *moi je pars du principe qu'on leur apporte toujours du positif même si c'est une situation comme ça quoi. [...] des fois il y a les cadres qui viennent te voir en disant que les parents ils étaient contents [...] donc je me raccroche qu'à ça* ». La SF F a estimé trouver une satisfaction dans la qualité de l'accompagnement et de la relation avec la patiente accompagnée : « *j'aime ce relationnel que je trouve auprès des patientes, [...] j'essaie de faire mon job au mieux auprès de ces couples-là, comme les autres qui vont avoir un enfant vivant [...] de me dire que ben voilà, déjà j'ai... on a fait notre job, on était là à côté d'elle euh... on les a encadré au mieux de ce qu'on a pu pour ce moment difficile de leur vie* ». Deux sages-femmes ont souligné tirer satisfaction de la prise en charge de ces situations dans le fait d'être utiles et aidantes pour les patientes accompagnées : « *c'est pas que ça me fait plaisir, mais je suis reconnaissante de pouvoir être auprès de ces femmes-là dans des moments aussi difficiles* » (SF D) ; « *je sais pas je suis attirée par le fait de pouvoir être aidante, peut-être que pour moi ça me... ça me fait me rendre utile, un peu plus peut être* » (SF C).

3.5.2 L'auxiliaire de puériculture : un appui nécessaire

L'importance du binôme formé par la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture est un élément qui souligné par les sages-femmes au cours des entretiens. Ces dernières ont expliqué trouver une certaine forme de soutien émotionnel dans la constitution de ce binôme : « *on est avec l'auxiliaire donc on est toujours un binôme, donc on est deux à prendre en charge la situation* » (SF B). De la même manière, deux autres sages-femmes ont relevé cette importance du travail à deux sur leur propre vécu émotionnel : « *ce qui est important c'est notre travail aussi avec l'auxiliaire de puériculture [...] ça joue un rôle important aussi sur le, sur notre... sur notre vécu là sur la situation en fait, quand on se soutient vraiment* » (SF I) ; « *on est deux, il y a l'auxiliaire avec nous et souvent c'est important* » (SF B).

Au-delà de l'aide pratique et technique apportée, les sages-femmes ont insisté sur la nécessité de la présence des auxiliaires de puériculture à leurs côtés comme un appui émotionnel : « *Et ma collègue AP est restée, donc ça j'ai apprécié quoi, [...] elle est restée. Ouais, ouais ouais ! Et on est allées ensuite euh... on a fait les photos, tout ça, on l'a fait ensemble, et on est allées le présenter ensemble. On a vraiment tout fait jusque bout, jusqu'à 22 heures* » s'est exprimée la SF I, répétant à plusieurs reprises le terme

« ensemble » comme une solution pour parer à ces moments émotionnellement complexes.

3.5.3 La solidarité et l'entraide de l'équipe soignante dans la répartition de la charge de travail

Pour quatre des sages-femmes participant à l'étude, l'allègement de la charge de travail en salle de naissance permettait une meilleure disponibilité pour la femme ou le couple vivant une situation d'IMG ou de MFIU, et ainsi une plus grande satisfaction personnelle quant à la qualité de l'accompagnement proposé. Au sein cette maternité de type III dont l'activité est souvent intense pour les sages-femmes en salle de naissance, l'allègement de cette charge de travail passait par la solidarité et l'entraide des autres sages-femmes présentes. Comme pour protéger leur collègue, la SF C a expliqué : « souvent les collègues qui sont là elles nous soulagent du travail à côté. On prend moins de dames, enfin si on a une dame on... les filles essaient de gérer le reste à côté de façon à ce qu'on soit le plus possible disponible », tandis que la SF F a dit : « si cette collègue-là doit reprendre une autre patiente, on va essayer [...] de la protéger quand même, en lui donnant peut être une patiente euh... un travail enfin, qui a priori sera eutocique ». Cette entraide solidaire était un élément aussi évoqué par la SF H : « il y a aussi beaucoup d'entraide dans ce genre de situation de la part des collègues », celle-ci ayant expliqué s'appuyer sur cette main tendue par les autres sages-femmes présentes. Enfin, la SF I, comme la SF F, ont utilisé le terme de « déchargement » pour décrire l'aide organisationnelle apportée par leurs collègues sages-femmes : « elles essaient de nous décharger, si il y a un surplus de travail, [...] elles nous aident de cette manière-là finalement » (SF I).

3.5.4 Les temps de parole bénéfiques pour les sages-femmes

3.5.4.1 Au sein de l'équipe soignante présente

La majorité des sages-femmes interrogées a expliqué avoir régulièrement des échanges avec l'équipe soignante présente au moment de la prise en charge de la situation, en particulier avec les deux autres sages-femmes exerçant en salle de naissance : « la première échappatoire qu'on a c'est d'en parler avec les collègues, [...] à l'équipe bien sûr. Parce qu'elles connaissent ça, et elles peuvent, elles sont plus à même de nous comprendre » (SF F) ; « tu sais on est toujours trois en salle, et on parle toujours entre nous, « alors ton IMG elle en est où ? Ça va les parents comment ils le vivent ? » » (SF G). Ces échanges sont décrits comme bénéfiques par l'ensemble des sages-femmes : « ça

m'apporte, ça fait du bien d'en parler, de pas le garder que pour moi. C'est des échanges qui me sont bénéfiques » (SF E) ; « Ça nous libère, on a l'impression de plus être tout seul » (SF G) ; « c'est important d'en parler avec les sages-femmes. Enfin voilà, moi je me rappelle qu'il y avait cette sage-femme qui est venue me voir dans le couloir [...] Je me suis sentie soutenue, j'étais pas toute seule face à mes sentiments bizarres là, et je me suis sentie comprise » (SF H).

Cependant, elles ont précisé que ces échanges étaient fonction de l'affinité préexistante entre les sages-femmes présentes : « *En fonction des collègues on sait qu'on peut parler* » (SF B) ; « *parfois entre collègues avec qui on s'entend bien, on peut discuter de ce genre de choses* » (SF C). La sage-femme D a également précisé qu'il n'y avait pas de réel partage d'émotion au sein de l'équipe présente : « *je trouve qu'il n'y a pas de retour ou de discussion entre professionnels au moment de la garde. Ça nous arrive des fois d'en parler, ah ben telle IMG j'ai vécu ceci, ou un truc comme ça, mais au moment X et au jour J de la garde, et ben chacune repart chez elle et il y a pas forcément d'interaction là-dessus quoi. Donc euh...voilà, je trouve qu'il n'y a pas beaucoup de partage d'émotion entre professionnels dans ces situations* ».

3.5.4.2 *Au sein de l'entourage personnel*

Au cours des entretiens, six sages-femmes ont abordé le fait d'avoir des échanges avec leur entourage personnel à propos des situations d'IMG ou de MFIU vécues dans le cadre du travail. Deux d'entre elles se tournent vers des ami.e.s de la profession pour en discuter : « *c'est bien d'avoir d'autres copines sages-femmes pour en reparler* » (SF B) ; « *tu rentres à la maison tu appelles ta copine sage-femme de promo* » (SF C). Pour ces temps d'échange, la sage-femme H a aussi expliqué solliciter des ami.e.s exerçant une profession de santé : « *j'ai déjà évoqué avec mon entourage, [...] j'avais une colloc qui était en médecine, donc justement elle comprenait plus mes interrogations, enfin ce que je ressentais tout ça, et donc c'était plus facile d'en parler avec elle* » ; « *souvent quand on vit avec quelqu'un, quand on vit en couple, je pense que quand on rentre de garde, on en parle forcément. On lui dit purée cette journée pas évidente et tout, on partage et même je pense entre amis ou des choses comme ça, surtout entre copines on en parlait beaucoup* » a dit la SF D.

Enrichies d'une expérience professionnelle allant de six à quinze ans, les sages-femmes F et I ont respectivement expliqué rediscuter de ces situations complexes auprès de leur

entourage personnel de manière exceptionnelle, contrairement au moment où elles étaient jeunes sages-femmes : « *J'en parlais beaucoup en étant jeune sage-femme, je crois que je lui refaisais ma garde en totalité à chaque fois et ça le saoulait. Maintenant j'en parle quasiment plus du travail* » (SF F) ; « *au tout départ j'avais l'impression de ramener à chaque fois avec moi le... chaque situation rencontrée, à la maison, enfin j'en parlais à mon conjoint, tout ça. Là, j'ai l'impression d'arriver à plus faire la part entre vie professionnelle et vie personnelle* » (SF I).

3.5.5 La prise de distance par rapport aux situations vécues en tant que professionnel

Comme un moyen de protection pour faire face à ces situations émotionnellement complexes pour elles, la majorité des sages-femmes ont jugé nécessaire de mettre de la distance entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Cette prise de recul a été explicitée par la SF F : « *on arrive à s'en détacher et heureusement pour nous, parce que sinon ce serait peut-être trop lourd à porter comme bagage au quotidien [...] j'ai pas, heureusement, vécu ça dans mon histoire personnelle donc j'arrive à m'en détacher quand même, et à prendre le recul suffisant* ». Tout comme elle, la SF G a dit parvenir à faire la part des choses entre vie professionnelle et personnelle, et ce depuis le début de sa carrière : « *Depuis que je suis étudiante je me suis toujours dit que le boulot c'était le boulot, et que la maison c'était la maison. Et que même s'il y avait des situations tristes, et tout ça, que c'était comme ça, que c'était la vie malheureusement* ». C'est le cas également de la SF B qui a exprimé cette prise de distance par la mise en place d'une bulle de protection psychique : « *je me sentais quand même protégée, je sais pas pourquoi [...] je suis dans une bulle, j'ai comme une barrière, j'ai l'impression que je suis... comme je suis du côté des professionnels, j'arrive à mettre une barrière et à pas penser trop à ma vie perso à côté* ». Ces trois sages-femmes avaient entre 31 et 40 ans avec une expérience professionnelle inférieure à cinq ans pour deux d'entre elles, et entre 11 et 15 ans pour la troisième.

Trois autres participantes ont expliqué essayer de mettre de la distance, avec plus de difficulté cependant et sans obtenir le résultat escompté pour toutes les situations : « *on dit toujours oui il faut garder une distance avec les patientes, garder du recul, mais c'est pas si évident que ça* » a expliqué la SF D. Pour la SF H, « *ça demande un vrai travail sur soi de faire la séparation entre ce que je vis à l'hôpital et ce que je vis chez moi quand*

je rentre avec les gens qui m'attendent. J'essaie de prendre de la distance ». Enfin la SF I s'est exprimé à ce sujet : *« j'ai l'impression d'arriver à plus faire la part entre vie professionnelle et vie personnelle. Même si c'est pas facile ».*

3.6 Les attentes et les besoins exprimés par les sages-femmes

3.6.1 Une plus grande place pour la formation initiale et continue des sages-femmes

A l'unanimité pour les participants aux entretiens, la mise en place d'interventions ciblées sur la prise en charge des IMG et des MFIU dans la formation initiale et continue des sages-femmes est une nécessité. En effet, quatre sages-femmes ont profité d'une ou plusieurs interventions à ce sujet, toutes ont relevé les bénéfices apportés en exprimant le souhait de voir ces interventions se développer davantage. La SF D a expliqué avoir reçu deux interventions au cours de ses études : *« celle de quatrième année, c'était super intéressant, dans le sens où on a pu débattre, on a quand même été un peu sensibilisées à ça, parce que on n'a pas toutes été confrontées à ça en stage. Donc ça nous a quand même permis de parler du sujet, ce qui est bien parce qu'on le fait... on l'a pas fait du tout à d'autres moments de nos études. Et pour ce qui est de l'intervention qu'on a eu en cinquième année, qui était beaucoup plus théorique, c'était intéressant, mais en même temps ça collait beaucoup au protocole d'un endroit particulier et pas vraiment aux recommandations générales ».* Au sujet d'une formation reçue au sein de l'hôpital dans le cadre de sa formation continue, la SF C a déclaré : *« ben moi en fait ça m'a mis un peu plus à l'aise. A me dire qu'en fait... enfin c'était pas forcément... que mon attitude n'était pas forcément inadaptée alors que parfois j'avais l'impression que je posais des questions bêtes ou quoi aux gens qui vivaient ça quoi ».* A propos de cette même intervention, la SF F en a souligné l'importance : *« Je suis en train de me dire que côté formation, si si j'en ai fait une quand même hyper importante au mois de... enfin l'année dernière, j'ai fait « deuil périnatal » » ;* tout comme la SF I qui a apprécié cette formation pour son approche psychologique des femmes et des couples *« j'ai fait il y a pas très longtemps aussi, une formation sur le deuil périnatal. [...] C'était plus la prise en charge oui des parents, on nous a montré des témoignages de parents aussi qui avaient vécu ça. On a beaucoup discuté ».*

Les cinq autres sages-femmes interrogées, quant à elles, n'avaient pas le souvenir d'avoir eu une ou plusieurs interventions au sujet des IMG et MFIU, que ce soit durant de leurs

études ou au cours de leur carrière professionnelle. Tout en dénonçant cette absence de formation, la SF A a exprimé ses regrets de n'avoir pu en bénéficier : « *A l'époque oui j'aurais beaucoup aimé, beaucoup beaucoup* », au même titre que la SF E qui a déclaré : « *A l'école honnêtement je m'en rappelle plus. [...] On avait la théorie de la mort fœtale, oui voilà les protocoles. Mais il n'y a pas vraiment euh... enfin d'intervention sur le sujet. [...] Je trouve que c'est ce qu'il manque à l'école, c'est pas assez fait* ». A ce propos, la SF G a dit avoir connaissance d'une formation existante proposée au sein de son hôpital d'exercice et s'est montrée intéressée pour y prendre part : « *il y a une formation qui existe que j'ai jamais faite mais que j'aimerais bien faire* ». Celle-ci a aussi exprimé son souhait de voir développer les interventions traitant des IMG et MFIU, que ce soit par rapport à la prise en charge psychologique : « *le côté psychologique, où ça je pense qu'on manque un peu de formation sur ça* », comme la prise en charge pratique : « *pour les soins, après pour les soins au bébé. [...] Et ça je pense, tu vois, qu'on manque de... d'une formation ou tout simplement d'une explication pour savoir comment bien prendre les bébés en photos [...] comment on peut s'occuper du bébé, on peut surement mieux faire* ».

Enfin, deux sages-femmes se sont accordées à dire qu'elles souhaiteraient bénéficier de formations spécifiques sur le sujet : « *Pour m'accompagner moi, peut être une formation sur, justement, la prise en charge psychologique, savoir vraiment ce que ressentent les gens, ça serait bénéfique. [...] Est-ce qu'il y a des mots à ne pas dire avec les parents, est-ce qu'il y a justement des choses qui les réconfortent, même pour l'avenir de la patiente, plutôt avoir les bons mots, les bons mots pour accompagner les gens* » (SF B) ; « *des formations spécifiques sur l'accompagnement d'un couple un deuil, je pense que ça ce serait intéressant* » (SF H).

3.6.2 La mise en place de temps d'échanges organisés au sein de l'équipe soignante

La majorité des sages-femmes ayant participé à l'étude a souligné le souhait de voir s'organiser des temps d'échanges au sein de l'équipe soignante. Staff, réunion, débriefing, échanges, feedback, discussion, table ronde... les mots utilisés diffèrent mais rejoignent cette même idée, comme l'a notifié la SF A : « *un débriefing de situations difficiles [...] toute situation qui est compliquée pour le personnel oui, je pense que ça serait bien* ». La mise en place de temps d'échanges a aussi été évoquée par les SF C et E qui ont respectivement dit : « *Je sais pas comme un genre de petit staff, enfin de*

réunion » ; et « ne serait-ce que d'en parler, et puis un débrief ». La SF C a complété cette idée en s'expliquant : « j'aimerais bien, vraiment bien des choses en équipe, des débriefs ouais, [...] pas forcément sur des situations quoi, pas des RMM, juste des... ben je sais pas genre « vous vous sentez comment en ce moment ? Ça va ? Les IMG vous trouvez qu'il y a des choses à changer ? Est-ce que globalement vous vous entendez bien avec l'équipe d'anesthésie ? Machin... » Des trucs comme ça [...] tous ensemble, pas forcément un entretien avec un psy ou quoi. Les deux ce serait le top ».

De son côté, la SF F a jugé nécessaire la mise en place de temps d'échange au sein de l'équipe soignante, avec une personne médiatrice extérieure permettant le développement de la parole et des échanges : *« peut être pouvoir débriefer avec les acteurs de la prise en charge... avec un psychologue qui pourrait faire le lien, un peu comme dans une thérapie de couple hein, mais qui pourrait euh... débriefer [...] ce genre de table ronde où on pourrait [...] débriefer dans certains cas ouais. Avec quelqu'un [...] un rôle de médiateur voilà, un rôle de médiateur et de débriefer euh... des situations compliquées. Après il n'y en a pas beaucoup mais peut être euh... qu'il y ait un référent qui puisse ».* Enfin, un temps de parole a également été imaginé par la SF D, sous une forme différente cependant : *« peut-être plus d'échanges entre la cadre du service et la sage-femme qui a pris en charge le couple. [...] il n'y a pas vraiment de discussion à propos de notre ressenti et du vécu psychologique avec elle, alors que je pense [...] que ça fait aussi partie de son rôle de savoir comment son équipe se sent [...] je pense qu'un feedback avec la cadre serait bien quoi, voir même pourquoi pas avec la sage-femme du diagnostic anténatal ou l'équipe du diagnostic anténatal et le médecin qui a fait le diagnostic ».*

3.6.3 Faire appel à un psychologue

Comme plusieurs des sages-femmes interrogées, la SF G a notifié : *« Je pense que psychologiquement il faudrait peut-être travailler un peu sur moi ».* Si au cours de son récit, celle-ci ne donne pas d'explications supplémentaires sur les moyens qu'elle imagine pour y parvenir, cinq sages-femmes se sont davantage expliquées. Ainsi, comme vu précédemment, la SF F a émis la possibilité de faire appel à un psychologue dont le rôle serait celui d'un médiateur ou liant entre les différents professionnels de santé impliqués.

Par ailleurs, les SF A, D, E et H étaient unanimes quant au besoin d'être accompagnées en tant que professionnels de santé confrontées à des situations complexes : elles ont émis l'idée de faciliter les entrevues individuelles auprès d'un psychologue ; *« on pourrait*

demander d'avoir un entretien avec les psychologues par exemple » a dit la SF D, dont l'idée rejoint celle de la SF E : « faire appel quand même à la psychologue [...] sur certains cas, oui ce serait bien ! Des fois sur des gros cas difficiles, oui avoir de l'aide ce serait bien. Ben... oui un soutien psychologique, et ne serait-ce que d'en parler ». De son côté, la SF A a exprimé le souhait de voir se développer « la possibilité de rencontrer la psychologue du service... ou pas forcément la psychologue du service mais un psychologue de l'établissement qui serait peut-être plus tourné vers l'accompagnement du personnel qui vit des situations difficiles ». Enfin, la SF H a expliqué : « on pourrait proposer aux sages-femmes qui accompagnent ce couple un entretien aussi avec le psychologue ».

3.6.4 Soulagement et aide à la prise en charge administrative des IMG et MFIU

La constitution du dossier administratif lors de la prise en charge des situations d'IMG et de MFIU en salle de naissance était l'un des sujets les plus abordés dans le récit des sages-femmes. Elles sont sept sages-femmes à avoir discuté de cet aspect de la prise en charge comme l'un des principaux points négatifs. Ainsi, la SF B a dit : « *les difficultés, ben la paperasse c'est pas... c'est pas facile* » tandis que la SF D a dénoncé à ce sujet : « *Je trouve que ça aussi c'est l'une des grosses problématiques de la prise en charge de ces situations, c'est tout ce qui est papiers, et tout ce qui est transfert d'information entre les différents services, et entre le couple et nous* ».

Pour la majorité, les difficultés pratiques administratives sont aussi responsables d'un alourdissement de leur propre charge émotionnelle. A l'évocation de l'aspect administratif de la prise en charge, la SF D s'est exclamée : « *c'est un vaste sujet ! C'est un vaste sujet dans le sens où je trouve aussi que c'est l'un des gros gros point négatifs de la prise en charge de ces situations-là. C'est qu'il y a trois tonnes de paperasse, [...] il y a aussi un côté administratif ultra ultra dur et difficile* » tandis que la SF F s'est exprimée : « *je trouve que c'est lourd, que des fois on n'est pas toujours au courant de tout ce qui a été dit ou fait en amont, qu'on n'a pas une traçabilité euh... toujours euh... importante sur le sujet. [...] dans la prise en charge, c'est les... c'est plus les papiers qui me posent soucis, et la prise en charge administrative de ce décès* ». De plus, certaines sages-femmes ont souligné une certaine solitude face à cette charge administrative qu'elles décrivent comme importante « *Moi c'est tout ce qui est, à chaque fois, c'est tout ce qui administratif, je sais jamais trop comment m'en sortir. Je reprends le protocole,*

parce que finalement on en fait beaucoup mais pas assez aussi peut être, je sais pas mais prise en charge administrative. Je pense qu'on est parfois livré un peu à nous même » (SF C) ; « Parce qu'il y a beaucoup de papiers à faire, et que [...] c'est pas les mêmes papiers, donc on a toujours peur un peu d'en oublier, de pas faire comme il faut [...] c'est la partie où on est le moins à l'aise » (SF E).

Afin de parer les difficultés rencontrées, les sages-femmes interrogées ont exprimé certains besoins ou attentes. Quatre sages-femmes ont ainsi fait part de leur souhait d'être davantage aidées administrativement par la personne référente du service : « *clairement il y a tellement de papiers qu'on peut pas gérer tout toute seule et qu'on a besoin aussi d'une aide administrative en plus » (SF D) ; « c'est sûr que l'idéal ce serait que les cadres euh... nous aident euh... voilà qu'elles prennent plus en charge la partie administrative » (SF G) ; « Je pense qu'on est parfois livrées un peu à nous-mêmes » (SF C) ; « nous on a justement la part, vraiment la part émotionnelle des gens à gérer. Donc c'est bien quand, quand tout l'administratif est fait plutôt par l'encadrement, par ce qu'on a d'autres choses à gérer » (SF I).*

De plus, quelques sages-femmes auraient aimé bénéficier d'une plus grande indulgence de la part de la personne référente du service lorsque la partie administrative n'était pas complétée en totalité. C'est le cas de la SF C : « *être justement pas trop regardant là-dessus en se disant ben si elles ont pas abordé le sujet c'est pas qu'elles savent pas faire, c'est que peut être la dame, elle était pas à ce moment-là, apte à répondre à ces questions-là. Et de nous faire confiance dans notre jugement »*. Elle rejoint la SF F qui a aussi été confrontée à ce genre de problématique : « *j'avais pas eu le temps, je pense, de tisser le lien qui fait que j'ai pu m'immiscer dans l'intimité et reposer ces questions difficiles, des obsèques, don du corps »*.

Enfin, certaines sages-femmes ont jugé nécessaire la simplification et la clarification du dossier administratif autour de la prise en charge des MFIU et IMG. Ainsi, la SF D a dit : « *il y aurait besoin de clarifier encore plus les choses, pour que nous les sages-femmes on perde moins de temps à faire ça »* tandis que la SF G a souligné la nécessité d'« *alléger la partie administrative »*. Pour sa part, la SF F a proposé la mise en place d'une fiche synthèse concise comprenant toutes les informations spécifiques à la situation prise en charge : « *on ait la feuille de synthèse et que sur cette feuille de synthèse on ait tout. [...]*

quelque chose de concis et de complet, et qu'on n'aille pas chercher les informations dans le classeur, dans ICOS, dans les feuilles volantes du dossier ».

Malgré les difficultés rencontrées face à la prise en charge administrative de ces situations, plusieurs sages-femmes ont relevés des améliorations. Deux sages-femmes ont souligné l'aide apportée par la personne encadrante du service : « *Après ici, les cadres font quand même pas mal en amont une partie des papiers, donc finalement ils sont préparés et on a plus qu'à compléter* » (SF E) ; « *je trouve qu'on est quand bien accompagné par les cadres et tout ça au niveau de ce qu'on a à faire nous en tant que papiers* » (SF H).

DISCUSSION

1 Forces et faiblesses de l'étude

1.1 Les forces

L'une des principales forces de cette étude réside dans ses modalités de mise en place puisque le choix de l'étude qualitative a été fait dans le but de recueillir le ressenti profond et argumenté des sages-femmes face aux situations d'IMG et de MFIU en salle de naissance ; la littérature française comme étrangère étant encore relativement pauvre à ce sujet, la quasi-totalité des données retrouvées étaient de type quantitatif.

Lors des entretiens semi-directifs réalisés, chaque participant a pu exprimer librement son ressenti, sans limitation de temps. Si la grille d'entretien a été utilisée pour guider les sages-femmes autour de thèmes retrouvés dans la littérature, il n'y avait pas de restriction en termes de thèmes explorés. Ainsi, de nouveaux thèmes ont été mis en avant par les participants, en plus de ceux préalablement évoqués grâce à la littérature. De ce fait, cette étude a participé, à son échelle, à élargir et enrichir la littérature à ce sujet.

Enfin, bien qu'unie par une profession commune, la population recrutée était variée en termes d'expérience professionnelle, de situation familiale, et de vécu personnel comme professionnel, ce qui a permis de recueillir des propos riches de ces expériences multiples.

1.2 Les limites

L'étude réalisée est de type qualitative, elle ne cherche pas une représentativité de l'échantillon de sages-femmes interrogées. Les résultats obtenus ne peuvent donc être étendus à la population générale des sages-femmes, mais uniquement à la maternité de type III dans laquelle elle s'est tenue.

Réalisée sur une période de temps restreinte, la phase de recrutement de cette étude a comporté des limites. Le nombre d'entretiens effectués a été limité, ne permettant pas d'atteindre le principe de saturation des données pour tous les thèmes évoqués.

De plus, le recrutement des participants à l'étude était réalisé sur le principe du volontariat, un biais de sélection étant ainsi possible. En effet, il est possible que les caractéristiques des personnes s'étant portées volontaires soient différentes des personnes n'ayant pas souhaité participer, notamment leur propre rapport et leur implication avec le sujet de l'étude.

Enfin, il existe un biais associé à la notion de subjectivité potentiellement présente lors de chaque étape de l'étude et propre à cette étude. Ce biais est indissociable de toute étude scientifique, quelle que soit la méthode employée. S'ils existent, ces biais sont cependant difficiles à mesurer.

2 Discussion des résultats de l'étude

2.1 Discussion des données générales

Les neuf entretiens semi-dirigés ont été effectués dans les conditions précédemment décrites, après la délivrance d'informations orales et écrites. Ils ont été réalisés au sein d'un lieu neutre autant pour les participants que pour l'enquêtrice. Les conditions de recueil des données et d'enregistrement ont été satisfaisantes pour l'étude.

2.2 Discussion des caractéristiques socio-démographiques de la population

La population de l'étude appartenait soit à la tranche d'âge « 20-30 ans », soit « 31-40 ans » ou encore « plus de 50 ans ». Cependant, la tranche d'âge « 41-50 ans » n'a pas été représentée. Ainsi, aucun participant n'avait entre 41 et 50 ans. De plus, aucun participant de sexe masculin n'a été interrogé dans la mesure où l'effectif de sages-femmes de cette maternité de type III était dénué d'homme au moment de la réalisation des entretiens. Ainsi, l'étude a été privée d'une plus grande variété de ressentis, notamment auprès de sages-femmes de sexe masculin. Cependant, les participants à l'étude présentaient des situations familiales variées, avec des enfants ou non, ainsi qu'un panel d'expérience professionnelle divers.

Pour terminer, l'un des objectifs secondaires de cette étude était d'explorer le ressenti des sages-femmes n'ayant pas pris en charge de MFIU ou d'IMG en salle de naissance. Cependant, du fait probablement de la fréquence importante de ces situations rencontrées en maternité de type III, toutes les sages-femmes interrogées avaient pris en charge des IMG ou des MFIU au cours de leur carrière, l'atteinte de cet objectif étant donc rendu impossible.

2.3 Discussion des résultats

2.3.1 *La prise en charge des MFIU et des IMG en salle de naissance : une charge émotionnelle significative pour les sages-femmes*

Après analyse des entretiens réalisés, toutes les sages-femmes interrogées, ont fait part d'un large panel d'émotions ressenties au cours de la prise en charge des situations d'IMG ou de MFIU en salle de naissance ; et dont les origines sont diverses.

Indépendamment de leur âge, de leur situation familiale ou de leur expérience professionnelle, le sentiment nettement prédominant qui ponctue le récit de l'ensemble des sages-femmes est la tristesse. Ce résultat est en accord avec les données retrouvées dans la littérature. En effet, la tristesse était également le sentiment le plus cité dans l'étude de Garel et al. (2008) ciblée cependant sur le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance (46). Forte de son échantillon conséquent, cette étude est cependant de type quantitatif. Si la liste des émotions les plus fréquemment retrouvées dans les questionnaires est en corrélation avec les résultats obtenus ici, il n'y pas eu d'intérêt profond porté sur le discours des sages-femmes autour des émotions et leurs répercussions.

Qu'ils s'agissent du décès du fœtus lors d'une MFIU ou bien de la présence d'une anomalie fœtale précédant le recours à l'IMG, la plupart des sages-femmes mettent en avant leur impuissance face à ces situations, comme retrouvé dans l'étude de Garel et al. (2008) (46). Sentiment très évoqué, cette impuissance face aux situations rencontrées et aux couples touchés prend plusieurs dimensions. Elle peut être expliquée par le commencement même de la vie professionnelle des sages-femmes et leur engagement en tant que soignant, comme l'explique Gonnaud (2015) : « *L'approche retenue oppose couramment la volonté de soigner les patients, de les guérir ou d'améliorer leur état de santé, à l'impuissance ressentie par tout soignant lorsque la mort est au rendez-vous. Une impuissance contribuant, d'une certaine manière, à un sentiment d'échec de sa vocation première : tout est fait, en médecine, pour « éviter la mort »* » (47,48). De plus, il a été montré dans plusieurs études que le « *pouvoir d'agir était essentiel en milieu de travail pour faire face aux situations difficiles* » (49). Démunies de ce « pouvoir soignant », les sages-femmes sont alors confrontées à la fatalité de la mort et l'impossibilité d'agir face à elle, parfois vécue comme une défaite ou un échec. Ainsi, cette impuissance renforce la charge émotionnelle des sages-femmes. Il semblerait alors

judicieux de proposer des formations spécifiques pour apprendre à accompagner la mort, et ainsi qu'elle ne soit pas uniquement vécue comme une défaite où un échec pour les soignants.

Pour la majorité des sages-femmes de l'étude, les émotions et les sentiments liés à la crainte et l'appréhension sont également fortement présents lors de ces prises en charge complexes. Si ces angoisses sont retrouvées de manière générale dans le récit des sages-femmes, elles proviennent de sources diverses et souvent multiples (charge administrative, rencontre avec le couple ou la femme, accompagnement du fœticide...). Cependant, quel qu'en soit l'origine, ces sentiments ont un impact commun pour l'ensemble des sages-femmes : le développement d'une forme d'anxiété et l'alourdissement de la charge émotionnelle. L'étude de Dumay (2017) réalisée au CHU d'Angers a montré que la prise en charge des couples endeuillés était difficile et qu'elle engendrait une anxiété importante chez 35,9% des sages-femmes, et que pour 7,8% d'entre elles, cette anxiété interférait avec leur pratique professionnelle (50). Ainsi, la crainte, l'appréhension et l'anxiété semblent s'immiscer dans le travail des sages-femmes auprès des couples accompagnés.

Lors de l'évocation des IMG et MFIU prises en charge en salle de naissance, un sentiment de violence était perçu dans le récit de presque la moitié des participantes. Parmi elles, les trois-quarts appartenaient à la catégorie des professionnels ayant le moins d'expérience en tant que sage-femme. Or, ce constat va à l'encontre des données de la littérature sur le sujet. En effet, de Wailly-Galembert et al. (2012) expliquent que les sentiments violents sont plus marqués chez les sages-femmes plus âgées et expérimentées dans la mesure où celles-ci étaient moins préparées à la mort car « *protégées pendant leurs études* » (40). Il est développé que les jeunes sages-femmes sont actuellement plus familières de la mort périnatale puisque « *Depuis une quinzaine d'années, le voile se lève progressivement sur la question du deuil périnatal, les équipes cheminent et les plus jeunes se sentent davantage familiarisées avec la prise en charge des situations de coïncidence naissance/mort en maternité* ». Bien que mieux préparées à ces situations, les jeunes sages-femmes expriment pourtant ici la violence de leurs sentiments face aux situations d'IMG et de MFIU. Cette violence tient notamment à la brutalité et au choc de cette confrontation avec la mort qui les heurte, et à la charge émotionnelle intense à

laquelle les sages-femmes devront faire face, que ce soit la leur ou celle des parents dans l'expression de leur douleur.

2.3.2 La double appartenance de la sage-femme mère face à la mort périnatale

Parmi les sept sages-femmes mères au moment des entretiens, la majorité a spontanément abordé sa propre maternité. Le fait d'être enceinte ou d'avoir des enfants était associé à une prise en charge des situations de MFIU ou d'IMG facilitée sur le plan pratique. Améliorant leur sentiment de compétence face à ces situations, l'expérience personnelle de la maternité permet aux sages-femmes d'identifier les éléments importants nécessaires à l'amélioration du vécu des parents. Bien que plus à l'aise dans cette prise en charge pratique, le vécu personnel de la maternité est décrit par les sages-femmes de l'étude comme un facteur d'alourdissement de leur charge émotionnelle. Le fait d'être mère s'associe à un ressenti exacerbé avec une gestion émotionnelle rendue davantage complexe. C'est probablement leur vécu personnel d'une grossesse qui favorise le mécanisme d'identification à la patiente, dans la mesure où la prise en charge des MFIU et des IMG est rendue affective et émotionnelle. Ainsi, vie privée et expérience faite au travail s'entrecroisent et s'influencent mutuellement, mêlant l'identité personnelle à l'identité professionnelle. Au sein de la littérature étudiée, aucune étude n'a, jusqu'alors, abordé la maternité des sages-femmes. Ainsi, les résultats obtenus ici ouvrent la voie sur de nouvelles explorations, notamment l'influence de la parentalité des sages-femmes sur leurs pratiques professionnelles et le ressenti associé.

2.3.3 Le temps du questionnement et de la culpabilité pour la sage-femme accompagnante

C'est pratiquement à l'unanimité que les sages-femmes de l'étude ont décrit le moment du fœticide comme un moment émotionnellement intense. Chargé en émotions pour les parents, il l'est également pour celles qui les accompagnent. De ce moment spécifique de l'IMG et plus particulièrement de l'IMG tardive, découle des questionnements de l'ordre de l'éthique pour l'équipe soignante. Bien qu'acceptée par les sages-femmes, la pratique de l'IMG et du fœticide peut malgré tout soulever des conflits plus ou moins complexes, notamment dans une forme de contradiction avec ses valeurs personnelles. Même si la décision de l'IMG est avant tout un choix parental et qu'elle est portée par toute une équipe pluridisciplinaire, elle met en difficulté certaines sages-femmes qui s'en

retrouvent parfois déstabilisées. Ces dernières peuvent alors développer une souffrance éthique, définie par le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (2011) comme une souffrance : « *ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles. Le conflit de valeurs peut venir de ce que le but du travail ou ses effets secondaires heurtent les convictions du travailleur, ou bien du fait qu'il doit travailler d'une façon non conforme à sa conscience professionnelle* » (51). Cette souffrance éthique n'est pas inconnue à la pratique professionnelle des sages-femmes. Elle peut être perçue dans le domaine de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), que les sages-femmes sont habilitées à pratiquer sous sa forme médicamenteuse depuis le décret de 2016 modifiant les compétences de la profession (52). Cependant, cet aspect du ressenti des sages-femmes est contrebalancé par la mise en avant de son rôle de soignante et d'accompagnante du couple. Ce sont ses qualités d'adaptation et d'empathie qui l'emportent : « *Fortes des sentiments d'humanité qui avaient été à l'origine de leur choix professionnel, elles se remémoraient la profonde déstabilisation qu'elles avaient connue au contact direct avec la souffrance de leurs patientes* » (43).

La remise en question des sages-femmes sur leur propre pratique professionnelle était également perçue dans le récit de deux tiers d'entre elles. De manière générale, ces questionnements étaient principalement évoqués par les sages-femmes dont l'expérience professionnelle était la plus longue. Bien que parfois pesant, ce questionnement promeut la volonté des sages-femmes d'améliorer leur prise en charge, leurs attitudes et leurs paroles, afin d'avoir la position la plus adaptée, et ainsi accompagner au mieux les parents dans cette épreuve. Au-delà de leur pratique professionnelle, elles tendent alors à l'analyse de pratiques, définie Altet (2000) comme une : « *mise à distance de l'agir et un détour réflexif sur des actes professionnels par une personne en questionnement* » (53). D'après l'étude de Medina et al. (2017), le développement de la pratique réflexive est crucial pour l'apprentissage formatif au premier cycle de la formation médicale et tout au long du développement professionnel continu du clinicien (54). Sans en avoir conscience, les sages-femmes les plus expérimentées développent des méthodes réflexives et métacognitives sur leurs pratiques.

Cependant, alors même qu'aucune erreur ni négligence de leur part ne soit survenue, cette remise en question souligne le bouleversement profond des sages-femmes dans leur

rapport au travail lorsque que survient la mort. Ces questionnements peuvent, dans certaines situations, tendre vers un sentiment de culpabilité, nettement perçu dans le récit des sages-femmes, et d'autant plus marqué chez les jeunes professionnelles dont l'expérience est inférieure à cinq ans. Si ce sentiment n'épargne pas les parents, qu'il s'agisse d'une MFIU ou d'une IMG, il touche aussi les jeunes professionnels. Par des réflexions parfois aussi rationnelles qu'irrationnelles, ce sentiment se développe et prend plusieurs formes : la culpabilité de ne pas être à la hauteur, d'avoir des paroles inappropriées ou encore de transmettre ses propres émotions négatives au couple (7,36,37). D'après la littérature étudiée, ce sentiment de culpabilité est fréquemment retrouvé chez les soignants confrontés à la mort, et notamment chez les sages-femmes prenant en charge des IMG ou des MFIU (36,39). Or, aucun lien avec l'expérience professionnel n'avait alors été mis en évidence. Ce glissement, du questionnement à la culpabilité, est expliqué par Delieutraz (2012) par : « *Ces prises en charge poussent à la réflexion dans la mesure où elles font se heurter notre volonté de soigner à une impossibilité d'aller plus loin dans le soin tel qu'on l'entend [...]. Le risque vient alors de la souffrance du soignant qui, s'il ne se penche pas de plus près sur ses ressentis, peut s'embourber dans une culpabilité en lien avec cette toute-puissance du « j'aurais pu, j'aurais dû »* » (48).

2.3.4 La sage-femme et le couple : un parallélisme émotionnel ?

Comme retrouvé dans la littérature, le deuil périnatal, et plus particulièrement anténatal, est un deuil à part entière pour les parents, complexifié par ses spécificités, sa dynamique et son contexte. En effet, marquée par une dynamique inattendue, cette mort survient avant même la vie socialement officialisée, bousculant l'ordre générationnel (6,23,32) et entraînant avec elle une multiplicité des pertes, notamment une perte de futur et du statut de parent (6,28,32). Au sein de la maternité, lieu alloué à la naissance, cette mort apparaît pour les sages-femmes, comme tout aussi singulière et éprouvante. Pour elles comme pour les parents, la mort survient à l'endroit et au moment où la vie est attendue, allant à l'encontre de toute la construction médicale qui lutte pour maintenir la vie, et heurtant la sage-femme dans sa vocation professionnelle première : accompagner la vie.

Comme expliqué précédemment, les sentiments ou émotions les plus marqués dans les récits recueillis sont la tristesse, l'impuissance, la crainte ou l'appréhension, et la violence. De plus, les sages-femmes se retrouvent, pour la plupart, soumises à un

sentiment de culpabilité, faisant face à de multiples questionnements au cours de ces prises en charge. D'après la littérature, les sentiments évoqués ici sont très similaires à ceux ressentis par les femmes et les couples éprouvés par la mort anténatale. Ainsi, le ressenti des sages-femmes face aux IMG et MFIU accompagnées en salle de naissance fait écho au ressenti propre des couples faisant face à ces situations. Bien que d'un point de vue divergent, il y a un parallélisme évident en terme de vécu émotionnel entre la sage-femme et le couple.

Malgré les similitudes mises en avant, et au-delà des divergences évidentes associées au point de vue personnel de la femme ou du couple vivant une IMG ou une MFIU, et au point de vue professionnel de la sage-femme, il existe des différences notables à prendre en compte. Pour exemple, un tiers des sages-femmes de l'étude a pointé l'âge gestationnel de la grossesse au moment de la MFIU ou de l'IMG comme un élément déterminant de leur propre ressenti en salle de naissance. Toutes se sont accordées à dire que le ressenti était intensifié lorsque la grossesse était avancée en âge gestationnel. Or, la littérature montre que pour les parents, le terme de la grossesse, aussi précoce soit-il, ne conditionne pas l'intensité de leur souffrance (28,34). Si le ressenti des sages-femmes diffère sur ce point par rapport à celui des parents, certaines sages-femmes l'ont expliqué par le fait qu'elles imaginent le deuil périnatal plus complexe pour les parents lorsque la grossesse est avancée. Ceci est le reflet du décalage existant entre ce que les sages-femmes imaginent du ressenti des parents, et ce que ces derniers ressentent réellement. Il s'agit d'un mécanisme d'identification projective défini par la HAS comme un « *mécanisme le plus fréquemment utilisé qui vise à attribuer à l'autre ses propres sentiments, réactions, pensées ou émotions. Il permet au soignant de se donner l'illusion qu'il sait ce qui est bon pour le patient* » (55). Ce mécanisme peut être associé à une stratégie défensive dans la mesure où l'investissement affectif et émotionnel des sages-femmes, qui sont à l'écoute d'elles-mêmes, est exacerbé. La patiente a alors l'illusion que sa souffrance est partagée.

2.3.5 Les stratégies défensives individuelles et collectives développées par les sages-femmes

Au cours des entretiens, plusieurs sages-femmes ont spontanément abordé l'importance de leur propre satisfaction personnelle par rapport à la qualité de l'accompagnement réalisé auprès des femmes et des couples faisant face à une situation d'IMG ou de MFIU. En opposition au sentiment d'impuissance précédemment évoqué, les sages-femmes

interrogées développent un sentiment d'utilité dans leur qualité d'aidante et d'accompagnante pour la patiente. Comme un mécanisme de protection face à une charge émotionnelle intense, cette émotion positive et réconfortante redonne une capacité d'action, favorisant également le développement de l'estime de soi. Malgré les recherches effectuées, cette stratégie défensive mise en évidence ici n'a pas été retrouvée de manière explicite dans la littérature étudiée. Cependant, elle semble se rapporter à un mécanisme de « rationalisation », permettant d'écarter l'affect difficile pour se recentrer sur des faits ou des actes jugés nécessaires et utiles (56).

Comme autre stratégie défensive pour faire face à ces situations émotionnellement complexes, la majorité des sages-femmes a jugé nécessaire de mettre de la distance avec les situations vécues. Cette prise de distance peut se rapporter aux notions de « répression » et « d'isolation de l'affect » : la répression se définissant par « *une réponse aux conflits et stress en évitant délibérément de penser à des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles* » ; tandis que le mécanisme d'isolation de l'affect se caractérise par « *un refoulement de l'affect sans refoulement de la représentation* » (56). Les deux sages-femmes les plus expérimentées de l'échantillon appartenaient au groupe de sages-femmes expliquant réussir à prendre le recul suffisant. A l'inverse, les deux sages-femmes les moins expérimentées ont fait part de leurs difficultés dans cette prise de distance avec les situations complexes accompagnées. Ainsi, il semble plus évident pour les sages-femmes aguerries de faire la part des choses entre vie personnelle et professionnelle. Dans l'étude de Castra (2004), les difficultés pour réguler la « bonne distance » entre soignants et patients sont mises en évidence. Bien que réalisée en unité de soins palliatifs, le large échantillon de cette étude qualitative permet de mettre en parallèle certains éléments retrouvés en salle de naissance, lorsque les sages-femmes sont confrontées à la mort (57). Il en ressort que cette distance établie de manière consciente ou non par les sages-femmes, peut être délétère pour la patiente, qui est alors tenue à distance. A l'inverse, l'effacement total de distance dans la relation peut se révéler néfaste à la fois pour le couple accompagné et la sage-femme accompagnante. Entre relation distante et implication excessive, il convient pour les sages-femmes de trouver la juste position qui saura les protéger en tant que soignantes sans pour autant impacter négativement le vécu du couple. De plus, ces mécanismes étant très coûteux en énergie psychique, ils ne sont que transitoires et nécessitent de trouver une « soupape de décompression » pour évacuer la charge émotionnelle ultérieurement (56).

Indépendamment de leur expérience professionnelle ou de leur âge, c'est à l'unanimité que les sages-femmes de cette étude ont exprimé le besoin d'échanger sur les situations vécues avec les autres professionnels de l'équipe soignante, notamment les sages-femmes présentes. Cependant, si toutes en ressentent le besoin, ces échanges n'ont lieu que lorsqu'il y a affinité entre collègues. De plus, la plupart du temps, ces échanges se font sur l'aspect technique et médical de la situation vécue ou sur le ressenti du couple, et non sur le ressenti émotionnel propre à la sage-femme. Bien que jugés bénéfiques par l'ensemble des sages-femmes, ces temps de parole ne permettent pas réellement la libération de leur surplus émotionnel. Ce constat est en accord avec les données de la littérature, mais il pose question sur la prise en compte des émotions dans la formation initiale et au sein de la profession de sage-femme. En effet, réalisée à partir de focus group auprès de soignants confrontés à la mort en maternité, l'étude de de Wailly-Galembert et al. (2012) a mis en avant le fait que « *la formation des sages-femmes fait l'impasse sur les émotions, voire même oblige à ne pas entendre le retentissement émotionnel pour le soignant [...] Afficher au reste de l'équipe le retentissement émotionnel d'une situation traumatisante serait-il le signe d'une faille, d'une incompétence ?* » (40). Malgré cela, les sages-femmes parviennent parfois à tirer profit de la relation établie avec leurs collègues, notamment au sein du binôme qu'elles constituent avec l'auxiliaire de puériculture. Cette relation permet, au même titre que les infirmier.ère.s de soins palliatifs trouvent un soutien réciproque auprès de l'aide-soignant.e., d'éviter « *les face à face solitaires, préférant les relations triangulaires plus « rassurantes »* » (57).

La majorité des sages-femmes a exprimé la nécessité de partager, à *posteriori* de la situation vécue, son ressenti émotionnel au sein de l'entourage personnel (membre.s de la famille ou ami.e.s), dans le respect du secret professionnel. Il s'agit d'une stratégie défensive supplémentaire qu'elles développent de manière collective avec leurs proches. Elles mettent en avant les bénéfices apportés par ces temps de parole comme une libération du surplus émotionnel ressenti. Ce constat met en lumière le fait que les sages-femmes ne trouvent que rarement le moyen d'extérioriser leur propre ressenti au sein de l'établissement d'exercice. Pourtant, toutes s'accordent à dire que l'allègement de la charge émotionnelle passe par cette étape d'expression du ressenti.

2.3.6 Les sages-femmes face aux IMG et aux MFIU en salle de naissance : des attentes et des besoins à prendre en compte

Très marqué dans les entretiens réalisés lors de cette étude, la constitution du dossier administratif lors de la prise en charge des situations d'IMG et de MFIU en salle de naissance était présentée comme l'un des principaux points négatifs. Cette difficulté avait déjà été identifiée dans quelques études sur le sujet (40). Au-delà des difficultés pratiques rencontrées, l'aspect administratif, conséquent et moins habituel dans ces situations, se surajoute à la charge de travail initiale et semble être un facteur d'accroissement de la charge émotionnelle des sages-femmes. A propos de la souffrance des soignants étudiée par Thomas et al. (2012), cette lourdeur administrative au détriment du relationnel avec les patients est décrit comme un facteur de risque de fatigue professionnelle : « *la traçabilité et le travail administratif consomment l'essentiel des soins, au dépend des soins prescrits et des soins relationnels, colonne vertébrale, rappelons-le du sens du soin et de la motivation dans l'engagement du métier de soignant* » (58). Ainsi, les sages-femmes sont toutes favorables à un soulagement de la charge administrative, leurs propositions pour y parvenir sont nombreuses : clarification, formations spécifiques, fiches récapitulatives, aide et indulgence de la part la personne référente du service.

C'est à l'unanimité que le développement d'interventions ciblées sur la prise en charge des IMG et des MFIU dans la formation initiale et continue a été jugée nécessaire par les sages-femmes. Au sein de cette maternité de type III, une formation à propos du deuil périnatal, conduite par une association bénévole, est régulièrement proposée aux professionnels de santé concernés. Au sein de l'échantillon de l'étude, seules trois sages-femmes y avaient participé, soulignant ses nombreux bénéfices. Si la formation purement médicale semble satisfaire les sages-femmes, l'impression générale d'un manque de formation pour gérer ce type de situation persiste, notamment d'un point de vue psychologique. Ce résultat est en accord avec l'étude de Mckinlay (2015), menée sur 32 soignants (dont 13 sages-femmes), qui conclue que proposer davantage de formations adaptées pourrait être soutenant pour les soignants (59). En effet, dans les situations impliquant la prise en charge d'une IMG ou d'une MFIU et comme relevé par l'ensemble des sages-femmes, le principal rôle est d'accompagner les femmes et les couples en leur apportant un soutien psychologique. Ainsi, la qualité de cet accompagnement nécessite des compétences en psychologie, peu abordées au cours des formations initiales comme continues. De plus, portant sur « La mort à l'hôpital », le rapport de l'Inspection Générale

des Affaires Sociales (IGAS) a établi en 2009 la recommandation n°28 qui est d'« *Evaluer la formation à la mort des médecins et des soignants* » ; le but de cette recommandation étant de repérer les principales lacunes et de faire des propositions pour y remédier (60).

Comme une force libératrice face à la mort périnatale, la parole partagée apparaît comme un besoin essentiel aux sages-femmes. Ce résultat est en accord avec la littérature étudiée : « *Dans l'ensemble, les conflits moraux et la détresse émotionnelle ont été fréquemment exprimés, en particulier par les sages-femmes qui ont mentionné le besoin de plus de discussions et de groupes de soutien du personnel dans leur hôpital* » (61). Alors que toutes s'accordent à dire que l'allègement de la charge émotionnelle passe par l'expression de leur ressenti, il a précédemment été mis en lumière le fait que les sages-femmes ne trouvent que rarement le moyen d'extérioriser le surplus émotionnel au sein de l'établissement d'exercice. Pour remédier à cette lacune, la création d'espaces d'échange ou de groupes de parole entre professionnels de santé est facilement imaginable. Pourtant, ces temps d'échange se font rares au sein de l'institution hospitalière. Pour Deneux (2008), constituer et faire vivre un groupe de parole de soignants exigent des conditions qui ne sont que rarement remplies, notamment la motivation profonde des personnels soignants pour y participer, ou encore la nécessité d'une prise de conscience par la hiérarchie des besoins d'aide psychologique des équipes (62). Cette étude est cependant à nuancer dans la mesure où le rapport des soignants à la psychologie évolue beaucoup ces dernières années. Les psychologues étant plus souvent présents dans les services, et dans la société en générale, des recherches plus complètes avec des effectifs plus importants semblent s'ouvrir sur ce sujet. De ce fait, la mise en place de ces groupes peut être envisagée dans les services concernés par la mort périnatale.

Au sein de la maternité concernée par cette étude, il est possible pour le personnel de rencontrer un psychologue de l'établissement lors des prises en charge difficiles. Cependant, aucune sage-femme interrogée n'avait connaissance de cette possibilité. Ainsi, aucune sage-femme n'avait sollicité une aide psychologique au cours de leur carrière pour aborder leurs difficultés et leur vécu face aux situations rencontrées dans le cadre professionnel. Si cela peut être dû au fait qu'elles ne s'aperçoivent pas toujours de l'impact qu'un accompagnement d'IMG ou de MFIU a sur elles, l'une des raisons principales en est le manque d'information et de proposition sur cette possibilité. Un autre

des freins majeurs à la mise en place de l'aide psychologique pour les soignants tient actuellement au manque d'effectif de psychologues au sein de l'institution hospitalière. Cette problématique est accentuée par la pandémie de Covid-19 qui entraîne des effets collatéraux sur la santé mentale des populations, même non contaminées. L'offre de soins en psychiatrie a dû se réorganiser à plusieurs reprises pour répondre aux difficultés rencontrées. Au fil des mois, les besoins ont augmenté alors que le secteur de la psychiatrie n'a pas bénéficié de plus de moyens (63).

3 Perspectives d'avenir et projet d'action

3.1 La mise en place de formations spécifiques aux soins palliatifs

Plusieurs sages-femmes interrogées avaient récemment participé à une intervention ciblée sur l'accompagnement du deuil périnatal. Cette intervention proposée par l'établissement était conduite par une association bénévole initialement dédiée à l'écoute et l'accompagnement des parents endeuillés. Toutes les sages-femmes y ayant participé ont souligné ses bénéfices dans leur pratique professionnelle. La poursuite de cette intervention semble donc à encourager pour répondre aux attentes des sages-femmes.

De plus, qu'ils s'agissent du décès du fœtus lors d'une MFIU ou bien de la présence d'une anomalie fœtale précédant le recours à l'IMG, la plupart des sages-femmes mettent en avant leur impuissance face aux situations rencontrées. Démunies de leur « pouvoir soignant », les sages-femmes sont alors confrontées à la fatalité de la mort et l'impossibilité d'agir face à elle, parfois vécue comme une défaite ou un échec. Il semblerait alors judicieux de proposer des formations aux soins palliatifs pour apprendre à accompagner la mort, et ainsi qu'elle ne soit pas uniquement vécue comme une défaite où un échec pour les sages-femmes.

3.2 La mise en place de dispositifs de soutien psychologique

Au regard des témoignages reçus, des actions peuvent être proposées pour favoriser la parole des sages-femmes et la libération du surplus émotionnel. Comme le cite Plagnard (2004) : « *l'équipe doit apprendre à gérer ses propres affects et inhibitions pour comprendre et accepter l'expression émotionnelle des patientes* » (41). Des dispositifs de soutien pourraient être proposés pour rendre possibles et visibles les émotions des sages-femmes. Cela leur permettrait d'extérioriser leur ressenti face à la prise en charge des

IMG et des MFIU en salle de naissance, et parallèlement, de participer à l'amélioration du vécu pour le couple accompagné.

De l'avis des sages-femmes de cette maternité, la rencontre avec un psychologue apparaît comme l'une des solutions envisageables pour améliorer leur ressenti face aux situations complexes. Du fait d'un manque de connaissance et de l'absence de proposition quant à la possibilité d'obtenir un soutien psychologique, aucune sage-femme n'y avait eu recours. La diffusion de l'information concernant cette possibilité, et la proposition systématique d'un soutien psychologique lors des prises en charge de MFIU ou d'IMG, apparaissent comme des moyens simples pour répondre aux besoins des sages-femmes. Cette proposition de soutien pourrait être faite de manière régulière via différents intermédiaires : par courriel électronique, lors des différentes réunions de service, lors des entretiens annuels obligatoires des sages-femmes, lors des visites médicales auprès du service de médecine du travail. Cependant, la mise en place d'un soutien psychologique approprié pour les soignants doit nécessairement passer par une augmentation des effectifs et des moyens alloués au secteur de la psychologie au sein de l'institution hospitalière.

CONCLUSION

La conduite de cette étude a permis de recueillir et d'explorer le ressenti de neuf sages-femmes ayant pris en charge des MFIU et des IMG en salle de naissance, de mettre en avant les stratégies développées pour y faire face et ainsi de développer les attentes et les besoins qui en découlent.

De la prise en charge de ces situations complexes, naît un mélange de sentiments et d'émotions (tristesse, impuissance, crainte et appréhension, violence...) marqué chez les sages-femmes, à l'origine d'une charge émotionnelle intense et significative. Si la prise en charge pratique des sages-femmes semble être améliorée par le développement de leur l'expérience professionnelle, le ressenti émotionnel ne semble pas y être lié. Cependant, un lien entre le vécu personnel des sages-femmes et leur charge émotionnelle est mis en évidence, puisque pour la majorité d'entre elles, leur propre maternité est un facteur influençant négativement leur ressenti, rendu émotionnellement exacerbé et plus complexe. De plus, alors que les sages-femmes les plus expérimentées professionnellement parviennent à développer une analyse réflexive autour de leur propre pratique face à ces situations, les multiples questionnements associés à ces prises en charge semblent déboucher sur le développement d'un sentiment intense de culpabilité chez les jeunes sages-femmes.

Souvent démunies et sans outils pour faire face à cette charge émotionnelle, les sages-femmes ont développé, consciemment ou non, un ensemble de stratégies défensives individuelles et collectives, parfois au détriment de la prise en charge de la patiente et de son vécu. Or, pour répondre à leurs objectifs premiers que sont la prise en charge optimale et l'accompagnement bienveillant des patientes, les sages-femmes doivent apprendre à repérer, reconnaître, admettre et exprimer leur propre ressenti émotionnel. Il ressort de cette étude que, pour être présentes auprès des patientes sans en pâtir, les sages-femmes ont besoin de s'appuyer sur d'autres. Ne trouvant pas les outils adaptés à la verbalisation de leur vécu émotionnel au sein de l'établissement, les sages-femmes se tournent alors vers leur entourage personnel ou leurs collègues. Cependant, si l'intérêt de l'accompagnement psychologique pour les parents endeuillés est largement reconnu et que les émotions des soignants semblent similaires aux leurs, aucune sage-femme n'avait eu recours à un psychologue au cours de sa carrière, pourtant cité par la majorité d'entre elles comme le professionnel dont le recours est nécessaire pour faire face à la prise en charge de ces situations difficiles. Les freins au soutien psychologique des soignants sont

le manque d'information et de proposition quant à cette possibilité, ainsi que le manque de moyens et d'effectif de psychologues accentué par la pandémie de Covid-19.

De ces constats, découle les projets d'action de cette étude. Il s'agit de développer la formation continue aux soins palliatifs pour parer au sentiment d'impuissance des sages-femmes en salle de naissance, lorsqu'elles sont confrontées à ces situations complexes. Le second projet d'action porte sur l'apport d'une meilleure information pour les professionnels de santé, quant à la possibilité d'obtenir un soutien psychologique au sein de l'établissement. Cela passe cependant par la nécessité d'augmenter les effectifs de psychologues et les moyens qui leurs sont alloués pour soutenir les soignants.

Finalement, après mise en application de ces projets d'action, une étude pourrait être conduite afin d'explorer le ressenti des sages-femmes bénéficiant d'une formation aux soins palliatifs ainsi que d'une proposition de soutien psychologique lorsqu'elles prennent en charge des IMG et MFIU en salle de naissance. Ainsi, les résultats obtenus pourront être comparés aux résultats de notre étude, et ainsi permettre d'évaluer les éventuels bénéfices sur le ressenti des sages-femmes, et indirectement sur le vécu des parents.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Vanhaesebrouck A, Vilain A, Fresson J, et al. Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. Enquête nationale périnatale : Rapport de 2016. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2017 [cité 4 nov 2018]. 317p. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
2. Euro-Peristat Project. Cores indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015 [Internet]. European perinatal health report. Paris: Euro-Peristat; 2018 [cité 4 dec 2018]. 180p. Disponible sur: <http://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html>
3. Bouvetet A, Jacquemin D. Un « bilan » du diagnostic anténatal : critique épistémologique, enjeux éthiques et ouvertures théologiques au regard d'une proximité des pratiques. *Revue d'éthique et de théologie morale* [Internet]. 2005 [cité 4 nov 2018];233(1):53-84. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/retm.233.0053>
4. Jouannic JM, Bénifla JL. Apport des nouvelles techniques d'imagerie fœtale au diagnostic prénatal des malformations. *Arch Pédiatr* [Internet]. 2008 [cité 5 déc 2018];15(5):715-717. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)71886-4](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)71886-4)
5. De Mézerac I, Storme L. Face au berceau vide, quel deuil pour les parents ? Presses universitaires de Grenoble [Internet]. 2013 [cité 5 déc 2018];3(114):61-73. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/jalmalv.114.0061>
6. Glatigny Dallay E. Le deuil périnatal de « l'enfant né sans vie ». *Annales Médico-psychologiques* [Internet]. 2013 [cité 28 nov 2018];171(3):182-188. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.01.017>
7. Kay J, Baird K, Fenwick J. Women's experiences of labour and birth when having a termination of pregnancy for fetal abnormality in the second trimester of pregnancy: A qualitative meta-synthesis. *Midwifery* [Internet]. 2017 [cité 28 nov 2018];50. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.014>
8. Martínez-Serrano P, Palmar-Santos A, Solís-Muñoz M, Álvarez-Plaza C, Pedraz-Marcos A. Midwives' Experience of Delivery Care in Late Foetal Death: A Qualitative Study. *Midwifery* [Internet]. 2018 [cité 1 dec 2018]; 66:127-133. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.010>

9. Article L2213-1. Code de la santé publique (2011)
10. Ameli. Déroulement d'une IMG [Internet]. Ameli. 2019 [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/img/deroulement-img>
11. Delabaere A, Huchon C, Lavoue V, Lejeune V, Iraola E, Nedellec S, et al. Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse : consensus d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2014 [cité 28 nov 2018];43(10):756-763. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.09.010>
12. Institut national d'études démographiques. Mortinatalité [Internet]. Ined. 2019 [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/lexique/mortinatalite/>
13. 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. [Internet]. Legifrance.gouv (2009). Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=29111>
14. Décret n° 2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret n° 74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille. JORF n°0195 (2008)
15. Institut national de la statistique et des études économiques. Définition : Personnalité juridique [Internet]. Insee. 2016 [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c175>
16. Article R1112-76-1. Code de la santé publique (2006)
17. Article R1112-72. Code de la santé publique (2006)
18. Champion V, Serfaty A, Gold F. Mortinatalité et mortalité néonatale. EMC, Pédiatrie [Internet]. 2011 [cité 8 avr 2019];4-002-F-50:1-11. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0246-0513\(11\)51728-6](https://doi.org/10.1016/S0246-0513(11)51728-6)
19. Blondel B, G Bréart. Mortinatalité et mortalité néonatale. EMC, Obstétrique [Internet]. 2004 [cité 8 avr 2019];5-077-C-20:1-6. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/7968/resultatrecherche/6>
20. Mouquet MC, Rey S. Les disparités régionales de mortinatalité en France en 2012-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2015 [cité 10 avr 2019];(6-7):92-101.

Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_1.html

21. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S, et al. Épidémiologie des pertes de grossesse. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2015 [cité 9 déc 2018];43(10):764-775. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.09.011>
22. Boyd PA, Rounding C, Chamberlain P, Wellesley D, Kurinczuk JJ. The evolution of prenatal screening and diagnosis and its impact on an unselected population over an 18-year period. *BJOG* [Internet]. 2012 [cité 9 déc 2018];119(9):1131-1140. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03373.x>
23. Morel M-F. La mort d'un bébé au fil de l'histoire. *Spirale* [Internet]. 2016 [cité 1 mai 2019];31(3): 15-34. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/spi.031.0015>
24. Morel M-F. Images du petit enfant mort dans l'histoire. *Études sur la mort* [Internet]. 2001 [cité 5 mai 2019];119(1):17-38. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/eslm.119.0017>
25. Rousseau P. Deuil périnatal : transmission intergénérationnelle. *Études sur la mort* [Internet]. 2001 [cité 16 mai 2019];119(1):117-137. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/eslm.119.0117>
26. Dumoulin M. Des morts sans souvenir la mort des tout-petits. *Études sur la mort* [Internet]. 2008 [cité 23 mai 2019];133(1):85-89. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/eslm.133.0085>
27. Molinié M, Hureaux S. La vie tangible des bébés morts. *Études sur la mort* [Internet]. 2012 [cité 8 mai 2019];142(2):109-123. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/eslm.142.0109>
28. Hanus M. Le deuil de ces tout-petits enfants. *Études sur la mort* [Internet]. 2001 [cité 5 mai 2019];119(1):7-15. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/eslm.119.0007>
29. Nemet-Pier L. Rendez-vous manqués autour de la naissance. *Imaginaire & Inconscient* [Internet]. 2007 [cité 8 mai 2019];20(2):69-78. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/imin.020.0069>
30. Larousse. Définition : deuil [Internet]. *Dictionnaire de français Larousse*. 2019 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/deuil/24893>

31. Le Grand-Sébille C. Les deuils d'enfants : de la conception à la naissance, les pratiques rituelles. *Études sur la mort* [Internet]. 2001;119(1):39-45. Disponible <https://doi.org/10.3917/eslm.119.0039>
32. Soubieux M-J. Le deuil périnatal, un impensable à penser. *Le Carnet PSY* [Internet]. 2014 [cité 20 avr 2019];185(9):22-24. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/lcp.185.0022>
33. Collas È, Metge D, Puyuelo L. Vie et mort à la maternité. Témoignages de soignants. *Empan* [Internet]. 2015 [cité 10 avr 2019];94-103(1):97. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/empa.097.0094>
34. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2008;37(5):435-440.
35. Alexandre M, Gaugue J. Le deuil périnatal : la question de la reconnaissance sociale et juridique des bébés mort-nés. *Devenir* [Internet]. 2016 [cité 20 avr 2019];28(1):5-20. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/dev.161.0005>
36. de Wailly D. Les soignants et l'accueil de la mort périnatale : entre angoisse et anticipation. *Le Carnet PSY* [Internet]. 2014 [cité 20 avr 2019];185(9):49-53. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/lcp.185.0049>
37. Foulon C, Séguret S, Soubieux M-J, Jouannic J-M, Missonnier S. L'effroi de soi dans l'Interruption Médicale de Grossesse. *Le Carnet PSY* [Internet]. 2014 [cité 20 avr 2019];185(9):25-31. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/lcp.185.0025>
38. Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2018 [cité 04 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
39. Gonnaud F. La mort périnatale : souffrance et malaise des soignants. *Cah Laennec*. 2015;63(2):41-62.
40. de Wailly-Galembert D, Vernier D, Rossigneux-Delage P, Missonnier S. Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes : Réflexions pour une élaboration des pratiques. *Devenir* [Internet]. 2012 [cité 20 avr 2019];24(2):117-39. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/dev.122.0117>
41. Plagnard N. Rôle de la sage-femme dans le deuil périnatal. *InfoKara* [Internet]. 2004 [cité 5 févr 2019];19(3):105-110. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/inka.043.0105>

42. Delahaye M. L'accompagnement à la mort autour de la naissance. Études sur la mort [Internet]. 2001 [cité 26 avr 2019];119(1):47-61. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/eslm.119.0047>
43. Mandelbrot L, Girard G. Aspects techniques des interruptions médicales de grossesse. In: Trente-deuxièmes journées nationales [Internet]. Paris: Collège national des gynécologues et obstétriciens français; 2008 [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S0368-2315\(05\)82867-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0368-2315(05)82867-4)
44. Prieur-Bertrand M. Le deuil des soignants. Études sur la mort [Internet]. 2001 [cité 25 avr 2019];119(1):147-153. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/eslm.119.0147>
45. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In: XVIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique. Montréal: AIMS; 2007. p.1-16.
46. Garel M, Étienne É, Blondel B, Dommergues M. Le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance. Rev Sage-Femme [Internet]. 2008 [cité 5 mai 2021];7(3):113-7. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sagf.2008.05.00>
47. Gonnaud F. La mort périnatale : souffrance et malaise des soignants. Cah Laennec [Internet]. 2015 [cité 5 mai 2021];63(2):41-62. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/lae.152.0041>
48. Delieutraz S. Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé. Cliniques [Internet]. 2012 [cité 6 mai 2021];2(4):146-162. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/clini.004.0146>
49. Leduc S, Valléry G. Les risques psychosociaux [Internet]. Paris: Presses Universitaires de France; 2017 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/puf.valle.2017.01>
50. Dumay A. Accompagnement des IMG, MFIU, FCT en salle de naissance - Vécu des sages-femmes et score d'anxiété situationnelle [Internet] [Mémoire]. [Angers]: Université Angers; 2017 [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20110319/2017MFASMA6886/fichier/6886F.pdf>
51. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser [Internet]. Insee; 2011 [cité 2 juin 2021] p. 223. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

52. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. JORF n°0130 (2016)
53. Altet M. L'analyse de pratiques : une démarche de formation professionnalisante ? *Rech Form* [Internet]. 2000 [cité 8 mai 2021];35:25-41. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.3406/refor.2000.1668>
54. Medina MS, Castleberry AN, Persky AM. Strategies for Improving Learner Metacognition in Health Professional Education. *Am J Pharm Educ* [Internet]. 2017 [cité 15 juin 2021];81(4)78:1-14. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.5688/ajpe81478>
55. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. HAS; 2008 [cité 6 juin 2021] p. 34. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle
56. Chabrol H. Les mécanismes de défense. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2005 [cité 20 mai 2021];82(3):31-42. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
57. Castra M. Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Travail et Emploi* [Internet]. 2004;(97):53-64. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/publications/Revue_Travail-et-Emploi/pdf/97_2478.pdf
58. Thomas P, Barruche G, Hazif-Thomas C. La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *Rev Francoph Gériatrie Gérontologie* [Internet]. 2012 [cité 29 mai 2021];19(187):266-273. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Philippe_Thomas5/publication/325396080_Fatigue_d'empathie_et_prise_en_soin_psychiatrique_du_sujet_age/links/5e44e3fc458515072d96e3de/Fatigue-d'empathie-et-prise-en-soin-psychiatrique-du-sujet-age.pdf
59. Mckinlay A. Prise en charge des IMG et des MFIU : quelles difficultés et quel soutien pour les soignants ? *Vocation Sage-Femme* [Internet]. 2015 [cité 12 déc 2020];14(115):17-21. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vsf.2015.05.004>
60. Inspection Générale des Affaires Sociales. La mort à l'hôpital [Internet]. IGAS; 2009 [cité 8 avr 2021] p. 164. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/mort_alhopital-rm2009-124p.pdf
61. Garel M, Gosme-Seguret S, Kaminski M, Cuttini M. Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among

physicians and midwives. *Prenat Diagn* [Internet]. 2002 [cité 16 févr 2021];22(9):811-817. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1002/pd.427>

62. Deneux A. Une pratique des groupes de parole de soignants à l'hôpital général. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe* [Internet]. 2008 [cité 10 janv 2021];1(50):123-132. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rppg.050.0123>
63. Al Joboory S, Fernández VÁ, Remingol L, Brulin-Solignac D, Bouchard J-P. Covid-19, les effets psychopathologiques de la pandémie. *Soins Psychiatr* [Internet]. 2020 [cité 12 juill 2021];41(331):12-15. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S0241-6972\(20\)30119-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0241-6972(20)30119-5)

ANNEXES

ANNEXE I : AFFICHE INFORMATIVE



MÉMOIRE ETUDIANTE SAGE-FEMME

Actuellement en 5^{ème} année des études de maïeutique à l'école de Clermont-Ferrand, je réalise mon mémoire de fin d'étude dont le sujet est :

« Prise en charge des interruptions médicales de grossesse et des morts fœtales in utero en salle de naissance : le ressenti des sages-femmes »

Cette étude s'adresse aux **sages-femmes hospitalières volontaires** exerçant dans les services de suites de couche, de salle de naissance/bloc obstétrical, d'hospitalisation grossesses et de consultations obstétricales au sein du _____

Les données seront recueillies lors d'une **rencontre individualisée** entre vous et moi et se présente sous la forme d'un échange sur le vécu et le ressenti. Notre échange se déroulera dans une salle calme et disponible au sein du service dans lequel vous exercez.

Si vous souhaitez participer à l'étude, vous pouvez me contacter par téléphone ou par mail pour que l'on fixe ensemble la date de notre entrevue. En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à cette étude, je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Critères d'inclusion pour participer à l'étude :

- Sages-femmes exerçant en maternité de niveau III en région Auvergne-Rhône-Alpes.
- Sages-femmes ayant déjà pratiqué en salle de naissance, quelque soit l'expérience professionnelle et le type de maternité.
- Sages-femmes **ayant ou non** pris en charge une situation de mort fœtale in utéro ou d'interruption médicale de grossesse en salle de naissance ≥ 14 SA.
- Sages-femmes **volontaires** pour participer à l'étude.

Directeur de mémoire :
psychologue _____

Co-directeur de mémoire : _____
sage-femme enseignante



ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN

Questions générales

- Quel âge avez-vous ?
- Avez-vous des enfants ?
 - o Si oui, combien ?
- En quelle année avez-vous obtenu le Diplôme d'Etat de sage-femme ?
- Quelle est votre nombre d'années d'expérience en tant que sage-femme ?
- Quelle est votre nombre d'années d'expérience en tant que sage-femme au sein d'un service de salle de naissance ?

Questions spécifiques au sujet

Formations sur la prise en charge des IMG et des MFIU

- Au cours de votre formation initiale pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme ou durant votre carrière professionnelle, vous souvenez-vous avoir reçu une ou plusieurs intervention(s) ou formation(s) portant sur la prise en charge de ces situations ?
 - o Si oui
 - De quel type d'intervention s'agissait-il ?
 - Qu'avez-vous pensé de cette/ces intervention(s) ?
 - Qu'est-ce que cette/ces intervention(s) vous a/ont apporté pour votre pratique actuelle ?
 - o Si non
 - Auriez-vous souhaité participer à ce type d'intervention ?
 - Pour quelles raisons ?

Attitude face à ces situations

- Avant d'arriver en salle de naissance pour prendre votre garde, pensez-vous au fait qu'il puisse y avoir une IMG ou une MFIU à prendre en charge ? Quelle est votre sentiment par rapport à cette idée ?
- Lorsque vous arrivez en salle de naissance pour prendre votre garde, comment vous sentez-vous lorsque vous apprenez qu'il y a une IMG ou une MFIU à prendre en charge ?
 - o Quelle est votre manière de réagir face à cette situation ?
 - o Comment expliquez-vous cette réaction ?

Expérience professionnelle

- Avez-vous pris en charge des IMG ou des MFIU en salle de naissance au cours de votre formation de sage-femme ? Si oui, en connaissez-vous le nombre environ ? / A quelle fréquence environ ?
- Avez-vous pris en charge des IMG ou des MFIU en salle de naissance au cours de votre carrière professionnelle ? Si oui, en connaissez-vous le nombre environ ? / A quelle fréquence environ ?
- Pouvez-vous me raconter l'une de vos expériences professionnelles en salle de naissance lorsque vous étiez face à une situation impliquant une IMG ou une MFIU ?
 - Quels sentiments et émotions avez-vous éprouvés ?
 - Quelles manifestations physiques émotionnelles avez-vous eues ?
 - Pour vous, quels sont les éléments les plus marquants dans cette situation précise ?
 - Si vous aviez à revivre la même situation, que feriez-vous d'identique et/ou de différent ?

Représentations

- D'après-vous, quels sont les rôles de la sage-femme en salle de naissance lors d'une IMG ou d'une MFIU ?
- D'après vos représentations et votre expérience, pensez-vous qu'il y ait des moments clés émotionnellement lors de la prise en charge d'une MFIU en salle de naissance ?
 - Si oui,
 - A quels moments pensez-vous ?
 - Pour quelles raisons ?
 - Comment parvenez-vous à gérer chacun de ces moments ?
- D'après vos représentations et votre expérience, pensez-vous qu'il y ait des moments clés émotionnellement lors de la prise en charge d'une IMG en salle de naissance ?
 - Si oui,
 - A quels moments pensez-vous ?
 - Pour quelles raisons ?

- Comment parvenez-vous à gérer chacun de ces moments ?

Aspect technique, prise en charge protocolaire et administrative

- Quel est votre sentiment par rapport à l'aspect technique de la profession de sage-femme dans les situations de MFIU ou d'IMG en salle de naissance ? Pour quelles raisons ?
- Quel est votre sentiment par rapport à la prise en charge administrative et aux informations à donner au couple dans les situations de MFIU ou d'IMG en salle de naissance ? Pour quelles raisons ?
- Quel est votre sentiment par rapport à vos connaissances du protocole de service dans les situations de MFIU ou d'IMG en salle de naissance ? Pour quelles raisons ?

Retentissement personnel

- Lorsque vous avez pris en charge une situation impliquant une IMG ou une MFIU en salle de naissance, comment vous sentez-vous physiquement à la fin de votre garde comparativement à une garde plus classique ? Pour quelles raisons ?
- Lorsque vous avez pris en charge une situation impliquant une IMG ou une MFIU en salle de naissance, comment vous sentez-vous émotionnellement à la fin de votre garde comparativement à une garde plus classique ? Pour quelles raisons ?
- Pensez-vous que la prise en charge d'une de ces situations en salle de naissance durant votre garde entraîne des répercussions positives ou négatives au sein de votre vie personnelle à votre retour à domicile ?
 - Si oui,
 - De quel type de répercussion s'agit-il ?
 - Selon vous, qu'est-ce qui explique ces répercussions ?
 - Comment gérez-vous ces répercussions au sein de votre vie personnelle ?
 - Si non, qu'est-ce qui vous permet d'éviter ces répercussions ?

Souhaits et besoins face à ces situations

- Avez-vous déjà évoqué la prise en charge d'une de ses situations auprès de professionnels au sein de l'hôpital ?

- Si oui,
 - A quel moment par rapport à la situation vécue ?
 - Pour quelles raisons ?
 - Qu'avez-vous pensé de cet/ces échange(s) ?
- Si non, pour quelles raisons ?
- Avez-vous déjà évoqué la prise en charge d'une de ses situations auprès de votre entourage personnel ?
 - Si oui,
 - A quel moment par rapport à la situation vécue ?
 - Pour quelles raisons ?
 - Qu'avez-vous pensé de cet/ces échange(s) ?
 - Si non, pour quelles raisons ?
- Lorsque vous êtes face à l'une de ces situations durant votre garde en salle de naissance, vous sentez-vous entouré(e) ?
- Au sein de l'hôpital dans lequel vous travaillez, des mesures sont-elles mises en place pour accompagner le personnel soignant confronté à ces situations ?
 - Si oui,
 - De quel type de mesure s'agit-il ?
 - Que pensez-vous de la mise en place de cette/ces mesure(s) ?
 - Avez-vous déjà participé à l'une de ces mesures ?
 - Si oui,
 - Laquelle/Lesquelles ?
 - Pour quelles raisons ?
 - Qu'en avez-vous pensé ?
 - Si non,
 - Pour quelles raisons ?
- Selon-vous, quelles actions pourraient être mises en place afin d'apporter un accompagnement aux professionnels prenant en charge ces situations en salle de naissance ?

Evolution du ressenti face à ces situations

- Est-ce que votre manière de réagir et vos réactions émotionnelles lors de la prise en charge de ces situations ont évolué au fil du temps ? Si oui, quels sont selon vous, les facteurs ayant influencé cette évolution?
- Est-ce que vos pratiques lors de la prise en charge de ces situations ont évolué au fil du temps ? Si oui, quels sont selon vous, les facteurs ayant influencé cette évolution?

Conclusion

- Il y a-t-il des questions importantes que j'ai omis de vous poser ?
- Il y a-t-il des choses que vous souhaiteriez aborder ou sur lesquelles vous souhaiteriez revenir ?

ANNEXE III : LETTRE D'INFORMATION

PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS MEDICALES DE GROSSESSE ET DES MORTS FŒTALES IN UTERO EN SALLE DE NAISSANCE : LE RESSENTI DES SAGES-FEMMES

Investigateurs :

- Etudiante sage-femme
- Sous la direction d'un psychologue
- Sous la codirection d'une sage-femme enseignante

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à contacter les responsables de l'étude

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « *Prise en charge des interruptions médicales de grossesse (IMG) et des morts-fœtales in utéro (MFIU) en salle de naissance : le ressenti des sages-femmes* ».

Une étude intitulée « Prise en charge des interruptions médicales de grossesse (IMG) et des morts fœtales in utéro (MFIU) en salle de naissance : le ressenti des sages-femmes » est engagée au sein d'une maternité niveau III. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité d'un psychologue.

1. Pourquoi cette étude

L'expérience du travail et de l'accouchement dans un contexte de mort fœtale in utéro ou d'interruption médicale de grossesse est potentiellement traumatique sur le plan physique et émotionnel pour les couples. Face à cette épreuve, leur vécu est fortement influencé par l'accompagnement qu'ils ont reçu de la part des professionnels de santé.

A ce jour, les sages-femmes ont un rôle croissant, notamment en salle de naissance où la prise en charge des interruptions médicales de grossesse et des morts fœtales in utéro est une activité non exceptionnelle faisant partie intégrante de la profession. Ainsi, lors

de la prise en charge de ce type de situation en salle de naissance, la sage-femme est le premier interlocuteur du couple et devient un pilier sur lequel il peut s'appuyer.

Actuellement peu d'études portent sur le vécu des soignants dans la prise en charge des morts fœtales in utéro ou des interruptions médicales de grossesse, il semble donc important de s'intéresser au ressenti des sages-femmes face à ces situations.

2. L'étude en pratique

Il s'agit d'une étude qualitative de type descriptive et interprétative. Les données seront recueillies lors d'entretiens semi-directifs grâce à une grille d'entretien préalablement établie. La rencontre entre la sage-femme participante et l'enquêteur est individualisée et se présente sous la forme d'un échange sur le vécu et le ressenti. Chaque entretien sera enregistré par dictaphone puis retranscrit pour faire l'objet d'une analyse thématique du contenu.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration au Délégué à la Protection des Données (DPD).

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de

demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à aux responsables de l'étude.

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires.

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données.

**ANNEXE IV : TABLEAU REGROUPANT LES
CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES
PARTICIPANTS DE L'ETUDE**

		Effectif (n)	Pourcentage (%)
Tranche d'âge	20 à 30 ans	3	33,3
	31 à 40 ans	5	55,6
	41 à 50 ans	0	0
	Plus de 50 ans	1	11,1
Année d'obtention du diplôme de sage-femme	de 2011 à 2020	6	66,7
	de 2001 à 2010	2	22,2
	de 1991 à 2000	0	0
	de 1980 à 1990	1	11,1
Nombre d'année d'expérience en tant que sage-femme	de 0 à 5 ans	4	44,4
	de 6 à 10 ans	3	33,3
	de 11 à 15 ans	1	11,1
	plus de 15 ans	1	11,1
Enfant.s	aucun enfant	2	22,2
	un ou plusieurs enfants	7	77,8

ANNEXE V : TABLEAU REGROUPANT LES THEMES ET SOUS- THEMES DE L'ETUDE

Thèmes					
T1. La sage-femme : un rôle d'accompagnement nécessaire	T2. Les moments émotionnellement clés pour les sages-femmes	T3. Le ressenti émotionnel des sages-femmes et ses manifestations physiques	T4. Les déterminants du ressenti des sages-femmes	T5. Les stratégies de protection mises en œuvre	T6. Les attentes et les besoins exprimés par les sages-femmes
Sous-thèmes n°1					
L'accompagnement des femmes et des couples, essentiel pour les sages-femmes	La confrontation initiale de la sage-femme à une situation de MFIU ou d'IMG	La tristesse	La fréquence des situations prises en charge	Le sentiment de satisfaction et d'utilité	Une plus grande place pour la formation initiale et continue des sages-femmes
Sous-thèmes n°2					
La sage-femme en soutien psychologique des femmes et des couples	L'annonce de la MFIU ou d'une pathologie fœtale en cas d'IMG	Le sentiment d'impuissance	L'expérience professionnelle	L'auxiliaire de puériculture : un appui nécessaire	La mise en place de temps d'échanges organisés au sein de l'équipe soignante
Sous-thèmes n°3					
	La dualité IMG et MFIU : le fœticide difficilement vécu par les sages-femmes	Les sentiments de crainte ou d'appréhension	L'impact du type de situation sur le ressenti des sages-femmes	La solidarité et l'entraide de l'équipe soignante dans la répartition de la charge de travail	Faire appel à un psychologue
Sous-thèmes n°4					
	L'accouchement et la naissance de l'enfant	Les sentiments violents	L'âge gestationnel de la grossesse lors de l'IMG ou de la MFIU	Les temps de parole bénéfiques pour les sages-femmes	Soulagement et aide à la prise en charge administrative des IMG et MFIU
Sous-thèmes n°5					
	La préparation du corps et la présentation de l'enfant	La culpabilité	La maternité des sages-femmes, le passage de l'autre côté	La prise de distance par rapport aux situations vécues en tant que professionnel	
Sous-thèmes n°6					
		Le questionnaire			

RÉSUMÉ :

Introduction: Le vécu des couples confrontés à une Interruption Médicale de Grossesse (IMG) ou à une Mort Fœtale In Utéro (MFIU) est influencé par l'accompagnement reçu de la part des professionnels de santé. Alors que de nombreuses études portent sur le vécu de ces couples, le ressenti des professionnels qui les accompagnent, notamment celui des sages-femmes en salle de naissance, a très peu été abordé par la littérature.

Méthode: Les objectifs de l'étude étaient d'explorer le ressenti des sages-femmes face à la prise en charge des IMG et des MFIU en salle de naissance. Une étude à visée descriptive et interprétative a été réalisée dans une maternité de niveau III en région Auvergne-Rhône-Alpes. Neuf sages-femmes ont été interrogées par le biais d'entretiens semi-directifs.

Résultats: Les sages-femmes décrivent certains moments comme intenses émotionnellement. En découle un mélange de sentiments et d'émotions dont les déterminants sont multifactoriels. Pour y faire face, elles développent des méthodes plus ou moins efficaces, et expriment plusieurs attentes et besoins pour les aider dans cette démarche, tels que le développement de formations et la mise en place d'un soutien psychologique.

Discussion: Les sages-femmes font état d'une charge émotionnelle significative, parallèlement au couple accompagné. Le développement de stratégies défensives collectives et individuelles semble indispensable mais doit être soutenu pour éviter les répercussions négatives sur la qualité de l'accompagnement et le vécu du couple.

Conclusion: Répondre aux attentes et besoins des sages-femmes en leur apportant un soutien pratique et surtout psychologique est essentiel pour leur permettre de repérer, reconnaître, admettre et exprimer leur propre ressenti émotionnel. Cela passe par l'amélioration de la formation continue, et le développement d'un soutien psychologique pour les soignants.

Mots clés: Sage-femme – Interruption médicale de grossesse – Mort fœtale in utero – Ressenti

ABSTRACT:

Introduction: When couples are faced with a Medical Termination of Pregnancy (MTP) or IntraUterine Fœtal Death (IUFD), their involvement is influenced by the support received from the health professionals. Therefore, many studies focus on the experiences of those couples. However, often, the feelings of the health professionals who provide a support for them during these hard times, in particular those of the midwives in the delivery room, have hardly been approached in the literature.

Methods: The main objective of the study was to explore the feelings of midwives regarding the care of MTP and IUFD in the delivery room. A qualitative study was conducted in a type-III maternity of Auvergne-Rhône-Alpes. Moreover, semi-structured interviews were conducted with nine midwives.

Results: Midwives describe emotionally intense moments. The result is a mixture of feelings and emotions; whose determinants are multifactorial. To face it, they develop more or less effective methods, and express several expectations and needs to help them in this process, such as developing training and providing psychological support.

Discussion: Midwives report an intense emotional load, alongside the couple being accompanied. The development of collective and individual defensive strategies seem essential, nonetheless, it must be supported to avoid repercussions on the quality of care and on the couple's experience.

Conclusion: Meeting the expectations and needs of midwives by providing them with practical and especially psychological support is essential to enable them to identify, recognize, admit and express their own emotional feelings. This involves improving continuing education and developing psychological support for caregivers.

Key words: Midwife – Medical termination of pregnancy – Intrauterine foetal death – Feeling