



HAL
open science

Quelle prise en charge émotionnelle des femmes lors d'une fausse couche ?

Mathilde de Froissard de Broissia

► **To cite this version:**

Mathilde de Froissard de Broissia. Quelle prise en charge émotionnelle des femmes lors d'une fausse couche ?. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03903787

HAL Id: dumas-03903787

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03903787v1>

Submitted on 16 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

École de Maïeutique

QUELLE PRISE EN CHARGE EMOTIONNELLE DES FEMMES LORS D'UNE FAUSSE COUCHE ?

Le point de vue des sages-femmes

Présenté et publiquement soutenu

Le 7 juin 2022

Par

De froissard de broissia Mathilde

Née le 14 février 1998

Pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2021/2022

Membres du jury (par ordre alphabétique) :

- DONATO Xavier, Sage-femme attaché de recherche clinique, Hôpital de Saint-Joseph
- MATTEO Caroline, Sage-femme et enseignante à l'école de Maïeutique de Marseille (directeur de mémoire)
- MONLEAU Sophie, Sage-femme et enseignante à l'école de Maïeutique de Marseille

**QUELLE PRISE EN CHARGE
EMOTIONNELLE DES FEMMES LORS
D'UNE FAUSSE COUCHE ?**

Le point de vue des sages-femmes

De froissard de broissia Mathilde

Née le 14 février 1998

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

Année universitaire 2021-2022

Validation 1^{ère} session 2021 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :	Félicitations du Jury	<input type="checkbox"/>
	Très bien	<input type="checkbox"/>
	Bien	<input type="checkbox"/>
	Assez bien	<input type="checkbox"/>
	Passable	<input type="checkbox"/>
Validation 2^{ème} session 2021 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :		

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Je voudrais remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail et en particulier ma directrice de mémoire Caroline Mattéo sans qui cette étude n'aurait jamais vu le jour. Merci pour vos conseils si précieux, vos indications et votre disponibilité.

Merci aussi à ma personne ressource Elsa Janvier qui a su m'apporter d'un œil extérieur une autre vision de mon travail.

Merci à toutes les sages-femmes ayant répondu à mon mémoire et toutes celles rencontrées lors de mes études.

Merci à toutes les femmes que j'ai rencontré dans ma vie professionnelle et personnelle.

Un grand merci à ma famille et surtout à mes parents qui ont réussi à trouver les mots chaque jour, me réconfortant quand ça n'allait pas, m'écoutant et m'aidant dans toutes les étapes de ma vie.

Merci à mes pucettes d'amour pour ces 4 années partagées ensemble.

Et pour finir Merci à mon Brian qui a réussi à me supporter (bravo à toi ;)) non seulement pendant l'écriture de ce mémoire mais aussi pendant ces 3 dernières années passées ensemble.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	1
PARTIE I : LE DEUIL	1
A. <i>Définition générale</i>	1
B. <i>Le deuil périnatal</i>	2
PARTIE II : LA FAUSSE COUCHE	4
A. <i>Généralités</i>	4
B. <i>Cadre législatif en France</i>	5
PARTIE III : PROBLEMATISATION	6
PARTIE IV : LA QUESTION DE LA BANALISATION.....	7
MATERIEL ET METHODE	9
PARTIE I : OBJECTIFS	9
PARTIE II : STRATEGIES D'ECHANTILLONNAGE	9
PARTIE III : ENTRETIENS INDIVIDUELS	10
PRESENTATION DES RESULTATS	11
PARTIE I : LA PRISE EN CHARGE EMOTIONNELLE.....	11
A. <i>Déroulement</i>	11
B. <i>Facteurs influençant la prise en charge</i>	14
C. <i>Les limites</i>	19
PARTIE II : LE ROLE DES SAGES-FEMMES	23
A. <i>La communication</i>	23
B. <i>Le relationnel</i>	26
C. <i>Le professionnalisme</i>	30
D. <i>Une prise en charge dynamique dans le temps</i>	35
PARTIE III : LE VECU DES SAGES-FEMMES A TRAVERS LES FEMMES	37
A. <i>Structure, organisation et communication</i>	37
B. <i>Ouvrir la parole et lever le tabou sur les fausses couches</i>	41
DISCUSSION	47
PARTIE I : FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	47

A. <i>Les points forts</i>	47
B. <i>Les limites</i>	48
C. <i>Les biais</i>	49
PARTIE II : DISCUSSION DES RESULTATS.....	50
A. <i>Importance de la prise en charge</i>	50
B. <i>Différences de prise en charge</i>	52
C. <i>L'accompagnement</i>	53
D. <i>Les compétences et les limites</i>	54
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	58

ABREVIATIONS

SA : Semaines d'Aménorrhées

FC : Fausse Couche

FCP : Fausse Couche Précoce

FCT : Fausse Couche Tardive

FDR : Facteur De Risque

ATCD : Antécédent

RDV : Rendez-vous

SF : Sage-Femme

PEC : Prise En Charge

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

MIU : Mort In-Utéro

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de masse Corporelle

ANSFT : Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

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

CNGOF : Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens de France

DREES : Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des Statistiques

PMI : Protection Maternelle et Infantile

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

INTRODUCTION

« Mourir avant de n'être »

Dans cette paronymie, on entend « *n'être* » qui sous-entend ne pas exister, puis « *naitre* » qui signifie la naissance, vivre. Cette citation de René Frydman et Muriel Flys-Treves ⁽¹⁾ est décrite quand la mort survient avant la vie dans plusieurs situations comme les fausses couches, les interruptions médicales de grossesse, les réductions embryonnaires et les décès périnataux. Dans cette étude nous parlerons des fausses couches et plus particulièrement de la prise en charge émotionnelle des femmes par les sages-femmes. Notre étude commence par quelques notions que nous allons définir, notamment le deuil.

PARTIE I : LE DEUIL

A. DEFINITION GENERALE

Le mot « *deuil* » et « *douleur* » proviennent d'un verbe latin « *dolere* » qui veut dire souffrir. L'étymologie s'exprime par les manifestations extérieures et par tout ce qui les accompagne, comme les manifestations sociales et psychologiques chez les parents et les enfants, telles que les rites funéraires (les enterrements). Il représente le travail à la suite d'une perte ou d'une disparition irréversible. Freud en 1917 ⁽²⁾ l'appelle « *le travail de deuil* » d'où l'expression : « *faire son deuil* », puisqu'il s'agit d'une épreuve, d'une étape.

Selon Janine Pillot ⁽³⁾ une célèbre psychologue clinicienne engagée auprès des endeuillés : « *le deuil est un processus humain provoqué par toute rupture, toute perte significative dans le champ de nos investissements. Le travail de deuil fait partie de toute croissance de maturation humaine* ».

Il existe plusieurs étapes lors du deuil, qui sont :

- Le déni, le choc,
- La colère, la révolte,
- La tristesse, la désorganisation,
- L'acceptation,

- Et la reconstruction, c'est « *remplacer la perte par une présence intérieure* » selon Jeanine Pillot ⁽³⁾.

Ces états ne sont pas linéaires, ils peuvent se chevaucher et ne sont pas tous de même durée, ils peuvent durer des mois voire des années. Le deuil est un processus long, qui peut même ne jamais se terminer. Ce n'est pas une maladie mais bien une réaction physiologique en réponse à une perte, où de grandes fonctions de la vie se retrouvent perturbées dont le sommeil, l'appétit et la sexualité ⁽¹⁰⁾. Michel Hanus, psychiatre, psychologue et psychanalyste Français, célèbre dirigeant de la Société de la Thanatologie et fondateur de la Fédération européenne Vivre son deuil ⁽¹⁰⁾ appelle à parler de deuil au pluriel car chacun est différent et il en existerait alors plusieurs. Selon cet auteur, les deuils peuvent se compliquer et devenir pathologiques soit du fait de la fragilité de l'endeuillé soit des circonstances inhabituelles du drame (jeune âge de décès, accidents imprévisibles).

B. LE DEUIL PERINATAL

Nous avons vu la définition générale du deuil, maintenant nous allons présenter plus particulièrement le deuil périnatal. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ⁽⁴⁾ définit le deuil périnatal comme un décès survenant entre la 22^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) et le 7^{ème} jour après la naissance. Avant 22 SA, l'OMS parle simplement d'avortement ou de fausse couche.

D'après une étude menée par *International Journal of Environmental Research and Public Health* ⁽⁵⁾ en 2020 ayant pour objectif d'explorer et de comprendre l'impact du deuil périnatal sur l'environnement social et familiale des parents, le décès périnatal est en fait vécu comme une expérience douloureuse ayant des conséquences physiques, psychologiques et sociales pour les familles. Dans cette analyse menée en Espagne avec 13 mères et 8 pères, la conclusion était que le deuil périnatal a un impact sur la dynamique familiale des parents et sur leur environnement familial, social et professionnel. Le processus de deuil et d'adaptation comprend des aspects biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Les symptômes du deuil périnatal comprennent la diminution de l'appétit, la perte de poids, l'insomnie, l'augmentation des maladies chroniques et une diminution de la qualité de vie. Les parents vivant un deuil périnatal sont davantage prédisposés à souffrir d'anxiété, de dépression, du syndrome de stress post-traumatique et d'un risque accru de suicide. Mais il n'affecte pas seulement les

parents. Les frères et sœurs éprouvent des sentiments de culpabilité, de peur, d'anxiété et d'incompréhension. La vie du couple est également affectée, l'étude montre que le deuil périnatal a servi de stimulus pour renforcer le lien du couple mais qu'elle a également augmenté le nombre de disputes. De même, le désir sexuel et les rapports sexuels ont diminué ^(5, 7).

Ces conséquences sont le plus souvent sous-estimées de la part des professionnels de santé et de l'entourage des endeuillés selon M. Hanus ^(9, 10).

En effet les parents ont l'impression que la Société de manière générale banalise leur perte et rejette ou délégitime leur chagrin. Cette non-reconnaissance peut s'intensifier avec des phrases, des commentaires, des actions qui causent douleur et souffrance supplémentaires. Nous avons tous déjà entendu :

- « *Ce n'était même pas encore un enfant* »
- « *Tu peux en refaire d'autres* ».

Leur expérience douloureuse est minimisée, comme si un autre bébé pouvait faire pansement sur une plaie profonde et viscérale. Les parents pensent que la reconnaissance de cette perte dans leur environnement social et familial leur permettrait de mieux faire face à ce deuil d'après M. Dumoulin et A-S. Valat, autrices de *Morts en Maternité : Devenirs des corps, Deuils des Familles* en 2001 ⁽⁶⁾.

Cette non-reconnaissance s'inscrit dans l'Histoire et c'est d'ailleurs C. Le Grand Sebille en 2004 qui a dit : « *Ces naissances-morts ou morts-naissances, au cours du XX^{ème} siècle, dans notre société, ont été stigmatisées si négativement qu'elles exigeaient le secret et généraient un implacable déni social* » ⁽⁸⁾.

Reconnaître la perte au lieu de la nier. La reconnaissance du deuil est souvent évitée et la douleur des parents est souvent réduite au silence, ce qui entraîne un sentiment de deuil non autorisé. La douleur semble être invisible, comme si rien ne s'était passé, aucune fête religieuse, pas de visite, pas de faire-part, pas de fleur. Le sujet est évité comme si un tabou s'était construit autour de ce tout petit disparu sans n'être (naître) jamais apparu.

PARTIE II : LA FAUSSE COUCHE

A. GENERALITES

Selon l'OMS ⁽¹²⁾ et l'Assurance Maladie ⁽¹¹⁾, la fausse couche spontanée correspond à l'interruption naturelle d'une grossesse (interruption involontaire et expulsion hors de la mère) avant le terme de 22 semaines d'aménorrhées ou d'un fœtus pesant moins de 500 g. Il existe la fausse couche précoce plus communément appelée avortement spontané, qui est la plus fréquente et intervient avant 14 SA et puis la fausse couche tardive qui intervient entre 14 et 22 SA.

La fausse couche est un évènement indésirable qui survient dans la vie d'une femme et d'un couple de manière inattendue ou après la découverte d'une pathologie. Elle concerne 12 à 24% des grossesses soit 200 000 femmes chaque année en France ⁽¹³⁾. Ce pourcentage reste cependant difficile à estimer du fait que certaines fausses couches passent inaperçues, sans que la femme se rende compte qu'elle est enceinte. C'est une complication courante de grossesse et une femme sur quatre y sera confrontée dans sa vie.

Nous pouvons distinguer par le nombre de fausses couches par femme, la fausse couche isolée représentant 15% des grossesses et les fausses couches à répétition qui représentent 1 à 2% des grossesses. Celles-ci interviennent lorsqu'une femme de moins de 40 ans présente 3 fausses couches spontanées consécutives avant 14 SA lorsqu'elle est enceinte du même partenaire ⁽¹⁴⁾.

Les étiologies sont diverses, elles peuvent être génétiques ou chromosomiques (90%), hormonales, auto-immunes, thrombophiliques, infectieuses, parfois à cause de malformations utérines. Les facteurs de risques de fausse couche sont l'augmentation de l'âge maternel, les antécédents de fausses couches et morts fœtales in-utero, un IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$, le tabagisme maternel, l'alcool, le stress, les maladies maternelles chroniques telles que le lupus, le diabète et les fibromes ⁽¹⁵⁾. Il existe d'autres facteurs de risques mais leur fréquence est plus faible.

B. CADRE LEGISLATIF EN FRANCE

Le décret du 6 novembre 1997 ⁽²³⁾ considère les fœtus comme des pièces anatomiques avant 15 SA et doivent être incinérés. Depuis, plusieurs décrets et arrêtés du 20 août 2008 ⁽³²⁾ sont venus considérablement changer la législation permettant la remise d'un livret de famille aux parents qui en étaient jusqu'alors dépourvus comportant un extrait d'acte de naissance enfant né sans vie ⁽³³⁾, la date et le lieu d'accouchement. Ce dispositif n'est donc plus fondé sur le seuil de viabilité défini par l'OMS.

Cet acte de naissance est cependant délivré lorsque certaines conditions sont réunies : le recueil d'un corps formé y compris congénitalement malformé, et sexué. Ainsi, les IVG, et les fausses couches survenant avant 15 SA ne répondent pas aux conditions permettant l'établissement d'un certificat médical d'accouchement.

Si l'acte de naissance a pu être établi, plusieurs informations sont notifiées : les jour, heure et lieu de naissance, les prénoms et noms dates et lieux de naissances professions et domiciles des père et mère, et le cas échéant, ceux du déclarant. Un ou des prénoms peuvent être donnés à l'enfant né sans vie, si les parents le désirent. En revanche, aucun nom de famille ne peut lui être conféré et aucun lien de filiation ne peut être établi à son égard.

A la suite de la délivrance du certificat médical d'accouchement, les parents ont la possibilité de réclamer le corps sous 10 jours à compter de la naissance pour organiser des funérailles. Si le corps n'a pas été récupéré dans cette limite de temps, le corps est incinéré par l'établissement de santé, il en va de même lorsque le certificat n'a pas pu être établi.

La fausse couche ne donne pas lieu à un congé maternité de 16 semaines mais à un arrêt de travail établi par un médecin qui ouvre droit à une indemnisation par l'assurance maladie. Le père peut quant à lui bénéficier d'une autorisation exceptionnelle d'absence pour événement familial ⁽³⁴⁾.

Quelle soit précoce ou tardive, pour les parents c'est tout autre chose ⁽⁶⁾ :

- « *En faisant comme si de rien n'était, ils font comme s'il n'était rien* »
- « *Quand je suis rentrée, je me suis dit où il est le bébé ? Et pendant longtemps, même encore maintenant j'y pense. Ce corps-là, il a existé mais qu'est-il devenu* »,
- « *Je garde espoir que vous puissiez m'indiquer les démarches à effectuer pour cette reconnaissance, car pour moi le deuil du bébé ne peut se faire qu'à travers une réalité officialisée* »

PARTIE III : PROBLEMATISATION

D'après l'OMS, la fausse couche ne ferait pas partie du deuil périnatal. Mais depuis les années 80, la fausse couche est reconnue comme un véritable travail de deuil par de nombreux travaux de psychiatres et psychanalystes. Pour ce travail de deuil et la reconstruction du couple, les parents, la famille et le personnel médical doit prendre conscience que la fausse couche est une réelle perte d'un enfant que souvent, ni la Loi, ni la société ne reconnaît ⁽⁶⁾.

En effet, dans la vie des femmes ⁽¹⁶⁾, la fausse couche a un impact psychologique très brutal. La décharge émotionnelle des femmes est immense, les émotions ressenties sont multiples et très différentes d'une femme à l'autre. Une femme sur deux manifeste une réaction dépressive intense. Elles se sentent coupables, elles ont le sentiment que leur capacité à être mère est remise en cause, et la plupart des femmes expriment un sentiment d'échec et de vide.

Pour parler de leur fœtus ou de leur embryon, les femmes parlent de leur bébé à venir ⁽¹⁷⁾. Elles investissent leur grossesse, elles imaginent leur bébé grandir, l'allaiter, l'éduquer. Leur corps de femme dont elles pensaient qu'il allait donner la vie, donne en réalité la mort, selon certains de leurs propos ⁽¹⁸⁾. C'est tout leur psychisme qui est bousculé quand la mort survient avant la naissance.

PARTIE IV : LA QUESTION DE LA BANALISATION

23 millions.

C'est le nombre de fausses couches qui se produisent chaque année dans le monde, soit 44 par minute. 1 grossesse sur 4 n'aboutira pas ⁽⁷⁾. D'après une récente étude de The Lancet ⁽²⁰⁾, la fausse couche a été trop longtemps minimisée et banalisée : « *L'impact et les conséquences de la fausse couche sont sous-estimés, ce qui se traduit par une attitude d'acceptation de la fausse couche et un système de soins actuellement fragmenté et parfois de mauvaise qualité* ». Cette étude datant d'avril 2021 appelle à une refonte complète du système de soin en matière de soins médicaux et de conseils donnés aux femmes.

En effet, lors d'une fausse couche, les femmes sont amenées à rencontrer différents professionnels de santé, et bien souvent ce sont les sages-femmes qui sont aux premières loges lors du suivi échographique, des rendez-vous mensuels, des accouchements, du suivi gynécologique et bien d'autres encore.

Selon le référentiel métier des sages-femmes ⁽²¹⁾, l'accompagnement ne s'arrête pas à la prise en charge médicale. Elles ont la capacité de :

- Réaliser un diagnostic,
- Décider de l'indication d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement,
- Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge.

D'après l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales (ANSFT) ⁽²²⁾, la sage-femme assure la prévention psychomédicosociale en plus d'un suivi global de grossesse, du post-natal et du périnatal. Elle doit assurer des actions de soutien à la parentalité et à la promotion de la santé et à l'éducation de la santé sexuelle et affective. Elle doit offrir une prise en charge adaptée dans les situations de violences intrafamiliales, addictions et également dans la santé environnementale.

Ces compétences sont globales, diverses et variées et incluent l'accompagnement des femmes et des parents en situation de deuil périnatal. L'étude se porte donc sur cette question essentielle :

Quelles sont les ressources et quel est le rôle des sages-femmes dans la prise en charge émotionnelle des femmes lors d'une fausse couche ?

MATERIEL ET METHODE

PARTIE I : OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est de recueillir le témoignage des sages-femmes sur leur rôle dans l'accompagnement émotionnel des femmes lors d'une fausse couche.

Les objectifs secondaires de cette recherche sont de :

- Définir la perception que les sages-femmes ont du rôle qu'elles ont à tenir dans cet accompagnement,
- Explorer leur expérience pratique,
- Analyser les difficultés rencontrées.

Le but serait de voir les freins potentiellement ou les éléments permettant d'arriver à l'acceptation du deuil et la reconnaissance de la douleur. Mais aussi, cela permettrait de démystifier le deuil et d'opérer des changements visant à libérer la parole des femmes et des couples.

Pour cela, une méthode qualitative a été conçue à partir de la phénoménologie visant à décrire l'expérience des sages-femmes dans la prise en charge émotionnelle des femmes lors de fausses couches. Cette étude a duré 7 mois de mai à novembre 2021.

PARTIE II : STRATEGIES D'ECHANTILLONNAGE

La stratégie pour recruter les sujets est un échantillonnage raisonné, il est non probabiliste et consiste à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Les sages-femmes ont été recrutées sur la base de leur volontariat par l'intermédiaire des cadres à qui un mail a été envoyé ^(Annexe 1), sur les terrains de stage ou bien via la plateforme « Doctolib ».

Pour ce faire, un premier contact a été réalisé pour éclaircir le sujet notamment sur la durée moyenne de l'entretien et les différents objectifs de l'étude, puis si leur souhait de participer à l'étude était toujours effectif, à ce moment-là, nous pouvions convenir d'une date et d'une heure.

PARTIE III : ENTRETIENS INDIVIDUELS

La réalisation de ces entretiens a nécessité la rédaction d'une grille d'entretien semi-structurée ^(Annexe 2), où des questions prédéfinies ont été posées. Certaines ont été posées de manière ouverte afin d'avoir des entretiens les plus représentatifs possibles et de permettre à la personne interrogée de répondre comme elle le désire. D'autres ont été de manière fermée où l'individu a choisi sa réponse.

Les entretiens se sont faits pas téléphone dans un cadre accueillant et bienveillant, où le thème et les objectifs de la recherche ont été définis au préalable. L'identification de l'informateur a été réalisée avant le déroulement de l'entretien et les prénoms ont été modifiés avec leur accord. Les conversations ont été enregistrées par le biais d'un ordinateur avec leur consentement, puis retranscrits intégralement afin de les représenter le plus fidèlement possible. De ce fait, l'anonymat des sages-femmes a été conservé.

9 entretiens ont été réalisés auprès des sages-femmes de la région PACA dont :

- 6 sages-femmes hospitalières (niveau I, II et III) dont 1 cadre,
- 3 sages-femmes libérales :
 - o 2 sages-femmes échographistes-hospitalières dont 1 homme,
 - o 1 sage-femme libérale et hospitalière.

PRESENTATION DES RESULTATS



PARTIE I : LA PRISE EN CHARGE EMOTIONNELLE

A. DEROULEMENT

1. DEFINITION ET IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE EMOTIONNELLE

L'avis des sages-femmes se rejoint pour exprimer l'importance de la prise en charge émotionnelle. Pour Marion elle est « *fondamentale* » (I.49). Manon ajoute que cet accompagnement « *fait partie de plus de la moitié de notre métier* » (I.15, 16). Pour elle, la « *prise en charge est primordiale* » (I.15) et « *c'est de l'ordre de l'accompagnement des femmes qu'on rencontre, surtout dans les difficultés qu'elles peuvent rencontrer* » (I.15).

Plusieurs conceptions de la nature de cette prise en charge émotionnelle sont reflétées par les sages-femmes interrogées. La notion d'accompagnement est citée majoritairement. Selon Elisa c'est « *d'accompagner au mieux la femme sur son début de grossesse et la suite de sa grossesse* » (I.41 à 43), dans « *tous ses ressentis et adapter au plus près de la patiente* » (I.6, 7) et « *c'est plus de la prévention et de l'accompagnement émotionnel* » (I.79, 80). Du point de vue de Béa « *ça représenterait*

un peu, tout le côté accompagnement côté psycho qu'on peut avoir autour de la fausse couche » (l.15, 16).

Maria détaille les éléments de l'accompagnement : *« l'accompagnement de la douleur, l'accompagnement de la tristesse, de la douleur psychique, pas de la douleur physique même si ça compte au final » (l.35 à 37).* Généralement, les sages-femmes définissent la prise en charge émotionnelle comme étant un accompagnement psychologique et moral de la femme, de son vécu, de son affect et de ses émotions au moment de la fausse couche et aussi après.

2. PRISE EN CHARGE PAR LES SAGES-FEMMES

Toutes sont d'accord sur l'importance, mais cette prise en charge varie en fonction du mode et du lieu d'exercice.

Chez les sages-femmes exerçant en libéral, la prise en charge va dépendre de plusieurs éléments. Pour Marie qui est sage-femme libérale : *« Alors moi dans mon cabinet je fais du suivi de grossesse donc je suis confrontée aux fausses couches quand souvent elles viennent me voir en début de grossesse quand elles font pipi sur la bandelette et qu'elle est positive donc là moi je leur prescris du coup un bilan sanguin qui revient positif et ensuite je les envoie faire l'écho et en fonction de l'écho après elles viennent me voir pour un suivi d'une écho classique et un suivi de grossesse classique » (l.11 à 17).* Claire rencontre de temps en temps en échographies des *« découvertes fortuites » (l.66, 67)* du premier trimestre où pour elle la *« prise en charge est encore différente » (l.69, 70).* Généralement, ces éléments sont le mode de suivi de la grossesse, les temps de rencontre et l'état clinique de la patiente.

Peu importe le niveau de l'hôpital, pour les sages-femmes hospitalières, la prise en charge va surtout varier en fonction de l'organisation des soins. Pour Maria qui est dans un niveau II : *« avant 12 semaines si elles sonnent on les oriente directement aux urgences générales et c'est le gynécologue qui se déplace et après 12 semaines elles viennent chez nous, alors souvent elles viennent parce qu'elles ont des saignements et on voit ce que ça donne, mais sinon elles passent directement par la salle d'accouchement qui fait office d'urgence obstétricale et après elles sont orientées vers le service des grossesses où on essaie de leur avoir une chambre individuelle pour qu'elles puissent avoir à vivre ça sans avoir de voisine à côté » (l.8 à 16).* Cette organisation dépend de la présence d'un service de chirurgie ambulatoire ou d'un

service de gynécologie, de la disponibilité des lits dans les services, de la présence du praticien mais aussi du degré d'urgence clinique et du terme d'apparition de la fausse couche.

Manon qui travaille dans un niveau III ajoute : *« on va dire qu'on est peu confronté aux fausses couches précoces je trouve parce qu'en plus vu l'organisation du service elles sont prises en charge d'abord aux urgences gynéco et si jamais y'a besoin dans le cas après en salle de naissance, on a plus affaire aux fausses couches tardives »* (I.37 à 41). Cette remarque est à prendre en considération parce que c'est un élément qui a été constaté chez d'autres sages-femmes du même mode d'exercice. En comparaison aux sages-femmes libérales qui elles sont plus confrontées aux fausses couches précoces.

3. MISE EN PLACE DU SUIVI DANS LE TEMPS

Selon leur mode d'exercice, les sages-femmes pourront assurer un suivi à plus ou moins long terme. Pour un suivi à court terme on retrouve toutes les sages-femmes hospitalières qui ont une prise en charge temporaire dans le cadre de leurs compétences. Seule Béa a évoqué le suivi à long terme. En tant que cadre d'un service, cette dernière peut assurer le suivi dans le temps compte tenu de sa responsabilité administrative (cf. Présentation des résultats. Partie II. C. 5.) et son statut. En effet, elle propose de rester en contact avec les femmes, notamment afin de s'assurer de leur compréhension : *« on a l'impression qu'elles ont intégré pleins de trucs et 3 jours après elles ne savent plus »* (I.186 à 188) parce que *« le choc il est tellement violent »* (I.219, 220), *« qu'il y a simplement des choses qu'elles n'ont pas intégrées »* (I.221).

Concernant les sages-femmes libérales, leurs compétences leur permettent d'assurer un suivi à court terme mais aussi à long terme. Selon Damien : *« moi en tant qu'échographiste je leur propose qu'on reste en contact s'il y a besoin, je leur propose de revenir me voir si elles ont besoin, pour un contrôle de vacuité utérine »* (I.76 à 78).

Un suivi régulier peut se faire par les sages-femmes libérales mais cela dépend surtout de leur disponibilité. D'après Claire : *« en général on les voit en échographie de datation, donc on n'attend pas le premier trimestre, et en général on se rend disponible, je leur dis qu'à la moindre inquiétude, au moindre truc, parce que souvent elles se font des bouffées d'angoisse, parce qu'elles ont tous les signes de grossesse, elles sont plus ou moins tendues aujourd'hui, si elles soulèvent le moindre truc où elles disent que ça ne va pas, je leur dis de passer au cabinet, on fait un petit coup d'activité cardiaque et en*

général elles sont rassurées, ou des fois je les glisse entre 2 rendez-vous, elles savent qu'elles peuvent m'appeler dans tous les cas » (l.230 à 238).

Finalement il n'y a pas une conduite à tenir qui se dégage en termes de durée et de fréquence du suivi, cela dépend du mode d'exercice des sages-femmes, de leur organisation, de leur disponibilité et surtout de la demande des femmes. Elles vont s'adapter et réagir à leurs besoins. Les problématiques liées à la temporalité sont développées dans la partie III sur le vécu des sages-femmes (cf. Présentation des résultats. Partie III. A. 1.)

B. FACTEURS INFLUENÇANT LA PRISE EN CHARGE

1. LE TYPE DE FAUSSE COUCHE

Certains facteurs influencent la prise en charge émotionnelle par les sages-femmes. Leur avis est assez commun pour dire que le terme et notamment le type de fausse couche est un élément qui va orienter leur accompagnement, mais on distingue 2 groupes différents.

Le premier groupe est celui des sages-femmes qui séparent les fausses couches selon le terme de leur apparition. D'après Elisa : *« je vais faire une attention plus poussée aux fausses couches tardives parce que j'ai été plus sensible au cœur de mon travail mais plus récemment je me suis aperçu que les fausses couches même précoces pouvaient atteindre les patientes » (l. 17 à 20).* Pour Manon : *« c'est une prise en charge totalement différente parce que l'avancée dans la grossesse joue dans le vécu émotionnel des patientes » (l.41 à 43).*

Par ailleurs, un élément retrouvé chez plusieurs sages-femmes est important à soulever. Léa explique : *« On prend en compte que c'est difficile quel que soit le terme mais c'est vrai qu'on va être beaucoup plus attentive à quelqu'un qui est dans un terme avancé parce que des fois, en plus elles expulsent le bébé toutes seules et c'est vrai qu'elles voient qu'il est déjà formé, enfin c'est vrai que c'est plus difficile qu'un terme précoce et qui va perdre beaucoup de caillots et qui ne va pas le voir » (l.117 à 122).* *« Quelqu'un qui accouche d'un 21-22 semaines, quand même y'a les bras, y'a les jambes et elles-mêmes elles disent que c'est plus traumatisant. Donc c'est vrai que je dirais qu'on va être plus attentif, on va encore plus les cocooner » (l.123 à 128).* Finalement ces sages-femmes pensent que l'investissement de la grossesse est plus important au fur et à

mesure que la grossesse évolue et donc l'imagination des femmes est plus développée d'autant plus que certaines le sentent bouger.

Cet avis n'est pas partagé par le deuxième groupe de sages-femmes. Selon certaines d'entre elles, le terme ne qualifie pas la douleur ressentie. « *Ce n'est pas le terme qui fait la douleur* » (l.242). « *Des fois c'est l'histoire personnelle qui fait la douleur* » (l.244) d'après Béa. Et pour Marion : « *je pense que pour une femme le ressenti et le vécu d'une fausse couche précoce comme une fausse couche tardive, comme une IMG et bien il peut être tout aussi douloureux et impactant en fait. Quel que soit le terme* » (l.165 à 167). « *En fait généralement, ce n'est pas en fonction du type de fausse couche précoce ou tardive, c'est en fonction de comment est-ce qu'elles le vivent en fait* » (l.70, 71). « *Je ne sais pas si je prêterais une attention plus particulière à la fausse couche tardive qu'à une précoce parce que de ce que j'ai vu pendant mes études, y'a des femmes qui font des fausses couches précoces et qui le vivent aussi mal que d'autres et pour elles c'est un mal aussi gros et ça s'entend que faire une fausse couche à 8 semaines comme à 22 semaines, après la différence je pense que c'est plus l'accompagnement. L'accompagnement de la personne en soi et du couple pour moi il est le même parce qu'au-delà de ça, un IVG, tu peux le vivre aussi mal, enfin même si c'est toi qui l'a choisi, enfin y'a pleins de contextes différents qui font qu'elles le vivent aussi mal des précoces que des tardives* » (l.60 à 69). Pour elles, le terme n'a pas d'importance dans sa prise en charge, et c'est plutôt le contexte et le ressenti des femmes qui modifieraient la prise en charge.

2. LES FEMMES

Leur point de vue se rejoint pour adapter la prise en charge émotionnelle. Cette adaptation dépend du type de fausse couche mais pas seulement. Comme le dit Marie : « *on ne peut jamais savoir comment les patientes elles vivent leur truc parce que c'est difficile, chacun est différent, chacun pense comme il peut* » (l.100 à 102). Pour Béa : « *La prise en charge elle est indispensable mais il faut qu'elle soit complètement adaptée* » (l.136, 137). « *Alors la psychosystématique ça m'agace. C'est dépendant de leur chemin* » (l.298, 299). D'après Manon : « *c'est un accompagnement et je pense qu'il est différent en fonction, bien sur des patientes, en fonction de leur vécu à elles, de leur investissement et de l'expression de leurs émotions* » (l.61 à 63). Elle explique que : « *il y a des dames qui ont des ressources personnelles et qui vont les utiliser, il y a des dames à qui on donne des ressources et qui ne vont pas tellement les utiliser, mais il y*

en a qui ont besoin je pense d'un accompagnement et qui n'en n'ont pas assez. Donc je pense que ça aussi c'est quelque chose qu'il faudrait faire plus au cas par cas » (l.237 à 242).

Le facteur humain serait alors une notion importante pour les sages-femmes et elles auraient donc tendance à adapter la prise en charge en fonction des femmes, selon leurs vécus, leurs histoires et leurs contextes. L'accompagnement ne serait alors pas systématiquement le même.

3. LES SAGES-FEMMES

Évidemment, toutes les sages-femmes n'ont pas la même expérience ni le même âge, ni la même personnalité. Ces différences influencent la prise en charge émotionnelle et c'est d'ailleurs ce qu'expliquent plusieurs d'entre elles.

Manon explique : *« difficile de s'autoévaluer, mais je pense que j'arrive à prendre du recul sur certaines choses et voilà c'est toujours une didactique de s'adapter aux gens mais je pense que j'arrive de mieux en mieux à m'adapter aux personnes sans faire intervenir ma personne, ma vision personnelle » (l.252 à 256).* Pour Maria : *« c'est individuel à chacun en fait selon son tempérament parce qu'on nous ne l'apprend pas, enfin on a des cours de psychologie à l'école de sage-femme mais après, c'est aussi son affect avec ça, soit avec son expérience personnelle, ce qui est arrivé dans notre propre vie où quelque chose, où comment on y a été confronté, comment on a géré une femme qui se met à hurler de chagrin ou une autre qui est complètement dans le mutisme » (l.186 à 192).* Ces deux sages-femmes pensent que leurs histoires personnelles et leurs capacités individuelles vont leur permettre d'adapter la prise en charge qu'elles soient innées ou acquises.

D'autres sages-femmes ont fait référence à leurs expériences. Selon Marion c'est : *« se baser sur notre expérience, sur notre vécu, se baser aussi sur les fausses couches qu'on a accompagnées » (l.82, 83).* Pour Manon *« c'est au bien vouloir de chacun, c'est à la façon de comment nous on voit notre profession et de ce qu'on veut en faire. Il y en a qui sont très concentrées sur l'acte clinique, peu sur le relationnel et peut-être qu'il y en a juste qui ont du mal dans certains cas à s'approprier ça, peut-être par rapport à leur vécu personnel et professionnel » (l.277 à 281).* Cela dépendrait alors de leurs expériences personnelles et professionnelles.

Béa et Claire ont évoqué quelque chose de très intéressant. Cette dernière explique qu'« on apprend de notre expérience et de la réaction des dames » (l.22, 23). « Alors moi ce qui m'a permis de changer et d'évoluer dans le temps, c'est le retour des dames. J'ai appris face aux patientes et sur le terrain » (l.286, 287). « On va dire que tu as une petite idée à un moment donné, je dirais avec l'expérience tu as une petite idée de comment elles vont réagir » (l.26, 27). C'est aussi ce que pense Béa mais ajoute une petite particularité : « les femmes t'enseignent, alors si tu les connais bien, si elles sont un peu proches de toi, elles vont t'enseigner plus » (l.856 à 858). « Il y a des choses que tu ne pourras pas savoir avec une dame que tu ne connais pas. Dans le ressenti, il y a des choses où parce que tu es proche d'elle, elle va oser dire les choses » (l.858 à 861). « Le fait que ce soit des gens que tu connais mieux ou qui sont plus proches de toi, il y a des choses que tu vas mieux comprendre et ça va aider ton expérience. Mais si tu te laisses enseigner par les femmes que tu ne connais pas, tu vas beaucoup apprendre quand même. Il faut juste que tu aies du temps à leur consacrer » (l.865 à 870). Selon elle : « la prise en charge a forcément changé parce qu'il y a des choses que tu découvres différemment, il y a l'affect qui joue, comment t'expliquer, t'as un truc qui est affectif donc du coup ça te fait voir aussi d'autres côtés » (l.848 à 851).

En général, leurs expériences, qu'elles soient personnelles ou professionnelles vont s'allier pour répondre au mieux aux besoins des femmes. La qualité de la relation qui unit le professionnel et les femmes est aussi un élément à prendre en considération.

4. LA RECONNAISSANCE DU STATUT DE DEUIL DES PERTES

➤ LA FAUSSE COUCHE

Toutes les sages-femmes reconnaissent que la perte d'une grossesse est une étape difficile dans la vie des femmes qui sera fonction de leur investissement, leurs représentations et leur imagination. Selon Elisa : « il y a des femmes qui vont faire des fausses couches spontanées, c'est des fausses couches parmi tant d'autres où elles ont peu apprécié la grossesse, mais il y en a d'autres pour qui ça va être très difficile à vivre, même si c'est une fausse couche à 6 semaines. Parce que la grossesse avait été projetée, très désirée » (l.23 à 26). Pour Béa : « Des fois tu as des trucs qui sont difficiles à vivre parce c'est des situations extrêmement douloureuses, même si ce n'est pas des grosses grossesses, dès qu'on dépasse 16 semaines, dès qu'elles accouchent par voie

basse, et puis alors si elles l'ont senti bougé c'est pire que tout » (l.514 à 545). « Des fois il a un prénom tôt, des fois à partir du moment où ils le disent à tout le monde, le bébé il a un prénom tôt ». (l.673, 674).

Manon détaille les différents aspects de cette perte : *« c'est vraiment la perte d'un futur enfant » (l.169 à 170). Elle va même dire que « c'est un deuil » (l.288). « Ça peut aussi dépendre de leurs représentations » (l.316, 317) et « suivant comme les femmes investissent leur grossesse, comment elles se représentent leur grossesse et leur fœtus » (l.308 à 310), « mais en tout cas c'est le deuil d'une grossesse et d'un projet » (l.315 à 316). Pour Léa « c'est un deuil périnatal, elles font le deuil de leur grossesse, de ce bébé qu'elles avaient commencé à s'imaginer » (l.296, 297). Finalement, pour toutes les sages-femmes la fausse couche fait partie du deuil périnatal, que ça soit le deuil d'une grossesse, d'un projet, d'une imagination. C'est un deuil.*

L'avis des sages-femmes se rejoint pour dire que l'impact de la fausse couche dans la vie des femmes est important. C'est d'ailleurs ce qu'explique Maria : *« les patientes vivent ça comme un deuil et elles mettent plusieurs mois voire même plusieurs années à accepter d'avoir une grossesse à nouveau » (l.317 à 319). Léa ajoute : « quand on refait une ouverture de dossier donc quand il y a une 2^{nde} ou 3^{ème} grossesse et qu'elles ont fait une fausse couche avant, c'est vrai, les femmes elles le disent un peu émues, elles nous racontent comment ça s'est passé et on voit bien que c'est frais. Et 2-3 mois après elles retombent enceintes, mais c'est vrai qu'elles en parlent comme si c'était douloureux, et que oui c'est vrai que c'est le nouveau bébé, et il est arrivé assez rapidement, mais nous elles nous font comprendre qu'elles n'ont pas encore digéré » (l.84 à 92). « Il y a aucune femme qui oublie qu'elle a fait une fausse couche » (l.169). Elles perçoivent les conséquences marquées dans le temps.*

➤ COMPARAISON DE LA PRISE EN CHARGE

Des comparaisons de prise en charge ont pu être faites avec d'autres situations. Pour certaines sages-femmes comme Maria : *« je mets un peu tout ça dans le même panier, comme quand je m'occupe des IMG ou des morts fœtales quasiment à terme ou un peu avant, je prends les dames plus ou moins de la même façon » (l.31 à 34). Manon est du même avis mais essaie de mettre en garde : « On fait un peu comme les IMG, on les prend un peu en charge de la même manière avec la même durée d'hospitalisation tout ça alors que c'est totalement différent » (l.110 à 112).*

Marion développe pourquoi la prise en charge doit finalement être différente : « *l'impact émotionnel pour les patientes il est beaucoup plus fort parce que ça vient de leur tomber dessus* » (l.17 à 19), de plus : « *une dame qui arrive et qui expulse à 22 semaines, il se passe beaucoup de choses dans sa tête et dans son corps et c'est plus compliqué à gérer* » (l.27 à 29). Elle ajoute : « *c'est parfois compliqué dans l'urgence avec une dame qui est en train d'expulser, de prendre en charge le coté émotionnel aussi, parce que la différence avec une IMG c'est qu'elles sont quand même préparées, même si au moment de l'expulsion c'est difficile, tu vois toute la préparation avant, on a eu le temps de leur expliquer on a eu le temps de bien faire le point, si elles avaient des questions, comment ça allait se passer* » (l.21 à 27).

Concrètement, les sages-femmes comparent la prise en charge de différents événements comme les IMG, les MIU, les IVG et les fausses couches en prenant en compte que ce sont des pertes de grossesses et donc reconnaissent leur statut de deuil. Mais pour elles, ces deuils peuvent être différents car elles sous-entendent que pour les femmes ce ne sont pas les mêmes contextes, les mêmes situations et que dans le cas des IMG et des IVG elles auront une préparation psychologique en amont. Selon elles, ce temps, qu'il soit plus ou moins long, va leur permettre d'appréhender la perte, de poser des questions, d'essayer de comprendre.

C. LES LIMITES

1. LES CONNAISSANCES EN FORMATION INITIALE

L'avis des sages-femmes se regroupe concernant les connaissances acquises au cours de la formation initiale. Selon Marion : « *c'est vrai que la formation initiale est un peu imparfaite* » (l.150, 151). D'après Léa « *peut-être qu'à l'école de sage-femme on n'a pas assez de formations sur la prise en charge de la fausse couche* » (l.496, 497). « *Je me souviens avoir eu des cours sur le deuil périnatal* » (l.500, 501) « *mais on n'en a pas eu tant que ça* » (l.501, 502). Marie pense que des formations plus complémentaires pourraient être faites notamment « *sur l'accompagnement des fausses couches* » (l.134). Elisa est du même avis et ajoute que les connaissances « *vont s'acquérir dans votre pratique* » (l.136 à 137).

2. LES COMPETENCES MEDICALES

Médicalement, les sages-femmes ont des compétences globales qui leur permettent de prendre en charge les femmes de manière autonome. Mais dans certains cas, notamment quand la situation devient pathologique, les sages-femmes interrogées sont toutes d'accord pour faire intervenir un médecin. Manon développe ces différentes circonstances : « *quand y'a un problème donc quand on doit les appeler je ne sais pas moi pour une rétention placentaire, une hémorragie de la délivrance, il va falloir qu'il intervienne* » (l.181 à 184). Et pour Maria « *des fois on fait revenir le gynécologue pour parler de choses un petit peu plus techniques quand j'ai besoin d'explications un petit peu plus rationnelles* » (l.98 à 100). Selon Elisa : « *Si elle a plusieurs antécédents de fausse-couche, là dans ce cas-là, je vais l'orienter vers un gynéco, pour voir s'il faut faire un cerclage, voir s'il faut faire une prise en charge technique* » (l. 185 à 187). Généralement, les sages-femmes appellent ou orientent les femmes vers un médecin quand il faut une intervention technique ou un suivi plus particulier.

L'avis de Léa est un peu plus tranché : « *je dirais clairement que la fausse couche ce n'est clairement pas notre compétence, donc nous on constate que malheureusement il va y avoir une fausse couche, mais après on laisse le médecin décider de la prise en charge, voilà il dit ce qu'il va se passer* » (l.74 à 77). « *Alors pour les fausses couches moi je pense que y'a besoin de nous au moment de l'écho et pour l'accompagnement psychologique. Alors l'écho pour moi c'est au gynéco de la faire, et l'annonce on peut commencer à faire l'annonce et le gynéco doit venir confirmer, y'a pas que la sage-femme qui doit annoncer parce que là malheureusement là on est dans le cadre pathologique en fait, on sort carrément de la physiologie* » (l.277 à 281).

Concernant la gestion de la douleur, Maria explique avoir été limitée dans ses compétences. « *Je suis limitée voilà quand elles ont mal et que je n'arrive pas à les soulager* » (l.195, 196). Et ce « *qui m'embête le plus c'est quand leur péridurale ne fonctionne pas et que le l'anesthésiste ne veut pas la remettre* » (l.135 à 137). Pour Manon c'est quelque chose de primordial car elle affirme que « *la douleur physique* » (l.474) est « *intimement liée à la douleur morale* » (l.475, 476).

3. LES COMPETENCES PSYCHOLOGIQUES

Ici encore les sages-femmes considèrent avoir des compétences psychologiques mais se sentent parfois démunies ou limitées dans leur prise en charge émotionnelle. C'est ce qu'explique Béa : *« on n'est pas psychiatre, après on a un côté psycho, mais faut connaître nos limites, donc une femme qui est en train de s'enfoncer dans une dépression, ça ne va pas empêcher qu'elle continue à te voir mais il faut que tu arrives à la convaincre d'aller consulter »* (l.833 à 836). Dans certains cas compliqués : *« j'appelle au secours et si le psychologue ne suffit pas, j'appelle le psychiatre »* (l.820, 821). C'est aussi ce que pensent d'autres sages-femmes.

Dans certaines maternités, un psychologue a la possibilité de passer dans le service. D'après Manon : *« en cas de mauvais vécu je pense que je l'adresserais à la psychologue, je la ferais passer dans le service, je veux dire quand la dame est très très mal ou qu'elle l'exprime je fais en sorte que la psychologue passe dans le service avant qu'elle sorte »* (l.410 à 413), *« il faudrait que le psychiatre passe surtout si la dame a des antécédents »* (l.418, 419) *« de dépression, de dépression du post-partum »* (l.419), *« des antécédents où c'était déjà difficile pour elles, plus que la normale on va dire »* (l.420, 421). Maria explique pourquoi : *« la psychologue va avoir peut-être des tournures de phrases qui vont l'amener à un cheminement ou une réflexion différente alors que nous on va, enfin on essaie de les rassurer plus qu'autre chose, alors que la psychologue va leur permettre de vider leur sac »* (l.330 à 333).

Léa a toujours un avis un peu plus restrictif sur la question des compétences : *« moi je pense que c'est plutôt la psychologue qui devrait éventuellement discuter avec elle si elle se sent, si on sent qu'elles n'ont pas digéré le truc, on les envoie préférentiellement vers la psychologue »* (l.377 à 380). *« Sauf si vraiment la dame nous dit qu'elle ne veut pas voir la psychologue »* (l.101, 102), *« mais c'est vrai que souvent elles acceptent, enfin c'est très rare qu'elles disent non quand même »* (l.103, 104). Pour elle : *« c'est vraiment des personnes compétentes pour aider ces femmes à dépasser ce stade un peu critique donc oui moi je propose cet accompagnement »* (l.447 à 449). Elle ajoute : *« c'est vrai qu'on leur conseille souvent le suivi psychologique parce que le deuil pathologique c'est quelque chose pour moi qui appartient au psychologue, tu vois ça n'appartient pas aux sages-femmes parce que ça sort vraiment de notre cadre »* (l. 428 à 431).

Dans son exercice libéral, Marion a pu voir ce qui lui permettait de mieux prendre en charge le côté psychologique. *« J'appelle ma collègue pour lui parler de tout ça »* (l.223,

224) et « *puis derrière j'ai un retour de mes collègues qui m'expliquent comment ça se passe* » (l.62, 63), « *comme je t'ai dit on a un cabinet pluridisciplinaire et du coup on discute beaucoup avec mes collègues juste à côté et c'est top quoi* » (l.122 à 124). Grâce à son cabinet pluridisciplinaire, elle a la possibilité d'avoir recours à un psychologue rapidement, ce qui pour elle, facilite la prise en charge.

4. LES LIMITES PERSONNELLES

Ces limites ne sont pas seulement restreintes à la formation initiale et aux compétences mais seraient aussi dépendantes d'autres facteurs selon quelques sages-femmes. Maria l'explique : « *je pense que c'est très personnel et qu'on se met nous-même nos limites parce que moi je sais que j'apprécie beaucoup même si c'est toujours cruel de prendre en charge ces situations et je me sens à l'aise avec ça et je ne me sens pas en limite. Quand je vois la patiente arriver je ne me dis pas : ah non c'est la collègue qui doit la prendre* » (l.192 à 195). Ces limites pourraient alors être personnelles.

Justement, Béa a bien compris que certaines sages-femmes avaient des difficultés dans la prise en charge : « *y'a des sages-femmes qui ont du mal, je peux accepter qu'elles aient du mal mais je veux qu'à un moment donné elles essaient de bouger les lignes. Ça ne peut pas être toujours les mêmes* » (l.498 à 500) et ajoute : « *je sais combien c'est difficile et je sais combien fuir au début ça peut être un exutoire* » (l.496, 497).

Pour Léa, les limites sont au-delà de la volonté : « *en tant que sage-femme, je ne comprendrais pas quelqu'un qui ne sentirait pas capable d'accompagner une fausse couche* » (l.195 à 197), « *je ne vois pas quelqu'un ne pas se sentir capable* » (l.198, 199), « *je ne vois pas quelqu'un de malveillant* » (l.199).

Pour conclure sur les différentes limites mises en avant par les sages-femmes, certaines ont une définition très concrète de leurs compétences et n'hésitent pas à faire appel aux médecins ou aux psychologues référents. Pour d'autres la relation entre la physiologie et la pathologie est un peu moins tranchée, ce qui rend la prise en charge délicate et plus sensible.

PARTIE II : LE ROLE DES SAGES-FEMMES

A. LA COMMUNICATION

1. L'ANNONCE

La communication est une notion de prise en charge retrouvée chez toutes les sages-femmes interrogées. En effet pour elles, c'est l'une des grandes compétences requises pour leur métier. Selon leur mode d'exercice les sages-femmes n'ont pas les mêmes responsabilités, certaines d'entre elles l'ont mises en avant.

L'annonce du diagnostic de fausse couche est différente chez les libérales et les hospitalières. Pour ces dernières, Léa dit « *pour qu'elle se prépare petit à petit sans que ça soit un choc* » (I.57), « *nous on commence à amorcer une annonce, on leur explique qu'on va appeler le médecin parce que là ça dépasse nos compétences et qu'on a besoin de l'avis d'un médecin* » (I.61 à 63) Pour elle, il faut « *commencer à annoncer la nouvelle de façon douce* » (I.67) et son rôle est d'« *essayer de le dire avec des mots doux* » (I.152).

Concernant le mode d'exercice libéral, Claire échographiste dit « *si tu fais l'écho de datation et que tu vois que c'est déjà mal parti, donc celles-là tu vas commencer à les préparer, si tu vois déjà à l'écho, voilà c'est de l'imagerie et avec l'habitude tu vois que ce n'est pas parti pour super bien démarrer* » (I.42 à 46). Elle va plutôt dire aux femmes : « *la datation aujourd'hui n'est pas évidente, peut-être que la grossesse n'évolue comme l'on voudrait* » (I.47 à 49), « *et on pourra être rassuré que quand on aura 2 échos à des temps différents* » (I.49, 50). Et dans le cas où la fausse couche est avérée : « *j'essaie de leur annoncer délicatement et j'essaie de leur montrer, je leur montre à l'échographie, je leur explique, je ne retire pas la sonde de suite, je leur explique un petit peu parce que voilà y'a toujours ce petit truc à se demander si on l'a bien vu* » (I.85 à 88). Elle ajoute : « *je pense que tu doses la manière dont tu vas le dire en fonction je dirais des antécédents, si ça a déjà été vécu ou pas, de l'état de stress de la dame* » (I.23 à 25).

Les échographistes ont un statut particulier leur permettant d'effectuer le diagnostic et donc une annonce. Pour Damien « *c'est de la bienveillance au niveau de l'annonce* » (I.16), « *l'accompagner jusqu'au bout et lui expliquer les démarches à faire ensuite* » (I.20, 21), « *pas juste se contenter de l'annonce et de laisser la patiente en plan* » (I.18,

19). Cette manière de faire pour lui, c'est permettre à la femme d'avoir « *une prise en charge globale* » (l.21, 22).

2. ÉCOUTE ET BIENVEILLANCE

L'écoute et la bienveillance. Ce sont 2 notions que les sages-femmes ont bien conscience dans leur prise en charge car elles sont retrouvées tout au long du suivi des femmes. Pour Maria il est important de « *surtout de bien les écouter plutôt que de parler pour rien dire. Là, c'est si elles ont envie elles parlent, si elles n'ont pas envie elles ne parlent pas, si elles ont envie de parler de la pluie et du beau temps on parle de la pluie et du beau temps et ça je leur dis clairement* » (l.89 à 93).

Béa explique pourquoi c'est important. « *Je vais essayer d'être le plus possible dans l'écoute si je la rencontre* » (l.154, 155). « *C'est d'essayer de me mettre dans une position d'écoute, je ne peux pas savoir ce qui est bon pour elle, je n'en sais rien, je ne connais pas sa vie* » (l.510 à 512). « *J'essaie de me mettre dans une position où elle puisse me dire ce qu'elle veut et ce dont elle a besoin* » (l.287, 288).

Léa regroupe ces 2 éléments : « *Vraiment la sage-femme dans la prise en charge de la femme, c'est de l'écoute bienveillante* » (l.135, 136).

3. ACCUEILLIR LES EMOTIONS ET RASSURER

Les sages-femmes ont toutes bien conscience que les femmes sont inquiètes et qu'il est normal qu'elles souffrent d'anxiété. Selon Béa : « *Une dame qui a déjà fait plusieurs fausses couches et qui aurait déjà un suivi particulier suivant l'origine des fausses couches et bien elle risque d'être plus inquiète et de multiplier les consultations, et bien autant qu'elle en aura besoin, autant elle en fera* » (l.798 à 802). Elle ajoute : « *on va la prendre, on va faire le point, on va essayer de la rassurer* » (l.805, 806), « *des fois elles viennent elles n'ont rien, mais c'est juste parce qu'elles flippent, mais on ne va pas dire : mais enfin madame vous n'avez rien, vous êtes déjà venue la semaine dernière, tant pis on la prend* » (l.802 à 805). L'important est de voir qu'elles sont toutes d'accord pour rassurer les femmes.

Marie explique qu'il faut aussi faire preuve de vigilance : « *je vois des fois dans les commentaires dans le dossier d'une patiente qui vient pour accoucher* » (l.278, 279) : « *attention fausses couches à répétition, patiente anxieuse* » (l.281), et pour elle il faut « *les rassurer et être un contact beaucoup moins froid que quand des fois c'est à distance, qu'on met un monitoring et qu'on s'en va* » (l.87, 88). C'est essayer de faire de petites attentions.

Afin de rassurer les femmes, Marie qui est sage-femme libérale va pouvoir proposer aux femmes quelques petites solutions : « *Je leur dis le plus possible de ne pas y penser, que chaque grossesse est différente, et que celle-ci a des chances d'être menée à terme et qu'il ne faut pas s'affoler tant qu'on n'a pas fait les échos, et moi ce que je fais pour les rassurer c'est que je leur prescris des béta toutes les semaines* » (l.179 à 183) « *jusqu'à l'écho de datation des 8 semaines* » (l.185).

4. EXPLIQUER POUR DECULPABILISER

Quel que soit leur statut ou leur mode d'exercice, les sages-femmes ont toutes remarqué que les femmes culpabilisaient, en effet selon Léa, il y a « *beaucoup de culpabilité* » (l.70).

Marie explique pourquoi et quel va être son rôle : « *je la déculpabilise à fond, ce n'est pas de sa faute, car souvent elles travaillent encore, elles travaillent beaucoup donc elles te disent que c'est parce qu'elles bossent beaucoup, qu'elles ne se sont pas reposées* » (l.48 à 51) « *elles pensent que c'est de leur faute donc voilà je leur explique bien que ce n'est pas leur faute* » (l.51 à 53). Avant toute chose, pour Claire c'est « *surtout de les faire déculpabiliser* » (l.119). Elle « *essaie de leur expliquer que quoi qu'il arrive ça serait arrivé et que ça ne sert à rien qu'elles aillent chercher le pourquoi du comment* » (l.122, 123). Elle leur dit que « *ça s'est passé mais ça souvent c'est une grossesse qui n'aurait pas pu évoluer, et qu'elles n'y sont pour rien* » (l.124, 125), « *non ce n'est pas parce qu'elles ont fait trop de voiture, ce n'est pas parce que vous êtes allée boire un verre avec vos copines alors que vous ne saviez pas que vous étiez enceinte. Non ce n'est pas ça. Voilà vous n'y êtes pour rien c'est comme ça, que de toute façon ça n'aurait pas évolué, c'est comme ça, y'a pas d'explications* » (l.125 à 130) A ce moment-là, les sages-femmes ont compris que leur rôle était de les déculpabiliser.

Pour cela, Marion va donner certaines explications aux femmes : « *pour les fausses couches je dis que parfois c'est la nature qui fait qu'une grossesse s'évacue* » (l.183,

184). Damien ajoute : « *j'avoue que je mets beaucoup l'accent sur le fait que la nature est bien faite et qu'il y a une sorte de sélection naturelle, et qu'on ne peut pas forcément expliquer ou être sur* » (l.52 à 54). Pour lui, cela permettrait aux femmes d'« *essayer de relativiser* » (l.55).

Il a d'ailleurs une approche plus particulière : « *je vais avoir plutôt tendance à minimiser cet accident* » (l.145). Il explique que « *ça arrive fréquemment, que y'a aucune raison, que c'est un accident de la vie, et qu'on ne sait pas pourquoi mais c'est une sélection naturelle qui est bien faite et que ça arrive à beaucoup de femmes dans leur vie et que de base c'est évident qu'elle aura aucun problème à retomber enceinte et mener une grossesse à bien* ». Et il répète : « *en fait pour une première grossesse comme ça je vais avoir tendance à minimiser la fausse couche* » (l.146 à 152).

Finalement, les sages-femmes se rendent compte que les femmes culpabilisent et cherchent une raison à leur fausse couche. Leur rôle dans ce domaine est alors de leur expliquer pourquoi c'est arrivé afin de les faire déculpabiliser. Souvent, elles expliquent que c'est une sorte de sélection naturelle qui est faite.

B. LE RELATIONNEL

1. SOUTIEN ET DISPONIBILITE

Selon la plupart des sages-femmes interrogées, les femmes ont besoin qu'on leur apporte un soutien. Elles vont détailler comment elles peuvent le mettre en place dans la prise en charge émotionnelle.

Certaines expliquent à quels moment les femmes auront de ce soutien. Selon Béa : « *Toi t'es là, tu l'accompagnes quand on va lui mettre la péri ou qui va être là quand elle va expulser, qui va faire ses soins après, qui va être là, qui va toucher son corps, qui va toucher le corps de son enfant* » (l.691 à 693). Pour Claire c'est aussi se rendre « *disponible dans le après* » (l.154, 155).

Cette disponibilité, plusieurs sages-femmes y font référence. Marion dit aux femmes : « *je sais que je ne pourrais rien faire pour vous faire du bien, mais juste je suis là* » (l.41, 42), « *c'est tout ce qui compte* » (l.42, 43). Selon Béa c'est « *être à sa disposition quand elle a besoin de quelque chose* » (l.374, 375). D'ailleurs, elle propose de petites attentions : « *Faire la tisane l'après-midi, de faire le machin au lieu de dire la pauvre la*

pauvre et puis ne pas oser rentrer dans la chambre parce qu'elle a perdu un gosse » (l.398 à 400). Elle ajoute que « si y'a accompagnant on essaie de proposer le thé, le café » (l.551 à 552) « s'il veut parler il parle mais sinon le truc c'est d'essayer de faire, c'est de faire des à-côtés attentionnés, quand on dit le café, le mouchoir, le gâteau, c'est vraiment ça » (l.552 à 555).

Concernant les accompagnants, certaines sages-femmes s'assurent de la présence bienveillante de la famille. D'après Maria : *« on fait en sorte que dans la chambre individuelle le mari ou le compagnon soit présent le plus possible ou des fois c'est quelqu'un d'autre qui vient, mais voilà ils le vivent en famille souvent » (l.54 à 57). Pour Marion c'est « s'assurer que la femme est bien entourée, qu'elle n'est pas isolée, qu'elle est entourée de gens bienveillants surtout. Pas d'une famille qui, même en voulant bien faire oppresse plus qu'autre chose, ce qui est parfois le cas » (l.266 à 269).*

Mais elles expliquent aussi comment elles parviennent à assurer un soutien. Pour Léa c'est *« leur rendre les tâches faciles » (l.133). Pour Marie, c'est plutôt un « soutien moral » (l.82). Pour d'autres comme Léa c'est simplement de discuter avec elles « évidemment on est là pour parler avec elles » (l.412).*

D'une manière générale, les sages-femmes affirment soutenir les femmes par leur présence, en se rendant disponible dans le temps. Néanmoins, une sage-femme essaie de mettre en garde : *« Je vais rester à sa disposition, si elle n'a pas besoin, si elle n'est pas en demande, je vais lui foutre la paix » (l.150, 151), « on essaie de les laisser un peu tranquilles » (l.550, 551). Pour Béa se rendre disponible c'est bien, mais il intéressant aussi de laisser du répit aux femmes.*

Ces différentes sortes de disponibilité ne sont pas les mêmes selon les statuts. Par exemple, pour Claire : *« moi je leur dis que je leur laisse mon numéro de téléphone et si vous avez des questions auxquelles je n'ai pas donné d'explications, auxquelles je n'ai pas répondu, ou un sujet que vous voulez aborder » (l.150 à 153). Elle va aussi se rendre disponible pour le conjoint : « si y'a le conjoint qui m'appelle parce que lui à ses questions, ben il peut m'appeler » (l.153, 154). Béa partage aussi cet avis : « si elle a besoin de moi, en général je laisse mon numéro de bureau si elle a besoin » (l.155, 156). Pour Damien c'est la même chose : « ça ne me dérange pas de laisser mes coordonnées pour me rendre disponible pour les patientes si besoin » (l.203, 204).*

2. HUMANITE ET EMPATHIE

Dans leur pratique, les sages-femmes affirment que certaines compétences sont requises, mais que d'autres ne dépendent pas de formations ni de capacités professionnelles. C'est ce que Léa explique : « *ce n'est pas une question de formation* » (l.193, 194), « *c'est une question de personnalité* » (l.194), et « *c'est impossible de ne pas avoir un minimum d'empathie quoi quel que soit la situation* » (l.199 à 201). Béa est du même avis : « *Dans ma nature, je peux le dire, j'ai de l'empathie, naturellement* » (l.506, 507), « *la sage-femme elle a un côté psychologue, alors tu ne l'appelles peut-être pas psycho, tu l'appelles empathie* » (l.695 à 697) et c'est selon elle, l'une des qualités que doivent posséder les sages-femmes.

Pour Damien « *tout le monde est capable de faire preuve d'empathie, d'humanité* » (l.98, 99). D'ailleurs, l'humanité est une compétence que partage Claire car selon elle, son « *rôle de sage-femme, c'est d'y mettre une dimension un peu plus humaine* » (l.99).

3. SUBVENIR AUX DIFFERENTS BESOINS DES FEMMES

Un sentiment partagé par toutes les sages-femmes, c'est d'apporter aux femmes ce dont elles ont besoin. Certaines sages-femmes développent leurs différents besoins dont Manon qui tente de décrire l'un de ces aspects : « *moi j'essaie en tout cas de mettre la dame dans une certaine atmosphère, intimiste, de créer un lien avec la dame, voilà encore plus que quand y'a un accouchement on va dire normal parce que la situation pour moi le nécessite* » (l.184 à 187). Cette sage-femme parle d'atmosphère, d'ambiance agréable.

D'autres besoins sont décrits par Maria : « *c'est vrai que j'aime beaucoup les prendre en charge ces patientes parce que je reste beaucoup, alors c'est vrai qu'on n'a pas le droit mais je m'assoie avec elle sur le lit, je leur prends la main, enfin ça reste beaucoup dans la prise en charge émotionnelle, dans le sens ce n'est pas les dorloter mais c'est enfin je ne sais pas comment dire, les câliner* » (l.80 à 85). Elle détaille sa manière de faire : « *je ne dirais pas que je les prends dans mes bras sans leur avis mais ça ne me gênera pas si elles ont besoin que je me rapproche d'elles et qu'elles pleurent sur mon épaule. A mon sens moi ça me dérange pas du tout, et je l'encourage, après ce n'est pas tout le monde qui le veut, après y'a des gens qui ont plus de pudeur par rapport à ça* » (l.104 à 109). La présence et la proximité sont 2 aspects décrits par Maria.

Marie a la même expérience mais ajoute un élément : « *Le truc c'est qu'on est vachement proche de nos patientes nous les sages-femmes, vachement plus que les gynécos donc on a tendance à les cocooner quoi. Donc c'est vrai que c'est ce type d'accompagnement que j'ai avec les patientes* » (l.84 à 87). C'est cet aspect de cocooning qui est partagé par d'autres sages-femmes dont Marion : « *Ce que j'aime bien avec les patientes aussi c'est faire un petit cocoon, mettre un peu d'humour* » (l.95 à 97). Pour Claire son rôle est « *d'apporter du cocooning* » (l.103).

Enfin, Béa termine par une liste d'autres besoins : « *aujourd'hui tu pleures et demain tu seras en colère mais elle s'en fou, son problème il n'est pas là, ce qu'il te faut c'est des mouchoirs, un verre d'eau, une chambre confortable, que tu puisses rester avec ta famille, que tu as besoin d'une tisane, d'un chocolat, je ne sais pas, de partir vite d'ici et d'avoir une personne qui t'appelle pour savoir comment tu vas* » (l.427 à 432).

Atmosphère agréable, présence, proximité, cocooning, réconfort et d'autres encore sont des éléments qui tendent vers une bonne prise en charge des femmes. En tout cas, c'est que toutes les sages-femmes essaient de leur apporter pour subvenir à leurs besoins.

4. LE SAVOIR ETRE

Les femmes, à plusieurs occasions vont rencontrer des sages-femmes lors de leur fausse couche. C'est à ces différents moments que leur rôle va pouvoir se mettre en action. Pour Maria « *c'est nous qui faisons énormément le relai, enfin la prise en charge, leur besoin de parler, leurs questions, leurs besoins, leurs interrogations, essayer de leur enlever leur culpabilité quand elles nous disent qu'elles ont marché, qu'elles ont fait leur shopping, leur machin et qu'elle ne comprennent pas* » (l.22 à 27). Damien est du même avis car il « *pense qu'on est un peu en premier recours* » (l.106, 107). L'avis des sages-femmes se rejoint pour dire qu'elles sont les premières personnes que les femmes vont rencontrer dans leur parcours.

Béa fait une conclusion bien révélatrice de la manière de penser des sages-femmes : « *je suis sage-femme, ça c'est la première chose* » (l.452). Ensuite, « *mon but c'est d'être là comme un coussin ou comme une béquille comme disait une psychiatre que j'adore, pour qu'elles puissent s'appuyer et pouvoir faire leur deuil* » (l.296 à 298). « *Je suis leur référence de tous les jours* » (l.304).

Finalement, ces mots : référence, béquille, coussin, premier recours et premier relai sont les différents termes employés par les sages-femmes qui résument leur manière d'être et de se positionner. Manon explique surtout à quoi cela va servir : « *c'est quand même nous qui sommes en première ligne pour dépister on va dire l'état émotionnel de la dame et orienter et alerter* » (l.93 à 95). Pour elle, cela à un but, et il va être de pouvoir orienter les femmes dans la bonne direction, vers un professionnel de santé, vers une prise en charge adaptée selon leurs besoins.

Une autre sage-femme explique que rester soi-même est un atout dans la prise en charge. D'après Marion : « *des fois moi je sais qu'il faut que je fasse attention à la phrase qui va sortir de trop* » (l.97, 98), mais « *en fait ça passe tout seul parce qu'au moins t'es nature avec les patientes* » (l.100, 101), « *et des fois ça passe bien parce que souvent que de se retenir, se retenir, se retenir, que de dire des bêtises* » (l.103, 104) « *du peu d'expérience que j'ai, le mieux c'est de rester naturel* » (l.106).

C. LE PROFESSIONNALISME

1. TRANSMETTRE, ORIENTER ET PROPOSER UN TYPE D'ACCOMPAGNEMENT

Ces aspects sont surtout développés dans la partie des limites (cf. Présentation des résultats. Partie I. C), mais certains rôles, bien qu'ils soient limités, font partie à part entière des compétences des sages-femmes.

La question des transmissions est mitigée du point de vue de certaines sages-femmes. Selon Maria : « *c'est psychologue, sage-femme, gynécologue, c'est très simple entre guillemets, on sait très bien à qui se référer. Et si jamais elle n'a pas de gynécologue et bien ça sera le gynécologue de garde le jour et il fera le suivi par la suite* » (l.151 à 154). Pour Elisa la tâche est plus compliquée. Justement, ses « *difficultés c'est les transmissions, c'est de transmettre* » (l.114, 115), « *c'est le problème des transmissions en fait, à qui transmettre, que faire des informations que te transmettent la patiente* » (l.115 à 117).

Au-delà des difficultés, pour Manon « *ça tient qu'à nous justement de passer le relai à quelqu'un d'autre quand ces dames sortent* » (l.293, 294). Il faut : « *rediriger ces femmes vers d'autres professionnels parce qu'en plus on ne les garde pas longtemps donc je pense que c'est important de ne pas les lâcher comme ça surtout qu'en plus elles sortent*

donc c'est fini quoi, donc leur proposer la psychologue pendant l'hospitalisation mais aussi après » (l.76 à 80). C'est aussi ce que propose Elisa, mais elle va plus loin dans la réflexion : « Je vais leur proposer une consultation avec un psychologue, leur indiquer que c'est une bonne idée, après si elles ne se sentent pas, de planter des petites graines et de voir si ça pousse, de leur dire, de planter la discussion du deuil périnatal et de leur dire que ça pourrait être bien et que même si elles ne sont pas prêtes maintenant, que la porte est ouverte que si elles ont besoin, ça pourrait les aider » (l.216 à 221).

Pour les sages-femmes il est important de transmettre et d'orienter les femmes vers un autre professionnel de santé quand elles jugent qu'elles en ont besoin. C'est leur permettre de voir un psychologue, un gynécologue ou un psychiatre quand c'est nécessaire. C'est aussi leur proposer un type d'accompagnement et les rediriger vers un professionnel qui pourra les aider.

D'ailleurs, différents types de médecines existent et sont à la disposition des femmes, d'après Marion : « on a de la sophro qui permet d'accompagner » (l.139), et pour elle il serait aussi intéressant de « lui proposer un accompagnement extérieur d'acupuncture » (l.205) Selon Elisa : « quand je fais mes consultations d'acupuncture, là à ce moment elles vont te dire qu'elles ont fait plusieurs fausses couches, ou même une seule fausse couche » (l.28 à 30) et donc elle en profite pour aborder plusieurs sujets : « comment elles l'ont vécu » (l.30, 31), « leur demander si elles ont peur, peur de recommencer » (l.31, 32).

2. CONSEILLER ET DONNER

Dans leur pratique, certaines sages-femmes arrivent à conseiller les femmes et à les orienter vers quelque chose qui pourrait potentiellement les aider. Béa donne un exemple très concret : « les associations sont très nombreuses, d'ailleurs si tu regardes quand tu as un problème de santé, c'est valable pour toute la santé, et quand tu trouves des associations d'usager, tu vois les associations de deuil périnatal, les associations de diabétiques, les associations de dialysés, les associations d'autistes, tu sais que c'est quelque chose qui est sensible » (l.722 à 727). C'est aussi ce que Marion propose et explique pourquoi : « on peut lui conseiller les associations de familles » (l.271), « y'en a pas mal et puis généralement y'a rien de mieux que des gens qui ont vécu ça pour soutenir » (l.273, 274). Certaines proposent aussi de conseiller et donner des petits

fascicules destinés aux parents endeuillés sur lesquels ils pourront retrouver des associations et différents professionnels de santé spécialisés dans le deuil périnatal.

Manon partage le même avis mais ajoute un élément très important : « *je sais que nous on a des espèces de fascicules, avec des groupes, des associations, des groupes de parole sur le deuil périnatal, avec des liens avec d'autres professionnels de santé et avec des parents qui ont déjà vécu ça, donc si je vois que y'a des parents qui sont en clin et qui sont dans cet optique vraiment de deuil périnatal je vais leur donner ce fascicule, mais j'avoue que ce n'est pas fait tout le temps* » (l.423 à 429), « *il y en a pour qui ce n'est pas du deuil périnatal et si on donne le fascicule en systématique à tout le monde ça peut mettre certaines personnes en difficulté* » (l.432 à 434), « *alors que il y a des gens qui sont dans le deuil périnatal et à qui ça va vraiment apporter des choses* » (l.436, 437). Toujours dans une démarche dynamique, elle va s'adapter à chaque femme et à chaque couple selon leurs envies et leur positionnement.

3. EXERCER ET PROFITER DE SES EXPERIENCES

L'expérience est quelque chose qui s'acquière au cours du temps et c'est bien ce qu'a remarqué Béa : « *Je dois reconnaître que quand j'étais jeune, dans les mauvais moments j'étais plutôt dans la fuite, honnêtement. Toute jeune j'étais dans le tous aux abris et si je peux ne pas m'en occuper, je ne m'en occupe pas* » (l.453 à 456). « *Après tu te dis que non tu ne peux pas les lâcher, et j'ai cheminé petit à petit* » (l.456, 457). Maintenant, elle sait « *combien l'histoire est compliquée* » (l.419). Cette sage-femme a beaucoup expliqué comment elle a évolué notamment sur son positionnement et comment elle a aidé sur la manière de faire. Elle donne un exemple : « *on avait des photos nues mais des photos un peu pièce anatomique. Maintenant quand on fait une photo nue, on essaie de le mettre en position fœtale* » (l.611 à 613).

Marion fait aussi référence à l'expérience mais plutôt d'un autre point de vue : « *c'est vrai que c'est des situations auxquelles on n'est pas souvent confronté alors on se sent un peu démunie mais plus par manque d'habitude en fait* » (l.14 à 16). Elle travaille en niveau III et pour elle « *l'intérêt qu'on a c'est surtout de bosser dans des endroits où tu en vois régulièrement. Je pense que les sages-femmes qui sont perdues dans les petits niveaux I et qui voient ça tous les 2 ans* » (l.302, 304), « *ça va être plus difficile à gérer que pour nous* » (l.304, 305) parce que selon elle « *trouver les mots, trouver les petites choses qui réconfortent* » (l.316, 317) quand « *tu ne fais pas tous les jours* » (l.316),

« c'est comme tout, quand tu fais plus, tu pratiques plus, t'as plus les gestes précis et puis surtout humainement en fait » (l.313 à 316). « Quand on est dans ce cas-là il faut leur expliquer toute la procédure, parler de la morgue quand elles font une fausse couche » (l.318 à 320), « de l'autopsie, ce n'est pas non plus un bon moment ni pour eux ni pour nous, et puis si tu ne sais pas exactement comment ça fonctionne parce que tu ne l'as plus vu depuis des années. Voilà ce genre de truc t'as envie de leur expliquer correctement, clairement et pas te pencher dessus en disant : je ne sais pas je vais chercher l'info » (l.321 à 326). « D'où l'intérêt de le faire assez régulièrement même si ce n'est pas hyper agréable de se dire qu'on est callé en morgue » (l.328, 329). Dans cette situation elle fait plutôt référence à parfois un manque d'expérience qui peut surtout être présent dans les petits niveaux. Elle exprime aussi le fait d'avoir les connaissances administratives pour répondre au mieux aux parents.

4. S'INFORMER, SE FORMER, LIRE ET RENCONTRER

« L'information restera toujours le pouvoir » (l.257) selon Elisa. Cette phrase résume bien ce que la plupart des sages-femmes pense sur l'information et les formations. Cette dernière explique pourquoi : « Vu que je me suis informée, je peux maintenant mieux conseiller » (l.252, 253). Marie partage la même expérience : « ce qui m'aide c'est que je me renseigne beaucoup, je lis beaucoup » (l.121, 122). Béa précise un peu : « Après j'ai beaucoup lu, j'ai beaucoup aimé les éditions Erès, ils ont pas mal publié sur les fausses couches, les bébés décédés » (l.463, 464) et « j'ai rencontré l'association du deuil périnatal local » (l.467, 468). Elle ajoute que « tout ça, ça a bouleversé mon mental de sage-femme » (l.472, 463). La lecture et les rencontres ont d'une manière générale aidé les sages-femmes à prendre en charge émotionnellement les femmes.

Une autre source d'information est possible, c'est d'ailleurs un élément important car il fait partie de la formation continue des sages-femmes. D'après Elisa : « j'ai fait un DU de psychologie périnatale » (l.88). « Après j'ai fait une formation en plus sur le deuil périnatal et après on est formé régulièrement, sur le deuil périnatal » (l.92 à 93). Béa explique pourquoi c'est nécessaire : « on a les connaissances théoriques, l'empathie naturelle ou travaillée et puis après on se forme. Tu sais que ça va t'arriver, tu te formes. D'abord tu fais ton chemin parce qu'il va falloir que tu fasses ton chemin parce dans ton métier ce n'est pas le plus facile, ça c'est sûr. Et il faut que tu te formes parce si tu veux accompagner les femmes ou les familles, parce que des fois t'as le papa aussi, il ne faut

pas l'oublier qu'il est là et qu'il n'est pas juste là pour faire joli. Et toi si tu veux les accompagner, tu ne peux pas dire : ah ce n'est pas ma spécialité moi j'envoie au psycho, non non, tu te formes et puis tu envoies au psycho aussi mais tu te formes. C'est un devoir. Et puis tu peux faire des formations je dirais, maintenant on fait tout à distance, et tu peux bouquiner, tu prends le site de Spama si tu veux lire tu en as pour plusieurs jours » (l.705 à 717). « J'ai fait une formation avec Molénat » (l.457, 458) « c'est le pédopsychiatre qui a fait bouger ma vision de l'annonce du handicap, de la mort fœtale et de tout ça, et de tout ce qu'ils ont fait autour du nouveau-né aussi, de toutes les compétences du nouveau-né » (l.459 à 462).

Globalement, les sages-femmes pensent qu'il est important de posséder l'information au moyen de formations complémentaires, de DU. Mais aussi grâce aux différentes lectures, rencontres et écoutes (podcast) qui pourraient leur apporter quelque chose de plus afin d'améliorer et d'optimiser la prise en charge des femmes.

5. L'ADMINISTRATIF

L'administratif est un élément que peu de sages-femmes ont abordé. Seule Béa, compte tenu de son statut de cadre et de son rôle bien particulier dans la prise en charge des fausses couches a pu expliquer les différentes étapes de cet accompagnement qui selon elle sont primordiales.

Grace à son expérience et son expertise sur le terrain, elle a pu observer l'évolution de la loi (détaillée dans Introduction, Partie II.B). Aussi, elle détaille son rôle plus précisément « souvent c'est moi qui fais les papiers avec elle, donc pour les formalités administratives pour la déclaration à l'état civil » (l.164 à 166). Son rôle c'est aussi de « laisser un souvenir du bébé » (l.256), de faire « des photos » (l.259), de faire des « empreintes avec un tampon encreur » (l.276) et de garder le « bracelet » (l.262). Tout est « conservé dans son dossier » (l.261), « elle peut les retrouver si elle en a envie » (l.262), « si elle a envie on fait une boîte souvenir » (l.279). Elle explique aussi que « maintenant y'a des auxiliaires puéricultrices qui font des espèces de petits nids d'ange pour les tous petits bébés pour pouvoir les accueillir » (l.251, 252).

De façon générale, Béa décrit son rôle comme étant de laisser le plus beau souvenir possible de cette étape dans la vie des femmes en leur permettant d'accéder à des boîtes souvenirs ou de jolies photos de leurs enfants. Même après des années de travail elle a toujours cette volonté de s'améliorer et de donner le meilleur d'elle-même.

D. UNE PRISE EN CHARGE DYNAMIQUE DANS LE TEMPS

Les sages-femmes interrogées caractérisent les femmes et situations rencontrées comme étant singulières. D'après Béa : « *chaque personne est unique, on ne sait rien de leur vie, on ne sait pas si ça fait écho à quelque chose de vécu dans l'histoire* » (l.435, 436). C'est pourquoi elle souhaite « *respecter son cheminement* » (l.373, 374). Il ne faut « *pas dire que c'est mieux d'aller voir le bébé, de ne pas voir le bébé, c'est mieux comme tu veux et de dire il ne faut pas que tu le voies parce qu'il est moche, non, je fais comme elle veut, ce n'est pas ma vie, ce n'est pas mon bébé, je ne connais rien de son histoire* » (l.407 à 410). Elle ajoute qu' « *elle mettra le temps qu'il faut* » (l.372, 373).

Dans cette dernière phrase, Béa parle d'une temporalité. Manon y fait aussi référence dans la prise en charge : « *Chacun va à son rythme et ça je pense que c'est un truc qui ne me choque pas et qui ne m'affecte pas donc je pense que c'est un plus pour accompagner les gens comme il faut, en respectant leur choix* » (l.270 à 273). « *Je pense qu'il faut respecter, enfin moi j'essaie de respecter dans ma prise en charge des patientes la temporalité de tout ça en fait* » (l.67 à 69). Selon Maria : « *il y en a qui veulent sortir très tôt donc on n'empêche pas ça non plus, mais leur dire qu'elles peuvent revenir, qu'elles ne sont pas toutes seules, que si elles veulent, enfin moi j'insiste vraiment sur le fait que si maintenant à l'instant T vous n'avez pas envie mais que plus tard vous avez envie, vous avez le droit de changer d'avis* » (l.360, 364).

De manière générale ces sages-femmes parlent de respect au sens large. Mais Manon essaie quand même de le détailler en plusieurs éléments.

Pour elle, c'est « *adapter à son état d'esprit* » (l.73), « *respecter les croyances de chacun, les représentations* » (l.130, 131), « *ne pas être trop intrusive* » (l.131) et « *ne pas aborder les conversations que les gens n'ont pas besoin en fait, parce que nous dans notre représentation personnelle on a tous une idée préconçue de : si ça m'arrive qu'est-ce que j'aimerais, et en même temps ça c'est très personnel, il y a des gens qui n'ont pas du tout les mêmes besoins que nous on aurait et s'éloigner de ça et respecter ce dont ont besoin les personnes en fait* » (l.132 à 137).

Cette dernière insiste sur une notion peu abordée par les autres sages-femmes : « *je pense que nous on y est confronté beaucoup mais je pense qu'il faut prendre en considération la volonté de certaines personnes, de certains patients d'avoir un accompagnement religieux même dans le cadre de la fausse couche* » (l.523 à 526) car

selon elle : « *suivant les religions et les cultures c'est important même si c'est un fœtus d'avoir un accompagnement religieux, donc ça je pense que ce n'est pas à minimiser parce que ça peut faire partie vraiment du deuil des gens* » (l.530 à 533).

Enfin, elle explique pourquoi. « *S'apercevoir de voir que dans les coups durs chacun réalise les choses différemment et que ce n'est pas parce qu'une dame elle n'exprime rien, qu'elle ne ressent rien, et bien ça il faut respecter, il faut respecter ça et de ne pas être choquée de la façon de parler de certaines patientes* » (l.262 à 266). « *Il y en a qui disent qu'elles viennent de perdre un bébé comme si elles venaient de perdre un bébé à terme et il y en a qui disent que c'est comme ça, que c'est la vie, que ce n'est pas grave, qu'elle en referait un autre* » (l.266 à 269). Cela fait partie de son rôle de respecter, de s'adapter et surtout d'accepter et comprendre les différences des autres.

Plus généralement, les sages-femmes sont conscientes que les femmes sont uniques, singulières et que leurs choix peuvent évoluer au cours du temps, selon leurs envies et leur cheminement respectif. Elles font preuve d'une grande adaptation, de respect, de compréhension et d'acceptation, c'est pour cela que la prise en charge s'inscrit dans une démarche dynamique.

PARTIE III : LE VECU DES SAGES-FEMMES A TRAVERS LES FEMMES

A. STRUCTURE, ORGANISATION ET COMMUNICATION

1. TEMPORALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Le temps est une thématique souvent évoquée par les sages-femmes interrogées (cf. Présentation des résultats. Partie I. A. 3.) car il leur pose communément problème. En décrivant la prise en charge, Maria dit : *« elle est souvent très courte parce que souvent quand elles arrivent et qu'elles ont fait une fausse couche, elles sont hospitalisées et des fois même pas, parce que si on est sûr de la vacuité utérine on la laisse rentrer chez elle »* (l.42 à 45). Manon détaille les effets négatifs que peut avoir cette temporalité : *« c'est souvent brutal et pourtant on les garde au final parfois quelques heures, 1 jour des fois maximum. Voilà, donc ma difficulté elle est là, c'est-à-dire de prévoir le suivi de la dame, quand même en très peu de temps »* (l.119 à 122), *« pour la prendre en charge médicalement et psychologiquement et l'orienter vers les personnes adaptées »* (l.124 à 126).

C'est ce manque de temps pour la plupart d'entre elles qui impacte la prise en charge et pour prévoir une organisation. D'ailleurs Manon pense que : *« la manière dont sont gérées ces femmes en post-partum »* (l.193, 194) est *« minimisé parce qu'on les hospitalise quelques heures »* (l.194, 195), *« sans plus d'accompagnement que ça »* (l.236) *« elle n'a pas rencontré la psy pendant son hospitalisation alors qu'elle le souhaitait »* (l.209).

Cette dernière propose une solution : *« on devrait se poser la question de les garder un peu plus ou faire un protocole de service »* (l.227 à 229), *« les limites elles existent dans la temporalité de la prise en charge, finalement dans le secteur hospitalier ça c'est sûr que c'est un frein puisqu'à un moment donné on ne pourra clairement pas accompagner ces dames dans leur cheminement, je veux dire c'est long, c'est un deuil, et nous on est là parfois quelques heures donc ça c'est sûr que pour moi c'est la limite principale à l'accompagnement émotionnel des femmes »* (l.284 à 290).

D'autres sages-femmes ont remarqué que l'état du service entraînait une modification de la prise en charge. En effet d'après Léa : *« selon l'état du service on a plus ou moins du temps à accorder »* (l.326). C'est alors leur disponibilité auprès des femmes qui sera impactée.

Que ça soit une limite ou une contrainte, les sages-femmes sont dérangées par ce temps qui leur semble trop court pour permettre un accompagnement optimal des femmes.

2. SERVICES D'URGENCES ET D'HOSPITALISATIONS

Cette partie est surtout développée dans la partie de la prise en charge par les sages-femmes (cf. Présentation des résultats. Partie I. A. 2). Néanmoins, certaines évoquent que l'organisation des services peut-être un frein à l'accompagnement. Selon Léa : *« nous on est une petite maternité, il y a 15 chambres, elles vont forcément entendre un bébé pleurer et c'est d'ailleurs pour ça qu'elles sortent rapidement parce que c'est souvent ça, on leur explique que très rarement on les installe en maternité quand elles font une fausse couche, parce que il y a des photos de bébé, les trucs de prépa qui sont affichés et en fait ça c'est très dur »* (I.233 à 239). Selon la place dans les services ou l'organisation de la structure hospitalière les femmes vont se retrouver hospitalisées avec les femmes en maternité. Pour Béa : *« il y en a qui sont scandalisées qu'on les hospitalise en maternité et il y a des femmes qui s'en foutent complètement d'être en maternité parce que de toute façon ça ne leur rend pas leur bébé »* (I.392 à 295). Il n'y a pas réellement de service d'accueil pour ces femmes, les sages-femmes en sont bien conscientes et essaient de faire au mieux pour convenir aux femmes.

Une autre problématique est apparue mais qui dépend plutôt de la présence ou non d'un praticien sur place. Selon Claire : *« le problème souvent c'est les urgences gynéco, avec les internes, elles restent en saignant et les urgences les reçoivent 2/3 heures après, en les laissant assises sur leur banc en saignant »* (I.254 à 256). D'après Léa : *« la difficulté en niveau I, c'est qu'on n'a pas le médecin sur place et c'est vrai que pour le faire venir c'est un peu délicat »* (I.257 à 259) *« la nuit »* (I.244), *« il ne se déplace pas »* (I.247). Beaucoup de sages-femmes ont dénoncé cette organisation qui peut dépendre du niveau de l'hôpital, de la présence de certains services et de la disponibilité du praticien.

3. MANQUE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE CONSIDERATION

D'un point de vue général, l'accompagnement est quelque chose d'important pour les sages-femmes. Certaines ont pu observer dans la pratique, dans leur vécu de sage-femme ou dans leur parcours personnel des manquements à cette prise en charge.

C'est ce que raconte Maria : « *j'ai une cousine qui m'a dit avoir fait une fausse couche il y a 1 an et l'avoir très mal vécu dans sa prise en charge parce qu'elle avait l'impression de ne pas être considérée justement* » (l.342 à 244), « *parce qu'elle saignait, parce qu'elle a beaucoup attendu, parce qu'on ne lui a pas dit tout de suite ce qui se passait* » (l.345, 346). Ce manque de considération, Claire l'a aussi remarqué : « *le deuil périnatal ce n'est pas assez pris en compte* » (l.187), « *on n'en tient pas forcément compte et on a tendance à survoler* » (l.188, 189).

Elle explique pourquoi cette prise en charge est importante et propose que les femmes « *pourraient être arrêtées 1 semaine histoire de souffler et de voir si tout se passe bien* » (l.195 à 197), « *il n'y a pas besoin d'un mois d'arrêt, mais au moins le temps de souffler* » (l.199), « *la vie ne reprend pas direct après la fausse couche. De toute façon celles qui en ont déjà fait ne s'en ont pas remises* » (l.204 à 206). Pour elle l'impact de la fausse couche est assez grand pour pouvoir le reconnaître.

L'avis de Manon est un peu plus tranché et parle même de minimisation et de banalisation : « *on minimise la fausse couche et ses répercussions* » (l.105), « *c'est banalisé par le gynéco* » (l.179, 180) ou par « *le personnel soignant* » (l.170, 171) « *du moment en fait où l'enfant n'est pas viable* » (l.174, 175), « *on passe par-dessus* » (l.175). Elle explique avoir vécu une expérience personnelle concernant un membre de sa famille : « *ça m'a fait prendre conscience que même si c'était une fausse couche précoce* » (l.448, 449), « *sans complications, ni rien* » (l.450), « *à cette époque déjà on lui avait dit que c'était rien, que ça arrivait, que c'était comme ça, enfin voilà, elle l'a mal vécu donc ça m'a permis de me rendre compte que même si c'était précoce, ça pouvait être mal reçu, c'est pas parce que c'est courant que c'est un truc qui est banal* » (l.450 à 454). Elle ajoute : « *on leur avait aussi dit à l'époque qu'il fallait qu'elle attende avant de retomber enceinte, voilà au final elle est retombée enceinte 3 ou 4 mois après et elle a fait un hématome sous-chorial, on les a vachement culpabilisés en disant que c'est parce qu'ils n'avaient pas attendu après la fausse couche, qu'il est arrivé ça* » (l.455 à 459).

Au-delà de la minimisation de l'impact psychologique et de la culpabilisation, Manon insiste « *surtout sur la prise en charge de la douleur* » (l.500), « *la dernière fois j'ai vu une dame qui est arrivée aux urgences gynécologiques pour une fausse couche tardive de 19 ou 20 semaines* » (l.502 à 504), « *elle avait rompu mais il y avait déjà un peu les jambes qui étaient dans le vagin* » (l.504, 505), « *on a dû poser une rachi* » (l.505, 506), « *là, à ce moment-là j'ai quand-même insisté pour qu'on pose une rachi, même si ça*

arrivait bientôt » (I.510, 511), « ça peut soulager la dame physiquement et psychologiquement » (I.509, 510).

Le manque de considération, le manque d'écoute, le manque d'accompagnement, la culpabilisation, et la minimisation de la douleur par le personnel soignant sont des événements que les sages-femmes ont remarqué. Avec leurs expériences personnelles et professionnelles elles essaient de remédier à ce problème qui est ancré depuis des générations.

4. CHOIX DU VOCABULAIRE

La plupart des sages-femmes interrogées quel que soit leur mode d'exercice a évoqué avoir des difficultés dans la communication avec les patientes. Selon Béa : *« des fois tu ne sais pas quoi dire » (I.564)*. Claire l'a aussi remarqué : *« mes difficultés c'est d'arriver à mieux le dire, c'est-à-dire à être le plus délicat possible, c'est toujours délicat de le dire, et puis sur le coup il n'y a pas de manière bien de le dire et sur le coup faut être le plus délicat possible mais dans tous les cas ça sera quoi qu'il arrive une mauvaise nouvelle. Ça, c'est compliqué parce que je n'ai pas encore trouvé la phrase clé pour le dire » (I.110 à 115)*. La difficulté à trouver les mots ou la bonne tournure de phrase est un élément retrouvé à plusieurs reprises, que ça soit au moment du diagnostic, au moment de la naissance ou des années après.

Marion explique pourquoi c'est difficile : *« c'est la difficulté dans ces cas-là de trouver les mots qu'il faut pour soulager quelque chose alors qu'on sait qu'on ne peut pas les soulager en fait. Moi j'ai vu ça avec la dernière fausse couche, c'est vraiment de dire en fait, clairement j'ai dit à la dame : je n'ai aucun mot pour vous consoler » (I.37 à 41), « des fois tu te sens démunie pour trouver les mots, pour être présent, pour soulager des trucs qui sont difficiles à soulager » (I.93 à 95), parce que « ça te touche aussi, évidemment » (I.92, 93)*. En effet plusieurs sages-femmes ont expliqué qu'elles avaient du mal à choisir leur vocabulaire parce que aucun mot ne peut soulager les femmes et que rien ne pourra leur rendre leur enfant tant imaginé.

Pour d'autres, l'important est de : *« Faire attention au choix des mots » (I.311)* pour Maria et *« ne pas paraître trop agressive, trop violente » (I.212)* d'après Béa. Léa est du même avis mais ajoute que *« c'est ça qui est dur en fait, quand elles sont dans le déni, on essaie de ne pas avoir des mots trop choquants pour que ça ne soit pas trop dur à assimiler, mais parfois il y en a qui ne veulent pas l'accepter donc ça c'est le plus dur*

dans notre métier » (l.147 à 151). Les sages-femmes vont essayer de communiquer avec les patientes de la manière la plus délicate possible pour essayer de ne pas les perturber et les choquer.

Léa avoue avoir rencontré d'autres difficultés lors de l'annonce du diagnostic de fausse couche : *« y'a des médecins qui sont un peu bruts de décoffrage » (l.151, 152) « on se retrouve avec la dame qui est complètement dépitée » (l.157, 158), « nous on avait commencé gentiment à lui dire qu'elle allait faire une fausse couche et lui il arrive et boum... ! Tout l'accompagnement est un peu foutu quoi » (l.158 à 160). Marie va même jusqu'à utiliser le terme de violence : « c'était l'annonce qui était assez violente » (l.206). Cette remarque, plusieurs sages-femmes l'ont faite et leur avis est assez commun pour dire que l'accompagnement qu'elles avaient commencées à avoir avec les femmes est complètement remis en cause et souvent condamné.*

B. OUVRIR LA PAROLE ET LEVER LE TABOU SUR LES FAUSSES COUCHES

1. LES 3 PREMIERS MOIS

Plusieurs avis se font face concernant les 3 premiers mois et l'annonce de la grossesse aux familles et à l'entourage des femmes mais toutes sont d'accord sur une idée. D'après Béa : *« Dans l'inconscient collectif, les femmes elles savent qu'elles peuvent faire une fausse couche » (l.758, 759). Léa partage le même avis et ajoute que les femmes « ont souvent entendu que dans les 3 premiers mois, il y a un risque de fausse couche » (l.174, 175). Ce sont justement ces 3 premiers mois qui posent problème à Manon.*

Elle s'est aperçue qu'il y avait une réelle différence de connaissance des différents types de fausse couche par les femmes : *« Souvent, très souvent même, le fait est qu'on peut faire des fausses couches précoces » (l.43, 44), « mais par-contre, on a l'impression qu'une fois passés ces 3 mois, déjà elles ne savent pas qu'on peut faire une fausse couche, que ça s'appelle encore une fausse couche, jusqu'au seuil de viabilité » (l.46 à 49). « Les fausses couches tardives je trouve que c'est un peu tabou, on ne sait pas trop, on est entre la fausse couche précoce qui est courante et qui est connue de tous, entre l'accouchement prématuré, très prématuré, c'est extrême mais où on prend en charge l'enfant » (l.105 à 109), « c'est donc du coup une prise en charge totalement différente puisqu'il y a un investissement différent de la grossesse aussi je pense de la*

part des patientes » (l.49 à 51). Pour elle, c'est cette non-connaissance de la fausse couche tardive qui peut entraîner des difficultés pour les femmes.

Les sages-femmes ont remarqué qu'une question était souvent posée par les femmes. A partir de quand peuvent-elles annoncer la grossesse à leur entourage ? Leur avis diverge et se partage en 2 groupes.

Pour Damien qui est échographiste : *« j'ai pris un peu le pli de dire : allez on attend que vous ayez passé la première échographie, que la déclaration soit faite, et là vous pourrez l'annoncer » (l.161 à 163). Marie est du même avis, et c'est à ce moment-là qu'elle en profitera pour informer le couple du risque de fausse couche : « souvent c'est aux primipares que je leur dis de ne pas trop le dire, de le garder pour elles, mais très souvent elles ont envie de le dire, enfin c'est normal. Mais je leur dis d'attendre un petit peu, de se mesurer, que de toute façon là malheureusement si ça ne devait pas tenir c'est comme ça, ça arrive parfois et qu'on ne pourra rien faire » (l.163 à 168).*

Contrairement à eux, Elisa s'est aperçue que *« malheureusement, les femmes sont souvent très seules pendant qu'elles vivent leur fausse couche, parce qu'elles ont peur et elles ont souvent peu annoncé leur grossesse » (l.59, 61). Par conséquent, elle « pense qu'il faut ouvrir la parole, dès le début de la grossesse » (l.64), « après chaque femme fait comme elle a envie » (l.67) « y'a des femmes qui vont l'annoncer très tôt, d'autres beaucoup plus tard » (l.71, 72), c'est « de permettre à la femme d'annoncer cette grossesse rapidement » (l.69).*

Ces 2 avis sont bien distincts et sont intéressants. On retrouve d'un côté les sages-femmes qui préfèrent que les femmes attendent les 3 premiers mois avant d'annoncer leur grossesse et de l'autre côté on retrouve celles qui préconisent l'annonce précoce à la famille pour pas que les femmes aient à vivre seule le deuil dans le cas d'une fausse couche.

2. ABORDER LE SUJET

Au cours d'une discussion avec les femmes, le sujet de la fausse couche peut arriver à plusieurs moments. Nous verrons comment, pourquoi et dans quels contextes ce sujet est abordé.

➤ INFORMER

Différents points de vue sont à noter concernant l'information aux femmes.

D'une part, on retrouve les sages-femmes qui informent les femmes. Elisa explique pourquoi : « *c'est un risque réel* » (l.43), « *ça arrive à 30% des femmes et que c'est une sélection naturelle et malheureusement ça arrive très souvent* » (l.47, 48). Damien va aussi aborder ce risque et va dire aux femmes : « *ce n'est pas exceptionnel, ça arrive peut-être en moyenne a 1 femme sur 3, et ça n'aura aucune incidence sur une prochaine grossesse, un désir de grossesse* » (l.49 à 51). Ces sages-femmes sont plutôt d'avis d'informer les femmes sur le risque de faire une fausse couche en donnant un pourcentage ou un chiffre compte tenu de sa prévalence.

D'autre part, on retrouve Claire qui dit « *qu'il n'est pas nécessaire de les inquiéter avec ça, qu'on les inquiète avec pleins de choses, avec les prises de sang, les marqueurs sériques du premier trimestre* » (l.212 à 214). A contrario, si une femme lui pose des questions sur la fausse couche : « *Je leur explique forcément que le risque n'est jamais écarté* » (l.221). « *Si je leur dis que tout va bien se passer, ça ne me paraît pas honnête* » (l.226, 227). Léa va plus loin dans cette réflexion : « *c'est vrai que quand je fais mes consultations de grossesse je ne mentionne pas ce mot, je ne dis pas qu'il faut qu'elles soient sur un petit nuage et qu'il ne faut pas qu'elles pensent à ça mais je trouve qu'on va leur faire penser à ça, on va leur générer du stress, aux femmes qui n'en avaient peut-être pas et tant mieux* » (l.320 à 324). Ces sages-femmes sont plutôt d'accord pour ne pas parler spontanément de fausse couche afin de ne pas inquiéter et stresser les femmes.

Léa ajoute : « *inconsciemment, sans même dire le mot, elles ont très bien compris pourquoi les saignements c'est important. C'est connu de tous que quand tu fais une fausse couche tu vas saigner* » (l.317 à 319). En effet, elles se sont aperçues que certains signes inquiétaient les femmes, c'est aussi ce qu'explique Maria « *quand elles saignent elles pensent à fausse couche* » (l.245, 246). « *Quand j'étais libérale honnêtement je n'en parlais jamais, je leur donnais les signes de quand aller à la maternité donc peu importe le terme de la grossesse donc notamment les saignements. Mais on n'a jamais abordé clairement le sujet de la fausse couche, non vraiment je n'aborderais pas ça !! Ni en cours prénatal, ni en cours, ni en consultation* » (l.219 à 224). Cette notion de saignements est retrouvée chez plusieurs sages-femmes.

Béa fait d'ailleurs une comparaison très marquante : « *quand quelqu'un prend une voiture je ne vais pas dire attention tu risques de faire un accident* » (l.764 à 765). Cela résume bien la manière de penser des sages-femmes qui ne préfèrent pas informer les femmes sur le risque de fausse couche, justement en vue de les préserver psychologiquement et de leur éviter toute forme de stress qui pourrait les déstabiliser.

➤ EFFECTUER UNE PREVENTION

Concernant les sages-femmes qui pensent qu'il est préférable d'informer les femmes sur le risque de fausse couche. Pour Marion : « *prévenir que ça peut arriver, comme prévenir qu'une césarienne peut arriver à tout moment pendant une grossesse, en fait ça évite de se retrouver dans des situations où les gens ne sont pas du tout préparés, ils sont sidérés et ils ne s'attendaient pas du tout à ça* » (l.188 à 192). En effet plusieurs sages-femmes pensent que leur rôle est d'effectuer une prévention de la fausse couche au même titre que les préventions usuelles.

Manon fait une autre comparaison : « *c'est très dur comme sujet à aborder, mais je pense qu'en fait les dames, qu'elles ne le sachent pas, ce n'est pas non plus une solution donc je pense que c'est de la prévention qu'il faut faire comme quand on fait, ou pas d'ailleurs parce que ce n'est pas toujours fait, mais la prévention de la mort subite du nouveau-né, c'est pareil* » (l.336 à 340). « *On le fait je trouve de plus en plus et il faut le faire je pense pour dire et essayer de dire les facteurs de risque qu'on connaît* » (l.340 à 342).

Cette même sage-femme relève quelque chose de très intéressant : « *Mais là on n'aborde pas la fausse couche parce qu'on va dire quoi en fait ? On va dire que vous pouvez faire une fausse couche mais il n'y a rien à faire en fait. Et ça je pense que pour les professionnels de santé, de délivrer une information mais sans pouvoir répondre à la dame que voilà ça permet d'éviter tout ça, c'est dur. Je pense que si on n'est pas capable de répondre aux interrogations, aux questions de la patiente à qui on délivre une information, c'est difficile de la faire comme il faut ou du moins pas assez* » (l.346 à 353). Pour elle, cette prévention est difficile car rare sont les facteurs de risques compte tenu que la fausse couche obéit à la loi du tout ou rien.

➤ QUESTIONNER SUR LE VÉCU

Le vécu des fausses couches est un sujet que certaines sages-femmes abordent et d'autres pas. Pour Claire « *en général, moi au cabinet je pose la question des antécédents* » (l.245, 246), « *assez souvent elles s'expriment sur le sujet* » (l.246, 247), « *ça vient tout seul quand ça a été compliqué* » (l.248, 249). En général, celles qui demandent le vécu des femmes, abordent ce sujet au moment de l'anamnèse, des antécédents et cela leur permet de voir si certains problèmes refont surface.

D'autres n'abordent pas ce sujet. Marie explique la raison : « *c'est vrai que je n'ai pas trop tendance à leur demander comment elles avaient vécu leur fausse couche parce que je sens que c'est un point sensible et que je n'ai pas envie de les bousculer* » (l.192 à 194).

Tout est une question de contexte pour la plupart d'entre elles. D'après Marion : « *tu vois une femme qui a fait 2 fausses couches et qui vient à 2h30 du matin pour une mycose, je ne vais peut-être pas lui parler de fausse couche ou de son vécu émotionnel* » (l.237 à 239). Manon est du même avis : « *si y'a une femme en salle de naissance qui arrive en travail à terme sans problème, non je ne vais pas en parler* » (l.384 à 386).

➤ LES DIFFERENTS MOMENTS

L'information peut être délivrée à plusieurs moments selon les différentes sages-femmes interrogées. Pour Elisa c'est « *lors du premier rendez-vous* » (l.158) ou « *pendant le premier trimestre qu'il faut parler du risque de fausse couche, du fait qu'il faut qu'elle consulte si elle a des douleurs ou des petits saignements* » (l.169 à 171).

Pour Marie, c'est « *en début de grossesse ou alors dans le bilan prénatal* » (l.171) ou « *dans le bilan pré-conceptionnel* » (l.172) « *du fait qu'au premier trimestre c'est tout ou rien, que si ça n'a pas tenu c'est qu'il y avait une raison* » (l.46 à 48). Pour Manon ce moment « *peut-être le bon moment d'aborder comment se passe une grossesse, quel est le suivi, quels sont les risques* » (l.360, 361), « *ses craintes* » (l.384).

Peu importe le moment pour Marion, l'important c'est d'informer : « *C'est délicat mais je pense que y'a toujours un moment où tu peux aborder le sujet de la fausse couche, toujours un moment où tu peux l'aborder même si on survole un petit peu, je dirais par exemple à une consultation où une femme décide d'arrêter la contraception pour un*

désir de grossesse, sans forcément rentrer dans les détails, sans forcément aller expliquer tout ce qui va se passer pour une fausse couche mais glisser un petit peu le mot que des fois pour concevoir une grossesse ça met du temps, que des fois ça marche pas à tous les coups, que parfois ça marche mais que la grossesse s'arrête spontanément et que c'est aussi la nature » (l.174 à 182).

Que ça soit pendant le premier trimestre, à l'arrêt de la contraception, en consultation prénatale, au bilan préconceptionnel, en suivi de grossesse, les sages-femmes qui préfèrent informer les femmes du risque de faire une fausse couche le font à différents moments.

Finalement, l'avis des sages-femmes n'est pas tranché sur la question. On retrouve les sages-femmes qui abordent le sujet de la fausse couche pour plusieurs raisons qui sont : le besoin d'information et de prévention et la connaissance du vécu des femmes. Ces sages-femmes abordent ce sujet à différents moments comme pendant la consultation pré-conceptionnelle ou l'anamnèse, justement pour éviter le tabou qui règne sur la fausse couche. Et puis, on retrouve les autres qui préfèrent éviter le sujet pour diverses raisons : la peur de revenir sur un mauvais vécu, la non-nécessité d'ajouter du stress et de l'anxiété, le mauvais contexte et la sensibilité du sujet.

DISCUSSION

PARTIE I : FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

A. LES POINTS FORTS

La santé morale et psychologique des femmes est un enjeu majeur dans la société actuelle. Cependant il semble que peu d'études aient été réalisées sur la perception de la prise en charge émotionnelle des femmes lors d'une fausse couche par les sages-femmes. De plus, le manque de reconnaissance du deuil périnatal par la Société est un phénomène qui tend vers évolution puisqu'une loi récente datant du 6 décembre 2021 a pu permettre aux enfants nés sans vie de bénéficier d'un prénom et d'un nom ⁽¹⁹⁾. De même une autre loi datant du 22 février 2022 ⁽³⁵⁾ s'intitulant « *pour une meilleure prise en charge de la fausse couche* », permettrait 3 terrains d'amélioration qui sont :

- La prise en charge médicale et psychologique de la fausse couche,
- La connaissance et des risques qui l'entourent,
- Une meilleure prévention des risques associés à la fausse couche.

D'où la pertinence de ce sujet.

En amont de l'étude, la rédaction de la grille d'entretien ^(Annexe 2) a été validée conjointement par ma directrice de mémoire, sage-femme et enseignante à l'école de Maïeutique de Marseille ainsi que par une sage-femme titulaire d'un DU de psycho périnatalité et ont permis de ce fait, d'augmenter l'authenticité des résultats obtenus.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des sages-femmes de différents modes d'exercice et de différents lieux de profession. Ils ont permis de décrire l'expérience qu'elles avaient dans l'accompagnement émotionnel des femmes lors d'une fausse couche. L'objectif principal de cette étude phénoménologique a donc été respecté et atteint.

Les sages-femmes ont pu témoigner de la perception du rôle qu'elles avaient à tenir dans cet accompagnement. Cela a aussi permis d'explorer leur expérience pratique et d'analyser les différentes difficultés rencontrées. Ainsi, les objectifs secondaires ont été atteints.

La méthode qualitative a semblé être le moyen le plus adapté à ce type de recherche puisqu'elle a permis de représenter le vécu des sages-femmes de manière subjective. En effet, les entretiens semi-directifs leur ont laissé la possibilité de répondre de manière libre, personnalisée, anonyme, et ont permis de recueillir une multitude de témoignages, sur divers sujets attendus et des thématiques larges. La saturation des données a été obtenue à 9 entretiens.

Les sages-femmes interrogées ont fait preuve d'une grande hétérogénéité puisqu'elles proviennent de différents milieux, notamment hospitalier de tous niveaux confondus, échographique et libéral. Il y a 8 femmes et 1 homme et ont entre 25 et 62 ans, certaines possèdent des DU et la plupart ont fait des formations diverses et variées notamment sur le deuil périnatal et la périnatalité. Par ailleurs, elles ont travaillé à l'étranger au Vietnam, en Suisse ou au Maroc et dans les DOM TOM à Mayotte ou en Guyane. Ce qui prouve une fois de plus la multiplicité des expériences attendues.

La réalisation de ce mémoire m'a permis personnellement de comprendre l'importance de la prise en charge émotionnelle des femmes d'une part, et d'autre part mon positionnement en tant que future sage-femme dans cet accompagnement. Je ressens déjà l'envie d'accompagner ces femmes dans la bienveillance, l'écoute et le professionnalisme. J'espère que l'évolution de la loi et de la Société pourra apporter aux femmes une réelle (re)connaissance du statut de deuil de leur fausse couche même pour les plus précoces et permettra de ce fait une amélioration de la prise en charge des femmes et des couples.

B. LES LIMITES

Cette étude comporte des limites. Il est donc intéressant de les énumérer pour mieux comprendre l'analyse des résultats.

D'une part, cette étude s'est portée principalement sur les sages-femmes hospitalières puisque sur 9 sages-femmes interrogées, 6 sont hospitalières (=66%), et 3 sages-femmes sont échographistes et libérales (=33%). C'est après avoir fait ces 9 entretiens que j'ai pu comprendre que les sages-femmes libérales et échographistes étaient au cœur même de la prise en charge de ces femmes et donc qu'il aurait été préférable d'interroger plus de sages-femmes libérales ou échographistes sur ce sujet.

Néanmoins, d'après une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) ⁽²⁴⁾ datant de 2012, la plupart des sages-femmes exercent à l'hôpital :

DREES	Salariés hospitaliers	Salariés non hospitaliers	Libéral (exclusif)	Mixtes	Ensemble
2012	74%	8%	14%	4%	100%

Tableau représentant les effectifs sages-femmes en %

D'ici 2030, la DREES estime qu'une sage-femme sur trois exercerait en libéral (=33%). Ce qui finalement est représentatif des sages-femmes de manière globale sur le territoire Français mais mériterait un approfondissement des témoignages concernant l'exercice libéral sachant que les sages-femmes exerçant en cabinet (d'échographie ou libéral) sont en première ligne face aux fausses couches. De plus le secteur territorial avec les sages-femmes de PMI n'a pas été étudié.

C. LES BIAIS

L'étude présente plusieurs types de biais notamment des biais de sélection et des biais d'information.

Concernant les *biais de sélection*, les sages-femmes interrogées ont été recrutées via les cadres de services. Mais peu de réponses ont été obtenu avec ce moyen. Il a donc été nécessaire de demander directement aux sages-femmes rencontrées sur les terrains de stages et qui étaient intéressées par ce sujet, ce qui explique aussi le peu de sages-femmes libérales et échographistes répondant à la recherche.

Il est aussi important de supposer que les sages-femmes répondant à cette étude portent un intérêt particulier pour le sujet et sont donc investies dans l'accompagnement émotionnel des femmes. Ce qui consiste un *biais de sélection*.

L'analyse de cette étude a été faite de manière la plus objective possible, mais il paraît inévitable de ne pas faire intervenir sa personne, son propre jugement et son interprétation des faits présentés, ce qui semble être un *biais d'information* dans l'étude. D'autant plus que certaines phrases des sages-femmes ont été difficiles à retranscrire et analyser du fait qu'elles reprenaient des phrases de femmes dans leur propre vécu.

Les sages-femmes ont fait référence à certains moments à l'accompagnement émotionnel des femmes lors d'accouchement prématurés, d'IMG, d'IVG ou de MIU, ce qui a dû être retiré de l'analyse des résultats, puisqu'il ne fait pas parti du sujet de mémoire.

Aussi, je me suis rendue compte qu'une question posait soucis au cours des entretiens surtout en termes de compréhension, il a donc été nécessaire de reformuler la phrase à plusieurs reprises pour mieux me faire comprendre. Suite à la question : « *Comment adaptez-vous le suivi et l'accompagnement quand la femme a un ou plusieurs antécédents de fausse couche ?* », une autre était posée pour compléter les réponses et c'est celle-ci qui a posé soucis : « *A-t-elle soulevé des problèmes en rapport avec la prise en charge émotionnelle de cette fausse couche ?* ». Il a été nécessaire de reformuler la phrase de cette manière : « *En rapport avec la prise en charge de sa fausse couche, la patiente a-t-elle mis en avant des problèmes ?* ». L'attente de recueillir certaines réponses préconçues constitue un *biais de subjectivité* ou *biais de suspicion*. Cela a été un élément à prendre en compte pour ouvrir les questions posées et élargir le spectre des résultats.

PARTIE II : DISCUSSION DES RESULTATS

A. IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE

Contrairement à ma théorie de départ qui consistait en une minimisation et une banalisation de l'importance de la prise en charge émotionnelle des femmes lors d'une fausse couche, les sages-femmes interrogées ont toutes affirmé que l'accompagnement était nécessaire et primordial pour la santé morale et psychologique des femmes et font toutes au mieux pour accompagner ces femmes dans les meilleures conditions possibles.

La minimisation et la banalisation seraient alors ressenties par les femmes mais non expérimentée par les sages-femmes. Mais alors une question se pose. Comment le vécu des femmes peut-il autant différer du vécu des sages-femmes ? Plusieurs auteurs ont tenté d'y répondre.

Selon Hanus et Bacqué ^(25, 26), le choc et la sidération qui découlent de l'annonce sont les premières émotions ressenties. En effet, ces émotions représentent la première phase du deuil. C'est cet état de stupéfaction et de traumatisme qui peut durer plusieurs

heures voire plusieurs jours, qui signe la décharge émotionnelle en raison de la violence de cette nouvelle. D'après Virginie Im psychologue clinicienne et Michel Briex gynécologue obstétricien, dans leur ouvrage s'intitulant « *la fausse couche : fake news* »⁽³⁰⁾ une femme peut se sentir « *disqualifiée dans sa maternité* » lors de la mort d'un fœtus ou d'un bébé. Et ce sont ces sentiments d'échec et de colère qui se retrouveront inévitablement projeté sur le personnel soignant.

De l'autre côté, il paraît difficile pour le personnel soignant attaqué, et plus particulièrement les sages-femmes de s'adapter au plus près de ce que veulent les femmes compte tenu qu'elles ont un investissement de la grossesse inégal et qu'elles attendent toutes un accompagnement différent. Des émotions très variées peuvent se manifester rendant difficile pour elles l'attitude à avoir. En effet, Im et Briex⁽³⁰⁾ soulignent combien il est difficile parfois pour les soignants d'accueillir la réaction et la souffrance de ces femmes sans se réfugier dans un discours médical ou décliner le soin sous forme « *d'appellations contrôlées* » : « *fausses-couches précoces* », « *tardives* », « *isolées* » et « *répétées* ».

Les difficultés rencontrées par les sages-femmes au cours de la prise en charge sont révélatrices de problèmes plus profonds, et sont surtout dépendant de l'organisation des soins, du manque de place dans les différents services, du manque de disponibilité des différents professionnels de santé les poussant à délaissé et prendre moins de temps pour les femmes ayant besoin d'un accompagnement plus soutenu. En effet, cela fait des années que les soignants tirent la sonnette d'alarme concernant le manque de place, la suppression des lits dans les services, le manque de professionnels de santé présents sur le terrain. La situation sanitaire actuelle n'a pas arrangé les choses concernant ce problème.

De plus, le fait que la fausse couche s'inscrive depuis des générations dans une démarche secrète et tabou n'améliore en rien l'accompagnement par les familles, rendant les femmes plus sujettes aux dépressions.

B. DIFFERENCES DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge peut s'avérer différente pour plusieurs raisons. En effet, certains éléments influencent l'accompagnement et c'est le type de fausse couche qui va guider la prise en charge de plusieurs manières.

On retrouve d'un côté les sages-femmes qui considèrent que la fausse couche est un deuil quel que soit le terme de grossesse. Pour ces sages-femmes, âgées de 30 à 62 ans où 3 exercent à l'hôpital et 1 est échographiste, c'est le facteur humain qui prime car l'histoire des femmes, leur ressenti, leur vécu et le contexte de leur grossesse va être le fil conducteur de l'accompagnement. De l'autre côté, il y a celles pour qui la considération du deuil évolue suivant le terme, plus le terme est avancé au plus la douleur des femmes est grande puisqu'elle dépendrait de l'investissement et de leur imagination, et donc l'impact de la perte évoluerait dans ce sens. Dans ce groupe, il y a 3 sages-femmes hospitalières et 1 échographiste et ont entre 25 et 42 ans.

Entre ces 2 groupes, les sages-femmes n'ont pas le même âge et ont des modes d'exercice différent. Est-ce peut-être leur propre vision du deuil et de la grossesse qui intervient ici ? Leurs expériences professionnelles et personnelles les ont peut-être amenés à faire cette différence de prise en charge. C'est d'ailleurs l'un des éléments retrouvés qui amène à une grande variabilité d'accompagnement.

Selon leur mode d'exercice, les sages-femmes ne sont pas en contact direct avec les mêmes types de fausses couches. Les libérales voient plus de fausses couches précoces, tandis que les hospitalières voient plus de fausses couches tardives entraînant une prise en charge encore différente.

Par ailleurs, la prise en charge médicale des 2 types de fausse couche n'est pas la même, elle dépend du terme, de l'évacuation ou non des tissus de la grossesse et des potentielles complications (hémorragie, infection, rétention des membranes) ⁽³¹⁾. Par conséquent, elle peut être traitée de manière expectative, médicalement ou chirurgicalement et nécessiter une hospitalisation. Cette différence de prise en charge médicale peut impacter l'accompagnement psychologique par les sages-femmes et cela va dépendre de leur point de vue et de leurs représentations.

C. L'ACCOMPAGNEMENT

En définissant leur rôle, les sages-femmes ont insisté sur plusieurs notions d'accompagnement :

- L'écoute,
- L'information et la communication,
- La déculpabilisation,
- Le respect,
- L'adaptation,
- La pluridisciplinarité,
- Et la disponibilité.

Concernant la disponibilité, c'est un élément d'accompagnement que toutes les sages-femmes ont mentionné. En effet, la disponibilité est diverse puisqu'elle peut-être :

- Physique,
- Émotionnelle,
- Et temporelle.

Une différence est par ailleurs à mentionner. 3 sages-femmes ont proposé aux femmes de donner leur numéro de téléphone. Ce sont Damien et Claire qui sont tous les 2 échographistes, ainsi que Béa qui est cadre de service d'obstétrique dans une maternité de niveau II. Les autres sages-femmes n'ont en effet pas laissé leur numéro. Ce qui prouve une fois de plus les différences d'accompagnements éventuelles dépendant du mode d'exercice.

Parallèlement à cela, la Haute Autorité de Santé ⁽²⁷⁾, définit l'accompagnement comme *« une démarche dynamique et participative. Il justifie des dispositions d'écoute, de concertation, d'analyse, de négociation qui favorisent une évaluation constante et évolutive des options envisagées. La qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à l'anticipation nécessaire de prises de décisions »*. Elle ajoute que *« l'accompagnement est un processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres »* et que *« la pertinence et l'efficacité d'un accompagnement relèvent de l'élaboration d'un projet coordonné, explicite et transparent qui intègre la multiplicité des facteurs spécifiques à chaque situation »*.

Finalement, les sages-femmes savent quel est leur rôle puisque la définition qu'elles donnent à l'accompagnement est en accord avec celle de la HAS. L'accompagnement qu'elles offrent aux femmes est dynamique puisqu'il évolue en fonction du temps, il ne reste pas figé, s'adapte au plus près des femmes et résulte d'un équilibre entre le choix des femmes et celui des sages-femmes.

De plus, ces dernières ont souhaité accompagner les femmes dans leur globalité. C'est-à-dire assurer une prise en charge médicale, psychologique, et d'y ajouter un côté réconfortant, humain et naturel. C'est d'ailleurs la définition que donne l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales ⁽²⁸⁾ (ANSFL) à l'accompagnement global qui « *permet une approche à la fois médicale, psychologique et humaine où cohérence et continuité s'allient avec le respect de la mère, du père et de l'enfant* ».

D. LES COMPETENCES ET LES LIMITES

D'après le référentiel métier de l'ordre des sages-femmes ⁽²¹⁾, les compétences transversales qu'elles doivent posséder sont multiples et se composent de :

- L'expertise professionnelle
- La communication
- La collaboration
- Le professionnalisme
- Le respect des droits, besoins et attentes
- La gestion et l'organisation
- L'érudition
- Et la responsabilité.

Toutes les sages-femmes définissent leur rôle avec ces compétences, et mettent en avant particulièrement le fait d'avoir recours à de nouvelles formations afin d'aiguiser et d'augmenter leurs capacités d'autonomie. Mais, certaines ont évoqué avoir rencontré plus ou moins de limites à leurs compétences. Ces limites sont notamment médicales, psychologiques, personnelles et commencent dès la formation initiale.

En effet, selon le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) ⁽²¹⁾, elles ont la possibilité d'assurer le suivi des femmes en bonne santé, mais elles doivent adresser les femmes en cas de situations pathologiques constatées. Elles pourront pratiquer les

soins prescrits par un médecin en cas de grossesses ou suites de couches pathologiques.

Concernant l'annonce, les sages-femmes échographistes ont les compétences pour effectuer le diagnostic de fausse couche et donc pour en informer les femmes. Elles doivent par la suite les orienter vers un service de gynécologie ou d'obstétrique adapté à leur pathologie avec un obstétricien-gynécologue pour assurer le reste de la prise en charge médicale. Pour la suite, les sages-femmes ont la possibilité d'assurer le suivi en salle de naissance conjointement avec le médecin gynécologue pour une situation anormale détectée comme une rétention des membranes ou une hémorragie.

Ensuite, le suivi psychologique peut être effectué par les sages-femmes. En effet, le deuil est un processus physiologique lié à la perte selon Hanus ⁽²⁵⁾. Mais certains deuils peuvent se compliquer et devenir pathologiques à la suite d'une fausse couche et sont fonction des pathologies préexistantes ou de la qualité de la relation qui unissait le défunt et l'endeuillé. Dans ces situations de deuils compliqués ou pathologiques, il revient aux sages-femmes d'orienter les femmes vers un psychologue ou vers un psychiatre s'il en est nécessaire d'après le CNOSF ⁽²¹⁾.

CONCLUSION

Particulièrement délicat, l'accompagnement des femmes et plus généralement des couples est fondamental au cours d'une fausse couche. Les sages-femmes bien souvent en première ligne, détiennent un rôle majeur dans la prise en charge émotionnelle qui s'articule autour de prise en charge médicale, et ce, de façon complémentaire.

Les entretiens semi-directifs ont permis aux sages-femmes de décrire leur expérience du rôle qu'elles avaient à tenir dans cet accompagnement et on retrouve différentes notions qui sont au cœur de la prise en charge émotionnelle :

La communication	Le relationnel	Le professionnalisme
<ul style="list-style-type: none">- Écoute- Bienveillance- Expliquer- Déculpabiliser- Rassurer	<ul style="list-style-type: none">- Soutien- Disponibilité- Empathie- Humanité- Répondre aux besoins	<ul style="list-style-type: none">- Conseiller- Orienter- Se former- Exercer- Pluridisciplinarité

Ces 3 notions d'accompagnement s'inscrivent dans une démarche dynamique évoluant au cours du temps où les sages-femmes font preuve d'adaptation, de respect et de compréhension et où leurs choix sont mis en balance avec ceux des femmes.

Finalement, la perception de l'accompagnement par les sages-femmes est commune. Mais elle peut varier selon plusieurs éléments. D'une part elle évolue selon le mode d'exercice des sages-femmes et leurs différents lieux de professions ainsi que leurs expériences professionnelles et formations complémentaires. D'autre part, elle dépend de leurs expériences et vécus personnels, de leur tempérament et leur personnalité.

Les différentes difficultés retrouvées sont notamment les contraintes de service, d'organisation et de temps. Aussi, la difficulté à trouver les « bons » mots est une expérience commune à toutes les sages-femmes. Le facteur humain peut aussi être source de complications puisque chaque histoire, chaque femme est unique et signe la singularité des situations et des contextes.

Selon De Clermont et Rey ⁽²⁹⁾, il y a « *des professionnels qui interviennent tout au long du deuil des parents : gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, psychologues,*

personnels de services funéraires, infirmières, fœtopathologistes. Chacun, par son action auprès de la famille, par les paroles qu'il prononce, par le temps qu'il accorde, par les gestes qu'il pratique, intervient dans l'histoire de cette famille. Parfois sans le savoir, son intervention aura un impact fort et direct sur la manière dont le deuil sera vécu, sur la compréhension de leur histoire par les parents, par conséquent sur leur reconstruction et leur capacité à se relever ».

La mort brutale qui survient avant la vie est considérée par les sages-femmes comme faisant partie du deuil périnatal dont les conséquences sont souvent banalisées voir minimisées. Selon elles, il y a un manque réel de (re)connaissance de la part du personnel de santé, de l'entourage de la femme et de la Société plus généralement.

Des améliorations de pratique ont par conséquent émergé au cours de cette étude. Il serait peut-être intéressant d'avoir plus amples connaissances sur le deuil périnatal, de faire une « remise à niveau » des différents professionnels de santé et de pouvoir organiser des formations régulières sur la prise en charge émotionnelle du deuil, avec une organisation en plusieurs thématiques notamment sur la fausse couche. Peut-être serait-il judicieux d'organiser des groupes de parole ainsi que des groupes de rencontres de parents endeuillés avec différents professionnels de santé dans les hôpitaux qui n'en n'ont pas déjà. Une sage-femme a aussi proposé de faire un arrêt de travail et proposer un congé maternité avec une réelle reconnaissance, non pas familiale et culturelle mais médicale, législative et administrative de la fausse couche pour permettre aux femmes de se reposer. Aussi, faudrait-il instaurer un parcours de soin post fausse-couche avec plusieurs rendez-vous proposés pour pouvoir discuter avec les parents de leur vécu ?

Aujourd'hui, la fausse-couche et plus généralement le deuil périnatal reste encore un sujet sensible au sein des familles et des générations. Il faut lever ce tabou et c'est d'ailleurs ce que proposent de faire plusieurs sages-femmes en permettant aux femmes d'annoncer la grossesse tôt à leur famille pour qu'elles ne puissent pas vivre « seules » ce deuil. Cet avis n'est évidemment pas partagé par toutes les sages-femmes qui considèrent que le risque de fausse couche est trop important pour en parler à leur entourage.

Peut-être alors serait-il intéressant de faire une étude à ce sujet ? Sur le fait d'annoncer ou pas la grossesse à la famille et à partir de quel terme ? Comparer le vécu des femmes ayant annoncé la grossesse tôt au vécu des femmes n'ayant pas annoncé la grossesse dans le cadre d'une fausse couche.

BIBLIOGRAPHIE

1. Frydman R. et Flys-Treves M. « *Mourir avant de n'être* ». Éditions Odile Jacobs, 1997
2. Freud S. : « *Deuil et mélancolie* », 2017
3. Pillot J. : « *Le deuil de ceux qui restent. Le vécu des familles et des soignants* » 2015
4. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *Pour que chaque enfant compte* », Audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, 2017
5. International Journal of Environmental Research and Public Health : « *Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents* », Article de revue, 2020
6. Dumoulin M. et Valat A-S. : « *Morts en Maternité : Devenirs des corps, Deuils des Familles* » dans *Études sur la Mort*. N°119, 2001/1, pages 77 à 99
7. Beauquier-Maccotta B, et al : « *Le deuil périnatal : Clinique, pratique et dispositifs thérapeutiques* », 2020
8. Le Grand Sebillé C. : « *Anthropologie de la mort périnatale aujourd'hui* » dans *Spirale*, 2004
9. Hanus M. : « *Les deuils dans la vie* » 1994
10. Alexandre M., Gaugue J. : « *Le deuil périnatal : la question de la reconnaissance sociale et juridique des bébé morts-nés* », dans *Devenir*, 2016/1, pages 5 à 20
11. Assurance Maladie Ameli : « *Réagir en cas d'urgence : Fausse-couche* », Site web, 2022/1, consulté le 25 avril 2022
12. Organisation Mondiale de la Santé : « *Pourquoi il est vital de parler de la perte d'un bébé* », Site web, 2021, Cconsulté le 11 octobre 2021
13. Sejourne N., Callahan S., Chabrol H. : « *La fausse couche : une expérience difficile et singulière* », Dans *devenir* (Vol.21), 2009, pages 143 à 157
14. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) : « *Bilans à réaliser devant les fausses couches à répétition du premier trimestre* », 2006
15. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) : « *Recommandations sur les pratiques cliniques. Les pertes de grossesse* », 2014/1
16. Garel M., Blondel B., Lelong N. : « *Réactions dépressives après une fausse couche* », Dans *le carnet Psy*, 1997, pages 22-23
17. Garel M. et Legrand H. : « *L'attente et la perte du bébé à naître* », 2017

18. Metrailler Al Sayegh J. : « *Mourir avant de naître* », 2019
19. Légifrance : « *Loi N°2021-1576 du 6 décembre 2021 visant à nommer les enfants nés sans vie* », Acte juridique, 2021/12, consulté le 26 avril 2022
20. Lancet : « *Miscarriage : worldwide reform of care is needed* », 2021/4
21. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) : « *Référentiel métier et Compétences des sages-femmes* » 2010/1
22. Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales (ANSFT) : « *Le métier de sage-femme territoriale* », Fiche métier et référentiel, 2022
23. Légifrance : « *Décret N°97-1048 du 6 Novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de Santé Publique* », Site web, 1997/11, consulté le 11 octobre 2021
24. Cavillon M. : « *La profession de sage-femme : constat démographique et projections démographiques* » Publié par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2012/3,
25. Hanus M. : « *Deuils normaux, Deuils difficiles, Deuils compliqués, Deuils pathologiques* », Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique – Volume 164, Issue 4, 2006/6, pages 349-356
26. Bacqué M.F. : « *Apprivoiser la mort* ». Psychologie du deuil et de la perte, Éditions Odile Jacob, Paris, 2002
27. Haute Autorité de Santé (HAS) : « *L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches* » - Textes de recommandations (version courte), 2004
28. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) - « *L'accompagnement Global* », Site web, 2022, consulté le 17 avril 2022
29. De Clermont C. et Rey J. : « *Accompagner le deuil périnatal : Dialogues entre une mère et des professionnels* », Éditions de la Chronique Sociale, 2015
30. Im V. et Briex M. : « *La fausses-couche : fake news ?* », Dans Spirale, 2019, pages 98 à 101
31. Cochrane : « *Quelle est la meilleure option de prise en charge lorsque les femmes font une fausse couche précoce ?* », Site web, 2021/6, consulté le 6 mai 2022
32. Légifrance : « *Décret n°2008-798 du 2à août 2008 modifiant le décret n°74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille* », Site web, 2008/8, consulté le 6 mai 2022
33. Circulaire interministérielle « *DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 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 », site web, 2009/6, consulté le 6 mai 2022

34. Ministère des Solidarités et de la Santé : « *Deuil périnatal* », Site web, 2012, consulté le 6 mai 2022

35. Assemblée Nationale : « Proposition de loi n°5100 pour une meilleure prise en charge de la fausse couche », Site web, 2022/2, consulté le 6 mai 2022

Annexes

Annexe 1

Bonjour, je suis Mathilde de broissia, étudiante sage-femme en M1 à Marseille. Dans le cadre de mes études, je réalise de mon mémoire portant sur : **la prise en charge émotionnelle des femmes lors de fausses couches.**

Pour cela, je réalise des **entretiens semis-directifs avec des sages-femmes** (hommes et femmes) ayants déjà pris en charge une (des) patiente(s) dans le cadre d'une fausse couche, que ce soit avant, pendant ou après celle-ci, lors d'une grossesse suivante. Je recherche des sages-femmes volontaires qui accepteraient de répondre à quelques questions, sous forme d'un **entretien téléphonique** qui durera environ 1h.

Si vous acceptez de m'apporter votre aide, je souhaiterais discuter avec vous de la manière de diffuser l'information auprès des sages-femmes de votre service.

Je vous laisse mes coordonnées :

Mail : mathilde.de-froissard-de-broissia@etu.univ-amu.fr

Tel : 06.48.48.86.98

Je vous remercie par avance pour le temps que vous m'accorderez.

Cordialement.

Mathilde de broissia

Annexe 2

Recueil de données / Informations générales

- Prénom ou pseudonyme
- Sexe (M/F)
- Années d'expérience ?
- Type d'exercice ?
- Dans quelle(s) maternité(s) (lieu et type) ?
- Autres expériences (étranger, sage-femme libérale, PMI, sans frontière, etc) ?
- Lors d'une fausse couche dans votre hôpital, la sage-femme a quel rôle ?

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<p>Qu'entendez-vous par prise en charge émotionnelle ?</p> <p>Comment adaptez-vous votre prise en charge émotionnelle en fonction du type de fausse couche ?</p> <p>A votre avis quel est votre rôle de sage-femme dans cet accompagnement ?</p> <p>Quelle est votre expérience pratique dans ce suivi de fausse couche ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous a aidé dans votre pratique ?</p> <p>Dans votre pratique, avez-vous rencontré des difficultés et quels ont été vos outils pour y remédier ?</p> <p>Existe-t-il des limites à notre profession ou à nos compétences de sage-</p>	<p>Selon vous, cette prise en charge est-elle nécessaire pour la femme ou le couple ?</p> <p>Selon vous, une attention plus particulière doit être portée sur les FCT ?</p> <p>Avez-vous des exemples à me donner ?</p> <p>Avez-vous eu des formations complémentaires ?</p> <p>Vos expériences personnelles ?</p> <p>Votre tempérament / personnalité</p> <p>Avons-nous les connaissances</p>	<p>Avez-vous pu suivre la femme de A à Z ?</p> <p>Avez-vous eu des manquement s ou des regrets dans le suivi ?</p> <p>Avez-vous pu trouver</p>

femme dans le suivi émotionnel des patientes ?	théoriques pour accompagner ces femmes ?	« les mots » ?
Que pensez-vous du deuil périnatal ?	Pensez-vous que la fausse couche peut en faire partie ?	

Patientes n'ayant jamais eu de fausse couche :

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
Que pensez-vous du fait d'aborder le sujet de la fausse couche ? Comment abordez-vous ce risque dans le suivi et l'accompagnement ?	A quel moment ? Dans des circonstances particulières ?	

Patientes ayant un/des antécédents de fausse(s) couche(s)

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
Comment adaptez-vous le suivi et l'accompagnement quand la femme a un ou plusieurs ATCD de fausse couche ? A-t-elle soulevé des problèmes en rapport avec la prise en charge émotionnelle de cette fausse couche ? Que faites-vous en cas de suspicion de mauvais vécu, suspicion de détresse	Lui demandez-vous comment avait-elle vécue sa (ses) fausse(s) couche(s) ? Et quelles sont ses angoisses ? L'avez-vous tenue informée du risque de refaire une fausse couche ? Des situations problématiques qu'elle aurait pu vivre ?	Quel que soit le terme de la fausse couche ?

psychologique, ou deuil pathologique ?		
---	--	--

Expérience hors du cadre professionnel : Accepteriez-vous que je vous pose des questions à ce sujet

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<p>Si vous avez eu une expérience hors du cadre professionnel (personnel, chez un proche), comment votre prise en charge a-t-elle changée ?</p> <p>Comment votre prise en charge et votre manière de voir les choses ont changé ?</p>	<p>A-t-il été plus facile/difficile de parler de la fausse couche aux femmes ?</p> <p>Avez-vous pu mieux /moins bien répondre aux questions ?</p> <p>Aux angoisses ? Aux attentes ?</p> <p>Avez-vous pu trouver « les mots » ?</p>	

Annexe 3

CLAIRE	
<i>Je dirais prise en charge de l'affect de la patiente, comment elle le vit, comment on peut l'accompagner</i>	Accompagnement de l'affect, de ses émotions
<i>Ouais, alors sur le coup disons qu'on ne nous apprend pas à le faire, on apprend de notre expérience et de la réaction des dames</i>	PEC va dépendre de notre expérience
<i>je pense que tu doses la manière dont tu vas le dire en fonction je dirais des ATCD, si ça a déjà été vécu ou pas, de l'état de stress de la dame et on va dire que tu as une petite idée à un moment donné, je dirais qu'avec l'expérience tu as une petite idée de la manière dont elles vont réagir, entre celles qui sont toutes reculées sur la question, parce que c'est le tout début de la grossesse et entre celles qui sont très investies dans la grossesse et pour qui c'est très compliqué tout de suite. Voilà, après je dirais que tu essaies de doser selon la patiente que tu as en face de toi et du motif de consultation que tu as en face de toi, c'est-à-dire que si elle arrive et qu'elle saigne déjà ce n'est pas la même chose que la FC un peu inopinée ou ça devait être l'écho du premier trimestre et puis ça s'est arrêté et toi tu poses la sonde, tu dois faire l'écho du premier trimestre et puis ben ça ne sera pas l'écho du premier trimestre</i>	PEC adapté en fonction des de la patiente, ATCD de la patiente, de leur investissement dans la grossesse, du motif de consultation
<i>si tu fais l'écho de datation et que tu vois que c'est déjà mal parti, donc celles-là tu vas commencer à les préparer, si tu vois déjà à l'écho, voilà c'est de l'imagerie et avec l'habitude tu vois que c'est pas parti pour super bien démarrer donc tu vas pas dire : Ouais super ça démarre bien, à cette dame, tu vas lui dire : madame faut qu'on se revoit, la datation aujourd'hui est pas évidente, peut être que la grossesse n'évolue pas comme l'on voudrait, moi je le dis comme ça et on parle et on ne pourra être rassurée que quand on aura 2 échos à des temps différents, voilà, en mettant un peu la faute à moi en disant : bah là j'arrive pas à dater aujourd'hui mais je vois bien que pour l'activité cardiaque c'est pas super</i>	Commencer à « préparer le terrain » à l'écho de datation. Remettre la faute sur son matériel et faire revenir la femme si on sent que c'est mal parti
<i>Après y'a des femmes qui appellent et que disent « moi je saigne, ça m'inquiète est-ce que vous pouvez me recevoir en urgence », c'est celles qui ne nécessitent pas d'être vu à l'hôpital, si elles ne saignent pas trop abondamment et qui sont pliées en 2. Parce que celles-là je ne les vois pas, je les envoie directement à l'hôpital parce que je considère que c'est de la grosse urgence et que je considère que si ça va pas, vaut mieux qu'elle soit la bas, mais celles qui me dit « ah ben je saigne depuis ce matin, je suis au travail, est ce que je peux venir vous voir après le travail », y'a peut-être un petit décollement un truc comme ça, donc tu les préviens en disant c'est du repos mais elle te disent « comment va évoluer la grossesse » et tu dis : bon ben je peux pas m'engager, soit tu dis : voilà la grossesse s'est arrêtée</i>	Essayer de voir les femmes non urgentes au cabinet et « préparer le terrain », sinon les envoyer à l'hôpital pour une échographie
<i>Et après tu as des découvertes fortuites, moi ça m'est arrivé cette semaine, tu commences à parler de ce qu'on va faire à l'écho T1, tu poses la sonde et y'a plus d'activité cardiaque, donc ça c'est en prise en charge encore différente.</i>	Annoncer qu'il n'y a plus d'activité cardiaque lors des découvertes fortuites

<i>C'est pareil pour moi FCP et FCT, c'est la même chose, voilà, après je vais adapter sur la partie prise en charge qui va être différente, pour moi l'annonce est faite de la même manière à savoir le plus délicatement possible avec des explications.</i>	PEC différente si FCP ou FCT mais l'annonce sera faite le plus délicatement possible
<i>Pour les dames, parce que des fois elles ont besoin, elles ont du mal à intégrer quand tu leur donne enfin des fois elle en te croient pas quand tu lui dis qu'il n'y a plus d'activité cardiaque parce qu'auparavant y'avait une activité cardiaque et que tu leur dis que y'a plus d'activité cardiaque, des fois elles se disent « non mais elle n'a pas bien vu », enfin voilà moi je leur dis qu'il ne faut pas hésiter à demander une écho supplémentaire pour qu'il y ait 2 personnes qui lui disent parce que des fois c'est compliqué à intégrer.</i>	Les femmes ont du mal à réaliser même si elles ont eu la preuve qu'il n'y avait plus d'activité cardiaque donc demander une écho supplémentaire pour que 2 personnes lui disent
<i>Après j'essaie de leur annoncer délicatement et j'essaie de leur montrer, je leur montre l'image à l'échographie, je leur explique, je ne retire pas la sonde de suite, je leur explique un petit peu parce que voilà sinon y'a toujours ce petit truc à se demande si on l'a bien vu</i>	Essayer de monter, annoncer délicatement, d'expliquer
<i>Après je ne tiens pas le même discours pour la prise en charge médicale en fonction de si on est sur un arrêt de grossesse à 12 semaines d'aménorrhées sur une T1 ou sur un sac gestationnel à 5 semaines. De toute façon la prise en charge à ce moment-là, sera différente au niveau médical. Et après je dose aussi si je les connais ou pas et si c'est la première fois ou pas. Si je l'annonce pour la 3^{ème} fois à une même dame c'est chaud</i>	Pas la même PEC médicale si FC à 12 SA ou 5 SA, ni le même discours et en fonction du contexte
<i>Mon rôle de SF, c'est d'y mettre une dimension un peu plus humaine. Parce que des fois tu te retrouves aux urgences avec les internes voilà. Y'a des urgences où ils sont complètement ahurissant ou le gynéco dit qu'« une FC c'est rien du tout » alors que pour la dame c'est beaucoup beaucoup. Donc je pense que c'est d'apporter du cocooning et une dimension humaine</i>	Rôle de SF est d'apporter une dimension humaine, un cocooning
<i>Mes difficultés c'est d'arriver à mieux le dire, c'est-à-dire à être le plus délicat possible, c'est toujours très délicat de le dire, et puis sur le coup y'a pas des manières bien de le dire et sur le coup faut être le plus délicat possible mais dans tous les cas ça sera quoi qu'il arrive une mauvaise nouvelle. Ça c'est compliqué parce que j'ai pas encore trouvé la phrase clé pour le dire quoi</i>	Compliqué d'annoncer une FC, mots difficiles à trouver. Pas de phrase clé
<i>Surtout les faire déculpabiliser, là elle vient de l'apprendre sur le tas et une fois que l'annonce est passée « bon bah là j'ai eu un rapport, là j'ai fait trop de voiture, là j'ai mangé ça » heu ok stop. J'essaie de leur expliquer que quoi qu'il arrive ça serait arrivé et que ça ne sert à rien qu'elles aillent chercher le pourquoi du comment. Voilà ça s'est passé mais ça souvent c'est une grossesse qui n'aurait pas pu évoluer, et qu'elles n'y sont pour rien, je leur explique non ce n'est pas parce qu'elles ont fait trop de voiture, ce n'est pas parce vous êtes allé boire un verre avec vos copines alors que vous ne saviez pas que vous étiez enceinte. Non ce n'est pas ça. Voilà vous n'y êtes pour rien c'est comme ça, que de toute façon ça n'aurait pas évolué, c'est comme ça, y'a pas d'explications</i>	Déculpabiliser les femmes
<i>Pour celles qui vont bien non. Pour les patientes qui ont des problèmes psychologiques des choses comme ça oui et qui sont déjà limites, je pense qu'il faut un accompagnement à coté, mais c'est des femmes qui</i>	Limites quand les femmes ont des problèmes

<p><i>ont des problèmes de dépression, voilà ce sont ces femmes-là. Mais après je pense que si les choses sont faites délicatement et qu'on a été entourant et qu'on a pris le temps de leur expliquer les choses, je pense que c'est suffisant de voir une SF, y'a pas besoin de.. Après effectivement de leur poser la question, si elles ont besoin d'en parler, en fonction de la réaction que tu as en face quoi. Pour savoir si elle veut un suivi psychologique, pour savoir si elle veut en discuter avec une autre personne.</i></p>	<p>psychologiques (dépression) pour le suivi psychologique</p>
<p><i>Moi je leur dis que je leur laisse mon numéro et si vous avez des questions qui vous viennent auxquelles je n'ai pas donné d'explications, auxquelles je n'ai pas répondu, ou un sujet que vous voulez aborder, ou si y'a le conjoint qui m'appelle parce que lui il a ses questions, ben il peut m'appeler, je reste disponible. Enfin je me rends disponible dans le après quoi.</i></p>	<p>Se rendre disponible, répondre aux questions, être attentive et attentionnée</p>
<p><i>Des fois tu as des mauvaises surprises derrière, je trouve que les dames pour qui la grossesse était très investie ce n'est pas de chance c'est les mêmes qui font des rétentions, c'est qu'elles n'arrivent pas à lâcher prise, vas savoir. Et sur le coup tu te retrouves avec des saignements, des douleurs, des choses comme ça parce que personne ne leur a dit de contrôler, alors moi quand je les vois moi je leur dis de contrôler mais des fois je reçois au cabinet des dames que je n'ai pas pris en charge et que je vois en urgence après la FC quand on a donné des comprimés des choses comme ça et c'est pas évalué et donc c'est le bazar parce que ça fait 15 jours, elles sont anémiées et qu'elles sont pas bien et que personne ne leur a dit « ça serait bien de contrôler si vous avez pas saigné à un moment donné abondamment » si on leur a pas expliqué comment ça se passait quand la poche s'évacuait. En tout cas si y'a besoin d'un coup de pouce médical voilà et si ça se met à saigner, comment on peut se rassurer pour se dire que ça saigne bien. Donc de temps en temps y'a des dames qui ont des rétentions ou des dames qui n'ont pas de retour de règles parce qu'il y a encore un peu de trophoblaste ou des choses comme ça quoi.</i></p>	<p>Problématique quand la PEC médicale n'est pas bien expliquée ou que la femme n'a pas bien compris car elle les revoie mais elles sont anémiées, avec des rétentions, et souvent ça tombe sur des femmes dont la grossesse était très investie</p>
<p><i>je pense que le deuil périnatal n'est pas assez pris en compte, c'est une petite réponse mais je pense qu'on n'en tient pas forcément compte et on a tendance à survoler, moi les gynéco avec lesquels je travaille déjà sont là « oh ça va c'était une FC, c'était un tout début de grossesse », vu comment est la dame, c'était pas qu'une FC sur un début de grossesse, je trouve que c'est à prendre en compte</i></p>	<p>Mauvaise prise en compte du deuil périnatal de la part de certains gynécologues</p>
<p><i>Souvent dans certains boulot y'a pas d'arrêts de travail, alors je ne dis pas qu'il faut un arrêt de travail, enfin je pense que c'est difficile de retourner au travail avec des saignements, encore des douleurs et des choses comme ça et elles pourraient être arrêtées 1 semaine histoire de souffler et de voir si tout se passe bien. Il n'y a pas besoin d'un mois d'arrêt voilà, mais au moins le temps de souffler, voilà parce que y'a rien derrière quoi ! Heu si elles ont déjà des enfants, bah elles gèrent les autres enfants en même temps</i></p>	<p>Pas d'arrêt de travail alors que les femmes ne sont pas capables d'aller travailler</p>
<p><i>La vie ne reprend pas direct après la FC. De toute façon celles qui en ont déjà fait ne sont en pas remises</i></p>	<p>Difficile de se remettre d'une FC</p>
<p><i>Je pense qu'il n'est pas nécessaire de les inquiéter avec ça, que on les inquiète avec pleins de choses, avec les prises de sang, les marqueurs sériques du premier trimestre. Par contre si on me pose la question « est-ce que y'a des risques de faire une FC », là je réponds de manière honnête, mais je ne le fais pas spontanément.</i></p>	<p>Pas nécessaire de parler de FC sauf si femme pose la question</p>

<p><i>Je leur explique forcément que le risque n'est jamais écarté. Si je leur dis que tout va bien se passer, ça ne me paraît pas honnête</i></p>	<p>Donner information éclairée sur le fait de refaire une FC</p>
<p><i>En général on les voit en échographie de datation, donc on attend pas le 1^{er} T, et en général on se rend disponible, je leur dit « à la moindre inquiétude, au moindre truc » parce que souvent elles se font des bouffées d'angoisse, parce qu'elles ont tous les signes de la grossesse, elles sont plus ou moins tendues aujourd'hui, si elles soulèvent le moindre truc où elles se disent que ça va pas ben je leur dit de passer au cabinet, on fait un petit coup d'activité cardiaque et en général elles sont rassurées, ou des fois je les glisse entre 2 rdv, elles savent qu'elles peuvent m'appeler dans tous les cas et celles qui sont pas plus tracassées que ça qui disent que « c'est bon on se revoit pour le premier Trimestre », et qui disent pas « ah bon ça fait pas un peu loin » et bien on se revoit au 1^{er} trimestre.</i></p>	<p>Se rendre disponible pour rassurer les femmes angoissées, écouter les BDC, pour faire des écho supplémentaires</p>
<p><i>En général, moi au cabinet je pose la question des ATCD et souvent, on va dire assez souvent pardon, elles s'expriment sur le sujet, elles disent j'ai déjà eu une FC ça a été très difficile, « ah bon pourquoi ? », voilà souvent ça vient tout seul quand ça a été compliqué. Après celles qui disent moi j'ai fait une FC, j'allais bien, je pose pas plus la question que ça.</i></p>	<p>Leur vécu émotionnel de leur ancienne FC est abordé si les femmes en parlent spontanément</p>
<p><i>Le problème souvent c'est les urgences gynéco, avec les internes, elles restent en saignant et les urgences les reçoivent 2/3h après, en les laissant assise sur leur banc en saignant ou voilà les urgences c'est comme ça c'est les internes, ou elles sont sur la table et y'a 3 internes et qu'ils essaient de faire l'échographie et qu'ils n'y arrivent pas et la seule chose qu'elles veulent c'est qu'on leur fiche la paix quoi.</i></p>	<p>Problématique des urgences gynéco où les femmes attendent bcp, elles veulent qu'on les laisse tranquilles</p>
<p><i>Alors soit on va dire quand elles ont un gynéco ou un SF référente, je vais mettre entre guillemets je ne fais que les échographies donc soit elles vont prendre quelqu'un qui les suit au quotidien donc je vais tenir au courant cette personne là en disant voilà « elle a quitté le cabinet, c'était très compliqué » et on va dire que le réseau de gynéco avec lesquelles je travaille et avec lesquels j'ai la chance d'être entourée quand il se passe ce genre de choses, ils vont essayer de caler un rdv et de refaire le point avec elles pour pas les laisser trop loin toutes seules.</i></p>	<p>Assurer un suivi dans le temps, ne pas les laisser seule</p>
<p><i>Si y'a le mari qui n'est pas très loin, ne pas hésiter de dire que sa femme ne va pas bien et voilà ne pas hésiter à rappeler</i></p>	<p>Prévenir le mari que sa femme ne va pas très bien</p>
<p><i>Alors moi ce qui m'a permis de changer et d'évoluer dans le temps, c'est le retour des dames. J'ai appris face aux patientes et sur le terrain</i></p>	<p>Apprentissage au quotidien grâce à son expérience</p>
<p><i>Ma prise en charge elle change sur la manière de donner les infos, sur la manière de faire durer, voilà de ne pas hésiter quand je les suspecte et que c'est pas encore complètement arrêté, de se dire, sans dire à la dame qu'on n'est pas à 1 semaine près, de la re-convoquer la semaine d'après, en commençant à dire que : j'ai l'impression ça n'évolue pas dans le sens, comme je voudrais, faudrait commencer à se réparer sachant que la semaine d'après, soit elle va m'appeler en me disant « je me suis mise à saigner » soit quand je vais poser la sonde d'échographie N°2, je pourrais faire l'annonce, de ne pas précipiter les choses</i></p>	<p>Évolution de la manière dont annoncer la FC, on n'est pas pressé, commencer à « préparer le terrain » Ne pas se précipiter</p>

Résumé

Sujet : La prise en charge émotionnelle des femmes lors d'une fausse couche par les sages-femmes.

Contexte : 23 millions de fausses couches se produisent chaque année dans le monde et correspondent à 1 grossesse sur 4 en France. L'impact et les conséquences de celles-ci sont souvent sous-estimées, méconnues, voire banalisées et minimisées par les différents professionnels de santé et plus généralement par la Société. Les sages-femmes, bien souvent aux premières loges lors de la découverte, et du suivi à court, moyen et long terme, font donc partie intégrante de l'accompagnement des femmes. Une question se pose alors : quelles sont les ressources et quel est le rôle des sages-femmes dans la prise en charge émotionnelle des femmes lors d'une fausse couche ?

Objectif : L'objectif principal de cette étude est de décrire l'expérience qu'ont les sages-femmes de leur rôle dans l'accompagnement émotionnel des femmes lors d'une fausse couche.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative phénoménologique a été réalisée par les biais d'entretiens semi-directifs où 9 sages-femmes de différents modes d'exercice ont été interrogées de mai à novembre 2021.

Résultats : Les sages-femmes définissent la prise en charge émotionnelle comme étant fondamentale dans l'accompagnement global et psychologique de la femme lors d'une fausse couche. L'étude a permis de mettre en évidence et détailler leur rôle avec différentes notions qui sont : la communication (écoute, bienveillance, expliquer, rassurer, déculpabiliser), le relationnel (soutien, disponibilité, humanité et empathie) et enfin, le professionnalisme (orienter, conseiller, se former, pluridisciplinarité). Le tout s'inscrivant dans une démarche dynamique qui évolue au cours du temps où elles font preuve d'adaptation, de respect et de compréhension. Plusieurs facteurs modifient la prise en charge et sont fonction des femmes, de leur singularité et surtout de leur histoire personnelle. On retrouve aussi le mode d'exercice, les expériences professionnelles mais aussi personnelles. Les différentes difficultés rencontrées sont le manque de temps, les limites de compétences, l'organisation des services, trouver les bons mots et le manque de considération de la part de certains professionnels de santé.

Conclusion : La prise en charge des femmes lors d'une fausse couche est délicate compte tenu de la reconnaissance Sociétale au sens large. Les sages-femmes sont bien conscientes que cela pose un problème mais essaient de faire au mieux pour accompagner les femmes en tentant de libérer la parole et lever le tabou qui règne sur les fausses couches et plus généralement sur le deuil périnatal.

Mots-clés : Prise en charge, Accompagnement, Émotionnel, Femme, Femmes, Fausses-couches, Sage-femme, Sages-femmes, Deuil périnatal.

Summary

Subject: The emotional care of women during a miscarriage by midwives.

Context: 23 million miscarriages occur every year in the world and correspond to 1 out of 4 pregnancies in France. The impact and consequences of these are often underestimated, misunderstood, even trivialized and minimized by the various healthcare professionals and more generally by the Company. Midwives, often in the front row during discovery, and short, medium and long-term follow-up, are therefore an integral part of supporting women. A question then arises: what are the resources and what is the role of midwives in the emotional care of women during a miscarriage?

Objective: The main objective of this study is to describe the experience that midwives have of their role in the emotional support of women during a miscarriage.

Material and Method: A qualitative phenomenological study was carried out through semi-structured interview where 9 midwives with different practice's modes were interviewed from May to November 2021.

Results: Midwives define emotional care as being fundamental in the overall and psychological support of the woman during a miscarriage. The study made it possible to highlight and detail their role with different notions which are: communication (listening, benevolence, explaining, reassuring, eliminating guilt), relational (support, availability, humanity and empathy) and finally, professionalism (guide, advise, train, multidisciplinary). All of this is part of a dynamic approach that evolves over time where midwives demonstrate adaptation, respect and understanding. Several factors modify care and depend on the women, their uniqueness and especially their personal history. The other factors are the midwife's mode of practice, her professional and personal experiences. The various difficulties encountered are the lack of time, the limits of skills, the organization of services, finding the right words and the lack of consideration on the part of certain health professionals.

Conclusion: The care of women during a miscarriage is delicate given the societal recognition in the broad sense. Midwives are well aware that this poses a problem but try to do their best to support women by trying to free speech and lift the taboo that reigns on miscarriages and more generally on perinatal bereavement.

Keywords: Care, Accompaniment, Emotional, Woman, Women, Miscarriages, Midwife, Midwives, Perinatal bereavement.