



HAL
open science

Communication des sages-femmes lors de la prise en charge des interruptions médicales de grossesse en salle de naissance

Marie Germain

► **To cite this version:**

Marie Germain. Communication des sages-femmes lors de la prise en charge des interruptions médicales de grossesse en salle de naissance. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04247656

HAL Id: dumas-04247656

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04247656>

Submitted on 18 Oct 2023

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.

Médecine Sorbonne Université
Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Académie de Paris
Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine Campus Picpus

**COMMUNICATION DES SAGES-FEMMES LORS DE LA
PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS MEDICALES
DE GROSSESSE EN SALLE DE NAISSANCE**

GERMAIN Marie
Nationalité française

Directeur de mémoire : Madame Claudine SCHALCK

Année universitaire : 2022 – 2023

Médecine Sorbonne Université
Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Académie de Paris
Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine Campus Picpus

**COMMUNICATION DES SAGES-FEMMES LORS DE LA
PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS MEDICALES
DE GROSSESSE EN SALLE DE NAISSANCE**

GERMAIN Marie
Nationalité française

Directeur de mémoire : Madame Claudine SCHALCK
Année universitaire : 2022 – 2023

Je tiens à remercier chaleureusement :

Madame Claudine Schalck, pour la direction bienveillante de mon mémoire,

Mesdames Sauvegrain et Yazdanbakhsh, sages-femmes enseignantes, pour leur aide à la méthodologie de recherche et dans les démarches auprès du Comité d'éthique,

Toute l'équipe des services de salle de naissance et de médecine fœtale de l'hôpital Trousseau pour leur implication lors de mes observations de jour comme de nuit,

Mon incroyable promotion, ma marraine Béline, les éternels chacaux, et les fameux colocos, pour ces 4 merveilleuses années à l'école de sage-femme,

Ma famille pour son indéfectible soutien, surtout quand les émotions étaient compliquées après les observations en salle de naissance,

Ma mère, pour sa présence à chaque étape, son investissement et ses relectures,

Et évidemment, toi, Louis.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	1
CONTEXTE THEORIQUE.....	4
I. Définitions et épidémiologie.....	4
II. Législation et bonnes pratiques autour de l’IMG	6
III. Parcours de l’IMG.....	10
IV. Asepsie verbale du soignant.....	12
MATERIEL ET METHODE	14
I. Objectifs et question de recherche	14
II. Type d'étude.....	15
III. Déroulement des observations	15
IV. Outil méthodologique	16
V. Population cible.....	17
VI. Considérations éthiques et réglementaires.....	18
VII. Stratégies d'analyse des données recueillies.....	18
RESULTATS	20
I. Description du corpus	20
II. Priorité à l’analgésie.....	21
III. S’adapter pour « mieux communiquer ».....	26
1/ Le double langage utilisé par les professionnels de santé.....	26
2/ Des choix difficiles en matière de communication	27
3/ Le degré d’adaptation au couple de la prise en charge.....	29
4/ La réflexion autour du choix des qualificatifs.....	32
5/ L’intérêt de bien préparer la rencontre.....	36
IV. Pluridisciplinarité au service de la temporalité	38
V. Situations singulières.....	42
DISCUSSION	44
I. Discuter à la lumière de la littérature.....	44
II. Forces et limites de notre étude	50
III. Perspective professionnelle de notre travail.....	51
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE	53
GLOSSAIRE.....	57
ANNEXES	59

PRÉAMBULE

J'ai accompagné pour la première fois, au début du deuxième cycle, un couple vivant un deuil périnatal. Un geste d'arrêt de vie a été pratiqué, puis l'accouchement a été déclenché. Majoritairement dans l'observation, j'ai pu rester attentive à l'accompagnement, par toute l'équipe, des parents. Un grand soin y était porté, que ce soit dans la communication verbale comme non verbale. Cela m'a autant inspirée que déboussolée : quelle est notre place en tant que sage-femme ? Quelles informations délivrer et à quel moment ? Comment qualifier l'enfant ? Les parents ? Les actes pratiqués ? J'ai alors mesuré l'importance du choix des mots, pour améliorer le vécu de l'évènement par les patients et leur permettre d'être reconnus comme des parents endeuillés.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), définit le deuil périnatal comme la perte par des parents de leur bébé entre 22 semaines d'aménorrhée et le 7^{ème} jour après sa naissance. Cela concerne donc l'IMG, la MFIU et le décès dans les 7 premiers jours de vie.

L'interruption médicale de grossesse (IMG) est une interruption de grossesse pratiquée pour des motifs médicaux concernant le fœtus ou la mère, sans restriction de délai. La demande est faite par le couple/la femme, et soumise à l'approbation d'une équipe médicale pluridisciplinaire. Cette attestation médicale d'IMG concerne près de 6 000 grossesses par an en France. Le plus souvent, la décision est motivée par la forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Dans environ 5 % des cas, l'IMG est pratiquée si la grossesse met gravement en danger la santé de la femme enceinte. [1]

D'après le CNGOF, la mort fœtale in utero (MFIU) est l'arrêt spontané de l'activité cardiaque à partir de 14 semaines d'aménorrhées. Le moment de l'arrêt de l'activité cardiaque peut être pré-partum, per-partum ou indéterminé. Au-delà de 28 semaines d'aménorrhées ou d'un poids fœtal de plus de 1 kg, elle survient dans près de 2 % des grossesses dans le monde et dans 0,5 % des grossesses dans les pays à hauts revenus, soit près de 3 600 grossesses par an en France. [2]

On parle toujours de deuil périnatal lorsque le décès de l'enfant survient jusqu'au 7^{ème} jour de vie. En effet, le taux de mortalité périnatale correspond au nombre d'enfants décédés entre la naissance et le 7^{ème} jour, pour 1 000 naissances totales. L'incidence de ce taux est de 2,62‰. Les causes sont multiples : malformations fœtales graves sans souhait d'IMG

entraînant un projet d'accompagnement palliatif, infections néonatales, accouchement traumatiques entraînant des complications fœtales graves, hypoxies néonatales, causes idiopathiques, etc.

Nous faisons le choix de limiter notre sujet à la prise en charge des interruptions médicales de grossesse (IMG), car ces situations sont programmées régulièrement dans le service ce qui facilite l'organisation des périodes d'observation.

Les situations de péril grave pour la santé de la femme justifiant une IMG sont exclues de notre étude, qui se concentrera sur des IMG pour motif médical fœtal. Ces dernières s'inscrivent dans un parcours pluridisciplinaire comportant différentes étapes, et n'ont jamais lieu dans un contexte d'urgence.

Durant mes quatre années de stage, j'ai pu mesurer combien le vocabulaire employé pouvait être plus ou moins explicite (s'endormir, geste d'arrêt de vie, avortement thérapeutique) et parfois même brutal (fœticides). En discutant avec des sages-femmes, j'ai appris qu'elles étaient plus ou moins à l'aise dans la prise en charge de ces situations. Certains patients m'ont aussi confié ne pas toujours se reconnaître dans les mots employés comme « en deuil », « paranges », « mamange », ou ne pas trouver certaines appellations adéquates telles que « salle de naissance ».

Au-delà du strict choix des mots, d'autres paramètres entrent aussi à mon sens dans la communication entre la patiente et la sage-femme. En effet, la présence du soignant doit être adaptée, et cette balance entre, être présent pour l'autre, tout en laissant suffisamment d'espace, n'est pas évidente. La douceur des déplacements, des gestes, et de l'ambiance dans la salle, sont des éléments non verbaux auxquels le soignant peut aussi prêter attention. Le ton de la voix y participe également. Enfin, la quantité d'information délivrée ou réservée pour plus tard est importante, pour ne pas surcharger le couple d'informations et ne pas trop anticiper. Le rôle serait aussi de lier la temporalité psychique des patients à la temporalité médicale, souvent plus rapide.

Nous décidons donc d'axer notre étude sur la communication verbale et non verbale, afin de répondre à la question suivante : en tant que sage-femme, comment communiquer avec le couple lors d'une situation d'interruption médicale de grossesse (IMG) ?

L'objectif principal est de faire un état des lieux de la communication des sages-femmes en salle de naissance dans les situations d'IMG.

Le premier objectif secondaire est de déterminer comment la sage-femme évalue la situation émotionnelle et contextuelle du couple, lorsqu'elle les rencontre en salle de naissance, puis de comprendre comment la sage-femme choisit puis ajuste sa communication aux patients (gestuelle, vocabulaire, temporalité de la délivrance des informations).

Le deuxième objectif secondaire est d'étudier comment l'accompagnement lors des IMG permet aux parents d'entamer un deuil singulier, le deuil périnatal.

Dans un premier temps, nous définirons les termes spécifiques à la prise en charge d'une interruption médicale de grossesse, nous nous pencherons sur ce que prévoit la loi pour ces situations et sur le parcours de soin emprunté par la femme/le couple, et nous mettrons la lumière sur l'asepsie verbale dont doit faire preuve tout soignant dans sa pratique.

Dans un second temps, nous exposerons la méthodologie de recherche de l'étude que nous avons effectuée, et nous présenterons ses résultats par thématique.

Enfin, nous terminerons en discutant autour de nos résultats, et en élargissant nos propos à la lumière de la littérature internationale.

CONTEXTE THEORIQUE

I. Définitions et épidémiologie

A la différence de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), l'interruption médicale de grossesse (IMG) peut être réalisée à tout moment de la grossesse, sans restriction de délai. Très encadrée, la décision est prise à l'issue d'un parcours pluridisciplinaire précis. Il est nécessaire que le fœtus soit atteint d'une grave affection incurable au moment de la découverte ou que la poursuite de la grossesse mette en danger la vie de la femme enceinte.

Nous retrouvons parmi les motifs fœtaux les anomalies chromosomiques, les syndromes malformatifs, les maladies génétiques, les infections, et toute affection pouvant mettre en jeu le pronostic vital néonatal ou entraîner un lourd handicap intellectuel ou physique. Selon le rapport de l'Agence de Biomédecine au sujet des Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), les malformations/syndromes malformatifs et les indications chromosomiques sont à l'origine de plus de 87 % des IMG. [3]

Des raisons maternelles telles que des pathologies maternelles somatiques préexistantes à la grossesse, des pathologies obstétricales, des détresses psychologiques liées ou non à une pathologie fœtale, des pathologies psychiatriques, des indications psychosociales et des viols peuvent aussi justifier une interruption médicale de grossesse. [4]

Lorsque le diagnostic anténatal par échographie et/ou amniocentèse révèle une anomalie fœtale grave et incurable au moment de sa découverte, l'équipe médicale d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) se réunit et statue sur la possibilité de proposer au couple la réalisation d'une interruption médicale de grossesse. Les CPDPN constituent des équipes pluridisciplinaires de praticiens ayant des compétences cliniques ou biologiques en matière de diagnostic prénatal et travaillant au sein d'établissements de santé disposant d'une unité d'obstétrique. Elles regroupent entre autres des gynécologues-obstétriciens, des échographistes fœtaux, des pédiatres spécialisés en néonatalogie, des généticiens, des psychologues et des assistants sociaux. En 2019, 48 CPDPN disposaient d'une autorisation de fonctionnement délivrée par l'Agence de la biomédecine. [3]

Le CPDPN est seul compétent pour délivrer une attestation de gravité qui rendrait licite une IMG pour motif fœtal. Après avoir reçu l'accord du CPDPN et une information libre et éclairée de toutes les données actuelles de la science, les couples prennent la décision de

poursuivre ou non la grossesse. [3]

Nous pouvons noter que selon l'Agence de biomédecine, en 2019, 20,6 % des femmes dont le dossier a été examiné durant la grossesse se sont vu délivrer une attestation de particulière gravité en vue d'une IMG par un CPDPN suite à une demande d'IMG par la femme pour motif fœtal. Une IMG a été effectivement réalisée dans 96,9 % de ces grossesses. Parmi les IMG non réalisées, nous incluons les morts fœtales in utéro (MFIU) avant IMG et les changements d'avis de la femme ou du couple. Par ailleurs, dans 5,2 % des cas, la pathologie fœtale observée aurait pu faire autoriser une IMG, sans que la femme ne formule une telle demande. Enfin, en observant la répartition de l'âge gestationnel au moment de la délivrance de l'attestation en fonction de la pathologie fœtale, nous constatons que plus de 2/3 des attestations sont délivrées avant 22 semaines d'aménorrhée (SA) toutes pathologies confondues, avec une prédominance des indications chromosomiques avant 22 SA et des malformations fœtales après 22 SA. [3]

Le deuil périnatal (perte d'un enfant entre 22 SA et le 7ème jour de vie) est alors un concept important qui s'invite dans le parcours du couple faisant le choix de l'IMG. Ce deuil cumule différentes composantes traumatiques, avec entre autres la culpabilité, la brutalité, la réalité d'une mort avant la vie, et peut entraîner des conséquences psychologiques parentales très importantes. La sage-femme joue alors un rôle crucial d'accompagnement des couples dans les premiers temps du deuil périnatal puis dans la grossesse d'après. [5]

La reconnaissance du couple endeuillé dans sa parentalité contribue au vécu du deuil périnatal. Elle passe notamment par la possibilité de définir ce statut. L'auteur du Ventre vide Nadia Bergougnoux expose de façon claire la problématique liée à l'absence d'un mot pour nommer ces parents endeuillés : « Quand un enfant perd ses parents, il est orphelin ; quand un mari perd son épouse, il devient veuf et, réciproquement veuve ; mais il n'existe aucun terme pour qualifier un parent qui perd son enfant ». [6]

En 2016, l'auteure a lancé une pétition à l'attention de l'Académie française afin d'inclure le mot « parange » au dictionnaire (compilation du mot parent et du mot ange), avec ses dérivés « papange » et « mamange », qui rassemble aujourd'hui plus de 65 000 signatures. Selon l'auteure, cette appellation pourrait convenir aussi bien aux parents croyants que non croyants, quel que soit l'âge auquel l'enfant est décédé (incluant la mort in utéro). Cela permettrait à chacun d'eux de se sentir reconnu dans leur parentalité, notamment par l'Académie française et l'administration publique française.

En février 2021, la députée Mathilde Panot déposait à l'Assemblée nationale une proposition de résolution pour ajouter ce terme au dictionnaire, dans le but de combler ce vide sémantique. [6] Si à l'heure actuelle, l'incorporation du terme « parange » au dictionnaire n'est pas effective, Larousse a tout de même ajouté « parange » à sa base de néologie. Ce terme est jugé encore trop peu répandu et ne remplit ainsi pas les conditions permettant de figurer dans le dictionnaire. [7] De plus, ce terme ne fait pas l'unanimité chez les parents endeuillés, certains le jugeant non représentatif de la brutalité de leur réalité. Le terme belge « désenfanté » est lui aussi souvent rejeté, jugé trop violent par les parents concernés.

II. Législation et bonnes pratiques autour de l'IMG

L'interruption médicale de grossesse est autorisée en France depuis la loi du 17 janvier 1975, et strictement encadrée et régie par l'article L2213-1 du Code de la santé publique qui précise que « l'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. » [8]

La loi n'établit ainsi pas de liste de malformations ou pathologies pour lesquelles l'IMG est autorisée. Elle utilise une formulation qui recouvre une grande variété de situations, laissant ainsi à l'équipe pluridisciplinaire une large part d'appréciation du « péril grave » et du terme « santé » pour le motif maternel, et des notions de « forte probabilité », « d'affection d'une particulière gravité » et « d'incurabilité » pour le motif fœtal. Ce flou juridique permet notamment une approche psycho-sociale de la situation, mais impose aussi une grande responsabilité à l'équipe dans sa décision.

Cependant, la loi cadre fortement les conditions de consultation de l'équipe pluridisciplinaire qui sera amenée à examiner la demande d'IMG et à donner son accord.

Lorsque l'IMG est envisagée pour un motif fœtal, « l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal », avec la possibilité « qu'un médecin ou une sage-femme choisis par la femme [puisse], à la demande de celle-ci, être associé à la concertation ». [8] Il est souhaitable que parmi les praticiens qui délibèrent « figurent un ou des spécialistes du type d'affection dont peut souffrir le fœtus ». [9]

Les conditions de consultation sont différentes lorsque le motif est maternel. En effet, la demande peut être examinée hors CPDPN. L'équipe comprend alors « au moins un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, un praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte, un médecin ou une sage-femme choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel, qui peut être un assistant social ou un psychologue », « le médecin qualifié en gynécologie-obstétrique et le médecin qualifié dans le traitement de l'affection dont la femme est atteinte [devant] exercer leur activité dans un établissement de santé », selon l'article L2213-1 du Code de santé publique. [8] Bien que la loi ne prévoit pas que le dossier soit discuté au sein du CPDPN, les recommandations de bonnes pratiques définies dans l'arrêté du 1er juin 2015 précisent que la décision doit être transmise au CPDPN. [9]

La décision de recourir ou non à l'IMG après l'accord médical appartient à la femme enceinte selon la loi, comme pour toutes les décisions relatives à sa grossesse. Son autonomie doit être respectée. Même si la femme enceinte est au centre du dispositif, l'arrêté de bonnes pratiques recommande toutefois d'impliquer le plus souvent possible le couple dans les différentes étapes du parcours de soin de la prise en charge par un CPDPN, en respectant la volonté et les choix de la femme. [9]

De plus, toutes les femmes qui font la demande (d'un premier contact avec le CPDPN) devraient pouvoir être reçues dans un délai raisonnable au regard du motif de la demande. Après l'accord médical, et hors des cas d'urgence médicale, la femme enceinte peut être informée qu'elle peut, si elle le souhaite, bénéficier d'un délai de réflexion d'au moins une semaine avant de décider d'interrompre sa grossesse. [9] En effet, la loi de bioéthique du 2 août 2021 a supprimé l'obligation de proposer à la femme ce délai de réflexion. [10] De son côté, un médecin qui refuse de pratiquer une interruption de grossesse pour motif médical doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention. [8] Enfin, la femme peut se rétracter à tout moment et sans délai si elle souhaite revenir sur sa décision, et ce jusqu'au dernier moment.

Les formalités administratives entourant l'IMG sont prévues par la loi.

Avec le consentement des parents, l'équipe médicale réalise des examens fœtopathologiques, afin d'analyser les anomalies identifiées et de mesurer les risques de

récidive. [9]

Des photos et empreintes du fœtus peuvent être réalisées si les parents le souhaitent, mais leur réalisation n'est pas obligatoire selon la loi. Elles seront soit remises d'emblée, soit conservées dans le dossier médical pour pouvoir être consultées ou récupérées ultérieurement.

La prise en charge du corps, quel que soit le terme dès lors qu'il existe un corps identifiable et sexué, s'organise selon le souhait de la famille. Cette dernière peut décider d'organiser des funérailles et de réaliser une crémation/inhumation, ou bien elle peut faire le choix d'une prise en charge par l'hôpital qui effectuera une crémation. [1] Selon les articles R1112-75 et R1112-76 du Code de la santé publique, si les parents décident de prendre en charge le corps, ils disposent d'un délai de 10 jours après l'accouchement pour réclamer le corps, qui leur est alors restitué sans délai. Les articles prévoient aussi qu'en cas d'autopsie, le délai de remise du corps ne puisse pas excéder quatre semaines à compter de l'accouchement. [11]

Un être humain n'acquiert sa personnalité juridique qu'à la délivrance de son certificat de naissance. Seuls les enfants nés vivants et viables sont donc reconnus comme des personnes juridiques, ce qui n'est pas le cas des fœtus mort-nés issus d'une interruption médicale de grossesse. La déclaration à l'état civil des fœtus mort-nés prend alors en compte le terme de la grossesse, le poids du fœtus et le souhait de la famille :

⇒ Pour les fœtus nés sans vie de moins de 22 semaines de grossesse (soit moins de 24 semaines d'aménorrhée) et de moins de 500 g, l'inscription à l'Etat civil, et donc la délivrance de l'acte d'enfant né sans vie, sont possibles à la demande des parents. Il est aussi possible de l'inscrire dans le livret de famille (seule la partie "décès" est alors remplie). [1]

⇒ Pour les fœtus nés sans vie de plus de 22 semaines ou pour les fœtus pesant plus de 500 g, l'inscription à l'état civil est obligatoire. Les parents obtiennent alors l'acte d'enfant né sans vie. Si les parents le souhaitent, le fœtus est mentionné dans le livret de famille (là aussi seule la partie "décès" est remplie). [1] Dans le cas des couples non mariés dont c'est le premier enfant, la délivrance d'un livret de famille peut être demandée sur présentation de l'acte d'enfant né sans vie. [12]

Il faut noter que c'est la présentation à la mairie du certificat d'accouchement (remis par le praticien ayant accompagné l'accouchement) qui permet d'obtenir l'acte d'enfant né sans vie. [13] Il faut aussi noter que l'acte d'enfant né sans vie est indispensable aux parents pour pouvoir organiser les obsèques.

L'Assurance maladie prévoit que la femme enceinte bénéficie d'un arrêt maladie d'une durée prescrite par le médecin si l'enfant est né mort-né à un terme inférieur à 22 semaines d'aménorrhée et que son poids de naissance était inférieur à 500 grammes. Le père, quant à lui, peut bénéficier d'une autorisation exceptionnelle d'absence pour événement familial (le nombre de jours accordés dépend de l'employeur ou des conventions collectives).

Si l'enfant est né mort-né à un terme supérieur à 22 semaines d'aménorrhée ou que le poids de l'enfant à la naissance est d'au moins 500 grammes, la mère bénéficie de son congé maternité dans sa totalité, et le père de son congé paternité. [14] Les droits sociaux comme la prime de naissance et l'allocation forfaitaire sont aussi prévus. [15][16]

A la différence des interruptions volontaires de grossesse (IVG), l'interruption médicale de grossesse (IMG) ou l'interruption de grossesse pour motif médical ne peut être pratiquée que par un médecin, selon l'article L2213-3 du Code de la Santé publique. [8]

La sage-femme a cependant une place cruciale dans la prise en charge des IMG, par sa présence aux différentes étapes : dans le service de diagnostic anténatal (DAN), de grossesses à haut risque (GHR), en salle de naissance (SDN), en suite de couches (SDC) et dans la suite de la vie génitale de la femme incluant notamment les possibles grossesses ultérieures. Selon la loi de bioéthique du 2 août 2021, la sage-femme peut désormais être le praticien choisi par la femme faisant partie de l'équipe pluridisciplinaire qui examine la demande d'IMG pour motif maternel. [10] Les recommandations de bonnes pratiques exposent aussi « qu'un praticien, quelle que soit sa spécialité, peut participer à la réunion du CPDPN si au regard de ses compétences, il est en mesure d'apporter une expertise supplémentaire au centre (médecin traitant, sage-femme, échographiste...) ». [9]

Le code de déontologie des sages-femmes prévoit toutefois la clause de conscience, afin de permettre à chaque sage-femme d'exercer sa profession en accord avec ses convictions personnelles : « aucune sage-femme n'est tenue de recourir à une interruption volontaire de grossesse ». [17]

Enfin, nous observons que la législation autour des IMG continue d'évoluer, avec, par exemple récemment, la loi de bioéthique du 2 août 2021. Cette loi encadre la pratique de la réduction embryonnaire (l'interruption sélective de grossesse ou ISG, faisant partie des interruptions médicales de grossesse), qui consiste à éliminer un embryon ou un fœtus dans le cadre d'une grossesse multiple. La loi prévoit ainsi que, dans les douze premières semaines de grossesse, une « interruption volontaire partielle de grossesse multiple » peut

être pratiquée « lorsqu'elle permet de réduire les risques d'une grossesse dont le caractère multiple met en péril la santé de la femme, des embryons ou du fœtus ». [10]

La loi de bioéthique se penche également sur le cas des IMG chez les mineures non émancipées, où la loi prévoit que « le consentement de l'une des personnes investies de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal, [soit] recueilli avant la réalisation de l'interruption de grossesse pour motif médical ». Cependant, il est prévu que la volonté de la mineure de pratiquer une IMG soit respectée même en cas de refus de ses parents ou de son éventuel tuteur, ou bien si elle souhaite garder sa démarche secrète. [10]

III. Parcours de l'IMG

Le dépistage puis, si besoin, le diagnostic prénatal permettent de détecter chez l'embryon ou le fœtus des maladies particulièrement graves, génétiques, infectieuses ou malformatives. Il repose sur l'imagerie (par échographie) et sur les analyses biologiques (sur divers prélèvements : sang de la mère, villosités choriales, liquide amniotique, sang fœtal). Si une IMG est envisagée, dans le cadre d'une anomalie grave détectée sur le fœtus, le médecin ou la sage-femme adresse la patiente à l'équipe pluridisciplinaire d'un CPDPN, avec le consentement écrit de la femme. La saisine du CPDPN peut aussi se faire directement par la femme (ou le couple). [9]

Si une IMG est envisagée car la grossesse met gravement en danger la santé de la femme enceinte, le médecin soumet la demande à une équipe pluridisciplinaire, selon les conditions établies par la loi [8]

Au terme de la concertation, l'équipe pluridisciplinaire délivre ou non l'attestation de particulière gravité rendant licite une IMG. L'avis du CPDPN est transmis par écrit au médecin demandeur et directement à la patiente si elle le souhaite. La transmission de l'information complète à la femme est soit réalisée par le médecin demandeur, soit par le CPDPN si ce dernier le sollicite. [9]

Dans les meilleurs délais, si la femme le souhaite, le premier contact avec le CPDPN doit être établi. Si besoin, la femme (ou le couple) doit pouvoir accéder aux consultations de génétique médicale, de pédiatrie néonatale et des spécialités concernées par la médecine fœtale. La constitution et le fonctionnement du CPDPN permettent de proposer à toutes les

femmes prises en charge (ou aux couples) la possibilité de recourir aux services d'un psychologue et, si nécessaire, d'un psychiatre. [9]

La consultation pré-IMG est alors une étape clé de la prise en charge (PEC). Elle permet d'exposer le déroulement de la prise en charge hospitalière et les complications possibles, ainsi que de répondre aux questionnements du couple. Le lieu de réalisation et les examens à faire postérieurement sont aussi définis à cette occasion. L'objectif de la PEC est qu'il y ait un minimum de souffrance et de risques, tant physiques que psychologiques, pour la santé de la mère et pour une potentielle future grossesse.

Selon le protocole de l'établissement de santé, le terme et le contexte médical, différentes prises en charge et méthodes peuvent être proposées (PEC ambulatoire, hospitalisation, aspiration, méthode médicamenteuse, méthode chirurgicale...). A Port-Royal à Paris, en salle de travail, les protocoles prévoient que si la grossesse est datée de plus de 22 semaines d'aménorrhée, un geste d'arrêt de vie fœtal (GAF) doit être pratiqué. Cette intervention est pratiquée dans le but d'éviter toute naissance vivante et de prévenir toute douleur fœtale. En deçà de ce terme, les contractions utérines mèneront à un arrêt cardiaque spontané du fœtus. [18] Lorsque la surveillance du post-partum immédiat de la patiente est terminée, la femme est hospitalisée, selon l'établissement, en service de grossesse à haut risque (GHR) ou en suites de couches (SDC). Le corps du fœtus reste en salle de naissance, conservé à basse température, tant que les parents désirent le voir, sans dépasser 48h. Il est alors acheminé vers la chambre mortuaire.

La salle de naissance (SDN) est l'étape du parcours où, à l'exception du geste d'arrêt de vie fœtale, la sage-femme coordonne et réalise la totalité de la prise en charge. Son accompagnement est fondamental pour le vécu de l'évènement par la femme (ou le couple).

Le couple est revu en consultation post-IMG 8 à 10 semaines après l'accouchement, avec préférentiellement le médecin ayant réalisé l'intervention. Ce rendez-vous va permettre à la famille d'avoir les résultats et explications des examens fœtopathologiques et des différents examens réalisés sur le fœtus. Il permet de faire le point sur l'état de santé globale (physique et psychologique) de la femme. Enfin, il est possible d'évoquer les risques éventuels lors d'une future grossesse, de donner un conseil génétique, et d'aborder l'organisation d'un nouveau projet de grossesse (traitements préventifs, examens complémentaires...). [18]

IV. Asepsie verbale du soignant

L'alliance thérapeutique est au centre de la relation soignant-soigné. Pour construire cette collaboration thérapeutique, le dialogue doit être adéquat. En effet, chaque soignant, quelle que soit sa spécialité, doit faire preuve « d'asepsie verbale ». Cela consiste à mesurer les mots utilisés dans la relation de soin, pour acquérir un discours clair et complet, sans susciter de l'inquiétude inadéquate ou transmettre son propre ressenti. Cette asepsie verbale est particulièrement importante durant la grossesse, qui est un moment de « transparence psychique », et d'autant plus cruciale dans ce contexte d'IMG.

Les premiers mots prononcés par l'échographiste pour annoncer l'anomalie sont importants. Cette annonce constituera la représentation initiale de l'anomalie pour la femme (ou pour le couple). Il s'agit donc d'un temps essentiel dans l'histoire de la patiente. Il semble important que les équipes de dépistages conservent suffisamment d'incertitude dans leur discours, au cas où le diagnostic est modifié ultérieurement par le service de diagnostic prénatal. [19]

Lors de la prise en charge en salle de travail, le rôle de la sage-femme est fondamental. Elle doit accompagner la femme (ou le couple) en étant le plus contenant possible dans son discours, et en étant la plus attentive possible au poids des mots qu'elle emploie. En effet, les mots qui y sont prononcés ont un réel impact sur le vécu des événements et peuvent avoir une résonance à long terme.

Cécile de Clermont, dans son témoignage, expose des exemples de phrases qui peuvent rapidement « faire tourner la situation au cauchemar » pour les parents concernés : « Ce n'est pas grave vous en aurez un autre » ou « Ne vous en faites pas demain vous êtes chez vous ». [20]

Laurence Pavie, sage-femme, continue en relatant avoir appris dans sa pratique que si la sage-femme ne parle pas tout le temps quand elle est présente, ça n'est pas grave. « On n'est pas obligé de combler le silence, même si parfois on se dit : « Il faut que je dise quelque chose » ». [20] Ainsi, si rien de pertinent ou spontané ne vient à l'esprit, il vaut mieux garder et respecter le silence, ce qui ne sera pas forcément mal perçu par le couple.

Enfin, Cécile de Clermont évoque la difficulté à trouver les mots pour décrire et présenter le corps du bébé aux parents. Se contenter de « C'est votre enfant » permettrait d'aider les parents à voir le corps de l'enfant au-delà des caractéristiques physiques et au-delà du nom de la pathologie dont l'enfant est atteint. [20]

Un autre témoignage raconte la manière de présenter le corps de l'enfant, en utilisant le Présent de l'indicatif. En choisissant les mots « Votre fils est beau, il est grand », la sage-femme a fait vivre l'enfant pendant quelques instants aux yeux de la mère, qui garde alors un beau souvenir de la rencontre. [19]

Cindy Bouquemont souligne, dans son livre, l'importance du mot choisi pour définir une situation. Elle témoigne que l'utilisation du terme de « Mort fœtale in utéro » et non de « Fausse couche tardive » permet de légitimer la douleur et de faire exister ce fœtus aux yeux des autres. [21]

Les sages-femmes peuvent donc rencontrer, dans des situations particulières comme l'IMG, une difficulté de positionnement et d'équilibre entre un discours aseptisé et la transparence médicale exigée par la loi. Effectivement, elles peuvent ne pas toujours être à l'aise en évoquant des modalités lourdes et inimaginables dans un contexte de grossesse (geste d'arrêt de vie fœtale, expulsion, obsèques), tout en ayant conscience de l'importance des termes employés et en devant s'adapter à une femme (ou un couple) qui a un ressenti, des réactions et une temporalité propres. C'est souvent à travers les mots de la patiente que le soignant pourra s'adapter au mieux et anticiper la prise en charge de sa patiente.

Le soignant prend alors, par le poids de ses mots à ce moment de particulière vulnérabilité, une responsabilité forte dans la communication soignant-soigné.

MATERIEL ET METHODE

I. Objectifs et question de recherche

En prenant conscience du rôle fondamental de la sage-femme en salle de naissance, en mesurant l'importance du poids des mots, et en ayant relevé que les sages-femmes rencontrent des difficultés dans ce contexte, nous souhaitons connaître et évaluer sur le terrain la qualité de communication (verbale et non verbale) des sages-femmes, afin de répondre à la question suivante : Comment communique la sage-femme en salle de naissance dans une situation d'interruption médicale de grossesse (IMG) ?

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la communication des sages-femmes en salle de naissance dans les situations d'IMG.

Le premier objectif secondaire est de déterminer comment la sage-femme évalue la situation émotionnelle et contextuelle du couple, puis choisit puis ajuste sa communication aux patients (gestuelle, vocabulaire, temporalité de la délivrance des informations).

Le deuxième objectif secondaire est d'étudier comment l'accompagnement lors des IMG permet aux parents d'entamer un deuil singulier, le deuil périnatal.

La finalité de ce travail est d'élaborer un outil à destination des sages-femmes néo-diplômées accompagnant des couples vivant une IMG. Cet outil présenterait des propositions de communication, aussi bien concernant le dialogue verbal que non verbal (phrases à éviter, formulations et comportement adaptés, etc.).

Au regard de l'objectif principal, les critères de jugement principaux sont la communication verbale, et la communication non verbale (attitude et positionnement de la sage-femme).

Au regard du 1er objectif secondaire, les critères de jugement secondaires sont l'écoute active par la sage-femme et l'échange entre la sage-femme et la patiente/le couple.

Au regard du 2ème objectif secondaire, il s'agit du respect des demandes du couple, et de l'empathie exprimée par la sage-femme vis-à-vis de la patiente/le couple.

Nos axes de recherche initiaux étaient la place de l'écoute dans la prise en charge, le choix des termes utilisés par la sage-femme, et la quantité et temporalité de la délivrance des informations.

Nous verrons que ces axes de recherche ont permis l'élaboration de l'outil, mais qu'ils ont ensuite évolué grâce aux résultats de notre étude.

Nous nous attendions à un langage plutôt universel et à des méthodes de communication communes aux différentes sages-femmes observées. Cependant, le caractère unique de ces situations et des protagonistes obligera sans doute à une adaptation et des ajustements constants. Nous pensions que les sages-femmes ayant de l'expérience dans des maternités de type 3 ou au sein d'un service de médecine fœtale seront plus à même d'être à l'aise dans ces situations et de proposer une prise en charge personnalisée à la femme/au couple.

II. Type d'étude

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons élaboré une étude qualitative observationnelle structurée, participative et monocentrique. Elle consistait en un recueil de données non chiffrées par le biais d'une observation, en salle de travail, de la prise en charge par la sage-femme de patientes/couples vivant une interruption médicale de grossesse.

III. Déroulement des observations

L'étude s'est déroulée dans le service de salle de travail d'une maternité de type 3, en coordination avec le service de diagnostic anténatal (DAN) et le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) de cette maternité. La logistique des observations a été planifiée avec les sages-femmes du DAN, notamment pour notre présence lors des consultations pré-IMG et pour nous tenir informés chaque semaine de la programmation des interventions d'interruption de grossesse.

Les observations se sont étalées sur quatre mois, de novembre 2022 à février 2023. Nous avons observé six prises en charge, puis nous nous sommes arrêtés lorsque nous avons considéré que nous arrivions à saturation des observations, c'est-à-dire qu'il n'y avait plus de nouveaux éléments.

La réalisation de nos observations a dépendu de la programmation des IMG pour motif fœtal par voie basse, et de nos propres disponibilités (périodes d'examens, de cours et de stages hospitaliers pouvant empêcher notre présence). En effet, le service prend en charge environ 5 IMG répondant à ces caractéristiques par mois, et il s'est avéré compliqué logistiquement d'y assister.

L'observation a concerné l'entièreté de la prise en charge en salle de travail, de l'arrivée en

début de matinée en salle de travail, jusqu'au transfert en suites de couches en fin de journée, dans la nuit voire le lendemain. L'objectif était que notre présence soit effective, quels que soient les horaires de la prise en charge, afin que toutes les étapes soient observées. Nous estimions une durée d'observation comprise entre 6 et 20h par patiente prise en charge.

Conformément à la posture de chercheur au sein d'une recherche observationnelle, nous avons observé les prises en charge d'interruptions médicales de grossesse dans leur totalité sans jamais intervenir en présence de la sage-femme (à l'exception de la deuxième observation, où nous avons aidé la sage-femme à recueillir le fœtus). Il s'agissait de développer une écoute active, ciblée sur les critères spécifiques de la communication verbale et non verbale, et d'être particulièrement attentif à la précision des termes employés.

Nous avons pu échanger brièvement avec la femme/le couple, sans interférer avec la prise en charge. Il a aussi paru pertinent d'observer les interactions des autres professionnels accompagnant la femme/le couple, comme les auxiliaires de puériculture ou les médecins., afin de mieux situer la sage-femme dans la prise en charge. Enfin, de retour dans le poste de soin, nous avons questionné avec neutralité la sage-femme sur ses choix de communication, et nous sommes revenus sur des situations spécifiques (nous y reviendrons lorsque nous présenterons et discuterons nos résultats).

Les pratiques que nous avons observées ont ensuite été rapportées sur une grille d'observation et au sein d'un « Journal de bord ».

IV. Outil méthodologique

Afin de répondre à la problématique, nous avons créé une grille d'observation (Annexe I) en suivant la chronologie de la prise en charge en salle de travail et en s'appuyant sur les axes de recherche préalablement établis : l'écoute, le choix des termes, et la temporalité de l'accompagnement.

Le projet initial était de la remplir « en temps réel », mais au bout de deux observations, il s'est avéré plus efficace de retenir les informations et de la remplir ultérieurement lors du retour dans le poste de soin. Cela permettait ainsi d'être plus attentif au dialogue non verbal de la sage-femme et de ne manquer aucun élément pouvant être pertinent pour notre étude.

L'outil n'a pas pu être testé en amont, les occasions d'observations étant rares.

Lors de la conception de l'outil, et pour le plus de neutralité possible, nous avons choisi d'employer les termes « fœtus », « salle de travail », « injection intracordiale d'une drogue

anesthésiante/analgésiante », « geste d'arrêt de vie fœtale », « absence induite d'activité cardiaque », « expulsion », et enfin « la femme/le couple ». Nous faisons aussi le choix d'étudier ces situations d'IMG sous la perspective du deuil périnatal.

Afin de compléter notre recueil de données, nous avons utilisé un « Journal de bord ». Il nous a notamment servi pour les réflexions personnelles qui émergeaient durant les observations, ou pour les éléments observés qui ne rentraient dans aucune case préétablie.

V. Population cible

La population observée correspond aux sages-femmes diplômées d'Etat.

Les critères d'inclusion qui ont été définis sont :

- ⇒ Sages-femmes de tout âge et toute année de diplôme.
- ⇒ Sages-femmes exerçant dans une même maternité de type 3 en lien direct avec un CPDPN, faisant ainsi régulièrement face à des situations de deuil périnatal.
- ⇒ Sages-femmes exerçant en salle de travail le jour de la réalisation de l'interruption médicale de grossesse.
- ⇒ Sages-femmes prenant en charge une interruption médicale de grossesse pour motif fœtal.

Les critères de non-inclusion sont :

- ⇒ Situations où le consentement de la sage-femme et des patients n'a pu être obtenu.
- ⇒ Sages-femmes prenant en charge une interruption médicale de grossesse pour motif maternel.

Initialement, l'objectif était d'observer entre cinq et dix prises en charge d'IMG afin d'étudier entre cinq et dix situations spécifiques. Or, pour une même patiente vivant l'IMG, l'accompagnement par les deux sages-femmes qui se succédaient était bien différent de l'une à l'autre. Nous avons ainsi trouvé plus pertinent que l'objectif soit l'observation de cinq à dix sages-femmes dans un contexte d'accompagnement d'IMG. Cela semblait aussi plus cohérent avec le temps d'enquête imparti.

Nous les avons questionnées au sujet de leur année de diplôme, de leur parcours professionnel depuis celui-ci, et des éventuelles formations complémentaires effectuées.

VI. Considérations éthiques et réglementaires

La démarche de recherche a aussi été très riche sur le plan éthique et réglementaire. Comme toute étude, nous avons dû entreprendre des démarches visant au maintien du respect de la vie privée, du secret médical, mais également de l'anonymat et la confidentialité des données collectées et analysées. C'est pourquoi l'accord du chef de service de médecine fœtale et de la sage-femme coordonnatrice du service de gynécologie-obstétrique a été recueilli en amont, avec validation de l'outil méthodologique. Une demande de « Diagnostic conformité protection des données et sécurité » a été déposée au centre de protection des données de l'AP-HP, et a été validée (Registre général des traitements AP-HP n°20221215134406). Nous avons aussi effectué une déclaration de conformité auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), sous le récépissé de déclaration n°2228056.

L'accord des patientes a été reçu à l'écrit lors de la consultation préalable à l'IMG, après une information complète orale et écrite et en présence de la sage-femme du service de médecine fœtale référente du couple. Une copie de ce formulaire d'information et de consentement, comportant les coordonnées de l'investigateur, se trouve dans le dossier obstétrical de la patiente afin qu'elle puisse y avoir accès si nécessaire. Enfin, le jour de l'IMG, il a été sollicité l'accord de la (des) sage-femme(s) prenant en charge la femme/le couple.

De par l'observation d'une situation sensible, nous avons dû effectuer des démarches supplémentaires. En effet, l'accord du CEROG (Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie) a été sollicité, et obtenu sous le numéro « CEROG 2022-OBS-1001 ». Cette dernière démarche, bien que très chronophage, nous a permis de développer une véritable posture de chercheur.

VII. Stratégies d'analyse des données recueillies

Nous avons dans un premier temps retranscrit les données collectées de manière manuscrite sur des grilles d'observation vierges, grâce au logiciel de traitement de texte Microsoft Word. Après relecture du corpus sous le spectre de l'analyse thématique, neuf thèmes principaux se sont dégagés :

1. L'attention particulière apportée au confort et à l'absence de douleur de la patiente,
2. Le double langage utilisé par les professionnels de santé,
3. Le degré d'adaptation de la prise en charge à la patiente/au couple,
4. La réflexion autour du choix des qualificatifs,

5. L'intérêt de bien préparer la rencontre,
6. La prise en charge souvent à deux vitesses,
7. La nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire coordonnée,
8. L'importance de la démarche d'anticipation par la sage-femme,
9. Le soin porté à la compréhension de la patiente/du couple.

Ce classement thématique a permis un traitement pertinent des données : pour chaque grille d'observation, une couleur a été attribuée par thème identifié. Il y avait donc au plus neuf couleurs par grille, correspondant aux neuf thèmes principaux. Les 6 grilles répondaient toutes au même code couleur. Ainsi, des documents de traitement de texte pour chaque thème ont ensuite été créés, afin de regrouper ensemble toutes les références à un même thème.

Nous remarquons que l'identification de ces neuf thèmes élargit largement le champ de recherche, en comparaison des trois axes de recherche initialement établis.

Par souci d'anonymat, nous avons numéroté les six prises en charge observées dans l'ordre de leur réalisation de « 0₁ » à « 0₆ ». Pour chaque observation, si plus d'une sage-femme prenait en charge le couple, nous nommions la première sage-femme « SF₁ » et la seconde « SF₂ ».

Enfin, nous avons choisi de regrouper ensemble les thèmes se rejoignant souvent sur une même citation, comme par exemple le thème de l'anticipation souvent lié à celui d'une prise en charge à deux vitesses, ou celui de l'adaptation de la prise en charge au couple qui s'articule avec le choix des qualificatifs. Cette répartition nous a permis d'établir l'ossature de la présentation de nos résultats. Ainsi, dans la partie suivante, nous effectuerons une analyse descriptive de notre corpus puis une analyse thématique selon les thématiques sus-citées.

RESULTATS

I. Description du corpus

L'étude s'est déroulée durant quatre mois de novembre 2022 à février 2023. La durée d'observation en salle de naissance a été comprise entre 10 et 23 heures par patiente prise en charge, soit 75 heures d'observation pour les six IMG. Il faut y ajouter la présence lors des consultations préalables à l'IMG, afin de recueillir le consentement de la patiente. Au total, cela correspond à près de 80 heures de présence à la maternité dans le cadre de notre recherche.

Initialement, selon l'information délivrée aux couples, il était prévu que les prises en charge se terminent en fin d'après-midi / début de soirée. Les durées réelles n'ont jamais été plus courtes, une prise en charge s'est terminée à 18^H30, les autres au milieu de la nuit vers 4^H ou 5^H du matin, et la dernière à 12^H le lendemain. Ces prises en charge très longues ont entraîné des difficultés logistiques pour nos observations, et ainsi un corpus moins riche en données au sujet de l'expulsion (observée quatre fois sur les six), le post-partum immédiat, la présentation du corps et les informations délivrées avant le transfert dans le service d'hospitalisation (ici le service de grossesses à haut risque – GHR).

Après explication des modalités et de la finalité de notre étude, aucun refus n'a été reçu ni de la part des patientes ni de celle des sages-femmes.

Pour chacune des patientes, ont été relevés leur parité, le terme de la grossesse auquel est pratiquée l'IMG, la catégorie du motif fœtal la justifiant, et si la patiente pouvait communiquer en français. Ces données respectent l'anonymat de la patiente.

Les patientes étaient au minimum des deuxième pares, et la patiente ayant la plus grande parité était une sixième pare. Cela implique un manque de données concernant la prise en charge des primipares, pour qui les questionnements ne sont pas les mêmes et pour qui la reconnaissance en tant que parents semble plus difficile. Nous y reviendrons lorsque nous évoquerons les limites et biais de notre étude.

Les IMG observées ont eu lieu à des termes compris entre 15 semaines d'aménorrhées (SA) et 3 jours, et 26 semaines d'aménorrhées et 2 jours. Quatre IMG sur les six n'étaient pas concernées par un geste d'arrêt de vie fœtale car le terme était de moins de 21 SA révolues. Les interruptions de grossesse à « petit » terme sont davantage représentées dans notre étude que les grossesses avec un terme plus avancé, ce qui implique aussi qu'aucun effort expulsif n'a été

nécessaire ni observé durant notre étude.

Les IMG avaient toutes pour indication un motif fœtal (critères d'inclusion de notre étude), tel qu'une aneuploïdie, une cardiopathie, des malformations cérébrales ou bien une association malformative.

Seul un couple ne parlait pas ou très peu français, nous reviendrons sur cette situation spécifique à la fin de la présentation de nos résultats, car cette situation a permis d'apporter de nouveaux éléments de réflexion très intéressants pour notre étude.

De plus, les six patientes faisant la demande d'IMG étaient toutes accompagnées de leur conjoint, qui était aussi le père de l'enfant. Il s'agissait du seul accompagnant.

Les dix sages-femmes de l'étude étaient toutes des femmes, diplômées entre 2002 et 2022 avec une moyenne de sept années d'expérience. Depuis leur diplôme, la majorité avait exercé uniquement en maternité de type 3, et d'autres décrivaient une activité en type 1, type 2B ou en libéral. Une sage-femme a décrit avoir travaillé plus de dix ans au sein d'un service de médecine fœtale. Une autre, diplômée en juillet 2022, a relaté n'avoir jamais pris en charge de femme vivant une IMG avant l'IMG que nous avons observée.

Seulement trois d'entre elles avaient bénéficié de formations complémentaires tous thèmes confondus : formations sur le deuil périnatal organisé par la maternité où a lieu l'étude, formation de deux heures du Réseau de Santé Périnatal Parisien (RSPP) conjointement avec l'association « Petite Emilie », diplôme universitaire (DU) d'échographie et de médecine fœtale.

Enfin, sur les dix sages-femmes, toutes ont eu connaissance de notre travail en amont, via une information par e-mail par la sage-femme coordonnatrice de salle de naissance. Elles avaient accès à un document relatant nos objectifs, notre méthodologie et notre grille d'observation. Six d'entre elles avaient pris connaissance de notre outil à la réception de l'e-mail, et deux ont demandé à lire la grille durant notre présence.

II. Priorité à l'analgésie

L'analgésie, dans le contexte d'interruption médicale de grossesse, a une place encore plus prédominante que pour une prise en charge classique d'une femme donnant naissance à un nouveau-né bien portant. L'absence de douleur de la parturiente apparaît comme la première préoccupation de toute l'équipe prenant en charge la patiente, c'est pourquoi il s'agit du premier thème qui a émergé dès le début des observations. Cela est particulièrement intéressant pour

notre étude car une grande partie des interactions entre la sage-femme et la patiente porte sur le confort de cette dernière.

En effet, notamment pour introduire la conversation, les sages-femmes ont questionné la patiente au sujet de ses ressentis. Systématiquement, nous retrouvions « *Comment vous vous sentez ?* », et d'autres questions ouvertes telles que « *Moralement comment ça va ?* », « *Comment ça s'est passé le geste ?* », « *Comment ça va ?* », « *Tout va bien ?* ». Ces interrogations entraînaient la plupart du temps une réponse longue et détaillée de la femme. La question fermée « *Ça va ?* » était utilisée plus rarement à l'entrée en chambre, et nous remarquons qu'elle ne recevait pas de réponse, ou un simple « oui » poli de la patiente, alors que cette dernière décrivait justement plus tard un sentiment intense de tristesse. Les ressentis émotionnels seraient donc plus à même d'être questionnés par une question ouverte.

Nous avons remarqué que tous les professionnels de santé questionnaient la femme à chacun de leur passage au sujet de son analgésie, que ce soit la sage-femme l'auxiliaire de puériculture, l'infirmière, ou l'interne d'obstétrique. Le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) nous a expliqué que d'après les protocoles, la pose de l'analgésie péridurale (APD) ne se faisait pas par un interne afin de limiter la douleur, et que le dosage était plus élevé avec le rajout d'un anesthésique supplémentaire, la Clonidine. Parmi les professionnels, la sage-femme, en particulier, s'est informée de l'analgésie de la patiente dès les présentations à son arrivée à 20^H : « *Est-ce que des douleurs sont apparues ?* » (O₄ ; SF₂). Lors d'un retrait très difficile des dilapans (probable adhérence de la tige au placenta ou au fœtus), la sage-femme s'est assurée avec insistance de l'absence de douleur de la femme tout au long du geste (O₅ ; SF₁). Avant un geste tel que la rupture artificielle des membranes pouvant occasionner des douleurs, elle a pu questionner la patiente : « *Est-ce que vous êtes soulagée ?* » (O₄ ; SF₁). Une sage-femme a aussi explicité à la patiente qu'elle « *[mettait] un point d'honneur à ce qu'elle n'ait pas mal* » (O₂ ; SF₂). L'IADE (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État a renchérit : « *Le but c'est vraiment de ne rien sentir, appuyez sur le bouton autant que vous pouvez, que vous n'ayez aucune sensation* ». Enfin, il s'agit d'une préoccupation primordiale lors de l'expulsion - « *Si ce que je fais est trop désagréable, vous me le dites* » - et lors de la délivrance - « *Est-ce que je vous fais mal ?* », « *Là ça va ? Pas du tout de douleur ?* » - (O₄ ; SF₂).

Cependant, lorsque les sages-femmes questionnaient « *Ça va Madame ?* » durant un toucher vaginal ou un geste potentiellement douloureux, ce format de question courte paraissait adapté au moment, et les patientes n'hésitaient pas à exprimer leur inconfort ou leur douleur. Ce format paraissait d'autant plus adapté que la sage-femme interrogeait très régulièrement la patiente au

sujet de sa douleur durant le geste potentiellement sensible. Si la patiente présentait une douleur, alors la sage-femme la questionnait par des questions ouvertes au sujet de la localisation et de l'intensité. Elle proposait aussi « *Vous voulez que je fasse une pause ?* ». Le geste était alors immédiatement reporté, le temps que la patiente soit soulagée. Ainsi, les ressentis somatiques pourraient être interrogés dans un premier temps par une question ouverte, puis si la question doit se répéter régulièrement dans un court laps de temps, une question fermée pourrait aussi être utilisée.

Au-delà du fait que l'analgésie dans un contexte d'IMG soit vue comme un élément fondamental de la prise en charge dans cette maternité, il est intéressant de noter que s'informer des sensations de la parturiente fournit des informations pertinentes au sujet de l'avancée du travail. En effet, à la différence d'un travail classique, la sage-femme n'agit pas en fonction du rythme cardiaque fœtal enregistré. Elle se base encore davantage sur la clinique (douleurs, sensations de poussées, de pesanteur ou d'écoulement). Le capteur de tocométrie, pour capter les contractions utérines, est en général utilisé au plus tôt à la prise de misoprostol et les touchers vaginaux sont réduits au strict nécessaire et à la demande de la patiente. Ainsi, instaurer un dialogue axé sur les ressentis enrichit la prise en charge médicale.

Le confort de la patiente était aussi au cœur de la PEC : « *Vous avez pu vous reposer ?* », « *Est-ce que vous avez besoin de quelque chose ?* », « *Est-ce que vous voulez changer de position ?* », « *Est-ce qu'on vous a donné une boisson chaude ?* », « *Comment ça va les nausées ? Vous voulez qu'on mette quelque chose ?* », « *On va vous accompagner dans une chambre plus confortable* ». Le confort se ressent aussi à travers la disponibilité de la sage-femme : « *N'hésitez surtout pas à m'appeler s'il y a quoi que ce soit* ».

Nous avons noté que « l'accompagnant » avait lui aussi besoin d'être accompagné. Ici, il s'agissait à chaque fois du père de l'enfant, et celui-ci était la plupart du temps en retrait. Durant nos observations, nous avons remarqué que les sages-femmes lui adressaient très peu la parole, et que lorsqu'elles le faisaient, elles le questionnaient majoritairement sur son confort : « *Est-ce que vous avez pu vous reposer et vous restaurer aujourd'hui ?* », « *Vous êtes allé manger ? Faire un tour ?* », « *Vous avez diné Monsieur ? Vous ne voulez pas y aller ou vous faire livrer à l'hôpital pour rester près d'elle ?* ». Seules deux des dix sages-femmes observées l'ont interrogé sur ses ressentis émotionnels : « *Et vous Monsieur comment vous allez ? Est-ce que vous avez des questions ?* », « *Ça va Monsieur ?* ». Une sage-femme nous a rapporté ultérieurement essayer de capter son regard lorsqu'elle posait une question au couple, mais sans

succès. Dans une situation particulière où le conjoint ne comprenait pas du tout le français, la sage-femme s'est assurée que la patiente traduisait bien toutes les informations à son mari (O₁). Puisque qu'aucun effort expulsif n'a été nécessaire pour les quatre expulsions observées, nous n'avons pas de données sur la façon dont la sage-femme pourrait guider le soutien du conjoint durant l'expulsion. Une sage-femme nous a indiqué qu'elle ne le faisait pas, car l'accompagnant « *doit déjà gérer ses propres émotions* ».

Enfin, il est intéressant de noter que bien qu'aucune femme ne soit primipare, il s'agissait de la première expérience de la maternité pour deux conjoints sur les six. Pour l'un d'eux, la sage-femme l'a informé que l'équipe médicale serait donc particulièrement présente s'il avait des besoins ou des questions (O₅ ; SF₁). En revanche, l'autre sage-femme n'a pas pris en compte ce paramètre dans sa communication, et l'homme est resté muet durant toute la prise en charge (O₆). Appréhender la paternité dans ce contexte particulièrement sensible qu'est l'IMG semble alors difficile, et ce cas de figure pourrait occasionner un accompagnement du conjoint particulièrement attentif.

Nous constatons que la prise en charge du couple dans sa globalité améliore le bien-être de la parturiente.

La réassurance dans les propos des sages-femmes était également très présente. Lorsque la femme exprimait une difficulté émotionnelle, toutes les sages-femmes sans exception étaient très empathiques : « *Vous êtes très importante pour nous, vous n'êtes pas toute seule, on a l'habitude* », « *On va faire en sorte que ce moment soit le plus doux possible, que vous en ayez un souvenir apaisé* », « *On va vous accompagner dans ce moment important de votre vie* », « *on va tout faire pour vous donner la meilleure PEC possible* ». Les sages-femmes rassuraient notamment les femmes sur la prise en charge après la salle de travail : « *La sortie c'est quand vous le sentez : en fin de journée possible, ou bien demain, après-demain...* », « *On est là pour vous, pour vous accompagner pour la suite* ». Seul le médecin a utilisé d'emblée « *Aller, ça va aller* », mal à l'aise face aux pleurs de la patiente.

De plus, lorsque la patiente a exprimé sa culpabilité de son refus de voir le corps, l'interne d'obstétrique a pu l'apaiser en avançant : « *Il ne faut pas culpabiliser, personne ici ne juge, c'est un choix à l'appréciation de chacun, vous n'aurez pas de regret, et c'est courant de ne pas vouloir* ».

Enfin, une sage-femme a rassuré la patiente en anticipant toute question autour de la douleur fœtale : « *Elle n'a pas souffert du travail. Il a fallu un peu forcer dans le bassin pour passer, mais ce n'était rien d'anormal* » (O₄ ; SF₂).

Plusieurs éléments paraverbaux participent également au confort de la patiente. Entre autres, nous avons pu observer le respect de l'intimité de la patiente, la proximité physique de la sage-femme, le ton de sa voix, la douceur de ses gestes, et le choix de la luminosité.

Nous avons remarqué que toutes les sages-femmes étaient attentives à disposer un drap recouvrant le périnée, particulièrement lors du temps de l'expulsion, et à tirer le rideau à l'entrée de la chambre lors des examens.

La proximité physique de la sage-femme est aussi un élément participant à ce qu'elle souhaite communiquer au couple. Nous avons observé que cela dépendait grandement de la sage-femme et de la situation émotionnelle du couple. Lors de pleurs, les sages-femmes avaient tendance à toucher l'épaule, le bras ou la jambe. Lors des explications, elles étaient soit assises sur le tabouret de la salle de travail à proximité du lit, soit debout, face au couple, en fonction de la longueur des explications. Lors du toucher vaginal (TV) ou de la réalisation d'un sondage urinaire évacuateur (SUE), elles s'asseyaient sur le lit, « *par praticité, pour prendre le temps et pour être d'égal à égal* » d'après une sage-femme (O₃ ; SF₁). Enfin, nous remarquons qu'à l'accueil les sages-femmes se tenaient en général à distance du lit de la patiente, puis au fil des heures se rapprochaient, « *de manière complètement inconsciente, mais sûrement pour être davantage chaleureuses* » (O₃ ; SF₁).

Le ton et le volume de la voix dépendaient eux aussi des sages-femmes. Certaines s'exprimaient calmement, mais avec un volume normal. D'autres choisissaient une voix plus douce, un volume réduit et un débit de parole plus doux, dès l'accueil. Cependant, nous avons observé que lors de l'expulsion, et ce pour toutes les sages-femmes, la voix se rapprochait du chuchotement. Durant le geste d'arrêt de vie fœtale (GAF), le médecin a proposé une musique relaxante afin de participer au confort de la patiente.

Les gestes ont toujours été normaux tout au long de la prise en charge, ni brusques ni particulièrement doux, excepté au moment de la présentation du fœtus où nous avons observé beaucoup de délicatesse dans la manipulation du corps et des éventuelles affaires préparées pour lui.

Enfin, la luminosité de la salle de travail dépendait du moment de la journée et de la présence ou non d'une fenêtre. En effet, seule la moitié des salles de naissance disposait d'une fenêtre, et donc de lumière naturelle. Généralement, lorsqu'il y avait une fenêtre et qu'il faisait jour, les sages-femmes préféraient la douceur de la lumière naturelle. Lorsque la nuit tombait ou que la pièce était aveugle, les sages-femmes choisissaient une lumière tamisée, à l'aide du scialytique pointé sur le mur avec une luminosité abaissée. Plusieurs d'entre-elles proposaient régulièrement d'adapter cette luminosité selon le souhait du couple, ou montraient la curseur

au conjoint pour qu'ils puissent adapter eux-mêmes. Les fenêtres étaient cependant fermées, pour isoler de l'agitation de la rue.

Nous notons que le son de l'appareil d'échographie a toujours été désactivé, notamment lors du GAF. Cependant, nous nous sommes étonnés que l'écran ait toujours été visible au moins par le conjoint, si ce n'est par la patiente également, que ce soit lors du GAF ou lors de l'échographie de vacuité utérine. En effet, durant les consultations préalables aux interruptions volontaires de grossesse (IVG), une attention particulière est portée à ce que la patiente ne voit pas l'écran ni les images imprimées. Nous nous sommes alors questionnés : est-ce ici un choix volontaire ? Cela fait-il partie du processus de deuil ? Serait-ce dû à une supposée différence d'investissement de la grossesse ? A une différence de terme ? Une des IMG observée par voie basse ayant pourtant lieu en deçà du terme légal de l'IVG.

La moitié des sages-femmes observées ont estimé qu'une prise en charge psychologique étant proposée lors de l'hospitalisation, il était alors trop tôt pour l'évoquer en salle de travail. L'autre partie l'a proposée d'emblée, suite à des pleurs ou à des questionnements, ou bien spontanément avant le départ du service : « *C'était une journée intense en émotions, n'hésitez pas à recontacter la psychologue* » (O₄ ; SF₂).

III. S'adapter pour « mieux communiquer »

Etablir un dialogue soignant-soigné adapté, permet de construire une alliance thérapeutique de qualité. Ce contexte particulier de l'interruption médicale de grossesse met encore davantage en lumière l'importance de la communication entre les patients et les professionnels de santé. La sage-femme doit accompagner la femme (ou le couple) en restant vigilante au fait que les mots prononcés durant le parcours de soin resteront gravés dans la mémoire des parents, et en particulier ceux prononcés en salle de travail. Chaque femme/couple ayant sa propre histoire et son propre vécu de l'évènement, la sage-femme doit s'efforcer de s'adapter afin de donner au couple la meilleure prise en charge qui soit pour eux.

1/ Le double langage utilisé par les professionnels de santé

Lors de ces six observations, nous nous sommes rendu compte de la différence frappante entre le langage employé par les professionnels de santé entre eux, et celui utilisé par l'équipe médicale à destination des patients. En effet, les soignants utilisent parfois des mots très crus lors des transmissions, pouvant heurter la sensibilité. A l'inverse, le langage avec les patients

peut s'avérer très voire trop aseptisé, altérant ainsi leur compréhension de la prise en charge. Nous avons observé que le geste d'arrêt de vie fœtale (GAF) était quasiment systématiquement qualifié de « *fœticide* » dans le poste de soin, alors que « *le geste* » était prononcé en présence des patients. Lors d'une situation singulière que nous réévoquerons ultérieurement, une soignante se demandait « *pourquoi on ne tue pas l'enfant* » et une seconde lui répondait qu'elle avait compris « *qu'il [allait] mourir tout seul* ». Pourtant, auprès de la femme, le GAF a été qualifié de « *piqûre* » sans plus d'explications (O₁). Une observation a particulièrement retenu notre attention, car elle exposait clairement que le langage aseptisé utilisé n'était pas assez explicite. En effet, une fois que le champ opératoire avait été installé entre l'équipe et le couple et que l'obstétricien était en train d'effectuer le repérage échographique, une patiente a interrogé l'infirmière se tenant à ses côtés : « *Mais le geste...le geste de quoi ?* ».

L'arrêt de l'activité cardiaque secondaire au GAF n'a pas été évoqué explicitement ou l'a été de façon trop floue durant les situations observées. L'obstétricien terminait l'intervention en déclarant que « *le geste [s'était] déroulé sans difficulté* » ou en affirmant que « *ça s'est passé comme on le souhaitait* ».

2/ Des choix difficiles en matière de communication

Il nous est apparu, lors de nos observations, que les sages-femmes faisaient des choix différents en matière de communication, notamment au moment où elles effectuaient un toucher vaginal (TV) ou lorsqu'elles accompagnaient l'expulsion et la délivrance.

Certaines choisissaient, durant l'examen du col et de la présentation fœtale, de décrire précisément la partie du corps du fœtus qui se présentait : « *je pense que je n'ai pas la tête en bas, je sens plutôt des pieds ou les fesses* » (O₄ ; SF₁), « *la tête appuie bien* » (O₄ ; SF₂). D'autres préféraient évoquer les caractéristiques cliniques du col utérin et ses modifications, sans jamais communiquer autour du mobile fœtal (O₅ ; SF₁). Enfin, les restantes optaient pour une description globale de l'avancement du travail, en expliquant que « *c'est pareil* », ou bien que « *ça s'est vraiment amélioré* », que le fœtus « *n'est pas loin* » et que la patiente va « *accoucher très bientôt* ».

Le temps de l'expulsion est aussi une étape qui a paru difficile à évoquer pour les sages-femmes. En effet, nous avons noté que régulièrement le locuteur ne terminait pas ses phrases par manque de mot ou qu'il y avait un malaise à évoquer l'expulsion : « *le col va lâcher d'un coup et...* » (O₃ ; SF₁), « *si nous on arrive et que... c'est le moment... et bah voilà* » (O₃ ; SF₂).

L'expulsion a été souvent un moment silencieux entrecoupé d'élocutions calmes de la sage-femme. Celle-ci a souvent décrit ce qu'elle voyait : « *Ah c'est le bébé, la tête est sortie Madame*

», « *Oui c'est le bébé, c'est allé vite* », « *Il est quasiment là* », « *Vous avez accouché* », « *Je vois le placenta qui arrive* ». Elle a parfois décrit ses gestes : « *Je l'aide au fur et à mesure des contractions à avancer un petit peu* ». Des explications ont aussi pu être apportées à la patiente lorsque l'expulsion était progressive : « *Chaque contraction permet à bébé d'avancer* », « *Si vous êtes d'accord, on va se mettre dans les étriers pour ouvrir et permettre la descente* ». Enfin, lorsque le corps était quasiment sorti dans son intégralité, la sage-femme a pu déclarer « *c'est bientôt fini* », puis « *c'est fini* » (O₄ ; SF₂). Une autre sage-femme nous a fait part de sa réflexion quant au choix des termes utilisés à l'expulsion. Elle expliquait préférer « *il est presque là* » à « *il est là* » afin que la patiente n'ait pas l'impression d'avoir expulsé seule, mais plutôt qu'elle était entourée lors de ce moment crucial (O₆).

Nous avons également observé que « ce qui n'est pas dit » est tout aussi important que « ce qui est dit ». Cela se ressent à travers les éléments qui ne sont pas évoqués et par la place des temps de silence volontaires.

Par exemple, l'arrêt de l'activité cardiaque induit par le GAF ou pas les contractions utérines est très rarement évoqué. Lorsqu'il n'y a pas de GAF car le terme est inférieur à 21 SA, le fait de ne rien dire serait lié au malaise de ne pas avoir de certitude quant à l'état du fœtus à l'expulsion : mort, ou bien vivant et non viable puis décédé. Une sage-femme nous confie que dans ces cas-là, au moment de donner les comprimés de misoprostol et après avoir vu la patiente plusieurs fois, elle évoque que « *le bébé va partir tranquillement sous l'effet des contractions de l'utérus* ». Lorsque le terme est supérieur à 21 SA révolues et qu'un GAF est pratiqué, elle indique que l'arrêt de l'activité cardiaque est considéré comme implicite en salle de naissance, puisque normalement expliqué en même temps que le GAF lors du suivi au sein du service de médecine fœtale (O₅ ; SF₁).

Laisser volontairement un temps de silence n'est pas un exercice facile auquel tout professionnel est habitué. Pourtant, parfois, un silence peut être lourd de sens et plus adapté qu'une parole. La sage-femme référente du DAN, plus habituée, a pu laisser la place à de longs silences après avoir évoqué avec la patiente ses difficultés émotionnelles. Les regards et une main sur l'épaule ont alors été suffisants pour transmettre son soutien. A l'inverse, la néo-diplômée qui l'accompagnait nous a indiqué ne pas être à l'aise durant les silences, et avoir plutôt tendance à les combler avec des mots (O₆). Une autre jeune diplômée a expliqué ne pas être à l'aise lors de l'attente de l'interne suite à l'expulsion, afin que ce dernier réalise l'échographie de vacuité utérine. Elle a décrit « *n'avoir eu rien à dire* », puis avoir fait le choix du silence qui s'est avéré adapté selon elle (O₂ ; SF₂).

Pour finir, les dernières paroles que doit prononcer la sage-femme lors du départ de la patiente pour le service d'hospitalisation ne sont pas évidentes à trouver. Nous avons nous même ressenti qu'il s'agissait d'une des étapes de la prise en charge où il était le plus difficile de trouver les mots. Une sage-femme nous a relaté qu'elle ne savait pas quoi répondre lorsque les patients la remerciaient, et qu'elle ne pouvait pas prononcer son « *traditionnel félicitations messieurs-dames* ». Une autre a terminé par « *Plein de courage, prenez soin de vous et n'hésitez pas à nous solliciter* » (O₁). Une dernière a prononcé en quittant la pièce « *Bon courage à vous, j'espère que ça va continuer sans douleur et que vous retrouverez vite votre grand* » lors du relais avec sa collègue de nuit (O₃ ; SF₁).

3/ Le degré d'adaptation au couple de la prise en charge

Comme nous l'avons vu précédemment, une communication appropriée demande des efforts d'adaptation de la part du professionnel de santé. Nous avons alors été sensibles, lors de notre étude, à la manière dont les sages-femmes ont personnalisé leur prise en charge en fonction du couple vivant l'IMG.

Dans un premier temps, les sages femmes se sont, à l'exception de l'une d'entre elles, renseignées au sujet du projet du couple concernant la poursuite des investigations de la pathologie fœtale justifiant l'IMG. Cette information était la plupart du temps déjà inscrite dans le compte-rendu de la consultation préalable à l'IMG, car le couple avait déjà fait son choix et signé le formulaire correspondant. Les sages-femmes ont jugé nécessaire de demander confirmation au couple, dans le cas où leur choix aurait évolué depuis la dernière consultation : « *Souhaitiez-vous davantage d'analyses ?* », « *Vous ne vouliez pas d'autopsie c'est ça ?* ». Une seule sage-femme a décidé de se fier au dossier médical dans lequel était notifié à deux reprises le refus du couple de réaliser une autopsie.

Dans un second temps, les sages-femmes se sont intéressées au projet concernant la prise en charge du corps du fœtus. Dans la moitié des cas, elles ont choisi de ne pas la réévoquer avec le couple, tandis que l'autre partie a demandé confirmation au couple : « *Vous souhaitez le prendre en charge ?* » (O₂ ; SF₁), « *On s'occupe de tout c'est bien ça ?* » (O₃ ; SF₂). Une sage-femme nous a fait part de son hésitation à redemander, car elle n'était pas certaine que sa collègue de jour l'ait fait. Elle a finalement décidé de ne pas reposer la question et de suivre les directives du DAN. Nous pourrions alors convenir, par précaution, de la nécessité qu'au moins une sage-femme demande confirmation, le jour de l'intervention, du projet de prise en charge du corps. Cette question pourrait être posée en rebondissant sur les éléments du dossier, comme l'exemple ci-dessus.

Le projet du couple vis-à-vis de la déclaration à l'état civil du fœtus n'a été abordé par aucune sage-femme en salle de travail. Il a été considéré que l'information avait été faite par les sages-femmes du DAN, et que cela serait repris lors du séjour dans le service d'hospitalisation. De plus, la déclaration à l'état civil ne connaît pas de délai maximum à respecter (à la différence de l'autopsie et de la prise en charge du corps).

Les sages-femmes ont, pour seulement deux d'entre elles sur dix, questionné le couple au sujet de leur préférence vis-à-vis de la qualification du fœtus et de l'expulsion. En effet, la première sage-femme a demandé spontanément si le couple souhaitait « *qu'on utilise son prénom* » et si le terme accouchement leur convenait (O₆). La seconde sage-femme était une néo-diplômée qui prenait en charge une IMG pour la première fois. Un homme sage-femme plus expérimenté l'a aidée dans le choix des questions à poser à l'accueil du couple, et lui a, par exemple, conseillé de s'informer des souhaits du couple au sujet de la manière de nommer le fœtus et l'expulsion - nous y reviendrons – et de la manière dont ils souhaitaient vivre l'expulsion. Elle a alors demandé au couple : « *Pour l'accouchement, comment est-ce que vous envisagez les choses ? Il y a deux possibilités : soit comme un accouchement où on s'installe et on pousse, soit on laisse les contractions faire leur travail et on accueille juste bébé* » (O₂ ; SF₂).

Bien que le souhait des parents de voir ou non le corps soit généralement notifié dans le compte-rendu de la consultation pré-IMG, il est courant que les parents n'aient pas encore fait leur choix à ce moment-là, ou qu'ils aient changé d'avis depuis. Les sages-femmes doivent alors les interroger à ce sujet. Nous avons remarqué qu'elles le font soit sous forme de question directe (« *Est-ce que vous savez si vous voulez voir le corps ?* »), soit par une question indirecte via une information afin que le couple se sente libre d'en parler au moment qu'ils souhaitent (« *J'ai repris votre dossier et lu notamment que vous réfléchissez à si vous voulez voir votre bébé...* », « *Vous vous sentez libre de nous dire si vous voulez la voir, que je vous dise comment elle est* »). Nous avons aussi noté que le sujet était en général abordé après la pose de la péridurale, lorsque la sage-femme revenait en chambre s'assurer de l'analgésie de sa patiente et discuter du GAF et/ou du déclenchement artificiel du travail. Ainsi, le sujet était systématiquement abordé par la sage-femme qui avait accueilli le couple, soit par la sage-femme de garde durant la journée, et plus rarement par celle de nuit prenant le relais. Cette dernière s'appuyait alors sur les informations transmises par sa collègue : « *On m'a dit que vous vouliez le voir, est-ce que c'est bien dans un linge ?* » (O₂ ; SF₂). Si le refus avait déjà été notifié à la sage-femme du DAN et à la sage-femme présente la journée, la sage-femme de nuit ne réévoquait pas la présentation du corps.

Les sages-femmes ont toutes insisté sur la liberté des parents à vivre ce moment exactement comme ils le souhaitaient. En effet, le moment de la rencontre était libre : une sage-femme prévenait « *Vous n'avez pas de réponse à donner tout de suite* » (O₆), une autre avançait « *Sachez que bébé pourra être revu à la chambre mortuaire par la suite, certains en ont besoin, d'autres non* » (O₅ ; SF₂) et une dernière demandait « *Est-ce que vous voulez un petit moment ou est-ce que vous voulez que je vous l'amène ?* » (O₄ ; SF₂). Elles ont aussi insisté sur le fait qu'ils pouvaient changer d'avis l'un et l'autre à tout moment, et se sont penchées sur le choix du couple de laisser ou non avec le corps un souvenir personnel (vêtement/doudou). Enfin, bien que la majorité des sages-femmes aient mis en avant que chaque membre du couple pouvait avoir son propre souhait, certaines n'ont proposé cette éventuelle rencontre qu'aux deux parents réunis. Il semble pourtant important de soutenir la temporalité de chacun, qui sera bien souvent différente au sein du couple dans les situations de deuil périnatal.

Les empreintes et photographies du fœtus ont été d'emblée effectuées par les soignants, sans demander leur avis aux parents. L'équipe nous a expliqué que cela est fait systématiquement, car leur rôle est d'anticiper au maximum de futurs souhaits des parents - comme le souvenir, souhait auquel le couple ne va pas forcément penser durant ce moment de vie intense. Lorsqu'elles étaient réalisées, les parents étaient informés qu'ils étaient libres de les récupérer : « *Surtout vous vous sentez libre de nous dire si vous voulez les récupérer* », « *J'ai préparé l'enveloppe, est-ce que vous la voulez maintenant ? Je la laisse dans votre dossier sinon* » (O₄ ; SF₂). Enfin, nous notons la grande attention de l'équipe à ce que les photos mettent en valeur le corps, en l'humanisant et en préservant sa dignité. Leur souhait était de le montrer « *apaisé* ». Cependant, les sages-femmes déploraient une impression de mauvaise qualité en noir et blanc, qui rendait « *effrayant* » le corps selon leurs termes. Seules les empreintes des pieds ont été réalisées, celles des mains, expliquées comme trop compliquées, lorsque le fœtus est d'un petit terme et que ses mains se referment. Une sage-femme nous expliquait préférer « *ne pas en réaliser plutôt que d'en réaliser ressemblant à des empreintes d'animaux* ».

Les sages-femmes ont aussi montré d'autres façons de s'adapter aux patients : en proposant sa présence ou non durant le GAF, en demandant si le couple souhaitait connaître durant l'expulsion ses gestes et ce qu'elle voyait (O₃ ; SF₁), ou en respectant leurs souhaits personnels de ne pas réaliser d'efforts expulsifs par exemple (O₄ ; SF₂).

Cependant, d'autres pratiques auraient pu davantage inclure le souhait du couple. En effet, suite à un changement de prise en charge de dernière minute que nous développerons plus tard, une exception au protocole aurait pu être envisagée afin de mieux correspondre à la représentation

et au souhait de la patiente. Un GAF aurait pu être pratiqué, bien que la patiente n'atteignît pas, à un jour près, le terme décidé (O₆). Une autre sage-femme a, elle, choisi de décrire d'emblée les caractéristiques du corps, considérant que cela était nécessaire avant la rencontre, au vu de son aspect impressionnant. Les patients ont été assez surpris. Il aurait pu être possible de s'informer en amont de ce sur quoi ils auraient souhaité des informations, ainsi que de les prévenir du possible caractère bouleversant de la description (O₄ ; SF₂).

Pour terminer, nous avons demandé à une sage-femme sur quels éléments elle se basait pour choisir puis ajuster son vocabulaire lors des IMG (O₁). Elle a répondu « *trouver en général peu d'informations dans le dossier* ». Dans le cas où elle tient le rôle de la sage-femme qui accueille la patiente en début de matinée, elle « *agit pareil avec tout le monde, leur demande à l'accueil comment ils se sentent, et en fonction du non-verbal des patients (plutôt souriant, fermés, ou en pleurs) et du premier contact qu'elle a avec eux, elle adapte sa communication* ». Si elle prend en charge le couple à partir du début de soirée, elle « *demande à [sa] collègue l'état émotionnel du couple - comment ça se passe, si la patiente est triste et comment elle vit les choses - et [s'adapte] en fonction* ». Elle décrit ainsi une prise en charge plus personnalisée d'emblée, grâce à l'expérience acquise par sa collègue de jour.

4/ La réflexion autour du choix des qualificatifs

La manière de nommer certains éléments propres à l'IMG a ensuite été étudiée avec précision.

Les lieux n'ont jamais été évoqués par la sage-femme observée, a priori par manque d'occasion, puisque la salle de travail avait déjà été présentée lors de la consultation préalable à l'IMG et lors de l'arrivée aux urgences par le personnel ayant ensuite guidé et installé la patiente dans la salle. Les termes « salle de naissance » seraient les plus fréquemment utilisés, bien que nous ayons parfois entendu « salle d'accouchement » et « bloc obstétrical » par certains professionnels. Une sage-femme a tout de même précisé au couple que « *l'accouchement [serait] ici* » afin qu'ils puissent se projeter (O₄ ; SF₁). Une autre sage-femme nous fait part de sa réflexion : dire « salle de naissance » prépare ainsi le couple à probablement entendre les pleurs des nouveau-nés des salles avoisinantes.

Nous n'avons pas obtenu de données sur la qualification de l'injection intracordone d'une drogue anesthésiante précédant le geste d'arrêt de vie fœtale, car cette injection n'a jamais été évoquée, même lors des explications préalables au GAF. Une sage-femme, prenant en charge une patiente non éligible au GAF, a expliqué utiliser « anesthésie » lorsqu'elle était amenée à

accompagner une femme dont le terme de grossesse était supérieur à 21 SA révolues (O₃ ; SF₁). Il s'agit d'ailleurs du terme choisi par l'obstétricien dans ses transmissions écrites.

Le geste d'arrêt de vie fœtal a toujours été qualifié de « *fœticide* » au sein de l'équipe médicale et de « *geste* » avec les patients. Il est important de noter que le déroulement et la finalité du geste - l'arrêt de l'activité cardiaque – n'ont, pas non plus, été réexpliqués le jour de l'intervention, ce qui rend « *le geste* » d'autant plus flou. Un interne d'obstétrique a cependant ajouté avant de commencer qu'il s'agissait du « *geste pour que le cœur s'arrête* », puis il a opté pour « *le geste* » par la suite (O₂). Cette conduite d'évitement de la part des professionnels de la salle de travail pourrait nous faire penser qu'il est particulièrement difficile d'évoquer le geste d'arrêt de vie fœtale. Nous remarquons que mêmes des professionnels ayant de l'expérience avec la prise en charge des couples vivant une IMG ont utilisé les mots « *le geste* » (O₄ ; SF₁) et « *la piqûre* » (O₆ ; SF DAN). Sur le tableau d'affichage de la salle de travail était inscrit « *GAF* » ou « *fœticide* » et dans le dossier obstétrical de la patiente « *GAF en intracordonal* ».

Comme nous l'avons développé précédemment, l'arrêt de l'activité cardiaque induit par le GAF ou pas les contractions utérines est très rarement évoqué, il est donc difficile de statuer sur les qualificatifs à son sujet. Il a une fois pu être qualifié de « *mort* », mais la singularité de la situation explique ce choix (O₆). Parfois, cet état d'absence d'activité cardiaque est suggéré plus ou moins explicitement : « *Le geste s'est déroulé sans difficulté* » (O₂ ; obstétricien), « *le bébé va partir tranquillement* » (O₅ ; SF₁) « *qu'il s'endorme* » ou « *son cœur s'arrête dans votre ventre* » (O₆ ; interne d'obstétrique). La majorité du temps, il n'est évoqué par aucun des professionnels.

Nous nous sommes ensuite intéressés conjointement à la qualification du fœtus et de l'expulsion, et nous sommes alors rendu compte qu'il y avait autant de manières de faire que de sages-femmes. Nous détaillerons ainsi chaque situation une à une.

Lors de la première observation, l'expulsion a eu lieu tellement rapidement que la sage-femme n'avait pas encore pu prendre le temps d'informer le couple à ce sujet, et donc n'a pas eu à la qualifier. La sage-femme a cependant demandé au couple s'ils connaissaient le sexe, élément qui pourrait la guider afin de nommer le fœtus. « *Bébé* » a finalement été choisi (O₁).

A l'inverse, la deuxième prise en charge a duré bien plus longtemps, et la sage-femme a ainsi pu, conseillée par un collègue plus expérimenté, prendre le temps de poser des questions au couple dès son arrivée : « *Quel mot voulez-vous que j'emploie ? accouchement, naissance, expulsion ?* », « *Est-ce qu'on va parler d'enfant, de fœtus, de bébé ?* », « *Est-ce que vous*

connaissez le sexe ? Voulez-vous donner un prénom ? ». Elle s'est ensuite justifiée en expliquant que « *comme on ne se connaît pas, c'est pour que l'on vous accompagne au mieux* ». Ces questions très intéressantes lui ont permis, lors de la suite du travail, d'utiliser les termes choisis par les parents : « *accouchement* », « *bébé* », « *enfant* ». Enfin, il est encore plus intéressant d'apprendre que ce ne sont pas les termes convenus qui ont été utilisés au moment de l'expulsion. La sage-femme a, avec une grande spontanéité, prononcé : « *votre fille est née* » (O₂ ; SF₂). Elle a ainsi, très simplement, injecté une touche de vie dans ce moment suspendu. Cela nous rappelle effectivement qu'il n'est pas anodin que ce soit la sage-femme, symbole de la vie, qui accompagne ces situations de deuil périnatal

Lors de la troisième observation, la sage-femme a demandé à prendre connaissance de notre grille en début de journée. Elle a ainsi, d'elle-même, exposé sa réflexion autour des termes proposés dans la grille. Elle trouvait que « *naissance* » se rapprochait trop de la vie, que « *bébé* » compliquait le deuil, et que « *accouchement* » et « *fœtus* » étaient les termes les plus adaptés de manière générale, et en particulier avec ce troisième couple qui avait peu investi la grossesse. Elle expliquait utiliser généralement « *il* », désignant aussi bien le fœtus que le genre masculin, ou bien « *elle* » s'il s'agissait d'une fille. Il lui arrivait également de choisir le pronom « *le* », comme elle l'a fait après la pose de péridurale : « *Est-ce que vous voudrez le voir ?* » (O₃ ; SF₁). Il peut être pertinent de noter qu'à l'expulsion, le fœtus a été qualifié « de sexe indéterminé », ce qui exclut toute appellation telle que « *fil* », « *fil* », ou « *elle* ». Enfin, qualifier le fœtus dans cette situation paraissait d'autant plus complexe que la patiente a, elle, utilisé « *ce qui va sortir* ».

Durant la quatrième prise en charge, la sage-femme a utilisé d'emblée « *bébé* », « *fil* » et « *accouchement* ». Mais cette observation reste très riche car elle nous a apporté de nouvelles réflexions développées par la sage-femme au cours d'une discussion. Elle nous expliquait qu'elle ne souhaitait pas utiliser « *fœtus* » qui serait un terme « *trop dur et trop médical* ». « *Enfant* » ne conviendrait pas non plus car il s'agirait d'une trop grande projection dans le temps « *pour quelqu'un qui ne grandira jamais* ». Elle confiait également passer, durant le travail, de « *bébé* » à « *fil* », afin de rendre progressivement les événements plus concrets pour le couple. Elle reconnaissait que bien que cette nuance volontaire soit fine, elle espérait que cela aide inconsciemment les patients dans leur cheminement (O₄ ; SF₂).

Dans la prise en charge suivante, il a semblé étonnant qu'une sage-femme utilise « *ça peut sortir tout seul* » et « *n'hésitez pas à m'appeler, je regarde, si c'est ça tant mieux sinon tant pis* ». Le choix du terme relativement déshumanisé « *ça* » pourrait être corrélé au fait qu'il s'agissait d'une grossesse interrompue à un terme très petit, 15 SA et 3 jours (O₅ ; SF₂).

Pour finir, lors de la dernière observation, la sage-femme a commencé par reprendre le terme « bébé » utilisé spontanément par la femme. Elle a ensuite été plus loin en demandant au couple : « *Est-ce que vous voulez qu'on utilise son prénom ?* » (O₆).

Tous ces résultats nous ont permis de découvrir la grande variété des termes pouvant être utilisés, ce qui permet de choisir le vocabulaire le plus adapté à la situation. Il s'agit alors pour le professionnel d'avoir conscience de tous ces termes, et de pouvoir prendre le temps d'une réflexion afin d'élaborer un dialogue personnalisé avec le couple.

Nous nous sommes également penchés sur les termes utilisés sur les bracelets du fœtus et ceux sur les formulaires de consentement à la prise en charge du corps.

Une sage-femme expliquait annoter les bracelets avec le prénom, le nom de famille et « le » suivi de la date, en omettant volontairement le « né le » et l'heure de l'expulsion. Elle trouvait qu'ajouter l'heure serait « macabre » car cela « *ressemblerait davantage à une heure de décès que de naissance* » (O₁). A l'inverse, une seconde sage-femme expliquait l'importance pour elle d'inscrire « né le » suivi de la date et de l'heure précise à la minute près, comme une naissance classique. Elle ajoutait faire un deuxième bracelet différent du premier, sur lequel est écrit « *né sans vie* », qu'elle laisse avec le corps. Enfin, nous avons soulevé qu'elle a, dans un premier temps, écrit « *filles* » suivi du nom de famille sans demander au couple s'ils choisiraient de donner un prénom, et si oui lequel. Lorsque le couple a demandé si le prénom choisi serait bien inscrit sur les bracelets, elle est retournée en refaire de nouveaux (O₄ ; SF₂). Le document de consentement pour la prise en charge du corps indique les deux choix entre lesquels le couple doit se décider : « *souhaitons faire procéder nous-même aux obsèques de notre enfant, décédé avant la naissance, né le...* » et « *souhaitons confier le corps de notre enfant pour la crémation à l'hôpital* ». Nous remarquons ici que les termes « *enfant* », « *décédé* » et « *né* » sont utilisés, quel que soit le terme de la grossesse (le corps doit cependant être formé et sexué afin qu'un acte d'enfant sans vie soit établi et donc des obsèques organisées).

Pour terminer cette partie axée sur la linguistique, nous nous sommes penchés sur la façon dont les sages-femmes ont pu évoquer la parentalité du couple. Le terme « *parents* » n'a jamais été utilisé. Il n'a pas non plus été demandé au couple comment ils souhaitaient être qualifiés, ni été proposé l'utilisation de termes tels que « *paranges* » (parents d'un ange), « *mamange* » (mère d'un ange) ou « *papange* » (père d'un ange).

Le fait que, lors de toutes les prises en charge, la patiente, voire le couple, étaient déjà parents, pourrait expliquer qu'aucune sage-femme n'ait abordé le sujet de la parentalité. Notre corpus

aurait ainsi pu être enrichi par la prise en charge d'un couple dont cela aurait été la première grossesse. Cependant, nous avons noté que lors des deux situations où les précédentes grossesses de la patiente étaient issues d'un ancien conjoint, le nouvel état familial (père) du conjoint actuel n'avait pas été abordé par l'équipe médicale.

L'absence de la notion de parentalité lors de nos observations pourrait être liée : au manque d'investissement de la grossesse (O₃), au fait que la majorité des protagonistes n'aient pas changé de statut (déjà parents) ou à l'absence d'occasions propices comme la présentation du corps (O₃ ; O₆). Une sage-femme a expliqué que, d'après elle, la notion de parents serait implicite et émanerait plutôt de leur comportement ensemble. Elle cite notamment le moment où la patiente a prononcé à l'attention du fœtus : « *Papa et Maman t'aiment très fort* » (O₄ ; SF₂). Une autre sage-femme l'a évoqué subtilement en détaillant les effets secondaires du misoprostol : « *Ça arrive pour certaines mamans* ». Enfin, en demandant « *Qui garde votre aîné ?* », cette sage-femme a conforté le couple dans sa parentalité, tout en incluant le fœtus dans la filiation (O₅ ; SF₁).

5/ L'intérêt de bien préparer la rencontre

Comme nous l'avons développé précédemment, le temps de la présentation du corps est un moment clé de la prise en charge. Cette rencontre restera gravée pour toujours dans la mémoire des patients. Il s'agira, pour une partie d'entre eux, de l'unique instant où ils verront le corps de leur enfant. Cet enfant qu'ils ont désiré, mais à qui, après un long parcours médical, ils choisissent de dire au revoir. Il convient alors, pour les professionnels les accompagnant, de soigner leur communication verbale comme paraverbale, afin de laisser aux parents un souvenir apaisé de cette rencontre.

Nous avons vu l'importance de laisser le libre choix aux parents en ce qui concerne cette rencontre. Il est alors temps d'étudier, plus concrètement, la rencontre qui a été proposée aux quatre couples de notre étude ayant choisi de voir le corps.

A chaque fois, après l'échographie pour vérifier la vacuité de l'utérus, les patientes ont été réinstallées au propre, et les soignants ont quitté la pièce afin de permettre au couple de se retrouver après cet épisode intense de l'expulsion.

Lors de la quatrième observation, une petite trentaine de minutes plus tard, la sage-femme est revenue dans le but notamment d'évoquer la future présentation du fœtus au couple. Afin d'évaluer la situation émotionnelle du couple, elle leur a demandé : « *Comment vous vous sentez ?* ». Cela lui a permis de comprendre où ils en étaient vis-à-vis de la rencontre, et ainsi

de s'adapter à leur temporalité. Elle a alors décrit au couple l'aspect du corps, en développant ses anomalies morphologiques, ainsi que son aspect cutané :

Je me suis occupée de votre fille. Je vais vous la présenter tout à l'heure, mais d'abord je dois vous dire qu'elle a une taille et un poids qui sont classiques pour son terme, que sa peau a un aspect bleuté, dû au travail, que les os du crâne ne sont pas encore ossifiés et donc cela fait une tête molle ce qui peut être étonnant quand on le touche, et que la mâchoire est un peu abîmée dû au travail. Elle a été modelée avec les contractions.

Elle enchaîne directement qu'elle « *n'a pas souffert du travail, qu'il a fallu un peu forcer dans le bassin pour passer, mais ce n'était rien d'anormal* », puis ajoute qu'elle a vu « *comme des vésicules à différents endroits du corps, comme sur ses yeux, son bras ou sa jambe. On pense alors plutôt à une étiologie infectieuse, mais je ne peux rien confirmer* ». Nous avons noté qu'elle détaillait les faits et apportait des explications aux parents quant aux particularités physiques du corps.

Plus tard, en entrant dans la chambre avec le corps dans les bras, elle leur a précisé « *Je vous laisse vous-même la découvrir, enlever le drap si vous voulez...* », en laissant ainsi la place à d'autres souhaits. Elle tenait alors elle-même le corps, tendu vers les parents pour qu'ils puissent la prendre dans leurs bras s'ils le souhaitaient. La sage-femme était très attentive à tenir la mâchoire afin que la bouche reste fermée, et que la dignité du corps soit préservée. Ses gestes à l'attention du corps étaient très délicats, et lorsque le corps était dans les bras de la patiente, elle s'est reculée d'un pas comme pour respecter leur moment tous les trois. Un silence total régnait, soulignant l'importance de l'instant. En quittant la pièce, elle a terminé par : « *Si vous voulez ou ressentez le besoin de la revoir, on vous suit* » (O₄ ; SF₂).

D'autres façons de faire complémentaires ont aussi été observées, notamment lors de notre première observation. La sage-femme a demandé en entrouvrant la porte si les parents étaient d'accord pour qu'elle entre avec le corps, puis s'ils souhaitaient le prendre dans leur bras ou s'ils préféreraient qu'elle le garde dans les siens, et enfin s'ils voulaient qu'elle leur laisse un moment rien que tous les trois en se retirant (O₁).

Deux sages-femmes n'ont pas interrogé le couple sur leurs souhaits concernant les modalités de présentation puisque ces derniers les ont d'eux-mêmes exprimé avant toute question. Les sages-femmes ont alors respecté précisément ce qui avait été évoqué, sans approfondir davantage les détails de la rencontre (O₁ ; O₂).

Une dernière sage-femme précise, suite à l'expulsion et en tenant le corps dans ses bras : « *Je vais avec lui dans une pièce pour m'en occuper, et pour le voir Monsieur, il n'y a pas de façon*

de faire, on s'adapte à vos souhaits ». Cette salle, nommée « *salle des frigos* » est l'endroit où le corps a été préparé. Il a ensuite été emmené dans une salle de travail vide, et déposé sur la table de réanimation recouverte d'un drap blanc. La sage-femme a baissé la lumière, et installé un fauteuil confortable à proximité de la table pour que le père puisse s'y installer. Seuls le visage et les mains étaient découverts (O₅ ; SF₂).

Ainsi, ces observations nous renseignent sur les différentes précautions - verbales et paraverbales - que la sage-femme peut prendre afin d'adoucir le temps de la rencontre.

IV. Pluridisciplinarité au service de la temporalité

La temporalité des patients et celle de l'équipe médicale sont bien souvent différentes. Cela peut également être le cas au sein du couple. La sage-femme doit alors composer avec ces différences, afin de proposer une prise en charge harmonieuse.

Nous nous sommes intéressés aux différentes façons qu'ont eues les sages-femmes observées d'informer le couple au sujet de la prise en charge. La moitié d'entre elles a choisi de l'expliquer dans son intégralité lors de l'accueil, afin que les patients aient une vision d'ensemble du déroulement de leur prise en charge en salle de travail. Les étapes ont ensuite été reprises une à une tout au long de la journée/nuit au moment où elles avaient lieu.

A l'inverse, l'autre moitié des sages-femmes a décidé de développer étape par étape la prise en charge. Ainsi, à chaque étape, elles ont détaillé la ou les suivante(s). Par exemple, une sage-femme a expliqué à l'accueil la pose de la péridurale, le prélèvement de liquide amniotique et le geste d'arrêt de vie fœtale. Une fois le GAF terminé, tout le déclenchement a été détaillé. Au moment de réaliser la rupture des membranes, la sage-femme a évoqué l'expulsion et la présentation du corps (O₂ ; SF₁). Une autre sage-femme a, elle, décidé de fractionner encore davantage la délivrance des informations, en ne détaillant que l'étape imminente. Elle nous a expliqué ne détailler l'expulsion que lorsqu'elle « *sent que le col peut lâcher d'un moment à l'autre ou que la patiente ressent la sensation d'une poussée au niveau du périnée* » (O₄ ; SF₂). Cette façon de faire permettrait au couple de se laisser porter, et de ne pas recevoir trop d'informations à la fois.

Ensuite, nous avons noté la durée parfois très longue des prises en charge et le caractère imprévisible de la temporalité des événements. Pour deux femmes à un même terme de grossesse et avec une prise en charge similaire, l'expulsion peut avoir lieu à des horaires extrêmement différents. Lors de notre première observation, la sage-femme a rappelé au couple

« l'impossibilité de prédire le reste de la prise en charge du point de vue des horaires ». Puisqu'il s'agissait d'un petit terme, elle les a prévenus que, même si les choses avançaient lentement, elles risquaient soudain de s'accélérer. C'est effectivement ce qu'il s'est passé, puisque dix minutes après, l'expulsion a eu lieu, emportant en même temps les dilapans qui étaient encore en place (O₁). Lors de notre deuxième observation, l'obstétricien a accueilli les patients en disant : *« C'est long mais c'est normal. C'est aussi pour le processus de deuil ».* La durée de la prise en charge s'est finalement avérée très difficile pour le conjoint, qui trouvait en particulier le délai entre le GAF et l'expulsion trop long. Nous nous interrogeons aussi sur la qualité des informations qui lui avaient été transmises au sujet du caractère long et imprévisible de ce déclenchement (O₂). Lors de notre troisième observation, la sage-femme a, elle, prévenu le couple que *« s'il ne se passe rien pendant quatre à six heures c'est normal, puis tout peut s'accélérer d'un coup »* (O₃ ; SF₁). Lors de notre cinquième observation, la sage-femme s'est aussi informée à ce sujet : *« Ça va Madame, le temps ne passe pas trop lentement ? »* (O₅ ; SF₁).

Nous nous attendions initialement à ce que la temporalité hospitalière soit plus rapide que celle des patients, mais il s'est finalement avéré durant les six observations qu'il s'agissait de l'inverse. Les patients ont majoritairement exprimé trouver le temps long, et certains ont exprimé de l'incompréhension à ce que la péridurale ne soit pas posée plus tôt et le déclenchement commencé peu de temps après. Effectivement, les prises en charge n'étaient pas toutes aussi efficaces : par exemple pour une même heure d'arrivée des couples, les analgésies péridurales ont été posées dans un créneau compris entre 9^H20 et 13^H30. L'efficacité de la prise en charge dépend bien entendu de l'activité en salle de naissance, mais aussi de la qualité de la communication entre les professionnels accompagnant l'interruption médicale de grossesse : sage-femme, anesthésiste, IADE, obstétricien, interne d'obstétrique, etc. Nous avons observé une prise en charge parfois très retardée, du fait du grand nombre d'intervenants et de difficultés de communication entre eux. Ainsi, il pouvait s'écouler plusieurs heures entre l'accueil et la pose de l'analgésie péridurale, puis ce même délai avant que le geste d'arrêt de vie ou le déclenchement ne soit entrepris. L'importance d'une prise en charge multidisciplinaire coordonnée est alors mise en lumière, la sage-femme y tenant le rôle central. Ici encore, sa communication est primordiale afin de donner une continuité à la prise en charge.

Nous pourrions aussi expliquer ces longs délais par le caractère non urgent de la situation, qui joue en défaveur d'une prise en charge efficace. Cependant, il est envisageable que cela soit également bénéfique pour le processus de deuil, et la pleine réalisation de ce qui se joue ce jour-là.

La fréquence de la présence de la sage-femme dans la chambre fait aussi partie intégrante de sa communication paraverbale. Deux catégories très nettes ont pu être identifiées parmi les sages-femmes observées durant la journée, soit celles de garde de jour. La moitié d'entre elles a accueilli le couple à son arrivée dans le service vers 8^H30, puis a coordonné la venue des différents professionnels depuis le poste de soin. Elles n'ont à nouveau été présentes auprès des couples qu'à partir du moment où elles sont venues donner les comprimés de misoprostol, en début d'après-midi. Elles étaient absentes durant la pose de péridurale par l'anesthésiste, ne sont pas repassées pour évaluer l'efficacité de l'analgésie avec l'IADE, n'étaient pas présentes ni durant le GAF par l'obstétricien ni durant la pose des dilapans par l'interne. Par la suite, elles sont venues en chambre toutes les trois à quatre heures au moment de donner d'autres comprimés, de faire un sondage urinaire ou bien de retirer les dilapans. Nous notons ainsi une présence uniquement lorsqu'il y avait une indication médicale les concernant.

L'autre moitié des sages-femmes est venue régulièrement : à l'accueil, avant voire pendant la pose d'APD, le GAF et la pose des dilapans, puis à l'occasion de surveillances ou examens qu'elles réalisaient. Si ces indications étaient espacées de plus de deux heures, elles passaient tout de même voir le couple pour discuter, s'assurer de l'analgésie, expliquer la suite de la prise en charge et évaluer leur situation émotionnelle. L'une d'elle a ajouté : « *N'hésitez pas à me rappeler entre deux passages* » (O₃ ; SF₁). Cette présence régulière serait plus contenante pour les couples, et permettrait une meilleure communication avec la sage-femme les accompagnant.

Pour en revenir à la prise en charge pluridisciplinaire, nous avons observé que la sage-femme se situe vis-à-vis des autres professionnels : « *Je prends le relais de ma collègue d'aujourd'hui qui m'a tout raconté* » (O₅ ; SF₂), « *La SF que vous avez vu au DAN vous a tout expliqué ?* » (O₃ ; SF₁), « *Nous sommes deux, l'infirmière emmène votre bébé et moi je reste avec vous pour m'occuper de vous* » (O₆), « *Lorsque vous arriverez dans le service d'hospitalisation, la sage-femme passera vous voir* » (O₂ ; SF₂), « *Vous aurez un rdv au DAN pour en reparler* » (O₄ ; SF₁). Nous notons notamment que lors de la quatrième observation, le relais entre la sage-femme de jour (SF₁) et la sage-femme de nuit (SF₂) a eu lieu en chambre en présence du couple. Cela a permis de renforcer encore la continuité du soin.

De plus, nous avons noté l'importance de la collaboration entre collègues. En effet, lors de la deuxième observation, la sage-femme néo-diplômée prenant en charge le couple n'avait jamais accompagné d'IMG ni durant ses études ni depuis son diplôme. Son confrère, un homme sage-femme plus expérimenté, lui a alors délivré les conseils que nous avons vu précédemment. Ces conseils lui ont été précieux pour sa prise en charge. La transmission de l'expérience et des connaissances acquises lors de l'accompagnement d'IMG paraît ainsi primordiale, que ce soit

à l'attention des étudiants ou des jeunes diplômés. Ces derniers disent se sentir inexpérimentés, ne pas avoir assez de connaissances, et craignent de ne pas trouver les bons mots (O₂ ; SF₁). Nous remarquons que les sages-femmes ayant de l'expérience pourraient également avoir envie d'échanger autour de leurs pratiques respectives en matière de communication, puisqu'une sage-femme nous a demandé : « *Et d'ailleurs, comment font les autres ?* » (O₃ ; SF₁). Le collectif pourrait alors aider à l'amélioration des pratiques de chacun.

De façon plus globale, nous avons constaté combien cette collaboration était précieuse lorsqu'elle concernait tous les soignants : lors de la quatrième observation, les professionnels se sont succédé avec beaucoup d'efficacité grâce à une bonne communication entre eux.

Une sage-femme nous a fait part d'une dernière réflexion. Il est, selon elle, plus difficile d'être la sage-femme prenant le relais à 20^H que celle ayant accompagné le couple durant la journée. En effet, elle ne sait pas forcément toujours ce qui a déjà été dit ou non, et donc où reprendre le fil des explications. De plus, un lien a déjà été créé entre le couple et sa collègue, et apporter une continuité dans la communication n'est pas évident (O₄ ; SF₂). Enfin, nous remarquons que, souvent, la sage-femme de garde la nuit arrive au moment de la fin du déclenchement, afin d'accompagner l'expulsion et parfois la présentation du corps. Prendre en charge ces étapes sensibles, sans avoir accompagné le couple depuis leur accueil, semblerait difficile d'après les sages-femmes observées. Ce raisonnement serait également valable pour la sage-femme de garde le lendemain, lorsque la prise en charge dure plus de 24^H.

Enfin, nous notons la grande importance de la démarche d'anticipation de la sage-femme en salle de travail. Comme nous l'avons étudié, elle tient un rôle important pour prévenir le couple par exemple de pleurs émanant des autres salles, de la longue attente suivie de l'accélération soudaine des événements, et de l'aspect morphologique du fœtus avant la rencontre.

Elle a aussi pu, lors de la cinquième observation, prévenir la patiente de potentielles sensations, afin que celle-ci ne soit pas surprise et puisse appeler l'équipe médicale sans stress : « *Vous pouvez ressentir par exemple une pesanteur ou un écoulement et c'est là qu'il faut nous appeler* » (O₅ ; SF₂). Une dernière sage-femme prévient la patiente et son conjoint d'une possible différence de vécu au sein du couple. Elle a aussi souhaité évoquer le fait que le retour au domicile peut être difficile, même avec un faible investissement de la grossesse, et a souligné l'importance d'un arrêt de travail d'au moins une semaine, afin que le couple puisse se soutenir après cet événement (O₃ ; SF₂).

Cependant, l'anticipation aurait ses limites. Toutes les sages-femmes ont considéré que le temps de la salle de travail n'était pas le bon moment pour évoquer le deuil périnatal, et pour proposer

le contact d'associations de soutien et d'accompagnement spécialisées à ce sujet. Elles ont argumenté que l'occasion se présenterait durant l'hospitalisation. L'évocation d'une potentielle prochaine grossesse serait, elle, plutôt reportée à la consultation au DAN prévue un mois après l'interruption. Une seule sage-femme a précisé au couple durant la prise en charge : « *Cela n'aura pas d'influence sur votre fertilité, c'est quand vous vous sentirez prête que vous pourrez réessayer* » (O₆).

V. Situations singulières

Dans cette dernière partie, nous allons évoquer deux situations singulières que nous avons rencontrées lors de nos observations. En effet, bien que ces situations ne soient pas représentatives des pratiques, elles nous ont fourni de nouveaux éléments pouvant être intéressants pour notre réflexion. Elles abordaient toutes deux la compréhension de la patiente au sujet de sa prise en charge.

La première situation concernait une importante barrière de la langue (O₁). La patiente, arrivée en France il y a quelques mois, comprenait quelque peu le français, ce qui n'était pas le cas de son conjoint. Nous avons ainsi observé comment la sage-femme a réussi à surmonter cette barrière, notamment par sa gestuelle. Lors de ses explications, elle utilisait ses mains pour se faire comprendre, en mimant les étapes de la prise en charge comme la péridurale, la pose des dilapans, ou les comprimés à avaler. Elle a aussi montré le spéculum ou l'amniotome pour illustrer ses propos. Elle s'est également assurée très régulièrement que la patiente traduisait à son mari ce qu'elle avait compris, afin que le dialogue entre les 3 protagonistes soit établi malgré tout. Enfin, nous avons noté que la sage-femme utilisait un débit de parole lent et un vocabulaire très simple, notamment en choisissant d'emblée « *bébé* » et « *mort* ». Ces termes semblaient être les seuls connus et compris par la patiente. La sage-femme nous a fait part de son souhait d'utiliser des mots simples, mais clairs, plutôt que de choisir un discours plus précis auquel la patiente aurait moins adhéré. Nous avons ainsi observé un changement des enjeux de communication lorsque la patiente vivant l'IMG n'est pas francophone : la précision voire la dureté des termes utilisés n'est pas importante, la compréhension prime.

La seconde situation était un quiproquo au sein de l'équipe médicale ayant entraîné des difficultés de compréhension de la patiente (O₆). Lors de la consultation préalable à l'IMG, il avait été expliqué à la patiente que du fait de son terme de grossesse de 20SA et 6 jours le jour de l'interruption, un geste d'arrêt de vie fœtale (GAF) serait pratiqué avant le déclenchement

du travail. Durant la semaine séparant cette consultation de l'intervention, le protocole de cette maternité au sujet du GAF a été modifié : ce dernier serait à présent réalisé à partir de 21 SA révolues et non 20 SA comme auparavant. La patiente ne serait ainsi plus concernée par le GAF. A son arrivée en salle de travail, la sage-femme de garde, non au courant de la modification du protocole, a alors révoqué dans ses explications la réalisation du GAF dès lors que la péridurale serait efficace. De retour dans le poste de soin, et après des transmissions avec l'obstétricien de garde au sujet de la réalisation prochaine du GAF, la sage-femme s'est rendue compte du quiproquo et donc de l'erreur dans l'information à la patiente. Il a alors été décidé par l'équipe médicale de ne pas réaliser le geste d'arrêt de vie fœtale, et que la modification de la prise en charge initiale serait expliquée à la patiente par la sage-femme du DAN qui en était référente. Cette dernière s'est alors rendue en chambre, et après quelques questions au sujet du moral du couple, a ajouté « *Au fait on va déclencher directement les choses, on ne va pas faire la piqûre* ». La péridurale a ensuite été posée par l'anesthésiste, puis l'interne d'obstétrique est arrivée afin d'insérer les dilapans au niveau du col de l'utérus. Durant la pose, la patiente s'est étonnée de ressentir encore les mouvements du fœtus, et a demandé s'il était « *encore vivant* ». Par la suite, elle a exprimé à l'interne son souhait qu'il « *naisse endormi, comme prévu* ». Enfin, elle a questionné la sage-femme sur l'effet du misoprostol, en demandant confirmation qu'il s'agissait bien du « *médicament qui arrête le cœur* ». Il semble ici que la compréhension de la patiente au sujet de l'état dans lequel allait naître l'enfant n'était pas suffisante. En effet, elle n'avait pas bien compris que la prise en charge avait été modifiée, d'autant plus que la prise en charge initiale - le GAF - avait une finalité cohérente pour elle – un fœtus décédé à l'expulsion. L'excès de précautions verbales concernant « *la piqûre* », qui pourrait tout aussi bien correspondre à la pose de la voie veineuse périphérique ou de l'analgésie péridurale, avait été un frein supplémentaire à sa compréhension.

Cependant, nous avons noté que lors de l'ensemble de nos observations, les sages-femmes se sont régulièrement assurées de la bonne compréhension de la patiente : « *Est-ce qu'on vous a expliqué ce qu'il allait se passer aujourd'hui ?* », « *Est-ce que des questions vous sont revenues ?* », « *Est-ce que tout était clair ?* ». Cela a aussi été possible pour le premier couple, lorsque la sage-femme leur a demandé « *C'est bon ?* » en joignant à la parole un pouce en l'air et un air interrogatif.

DISCUSSION

I. Discuter à la lumière de la littérature

Plusieurs institutions et sociétés savantes, notamment internationales, ont émis des recommandations autour de la communication des professionnels de santé, et de l'accompagnement du deuil périnatal.

Selon le Référentiel métier de la profession de sage-femme, les compétences transversales de la sage-femme incluent la communication. La sage-femme doit apporter des informations claires et accessibles à chaque femme et à sa famille, doit être capable de communiquer en langue étrangère et de concevoir des stratégies pédagogiques variées pour une écoute efficace, et doit s'impliquer dans les réseaux de santé avec tous les acteurs de la périnatalité. [22]

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande, pour informer correctement les femmes enceintes, de consacrer du temps à l'information, d'apporter une écoute attentive, et de délivrer une information orale fondée sur les données scientifiques actuelles, la réglementation et les droits liés à la maternité. Elle propose également de compléter, si possible, cette information orale avec des documents écrits fiables. De plus, la HAS recommande d'utiliser un langage et/ou un support adaptés, de proposer si nécessaire une consultation supplémentaire, et d'assurer la continuité des soins par le partage des informations entre les différents professionnels concernés et la femme ou le couple. [23]

Une circulaire interministérielle de juin 2009 reprend elle aussi, dans sa première annexe, des recommandations en matière d'accompagnement du deuil périnatal. [24] Ces recommandations soulignent l'obligation des soignants de faire au mieux seul, et en équipe, pour accompagner ce deuil si particulier. La circulaire recommande entre autres que les établissements veillent à permettre la disponibilité d'outils d'échanges et de transmissions des informations entre les professionnels, afin de favoriser l'anticipation, la cohérence, la communication et la coordination entre les intervenants. Par ailleurs, elle souligne l'apport bénéfique des associations spécialisées dans l'accompagnement du deuil périnatal, qu'elles soient extérieures ou au sein de l'établissement, à la fois pour les parents endeuillés et pour les professionnels de santé. Elle met aussi en avant le bénéfice d'accorder un temps suffisant aux parents entre la communication des informations et les prises de décisions, et de les rassurer sur la prise en charge de la douleur physique liée à l'intervention. Au sujet de la présentation du corps, la circulaire indique qu'il est « *souhaitable que les équipes puissent discerner une demande*

implicite de contact physique et soit en mesure d'y répondre ». Enfin la circulaire souligne l'importance de la formation continue de l'ensemble des intervenants de la prise en charge (personnel médical, soignant et administratif, assistantes sociales, et agents du service mortuaire). Il serait également essentiel que les professionnels, récemment affectés dans un service prenant en charge des situations de deuil périnatal, puissent échanger avec leurs collègues au cours de réunions spécifiques, sur leurs pratiques et sur les éventuelles difficultés rencontrées.

La Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ) et l'Australian StillBirth Centre of Research Excellence (Stillbirth CRE) ont édité, en février 2019, la troisième version du guide *The Guideline for Respectful and Supportive Perinatal Bereavement Care*. [25] Celui-ci contient 49 recommandations pour un meilleur accompagnement du deuil périnatal. Parmi elles, 41 sont à destination des soignants, et 8 à l'attention des établissements de santé. Le guide rappelle que les professionnels de santé ne peuvent pas faire disparaître le chagrin et la détresse des parents, mais qu'ils peuvent leur procurer du confort et éviter de leur ajouter une détresse supplémentaire. Des études, sur l'expérience du deuil périnatal chez les parents, mettent à chaque fois en lumière trois éléments fondamentaux d'une bonne communication : sensibilité et compassion, information claire et compréhensible, respect pour les besoins et préférences individuelles. Selon les recommandations, une attention particulière doit être portée aux mots et à la terminologie utilisés lors des interactions avec les parents et les familles. En évoquant le bébé, il est préférable d'utiliser « baby », plutôt que « fetus », « miscarriage », « it » ou « 23-weeker ». Demander aux parents si le bébé a un nom, et s'il est possible de l'utiliser, reconnaît aux parents une parentalité et au bébé une identité.

Des études révèlent que les pères, lors d'un deuil périnatal, ressentent un fort besoin de protéger leur partenaire. Le guide insiste alors sur l'importance de les soutenir dans cette démarche et de les aider à exprimer leurs propres besoins. Le guide conseille enfin de varier les sources d'informations pour les parents. L'information orale des professionnels de santé peut être complétée par une information écrite, à laquelle les parents pourront se référer lorsqu'ils se sentiront prêts, et ce, autant que nécessaire. Elle pourra aussi être complétée par des ressources électroniques. Beaucoup de parents iront spontanément chercher des informations sur internet, et l'accès à des sites fiables leur évitera de la détresse et de la confusion supplémentaires. Enfin, le but pour les soignants est d'établir un degré de détails et de complexité des informations désiré par les familles et adapté à leurs besoins. La dernière version de ce guide inclut une modélisation théorique que Boyle, en 2020, propose en vue d'un accompagnement efficace du deuil périnatal. [26]

De son côté, l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) a publié en 2011, puis en 2019, un guide sur le décès et le deuil périnatal. [27] Il y est souligné que les parents apprécient quand les soignants prennent le temps de les écouter sans jugement et avec compassion, lorsqu'ils sont tout simplement présents auprès d'eux, ou lorsqu'ils leur fournissent une aide tangible. À l'inverse, les parents disent éprouver une plus grande détresse lorsqu'ils sentent que les soignants les évitent ou se montrent insensibles à leur égard.

Il est par exemple suggéré d'employer un langage qui reconnaît l'existence du bébé, de le nommer par son nom, et de constituer des souvenirs de l'enfant. Il est aussi conseillé de ne pas utiliser des termes qui peuvent déshumaniser le bébé aux yeux des parents mais, au contraire, de porter attention aux mots utilisés par les parents pour parler de leur bébé et de les réemployer dans les échanges avec eux. Il est aussi rappelé que les professionnels de santé peuvent les aider à formuler la façon dont ils vont annoncer le décès du bébé aux proches et les soutenir lorsqu'ils font face aux réactions de l'entourage ; prévoir les questions, commentaires et réactions qu'ils sont susceptibles de recevoir après la mort de leur bébé, et les y préparer. Ce guide propose aussi le tableau suivant [27], qui montre quelques exemples et contre-exemples de communication avec les parents. Il souligne qu'il faut toutefois garder à l'esprit qu'une communication empathique, validant les expériences et l'état émotionnel des parents, est à la base de tout échange avec eux.

CE QU'IL EST PRÉFÉRABLE DE FAIRE OU DE DIRE	CE QU'IL EST PRÉFÉRABLE DE NE PAS FAIRE OU DIRE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser un langage simple et direct.* ▪ Montrer ses émotions.* ▪ Écouter les parents* et les laisser parler de leur peine ou de leur enfant. ▪ Répondre honnêtement aux questions.* 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser un jargon médical* et des termes tels que « produit de conception », « embryon » ou « fœtus ». ▪ Dire aux parents ce qu'ils « devraient » penser ou ressentir. ▪ Les confronter ou argumenter avec eux. ▪ Ne pas répondre à leurs questions, par peur de les effrayer ou de leur causer plus de chagrin.*
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exemples de formulations à privilégier : ▪ « Je suis désolé(e). »* ▪ « J'aurais aimé que les choses se terminent autrement. »* ▪ « Je suis triste pour vous. »* ▪ « Voulez-vous en parler? » ▪ « D'autres parents qui ont traversé ces moments nous ont appris que... » ▪ « De quoi avez-vous besoin? » ▪ « Que puis-je faire pour vous aider à traverser cette épreuve? » ▪ « Que désirez-vous faire? » ▪ « Avez-vous des questions? »* 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exemples de formulations à éviter : ▪ « C'est juste une fausse couche. » ▪ « Ce n'était même pas un enfant. » ▪ « C'est pour le mieux, il n'aurait pas été normal. » ▪ « Si le bébé est mort, c'est qu'il y avait une raison. » ▪ « Il est préférable que votre bébé soit mort avant que vous ayez appris à bien le connaître. »* ▪ « Ça aurait pu être pire. »* ▪ « Vous êtes jeunes, vous pouvez en avoir un autre. » ▪ « Le temps guérit tout. »* ▪ « Arrêtez d'y penser, il faut tourner la page. »

* Tiré de : Société canadienne de pédiatrie (2017). Des directives pour les professionnels de la santé qui soutiennent des familles après un décès périnatal.

Tableau 1 – Communication avec les parents vivant un deuil périnatal, selon l'INSPQ

L'INSPQ s'est appuyé sur les travaux du Docteur Rana Limbo, qui à l'origine du programme américain sur le deuil périnatal *Resolve Through Sharing* (RTS). Selon elle, il est tout à fait normal que des parents veuillent voir et prendre dans leurs bras leur enfant après la naissance, et cela l'est tout autant lorsque cet enfant est mort-né. Elle recommande donc d'accompagner au mieux les parents dans cette rencontre en leur proposant un soutien individualisé, en les informant de la façon la plus claire et la plus complète possible, afin qu'ils puissent choisir, eux-mêmes, les modalités de cette rencontre. Elle conseille de ne pas poser de questions fermées, du type « Voulez-vous... ? », qui risquent d'obtenir une réponse négative, mais au contraire d'échanger avec eux, au sujet de leurs ressentis, de leur enfant, de leurs peurs éventuelles (comme l'aspect du bébé par exemple).

Elle souligne que, lors de la rencontre, les parents peuvent être submergés par l'émotion et éprouver des difficultés à prendre des décisions adaptées, ce qui pourrait entraîner des regrets à plus long terme. Elle conseille ainsi de leur partager le témoignage d'autres parents : combien pour eux cette rencontre avec leur enfant leur a permis d'affirmer son identité et de leur laisser de précieux souvenirs. Enfin, montrer l'exemple en câlinant le bébé et en lui parlant doucement, peut aider les parents à trouver les gestes pour, à leur tour, passer du temps avec leur enfant. Le Docteur Limbo rappelle aussi que cette rencontre n'a commencé à être proposée qu'à la fin des années 70, avec même une interruption au début des années 2000, lorsqu'une étude a remis en cause son bénéfice, en soutenant qu'elle était au contraire traumatisante. Il ressort pourtant de la majorité des enquêtes que c'est l'absence de rencontre qui peut être, plus tard, la source de profonds regrets. [28]

Le soutien au deuil périnatal est évoqué dans la circulaire interministérielle de juin 2009, qui indique que : « *Dans tous les cas, le personnel soignant veillera à proposer, sans imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil* ». [24]

Les études de référence sur le deuil, telles que celles de Hanus, montrent que le deuil est un processus long au cours duquel la personne endeuillée va intérioriser le lien avec l'être aimé, qui a été rompu dans la réalité, grâce à tous les souvenirs qui la rattachent à la personne perdue. Ces souvenirs sont ainsi nécessaires au travail de deuil. Sans eux, la souffrance peut rester liée à une perte qui demeure imaginaire, qui sera difficile à dépasser, et qui pourrait faire basculer dans un deuil pathologique, voire dans le déni de cette perte. Par exemple, voir l'enfant ou le toucher permettrait d'intégrer sa réalité et en même temps sa perte. [29]

Nous allons maintenant rappeler nos principaux résultats, puis les comparer aux recommandations présentes dans la littérature.

L'analgésie est apparue dans nos observations comme la priorité des soignants, on remarquera

qu'elle ne figure quasiment pas dans les recommandations qui s'attachent surtout au soutien psychologique. Il semble en effet moins difficile de soulager et de communiquer autour d'une douleur physique, plutôt que morale. Nous avons noté que la communication des sages-femmes dépendait de nombreux facteurs :

- le type d'interlocuteur : les mots très crus employés entre soignants sont bannis de la communication avec les patients, au détriment parfois de la clarté du propos.
- le fait d'être plus ou moins à l'aise selon les circonstances : par exemple, l'expulsion est difficile à évoquer ce qui peut occasionner des silences. Ce silence, qui peut donc être un signe de gêne, est pourtant parfois plus adapté qu'une parole, mais peut sembler pesant pour certaines sages-femmes qui essaieront de le combler avec des mots.
- le vécu et les souhaits du couple qu'elles accompagnent : une éventuelle autopsie, la prise en charge du corps du fœtus, sa qualification, le choix de le voir ou non, la possibilité de récupérer les photos.
- les sujets évoqués : les étapes les plus traumatisantes pour les parents étaient rarement évoquées, et, lorsqu'elles l'étaient, seulement suggérées (le geste d'arrêt de vie et l'arrêt de l'activité cardiaque). Les termes utilisés pour nommer le bébé étaient très variés, allant de « ça » à « votre fille », alors que l'expulsion était le plus généralement nommée « accouchement ». Cela pourrait être expliqué par le fait que « accouchement » renvoie à la mère, alors que « naissance » renvoie à l'enfant. Ces termes étaient choisis directement par la sage-femme ou répondaient aux attentes du couple.

Les modalités de l'éventuelle présentation du corps ont été très diverses, mais on y a toujours retrouvé douceur et adaptation. L'efficacité de l'accompagnement semblait reposer sur une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée, au sein de laquelle la sage-femme jouait un rôle central.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la communication des sages-femmes en salle de naissance dans les situations d'IMG. Pour cela, nous allons comparer nos résultats aux recommandations de la littérature.

Certaines d'entre-elles n'ont été que partiellement suivies :

- Seulement trois sages-femmes sur les dix avaient suivi une formation complémentaire autour du deuil périnatal.
- Seuls deux pères sur six ont été l'objet d'une écoute ou d'une attention particulière.
- Le vocabulaire utilisé était souvent trop aseptisé pour être suffisamment compréhensible.
- Il n'a été proposé qu'à deux des couples d'indiquer comment ils souhaitaient nommer le

fœtus.

- La notion de parentalité et de deuil périnatal n'ont jamais été évoqués de manière explicite.

Le suivi des autres recommandations a été très satisfaisant :

- Les questions posées étaient le plus souvent ouvertes et permettaient un vrai dialogue.
- Les sages-femmes ont toujours fait preuve de beaucoup d'empathie, aussi bien verbale que gestuelle.
- L'accompagnement s'est révélé personnalisé à chacune des étapes.

Le premier objectif secondaire était de déterminer comment la sage-femme évaluait la situation émotionnelle et contextuelle du couple lorsqu'elle les rencontrait en salle de naissance, puis de comprendre comment la sage-femme choisissait et ajustait sa communication aux patients. Nous avons vu qu'elle étudiait le comportement du couple lors du premier contact, qu'elle posait des questions ouvertes sur les ressentis de la patiente, qu'elle se renseignait auprès de sa collègue de jour, et qu'elle adaptait ses questions grâce aux réponses figurant déjà dans le dossier. Cependant, il ne nous a pas semblé qu'elle ajustait, au fil de sa prise en charge, sa communication.

Le deuxième objectif secondaire était d'étudier comment l'accompagnement lors des IMG permettait aux parents d'entamer un deuil singulier, le deuil périnatal.

Selon Hanus, la complexité du deuil périnatal repose sur le fait qu'il n'est pas possible de faire le deuil de quelque chose qui n'a pas existé et que l'on n'a pas connu. [29] Il semble donc important d'envisager comment la sage-femme cherche à reconnaître et matérialiser l'existence et la perte de l'enfant, dans la manière dont elle communique. La situation est alors paradoxale : ce postulat est en contradiction avec le fait de vouloir supprimer absolument toutes les sensations avec l'analgésie péridurale. Effectivement, il est très important que la patiente ne soit pas douloureuse, mais nous pouvons tout de même nous interroger : supprimer toute sensation n'est-ce pas supprimer tout le vécu ? Ces sensations sont les traces, dans le vécu des femmes, du passage du bébé. Les supprimer pourrait alors supprimer aussi le fait que la patiente ait accouché. L'enjeu ne serait-il pas plutôt que les sages-femmes aient la disponibilité et la formation leur permettant d'accompagner les éventuelles sensations de la femme ? Ainsi, dans une optique d'amélioration du soutien au deuil, les établissements pourraient réfléchir à leurs protocoles anesthésiques, en se demandant : est-ce vraiment important que les patientes ne sentent rien ?

Enfin, soutenir le deuil périnatal c'est aussi permettre aux patients de l'anticiper. A la différence d'une mort fœtale in utero (MFIU), une interruption médicale de grossesse a lieu à la suite d'un

parcours au sein du service de médecine fœtale. Ce parcours permet une approche progressive du deuil, et non brutale. Nous pourrions même envisager que le deuil commence parfois bien avant l'expulsion, dès la prise de décision d'IMG par les patients, sous la forme d'un deuil anticipé comme il en est dans l'accompagnement en fin de vie.

II. Forces et limites de notre étude

Intéressons nous d'abord aux forces de notre étude.

Il n'y a pas eu d'auto-sélection des sages-femmes, puisqu'il s'agissait seulement de la sage-femme de garde le jour de l'IMG observée, et non de volontariat. Après une information précise, écrite puis orale, des modalités et objectifs de notre étude, il n'y a eu aucun refus de la part des sages-femmes. Ensuite, le choix d'une méthode observationnelle a permis un recueil de données beaucoup moins biaisé que s'il s'agissait d'entretiens ou de questionnaires, puisque les données n'étaient pas soumises au filtre de réflexion de la sage-femme observée. Ces observations ont aussi permis de recueillir un corpus particulièrement riche, en accédant à des paramètres seulement observables sur le terrain : les éléments inconscients de la communication, la précision du vocabulaire employé, et l'expression paraverbale des sages-femmes. Nous avons été amenés à construire des catégories non prévues, nous les avons comparées et fait dialoguer en les questionnant, et avons ainsi obtenu de nombreux éléments supplémentaires. Près d'un tiers des données n'ont pas été exploitées dans le cadre de notre étude, car elles n'étaient pas strictement de l'ordre de la communication, mais ces données seraient suffisantes pour explorer d'autres axes, telle que l'exhaustivité des explications et des informations fournies.

Abordons maintenant les biais et limites de cette étude.

L'observation peut être biaisée par la présence de l'observateur. Nous avons cependant eu l'impression que l'impact de notre présence était limité, les sages-femmes observées ayant l'habitude d'être accompagnées d'étudiants. De plus, notre immersion a pu, inconsciemment, rendre difficile la distance avec l'objet de la recherche. Enfin, pour la grande majorité des observations, il s'agissait d'une prise de note a posteriori en sortant de la chambre. La retranscription était ainsi basée sur des mots clés notés en chambre, puis développés selon nos souvenirs. Cette méthode n'est pas aussi fidèle qu'un enregistrement, et ne permet pas de revenir sur des passages mal entendus ou mal compris.

Une des limites de l'étude est une certaine homogénéité des caractéristiques familiales des patientes : elles étaient toutes multipares et accompagnées de leur conjoint. De plus, les termes de grossesses étaient variés, mais aucun ne dépassait 26 semaines d'aménorrhées. Nous n'avons

donc pas pu observer d'efforts expulsifs. Enfin, pour des questions logistiques, nous n'avons pas pu observer toutes les prises en charge dans leur entièreté, et avons ainsi manqué de données au sujet du post-partum immédiat, de la présentation du corps et des informations délivrées avant le transfert dans le service d'hospitalisation.

III. Perspective professionnelle de notre travail

La grande majorité des sages-femmes trouve difficile l'accompagnement et la prise en charge d'un couple en situation d'IMG, notamment l'expulsion, les soins apportés au bébé, la présentation du corps aux parents, ainsi que la gestion de leur propre vécu émotionnel. Plus de la moitié d'entre elles décrit s'être déjà sentie en difficulté dans la communication avec le couple, avec une prédominance chez les sages-femmes jeunes diplômées. [30]

Nos observations nous ont montré que la transmission de l'expérience et des connaissances acquises lors de l'accompagnement d'IMG semblait primordiale, que ce soit pour les étudiants et les jeunes diplômés mais aussi entre sages-femmes déjà expérimentées. En effet, nous avons observé que l'expérience seule ne permet pas forcément d'enrichir ses pratiques en matière de communication : la sage-femme qui n'avait jamais rencontré d'IMG, mais qui avait été conseillée par un confrère, avait une communication plus riche que la sage-femme ayant 10 années d'expérience au sein d'un service de médecine fœtale.

Cependant, il semble que les sages-femmes aient finalement peu d'occasions d'échanger entre elles et il apparaît, plus que jamais, nécessaire de mettre en place des réunions d'équipes afin que les professionnels prenant en charge les couples vivant une IMG puissent discuter de leurs pratiques, et de pistes pour les améliorer. Une plus grande participation à des formations complémentaires autour du deuil périnatal, permettrait l'amélioration de la formation continue des sages-femmes. Cela rejoint les recommandations de la circulaire de 2009, développées plus haut. De plus, pour permettre aux jeunes diplômées d'être plus à l'aise lors de leurs premières prises en charge, nous pensons pertinent de renforcer la formation initiale par des cours au sujet du soutien psychologique aux parents et de la communication à privilégier dans les situations de deuil périnatal. Au cours du 2^{ème} cycle des études de maïeutique, il apparaît aussi très important que tout étudiant sage-femme ait participé à la prise en charge d'au moins une IMG.

Notre étude a aussi permis de recenser toutes les bonnes pratiques observées durant les six prises en charge. Cela va nous permettre d'élaborer un outil, destiné aux soignants accompagnant les IMG, leur proposant des conseils de communication verbale et paraverbale. L'outil sera présenté au jury lors de la soutenance.

CONCLUSION

Nous avons observé six couples pris en charge par dix sages-femmes de salle de naissance, dans le cadre d'interruptions médicales de grossesse. Nous avons donc pu évaluer la qualité de la communication verbale et paraverbale de ces professionnelles.

La priorité des soignants était donnée à l'analgésie, et le dialogue s'engageait facilement à ce sujet. Leurs attitudes et leurs mots attestaient d'une profonde bienveillance. Les sages-femmes veillaient à respecter les choix du couple à chacune des étapes de l'IMG, mais lorsqu'il fallait qualifier précisément les notions spécifiques à l'IMG, les termes devenaient plus approximatifs. Cela pourrait s'expliquer par leur propre inconfort, mais aussi par leur volonté de protéger les parents d'une réalité aussi difficile. Cependant, nous avons vu qu'une pleine conscience de cette réalité permettait de favoriser l'entrée dans le processus de deuil.

Afin de faciliter la communication des sages-femmes dans leurs prises en charge, il semblerait bénéfique de renforcer la formation initiale, de favoriser la communication entre les sages-femmes, et d'améliorer l'accès aux formations complémentaires.

L'arrivée dans le service d'hospitalisation marque le début du post-partum. Une étape partagée par toutes les accouchées, mais qui est ici bien singulière. Les saignements, les douleurs et la fatigue en font partie, mais il n'y a pas d'enfant à câliner, pas de bonne nouvelle à partager, pas d'avenir à construire.

Des parents, mais pas d'enfant. Un ventre vide, mais des bras également. Un silence, assourdissant.

Communiquer et accompagner dans l'après, éventuellement dans la « grossesse d'après » [5], reste alors plus que jamais primordial.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ameli. Interruption Médicalisée de Grossesse (IMG) [Internet] [Consulté le 14 août 2022] Consultable sur l'URL : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/img>
- [2] CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Les pertes de grossesse (texte court). Novembre 2014. 621-42. [Internet] [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur l'URL : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2014%252FCNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf&i=21936
- [3] Agence de la biomédecine. Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. Procréation et génétique Humaine en France. Le rapport médical et scientifique 2020 [Internet] [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur l'URL : <https://rams.agence-biomedecine.fr/centres-pluridisciplinaires-de-diagnostic-prenatal>
- [4] Piel B, Azria E, Oury JF, Carbillon L, Mandelbrot L. Interruptions médicales de grossesse pour motifs maternels : étude rétrospective multicentrique des indications dans la période entre la loi sur l'interruption de grossesse de 2001 et la nouvelle loi de bioéthique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Juin 2013 ; 42 : 342-50. [Internet] [Consulté le 14 août 2022]. Elsevier Masson. Consultable sur l'URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231512003791>
- [5] Schalck C, Descoffre V, Lemaire E, Perrillat N. Le deuil périnatal. Du postnatal à la grossesse d'après - Guide d'intervention pour les sages-femmes et les professionnels de santé. Paris : L'Harmattan ; 2020.
- [6] Proposition de résolution n° 3883 du 11 février 2021 visant à la reconnaissance du mot « parange » pour désigner les parents ayant perdu un enfant. Assemblée Nationale. [Internet] [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur l'URL : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3883_proposition-resolution#D_non_amendable_0
- [7] Develey A. « Parange », un néologisme pour dire le deuil des parents. Le Figaro [Internet] 2018 [Consulté le 10 août 2022]. Consultable sur l'URL : <https://www.lefigaro.fr/langue->

francaise/actu-des-mots/2018/04/27/37002-20180427ARTFIG00029-parange-un-neologisme-pour-dire-le-deuil-des-parents.php

- [8] Loi n°2021-1017 du 2 août 2021 - art. 28 relatif à l'interruption de grossesse pratiquée pour motif médical. Art L2213-1 - L2213-5 | Légifrance [Internet]. [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur l'URL : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171543?fonds=CODE&page=1&pageSize=10&query=interruption+m%C3%A9dicale+de+grossesse&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePagination=DEFAULT&anchor=LEGIARTI000043896173#LEGIARTI000043896173
- [9] Arrêté du 1er juin 2015 déterminant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités d'accès, de prise en charge des femmes enceintes et des couples, d'organisation et de fonctionnement des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en matière de diagnostic prénatal et de diagnostic préimplantatoire | Légifrance [Internet]. [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030707965/>
- [10] LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique | Légifrance [Internet]. [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884384>
- [11] Décret n°2006-965 du 1 août 2006 relatif au décès des personnes hospitalisées et aux enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil dans les établissements publics de santé | Légifrance [Internet]. [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006253668/2006-08-03/>
- [12] Décret n° 2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret n° 74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille | Légifrance [Internet]. [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000019350012>
- [13] Décret n°2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil | Légifrance [Internet]. [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000019350025/>

- [14] Ameli. La durée du congé maternité d'une salariée [Internet] [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur l'URL : https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/duree-du-conge-maternite/conge-maternite-salariee#text_69066
- [15] Service Public. Enfant décédé à la naissance : peut-on percevoir des prestations familiales ? [Internet] [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur l'URL : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32519>
- [16] Décret n° 2020-1688 du 23 décembre 2020 relatif à la mise en place d'une allocation forfaitaire versée en cas de décès d'un enfant | Légifrance [Internet]. [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042739385>
- [17] Article R4127-324 du 08 août 2004 relatif aux devoirs généraux des sages-femmes | Légifrance [Internet]. [Consulté le 14 août 2022]. Consultable sur l'URL : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913124/
- [18] Goffinet F. Protocoles cliniques de Port-Royal en obstétrique. 5ème éd. Paris : Elsevier Masson; 2017.
- [19] Parain D, Andro G, Benoist G, De Mezerac I et al. Le deuil périnatal. Soins pédiatrie-puériculture. Janv 2019(306):7-41.
- [20] De Clermont C, Rey J. Accompagner le deuil périnatal : dialogues entre une mère et des professionnels | Chronique Sociale, Lyon. 2015 ; 186.
- [21] Bouquemont C. Le bonheur en partant a dit qu'il reviendrait. Paris: Books On Demand, 2020.
- [22] CNOSF, CASSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Janvier 2010. [Internet] [Consulté le 07 avril 2023]. Consultable sur l'URL : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
- [23] HAS. Synthèse des recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Mai 2005. 4p. [Internet] [Consulté le 07 avril 2023]. Consultable sur l'URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/infos_femmes_enceintes_fiche.pdf

- [24] Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus. Annexe I | Légifrance [Internet]. [Consulté le 07 avril 2023].
Consultable sur l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=29111>
- [25] Perinatal Society of Australia and New Zealand. Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death, 3^{ème} édition ; Juin 2018. 36p. [Internet] [Consulté le 07 avril 2023]. Consultable sur l'URL : <https://stillbirthcre.org.au/wp-content/uploads/2021/03/Section-3-Full-bereavement-care-guideline3.pdf>
- [26] Boyle FM, Horey D, Middleton PF, Flenady V. 2020. Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care - An overview, *Women Birth*, 33(2):107-110. [Internet] [Consulté le 07 avril 2023].
Consultable sur l'URL : <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.008>
- [27] Institut National de Santé Publique du Québec. Décès et deuil périnatal. Portail d'information périnatale. Mars 2019. [Internet] [Consulté le 07 avril 2023].
Consultable sur l'URL :
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/deuil.pdf>
- [28] Limbo R. Caring for Families Experiencing Stillbirth: A Unified Position Statement on Contact with the Baby. *Illn Crisis Loss*. 2012;20(3):295-8. [Internet]. [Consulté le 07 avril 2023]. Consultable sur l'URL :
https://www.researchgate.net/publication/275623852_Caring_for_Families_Experiencing_Stillbirth_A_Unified_Position_Statement_on_Contact_with_the_Baby
- [29] Hanus M. Le deuil de ces tout-petits enfants. *Études sur la mort*. 2001;119(1):7-15.
- [30] Delphine Esplat. Les sages-femmes face à l'interruption médicale de grossesse. *Gynécologie et obstétrique*. 2012. dumas-00765328

GLOSSAIRE

AP Auxiliaire de puériculture

APD Analgésie péridurale

AP-HP Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

CEROG Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie

CNGOF Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNIL Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPDPN Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal

DAN Diagnostic anténatal

DU Diplôme universitaire

GAF Geste d'arrêt de vie fœtal

GHR Grossesses à haut risque

HAS Haute Autorité de Santé

IADE Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IMG Interruption médicale de grossesse

INSPQ Institut National de Santé Publique du Québec

ISG Interruption sélective de grossesse

IVG Interruption volontaire de grossesse

MAR Médecin anesthésiste-réanimateur

MFIU Mort fœtale in utéro

OMS Organisation mondiale de la santé

PEC Prise en charge

PSANZ Perinatal Society of Australia and New Zealand

RSPP Réseau de Santé Périnatal Parisien

SA Semaine d'aménorrhée

SDC Suites de couches

SDN Salle de naissance

SF Sage-femme

SUE Sondage urinaire évacuateur

RTS Resolve Through Sharing

TV Toucher vaginal

ANNEXES

Annexe I : Accord du Comité d'éthique

**[Annexe retirée conformément à la
réglementation RGPD]**

Annexe II : Formulaire d'information et de consentement à l'attention de la patiente

Lettre d'information et de Consentement de la patiente

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche intitulé :

Evaluation de la communication de la sage-femme lors de la prise en charge des interruptions médicales de grossesse en salle de naissance.

Ce projet est coordonné par : Marie GERMAIN, étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de Sages-femmes de Saint-Antoine / Sorbonne-Université

Quel est l'objectif de la recherche ?

L'objectif de la recherche est d'évaluer la prise en charge par les sages-femmes des patientes ou couples vivant une interruption médicale de grossesse, en axant notre étude sur leur communication verbale et non verbale.

En quoi consistent les observations ?

Pour effectuer cet état des lieux de manière objective, je viendrai observer les sages-femmes lorsqu'elles vous prendront en charge. **Je n'interviendrai pas et ne modifierai pas votre prise en charge.** Je pourrai aussi être amenée à être présente lorsque d'autres professionnels interviendront dans votre parcours. Je serai présente de votre arrivée à votre départ du service de salle de naissance. Je prendrai des notes tout au long de votre prise en charge, en suivant une **grille d'observation** préalablement établie.

Votre anonymat sera assuré, aucune de vos données personnelles ne sera retranscrite, et la pathologie foetale ne sera pas notifié.

Quels sont vos droits dans le cadre de cette recherche ?

Vous disposez d'un droit d'opposition, sans conséquence sur la suite du traitement ni de la qualité des soins qui vous seront fournis.

De plus, votre participation à cette recherche est **volontaire** et vous pourrez l'interrompre à tout moment sans justification. Le retrait de votre participation n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts. En cas de retrait de votre part au projet de recherche, les données qui vous concernent pourront être détruites à votre demande.

Calendrier de la recherche

Période de recueil des données : Novembre 2022 à Février 2023

Fin de rédaction du mémoire : Juillet 2023

Quels sont les bénéfices attendus ?

Aucun bénéfice individuel immédiat n'est attendu pour les participants à la recherche, si ce n'est votre **contribution à l'amélioration de la prise en charge** des interruptions médicales de grossesse par les sages-femmes en salle de travail.

Aspects réglementaires et législatifs

Cette recherche a obtenu l'**approbation du Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie (CEROG) sous le numéro 2022-OBS-1001.**

Cette étude est en conformité avec la loi Informatique et Libertés à la méthodologie de référence MR-004 relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé.

Recueil des données, Confidentialité et Loi informatique et liberté

Si vous ne vous opposez pas à cette recherche :

Seuls les responsables du projet de recherche auront accès à vos données qui seront conservées pendant 30 ans et détruites à la fin de ce délai. Le recueil se fera par un personnel de santé tenu au **secret professionnel** et sous la responsabilité du médecin s'occupant de votre traitement.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement automatisé et **anonyme** des données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présentée. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant.

Si vous le désirez, les résultats globaux de ce travail vous seront communiqués à sa conclusion par le médecin en charge de votre suivi.

Aucune donnée ne permettra votre identification dans les rapports ou publications scientifiques issus de cette recherche.

A qui devez-vous vous adresser en cas de questions ou de problèmes ?

Pour tout renseignement concernant cette recherche ou pour exprimer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition, vous pouvez contacter par mail/courrier/téléphone :

Soyez assuré(es) que votre participation nous est extrêmement précieuse. Nous vous remercions par avance de l'aide que vous apportez ainsi à la recherche.

Je soussigné..... ne m'oppose pas à ce que l'investigateur de cette recherche soit présent tout au long de ma prise en charge en salle de naissance, selon les modalités décrites ci-dessus. Par votre signature, vous confirmez avoir pris connaissance des informations délivrées dans ce document et déclarez vous sentir suffisamment informée.

Le/..../..... à

Signature :

Annexe III : Grille d'observation vierge

Observation	Présente	Absente	Commentaires
Accueil de la patiente/de l'accompagnant :			
Se présente			
Se situe vis-à-vis des autres acteurs du parcours (ex : une sage-femme de SDN qui prend la suite de la sage-femme du DAN, sera accompagnée d'une AP)			
Présente les différents intervenants de la PEC			
Présente les lieux			
Qualification des lieux (service/pièce) :			
- Utilisation du terme « salle de naissance »			
- Utilisation du terme « salle d'accouchement »			
- Utilisation du terme « bloc obstétrical »			
Autres termes utilisés :			
Temporalité de la délivrance des explications sur le déroulement de la PEC :			
- Explication de l'entièreté de la PEC à l'accueil			
- Explication étape par étape au cours de la PEC			
Autres temporalités :			
- Propose des pauses lors des explications en fonction de la situation émotionnelle de la patiente/de l'accompagnant			
Informations délivrées sur le déroulement des étapes de la PEC :			
- Déroulement détaillé de l'acte d'arrêt de vie			
- Déroulement détaillé du déclenchement			
- Déroulement détaillé de l'expulsion			
- Déroulement détaillé de la surveillance maternelle post-expulsion et de la PEC du corps			
Autres informations délivrées :			
Ressentis de la patiente/de l'accompagnant :			
Pose une question ouverte au sujet des ressentis de la patiente (comment vous sentez-vous, que ressentez-vous...)			
Pose une question fermée au sujet des ressentis de la patiente (ca va ?)			
Laisse des temps d'écoute sans intervenir. Quelle régularité ? Quelle durée ?			
Rassure d'emblée par « ça va aller »			
Autres moyens de réassurance :			
Interroge l'accompagnant (si présent) sur ses ressentis			
S'assure de l'analgésie de la patiente			
Prévient la patiente de ses gestes			
Attend l'accord de la patiente avant d'effectuer le geste			
Souhaits initiaux de la patiente/de l'accompagnant au sujet du fœtus :			
Se renseigne du projet de la femme/du couple vis-à-vis de la poursuite des investigations de la pathologie fœtale justifiant l'IMG (prélèvements, analyses génétiques, autopsie...)			
Se renseigne du projet de la femme/du couple vis-à-vis de la PEC du corps du fœtus (obsèques par les parents, crémation par l'hôpital)			
Se renseigne du projet de la femme/du couple vis-à-vis de la déclaration à l'état civil du fœtus			

Présence médicale dans la chambre :			
- Se rend en chambre de manière régulière (par exemple 1x par heure)			
- Se rend en chambre lorsqu'il y a une indication médicale (geste, surveillance)			
Autres rythmes de présence :			
Qualification du fœtus :			
Questionne à l'accueil en SDN (si non abordé lors de la consultation pré-IMG) sur le souhait de la patiente/du couple au sujet de la qualification du fœtus			
- Utilisation d'emblée du terme « bébé »			
- Utilisation d'emblée du terme « fœtus »			
- Utilisation d'emblée du terme « enfant »			
- Utilisation d'emblée du terme « fille/fils »			
Autres termes utilisés d'emblée :			
Atmosphère de la pièce :			
Utilise un ton de voix de volume réduit			
Diminue la luminosité (fenêtres, lumières artificielles)			
Effectue des gestes brusques (fermeture et ouverture de la porte de la pièce, déplacement d'objets)			
Présente une proximité physique avec la patiente (main sur l'épaule, serrer la main)			
S'assoit sur le bord du lit de la patiente			
Cache l'image de l'appareil d'échographie			
Coupe le son de l'appareil d'échographie			
Qualification de l'injection intracordone d'une drogue anesthésiante/analgsiante :			
- Utilisation du terme « endormir »			
- Utilisation du terme « anesthésie »			
- Utilisation des termes « absence de douleur fœtale »			
- Utilisation des termes « injection intracordone d'une drogue anesthésiante/analgsiante »			
Autres termes utilisés :			
Qualification du geste d'arrêt de vie fœtale (GAF) :			
- Utilisation du terme « avortement »			
- Utilisation du terme « fœticide »			
- Utilisation des termes « geste d'arrêt de vie fœtale »			
Autres termes utilisés :			
Qualification de l'absence induite d'activité cardiaque :			
- Utilisation du terme « mort »			
- Utilisation du terme « partir »			
- Utilisation des termes « absence d'activité cardiaque »			
Autres termes utilisés :			
Qualification de l'expulsion du fœtus :			
- Utilisation du terme « naissance »			
- Utilisation du terme « accouchement »			
- Utilisation du terme « accueil »			
- Utilisation du terme « expulsion »			
- Utilisation du terme « sortir »			
Autres termes utilisés :			

Dialogue verbale et non verbal durant l'expulsion :			
Reste silencieux(se)			
Explique ses gestes (toucher vaginal, manœuvre)			
Explique ce qu'elle /il voit (arrivée en siège, la tête sort, le corps suit)			
Rassure et guide la patiente si nécessité d'effectuer des efforts expulsifs			
Indique à l'accompagnant comment soutenir la patiente lors des efforts expulsifs			
Dispose un drap pour cacher le périnée à la patiente/l'accompagnant			
Souhaits de la patiente/du couple au sujet du fœtus suite à l'expulsion :			
Demande si les parents souhaitent avoir les empreintes du fœtus après avoir été réalisées			
Demande si les parents souhaitent avoir les photos du fœtus après avoir été réalisées			
Demande si les parents souhaitent voir le corps			
S'ils le souhaitent, les deux parents ? Seulement un des deux ? Simultanément ? L'un puis l'autre ?			
S'ils le souhaitent, explication préalable de l'aspect du fœtus (anomalies morphologiques, température du corps, aspect cutané...)			
S'ils le souhaitent, demande des modalités de présentation (une partie couverte, de loin seulement, le prendre dans les bras,)			
Autres modalités de présentation du fœtus (directement suite à l'expulsion, plus tard dans l'hospitalisation) :			
Prise en charge de la patiente/du couple suite à l'expulsion :			
Délivre les informations au sujet du post partum maternel			
Explique la PEC maternelle dans le service d'hospitalisation jusqu'à la sortie de la maternité			
Propose une PEC psychologique pour la patiente/le couple par un praticien habilité : psychologue/psychiatre			
Utilise le terme « deuil périnatal »			
Propose le contact d'associations de soutien et d'accompagnement spécialisées dans le deuil périnatal/dans les situations d'interruptions médicales de grossesses			
Evoque la possibilité et les modalités d'une prochaine grossesse			
Qualification du nouvel état familial de la patiente/du couple :			
Utilise d'emblée le mot « parents »			
Autres termes utilisés d'emblée :			
Reprise du terme utilisé par le couple, quel qu'il soit			
Demande à la patiente/au couple s'ils souhaitent être qualifiés de « parents »			
Propose l'utilisation des termes « paranges » (parents d'un ange) / « mamange » (mère d'un ange) / « papange » (père d'un ange)			

Annexe IV : Exemple de grille d'observation complétée (O₂)

Observation	Présente	Absente	Commentaires
Accueil de la patiente/l'accompagnant : 9h30 / APD : 13h30 / GAF : 15h10 / Dilapans : 16h15 / Expulsion : 23h08			
Se présente	X		« la SF qui vais m'occuper de vous aujourd'hui »
Se situe vis-à-vis des autres acteurs du parcours (ex : une sage-femme de SDN qui prend la suite de la sage-femme du DAN, sera accompagnée d'une AP)		X	
Présente les différents intervenants de la PEC		X	
Présente les lieux		X	
Qualification des lieux (service/pièce) :			
- Utilisation du terme « salle de naissance »		X	
- Utilisation du terme « salle d'accouchement »		X	
- Utilisation du terme « bloc obstétrical »		X	
Autres termes utilisés : /			
Temporalité de la délivrance des explications sur le déroulement de la PEC :			
- Explication de l'entièreté de la PEC à l'accueil		X	
- Explication étape par étape au cours de la PEC	X		A l'accueil : APD + PLA + GAF Après le GAF : le déclenchement Après le RAM : expulsion
Autres temporalités : /			
- Propose des pauses lors des explications en fonction de la situation émotionnelle de la patiente/de l'accompagnant	X		Douceur, écoute et réassurance après les pleurs
Informations délivrées sur le déroulement des étapes de la PEC :			
- Déroulement détaillé de l'acte d'arrêt de vie		X	« on va faire le PLA puis le geste »
- Déroulement détaillé du déclenchement	X		Détails gymiso, dilapans, RAM
- Déroulement détaillé de l'expulsion	X		Par SF ₂ après avoir demandé au couple comment l'envisage
- Déroulement détaillé de la surveillance maternelle post-expulsion et de la PEC du corps		X	Non évoqué
Autres informations délivrées : /			
Ressentis de la patiente/de l'accompagnant :			
Pose une question ouverte au sujet des ressentis de la patiente (comment vous sentez-vous, que ressentez-vous...)	X		« Comment ça s'est passé le geste ? » + « Comment vous vous sentez ? » à chaque passage
Pose une question fermée au sujet des ressentis de la patiente (ça va ?)		X	
Laisse des temps d'écoute sans intervenir. Quelle régularité ? Quelle durée ?	X		Lorsque prépare le matériel, ou durant le sondage urinaire
Rassure d'emblée par « ça va aller »		X	
Autres moyens de réassurance : Rideaux tirés à l'entrée de la chambre			
Interroge l'accompagnant (si présent) sur ses ressentis	X		« Est-ce que vous avez des questions Monsieur ? » Demande à conjoint comment il va, rappelle qu'il peut sortir.
S'assure de l'analgésie de la patiente	X		Après le GAF, avant le TV, et à chaque passage. SF ₁ explique qu'il y a un point d'honneur à ce que la patiente n'ait pas mal
Prévient la patiente de ses gestes	X		Systematiquement
Attend l'accord de la patiente avant d'effectuer le geste	X		Systematiquement
Souhaits initiaux de la patiente/de l'accompagnant au sujet du fœtus :			
Se renseigne du projet de la femme/du couple vis-à-vis de la poursuite des investigations de la pathologie foetale justifiant l'IMG (prélèvements, analyses génétiques, autopsie...)	X		A l'accueil, utilise les termes « d'avantages d'analyses »
Se renseigne du le projet de la femme/du couple vis-à-vis de la PEC du corps du fœtus (obsèques par les parents, crémation par l'hôpital)	X		« Vous souhaitez le prendre en charge c'est ça ? »
Se renseigne du projet de la femme/du couple vis-à-vis de la déclaration à l'état civil du fœtus		X	

Présence médicale dans la chambre :			
- Se rend en chambre de manière régulière (par exemple 1x par heure)		X	
- Se rend en chambre lorsqu'il y a une indication médicale (geste, surveillance)	X		Uniquement lorsque indication médicale qui concerne la SF
Autres rythmes de présence : Absente lors des gestes par anesthésiste, obstétricien, infirmière, etc.			
Qualification du fœtus :			
Questionne à l'accueil en SDN (si non abordé lors de la consultation pré-IMG) sur le souhait de la patiente/du couple au sujet de la qualification du fœtus	X SF ₂	X SF ₁	
- Utilisation du terme « bébé »	X SF ₂		Selon le souhait des parents.
- Utilisation d'emblée du terme « fœtus »		X	
- Utilisation du terme « enfant »	X SF ₂		Selon le souhait des parents.
- Utilisation d'emblée du terme « fille/fils »	X SF ₂		Utilisé spontanément même si ce n'était pas le mot qui avait été convenu.
Autres termes utilisés d'emblée :			
Atmosphère de la pièce :			
Utilise un ton de voix de volume réduit		X	Volume calme mais normal. Chuchotement durant le GAF par IDG et CDG.
Diminue la luminosité (fenêtres, lumières artificielles)	X		Seulement scialytique allumé, propose régulièrement d'adapter la lumière.
Effectue des gestes brusques (fermeture et ouverture de la porte de la pièce, déplacement d'objets)		X	Geste normaux
Présente une proximité physique avec la patiente (main sur l'épaule, serrer la main)		X	
S'assoit sur le bord du lit de la patiente		X	Reste debout face à eux, puis s'assoit sur le tabouret à proximité d'eux.
Cache l'image de l'appareil d'échographie		X	IDG et CDG ne cachent pas l'écran (patiente ne voit pas, mais conjoint si)
Coupe le son de l'appareil d'échographie	X		
Qualification de l'injection intracordale d'une drogue anesthésiante/algésiante :			
- Utilisation du terme « endormir »		X	
- Utilisation du terme « anesthésie »		X	
- Utilisation des termes « absence de douleur fœtale »		X	
- Utilisation des termes « injection intracordale d'une drogue anesthésiante/algésiante »		X	
Autres termes utilisés : Non évoquée			
Qualification du geste d'arrêt de vie fœtale (GAF) :			
- Utilisation du terme « avortement »		X	
- Utilisation du terme « foeticide »	X		Dans poste de soin, ou par l'équipe entre elle.
- Utilisation des termes « geste d'arrêt de vie fœtale »	X		
Autres termes utilisés : CDG & SF : « le geste » avec la patiente, IDG « le geste pour que le cœur s'arrête »			
Qualification de l'absence induite d'activité cardiaque :			
- Utilisation du terme « mort »		X	
- Utilisation du terme « partir »		X	
- Utilisation des termes « absence d'activité cardiaque »		X	
Autres termes utilisés : CDG : « Le geste s'est déroulé sans difficulté »			
Qualification de l'expulsion du fœtus :			
- Utilisation du terme « naissance »	X		Proposé par SF ₂
- Utilisation du terme « accouchement »	X		Proposé par SF ₂ , terme choisi par la patiente et utilisé par la suite.
- Utilisation du terme « accueil »		X	
- Utilisation du terme « expulsion »	X		Proposé par SF ₂
- Utilisation du terme « sortir »		X	
Autres termes utilisés : /			

Dialogue verbale et non verbal durant l'expulsion :			
Reste silencieux(se)		X	
Explique ses gestes (toucher vaginal, manoeuvre)	X		« Je vous examine pour voir si 2 ^{ème} poche des eaux »
Explique ce qu'elle /il voit (arrivée en siège, la tête sort, le corps suit)	X		« Ah c'est le bébé », « La tête est sortie madame »
Rassure et guide la patiente si nécessité d'effectuer des efforts expulsifs	Pas d'efforts expulsifs nécessaires		
Indique à l'accompagnant comment soutenir la patiente lors des efforts expulsifs		X	Conjoint absent à ce moment là
Dispose un drap pour cacher le périnée à la patiente/l'accompagnant	X		Lors de chaque examen/sondage
Souhaits de la patiente/du couple au sujet du fœtus suite à l'expulsion :			
Demande si les parents souhaitent avoir les empreintes du fœtus après avoir été réalisées	Non observé		
Demande si les parents souhaitent avoir les photos du fœtus après avoir été réalisées	Non observé		
Demande si les parents souhaitent voir le corps	X		Inscrit dans CS DAN. A l'accueil : « Est-ce que vous savez si vous voulez voir le corps ? », Au relais en reprenant les mots de SF : « Est-ce que c'est bien dans un linge ? »
S'ils le souhaitent, les deux parents ? Seulement un des deux ? Simultanément ? L'un <u>puis</u> l'autre ? Pas de question sur la différence entre les souhaits de l'homme et de la femme, proposition de ensemble.			
S'ils le souhaitent, explication préalable de l'aspect du fœtus (anomalies morphologiques, température du corps, aspect cutané...)	X		Répond à la demande de la patiente, qui spontanément demande juste le visage et qu'on lui décrive au préalable
S'ils le souhaitent, demande des modalités de présentation (une partie couverte, de loin seulement, le prendre dans les bras,)	X		
Autres modalités de présentation du fœtus (directement suite à l'expulsion, plus tard dans l'hospitalisation) : /			
Prise en charge de la patiente/du couple suite à l'expulsion :			
Délivre les informations au sujet du post partum maternel	X		Grandes lignes (2h en SDN, puis SDC, et retour à domicile le lendemain)
Explique la PEC maternelle dans le service d'hospitalisation jusqu'à la sortie de la maternité	X		« Une sage-femme passera vous voir »
Propose une PEC psychologique pour la patiente/le couple par un praticien habilité : psychologue/psychiatre		X	
Utilise le terme « deuil périnatal »	X		« Deuil » utilisé à l'accueil par CDG
Propose le contact d'associations de soutien et d'accompagnement spécialisées dans le deuil périnatal/dans les situations d'interruptions médicales de grossesses		X	
Evoque la possibilité et les modalités d'une prochaine grossesse		X	
Qualification du nouvel état familial de la patiente/du couple :			
Utilise d'emblée le mot « parents »	Non observé Non pertinent car déjà parents ?		
Autres termes utilisés d'emblée : Ne sait pas (partie)			
Reprise du terme utilisé par le couple, quel qu'il soit			
Demande à la patiente/au couple s'ils souhaitent être qualifiés de « parents »			
Propose l'utilisation des termes « <u>paranges</u> » (parents d'un ange) / « <u>mamange</u> » (mère d'un ange) / « <u>panange</u> » (père d'un ange)			

- Terme : XX SA + X j
- SF₁ : diplômée en 2022, a seulement exercé dans ce type 3 depuis. Aucune formation notable.
- SF₂ : diplômée en 2022, depuis exercice en maternité type 2B puis type 3. Aucune formation notable.
- Présence : 08h30 -> 23h30

Journal de bord :

- SF₂ à l'expulsion : « votre fille est née » : Mots utilisés spontanément et pas ceux qui avaient été convenus précédemment.
- Conjoint : « vous l'avez tué », « déchirez-la », « je suis trop saoulé moi », « mal ou pas mal tu as dit oui hein », « vous avez tué le bébé et vous ne faites rien ». Comment réagir face à des réactions parfois étonnantes et violentes ?
- 10h : Patiente vue d'abord par CDG connaissant déjà le couple (consultation au DAN). Explication entière PEC. Réassurance : « C'est long mais c'est normal. C'est aussi pour le processus de deuil. » Assise face à eux.
- 11H30 : Vue ensuite par SF, ne réexplique pas car patiente explique avoir compris la PEC et attendre la pose de la péridurale.
- PEC retardée par forte activité en SDN : patiente vue 1 fois entre 9h30 et 15h30, SF peu présente avant le début du déclenchement, coordonne tous les intervenants à distance.
- Discussion avec SF de garde, qui a 5 mois de diplôme -> mal à l'aise au moment de l'expulsion quand attente de l'IDG pour l'écho de vacuité car explique n'avoir rien à dire, choix du silence qui au final n'entraînerait pas de malaise selon son expérience. Décrit manquer d'expérience, se sentir jeune, peur de ne pas avoir les bons mots. Explique que détailler la technique à la patiente est parfois difficile d'un point de vue des connaissances. Ne se sentait pas prête à prendre en charge des IMG en sortant de l'école, par manque de cours et car n'en a jamais vu en tant qu'étudiante sage-femme.
- 20h : Relai SF₂ dont c'est la 1^{ère} IMG. SF₂ conseillée par SF expérimenté 5 minutes avant sur ces questions :
 - « Quel mot voulez-vous que j'emploie ? accouchement, naissance, expulsion ? »
 - « Est-ce qu'on va parler d'enfant, de fœtus, de bébé ? »
 - « Est-ce que vous connaissez le sexe ? Voulez-vous donner un prénom ? »
 - « Comme on ne se connaît pas, c'est pour que l'on vous accompagne au mieux »
 - « Pour l'accouchement, comment est-ce que vous envisagez les choses ? Il y a 2 possibilités : soit comme un accouchement où on s'installe et on pousse, soit on laisse les CU faire leur travail et on accueille juste bébé ? ».

Communication des sages-femmes lors de la prise en charge des interruptions médicales de grossesse en salle de naissance

Résumé

Lors de la prise en charge, en salle de naissance, d'une femme vivant une interruption médicale de grossesse, les sages-femmes peuvent rencontrer des difficultés à communiquer alors qu'elles jouent justement un rôle crucial.

Notre étude a pour objectif d'évaluer la qualité de la communication, verbale et paraverbale de ces sages-femmes, à la lumière des recommandations des autorités de santé.

Pour répondre à notre objectif, nous avons élaboré une étude qualitative observationnelle structurée participative et monocentrique, consistant en six observations réalisées au sein d'une maternité de type 3, et un recueil de données grâce à une grille d'observation.

Il apparaît que la communication a souvent été très bienveillante, personnalisée à chaque étape de l'IMG, mais a parfois manqué de clarté.

L'IMG étant un sujet sensible, la perspective d'amélioration de la communication résiderait dans la mise en place d'un soutien au sein des équipes, et le renforcement des formations initiales et continues.

Mots-clés : Communication verbale et non verbale □ Sage-femme □ Interruption médicale de grossesse □ Salle de naissance

Abstract

During the care of a woman undergoing an abortion care on medical grounds in the delivery room, midwives may encounter communication difficulties, even though they play a crucial role.

The aim of our study is to evaluate the quality of verbal and paraverbal communication of these midwives, in light of the recommendations of health authorities.

To meet our objective, we developed a structured participatory single-center qualitative observational study consisting of six observations in a type 3 maternity hospital and data collection using an observation grid.

It appears that the communication was often very benevolent, personalized at each stage of the IMG, but sometimes suffered a certain lack of clarity.

As IMG is a sensitive subject, the prospect of improving communication would lie in the establishment of support within the teams and the reinforcement of initial and ongoing training.

Keywords : Verbal and nonverbal communication □ Midwife □ Abortion care on medical grounds □ Delivery room