

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEES UNIVERSITAIRES 2015-2020

Etude du vécu de la mortalité prénatale, au sein du binôme sage-femme – auxiliaire de périnatalité dans les maternités de Loire Atlantique et Vendée

Mémoire présenté et soutenu par : Johanna Brossard

Née le 5 juillet 1996

Direction de mémoire :

Mme Régine Greiner & Mr Marc Zaffran

Sage-femme guidante : Mme Isabelle Derrendinger

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat en Maïeutique

Table des matières

Remerciements	
Glossaire	
I. INTRODUCTION	1
A. Généralités	1
Définitions	1
Etat des lieux en France	2
B. Le deuil	3
Définition	3
Le processus de deuil	3
Le deuil périnatal.....	4
C. Soignant, deuil périnatal et vécu	4
Attentes de la population vis-à-vis du soignant	4
Rôles du soignant	5
Mécanismes de défense individuels des soignants	7
II. TRAVAIL DE RECHERCHE	9
A. Etats des lieux en Pays de Loire	9
B. Matériels et méthodes de réalisation.....	11
C. Présentation et analyse des résultats	12
L'annonce.....	13
L'accompagnement per partum	16
1.L'accompagnement du travail.....	16
2.L'accompagnement de l'expulsion.....	17
L'accompagnement post partum	19
1.La préparation du corps	19
2.La présentation du corps	20
Le binôme	22
D. Discussion.....	22
Axes d'amélioration.....	23
Limite / difficultés rencontrées	24
III. CONCLUSION.....	25
Annexes	
Bibliographie	
Résumé.....	

Remerciements

Ce travail de recherche n'aurait pas pu voir le jour sans l'accompagnement dévoué de Mme Derrenderinger Isabelle, sage-femme et directrice de l'école de sages-femmes du CHU de Nantes.

Également, pour son soutien et son aide précieuse sur la partie psychologique de ce travail, je tiens tout particulièrement à remercier Mme Greiner Régine, psychologue en périnatalité au sein du CHU de Nantes.

Pour leur participation dans leurs réponses au questionnaire, je remercie les équipes de sages-femmes et d'auxiliaires de périnatalité des maternités : le CHU de Nantes, la Clinique Jules Vernes, le CHD de la Roche sur Yon, la Clinique St Charles, le CH de Châteaubriant, le CH de Fontenay Le Comte, le CHLVO de Challans, et le CH des Sables d'Olonne.

Je tenais également à remercier Mr Zaffran Marc pour ses lumières dans la qualité rédactionnelle de ce mémoire.

Je tiens à dédier une partie de mon mémoire à ma tante Mme Rivière Laetitia, infirmière, pour son implication des plus importantes dans ce travail de longue haleine.

Pour finir, une pensée toute particulière à mon conjoint, ma famille et mes amies y compris celles de l'école de sage-femme de Nantes, Marion, Mélanie, Marine, Alexia et bien d'autres, grâce auxquelles, j'ai pu mener à bien, ce travail de recherche.

Glossaire

AP: Auxiliaire de périnatalité

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

DU : Diplôme Universitaire

FCT : Fausse Couche Tardive

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFIU : Mort Fœtale In Utero

SA : Semaines d'Aménorrhée

SDN : Salle De Naissance

SF : Sage-femme

RU : Rupture Utérine

UGO : Urgences Gynéco-Obstétriques

I. INTRODUCTION

A. Généralités

Lors d'un stage en salle de naissance en 3^{ème} année d'étude, nous avons pris en charge, la sage-femme de garde et moi, un couple, pour menace d'accouchement prématuré à 25 SA + 6 jours dans un centre de type 1. Malheureusement, la présentation étant en siège lors de l'accouchement, une complication est survenue (rétention sur tête dernière), entraînant le décès du bébé.

Les équipes soignantes l'ont très mal vécu et ont soulevé le problème du manque de prises en compte du vécu des équipes lors d'une situation de ce type.

Cependant, comment savoir gérer ce type d'évènement et les émotions qu'il génère auprès des parents, alors qu'il déstabilise également les soignants eux-mêmes ?

Il existe de nombreuses références dans la littérature destinées au deuil des parents, au vécu des situations difficiles dans les milieux infirmiers, en soins palliatifs et bien d'autres, mais peu d'ouvrages traitent du ressenti des sages-femmes et auxiliaires de périnatalité prenant en charge ces décès fœtaux.

C'est ainsi que j'ai souhaité réaliser ce travail de recherche, afin d'apporter des éléments de compréhension sur le ressenti des équipes, et plus particulièrement du binôme au cœur de l'évènement, et proposer des axes d'améliorations de nos pratiques.

Définitions

Il existe différents types de mortalité dans le cadre de la périnatalité [1] :

- la mortinatalité : il s'agit d'un décès après 22 SA (8,9/1000 naissances en France [2]),

- la mortalité prénatale définit l'ensemble des décès ayant eu lieu avant l'expulsion du fœtus sans limite de viabilité.

- la mortalité périnatale correspond aux morts nés et les enfants décédés entre la naissance et le 7ème jour de vie,

- et la mortalité néonatale qui correspond à un décès entre le jour de naissance et les 27 premiers jours de vie.

« La mortinatalité est d'autant plus importante que la grossesse se termine précocement : elle concerne un enfant sur deux pour les très grands prématurés (avant 28 SA) contre un sur sept cents pour les enfants nés à terme (avant 37 SA). Le taux de mortinatalité totale est plus élevé chez les mères âgées de moins de 20 ans ou d'au moins 40 ans. Il est trois fois plus important en cas de naissance gémellaire qu'en cas de naissance unique. » [2]

Trois évènements distincts peuvent être à l'origine de cette mortalité prénatale : les Fausses Couches Tardives (FCT), les Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) et les Morts Fœtales In Utéro (MFIU).

Avant 22 semaines d'aménorrhées (SA), on parle de Fausse Couche, précoce avant 16 SA, tardive entre 16 et 22SA.

L'IMG est une IVG pouvant être réalisée après 14SA pour des raisons médicales concernant le fœtus ou la mère, soit parce que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la mère, soit pour anomalie grave du fœtus reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Dans le cadre de la Loi française, elle peut se pratiquer sans restriction de délai. La décision est prise par les parents ou par la femme enceinte seule. Elle doit être attestée par un CPDPN, avant tout acte. [3]

Marie José Soubieux, pédopsychiatre et psychanalyste, a écrit *« en dépit des soulagements qu'elle peut apporter, elle n'est pas sans conséquence sur le plan psychique tant pour les futurs parents que pour l'ensemble de la famille, et les équipes qui les accompagnent. »*. [4]

La MFIU correspond au décès fœtal survenant avant la limite de viabilité, soit à partir de 22 SA révolues, mais avant la phase de travail.

L'accompagnement du couple par l'équipe soignante se fait en fonction de la nature et du contexte du décès prénatal.

Etat des lieux en France

Les données actuelles sont pauvres : en 2017, le nombre de naissances totales étaient approximativement de 772000, dont environ 6600 étaient des accouchements de mort-nés ce qui représente environ 9 décès pour 1000 naissances.

Parmi ces 6600 naissances, 4300 étaient des MFIU (65%) soit 6 pour 1000 naissances et 2200 des IMG (35%) soit 3 décès pour 1000 naissances. [5]

B. Le deuil

Définition

Le deuil est défini comme un processus où l'individu apprend à vivre sans la personne ou l'objet perdu. La perte de quelqu'un est un événement très singulier et complexe car le vécu ne sera pas le même en fonction de la personne qui le vit. Le rapport à la mort, surtout quand il s'agit d'une grossesse, est différent selon la sensibilité et la personnalité de chacun.

Pour le comprendre, des psychiatres et psychanalystes du XXème siècle tels qu'Elisabeth Kübler-Ross et David Kessler ont décrit différentes étapes qui s'inscrivent dans ce processus.

Le processus de deuil

Le processus de deuil est un événement psychique très complexe qui a été décrit en plusieurs étapes, répondant au nombre de cinq [6] :

- Le déni ou la sidération psychique est la première étape de ce processus de deuil. L'individu se sent comme coupé de la réalité, mais tout en mémorisant inconsciemment les détails autour de lui. Il ne comprend pas ce qui se passe tellement son esprit est sidéré par l'inattendu.

- La colère est la seconde phase décrite. La personne ressent comme un sentiment d'injustice face à ce qui lui arrive et l'exprime à travers cet état de colère.

- La négociation ou marchandage est une phase assez complexe du deuil. Elle induit une frustration de l'endeuillé essayant de négocier au regard de la situation. Par exemple : « pourquoi suis-je encore là et pas lui ? »

- La dépression est une phase variant dans la durée, qui se caractérise par une grande tristesse, des remises en question, de la détresse.

- L'acceptation est la dernière étape. Elle implique que la personne endeuillée puisse recommencer à vivre sans forcément penser à l'être perdu, ou du moins, à ne plus le ressentir comme de la tristesse.

Leur enchaînement n'est pas universel, et toutes ne sont pas obligatoires lors d'un deuil, mais deux sont nécessaires : le déni et l'acceptation.

Connaitre ce processus de deuil, aussi appelé « courbe du changement » pourrait permettre de comprendre le temps d'intégration, variable selon les individus, face à ce deuil, souvent violent, afin d'appréhender au mieux l'accompagnement des personnes.

Le deuil périnatal

Cette notion de deuil périnatal est importante. En effet, il est la suite inévitable après un décès fœtal et fait partie intégrante des métiers de sage-femme et d'auxiliaire de périnatalité. Il incombe au soignant d'accompagner au mieux les parents dans cet événement complexe, intime et singulier.

Dans l'ouvrage de Marie José Soubieux, il est décrit comme « *deuil bien singulier, également au regard des réactions de l'entourage et de la société.* » [7]. Il n'inclut donc pas seulement les parents, mais aussi la famille, les amis, et l'équipe soignante : sages-femmes, auxiliaires de périnatalité, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, étudiant(e)s etc...

Les équipes soignantes doivent donc être préparées et formées, afin de pouvoir accompagner au mieux les parents face à ce traumatisme.

C. Soignant, deuil périnatal et vécu

Attentes de la population vis-à-vis du soignant

De manière générale, la principale qualité du soignant attendue lors d'un événement de ce type est l'**empathie**. Ce sentiment, est défini comme la capacité à essayer de comprendre ce que ressent autrui. C'est l'une des principales caractéristiques dont le professionnel de santé doit faire preuve en tout temps. Plus particulièrement dans le cas d'un deuil périnatal, il doit accueillir et accompagner la douleur que provoque la perte de cet être.

Les capacités de **soutien** et **d'écoute**, quant à elles sont fondamentales, afin que les patients se sentent pris en charge de façon sécurisée, non seulement sur le plan médical, mais

aussi d'un point de vue psychologique. Les sages-femmes et auxiliaires de périnatalité font d'ailleurs partie des professions qui demandent une grande capacité d'écoute, pour les parents, la famille et leurs collègues.

Par ailleurs, le **respect**, le **non-jugement** et la **neutralité**, sont des qualités toutes aussi importantes et attendues de la part des soignants. En effet, dans les domaines gynécologique et obstétrique, les sages-femmes et auxiliaires de périnatalité prennent en charge des patientes venant de tous horizons, cultures ou religions, il est donc nécessaire d'avoir ces qualités.

Lorsqu'une personne choisit de travailler en tant que professionnel de santé, il est nécessaire pour lui/elle d'avoir une certaine résilience et résistance psychologique face aux événements auxquels ils peuvent être confrontés (violences, mots difficiles, décès, comportements agressifs...)

Rôles du soignant

Ainsi, la place du soignant est primordiale dans l'accompagnement des familles.

Alors, sa manière d'agir, de parler et d'accompagner, peut-elle modifier le vécu des parents ?

Spécifiquement liée à la périnatalité, la sage-femme peut réaliser le suivi de grossesse et gynécologique des patientes (dans les limites de ses compétences), réaliser les échographies obstétricales si celle-ci est détentrice d'un DU, et peut être amenée à annoncer la mort du fœtus aux parents. [8]

L'une des nombreuses missions de la sage-femme est l'accompagnement de la parturiente lors du travail et de l'accouchement, lui permettant ainsi de donner la vie. Mais le rôle de la sage-femme ne se limite pas à cela.

Dans le cadre d'une FCT/MFIU ou IMG, la sage-femme doit apporter les soins au fœtus (toilette, empreintes, photos etc..) et le présenter aux parents s'ils le souhaitent.

Dans l'ICM (International Confederation of Midwives) de 2010, révisée en 2013, il est stipulé qu'un des rôles des sages-femmes est d'« aider les parents à surmonter leur peine en cas de fausse couche, d'accouchement d'un bébé mort-né, de malformations congénitales ou de décès néonatal ».[9]

Spécifiquement liées aux sages-femmes, *« plusieurs études montrent qu'elles sont dans la position idéale pour accompagner, tant médicalement que psychologiquement, les*

patientes confrontées à une interruption de grossesse (Bewley, 1993 ; Garel, et al., 2007) ; même si ces situations font partie de leurs prérogatives, il n'empêche qu'elles se retrouvent prises entre leurs devoir professionnel et leur positionnement éthique (Devane, et al., 2000)[...] allant parfois jusqu'à interroger leur identité professionnelle. » [10]

Parallèlement, l'accompagnement des couples par la sage-femme peut être réalisé en présence de l'auxiliaire de périnatalité qui, elle aussi, a un rôle essentiel dans la prise en charge.

En effet, parmi leurs nombreux rôles dans les milieux paramédicaux et sociaux, complémentaires à ceux de la sage-femme, notamment dans la période périnatale, les auxiliaires de périnatalité, participent à l'accompagnement du travail et de l'accouchement de la parturiente, à la surveillance post partum du nouveau-né, et à ses soins, qu'il soit né vivant ou décédé. Tous ces rôles, en gardant à l'esprit la nécessité d'empathie, de respect, de soutien et d'écoute.

Pour illustrer ce propos, citons une source du Ministère des Solidarités et de la Santé : *« Leur rôle s'inscrit donc dans une approche globale prenant en compte non seulement la dimension relationnelle des soins mais aussi la communication avec la famille dans le cadre de l'accompagnement à la parentalité. » [11]*

Cependant, la force du binôme sage-femme/ auxiliaire de périnatalité se traduit par sa capacité à accompagner la vie mais aussi la mort, plus particulièrement dans le cas d'un deuil périnatal.

L'annonce, qu'elle soit réalisée par la sage-femme, le gynécologue obstétricien ou d'autres professionnels, est, comme il est écrit dans l'œuvre de Marie José Soubieux : *« c'est bien à ce moment-là, extrêmement sensible que plusieurs voies d'élaboration psychique de ce traumatisme et de cette perte sont possibles. [12] C'est bien à ce moment-là que tout le soutien des équipes est indispensable. [...] Pour les équipes, mêmes très impliquées, cet évènement reste ponctuel ; pour les couples, le reste de leur vie en portera la trace. » [13]*

Il est donc important de recevoir une formation adaptée et de réaliser des transmissions orales et écrites de qualité. La cohésion au sein de l'équipe est fondamentale.

Claudine Schalck, ancienne sage-femme, a écrit que le deuil périnatal est *« un évènement potentiellement traumatique pour les soignants »*, ainsi il est la *« deuxième victime de la mort périnatale » [14]*

Afin de se préserver sur le long terme, les soignants peuvent mettre en place des mécanismes de défenses ou comportements défensifs inconscients, nécessaires

Mécanismes de défense individuels des soignants

Pour illustrer les propos précédents, j'ai choisi un des ouvrages d'Henri Chabrol, dans lequel est écrit :

« Notre résilience, notre capacité à faire face aux tensions, aux conflits, aux dangers perçus à l'intérieur de nous ou dans le monde extérieur, mobilise deux types d'opérations mentales, les mécanismes de défenses et le processus de coping. » [15]

« Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié irrésistible, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité. » alors qu' *« une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). »* (Bruchon-Schweitzer, 2010) [16]

Dans leurs écrits « Les mécanismes de défense théorie et clinique », S.Ionescu, M-M.Jacquet et C.Lhote ont su tirer une définition de ce terme :

« Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes, et dont les manifestations/comportements, idées ou affects-peuvent être inconscientes ou conscientes ». [17]

Par ailleurs, l'étude de M. Ruzniewski, psychologue clinicienne, associe à ce terme celui de comportements défensifs. Il diffère *« des mécanismes de défense par la conscience de l'action menée même si l'action de départ peut rester inconsciente »* [18].

Elle décrit dans son étude, pas moins de neuf comportements défensifs du professionnel soignant. Les quatre principaux étant le mensonge (mécanisme de défenses de l'« urgence »), la fausse réassurance, la fuite en avant, et l'identification projective (comparaison).

A cela, peuvent s'ajouter cinq autres comportements défensifs tels que l'esquive, la banalisation, l'évitement, la rationalisation, et la dérision.

Ces mécanismes et comportements défensifs sont les premiers mis en place face à une situation particulièrement complexe. Mais il existe des stratégies de soutien, individuelles ou collectives, utilisées parfois à distance de la difficulté et qui ont pour but de rallier le professionnel à la réalité de l'évènement. Nous les aborderons ultérieurement.

II. TRAVAIL DE RECHERCHE

A. Etats des lieux en Pays de Loire

Pour effectuer ce travail, nous avons répertorié, grâce aux chiffres du Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire, le nombre de décès prénataux en 2018.

En 2018, selon le bilan d'activité des maternités des Pays de la Loire, le nombre de naissances est en baisse depuis 2013. En effet, environ 39 600 naissances ont eu lieu en Pays de Loire, durant l'année 2018, contre 43 800 en 2013, soit une baisse de 9,5% des naissances. [19]

La majorité des naissances (environ 50%) ont lieu dans des établissements publics et de type 2.

Le taux de mortinatalité totale pour 1000 naissances est stable depuis 2013. En effet, 6,9 naissances pour 1000 concernent des cas de mortinatalité dont 3,4 naissances pour 1000 concernent une IMG après 22 SA et 3,5 naissances pour 1000 concernent des situations de morts fœtales in utéro en 2018. [19]

Selon les indicateurs de santé périnatale publiés en 2017, des données concernant la mortinatalité et la mortalité périnatale ont été classées par Région et par type d'établissement de ces régions. [20]

Dans les maternités de type 1 des Pays de Loire, environ 7400 naissances totales ont eu lieu en 2017. Le taux de mortinatalité pour 1000 naissances s'élevant à 2,68 dont 2,28 concernant les FCT/MFIU.

Au sein des maternités de type 2A, environ 12700 naissances totales ont été répertoriées. Le taux de mortinatalité pour 1000 naissances étant calculé à 4,57 dont 3,7 concernant les mort-nés spontanés.

Pour les maternités de type 2B, environ 8800 naissances totales étaient enregistrées. Le taux de mortinatalité pour 1000 naissances correspondant à 4,53 dont 3,85 concernant les mort-nés spontanés.

Pour finir, concernant les maternités de types 3, on comptait environ 11500 naissances totales. Le taux de mortinatalité pour 1000 naissances estimé à 15,48 dont 9,74 concernant les

mort-nés spontanés, représentant des taux plus élevés que les types 2A proportionnellement au nombre de naissances totales.

Ce chiffre pouvant s'expliquer par la prise en charge à un âge gestationnel plus précoce et la prise en charge de pathologies maternelles et fœtales des maternités de type 3.

Globalement, j'ai constaté que le taux de mortinatalité diminue de façon inversement proportionnelle avec l'augmentation de l'âge gestationnel et le poids de naissance.

*TABLEAU I : Indicateurs de la santé périnatale 2017, dans les maternités de Pays de Loire**

Types de maternités	Naissances totales	Dont mort-nés			Taux de mortinatalité		
		Totaux	Dont mort Spontanée	Dont mort provoquée	Total	Dont mort spontanée	Dont mort provoquée
Type 1	7462	20	17	3	2,68	2,28	0,40
Type 2A	12688	58	44	14	4,47	3,47	1,10
Type 2B	8821	40	34	6	4,53	3,85	0,68
Type 3	11500	178	112	66	15,48	9,74	5,74

* Basé sur les données du Scan Santé – Indicateurs de la santé périnatale de 2017

Etats des lieux en Loire Atlantique et Vendée

En 2017, approximativement 17000 naissances ont été enregistrées en Loire Atlantique, soit environ 42% des naissances des Pays de Loire. Ce nombre montrait une légère baisse par rapport à 2016 (0,9%).

Avec les chiffres du Scan Santé [20], nous avons constaté, pour l'année 2017, un taux de mortalité prénatale de 0.8% en Loire Atlantique. Ce taux reste faible.

En Vendée, en 2017, environ 5100 naissances ont été répertoriées dans le département de la Vendée soit 12,6% des naissances des Pays de Loire. Ces données indiquaient également une baisse d'1,5% par rapport à l'année 2016.

B. Matériels et méthodes de réalisation

Pour réaliser ce travail, une étude descriptive rétrospective multicentrique a été réalisée parmi 8 maternités de niveaux différents des Pays de Loire (une maternité de type 3 (CHU de Nantes), trois maternités de type 2 (Maison de la Naissance Jules Verne, CH de Châteaubriant et CHD de la Roche sur Yon), et quatre maternités de type 1 (CH de Fontenay le Comte, CH de Challans, Clinique St Charles, et CH Côte de Lumière des Sables d'Olonne) ayant répondu favorablement sur les 11 sollicitées.

Le lieu de l'enquête a été fonction du territoire de mes études (en Pays de Loire) et pour une meilleure faisabilité au vu de la proximité de ces établissements de santé.

Cette étude a été effectuée par le biais d'un questionnaire d'administration directe. La population ciblée comprenait les équipes de sages-femmes et auxiliaires de périnatalité (auxiliaires de puériculture et aides-soignantes) ayant vécu des situations de décès périnatal.

Le questionnaire comportait 37 questions et sous-questions de natures différentes allant des questions fermées à choix simple et à choix multiples, en passant par des questions à réponse courte, afin de permettre une exhaustivité des données.

Au regard de mes expériences passées en SDN au cours de ces cinq dernières années, j'ai souhaité enrichir ma pratique et mon identité professionnelle.

Dans l'optique d'infirmier ou de confirmer mes constats et représentations en tant que professionnelle, lors du vécu d'un décès prénatal, voici les hypothèses que j'ai choisi d'explorer pour répondre à cette problématique :

- Le binôme sage-femme / auxiliaire de périnatalité vit de manière moins difficile les situations d'IMG que celles de MFIU/ FCT.
- Les soignants ayant eu une formation sur le deuil périnatal vivent moins difficilement la prise en charge de ces situations.
- L'étape la plus difficile à vivre dans la prise en charge du couple est l'accouchement.

- Lorsque les rôles au sein du binôme sont clairement définis, le duo se sent plus à l'aise dans la prise en charge du couple et du mort-né.
- Les professionnels éprouvent un besoin de parler des situations auxquelles ils font face.
- Une pause professionnelle est nécessaire après une situation de mortalité fœtale.
- Un évènement de deuil périnatal peut affecter la relation au sein du binôme.

C. Présentation et analyse des résultats

Généralités

Au total, sur 360 questionnaires distribués, 143 réponses ont été recueillies sur l'ensemble des 8 maternités dont 11 n'étaient pas exploitables du fait de réponses incomplètes, donc un total de 132 réponses.

Le taux de réponses recueillies est donc de 36.7%, dont 29.5% concerne la maternité de type 3 (CHU de Nantes), 18.9 % les maternités de type 2b, 19.7 % les maternités de type 2a et 31.8 % les quatre maternités de type 1.

En tout, 94 sages-femmes (71,2%) et 38 auxiliaires de périnatalité (28,8%) ont répondu. Parmi elles, 32.3% de sages-femmes travaillent dans une maternité de niveau 1, 39.4% dans un niveau 2 et 28.3 % dans un niveau 3.

Concernant les auxiliaires de périnatalité, 39.5% d'entre eux exercent au sein d'un établissement de type 1, 27.9% dans un type 2 et 32.6% exercent dans une maternité de type 3.

Le nombre d'années d'exercice de la profession de sage-femme répondant à cette étude varie entre 1mois et 39années. La moyenne d'années d'exercice de cette population est donc de 14,5ans. Effectivement, 16% d'entre elles ont maximum 5années d'expérience, 24,5% d'entre elles entre 5 à 10ans, 37,2% entre 10 et 20ans et 22,3% exercent leur profession depuis plus de 20ans. (*Cf Annexe II*)

Parmi les sages-femmes, 18,1% n'ont pas bénéficié d'une formation dédiée au deuil périnatal, 38,3% ont eu une formation durant leurs études, 28,7% des formations continues

pendant leur carrière, et 14,9% ont pu s'appuyer sur les deux pour accompagner les mortinatalités. (Cf Annexe III)

Quant aux auxiliaires de périnatalité, leur nombre d'années d'exercice varie énormément lui aussi, allant de 3mois d'expérience à 37ans. En moyenne, les auxiliaires de périnatalité ont 13,8années d'exercice à leur actif. En effet, 31,6% d'entre elles ont maximum 5années d'expérience, 21,1% d'entre elles, entre 5 à 10ans, 21,1% entre 10 et 20ans et 26,3% exercent leur profession depuis plus de 20ans. (Cf Annexe II)

Parmi les auxiliaires, 44,7% n'ont bénéficié d'aucune formation sur le deuil périnatal et comment l'accompagner, 39,5% ont eu une formation initiale lors de leurs études, 13,2% ont participé à des formations continues durant leur carrière, et 1 seule a pu bénéficier des deux types de formations. (Cf Annexe III)

Nous remarquons donc que, dans le cadre du deuil périnatal, très peu de sages-femmes et d'auxiliaires ont eu la chance de pouvoir bénéficier des deux types de formation, et qu'un tiers des sages-femmes et un dixième des auxiliaires ont pu participer à un renouvellement des connaissances et des pratiques sur ce sujet.

Pourtant, dans la circulaire interministérielle de juin 2009, il est écrit « *La participation à des sessions de formation continue, régulièrement renouvelées, est en effet un moyen efficace pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.* »[21]

Afin de mieux comprendre la présentation des résultats, nous allons différencier le vécu selon s'il s'agit d'une FCT/MFIU ou d'une IMG, puis, le vécu des sages-femmes d'une part et celui des auxiliaires de périnatalité, d'autre part.

L'annonce

Les personnes ayant répondu à ce questionnaire ont toutes vécu une situation de mortalité prénatale (FCT, MFIU, IMG etc..).

Sur l'ensemble des réponses, 60% ont vécu plus d'une situation de décès prénatal marquante dans leur carrière avec un total de 326 situations dont 60% de FCT/MFIU et 40% d'IMG quel que soit le terme ou le contexte.

En tout, concernant la participation à l'annonce du décès, sur les situations rapportées par les sages-femmes, dans 49% des cas, elles ont participé à l'annonce. Et parmi les

situations rapportées par les auxiliaires de périnatalité, dans 30,8% des cas, elles ont participé à l'annonce.

En général, l'annonce était faite avec un gynécologue obstétricien ou avec le binôme de l'équipe. Dans de très rares cas, l'annonce était accompagnée par un pédiatre et de manière exceptionnelle, par un anesthésiste.

Plus spécifiquement, parmi les sages-femmes ayant participé aux annonces des MFIU/FCT, 13,6% d'entre elles, l'ont annoncé seul(e) contre 86,4% accompagné(e) d'un autre praticien. Dans 11,6% des cas, il s'agissait de leur binôme (auxiliaire de périnatalité), et dans 92,6% des cas, il s'agissait du gynécologue obstétricien de garde ce jour-là.

Concernant l'annonce des MFIU/FCT avec les auxiliaires de périnatalité, dans 7,2% des cas elles ont participé à l'annonce, dans 92,9% des cas, elles étaient accompagnées de la sage-femme, et dans 42,9% des cas, le gynécologue obstétricien de garde était présent au moment de ces annonces.

Il a été remarqué, dans ces situations, que l'auxiliaire de périnatalité n'a jamais annoncé seul(e) le décès fœtal. En effet, en pratique, un des rôles du gynécologue obstétricien et/ou de la sage-femme est d'annoncer ce genre d'évènement. La présence de l'auxiliaire peut être requise comme soutien supplémentaire face au choc que représente cette annonce.

Mais nous pouvons aussi remarquer que la sage-femme est souvent présente lors de cette annonce. En effet, c'est elle qui prendra le relai dans la suite de la prise en charge des parents.

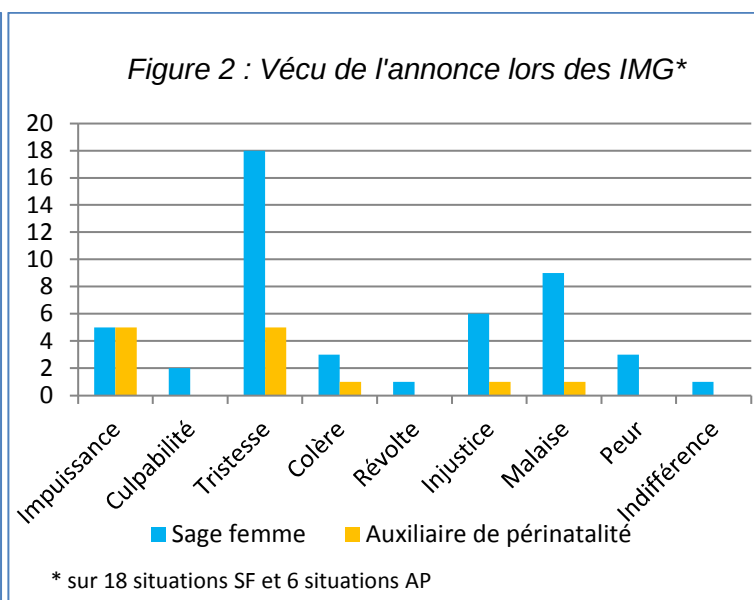
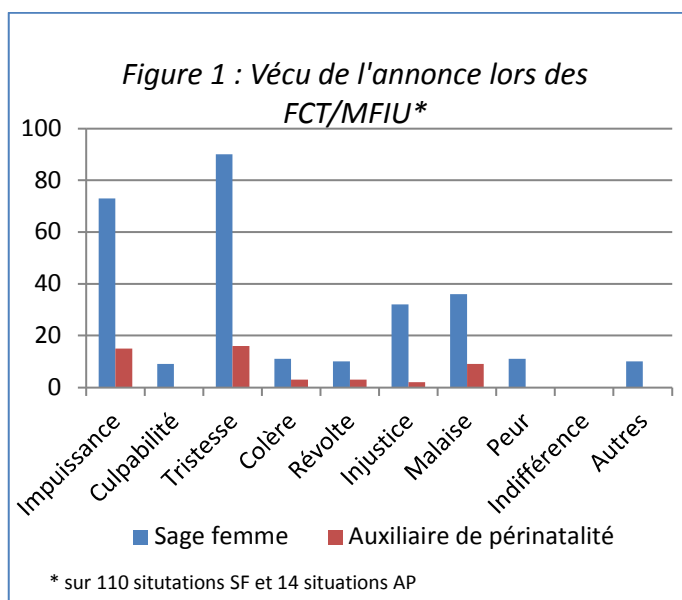
Si, à la suite de cette annonce, la sage-femme est amenée à prendre en charge le travail et/ou l'accouchement, alors, le soutien et l'empathie seront primordiaux pour le vécu des parents.

Par rapport aux situations relatives aux IMG, 13,8% des sages-femmes ont participé à l'annonce à la suite du fœticide, dont 22,2% étaient seul(e)s, 14,3% étaient en présence de l'auxiliaire de périnatalité et 92,9% étaient accompagné(e)s du gynécologue obstétricien.

Quant aux auxiliaires de périnatalité, 4,6% ont participé à l'annonce lors des IMG dont 66,7% étaient avec leur binôme contre 83,4% avec la présence du gynécologue obstétricien.

Après le geste du fœticide, réalisé par le gynécologue obstétricien sous anesthésie péridurale, il n'est pas rare que la sage-femme et quelquefois l'auxiliaire, restent avec les parents afin de les soutenir à la suite de ce geste qui signe la fin de vie du fœtus.

Mais il est fréquent qu'à la suite de l'annonce d'une FCT/MFIU ou du geste, le binôme, lui aussi, ressent des émotions plus ou moins complexes. (Figures 1 et 2)



En effet, on a pu recueillir un certain nombre de sentiments divers. Les plus fréquents au moment de l'annonce sont la tristesse (89,9%), l'impuissance (68,2%), ainsi qu'une forme de gêne (37,2%) et d'injustice (27,7%). De manière plus occasionnelle, de la colère, de la révolte, de la peur, de la culpabilité (notamment lors des FCT/MFIU) ont été décrites. Et enfin, de manière exceptionnelle, de l'indifférence a été ressentie lors de cette annonce.

Parmi les sages-femmes, d'autres sentiments ont été évoqués, tels que l'empathie, la sidération, la compassion, puis de manière isolée, une sage-femme a noté « fataliste ». Parmi les auxiliaires, le respect a été mis en avant, lors de ces annonces.

A la vue de ces résultats, il semble que, les sages-femmes participent plus souvent aux annonces des FCT/MFIU et IMG que les auxiliaires et, de ce fait, elles ressentent davantage de sentiments tels que l'impuissance, la tristesse, ou encore l'injustice.

De plus, annoncer le décès en équipe, aidera à faciliter le vécu des événements par les professionnels.

L'accompagnement per partum

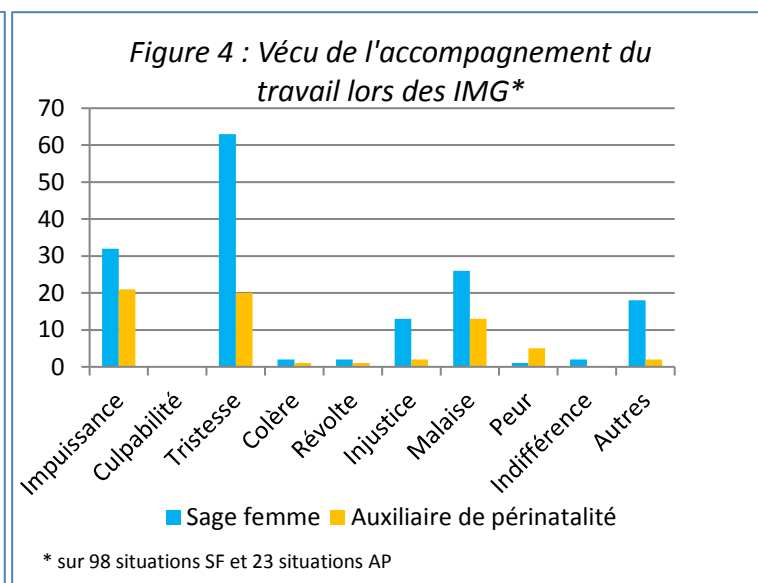
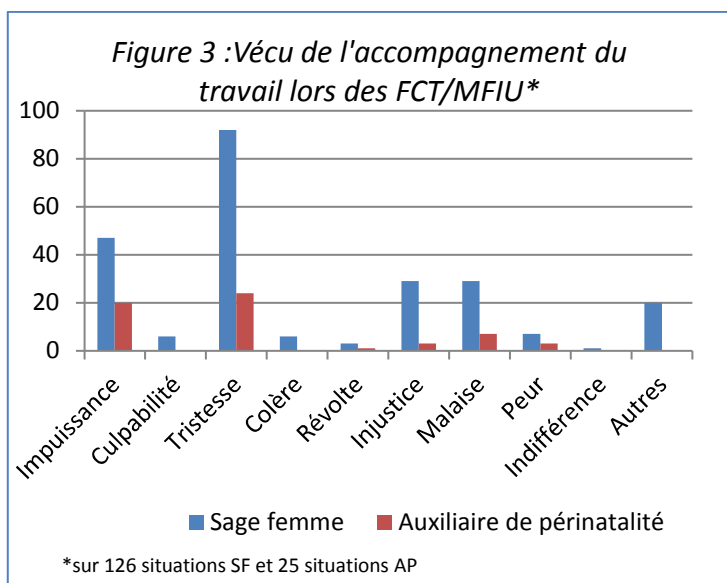
Suite à l'annonce, vient la phase d'accompagnement per partum. Dans cette partie, j'ai mis en évidence deux étapes distinctes : le travail et l'accouchement.

En effet, il est fréquent que ces derniers soient assurés par deux équipes de garde successives (jour et nuit), d'où l'importance de transmissions de qualité.

1. L'accompagnement du travail

Sur toutes les situations rapportées par les sages-femmes et les auxiliaires, respectivement 85,8% et 73,8% d'entre elles, ont participé à l'accompagnement du travail des parturientes.

Parmi les FCT/MFIU, 56,3% des sages-femmes et 52,1% des auxiliaires ont participé à l'accompagnement du travail.



(Figures 3 et 4) Pour les sages-femmes, dans les FCT/MFIU, des sentiments les plus fréquemment ressentis à ceux les plus rarement rencontrés, nous retrouvons : l'impuissance, la tristesse, l'injustice, du malaise, de la peur, culpabilité, colère ou encore d'autres sentiments ajoutés. Du côté des auxiliaires, nous avons relevé : de l'impuissance, de la tristesse et le malaise.

Il n'est pas rare pour les sages-femmes de ressentir de la culpabilité lors des situations de MFIU lorsque celles-ci arrivent pendant la consultation aux UGO ou en SDN, car elles

sont responsables de la prise en charge des patientes, et doivent être à même de dépister toutes anomalies concernant la vitalité fœtale quelque soit l'étiologie (RU, HRP etc..).

Parmi les IMG, 43,8% des sages-femmes et 48% des auxiliaires ont participé à l'accompagnement. Dans cette phase de travail, les sages-femmes ont ressenti plus de tristesse, d'impuissance, de malaise et d'injustice.

Les auxiliaires quant à elles ont été moins nombreuses à répondre, proportionnellement au nombre de sages-femmes, mais elles ont pu noter : de la tristesse et de l'impuissance.

Qu'elles concernent des FCT/MFIU ou des IMG, des ressemblances dans les ressentis ont été soulevées. Les sentiments d'impuissance et de tristesse sont ceux les plus fréquemment cités. Cela n'est pas surprenant, car l'un des caractères communs qui attirent aux professionnels de santé, c'est l'empathie.

La disparité (auxiliaire et sage-femme) des résultats entre certains sentiments tels que le malaise ou la gêne peuvent s'expliquer par le fait que, souvent, les auxiliaires sont moins présentes lors du travail (comme lors d'un accouchement lambda) et donc peuvent se retrouver plus mal à l'aise face aux couples qu'elles n'ont jamais rencontré auparavant.

Au moment de faire le point sur l'avancée du travail (en général, toutes les deux à trois heures), la sage-femme peut éprouver des difficultés dans la relation d'aide et d'accompagnement. Comment trouver les bons mots, la bonne attitude ?

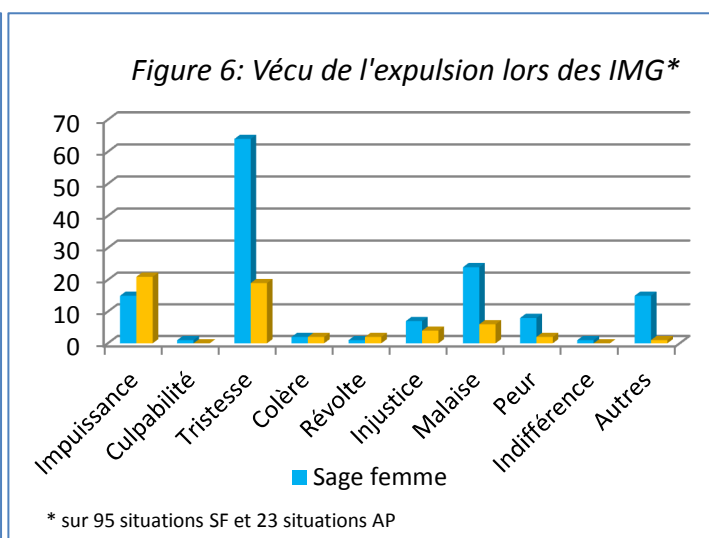
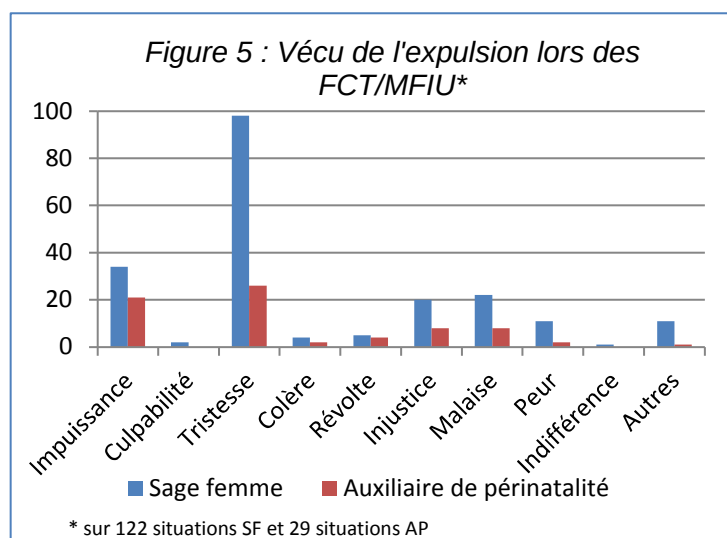
Par ailleurs, le sentiment de peur décrit, concerne plus l'appréhension dans la manière de dire ou faire les choses, plutôt que la prise en charge en elle-même.

Enfin, l'empathie, la bienveillance, quelques fois le stress, la compassion ou encore le soutien, ont été des ressentis cités par les sages-femmes et les auxiliaires.

2. L'accompagnement de l'expulsion

Pour ce qui est de l'accouchement, 83,1% des sages-femmes et 80% des auxiliaires étaient présentes accompagnée(s) de leur binôme.

Dans la population des FCT/MFIU 56,2% de sages-femmes et 55,8% d'auxiliaires ont participé à l'accouchement et dans la population des IMG, 43,8% de sages-femmes et 44,2% d'auxiliaires y ont participé.



(Figures 5 et 6) Lors de l'expulsion des FCT/MFIU, les sages-femmes et les auxiliaires ont ressenti plus de tristesse, d'impuissance, de malaise, d'injustice, similairement à l'annonce et à l'accompagnement.

Parmi les accouchements des IMG, les sages-femmes ont ressenti plus fréquemment de la tristesse, du malaise, de l'impuissance et d'autres sentiments cités ci-après. Alors que les auxiliaires, ont ressenti d'abord de l'impuissance, de la tristesse et du malaise.

Ces ressentis, sont tout à fait légitimes puisque le binôme connaît la finalité de cet accouchement et la douleur psychologique des parents qui s'en suivra.

Les autres sentiments soulevés par les sages-femmes tels que de l'empathie, du soulagement, de la bienveillance, de l'apaisement, du fatalisme, du stress en passant par de la compassion. Parmi, les auxiliaires de périnatalité, du respect et du soutien ont été ajoutés aux différents sentiments rencontrés.

Durant les phases précédemment décrites, j'ai pu observer que les sentiments dominants tels que l'impuissance, la tristesse, ou le malaise, se recoupent dans le binôme. A mon sens, l'impuissance est ressentie davantage lors des situations de FCT/MFIU, et le malaise ressort plus lors des IMG que lors des MFIU.

L'accompagnement post partum

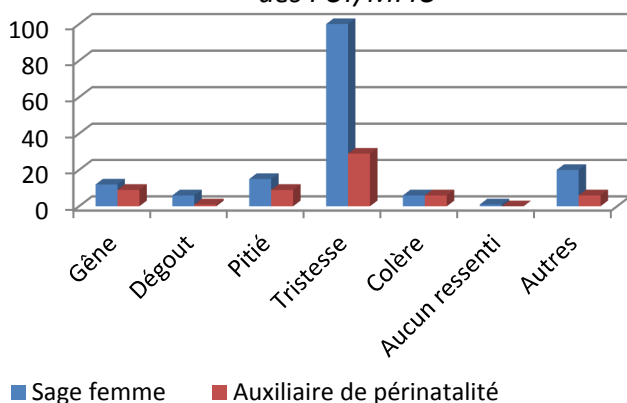
Dans la phase d'accompagnement post partum, sont également décrites deux parties : la préparation et la présentation du corps aux parents.

Pour traiter ces réponses, j'ai choisi de ne pas faire de distinction entre les données des deux causes de décès au regard des ressemblances dans les résultats

1. La préparation du corps

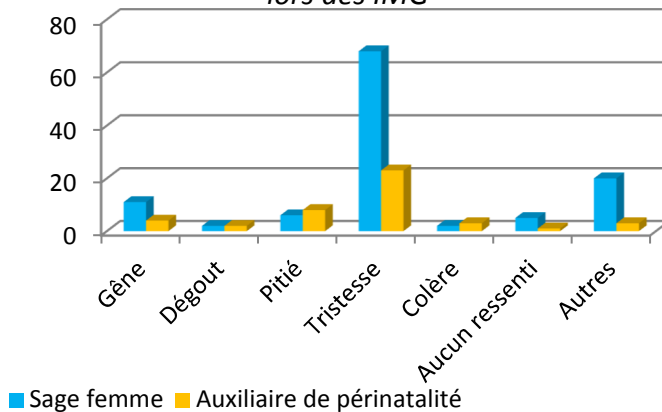
Sur les 261 situations citées par les sages-femmes et les 65 situations mentionnées par les auxiliaires, dans respectivement 79% des cas et 94% des cas les sages-femmes et auxiliaires de périnatalité ont participé à la préparation du corps (toilette, pose de bracelet, bonnet, couche, empreintes etc..).

*Figure 7 : Vécu de la préparation du corps des FCT/MFIU**



*sur 116 situations SF et 36 situations AP

*Figure 8 : Vécu de la préparation du corps lors des IMG**



* sur 90 situations SF et 25 situations AP

A ce moment de préparation, la majorité des sages-femmes et auxiliaires de périnatalité ont ressenti de la tristesse, de la gêne, de la pitié voire du dégoût que ce soit un décès par FCT/MFIU ou par IMG. Ces ressentis, plutôt négatifs, peuvent s'expliquer par le fait que leurs formations initiales ont souvent des lacunes en ce qui concerne cette partie de la prise en charge, d'où les difficultés ressenties. (Figures 7 et 8)

Hormis ces sentiments, d'autres tels que l'amour, la bienveillance, la culpabilité, la sérénité, de l'injustice, du respect, de l'empathie, de la sérénité ou encore de la tendresse ont été ressentis par les sages-femmes.

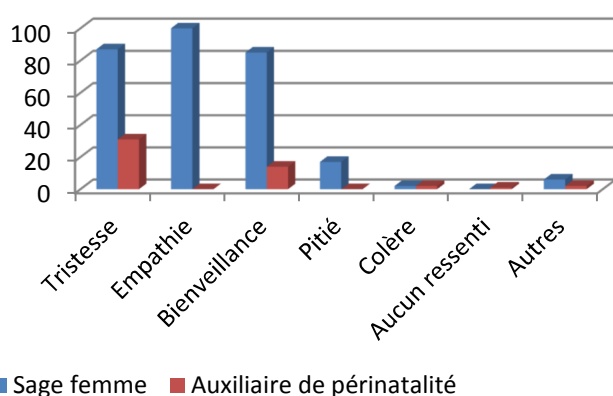
Concernant les auxiliaires, du respect, de la bienveillance, de la tension, de l'injustice ont pu être ressentis lors des soins apportés aux mort-nés.

2. La présentation du corps

Pour ce qui est de la présentation du corps aux parents, dans 80,5% et 70,8% des cas les sages-femmes et auxiliaires de périnatalité y ont participé en binôme ou seul(e).

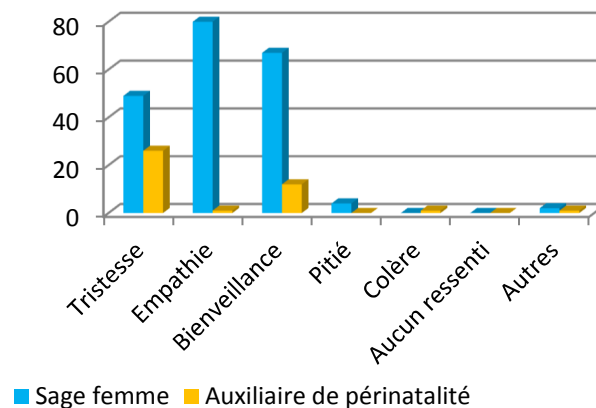
La présentation du corps, quant à elle, est réalisée soit par la sage-femme seul(e), l'auxiliaire seul(e), soit par le binôme, uniquement si les parents désirent voir le corps.

Figure 9 : Vécu de la présentation du corps lors des FCT/MFIU*



*sur 121 situations SF et 26 situations AP

Figure 10 : Vécu de la présentation du corps lors des IMG*



* sur 89 situations SF et 20 situations AP

Lors de cette action demandant une particulière maîtrise de soi, de la tristesse, de l'empathie, de la bienveillance ou encore de la pitié ont été les sentiments les plus rencontrés au sein des équipes.

Pendant cette présentation aux couples, certaines sages-femmes ont ressenti de l'injustice, de la compassion, de la culpabilité ou encore un besoin de réconforter les parents. Du côté des auxiliaires, certaines ont ressenti du respect. (Figures 9 et 10)

Dans la plupart des cas, que ce soient les sages-femmes (81,6%) ou les auxiliaires de périnatalité (89,2%), la majorité a eu besoin d'en parler, surtout auprès de leurs collègues (100%), sages-femmes, auxiliaires, gynécologues-obstétriciens, de leurs ami(e)s ou leur famille (40%). Parfois, auprès de leur conjoint, et certaines ont même eu besoin d'en parler auprès d'une psychologue extérieure.

A la suite de la prise en charge de ces couples, de manière générale, les sages-femmes et les auxiliaires n'ont pas ressenti le besoin d'une pause professionnelle, (92% et 87,7%). Mais une pause professionnelle aurait été bienfaisante dans 6,4% des cas, dont 64,3% des sages-femmes et 28,6% des auxiliaires en ont bénéficié sous diverses formes, telles qu'un changement de secteur, des jours de congés, ou encore un arrangement lors des gardes.

Parmi les sages-femmes n'en ayant pas parlé autour d'elles, la plupart n'en éprouvait pas le besoin, d'autres ne voulaient pas, et plus rarement, d'autres encore n'avaient pas de personne ressource vers qui se tourner. Parmi les auxiliaires, la majorité n'en ont pas ressenti le besoin ou n'ont simplement pas osé en parler, et certaines ne voulaient pas.

Il est intéressant de remarquer que parmi ceux/celles n'en éprouvant pas le besoin, il s'agissait généralement des IMG, peut-être parce que cela constitue une partie de notre métier et que la finalité est connue dès le début de la prise en charge. Alors que celles/ceux qui ne voulaient pas en parler ou qui n'ont pas osé concernait majoritairement des FCT/MFIU.

En ce qui concerne le vécu de ces situations, dans 73% des cas, il a été déclaré que ces situations, ont un impact sur les professionnels les accompagnants. Cet impact inclut les pratiques professionnelles (52,8%), les relations sociales au travail (21,2%), ou encore les relations sociales personnelles (17,5%). 50% ont un impact positif, 25,5% un impact négatif et 24,5% aucun impact.

Parmi les possibilités d'autres réponses, d'autres mots marquants, lors de la question « un impact sur... ? », ont su attirer mon attention : « ma stérilité », « ma grossesse », « mon moral », « ma vision des choses » et plus encore. Cela indiquant que même nous, professionnels de santé, formés à vivre ces expériences, ne sommes pas à l'abri des conséquences que peuvent induire un décès fœtal.

Durant les prises en charge, les sages-femmes ont préférentiellement utilisé leurs savoirs acquis pendant leurs études, leur expérience professionnelle, leurs collègues et leur binôme afin de pouvoir accompagner les parents. Plus occasionnellement, elles ont fait appel aux gynécologues-obstétriciens pour les aider dans les prises en charge.

J'ai pu remarquer que, du côté des auxiliaires de périnatalité, elles ont surtout mobilisé leur expérience et leur binôme lors des prises en charge et, moins leurs savoirs acquis au cours de leur formation initiale, qu'elles considèrent comme insuffisant.

D'autres professionnels ressources ont été sollicités dans l'accompagnement de ces couples : les pédiatres, les psychologues de service, les internes de garde, ou encore les étudiantes sages-femmes.

En conclusion, le travail en équipe permet une meilleure appréhension des évènements qu'il concerne l'annonce, le travail et l'accouchement.

Le binôme

Au sein du binôme sage-femme/ auxiliaire de périnatalité, dans la majorité des cas, l'un des deux trouvait que les rôles au sein du binôme étaient clairement définis (73,6%) et se sentait à l'aise tant au niveau de la cohésion, de la communication ou encore en termes de transmissions (79,8%).

Lorsque les équipes n'ont pas trouvé leurs rôles propres durant la prise en charge ou n'ont pas été à l'aise avec leur binôme, plusieurs améliorations ont été proposées. Cela allait, d'une demande (de la part des SF) de davantage d'implications de leur binôme, à la demande de création/amélioration de protocoles spécifiques pour chaque situation (FCT, MFIU, IMG) en passant par une demande de transmissions plus claires au sein des équipes en pré, per et post partum.

73,9% des équipes ont trouvé que leur binôme représentait une personne ressource avec laquelle interagir sur le vécu ou ressenti des évènements. Parmi les personnes ayant ressenti le contraire, il a été rapporté un désir d'avoir davantage de communication claire avec le binôme durant la prise en charge ou un manque d'expérience de leur partenaire dans ces situations qui limiterait l'envie d'en parler.

Au total, 80,1% des équipes de sages-femmes et d'auxiliaires de périnatalité ayant répondu à ce questionnaire n'ont pas trouvé que ces situations ont affecté la relation avec leur binôme contre 6,7%. Le reste correspondant à des sages-femmes n'ayant pas eu de binôme durant la prise en charge des couples.

D. Discussion

Lors de mon parcours en tant qu'étudiante sage-femme, en observant certains comportements et en écoutant des témoignages de sages-femmes et d'auxiliaires, j'en avais tiré des hypothèses. A l'heure actuelle, les données que j'ai pu ressortir de mon étude, sont venues en confirmer une grande partie.

Ce qui ressort de cette étude est l'importance de ne pas sous-estimer le désarroi médical dans ces situations, au risque d'une atteinte psychique et affective importante ainsi qu'une perte d'identité professionnelle auprès de ces personnels dédiés à la santé et à l'accompagnement.

Axes d'amélioration

Un condensé des différentes propositions d'amélioration fréquemment retrouvées a été réalisé.

Il est stipulé, dans l'annexe I de la circulaire interministérielle du 19 juin 2009, « *la formation continue de l'ensemble des intervenants [...] devra être favorisée par les établissements de santé. Les professionnels concernés doivent pouvoir bénéficier d'une formation juridique, notamment sur l'évolution du cadre législatif et réglementaire en matière de mort périnatale, ainsi que d'une formation consacrée au processus de deuil. [...] A cet égard, afin d'assurer aux parents une première information juridique adaptée, les professionnels de santé devront avoir un niveau de formation suffisant dans ce domaine. Le cas échéant, il peut être utile de regrouper plusieurs établissements dans le cadre de sessions de formation, notamment afin de favoriser les échanges.* » [21]

Parallèlement à cela, une formation dédiée à l'accompagnement du deuil périnatal, a été mise à disposition depuis 2011 par l'association AGAPA, à destination des professionnels et bénévoles au contact de ces épreuves. Cependant, l'accès à ces formations et leurs lieux sont très limités. [22]

Malgré l'existence de cette formation et de cette circulaire, la volonté, pour les auxiliaires de périnatalité, de bénéficier d'une formation initiale avant le début de leur carrière en obstétrique a été clairement identifiée.

A l'instar des auxiliaires de périnatalité, la nécessité de formations initiales et continues sur le deuil périnatal pour les équipes (sages-femmes, auxiliaires de périnatalité, gynécologue-obstétricien etc...), de même qu'une formation sur l'annonce d'un décès périnatal seraient à proposer régulièrement, si ce n'est déjà le cas dans les établissements, quelque soit leur type. Ces formations pourraient comprendre des ateliers d'annonce et des jeux de rôles de communication verbale et non verbale aidant à accompagner au mieux les parents. Par exemple, des simulations par haute fidélité pourraient être envisagées.

Par ailleurs, la supervision avec une psychologue, qu'elle soit individuelle ou collective, pour les professionnels qui le souhaitent, serait à organiser, au minimum de façon trimestrielle, afin d'éviter un impact néfaste sur le quotidien professionnel et personnel des équipes.

Des protocoles administratifs ont été créés afin de faciliter les démarches pour les sages-femmes et auxiliaires. Cependant, beaucoup ont émis le souhait de perfectionner ces protocoles et de créer des protocoles pratiques et psychologiques de prise en charge à destination des parents et des équipes, au sein de leurs établissements, s'ils n'étaient pas déjà existants.

Afin d'optimiser nos pratiques professionnelles et notre vécu dans le cadre du deuil périnatal, je peux donc émettre quelques propositions d'amélioration.

Ensuite, des réunions d'équipes ou débriefing pluridisciplinaire, intégrant les sages-femmes, les auxiliaires de périnatalité, les gynécologues-obstétriciens avec leurs internes, les anesthésistes, les étudiantes sages-femmes, les cadres et la psychologue seraient bénéfiques. Le moment de ces débriefings serait fonction de l'organisation des services des différents établissements.

L'accompagnement en binôme tout au long de la prise en charge, de l'annonce à la présentation du corps, y compris après un changement d'équipe, serait bénéfique dans le vécu des deux parties du binôme.

Enfin, des professionnels ont demandé un soutien accru de la part des cadres de service et des gynécologues obstétriciens envers les équipes.

Limite / difficultés rencontrées

L'administration directe et à distance du questionnaire dans ces maternités a induit une compréhension plus difficile des équipes en ce qui concerne le fonctionnement du questionnaire.

Il a été rapporté que le nombre de questions associé à ce sujet dit « sensible » imposait aux équipes un certain temps de réflexion et a donc induit une moindre participation des équipes.

De plus, malgré certaines relances, la diffusion en période estivale n'a pas favorisé les réponses aux questionnaires pour diverses raisons : périodes de vacances pour les équipes, remplacements par de jeunes diplômé(e)s qui n'ont pas forcément encore vécu de situation de mortalité prénatale, charge de travail prépondérante à cette période donc moins de temps à consacrer au remplissage du questionnaire.

En ce qui concerne les résultats et leur analyse, le fait de laisser la possibilité de citer 4 situations différentes par questionnaire a rendu difficile l'analyse par population.

Par ailleurs, j'aurais souhaité analyser si le type d'établissement, où étaient vécues ces situations marquantes, et si le fait de bénéficier d'une formation sur le deuil périnatal influait sur le vécu des professionnels en charge de ces événements par des tests statistiques. Mais, par manque de temps et d'outils, je me suis limitée à des comparaisons purement qualitatives basées sur les observations des commentaires des professionnels.

III. CONCLUSION

La survenue d'un décès prénatal n'est pas anodine dans la vie d'un professionnel de santé, sage-femme ou auxiliaire de périnatalité, qu'il s'agisse d'une FCT, d'une MFIU ou d'une IMG.

En maternité, les professionnels luttent contre les décès fœtaux qui ne sont pas rares. Lorsqu'ils surviennent, ils provoquent en nous un sentiment d'échec, amenant à de l'impuissance et à de la tristesse. Ils nous renvoient à une fragilité de la vie que nul ne peut maîtriser. Cependant, la mort, même précoce, fait partie de la vie, même si en tant que professionnel, elle nous fait éprouver de grandes injustices et frustrations, pouvant également remettre en cause notre propre identité professionnelle.

Au vu des résultats de ce travail, il semble qu'il n'y ai pas de moment plus difficile à vivre qu'un autre pour le binôme dans la prise en charge des parents et du fœtus. Cela reste propre à chacun.

Par ailleurs, l'expérience semble ne pas modifier de façon arbitraire le vécu des professionnels, dans le sens où, qu'importe le nombre d'années d'expérience, on ne s'habitue jamais, à vivre et à accompagner cette douleur. En revanche, l'expérience et les formations améliorent la manière d'aborder et de prendre en charge ces épreuves que vivent les couples.

Il est nécessaire pour les binômes de parler de leur vécu. L'apparition de ce besoin dépend des individus. Même si ce n'est pas immédiatement, le besoin peut apparaître des années après. Peu importe la personne à qui nous en parlons, l'essentiel est que nous, professionnels, qui avons pour rôles d'écouter, de soutenir et d'accompagner, nous sentions écoutés et soutenus à notre tour.

Le besoin d'une pause professionnelle, à la suite de ces évènements, est très hétérogène. Evidemment, il dépend du contexte de survenue du décès, de la façon dont a été vécue la garde, ainsi que de nombreux autres facteurs : l'expérience, le temps, la capacité à surmonter une difficulté et bien d'autres.

Globalement, il ne paraît pas que ces évènements affectent la relation au sein du binôme. En revanche, il serait préférable que l'accompagnement se fasse à deux, plus précocement dans la prise en charge, afin que chaque partie du binôme puisse s'appuyer l'une sur l'autre.

Les formations sur le deuil périnatal permettent au personnel soignant de se professionnaliser. Cependant, le peu de places lors de ces formations est un réel problème dans l'amélioration du vécu, dans la prise de recul et de l'appréhension de ces prises en charge.

L'identité professionnelle, qui se construit grâce à soi, aux expériences et également aux formations, ne serait-elle pas améliorée par un meilleur accès à ces formations ?

Bibliographie

- [1] Soubieux M J. « Le deuil périnatal », édition Fabert, oct 2010, p7
- [2] Etudes et résultats, « Le nouveau suivi de la mortinatalité en France depuis 2012 », N° 901, décembre 2014
- [3] Article : « Quelle est la différence entre interruption volontaire de grossesse et interruption médicale de grossesse ? », Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/quelle-est-la-difference-entre-interruption-volontaire-de-grossesse-et-interruption-medicale-de-grossesse.html>, 25 sept 2013
- [4] Soubieux M J « Le deuil périnatal », édition Fabert, oct 2010, p12
- [5] Scan Santé, Indicateurs de la santé périnatale de 2017, Disponible sur : <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>
- [6] Kübler Ross, Kessler « Sur le chagrin et sur le deuil », édition Pocket, 2009
- [7] Soubieux M J « Le deuil périnatal », édition Fabert, oct 2010, p5
- [8] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, « Les compétences des sages-femmes », Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- [9] La Confédération Internationale des Sages-Femmes, « Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme », 2010, p.19
- [10] Wailly-Galembert, Diane, et al. « Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? Réflexions pour une élaboration des pratiques », *Devenir*, vol. 24, no. 2, 2012, pp. 117-139.
- [11] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Auxiliaire de puériculture », publié le 7 mars 2012, Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/auxiliaire-de-puericulture#Quelles-sont-les-competences-et-qualites-necessaires>
- [12] Soubieux M J. « Le deuil périnatal », édition Fabert, oct 2010, p8
- [13] Soubieux M J. « Le deuil périnatal », édition Fabert, oct 2010, p10
- [14] Claudine Schalck, « Un si beau métier, Les professionnels de la naissance au risque de la mort périnatale », Aout 2019, p.145-148
- [15] Chabrol, Henri. « Les mécanismes de défense », Recherche en soins infirmiers, vol. 82, no. 3, 2005, pp. 31-42.
- [16] M. Bruchon-Schweitzer, « Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress », Université Victor Segalen Bordeaux 2, décembre 2010, p 69 – 71.
- [17] Ionescu S, Jacquet M-M et Lhote C, « Les mécanismes de défense théorie et clinique », 1997
- [18] Ruzsniowski M .« Face à la maladie grave, patients, familles, soignants. » Dunod, Paris, 1995

[19] Coutin, Delmotte et Olivier, Réseau Sécurité Naissance, « Bilan d'activité des maternités des Pays de la Loire 2018 » diapo 13,18

[20] Scan Santé, Indicateurs de la santé périnatale de 2017, Disponible sur : <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>

[21] 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. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/07/cir_29111.pdf

[22] Association AGAPA, « Des formations à l'accompagnement du deuil périnatal », Disponible sur <https://association-agapa.fr/avec-les-professionnels/>

Annexes

Annexe I – Le questionnaire

Vécu d'un décès prénatal dans les maternités de Loire Atlantique/Vendée

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'effectue un questionnaire dans les maternités de Loire Atlantique et Vendée qui a pour objet : « **Le vécu dans le cadre d'un accompagnement d'une mortalité prénatale (précoce ou tardive) spontanée ou induite au sein du binôme sage-femme/auxiliaire de périnatalité.** »

Afin d'y répondre au mieux, je fais un rappel sur la « mortalité prénatale » qui définit l'ensemble des enfants décédés avant la naissance. L'OMS la subdivise en mortalité fœtale précoce (avant la 20^e semaine de gestation), intermédiaire (entre 20 et 28 SA) et tardive (mortinaissance après 28 SA).

Je réalise ce travail de recherche sous la direction d'Isabelle DERRENDINGER, Régine GREINER (psychologue), et Martin WINCKLER (écrivain).

Je vous remercie par avance d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire et vous assure l'entier anonymat de vos réponses.

I. Généralités

1. Quelle profession exercez-vous ?

Sage-femme
Auxiliaire de puériculture/aide-soignante (AP/AS)

2. Dans quel type de maternité travaillez-vous ?

Niveau 1
Niveau 2a
Niveau 2b
Niveau 3

3. Depuis combien d'année(s) exercez-vous votre profession ? :

4. Avez-vous bénéficié pendant vos études et /ou en formation continue, d'une formation dédiée à l'accompagnement du deuil périnatal ?

Formation initiale
Formation continue

II. L'annonce

5. Avez-vous déjà vécu, dans votre carrière, une ou plusieurs situation(s) de décès prénatal ?

Non

Oui

Si vous en avez plusieurs, chaque situation correspond à un évènement marquant. Merci de respecter ci-dessous la colonne correspondante (ex : pour la situation 1, répondez toujours aux questions de la colonne situation 1etc..) :

Cette(ces) situation(s) de mortalité prénatale à laquelle/auxquelles vous avez été confronté étai(en)t-elle(s) :

Situation 1 Situation 2 Situation 3 Situation 4 et +

Spontanée (exemple :
HRP, rupture utérine,
MFIU...)

Induite (exemple : IMG)

6. Dans quel type d'établissement l'(les)avez-vous vécue(s) ?

Situation 1 Situation 2 Situation 3 Situation 4 et +

Type 1
Type 2a
Type 2b
Types 3

7. Avez-vous réalisé/participé à l'annonce du décès ?

Situation 1 Situation 2 Situation 3 Situation 4 et +

Non

Oui

Si oui, était-ce seul(e) ou accompagné(e) d'un autre praticien ?

Situation 1 Situation 2 Situation 3 Situation 4 et +

Seul(e)
Avec un autre praticien

Si « avec un autre
praticien », lequel ? :
Sage-femme/auxiliaire
Gynécologue obstétricien

8. Quel(s) a(ont) été votre (vos) sentiment(s) face à cet(ces) évènement(s) ? (*plusieurs réponses possibles*)

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Impuissance				
Culpabilité				
Tristesse				
Colère				
Révolte				
Injustice				
Malaise (gêne)				
Peur				
Indifférence				
Autres :				

III. L'accompagnement

a) L'accompagnement du travail et de l'accouchement

9. Avez – vous participé à l'accompagnement lors du travail d'une mortalité prénatale (spontanée ou induite) ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Non				
Oui				

10. Quel(s) a(ont) été votre (vos) sentiment(s) face à ces évènements ? (*plusieurs réponses possibles*)

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Impuissance				
Culpabilité				
Tristesse				
Colère				
Révolte				
Injustice				
Malaise (gêne)				
Peur				
Indifférence				
Autres :				

11. Avez – vous participé à l'accompagnement de l'accouchement d'une mortalité prénatale (spontanée ou induite) ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Non				
Oui				

12. Quel(s) a(ont) été votre (vos) sentiment(s) face à ces évènements ? (*plusieurs réponses possibles*)

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Impuissance				
Culpabilité				
Tristesse				
Colère				
Révolte				
Injustice				
Malaise (gêne)				
Peur				
Indifférence				
Autres :				

13. Quelles sont les ressources que vous avez mobilisées dans l'accompagnement des parents :

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Les savoirs acquis pendant votre formation (initiale ou continue)				
L'expérience				
Les sages-femmes				
Les auxiliaires de périnatalité				
Le gynécologue-obstétricien				
Autres :				

b. L'accompagnement du post partum

14. Avez-vous participé à la préparation du corps ? (toilette, bracelet, empreintes etc..)

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Oui				
Non				

15. Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Gêne				
Dégout				
Pitié				
Tristesse				
Colère				
Aucun ressenti				
Autres :				

16. Avez-vous participé à la présentation du corps ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Oui				
Non				

Si « oui », qu'avez-vous ressenti face à l'émotion des parents ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Tristesse				
Empathie				
Bienveillance				
Pitié				
Colère				
Aucun ressenti				
Autres :				

17. Avez-vous eu besoin d'en parler autour de vous ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Non				
Oui				

Si oui, à qui en avez-vous parlé ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Collègues				
Psychologue				
Ami(e)s/familles				
Autres :				

Si non, pourquoi n'en avez-vous pas parlé ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Vous n'en avez pas éprouvé le besoin				
Vous ne vouliez pas				
Vous n'avez pas osé				
Vous n'aviez pas de personne ressource vers laquelle vous tourner				
Autres :				

18. Avez-vous eu besoin d'en parler immédiatement après ou plus tardivement ?

Situation 1 Situation 2 Situation 3 Situation 4 et +

Immédiatement
Plus tardivement

Si la réponse est « plus tardivement », après combien de temps ? (*réponse approximative*) :

.....

19. Après cette ou ces situation(s), auriez-vous eu besoin d'une pause professionnelle ?

Situation 1 Situation 2 Situation 3 Situation 4 et +

Non
Oui

Si oui, en avez-vous bénéficié (arrêt de travail, congés, changement de secteur, etc...)?

Situation 1 Situation 2 Situation 3 Situation 4 et +

Non
Oui

Si oui, de quelle durée et de quel type ?

.....

20. Diriez-vous que cet/ces événement(s) a(ont) eu un impact sur vous :

Situation 1 Situation 2 Situation 3 Situation 4 et +

Non
Oui

Si oui, un impact :

Situation 1 Situation 2 Situation 3 Situation 4 et +

Plutôt positif
Plutôt négatif

Un impact sur : (*plusieurs réponses possibles*)

Situation 1 Situation 2 Situation 3 Situation 4 et +

Vos pratiques
professionnelles
Vos relations sociales
personnelles
Vos relations sociales au

travail

Autres :

21. De quoi auriez-vous eu besoin afin de vivre différemment cette (ces) situation(s) ? (exemple : supervision* individuelle ou collective, débriefing en SDN, réunion d'équipe, etc...)

.....
.....
.....
.....

* La supervision constitue en une rencontre entre un superviseur (comme un psychologue, par exemple), et des équipes soignantes. Ces rencontres peuvent être organisées et institutionnelles ou individuelles réalisées de manière ponctuelle face à une situation clinique observée.

22. Si vous aviez eu besoin d'une de ces choses, dans quels délais ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Immédiatement				
Différé				
Quel délai ?				

IV. Avec votre binôme

23. Vos rôles auprès des parents étaient-ils clairement définis ? (demande de présentation du corps, etc...)

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Oui				
Non				

Si « non » quelles sont les propositions d'amélioration que vous pouvez proposer ?

.....
.....

24. Vous sentiez-vous à l'aise avec votre binôme durant la prise en charge des parents en termes de communication/cohésion/transmission ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Oui				
Non				
Pas de binôme				

25. Est-ce que votre binôme était une personne ressource afin d'échanger sur votre vécu/ressenti ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Oui				
Non				
Pas de binôme				

Si non, qu'auriez-vous aimé de la part de votre binôme ?

.....
.....

26. Est-ce que cet (ces) évènement(s) ont affecté votre relation avec votre binôme ?

	Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4 et +
Oui				
Non				
Pas de binôme				

27. En conclusion, dans la globalité de la prise en charge, quelles sont les propositions ou axes d'améliorations que vous pourriez proposer afin d'améliorer le vécu des professionnels dans le cadre du deuil prénatal ?

.....
.....
.....
.....

Merci du temps que vous avez passé pour répondre à ce questionnaire.

Johanna BROSSARD

ANNEXES II - TABLEAU : Nombre d'années d'expérience parmi les sages-femmes et les auxiliaires de périnatalité.

	Nombre d'années d'expérience				Total
	≤5	>5-≤10	>10-≤20	>20	
Sages-femmes	15 (16%)	23 (24,5%)	35 (37,2%)	21 (22,3%)	94
Auxiliaires de périnatalité	12 (31,6%)	8 (21,1%)	8 (21,1%)	10 (26,3%)	38

ANNEXES III - TABLEAU : Pourcentage d'accès aux formations sur le deuil périnatal chez les sages-femmes et les auxiliaires.

	Accès à une formation				Total
	Aucune	Formation initiale	Formation continue	2 types de formations	
Sages-femmes	17 (18,1%)	36 (38,3%)	27 (28,7%)	14 (14,9%)	94
Auxiliaires de périnatalité	17 (44,7%)	15 (39,5%)	5 (13,2%)	1 (2,6%)	38

Résumé

Introduction : Le décès d'un fœtus est un évènement complexe, singulier et difficile à surmonter pour les parents. Pour pouvoir les aider, les professionnels de santé employés dans les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique, et plus particulièrement les sages-femmes et auxiliaires de périnatalité, doivent être formés.

Mais qu'en est-il de leur vécu ? Les situations de mortinatalité sont des moments ponctuels dans la vie d'un professionnel de santé, mais refoulés et accumulés, ils peuvent avoir un impact sur la vie professionnelle et personnelle de ces personnes dévouées à l'accompagnement des couples.

Objectifs et méthodes : Prendre en compte le ressenti des sages-femmes, des auxiliaires de périnatalité, et optimiser nos pratiques professionnelles, à partir par de questionnaires, auprès du binôme au cœur de la prise en charge.

Résultats : Dans cette étude, nous remarquerons que, peu importe le nombre d'années d'expériences passées en salle de naissance, que l'on soit sage-femme, ou auxiliaire, un décès fœtal est toujours difficile à vivre.

De l'impuissance, à la tristesse, en passant par l'injustice, jusqu'à la colère, énormément de ressentis peuvent intervenir. Tout dépend du contexte, de la personne qui le vit, de son état psychique, et de bien d'autres facteurs indépendants des professionnels.

Conclusion : L'important est de ne pas refouler ses ressentis par des mécanismes de défenses, conscients ou inconscients. L'accompagnement des parents sera d'autant plus bénéfique si les professionnels sont eux aussi bien accompagnés.

Mots clés : deuil périnatal, sage-femme, auxiliaire de périnatalité, résilience, empathie, vécu