

ESF – SORBONNE UNIVERSITE

ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

**MORT FCETALE IN UTERO : VECU
ET SOUTIEN DES SAGES-FEMMES**

Moal Marie

Née le 7 octobre 1996

Pontoise

Nationalité Française

Directrice de mémoire : Magalie Delahaye, Sage-femme Enseignante

Année universitaire : 2019-2020

ESF – SORBONNE UNIVERSITE

ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

**MORT FCETALE IN UTERO : VECU
ET SOUTIEN DES SAGES-FEMMES**

Moal Marie

Née le 7 octobre 1996

Pontoise

Nationalité Française

Directrice de mémoire : Magalie Delahaye, Sage-femme Enseignante

Année universitaire : 2019-2020

Remerciements

Je remercie tout d'abord Madame Magalie Delahaye, enseignante sage-femme à l'école de Baudelocque, pour avoir accepté de diriger ce mémoire et m'avoir accompagnée et soutenue au cours de ce travail.

Je remercie l'ensemble des sages-femmes d'avoir accepté de m'accorder un peu de leur temps de travail afin de répondre à mes questions.

Je remercie mes copines de promo, devenues de véritables amies, pour ces 4 années riches en émotions, pleurs mais surtout beaucoup de joies et de fou rire. Cécile, Charlotte, Justine, Lauriane, Dorah et toutes les autres, je n'y serais pas arrivée sans votre soutien.

Je remercie mes parents, mes sœurs, mes amis plus anciens pour tout votre soutien que vous m'avez accordé durant la rédaction de ce mémoire, tout au long de mes études et particulièrement cette 5^{ème} et difficile année. Merci pour tout.

Je remercie l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Saint Antoine pour leur encadrement et leur accompagnement durant ces 4 années d'études.

Et enfin, je remercie Ben, pour être présent depuis 3 ans dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci d'avoir été là et de m'avoir toujours motivée pour rédiger ce mémoire.

Sommaire

Préambule	1
Partie I : Introduction.....	4
1. Contexte	4
1.1 Définition.....	4
1.2 Diagnostic et annonce.....	4
1.3 Les étiologies	5
1.4 Le deuil périnatal	5
2. Prise en charge de la MFIU	7
2.1 Déroulement du travail	7
2.1.1 Déclenchement du travail.....	7
2.1.2 Bénéfices de l'induction du travail.....	7
2.2 L'accouchement.....	8
2.3 Le post partum immédiat.....	9
2.4 La présentation du bébé	9
2.5 Déclaration à l'Etat Civil.....	10
2.6 Devenir du corps.....	10
2.7 L'autopsie	11
3. La sage-femme au cœur de l'accompagnement	11
Partie II : Matériel et méthode	14
1. Objectifs et hypothèses.....	14
2. Méthodologie	14
2.1 Le type d'étude	14
2.2 Population cible	14
2.3 Les démarches	15
2.4 Elaboration des entretiens.....	15

2.5	Méthode d'analyse.....	17
Partie III : Présentation des résultats		18
1.	Introduction : profil des sages-femmes	18
2.	L'accompagnement du couple	20
2.1	Quel sentiment prédomine ?.....	21
2.2	La sage-femme dans sa proximité avec la femme.....	23
2.3	Les difficultés rencontrées au cours de l'accompagnement	24
2.4	L'expérience professionnelle.....	26
2.5	Ressenti global des sages-femmes.....	27
3.	L'accompagnement du bébé mort-né et aspects administratifs	30
3.1	La rencontre des parents et de leur bébé.....	33
3.2	Modalités administratives et maîtrise de ce cadre réglementaire	35
4.	Soutien des collègues sages-femmes.....	37
5.	Débriefing et groupes de paroles.....	38
6.	Formation initiale, place de la formation continue et encadrement des étudiants sages-femmes (ESF)	39
6.1	La formation initiale	39
6.2	Place de la formation continue	40
6.3	Encadrement des ESF.....	41
Partie IV : Analyse des résultats et discussion		43
1.	Limites de l'étude.....	43
2.	Discussion des résultats.....	44
2.1	Un accompagnement singulier	44
2.2	Place de l'expérience	46
2.3	De l'empathie à la sollicitude	48
2.4	Formation initiale et formation continue.....	50
2.5	Les outils mis à disposition des sages-femmes	52

2.6 L'encadrement des étudiant.es sages-femmes (ESF)	54
Conclusion	57
Références bibliographiques.....	59
Annexes	61
Glossaire	80
Résumé	81

Préambule

La maternité, service hospitalier à part entière, a la particularité de symboliser classiquement la naissance et le début de la vie, véhiculant ainsi une image positive non seulement pour les futurs parents mais aussi pour le personnel soignant. Accompagner les couples dans ce moment unique qu'est la naissance et accueillir des nouveau-nés sont les premières représentations que nous nous faisons de notre futur métier dès nos débuts à l'école de sages-femmes. Cependant, la mort est présente en maternité et fait partie inhérente du métier de sage-femme. L'accompagnement du deuil périnatal relève de ses compétences.

Sur le plan épidémiologique : la mort fœtale in utero (MFIU) possède une prévalence différente à travers le monde. Selon les centres pluridisciplinaires de dépistage anténatal, le taux de MFIU en France est de 6 à 7 pour 1000 grossesses ce qui se traduit par environ 6000 MFIU par an, malgré l'amélioration du suivi des grossesses. (1) Ce chiffre atteste bien que les soignants des maternités sont confrontés à la mort notamment à travers la MFIU.

Les témoignages de parents sont nombreux. Ils ressentent le besoin de s'exprimer sur leur vécu, à la différence des équipes soignantes qui les accompagnent. Après lecture de ces témoignages, une particularité ressort : le soutien des professionnels de santé et leur professionnalisme. Nous pouvons être convaincus que la présence de la sage-femme, du médecin ou encore de l'infirmière auprès du couple endeuillé est primordiale et atténue quelque peu le caractère traumatisant de la MFIU. Il est évident qu'il est bien différent d'accompagner une patiente qui va accoucher d'un fœtus vivant et une patiente dont le fœtus est décédé in utero. Nous avons des cours théoriques concernant la mortalité périnatale et notamment la MFIU, mais nous constatons qu'il est difficile de dispenser une formation théorique sur l'accompagnement à la mort et la bonne attitude à adopter. L'expérience de chacun ainsi que l'histoire personnelle sont sans aucun doute deux facteurs qui entreront en jeu dans cet accompagnement difficile.

Les premiers à ressentir une profonde douleur et tristesse sont évidemment les parents concernés. Ce bébé tant imaginé, tant idéalisé n'est plus. Cela est brutal et violent, se traduisant parfois par un déni de la réalité. La sage-femme est au premier plan de l'annonce et du soutien envers ce couple et aura pour mission d'accompagner la naissance d'un enfant mort-né. Une prise de recul est nécessaire dans ces situations pour ne pas se laisser

submerger par ses propres émotions, parfois par sa propre histoire. Cette dernière exprime, une fois de retour auprès de l'équipe, tristesse, impuissance, mais aussi parfois de la fierté d'avoir pu être présente dans ces moments particuliers. Ces sentiments peuvent varier mais sont toujours présents. C'est pourquoi il nous a semblé opportun et essentiel de nous tourner vers ce sujet très peu abordé du côté des équipes. D'autant qu'en tant qu'étudiante sage-femme, nous avons pu au cours de nos stages, observer cette difficile situation, tant du côté du couple que du côté de la sage-femme

Nous soulevons donc la question suivante : quels facteurs sont susceptibles d'influencer le vécu des sages-femmes dans l'accompagnement d'un couple porteur de MFIU ?

Les hypothèses que nous avons retenues sont les suivantes :

H1 : l'implication émotionnelle des sages-femmes a un retentissement sur leur accompagnement de la mort fœtale in utero.

H2 : le manque de formation initiale et/ou continue participe aux difficultés rencontrées au cours de cet accompagnement.

Ce travail a pour objectif principal d'analyser les éléments impactant le vécu des sages-femmes dans cet accompagnement et notre objectif secondaire est de décrire les moyens mis à disposition des sages-femmes afin d'assurer un accompagnement optimal.

Afin de comprendre le cadre et le contexte dans lequel s'inscrit notre questionnement, nous commencerons par définir ce qu'est la mort fœtale in utero, son diagnostic et son annonce ainsi que ses étiologies avant d'aborder le deuil et ses spécificités dans le contexte périnatal. Puis, nous détaillerons la prise en charge globale du couple lors de l'annonce d'une MFIU : le travail, l'accouchement, le post-partum immédiat ainsi que les démarches administratives incontournables notamment après l'accouchement, en définissant la place de la sage-femme dans cet accompagnement global.

Le socle posé, il s'agira ensuite d'identifier les difficultés que rencontrent les sages-femmes lors de la prise en charge d'une MFIU et d'y réfléchir plus particulièrement sur la spécificité du suivi travail et de l'accouchement.

Pour répondre à notre problématique, et enrichir notre réflexion, nous avons réalisé une enquête dont nous exposerons la méthodologie. Nous présenterons ensuite les résultats de cette étude avant de les analyser et de les discuter, en prenant appui sur la littérature. Ainsi,

nous pourrons répondre à notre problématique, vérifier nos hypothèses et mesurer si les objectifs que nous avons retenus sont atteints.

Partie I : Introduction

1. Contexte

1.1 Définition

La mort fœtale in utero se définit comme l'arrêt spontané de l'activité cardiaque fœtale. Pour poser la distinction complexe entre MFIU et fausse couche tardive (FCT). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la notion de viabilité à partir de 22 semaines d'aménorrhées (SA) et/ou un poids fœtal égal ou supérieur à 500 grammes (2). La MFIU correspond alors à tout décès fœtal survenant après ces limites.

1.2 Diagnostic et annonce

L'objet de ce mémoire n'est pas de développer les temps complexes du diagnostic et de l'annonce d'une MFIU, mais nous pouvons difficilement en faire l'économie tant cette étape est déterminante dans la suite de la prise en charge.

Le diagnostic de mort fœtale in utero repose principalement sur l'échographie pelvienne réalisé par une sage-femme avant d'être confirmé par un médecin obstétricien. Ce diagnostic est généralement posé dans un contexte d'urgence bien qu'il puisse se faire lors d'une consultation obstétricale.

La sage-femme est alors en première ligne. En effet, dans le cadre de ses missions, elle va assurer l'accueil aux urgences de la patiente pour divers motifs de consultation : baisse des mouvements actifs fœtaux (MAF) ou encore métrorragies. La femme est alors loin de s'imaginer ce qui va lui être annoncé quelques minutes plus tard. Lors de sa consultation, l'objectif premier de la sage-femme va d'être de rechercher le rythme cardiaque fœtal (RCF) au monitoring ou, parfois, directement à l'échographie. En cas de suspicion de MFIU, elle s'en réfère au médecin. Cette étape est source de grande angoisse pour ce couple encore dans l'incertitude. L'annonce du diagnostic entraîne un choc majeur pour les parents avec un mélange d'émotions : de la tristesse, du désarroi, de l'incompréhension et souvent de la colère. Pour le couple, en état de sidération, la notion de temps n'existe plus, le monde se fige. Le choc est d'autant plus brutal que la notion de MFIU est mal connue dans notre société actuelle. Il est courant de dire que la grossesse n'est certaine qu'après 14 SA et que avant ce terme, le risque de fausse couche précoce (FCP) persiste. Pour les mères, il n'est

pas imaginable de perdre leur bébé au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grossesse. Alors quand cela arrive, ce bouleversement est d'autant plus brutal. Le besoin de comprendre est grand même quand il est impossible de donner une véritable raison. Ils vont chercher à trouver un coupable, une explication. Cependant, la MFIU est dans la plupart des cas un évènement inévitable dont l'étiologie n'est pas toujours retrouvée.

1.3 Les étiologies

Les étiologies sont très diverses et non spécifiques. Elles vont varier au fur et à mesure de la grossesse. Les anomalies placentaires sont les plus fréquemment retrouvées. Puis, ensuite les anomalies cordonales telles que les nœuds de cordon, les circulaires de cordon ou les cordons spiralés, les hémorragies fœto-maternelles, les anomalies chromosomiques et congénitales. Les infections sont également une des étiologies de la MFIU, particulièrement avant 28SA, plus rares à la fin de la grossesse. Par contre, il semblerait que le diabète gestationnel ne serait pas associé à un risque accru de MFIU. (2) Malgré cette déclinaison d'étiologies, la MFIU reste un évènement indésirable encore inexplicé, et cela d'autant plus qu'elle survient en fin de grossesse.

Après l'accouchement, des examens biologiques (prélèvements infectieux, caryotype fœtal) et anatomo-placentaires (examen histologique du placenta) sont classiquement préconisés et effectués dans la recherche étiologique de la MFIU. Le diagnostic de l'étiologie a pour but d'améliorer la prise en charge des grossesses ultérieures. (3)

De plus, du point de vue du couple et sur le plan psychologique, il est très important d'avoir connaissance de l'étiologie. En effet, cela atténue le sentiment de culpabilité ressenti et permet d'avancer dans leur processus de deuil.

1.4 Le deuil périnatal

Afin de mieux aborder les difficultés potentielles que peuvent rencontrer les soignants et notamment les sages-femmes, il est important d'évoquer la spécificité du deuil périnatal qui défie l'ordre naturel du processus de naissance et de vie.

M. Hanus écrit que le travail de deuil n'est pas fait pour que le passé soit oublié mais pour le rendre au contraire inaltérable. (4) Le caractère définitif de la mort rend le processus d'autant plus douloureux. Le deuil périnatal est particulier car nous parlons de la perte d'un bébé, imaginé plus ou moins longtemps par ses parents. Cette citation de Freud en 1915 est

d'autant plus réelle dans notre cas : « *dans le deuil, nous savons qui nous perdons mais pas ce que nous perdons* ». (4) Dans notre société actuelle, la grossesse est un évènement programmé, qui se doit d'être heureux, qui se termine par l'accouchement, aboutissant à la naissance d'un nouvel être dans notre communauté. Lorsque tout ne se passe pas comme nous l'avions idéalisé pendant quelques mois, c'est un choc. Ces difficultés sont accentuées par le silence propre à notre société, ces deuils banalisés et minimisés. Il arrive parfois aux parents d'entendre des mots très durs, comme si cette mort in utero n'était pas grave, qu'un autre bébé pourra être conçu, et une nouvelle grossesse menée à terme.

La logique veut que la mort signe la fin de la vie. Dans la mort périnatale, cette logique est brisée. De plus, dans le processus de deuil, l'étape de remémoration qui consiste en se souvenir des moments passés avec le défunt est essentielle. Pour ce qui est du deuil périnatal, nous parlons d'une personne inconnue mais dont le visage a de nombreuses fois été imaginé. (5),(6)

Il est évident que la mère chemine et n'a pas le choix que d'avancer au cœur de ce processus de deuil. Nous pouvons nous interroger sur le cheminement du père, sur ce qu'il peut ressentir dans ce moment si douloureux, alors même qu'il ne vit pas l'évènement dans son corps. Couramment, le père présente une image de meilleure adaptation : il donne l'apparence d'être fort et donc de moins souffrir. Il va investir des défenses pour faire face à cette situation telles que l'hyperactivité au travail, le surinvestissement autour de sa femme et dans la gestion des formalités relatives au décès. Quelques fois, nous retrouvons également une fuite du domicile conjugal ou une application à maintenir le même style de vie qu'auparavant. Il arrive encore que l'importance de la place de l'homme ne soit pas reconnue et non respectée. Néanmoins, lorsqu'on parle de deuil périnatal, la notion de couple semble prépondérante et à prendre en considération par les équipes soignantes.

Nous allons désormais nous concentrer sur la prise en charge globale d'un couple à qui on vient d'annoncer un diagnostic de MFIU pour leur enfant en détaillant les différentes étapes du travail, de la particularité de cette naissance, jusqu'à la déclaration à la Etat Civil.

2. Prise en charge de la MFIU

2.1 Déroulement du travail

Dans l'objectif de réduire le délai entre l'annonce du diagnostic et l'accouchement et afin de diminuer les risques de complications, le travail en cas de MFIU est le plus souvent déclenché. Cependant, une mise en travail spontanée est possible.

2.1.1 Déclenchement du travail

La prise en charge de la MFIU est différente selon les protocoles des services de maternité, elle s'apparente souvent à celle proposée dans le cadre d'une interruption médicale de grossesse (IMG). Il n'est pas rare que le travail soit déclenché au décours du diagnostic.

Les modalités de déclenchement sont différentes en fonction du terme de diagnostic. Le protocole proposé en Annexe I s'appuie sur les recommandations relatives à la prise de Misoprostol.

Ces mêmes recommandations indiquent que les problématiques de déclenchements des IMG et MFIU sont différentes de celles que l'on retrouve habituellement lors d'un déclenchement d'un travail « classique ». L'objectif de ce déclenchement est de réduire le temps d'expulsion du fœtus par les voies naturelles afin de rendre cet événement moins traumatisant aussi bien sur le plan physique (épreuve physique du travail) que sur le plan psychologique. (1)

De plus, l'analgésie péridurale (APD) est très largement indiquée en cas de déclenchement du travail, préférée à une anesthésie générale (notamment pour le processus de deuil) même si elle est souvent demandée par la patiente par peur de ne pas pouvoir supporter cette épreuve. Une césarienne programmée peut également être effectuée, en cas d'utérus bi-cicatriciel ou d'hématome rétro-placentaire par exemple. (1)

2.1.2 Bénéfices de l'induction du travail

La procédure de l'induction du travail en cas de MFIU se doit d'être efficace, certaine et adaptée à la situation clinique.

Le déclenchement est important sur différents aspects. Tout d'abord, psychologiquement. (2) : bien que la notion de temps soit inexistante pour le couple, plus le

délai entre l'annonce du diagnostic et l'expulsion du fœtus sera long, plus l'impact psychologique sera important. Toutefois, cette prise en charge ne doit pas se faire dans la précipitation afin de respecter un temps d'acceptation nécessaire après la sidération de l'annonce.

Les bénéfices de cette induction du travail ne sont pas seulement psychologiques. En effet, d'après certaines études anglo-saxonnes, il existe un risque de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) de 10%, liée à la MFIU dans les 4 semaines suivant le diagnostic. Des complications hémorragiques au moment de l'accouchement peuvent également survenir. Déclencher le travail et de ce fait réduire le délai entre le diagnostic et l'expulsion du fœtus permettrait une autopsie fœtale et un examen histologique du placenta de meilleure qualité indispensable à l'élaboration d'un diagnostic étiologique. (2)

L'équipe devra ensuite expliquer les modalités et la durée de prise en charge sur le plan médical mais aussi anticiper sur les différentes questions administratives qui suivront.

La présence des sages-femmes dans cet accompagnement est majeure et sa bienveillance ainsi que sa disponibilité sont essentielles dans ce contexte. Pour se faire, ni stress, ni angoisse, ne doit interférer. Cependant, la sage-femme en tant qu'être humain doit exercer son métier tout en gérant ses émotions. Chaque femme, chaque accouchement d'un bébé vivant ou décédé in utero forgera ses expériences professionnelles et humaines. C'est à ce titre que tout un chacun évolue. Nous reviendrons sur ce point au cours de ce mémoire, notamment au cours de l'étude et de la discussion

2.2 L'accouchement

Il n'existe pas de recommandation concernant l'accouchement et le déroulement des efforts expulsifs en cas de MFIU. Peu de données ont été retrouvées à propos de cette étape de prise en charge. (2) Après avoir lu plusieurs témoignages de femmes l'ayant vécu, nous avons retenu plusieurs points.

Il peut arriver que certaines femmes aient commencé et parfois fini leurs cours de préparation à la naissance et peuvent parfois décider de se servir de leurs connaissances pour accoucher. Elles connaissent les positions possibles, ont appris les poussées et savent faire un important travail de respiration. Cela est généralement le cas lorsque la mort fœtale survient en fin de grossesse.

Dans le cas d'une mort fœtale plus précoce, les cours de préparation n'ayant pas encore débuté, il est important d'accompagner la femme et de lui expliquer le déroulement de l'accouchement.

Il est néanmoins important de garder à l'esprit que toutes les femmes ne réagissent pas de la même façon. Alors que certaines participent activement pendant le travail et l'accouchement, d'autres se sentent davantage démunies et un accompagnement plus important doit être entrepris.

2.3 Le post partum immédiat

La surveillance médicale de la femme lors du post partum immédiat (PPI) reste identique à celle faite lors d'une naissance hors IMG et MFIU. L'accouchée reste au moins 2 heures en salle de naissance durant lesquelles la sage-femme surveille le risque hémorragique lié à l'accouchement. Habituellement, le lien mère-enfant est à ce moment-là au cœur de l'attention : la première tétée ou le premier biberon, le peau à peau avec la mère et le père ainsi que les premiers soins. Dans le cas d'une MFIU, cet accompagnement est totalement différent mais pas moindre, il peut varier selon les équipes, mais la sage-femme reste centrale sur les soins à prodiguer.

2.4 La présentation du bébé

Durant ces quelques heures, différents choix vont s'offrir à la mère, au père et au couple. Dans un premier temps, il va leur être proposé de voir le bébé. Cette possibilité est le plus souvent exposée par la sage-femme présente lors de l'accouchement, qui aura pour mission de s'occuper soigneusement du corps du bébé.

Voir ou ne pas voir ? La réponse appartient aux parents. En cas de refus, il faut essayer de comprendre leur choix, les peurs ressenties, les réticences et il doit toujours être respecté. Cette notion de choix est importante et doit être large. La sage-femme ayant cette responsabilité doit pouvoir proposer différentes alternatives afin que le couple se sente libre. Il est par exemple possible que seul l'un d'entre eux demande à voir le bébé, c'est également un choix à respecter. (7),(8),(9)

Les réactions générées par cette présentation sont propres à chaque couple. Le sentiment de peur de voir leur enfant mort est normal pour les parents mais plusieurs professionnels de santé (psychologue, médecin, sage-femme) assurent que cette étape aide à traverser le

processus de deuil. Cependant, cela ne signifie pas qu'un couple qui ne souhaite pas voir leur bébé mort-né ne fera pas de manière optimale son travail de deuil. (7), (10)

La sage-femme est au centre de l'ensemble des informations données et notamment dans la réalisation des souhaits des parents. Pour illustrer cela, nous pouvons prendre l'exemple de la proposition de photographier le bébé, même à posteriori, qui peut être une alternative à la présentation physique. Ces photographies ont l'obligation d'être conservées dans le dossier médicale dans l'objectif, entre autres, de laisser la possibilité aux parents de les demander à tout moment. La sage-femme va également s'assurer de la bonne coordination de ces différentes propositions et du respect des demandes et souhaits formulés par le couple.

2.5 Déclaration à l'Etat Civil

De nouveau, la place de la sage-femme est centrale dans l'éventuelle déclaration à l'Etat Civil de l'enfant mort-né. En effet, c'est elle qui a le devoir de délivrer une information éclairée au couple quant aux différentes possibilités qui s'offrent à eux.

En résumé et concernant la MFIU, l'établissement d'un acte d'enfant né sans vie est conditionné par la production d'un certificat d'accouchement. Cette déclaration peut permettre aux parents de donner un prénom à leur enfant mais pas de nom de famille. De ce fait, aucun lien de filiation ne peut être établi. Néanmoins, le couple peut inscrire, sans délais, leur enfant dans un livret de famille ou en créer un s'ils n'en possèdent pas. (11), (12), (13) (Annexe II)

2.6 Devenir du corps

Une nouvelle fois, la sage-femme est au cœur de l'information délivrée aux parents concernant le devenir du corps de leur bébé. Ce devenir est pris en charge soit par la famille, soit par l'établissement de santé. La famille possède un délai de 10 jours pour prendre sa décision. Il est donc important que la sage-femme fournisse des informations complètes et que ces dernières soient comprises par le couple pour que celui-ci ne se sente pas en difficulté face à la prise de décision. (6), (13)

Concernant les différents choix qui s'imposent aux parents, le tout est détaillé en Annexe II.

2.7 L'autopsie

Elle ne peut être réalisée qu'après avoir recueilli le consentement écrit des parents et surtout les avoir informés des finalités de cet examen. (11) L'autopsie a pour objectif de trouver une étiologie à la mort du fœtus. Pour certains parents, elle peut être bénéfique dans le processus de deuil. Lorsqu'une cause est retrouvée et qu'elle n'est pas maternelle, cela peut être déculpabilisant pour la mère. Dans le cas où une grossesse ultérieure est envisagée, l'autopsie peut parfois, en fonction du diagnostic, permettre une prise en charge adaptée. Néanmoins, le délai d'obtention des résultats peut être long, allant parfois jusqu'à 4 mois. Il est également important de préciser que l'autopsie ne retrouve pas toujours une étiologie, ce qui peut être difficile à accepter pour les parents qui veulent sortir de l'ignorance.

Ainsi, la sage-femme est en première ligne pour décrire aux parents l'intérêt de l'autopsie. Elle délivre des informations importantes et doit répondre aux questions qui lui sont posées, tout en permettant le libre choix dans la prise de décision. Etant donné le caractère violent de la MFIU, il est important que ce choix soit le plus éclairé possible pour le couple notamment en ce qui concerne l'autopsie et le corps du bébé.

3. La sage-femme au cœur de l'accompagnement

Le dénominateur commun retrouvé tout au long de cette prise en charge est bien la sage-femme. Elle est présente à toutes les étapes : le diagnostic, l'annonce, le travail, l'accouchement, les suites de couches. Elle peut également avoir l'opportunité de suivre la même femme lors d'une nouvelle grossesse.

Malgré leur formation initiale, accompagner les parents endeuillés peut être difficile pour les soignants, d'autant plus en cas de mort brutale ou lors d'une succession de gardes avec une IMG et/ou une MFIU. Le manque d'expérience peut être également une difficulté supplémentaire. (8) (10) (12)

Anne Mckinlay, sage-femme, décrit dans un article plusieurs situations pour expliquer ce vécu difficile des soignants. Nous retrouvons par exemple l'accompagnement répété du deuil avec pour conséquence un syndrome d'épuisement professionnel non négligeable. La forte charge de travail est également évoquée ainsi que le manque de soutien ressenti par les professionnels confrontés au deuil. Il est souligné que le soutien est primordial et qu'il peut être mis en place de différentes manières. Tout d'abord, des supports écrits tels que des

protocoles de service peuvent guider les professionnels afin d'adopter ou d'éviter certains comportements. Des associations sont également présentes pour aider les soignants à se confier s'ils le souhaitent ainsi que pour leur dispenser diverses formations. Au global, il ressort que l'accompagnement du deuil périnatal est une affaire d'équipe. En effet, l'Espace éthique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP) (13) insiste sur l'importance du soutien psychologique et l'Inspection générale des affaires sociales recommande de « *prévoir, au sein de chaque établissement, un dispositif d'aide et d'écoute pour les soignants* ». (14) (15)

Cet article retrace une étude réalisée au sein du Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye qui, en 2012, a pris en charge 4712 naissances dont 114 IMG et 61 MFIU. Au sein de cet hôpital, une psychologue de service propose des entretiens individuels et collectifs. Chaque année, les professionnels concernés par le deuil périnatal reçoit une formation appropriée. Des protocoles sont à disposition des soignants concernant l'aspect médical et administratif. Les échanges interdisciplinaires sont fréquents au sein de l'équipe médicale et paramédicale. (14)

Les objectifs de cette étude étaient :

- Déterminer les difficultés que rencontrent les professionnels de la maternité vis-à-vis de l'accompagnement et de la prise en charge des couples et de leur bébé
- D'évaluer leur ressenti concernant le soutien qu'ils estiment avoir dans leur environnement professionnel
- D'émettre des propositions pour les soutenir davantage.

Plusieurs difficultés sont ressorties :

- Des moments vécus comme complexes par les soignants (en particulier l'annonce et l'accouchement)
- Des parents difficiles à accompagner (agressivité, repli sur soi, barrière de la langue)
- Des difficultés à trouver sa place en tant que sage-femme compte tenu de la rapidité de l'évènement et de son aspect inattendu.

Sur les 32 professionnels interrogés, tous expriment au moins une difficulté. Cependant, 10 disent n'avoir ressenti aucun problème à les gérer. Quant au soutien ressenti par les soignants, 17 ont un avis mitigé et 4 ne se sentent pas soutenus. (14) Ces chiffres témoignent

de l'importance de la place de la sage-femme dans l'accompagnement des couples confrontés à la MFIU et des difficultés que peuvent rencontrer les sages-femmes au cours de cet accompagnement.

Certaines sages-femmes ne se sentent pas suffisamment compétentes pour suivre un couple porteur de MFIU. Le versant technique de la prise en charge est enseigné à l'école de sages-femmes, mais le versant émotionnel ne s'instruit pas et nous pouvons nous demander s'il s'acquiert au cours d'une carrière professionnelle. Face au couple endeuillé, le soignant réagit de manière unique, selon ses propres émotions ce qui peut engendrer des conséquences sur sa vie personnelle et professionnelle. Face à une MFIU, des émotions telles que l'empathie, la compassion, la tristesse ou encore la détresse professionnelle peuvent interagir. Nous pouvons donc supposer que la prise en charge d'un couple dans ce cadre, et dans toute la dimension humaine qu'elle mobilise aura des conséquences, probablement diverses, sur les sages-femmes et leurs quotidiens professionnel et personnel. C'est ici que notre étude prend sens et nous axerons alors notre recherche sur les facteurs susceptibles d'influencer le vécu des sages-femmes dans l'accompagnement d'un couple porteur de MFIU en salle de naissance.

Partie II : Matériel et méthode

1. Objectifs et hypothèses

Comme nous venons de le décrire, le dénominateur commun de l'accompagnement d'une MFIU est la sage-femme. Elle est présente à chaque étape, de l'annonce à la sortie de la maternité, et occupe une place primordiale dans le suivi du couple et par conséquent dans son vécu. Bien que cette compétence soit clairement définie, la sage-femme doit trouver sa place au travers des fortes émotions pouvant entrer en jeu.

De ce fait, quels facteurs sont susceptibles d'influencer le vécu des sages-femmes dans l'accompagnement d'un couple porteur de MFIU ?

Comme précisé dans notre préambule, l'objectif principal est d'analyser les éléments impactant le vécu des sages-femmes dans cet accompagnement. L'objectif secondaire est de décrire les moyens mis à disposition des sages-femmes afin d'assurer un accompagnement optimal.

Deux hypothèses ont alors été posées :

H1 : l'implication émotionnelle des sages-femmes a un retentissement sur leur accompagnement de la mort fœtale in utero.

H2 : le manque de formation initiale et/ou continue participe aux difficultés rencontrées au cours de cet accompagnement.

2. Méthodologie

2.1 Le type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, rétrospective, réalisée auprès de sages-femmes, sous forme d'entretiens semi-dirigés.

2.2 Population cible

Nous nous sommes adressés à des sages-femmes ayant déjà effectué des accompagnements de MFIU en salle de naissance et/ou aux urgences obstétricales. Sont exclues les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et médicales de grossesse (IMG)

ainsi que les fausses couches précoces (FCP) et tardives (FCT) définies par le terme de viabilité de 22 SA. Les décès néonataux ont également été exclus.

Sur le plan méthodologique, dans un premier temps, le choix s'est porté sur trois maternités d'Ile de France. Deux d'entre elles sont des maternités de type IIa et la troisième est une maternité de type III. Celle-ci est classée Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN). Nous avons choisi différentes maternités dans le but de recueillir des récits de sages-femmes ayant des expériences différentes de par la nature des caractéristiques médicales de l'établissement. Notre objectif initiale était de recueillir 15 témoignages : 5 pour chaque maternité.

2.3 Les démarches

Nous avons contacté par mail les coordinatrices en maïeutiques des maternités afin d'obtenir les autorisations d'étude. Cette première démarche a débuté en octobre 2019. Nous avons reçu une réponse positive de la maternité de type III (que nous nommerons maternité a) et d'une des maternités de type IIa (que nous nommerons maternité b). Après plusieurs relances auprès de la dernière maternité, nous n'avons obtenu aucun contact avec la coordinatrice en maïeutique ou la sage-femme coordinatrice de salle de naissance. Nous nous sommes alors déplacés et n'avons pas obtenu l'autorisation de cette étude. Nous avons donc décidé de nous axer sur les maternités a et b.

Les coordonnatrices en maïeutique des deux maternités retenues ont transmis notre demande tout d'abord aux sages-femmes coordinatrices des salles de naissance puis celles-ci l'ont transférée à l'ensemble des sages-femmes. Quelques-unes nous ont contactés directement par mail pour nous faire part de leur désir de participer à l'étude. Cependant et en pratique, la plupart des entretiens ont été réalisés durant nos différents stages au sein des maternités ciblées, en informant les sages-femmes de l'objectif recherché et de son inscription dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude. Toutes les sages-femmes ont accueilli positivement notre demande.

2.4 Elaboration des entretiens

Afin de mener à bien cette étude, nous avons élaboré une trame d'entretien (présente en Annexe III), construite à partir de nos lectures et de nos connaissances.

La grille d'entretien se décline selon 4 axes :

- Parcours professionnel des sages-femmes et vécu en tant qu'étudiante sage-femme (ESF).
- Accompagnement du couple
- Accompagnement du bébé mort-né et aspects administratifs
- Apport de la formation initiale, place de la formation continue et encadrement des étudiant.e.s sages-femmes (ESF).

Notre étude a débuté par un entretien test, afin de définir des éléments à modifier, à supprimer ou à ajouter et faire potentiellement évoluer notre grille. Cet entretien s'étant parfaitement bien déroulé, notre grille n'a pas subi de modification.

Les entretiens ont été effectués entre novembre 2019 et janvier 2020. Nous avons utilisé la grille d'entretien comme base d'informations. Celle-ci nous a permis de relancer la discussion lorsque cela était nécessaire. Pour la plupart des entretiens, l'ordre des questions a été suivi. Il est arrivé que certaines réponses soient données spontanément, avant même que nous n'ayons posé la question. Parfois, quelques questions ont été reformulées ou précisées afin d'aider la sage-femme interrogée à répondre.

Au final, cinq sages-femmes ont été interrogées dans chacune des maternités retenues. Dix entretiens ont été réalisés au total. Malgré le fait que nous n'ayons pas réussi à atteindre notre objectif initial de 15 entretiens, il n'a pas été décidé d'agrandir notre échantillon dans la maternité b car nous avons pu mesurer l'effet de saturation dès la fin du 5^{ème}.

Les entretiens se sont déroulés pour neuf d'entre eux au sein de l'hôpital : quatre à l'occasion de gardes en salle de naissance, deux en suites de couches et quatre sur rendez-vous au sein de l'établissement. Une sage-femme a été interrogée dans un lieu public en dehors de l'hôpital.

Chaque entretien a été enregistré, après accords oral et écrit de la sage-femme, puis retranscrit intégralement afin de pouvoir l'analyser de façon optimale.

Après la réalisation des dix entretiens, l'effet de saturation mesuré, nous avons décidé de mettre fin au recueil des témoignages.

2.5 Méthode d'analyse

En toute logique, nous avons fait le choix de présenter les résultats selon l'ordre des axes déclinés dans la grille d'entretien. Nous avons réalisé une première lecture de chaque entretien, en surlignant les éléments que nous avons jugés importants pour chaque question. Ensuite, nous nous sommes concentrés sur chacune des questions pour faire ressortir les principales réponses de la part des sages-femmes ainsi que leur redondance. Les résultats obtenus ont fait l'objet d'analyses et de discussions en fonction de nos objectifs initiaux et des données de la littérature.

Partie III : Présentation des résultats

1. Introduction : profil des sages-femmes

Afin de débiter cette présentation des résultats, nous proposons un tableau récapitulatif du profil des sages-femmes interrogées (nommées de A à J) avec le nombre d'années d'expérience en salle de naissance (SDN), la notion d'expérience de l'accompagnement de la MFIU en tant qu'étudiante sage-femme (ESF) ainsi que la durée de l'entretien.

Sages-femmes	Expérience en SDN (Années)	Expérience en tant qu'ESF	Durée de l'entretien
A	3 ans	Non	23'07
B	2 ans et demi	Oui	23'30
C	19 ans	Oui	39'06
D	20 ans	Non	44'58
E	18 ans	Non	30'
F	4 ans et demi	Non	31'38
G	1 an et demi	Oui	31'31
H	6 ans et demi	Non	27'23
I	22 ans	Oui	45'07
J	10 ans	Non	56'59

Les sages-femmes annotées de A à E travaillent en maternité de type IIa tandis que les sages-femmes annotées de F à J travaillent en maternité de type III.

Nous avons classé les sages-femmes par nombre d'années d'exercices en SDN :

- Moins de 5 années d'expérience : 3 sages-femmes concernées
- Plus de 10 années d'expérience : 5 sages-femmes concernées
- Entre 5 et 10 années d'expérience : 2 sages-femmes concernées

Concernant les types de maternité où ont exercé les sages-femmes :

- 4 sages-femmes ont toujours travaillé en maternité de type III
- 3 sages-femmes ont toujours travaillé en maternité de type IIa
- 2 sages-femmes ont travaillé dans les deux types de maternités : III et IIa
- 1 sage-femme a travaillé dans les trois types de maternités existants

Nous nous sommes également intéressés au souvenir de leur expérience en tant qu'étudiante sage-femme. Sur les 10 sages-femmes interrogées, 4 avaient déjà accompagné des MFIU en tant qu'ESF. Deux d'entre elles expliquaient avoir ressenti une certaine mise

à l'écart de la part des équipes. En effet, la **sage-femme B** nous a exposé cette idée : « **on m'avait souvent dit non en tant qu'étudiante, soi-disant pour me protéger** » mais son sentiment de capacité à ce moment-là était bien différent : « **en 4^{ème} ou 5^{ème} année, on est capable et au contraire, il faut qu'on puisse être accompagnée là-dedans, c'est le moment ou jamais** ». Cette sage-femme nous a fait part de sa propre expérience : « **juste après le diplôme, sur une garde très chargée, je me suis sentie complètement démunie. Alors que je l'avais vécu quelques mois plus tôt quand j'étais étudiante. Mais c'est difficile de maintenir le rythme sur le reste de la garde, surtout émotionnellement. Et encore plus quand c'est le premier** ». Ce discours nous montre bien l'importance de l'expérience dans notre métier. Nous reviendrons un peu plus loin sur les émotions ressenties par les sages-femmes et l'impact que ces situations peuvent avoir sur leur rythme de travail. Pour l'ensemble des quatre sages-femmes, le fait d'avoir vécu la situation en tant qu'étudiante a eu un effet bénéfique sur leur accompagnement une fois diplômées. En effet, elles avaient pu écouter les discours que les sages-femmes portaient aux patientes et aux couples, retenir des mots-clés et ainsi « éliminer » certaines phrases. Pouvoir assister aux soins du bébé en étant accompagnée d'un professionnel était également quelque chose que les sages-femmes avaient apprécié en tant qu'étudiante. Néanmoins, une sage-femme nous a fait part de l'angoisse qu'elle avait ressentie lorsque ces situations s'étaient présentées à elle en tant qu'étudiante : « **je me forçais pour être préparée une fois diplômée** » (**sage-femme G**). Cette notion de « se forcer » est essentielle et peut avoir un retentissement sur l'accompagnement qui en découle.

Sur les six sages-femmes qui n'avaient jamais connu de situation de MFIU avant leur diplôme, certaines d'entre elles avaient pu accompagner des interruptions médicales de grossesse. Toutes ces sages-femmes font partie de la maternité de type III. Bien que ces deux accompagnements soient différents, certaines trouvent des similarités, notamment dans le suivi obstétrical et médical. De ce fait, elles n'ont pas estimé que l'absence d'expérience de MFIU soit pénalisante. La **sage-femme F** exprime : « **je ne sais pas si ça m'aurait aidé de le vivre, en type III on est beaucoup confrontés aux IMG. Ça ne m'a pas pénalisée mais c'est parce que je me suis occupée d'IMG** ». Nous retrouvons le même discours chez la **sage-femme H** : « **ce n'est bien-sûr pas le même contexte, mais ça aide** ». En dehors du suivi d'une IMG, cela pouvait être également celui d'une fausse couche tardive ou alors la naissance d'un fœtus polymalformé comportant un accompagnement type soins palliatifs. Les dires des sages-femmes étaient de nouveau similaires : « **quand tu es jeune, ça peut**

être choquant. Entre la théorie et la pratique...il y a un monde. » pour la **Sage-femme D.** Une autre nous a expliqué que l'expérience de l'accompagnement d'une fausse couche tardive ne l'a pas aidée en étant diplômée. Cela conforte l'idée que la distinction MFIU/FCT prend tout son sens quant à l'accompagnement proposé. Enfin, pour une sage-femme, la maîtrise de la technique est importante avant de se concentrer sur l'accompagnement, et alors l'expérience en tant qu'ESF n'est pas obligatoire.

Au global, les résultats sont les suivants :

- Les sages-femmes ayant connu l'accompagnement de la MFIU en tant qu'ESF ont décrit cette expérience comme bénéfique et l'ont considérée comme préparatrice notamment dans le discours qu'elles portent aujourd'hui aux femmes.
- Concernant les sages-femmes qui n'ont jamais accompagné de couple porteur de MFIU durant leur formation, cela n'a pas été un frein dans leur pratique en tant que sage-femme diplômée.

2. L'accompagnement du couple

Dans un premier temps, nous avons demandé aux sages-femmes les critères de répartition des patientes au sein de l'équipe en début de garde. Elles ont toutes répondu qu'elles veillaient à instaurer un équilibre, c'est-à-dire que la sage-femme qui accompagnait le couple porteur de MFIU ne prenait pas simultanément en charge une autre pathologie. Deux justifications à cela : pour une prise en charge optimale de l'ensemble des patientes, les sages-femmes ont estimé important de se concentrer sur une seule pathologie. Cet accompagnement sera sans doute plus difficile à mener, et prendre en charge plusieurs pathologies faisait prendre le risque d'avoir l'esprit trop occupé. De plus, concernant la charge émotionnelle de la patiente, les sages-femmes ont exprimé l'idée qu'accompagner une patiente dont les pronostics obstétricaux, maternels et fœtaux étaient favorables pourra n'être que bénéfique.

Dans les 2 maternités étudiées, une sage-femme était toujours volontaire pour ce type d'accompagnement en salle de naissance avec une présence constante des collègues pour aider en cas de nécessité. Si une sage-femme venait d'être récemment confrontée à une situation difficile (MFIU, IMG etc...), l'équipe s'adaptait et s'organisait pour que cette dernière ne cumule pas rapidement le même genre de situation.

2.1 Quel sentiment prédomine ?

Nous avons questionné les sages-femmes sur leur réaction lorsqu'elles apprenaient que leur mission du jour était d'accompagner une MFIU. Certaines redoutaient et ressentaient une certaine angoisse, d'autres étaient plutôt sereines et affrontaient la difficulté avec calme et assurance.

Trois sages-femmes ont exprimé avoir redouté ce type de suivi au début de leur carrière professionnelle puis de moins en moins au fil des expériences passées. Voici le discours de la sage-femme B : **« Je redoute l'implication émotionnelle mais ce n'est pas quelque chose qui me fait peur. Au début par contre, j'appréhendais beaucoup. Maintenant, j'aime bien. Ce sont des échanges très difficiles mais très intenses, où l'on prend du temps pour elles »**. La notion d'expérience était confirmée par la sage-femme C : **« On redoute les premières fois, puis il y a une carapace qui se forme, c'est une expérience que l'on acquiert, on a moins peur de faire une bêtise. Au début on ne sait pas trop comment se positionner puis quand on a trouvé notre façon de faire c'est plus facile »**.

La sage-femme J expliquait que les difficultés techniques l'inquiétaient davantage : **« on a des appréhensions techniques : avoir à faire des manœuvres, diriger la poussée, les lésions périnéales... »**.

Trois sages-femmes ont évoqué ne pas avoir d'attrait particulier pour cet accompagnement, sans pour autant le redouter. Elles le définissaient d'ailleurs comme **« un accouchement pas comme les autres, mais un accouchement quand même »**, et que peu importe la situation, **« ça fait partie de notre métier »**. Pour autant, d'après le discours des sages-femmes, leur réaction n'était pas constante dans le temps. En effet, elle variait en fonction du contexte, de la position des parents et de l'éventuelle pathologie fœtale associée.

La notion d'accompagnement était essentielle dans ce contexte-là. En effet, pour l'ensemble des entretiens, elle était mentionnée au moins une fois, à différentes questions selon la sage-femme. La sage-femme D le résumait dans son propos : **« On joue plus notre rôle d'accompagnant, on est moins dans le médical, moins technicienne [...]. C'est une partie intéressante de notre métier que l'on n'exerce pas forcément suffisamment faute de temps »**.

La **sage-femme I** nous fait part d'un sentiment unique, que nous n'avons pas retrouvé chez les sages-femmes ayant plus de 10 ans d'expérience : « **J'ai toujours eu un attrait pour les morts fœtales. C'était un sujet que je trouvais hyper intéressant. Mais au fil du temps, j'y arrivais moins, j'avais l'impression d'avoir atteint mon quota d'émotions, mon quota de résistance. Mais c'était comme ça pour toutes les pathologies : les IMG, les grosses réanimations bébé...** ». A quel phénomène est dû ce ressenti ? Nous reviendrons sur cette question plus loin dans ce mémoire, lors de la discussion.

Au total, nous retenons :

- Les sages-femmes, en difficulté face à cet accompagnement, l'étaient pour les raisons suivantes : l'implication émotionnelle qu'il engendrait, à un degré différent selon les sages-femmes et le moment de leur carrière ; les difficultés techniques présentes malgré l'absence d'enjeu vital pour le fœtus, se surajoutaient à l'accompagnement psychologique du couple qui occupait une place déjà primordiale.
- Le rôle d'accompagnant pour les sages-femmes prenait tout son sens : c'est ce qui justifiait que certaines sages-femmes avaient un attrait pour cet accompagnement.

Les sages-femmes ont ensuite répondu à la question suivante : *comment vous sentez-vous face à la patiente ?*

Dans un premier temps, trois sages-femmes ont exprimé être empathiques à l'égard des patientes et des couples. C'est le cas de la **sage-femme J** : « **J'essaye de mettre de la distance. Je suis dans l'empathie, investie d'une mission : qu'elle en garde le moins mauvais souvenir possible** ». Cette notion d'empathie n'était pas toujours évidente. En effet, il fallait trouver le juste milieu et ainsi ne pas dépasser notre rôle de soignant. C'est ce que disait la **sage-femme D** dans son discours : « **Tu sens qu'il y a des femmes qui ont besoin d'être cocoonées et voient en toi un côté maternel rassurant [...], tu peux facilement tomber dans la compassion et ça il faut s'en empêcher. Ce qu'il faut, c'est être empathique, et rester à sa place** ».

Ensuite, nous avons retrouvé la notion d'asepsie verbale et comportementale. Le personnel soignant devait rester vigilant sur les mots employés, la syntaxe des phrases, aux questions qu'il soumettra à la patiente. Selon une sage-femme, certaines attitudes étaient inadaptées dans cette situation, comme parler fort par exemple, ou encore rire. Être à

l'écoute, posséder une disposition d'esprit, être dans le respect de l'intimité étaient d'autres réponses que les sages-femmes nous avaient données.

Au contraire, deux sages-femmes expliquaient qu'elles ne se comportaient pas d'une façon différente par rapport à une patiente dont le bébé était vivant. Bien que la situation fût différente, la façon d'agir et la position professionnelle restaient les mêmes.

Quatre sages-femmes ont insisté sur l'importance d'introduire la personne accompagnante dans le processus d'accompagnement. S'adresser au couple permet notamment au papa, de s'exprimer s'il en ressentait le besoin et de ne pas se sentir exclu.

Concernant le discours employé, l'ensemble des sages-femmes disaient l'adapter en fonction du contexte. La **sage-femme J** a alors précisé : « **c'est d'ailleurs ce qui est difficile quand on suit plusieurs patientes : réadopter l'attitude qui convient** ».

Selon certaines sages-femmes, d'autres facteurs étaient pris en compte : les parcours difficiles, la barrière du langage, le degré d'extériorisation du couple ainsi que la parité de la patiente. En effet, la **sage-femme G** nous disait que s'occuper d'une multipare était souvent plus facile car il y avait l'occasion d'introduire les aînés dans la discussion. En outre, « **à chaque situation, on adapte le discours** ».

En résumé :

- Les sages-femmes étaient dans l'empathie vis-à-vis du couple, sans tomber dans la compassion.
- L'asepsie verbale et comportementale occupaient une place importante dans la relation mise en place avec la patiente. Les sages-femmes expliquaient qu'elles se permettaient de moins parler qu'avec une patiente dont le fœtus était vivant.
- Pour l'unanimité des sages-femmes, il était évident qu'adapter son discours à chaque patiente était essentiel.

2.2 La sage-femme dans sa proximité avec la femme

Nous avons ensuite demandé à chacune des sages-femmes : « Ressentez-vous une proximité particulière avec la femme ? ».

En réponse à cette question, six sages-femmes ont répondu que cela dépendait de la réaction de la patiente et de comment elle se comportait. Les sages-femmes l'ont expliqué au travers de différents arguments :

- La **sage-femme J** l'a résumé : « **Lorsque le couple est fermé et s'exprime peu, c'est plus difficile je trouve. Dans le sens où c'est difficile de ne pas le prendre pour soi, notamment en fin de garde quand la fatigue amplifie la chose.** »
- La **sage-femme C** l'a expliqué ainsi : « **ce n'est pas lié à l'état de MFIU mais aux gens en général et à la nature humaine. C'est vrai qu'en général on est plus attentifs et plus doux, mais pas plus proches.** »

Une sage-femme approuvait cette notion de proximité avec la patiente et le couple. C'était le cas de la **sage-femme G** : « **On a l'impression de servir à quelque chose, d'apaiser leur douleur. Notre rôle d'accompagnant prend tout son sens.** »

Enfin, deux sages-femmes ne se sentaient pas plus proches. L'une d'entre elle parlait d'un moment difficile pour la patiente, mais par pour elle-même. Elle pensait que notre rôle était de faire la part des choses et d'accompagner cette femme qui venait pour accoucher. La seconde sage-femme exprimait au contraire qu'elle se sentait moins proche qu'avec une femme accouchant d'un enfant vivant. Celle-ci n'a pas su nous dire si le contexte construisait une barrière entre le professionnel et la patiente. Elle nous disait se permettre moins de choses, comme par exemple ne pas parler d'expériences passées (**sage-femme F**), ce qui était le contraire du sentiment exprimé par la **sage-femme G** un peu plus haut. Cela nous montrait bien que chaque sage-femme vivait la situation de manière différente et qu'une universalité des réactions était impossible.

Au global, la majorité des sages-femmes se sentait plus ou moins proches en fonction des réactions de la patiente et de ses expressions.

2.3 Les difficultés rencontrées au cours de l'accompagnement

L'annonce de la mort fœtale in utero était le moment le plus redouté pour sept sages-femmes sur dix. De manière courante, c'était le médecin obstétricien de garde qui était en charge d'annoncer la terrible nouvelle aux parents. Néanmoins, la sage-femme était dans la majorité des cas présente et il arrivait même, quelques fois, que ce soit elle qui l'annonçait. Dans ce dernier cas, l'intensité du vécu était décuplée : « **Le pire, c'est quand c'est toi qui**

l'annonces. Et moi j'ai déjà eu à le vivre 2 fois. » (Sage-femme A). Cette annonce n'était jamais facile, et le caractère rare de la situation le justifiait en partie. « **Typiquement, l'annonce c'est affreux, terrible. Je pense que c'est un moment où on ne peut pas être à l'aise, qui est toujours terrible. Et ça l'expérience ne joue pas. » (Sage-femme J) ; « l'annonce peut être très difficile. Une femme qui vient pour diminution des mouvements actifs fœtaux (MAF), tu fais l'écho, tu ne trouves pas de bruits du cœur, c'est compliqué. Tu essayes de faire un stratagème le temps d'appeler le médecin. » (Sage-femme F) ; « oui le moment le plus dur c'est celui où tu poses le capteur, que tu ne captes rien, que tu essayes de ne pas avoir les yeux paniqués parce qu'eux sont accrochés à ton regard, ce moment de silence où le médecin fait l'échographie, que toi tu sais et qu'eux comprennent très vite aussi » (Sage-femme I).**

Ensuite, les sages-femmes parlaient d'un moment difficile lorsque la présentation du bébé aux parents se faisait. Ces difficultés découlaient de plusieurs facteurs. Tout d'abord, la notion du terme d'accouchement était abordée par la **sage-femme H** : « **La présentation, la préparation du corps, c'est difficile. Et plus le terme est avancé plus c'est compliqué** ». L'aspect du bébé pouvait également rendre les choses difficiles pour les parents et par suite logique, pour les professionnels qui allaient devoir les accompagner. « **Quand il y a de grosses malformations et que tu sais que ça va être compliqué de leurs présenter, c'est difficile** » (sage-femme D). Certaines sages-femmes expliquaient que ce moment était considéré comme la concrétisation de la situation et de cette fin de grossesse, et d'un post-partum sans bébé.

Selon deux sages-femmes, l'accouchement était le moment le plus difficile. Ce moment crucial où la femme va mettre au monde son bébé décédé. La sage-femme joue un rôle déterminant en la guidant et l'accompagnant du mieux qu'elle peut. Une pression pouvait être ressentie par la sage-femme qui essayait d'éviter au maximum d'éventuelles manœuvres obstétricales, de préserver le périnée de la patiente qui tiendra lieu de cicatrice de ce bébé tant imaginé. « **L'accouchement, c'est sûr. On les met devant le fait accompli, puis il n'y aura plus d'enfant après. C'est le moment où ça se concrétise. C'est un moment très difficile parce qu'elle craque, en général ça ne fait pas 5 minutes qu'elle est là, et nous aussi on se dit « respire ». » (Discours de la sage-femme C) ; « Le moment de l'accouchement forcément c'est un peu difficile parce que c'est là que les gens relâchent**

la pression et parfois des couples qui avaient peu extériorisé vont extérioriser une douleur et de la tristesse » (sage-femme B).

Enfin, de manière générale, certaines sages-femmes craignaient l'attente rendant le contexte encore plus compliqué. En effet, l'attente de la dilatation cervicale pouvait être très longue dans ces moments-là, ainsi que celle de l'analgésie péridurale et de l'arrivée du médecin. Elles ont exprimé également se sentir démunies face à la douleur de la patiente : **« La douleur physique exprime la douleur psychique, et celle-ci est impossible à soulager » (sage-femme D).**

Nous pouvons retenir que pour la majorité des sages-femmes, l'annonce était le moment le plus redouté mais que d'autres étapes étaient également vécues comme difficiles : le moment de l'installation pour l'accouchement ou la présentation de l'enfant aux parents.

2.4 L'expérience professionnelle

La majorité des sages-femmes pensaient que l'expérience professionnelle était bénéfique pour leur pratique.

Elles évoquaient dans un premier temps que l'expérience apportait de la sérénité dans le discours délivré à la patiente. Au fil des années et des couples rencontrés, les sages-femmes développaient cette asepsie verbale si indispensable en maternité. En début de carrière professionnelle, il est normal d'avoir des doutes, de se sentir maladroite, voire d'être mal à l'aise. **« Au début, on se pose beaucoup de questions, on a des doutes sur nos paroles employées » (sage-femme I) ; « Oui elle aide dans le discours. Avant je parlais beaucoup, je demandais souvent comme elle allait, notamment pendant les efforts expulsifs. Mais avec le temps, j'ai compris que c'était plus pour me rassurer moi. Je me suis rendue compte que c'était à moi que je posais la question » (sage-femme G).** Cette même sage-femme nous a raconté son expérience qu'elle a pu vivre en tant qu'étudiante. Une sage-femme lui avait confié la phrase suivante : **« le jour où ça ne te fait plus rien, change de métier ».**

Neuf sages-femmes sur dix trouvaient qu'elles maîtrisaient mieux cet accompagnement au fil des années. En effet, elles ont exprimé une prise de distance et de recul et une faculté d'adaptation de plus en plus aisée. **« On prend du recul. Les premières fois, on rumine beaucoup. » (Sage-femme C) ; « Quand on est jeunes, c'est difficile de prendre du recul**

et de ne pas s'impliquer émotionnellement. » (Sage-femme E) ; « **C'est clair, on s'améliore avec le temps. C'est très instructif et constructif pour notre travail. Je trouve ça bien de bien savoir le faire** » (sage-femme B).

Une sage-femme nous a confié que malgré l'expérience et la sérénité qu'elle apporte, « **souvent, ce sont les couples qui nous guident dans notre démarche** ». En effet, leurs réactions, leurs questions, leurs demandes, permettaient aux sages-femmes de pouvoir s'adapter, et ainsi de les accompagner au mieux de manière personnalisée.

A l'inverse, une sage-femme exprimait que l'expérience n'aidait en rien dans cette situation, notamment d'un point de vue émotionnel. « **Pas dans ce que l'on ressent. On est toujours affecté par ce qu'il se passe et la détresse du couple. On reste humain malgré le fait qu'on soit professionnel de santé** » (sage-femme F).

Au total, voici ce que les sages-femmes nous ont transmis :

- La majorité d'entre elles ont appuyé l'idée que l'expérience était primordiale pour apprivoiser au mieux cet accompagnement. En effet, elles se sentaient plus à l'aise dans leur discours ainsi que leurs gestes techniques pratiqués au fil des années.
- Cette expérience n'était pas toujours la clé de toute réussite. Il arrivait que les émotions ressenties prenaient le dessus et qu'elles n'étaient pas toujours contrôlables par la sage-femme.

2.5 Ressenti global des sages-femmes

Après avoir interrogé les sages-femmes sur leur accompagnement des couples porteurs de mort fœtale in utero en salle de naissance, versant maternel, nous leur avons demandé quel était leur ressenti global dans ce contexte.

Six sages-femmes sur dix estimaient faire la part des choses dans ce type d'accompagnement. De ce fait, elles arrivaient à mettre de la distance vis-à-vis des émotions que pouvait ressentir le couple. Mais alors que cette distance était jugée primordiale par les sages-femmes pour assurer un accompagnement optimal, elle n'était pas toujours évidente à obtenir. La **sage-femme G** nous a fait part de ce qu'elle a pu ressentir : « **Ça dépend des gardes. J'ai des gardes où j'ai l'impression de bien prendre en charge les patientes parce que j'ai le temps et d'autres où je ne suis pas satisfaite car comme on a couru partout j'ai l'impression de passer en coup de vent et de ne pas avoir été assez présente**

pour ces patientes-là ». L'activité en salle de naissance est apparue comme un facteur influençant le sentiment de satisfaction par rapport à la prise en charge des patientes. L'attitude du couple entraine également en compte pour la **sage-femme G** : « **Et il y a des fois où je trouve que c'est plus dur que d'autres, avec des parents plus sollicitant, j'ai eu 2 cas de parents très sollicitant où quand je suis rentrée chez moi et que j'ai posé ma blouse je n'ai pas réussi à me dire « c'est bon la garde est finie on oublie ce qu'il s'est passé » et où là j'ai littéralement tout ramené chez moi et je me suis dit « bon ok là ce n'est pas top »** ».

Quatre sages-femmes insistent sur le fait que ces prises en charge traduisaient de la meilleure des façons notre rôle de soignant. La **sage-femme E** l'a résumé dans son discours : « **C'est toujours des moments importants qui sont par définition plus marquants que d'autres. Même si on essaye de toujours garder de la distance, c'est toujours des moments où on a vraiment la sensation d'être à disposition et de servir à quelque chose, encore plus que sur un autre accouchement. L'accompagnement là prend toute sa mesure. C'est sûrement les patientes qui sont le mieux accompagnées** ».

En situation d'accompagnements simultanés, la sage-femme B expliquait qu'il était important pour elle de pouvoir suivre une autre patiente et que cela l'aidait à équilibrer la garde : « **Souvent, quand on suit une mort fœtale, on aime bien en parallèle avoir un accouchement qui se passe bien pour équilibrer un peu la garde** ». Mais est-ce si facile d'accompagner plusieurs patientes lorsqu'un contexte si compliqué se présente ? C'est ce dont nous faisons part la **sage-femme C** qui se remémorait ses premières années de diplôme : « **moi quand j'étais jeune diplômée, les premières MFIU que j'ai suivies, j'ai eu du mal à faire autre chose. Quand on est concentrées à fond là-dessus, on a du mal à faire des prises en charge correctes à côté pour les autres patientes** ». L'expérience, dans ces situations-là, participait au ressenti : « **avec l'âge, je me sens plus à l'aise** » prononçait la **sage-femme D**. Cependant, elle rajoutait également qu'elle ressentait un « **manque de soutien psychologique** ».

En résumé, nous retenons :

- Les sages-femmes ressentait des émotions différentes selon les jours de travail. En effet, la façon dont se déroulait la garde influençait fortement leur ressenti (garde chargée, prise en charge de plusieurs patientes avec différentes pathologies par exemple). Un autre facteur essentiel influençant le vécu de la sage-femme était la manière dont le couple se comportait. Certaines sages-femmes arrivaient mieux accompagner les couples qui les sollicitaient, car elles avaient l'impression d'être utiles. Au contraire, d'autres sages-femmes ressentait des difficultés à répondre aux besoins des parents très sollicitants car ils demandaient une énergie plus importante.
- Nous notons de nouveau la notion d'accompagnement qui est essentielle. Les sages-femmes insistaient sur le fait que c'était des moments importants dont les couples se souviendraient toute leur vie et qu'il était essentiel qu'ils le vivent du mieux possible. C'est pour cela que la place de la sage-femme prenait tout son sens et la qualité de son accompagnement déterminait le vécu du couple.

Ensuite, nous avons demandé aux sages-femmes si elles se sentaient plus fatiguées ou plus émotives à la suite à cette prise en charge qui peut parfois s'étendre sur toute une garde de 12 heures.

Les réponses à cette question furent très diverses. Dans un premier temps, quatre sages-femmes reconnaissaient être plus émotives en sortant de garde, sans pour autant être plus fatiguée. Elles justifiaient cette émotivité de différentes manières : « **Plus émotive oui forcément je pense, ce n'est pas une situation évidente. [...] Donc plus fatiguée non mais plus touchée oui. C'est aussi quelque chose que l'on fait peu souvent, donc forcément accompagner un décès, ça marque plus** » (Sage-femme B). La sage-femme C ressentait le besoin de pleurer pour évacuer ses émotions mais ne les exprimaient pas devant le couple : « **On pleure. Enfin moi je pleure, pas avec la patiente bien sûr mais à un moment donné ce qu'on a accumulé pendant les heures de suivi, on a besoin de se relâcher donc on pleure un bon coup et après ça va mieux** ». Toujours selon cette sage-femme, la fatigue n'était pas forcément liée au contexte de MFIU mais plutôt à la patiente : « **Je ne suis pas sûre que ce soit lié à la MFIU, il y a des patientes qui sont fatigantes, ce n'est pas méchant de dire ça, mais il y a des patientes qui nous prennent plus d'énergie que d'autres, mais je ne suis pas sûre que ce soit lié à la MFIU** ».

Selon certaines situations, l'émotivité et la fatigue ressenties pouvaient être accentuées. En effet, **la sage-femme J** nous racontait de quelle manière le caractère brutal de la situation décuplait ses émotions : « **Je me souviens d'une MFIU. C'était une patiente avec un hématome rétro-placentaire (HRP) et cette fois-là j'étais rentrée lessivée oui, c'était hyper prenant, c'était dur et j'étais vraiment crevée. Je me souviendrai toujours de cette femme qui est arrivée aux urgences en disant « je ne le sens plus bouger » et d'un ton où je me suis dit « on va directement à l'échographie ». A son ton de voix, j'étais sûre qu'il était mort. Et elle le savait aussi** ». La réaction de la patiente, les sentiments qu'elle laissait transparaître (tristesse, colère, déni...) allait sans aucun doute conditionner les émotions que les sages-femmes ressentaient par la suite.

Selon une sage-femme (**G**), la fatigue prend une place plus importante sans pour autant que l'émotivité gagne de l'ampleur. Elle le résumait dans son discours : « **Plus fatiguée oui dans le sens où on donne beaucoup plus de notre personne déjà. D'une dans la réflexion des mots, on cherche beaucoup plus ce que l'on va dire pour ne pas blesser, pour ne pas avoir un mot de travers mais aussi parce que ce sont des parents très sollicitants qui demandent pas mal d'énergie et je pense qu'inconsciemment aussi de refouler notre tristesse ça demande aussi un peu d'énergie.** »

A contrario, trois sages-femmes n'éprouvaient ni fatigue ni émotions supplémentaires lors de ces accompagnements : « **Je ne pense pas plus non. On tient avec la pression de la garde donc après quand ça se termine t'es fatiguée mais c'est comme ça pour toutes les gardes** » (Sage-femme **E**).

Les émotions ainsi que la fatigue étaient donc ressenties à des degrés différents selon les sages-femmes. Ces notions étaient dépendantes de la personnalité de la sage-femme.

3. L'accompagnement du bébé mort-né et aspects administratifs

Dans un premier temps, nous avons questionné les sages-femmes à propos de la dénomination de l'enfant mort-né.

Dans ce contexte particulier de l'accompagnement d'un couple et de la mort fœtale in utero, neuf sages-femmes sur dix utilisaient le terme « bébé », et quatre sur dix utilisaient en alternance les termes « bébé » et « enfant ». Huit d'entre elles prenaient en compte l'avis des parents : « **souvent, je demande aux parents comment ils veulent qu'on l'appelle [...], après souvent je crois que je dis « votre bébé » [...] et quand ils ne savent pas quoi**

répondre, s'ils ne se posent pas la question, alors je dis « votre bébé » ou « votre enfant » pour la Sage-femme B ; « je dis plutôt bébé, à moins qu'elle m'ait dit le contraire » propos de la sage-femme C.

Une sage-femme employait de temps en temps le mot fœtus : **« je peux dire fœtus, surtout avant 22 voire 26 SA » (sage-femme D).** Mais comme trois autres sages-femmes, il leur arrivait de faire référence au sexe, voire d'employer le prénom lorsque celui-ci était connu. L'emploi du prénom était dépendant du terme d'accouchement : **« Je demande s'il y a un prénom en fonction du terme, on peut en discuter au cours de la conversation » (sage-femme E).**

L'investissement de la grossesse était une notion à prendre en considération pour la **sage-femme J** : **« En fait je crois que je m'adapte à eux et où ils en sont. Je vois un peu comment eux le nomment et si eux disent le bébé, je vais dire le bébé. Ça dépend d'où ils en sont eux, et aussi beaucoup du terme. C'est quelque chose que j'ai appris en formation que j'ai faite il n'y a pas très longtemps, c'est qu'ils ne vont pas tous avoir investi de la même façon, même entre eux (les parents) ».**

Concernant le terme « fœtus », 4 sages-femmes appuyaient le fait qu'elles n'aimaient pas l'utiliser : **« alors fœtus, pas trop, à moins que la patiente me l'ait demandé, mais ce n'est pas un mot que j'emploie » pour la sage-femme H ; « fœtus je n'arrive pas à le dire, ce n'est pas lui donner de l'importance, de la vie » pour la sage-femme J.**

En second, nous nous sommes intéressés aux soins (empreintes, pesée, photos, habits) apportés au bébé. Nous avons demandé aux sages-femmes si elles avaient besoin d'être accompagnées par un autre professionnel de santé (sage-femme, auxiliaire de puériculture ou encore infirmière) durant la réalisation de ces soins. Ces derniers comportent : pesée et mensurations, toilette en cas de besoin, habillage selon le terme et le souhait des parents, mise en place des bracelets d'identification, prise de photos selon les protocoles de service et empreintes des mains et des pieds.

Sept sages-femmes sur dix exprimaient ne pas avoir besoin d'être accompagnée durant cette étape. Deux sages-femmes préféraient être seules pour passer ce temps privilégié avec l'enfant : **« Je n'éprouve pas le besoin particulier d'être accompagnée. A un moment donné on n'a pas besoin de partager tout avec tout le monde. Et puis des fois, on a des choses à leur dire, seule avec eux. C'est un moment où nous on a un peu besoin de**

verbaliser des choses qu'on n'aurait pas pu verbaliser dans la chambre et qu'on ne va pas faire dans le bureau » (Sage-femme C) ; « Non ça je n'ai pas besoin. Je n'en ressens pas le besoin parce qu'en fait je parle beaucoup à cet enfant quand je m'en occupe et j'aime bien être toute seule. » (Sage-femme G).

Trois sages-femmes disaient pouvoir aisément le faire toute seule mais ne refusaient pas de l'aide le cas échéant. La disponibilité du personnel, l'activité du service ainsi que le ressenti de la sage-femme à ce moment-là étaient alors à considérer : **« Si l'activité le permet, c'est plus confortable, mais je peux très bien le faire toute seule, ce n'est pas un souci » (Sage-femme F) ; « Je n'ai pas de préférence. Selon les jours et selon ma forme, l'aide-soignante ou l'infirmière m'accompagnent, c'est plus confortable. On est un peu solidaires dans ces moments-là. On est tous ensemble pour un moment intime, c'est précieux pour tout le monde ».** (Sage-femme J).

Enfin, trois sages-femmes estimaient avoir besoin d'être accompagnée d'une collègue. Le plus souvent, l'une d'elles se portait volontaire. Selon le terme de l'enfant, une sage-femme ressentait davantage le besoin de ne pas être seule : **« je le fais seule si je n'ai pas le choix mais j'aime bien être accompagnée, surtout si c'est un bébé à terme ».** (Sage-femme H). Les deux autres sages-femmes pensaient que cette étape était plus facile à réaliser à deux : **« Je trouve que ça permet de dédramatiser la situation et ça permet de le vivre plus facilement. Souvent c'est une collègue SF qui m'accompagne »** (sage-femme A) ; **« on le fait en équipe selon les disponibilités, le plus souvent une collègue SF. Ça nous aide bien sûr car ce n'est pas toujours facile. Et inversement, j'accompagne quand une collègue est dans la situation ».** (Sage-femme B)

Concernant cette même étape, nous avons demandé aux sages-femmes si elles éprouvaient des difficultés. Toutes ont répondu qu'elles ne rencontraient pas de difficulté particulière. Deux d'entre elles nous ont seulement fait part de difficultés techniques, liées par exemple au matériel nécessaire.

Selon trois sages-femmes, cette étape était importante. En effet, elles prenaient le temps de bien faire chaque geste, aussi minutieusement que si elles s'occupaient d'un bébé vivant : **« je trouve que c'est important mais ce n'est pas plus difficile que le reste. Mais par contre je trouve que c'est un beau souvenir, et c'est important de bien le faire ».** (Sage-femme B) ; **« J'ai à cœur de faire quelque chose de sympa pour les parents [...] je fais**

un souvenir pour les parents et c'est important. » (Sage-femme J) ; « Pas de difficulté car je me dis que je prends soin de lui. Et c'est important en fait je ne conçois pas de laisser un enfant nu sans rien pour moi c'est quelque chose qui est inconcevable et pour le coup ce serait quelque chose de difficile pour moi de m'imposer ça » (Sage-femme G).

Trois sages-femmes appuyaient le fait que la réalisation de photos et de souvenirs pour les parents était importante dans l'accompagnement global du couple, et ces gestes devaient être effectués avec respect : **« il y a un certain respect à avoir, c'est important pour les parents » (Sage-femme D) ; « Non je ne rencontre pas de difficulté parce que je suis toujours là pour qu'ils vivent ça au mieux, donc il faut qu'ils aient des traces, c'est normal » (Sage-femme I) ; « Non, c'est important pour les parents. En fait je ne sais pas si c'est pour les parents que c'est important ou si c'est pour moi mais ce n'est pas une pièce anatomique. Il y a un certain respect à avoir. » (Sage-femme C).** Une sage-femme exprimait le fait de **« le faire parce qu'il faut le faire ».**

En résumé, certaines sages-femmes avaient le sentiment de devoir réaliser seule les soins du bébé mort-né, qu'elles estimaient comme un moment privilégié. D'autres préféraient être accompagnées afin d'appréhender ces soins de manière plus confortable.

Les sages-femmes n'éprouvaient pas de difficultés particulières à s'occuper de ce bébé, et pensaient au contraire que cette étape était essentielle à la fois pour elles et pour les parents. Elles ressentaient de la fierté d'avoir fait correctement leur travail. Concernant les parents, le processus de deuil sera dépendant de la vision de leur enfant, et donc de la façon dont il leur sera présenté.

3.1 La rencontre des parents et de leur bébé

Toutes les sages-femmes proposaient aux parents de rencontrer leur bébé. Cette rencontre pouvait se faire à différents moments : juste après l'accouchement ou les soins du fœtus et/ou dans les jours qui suivaient. Elle pouvait également prendre différentes formes : soit la maman et/ou le papa/l'accompagnateur voulait porter le bébé, soit ils préféraient que ce soit la sage-femme qui le fasse.

Sept sages-femmes sur dix le proposaient systématiquement. Cette proposition était d'ailleurs discutée avant l'accouchement, ce qui permettait au couple de réfléchir, de poser

les questions qui leur semblaient importantes et d'échanger entre eux. Cette étape est considérée comme essentielle dans le processus de deuil et les sages-femmes étaient unanimes dans la façon de l'aborder : le plus tôt possible avant l'accouchement et de manière à toujours laisser libre choix aux parents : **« Oui. Je leur propose toujours et j'en parle le plus tôt possible surtout. (Sage-femme J) ; « Oui, en systématique. [...] Avant l'accouchement sauf quand on n'a vraiment pas le temps mais sinon j'en discute toujours en amont, je leur dis qu'ils peuvent me dire oui maintenant et après l'accouchement me dire non et inversement, que c'est aussi possible que l'un me dise oui et l'autre non, qu'il y a toujours une solution. Tout est envisageable ».** (Sage-femme G).

Trois sages-femmes nous confiaient que l'apparence du bébé ainsi que le terme influençaient leur proposition de rencontre et la façon dont elles formulaient leur question : **« Ça dépend du terme et de l'état de l'enfant. Sur les tous petits termes, pas forcément. Je propose toujours mais je ne les pousse pas à le rencontrer si le bébé n'est pas présentable. [...] et les grossesses assez avancées peut-être que dans la façon de le proposer je les pousse plus à le voir. »** précise la Sage-femme B ; **« En général je le propose, mais ça va dépendre de l'état de l'enfant. S'il n'est pas présentable, je vais le déconseiller. Mais on en parle quand même »** (Sage-femme A).

Deux sages-femmes nous ont exposé leur avis sur la rencontre des parents et de leur bébé. Voici le discours de la Sage-femme B, 2 an et demi d'expérience : **« Personnellement, je trouve ça très important qu'ils le voient. J'ai l'impression qu'au niveau du deuil, c'est quelque chose de plus facile, après des parents qui ne veulent pas le voir je ne les forcerai jamais. J'ai quand même un sentiment de frustration quand les parents me disent non et j'ai peur qu'en n'ayant pas insisté, ce sont des parents pour qui le deuil sera plus compliqué et qui auront du mal à s'en remettre. »** La sage-femme J, 10 ans d'expérience en SDN, a pris du recul sur ce sujet au cours des années : **« J'essaie de rester neutre et de ne surtout pas les orienter car qui serais-je pour savoir ce qui est le mieux pour eux. Mais c'est compliqué car très souvent ils ne savent pas et c'est difficile de les aider dans ces cas-là car c'est une mission hyper complexe. Je pense que moi, en mon fort intérieur, je suis convaincue que c'est mieux qu'ils les voient mais je ne les oriente surtout pas car il y a des gens qui peuvent être choqués. Et ça a changé avec ma pratique d'ailleurs. Quand j'ai eu mon diplôme, j'étais convaincue de cela.**

Maintenant, quand je leur en parle, je ne les influence pas du tout et s'ils ont besoin que je les aide, en leur décrivant un peu comment il est, bah je le fais mais c'est leur enfant donc on ne peut pas savoir mieux qu'eux ce dont ils ont besoin ».

Concernant les modalités de cette rencontre, toutes les sages-femmes laissaient le choix au couple de leur présence auprès d'eux. Cette notion est importante dans ce contexte et les sages-femmes l'ont confirmé tout le long de leur entretien : « **Je leur demande. S'ils veulent oui, je leur dis que c'est tout à fait possible que je les laisse un peu ou que je reste avec eux. Je leur laisse la sonnette à proximité et je sais que par contre ça me tient à cœur que ce soit moi qui réponde quand elle resonance. Et je préviens les collègues qu'ils sont avec leur bébé.** » (Sage-femme G) ; « **Oui je leurs pose la question mais concrètement ils ne veulent jamais que je reste. Je leur donne le choix pour leur dire que je reste disponible pour eux, c'est une façon de dire je suis là pour vous.** » (Sage-femme J).

Globalement, la majorité des sages-femmes proposaient systématiquement aux parents de rencontrer leur bébé. Les différentes modalités de cette première rencontre leur étaient énoncées de façon à ce qu'ils se sentaient libres de leurs choix (prendre l'enfant dans ses bras, préférer que la sage-femme reste avec eux ou non). Certaines sages-femmes pouvaient avoir un avis sur cette question, mais nous retenons essentiellement que, finalement, le meilleur choix possible était celui que les parents faisait.

3.2 Modalités administratives et maîtrise de ce cadre réglementaire

L'intégralité des sages-femmes évoquaient les modalités administratives avec les couples. Ces dernières comprenaient : les obsèques (prise en charge par l'hôpital ou par la famille) ainsi que l'Etat Civil et l'éventuelle inscription sur leur livret de famille. Ces informations étaient dans la plupart des cas transmises le plus tôt possible, avant l'accouchement. Quand cela était nécessaire, la sage-femme de suites de couches reprenait l'information initiale pour la délivrer ou la compléter lorsque cela n'avait pu être fait antérieurement. En effet, ce n'est pas toujours évident d'apporter la totalité des renseignements importants concernant le déroulé des événements lorsque, par exemple, le travail se déroule vite ou que le couple ne se sent pas en mesure d'en parler.

Quant au cadre réglementaire, quatre sages-femmes estimaient en avoir une bonne maîtrise, de par leur expérience professionnelle ainsi que leurs éventuels passages dans

différents services tels que les grossesses pathologiques. Au sein des deux maternités où nous avons interrogé les sages-femmes, les femmes séjournèrent en service de grossesses à haut risque (GHR), séparé de celui des suites de couches. C'est l'occasion pour la sage-femme de garde de reprendre avec la patiente des notions qu'elle n'aurait pas forcément comprises en salle de naissance. Voici les témoignages : « **Oui je le considère parce que j'y étais beaucoup confrontée au niveau des GHR donc je connaissais le circuit.** » (Sage-femme E) ; « **Je pense. J'ai rarement des questions et on ne m'a jamais dit que j'avais fait une bêtise. [...] Mais j'apprends beaucoup de choses depuis que je travaille aussi en GHR. On comprend comment ça doit se passer, c'est une toute autre approche mais c'est très intéressant.** » (Sage-femme J).

Deux sages-femmes estimaient que leur bonne maîtrise est venue au fil du temps : « **Avec le temps oui j'ai compris mais ce n'est pas toujours facile : entre le terme...En législation il y a plein de nuances de mots et c'est difficile.** (Sage-femme C) ; « **Oui mais j'ai mis du temps.** » (Sage-femme I). Cette même sage-femme nous a fait part de son ressenti vis-à-vis de cette étape : « **Ça c'est horrible, il y a toujours un truc qui manque. C'est vraiment le côté pénible parce qu'on n'est pas là-dedans. T'es dans une espèce de truc émotionnel et après tu dois te mettre au bureau, faire le dossier, ces papiers et c'est compliqué** ». Elle insistait sur ce décalage qu'il existe entre l'accompagnement difficile émotionnellement et l'aspect administratif qui peut prendre beaucoup de place, et de temps.

Cependant, quatre sages-femmes pensaient avoir une mauvaise maîtrise du cadre réglementaire. Cela pouvait être dû au manque d'expérience lorsqu'il s'agissait de jeunes diplômées, ou bien d'un manque d'organisation par rapport au grand nombre d'aspects à connaître. Le caractère non récurrent de la situation faisait que les sages-femmes n'effectuaient pas souvent ces démarches et n'avaient donc pas l'habitude, en particulier dans la maternité de type IIa. « **Non ce n'est vraiment pas évident. Il faut tout connaître : envoyer le papier à l'Etat Civil, avec certaines photocopies puis après faire faire une partie pour la morgue, une que t'envoies aux cadres, enfin c'est compliqué. [...], les protocoles sont vieux [...] ce sont les collègues qui te montrent, les cadres n'interviennent pas trop ou alors ne peuvent pas lorsque c'est la nuit par exemple.** » (Sage-femme A) ; « **Non. Pourtant on a eu des formations mais c'est toujours difficile [...] surtout avec la transition à 22SA, c'est compliqué. [...] et comme c'est quelque chose que l'on ne fait pas souvent, ça n'aide pas** ». (Sage-femme B).

En résumé, l'intégralité des sages-femmes abordaient les différentes modalités administratives, notamment concernant la déclaration à l'Etat Civil de l'enfant, ainsi que son éventuelle autopsie. En effet, les sages-femmes estimaient maîtriser ce cadre réglementaire, notamment grâce à l'expérience et à l'entraide de l'équipe. Il était essentiel, notamment dans ce contexte, que les dossiers médicaux et administratifs furent correctement constitués. De ce fait, les sages-femmes ne devaient pas se sentir en difficulté. Pour contrer ces difficultés, des classeurs de protocoles ainsi que des fiches explicatives étaient mis à disposition de l'équipe.

4. Soutien des collègues sages-femmes

Suite au recueil des différents ressentis que nous ont partagés les sages-femmes, nous sommes intéressés aux différents moyens utilisés au cours de cet accompagnement afin qu'elles puissent gérer leurs sentiments.

Nous avons demandé aux sages-femmes si celles-ci ressentaient le besoin d'échanger avec leurs collègues, pendant la garde ou à son décours. Six sages-femmes nous ont expliqué l'importance du soutien de leurs collègues lors de ces situations. Bien que les échanges se faisaient naturellement au cours de la garde, elles pensaient que la communication était d'autant plus importante dans ce contexte : **« Oui, j'en ai besoin : souffler un coup, débriefer avec les collègues, alors que je n'en ai pas forcément besoin pour un couple où tout va bien »** ; **« (Sage-femme I) ; « oui j'en parle, de l'évolution, des remarques que peuvent me faire le couple ».** (Sage-femme F) Cette sage-femme précisait également qu'elle **« ressent le besoin d'en parler ».**

Deux sages-femmes échangeaient davantage avec leurs collègues. Ces échanges variaient selon les gardes, les collègues présentes et la façon dont les couples extériorisaient leurs sentiments : **« Ça va dépendre de l'histoire et de comment le couple extériorise, mais pas forcément »** (Sage-femme B) ; **« Ça dépend des situations, mais c'est vrai que globalement, quand on a le temps, on en parle. [...] Il y a une fois où j'étais un peu déstabilisée par la réaction des parents qui faisaient une sorte de déni de la situation et du coup j'en ai pas mal parlé avec les collègues et j'ai eu besoin de demander l'avis de collègues plus expérimentées parce que j'avais l'impression de mal accompagner »** (Sage-femme G).

Enfin, deux sages-femmes nous expliquaient qu'elles ne communiquaient pas plus avec leurs collègues que pour une femme dont le bébé était vivant. Cela pouvait être lié au manque de temps ou au fait qu'elles n'en ressentaient pas le besoin : « **Echanger avec mes collègues c'est pareil ça dépend de la garde, si on n'a pas le temps d'en parler...Et puis pas forcément, je ne vais pas plus en parler que la patiente en travail** ». (Sage-femme A).

Au total, la majorité des sages-femmes ressentait le besoin d'échanger avec leurs collègues. Bien que ces échanges se faisaient en temps normal, ils étaient davantage présents lorsque l'une d'entre elles accompagnait un couple porteur de MFIU. Ils constituaient une aide prédominante pour les sages-femmes : soutien lorsque la situation était vécue difficilement, conseils donnés lorsqu'un obstacle se présentait à elles.

5. Débriefing et groupes de paroles

Afin de connaître davantage les moyens mis à disposition des sages-femmes tout en essayant d'identifier leurs besoins, nous leur avons demandé si des moments de débriefing ou des groupes de paroles étaient organisés au sein des maternités concernées dans notre étude.

En réponse, aucun de ces deux moyens n'était officiellement proposé, dans le contexte spécifique de MFIU. Cinq sages-femmes nous ont alors répondu qu'elles n'en ressentaient pas le besoin, ou du moins pas systématiquement. Cela pouvait être dû au caractère fréquent de la situation au sein de la maternité de type III : « **Non, c'est trop fréquent. On en parle déjà entre nous donc ça ferait un peu répétition je trouve** » Sage-femme F qui soulignait également qu'il existait une communication importante au sein de l'équipe qu'elle considérait comme très soudée. Tous ces éléments participaient au fait qu'elle ne ressentait pas le besoin d'autres moyens d'expression : « **Pas nécessairement car on en parle spontanément entre nous pendant la garde. Je ne viendrais pas forcément, je n'en ressens pas le besoin** » (Sage-femme G).

A l'inverse, trois sages-femmes estimaient que ces temps pouvaient être bénéfiques : « **Même si les débriefings on les fait entre nous, c'est vrai qu'il y a des fois où ça m'a manqué. Je pense que si c'était mis en place, je participerai. Il y a des fois où les prises en charge devraient être rediscutées, ça peut être que bénéfique pour le personnel** » (Sage-femme J) ; « **C'est arrivé une fois que suite à une MFIU, les sages-femmes coordinatrices soient venues me voir pour me demander comment ça allait mais c'était**

entre deux couloirs. [...] **Oui moi je trouverais ça intéressant et ça nous permettrait de nous former et de nous proposer aussi peut-être d'autres manières d'aborder les choses** » (Sage-femme B).

Enfin, deux sages-femmes avouaient qu'il était possible de demander la mise en place de ces groupes de paroles, mais qu'en effet rien n'était officiellement proposé.

6. Formation initiale, place de la formation continue et encadrement des étudiants sages-femmes (ESF)

6.1 La formation initiale

La formation concernant l'accompagnement de la MFIU est très disparate au sein des écoles de sages-femmes française. Afin d'évaluer au mieux les besoins des étudiants sages-femmes, nous avons demandé aux sages-femmes si la formation dont elles avaient bénéficié durant leurs études les avait suffisamment préparées à cette prise en charge.

Sept sages-femmes pensaient que cette formation était insuffisante. Cependant, elles précisaient que ce manque de formation n'existait pas sur tous les plans. En effet, l'accouchement d'un point de vue purement technique n'était pas considéré comme une difficulté de leur part, et d'après elles, il ne nécessitait pas forcément de formation spécifique. Au contraire, concernant l'accompagnement psychologique des couples, les sages-femmes éprouvaient un manque de formation. Elles pensaient que l'intervention d'un psychologue ou éthicien aurait pu être une bonne façon d'appréhender le contexte, aussi bien en tant qu'étudiante sage-femme (ESF), que plus tard en tant que sage-femme diplômée. Voici leurs propos : « **Non clairement pas. Je ne sais même plus si j'ai eu un cours sur le deuil périnatal, je n'en ai pas le souvenir.** » (Sage-femme B) ; « **Pas beaucoup, je n'ai pas le souvenir qu'on ait eu beaucoup de cours. On a eu le cours sur les risques, la physiopathologie etc....mais sur l'éthique, la psychologie pas tant que ça** » (Sage-femme A) ; « **Pas du tout, pas du tout, pas du tout. Et en plus moi, mes études sont vieilles. Je trouve que les personnes sont de moins en moins préparés à l'accompagnement, quel qu'il soit, alors que l'on demande à la profession de plus en plus d'être des gens accompagnants et bienveillants. [...] Dans la technicité il n'y a pas de différence, on sait ce que l'on doit surveiller. [...] Pour moi c'est la prise en charge psychologique, c'est ce qui pêche.** » (Sage-femme C) ; « **Je pense que ce ne sont pas des**

cours sur la MFIU à avoir, mais des cours sur la psychologie des couples. Techniquement, il n'y a pas grand-chose à savoir » (Sage-femme J).

Cependant, La sage-femme J constatait que son avis était différent après dix années d'expérience : **« je pense que toutes les ESF se le disent et je me le suis dit, que les études ne forment pas assez parce que quand on va voir son diplôme on se dit « mais je ne suis pas capable de m'en occuper ». Mais maintenant que je suis diplômée et que je l'ai vécu plusieurs fois, je pense différemment. [...] Mais l'empathie que l'on acquiert dans ce travail, on l'acquiert avec le temps et je pense que ça va plus dépendre du caractère de la sage-femme plutôt que des cours que l'on a reçus à l'école. [...] J'ai appris des choses au fur et à mesure des années, au cours des formations et je pense que c'est intéressant ».**

Enfin, trois sages-femmes pensaient que le plus important restait les stages et l'expérience qu'elles avaient pu obtenir au cours de leurs études et que cet accompagnement ne pouvait pas être instruit uniquement de manière théorique : **« Non mais je pense qu'au final, ce n'est pas une faute ou un manque de notre formation. Je pense que c'est impossible d'apprendre ça dans les livres et que c'est pour ça qu'il faut le vivre et par contre je pense que c'est très important de faire ça en tant qu'étudiante plusieurs fois. [...] Les cours sur la MFIU ne m'ont pas marquée par contre je sais exactement dans quel moment et dans quelles circonstances j'étais, dans quelle maternité j'étais et quelle sage-femme m'a dit quoi quand j'ai pris en charge les MFIU en tant qu'ESF et j'ai beaucoup plus appris sur le terrain que par mes cours ».** (Sage-femme G).

6.2 Place de la formation continue

Après avoir interrogé les sages-femmes sur leur formation initiale, nous nous sommes intéressés à la formation continue dont elles avaient pu éventuellement bénéficier.

Dans un premier temps, six sages-femmes avaient participé à une formation sur le deuil périnatal. Aucune formation spécifique de l'accompagnement de la MFIU n'avait été dispensée. Toutes les formations étaient nées d'une proposition du service. Les formateurs venaient essentiellement d'associations, telle que l'association Petit Emilie par exemple, qui avaient pour objectifs de recevoir et d'accompagner les parents, les couples ou encore l'entourage des familles touchés par le deuil périnatal (IMG, MFIU, FCS, décès néonatal).

Les sages-femmes nous ont fait part que ces formations avaient pu être un espace de paroles, un temps d'échanges et de remises en question concernant les différentes pratiques. D'un point de vue administratif, une formation en collaboration avec la chambre mortuaire avait été proposée au sein de la maternité de type IIa, ce qui avait permis aux professionnels de la maternité d'être formés sur la prise en charge du corps et le fonctionnement de la chambre mortuaire. Cela avait permis également au personnel de la chambre mortuaire d'apprendre la façon dont se déroulait l'accompagnement en salle de naissance.

Une sage-femme énonçait avoir seulement participé à une formation sur la réanimation néonatale. Trois sages-femmes n'avaient pas eu l'occasion de participer aux formations décrites ci-dessus. Les raisons sont diverses : l'emploi du temps incompatible avec les jours de formation (raison énoncée par deux sages-femmes) ou tout simplement qu'elles ne souhaitaient pas y assister (selon deux sages-femmes également).

6.3 Encadrement des ESF

Afin de clôturer ces entretiens, les sages-femmes se sont confiées à propos de l'encadrement des ESF lors d'accompagnement de MFIU. En premier lieu, trois sages-femmes étaient dubitatives devant cette question et n'étaient pas convaincues de l'intérêt de l'encadrement des ESF dans ce contexte. C'est le cas de la **sage-femme C** qui le résumait : **« Je trouve que c'est difficile selon la patiente. [...] Je pense qu'il ne faut pas multiplier les interlocuteurs. [...] ça sort du cadre universitaire. [...] Je pense que vraiment il y a un respect à avoir qui est très important. »** La **sage-femme E** partageait le même avis : **« Pour le coup multiplier les interlocuteurs je pense que là ce n'est pas vraiment souhaitable. Mais de principe je dirais que non. Parce que je pense qu'il y a vraiment besoin de préserver cette patiente d'allers et venues. »**

A l'inverse, sept sages-femmes acceptaient facilement cet encadrement. Deux d'entre elles ne prenaient pas en compte le niveau d'étude de l'étudiant(e) mais adaptaient leur formation en fonction : **« Oui. D'autant plus que moi j'ai trouvé ça très important. [...] Et donc soit il est assez avancé dans sa formation auquel cas je laisse un peu plus faire, soit c'est quelqu'un en début de formation et là c'est plus de l'observation »** (Sage-femme G). Quatre sages-femmes sur sept prenaient en compte l'année d'étude, avec une certaine réserve lorsqu'elles sont en premier cycle : **« Oui je pense qu'il faut le faire. [...] Mais par contre les Sma4/Sma5. Il faut être à l'aise un peu dans la technique »** (Sage-

femme I). Enfin, une sage-femme acceptait plus volontiers un(e) étudiant(e) selon le contexte de la MFIU. Par exemple, en cas de situation brutale et lorsque la patiente était en travail, il était plus difficile pour la SF d'être accompagnée d'une étudiante. Au contraire, lorsque le travail de la patiente était déclenché suite à la MFIU, il était plus facile d'expliquer et de demander l'accord à la patiente pour un double accompagnement sage-femme/ESF.

L'ensemble des sages-femmes expliquaient qu'elles ne forçaient jamais une(e) étudiant(e) à suivre l'accompagnement de ces patientes : « **Par contre, jamais je ne forcerais un ESF donc spontanément, il faut que ça vienne d'elle/lui.** » (Sage-femme G) ; « **Alors moi je ne propose pas aux étudiants mais s'ils me demandent je dis oui. Parce que je pense que s'ils ont envie de le faire c'est qu'ils en ressentent le besoin et que ça les intéresse donc il faut le faire mais je ne les force pas. [...] Je trouve que si on leur propose, elles se sentent obligées de dire oui.** » (Sage-femme J). Cette même sage-femme nous a fait part d'une seule difficulté lorsqu'elle encadrait un(e) ESF : « **Après c'est difficile parce qu'on est forcément moins naturelle quand on est observée et moi j'ai du mal à être vraiment à l'aise quand je sais que l'on me regarde mais bon ça c'est à moi de me surpasser** ».

Nous allons désormais mettre en lien nos résultats avec les données de la littérature afin de construire notre discussion. Cette dernière nous permettra de conclure quant à nos hypothèses et nos objectifs.

Partie IV : Analyse des résultats et discussion

1. Limites de l'étude

Notre étude comporte quelques limites qui nous semble important de prendre en considération avant l'analyse de ces résultats.

Nous en retenons 4 majeures. Tout d'abord, nous avons effectué notre étude sur seulement 2 maternités, ce qui n'est pas représentatif du territoire national. De plus, aucune sage-femme travaillant en maternité de type I n'a pu être interrogée. Par ailleurs, notre recherche est dépendante des pratiques et de l'organisation des services. Nous ne pourrions donc pas généraliser nos résultats à l'ensemble des sages-femmes de France. Enfin, nous nous sommes entretenus avec seulement 10 sages-femmes, ce qui peut constituer un échantillon relativement faible.

Ajouté à ces différents points, nous avons noté au cours de ces entretiens que plusieurs sages-femmes avaient des difficultés à ne pas parler d'IMG lorsque le thème de la MFIU était abordé. En effet, notamment dans la maternité de type III, considérée comme Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN), les sages-femmes avaient tendance à faire le parallèle entre la prise en charge de l'IMG et celle de la MFIU. Bien que ces accompagnements possèdent plusieurs points communs, il nous fallait régulièrement préciser que nous abordions uniquement la MFIU.

Enfin, nous avons levé une dernière confusion : concernant l'accompagnement de la Fausse Couche Tardive (FCT), toutes les sages-femmes n'avaient pas la même définition de la MFIU dans ce contexte. Certaines considéraient une MFIU à partir de 14 SA et au-delà, d'autres appliquaient la définition de la viabilité de l'OMS de 22 SA. Tout au long de ce travail, nous nous sommes donc reposés sur le cadre législatif pour objectiver les réponses obtenues.

Malgré les limites évoquées, les entretiens avec les sages-femmes se sont avérés très riches comme l'atteste l'analyse des résultats qui va suivre.

2. Discussion des résultats

Afin d'analyser les résultats obtenus, nous reprenons nos objectifs énoncés dans la partie méthodologie. Pour mémoire, nous voulions évaluer les facteurs susceptibles d'influencer le vécu des sages-femmes et d'en mesurer les impacts sur les professionnelles lorsqu'elles accompagnent une femme et/ou un couple porteur de MFIU.

Au regard de la richesse de nos résultats, nous avons choisi de nous arrêter particulièrement sur la notion d'accompagnement. Ensuite, nous discuterons de la place de l'expérience, notion qui prédomine dans le discours des sages-femmes et sur leur ressenti à toutes les étapes de la prise en charge d'une MFIU. Nous nous focaliserons sur l'annonce afin d'enrichir notre discussion. Ces différents temps introduiront ensuite la posture d'empathie évoquée par les sages-femmes, en abordant la sollicitude, posture à l'œuvre dans les relations soignant-soigné et d'autant plus dans les circonstances étudiées. Les apports de la formation initiale, élargis à ceux proposés par la formation continue seront discutés en tant que moyen mis en œuvre à la disposition des professionnelles. D'autres sont probablement nécessaires à mettre en place en tant que recours possibles pour les sages-femmes et seront proposés lors de la discussion.

Concernant notre première hypothèse, il nous paraît essentiel de préciser le sens du mot « retentissement ». Nous l'entendons au sens de retentissement « négatif » perçu comme un frein dans la relation soignant-soigné. Il peut empêcher alors la prise de distance nécessaire et entraîner des émotions « miroirs » à celles de la patiente telles que des larmes voire une appropriation de sa douleur.

2.1 Un accompagnement singulier

Le rôle premier de la sage-femme en salle de travail est d'accompagner les femmes dans leur maternité et particulièrement lors de l'accouchement. Dans le cadre de la mort fœtale in utero, les sages-femmes continuent d'exercer cet accompagnement. A la lecture de nos résultats, nous avons noté que cette notion était d'autant plus essentielle dans ce contexte.

Dépourvu d'enjeu fœtal, le travail ainsi que l'accouchement d'un bébé mort in utero se déroule rarement dans l'urgence. C'est ce qu'a souligné la **sage-femme D** : « **Nous sommes moins dans le médical, moins techniciennes...** ». En effet, la surveillance en salle de travail de ces patientes relève d'un tout autre objectif. L'accompagnement psychologique prend alors le dessus sur le suivi médical, très présent dans nos maternités aujourd'hui. Ainsi, les

sages-femmes exprimaient avoir plus de temps à consacrer à ces couples. L'absence de difficultés techniques lors du travail et de l'accouchement favorise l'entière disponibilité de la sage-femme à l'accompagnement psychologique des couples. Par ces difficultés techniques, nous entendons celle générée par la surveillance fœtale continue qui impose une attention permanente et une analyse rigoureuse de son rythme cardiaque (RCF) associée à celle de la dynamique utérine. Cette surveillance occupe une très grande place dans un suivi « normal » avec un impact potentiel sur le pronostic obstétrical.

Dans un contexte de MFIU, la sage-femme est entièrement concentrée sur la patiente. Toutes les deux sont alors face à face. La professionnelle n'a plus le fœtus comme prétexte et moyen d'établir une communication avec la patiente, alors qu'il est souvent en première ligne des échanges dans un accompagnement physiologique. Les enjeux relationnels sont alors différents, et occupent une place plus importante au sein de ce duo soignant-soigné. Le seul enjeu médical qui reste est celui de la surveillance maternelle. L'accompagnement de la patiente devient alors central dans la prise en charge car désormais le seul qui a encore un sens. Cet accompagnement, qui peut passer en 2^{ème} ligne lorsque la technique prime, reprend alors place comme valeur primordiale du soin.

Compte tenu de l'activité importante présente en salle de naissance, les sages-femmes prenaient en charge simultanément plusieurs patientes. Pour certaines d'entre elles, comme énoncé plus tôt dans notre rédaction, il était difficile de passer d'une patiente en deuil à une patiente prête à accueillir un bébé vivant. Pour pallier à cela, elles pouvaient prendre une pause à leur bureau, pour noter l'examen, ou simplement échanger avec leurs collègues. Pour d'autres sages-femmes, suivre une patiente sans pathologie associée était plutôt libérateur. En effet, cela les aidait à surmonter cet accompagnement difficile qu'elles assuraient en parallèle. Nous avons retrouvé pour l'ensemble des sages-femmes cette capacité d'adaptation, essentielle dans leur quotidien professionnel. En effet, d'un côté il s'agit de préparer un couple au deuil qui les attend, et de l'autre accompagner un couple à son entrée dans sa parentalité. Il apparaît alors que les difficultés rencontrées et vécues pour ce type d'accompagnement étaient propres à chaque sage-femme. Celles-ci étaient liées à leur personnalité, leur histoire ainsi que leur expérience, dont nous allons désormais discuter.

2.2 Place de l'expérience

Comme évoqué précédemment, neuf sages-femmes sur dix considéraient que l'expérience leur avait permis de mieux appréhender l'accompagnement de la MFIU. Néanmoins, pour certaines d'entre elles, il pouvait rester compliqué, notamment selon le contexte. Elles estimaient avoir plus d'assurance au fil des années, particulièrement dans le discours délivré aux patientes : « **je suis plus à l'aise dans la façon d'aborder les choses, c'est plus facile de trouver quoi dire aux parents** » confiait la **sage-femme A**.

L'expérience est donc un atout essentiel tant sur le plan technique que psychologique. Cependant, aide-t-elle vraiment à ne plus rencontrer de difficultés émotionnelles ?

Pour la **sage-femme E**, l'expérience n'aidait pas dans la gestion de ses émotions. Devant la détresse du couple et leurs différentes réactions, parfois violentes, celle-ci devait toujours y faire face et être en perpétuelle adaptation vis-à-vis d'eux. Chaque patiente réagit à sa manière en évoquant divers sentiments ; la sage-femme ne peut donc pas acquérir d'habitudes et doit au contraire proposer un accompagnement individualisé.

A l'inverse, l'expérience peut être un frein à ces accompagnements. En effet, **La sage-femme I** énonçait qu'au cours des années, il était plus compliqué pour elle de prendre en charge ces patientes. Elle expliquait ce phénomène par l'accumulation d'une surcharge émotionnelle. Elle exprimait avoir atteint son « **quota d'émotions, quota de résistance** ». Ce ressenti est-il dû à un « trop plein d'émotions » ?

Même si chaque sage-femme a probablement une réponse qui lui est propre, nous pouvons nous demander, alors que nous pensions l'expérience bénéfique pour cet accompagnement, si elle peut parfois apparaître comme un frein. Cela se traduirait par une appréhension du professionnel face à ce type de mission. Il serait alors intéressant d'effectuer une étude sur l'évolution du vécu des sages-femmes en salle de naissance et particulièrement dans un contexte difficile tel que le deuil périnatal.

Bien que notre travail soit ciblé sur le vécu des sages-femmes en salle de naissance, il nous paraît incontournable de nous arrêter sur l'étape de l'annonce. En effet, pour sept sages-femmes sur dix, cette étape était la plus redoutée. La découverte de l'absence de bruits du cœur peut se faire lors d'une consultation obstétricale de routine. Mais en pratique et le plus souvent, le diagnostic formel de la MFIU est posé aux urgences de la maternité. La sage-

femme qui accueille la patiente, est toujours en première ligne. Cette annonce signe l'inauguration du travail de la perte (16) pour le couple et celle de l'accompagnement complexe qui en découle pour la sage-femme ; ce qui explique probablement nos résultats.

Les sages-femmes insistaient sur le caractère brutal de l'annonce : une sage-femme parlait même d'un moment « **terrible** » ou encore « **affreux** » pour la patiente ainsi que pour le professionnel. Lors du diagnostic, la notion de solitude était mise en avant par les sages-femmes. Nous retrouvons cette notion dans un article de D. De Wailly-Galembert et al., qui a pour objectif d'évaluer le vécu des sages-femmes lorsque la mort intervient en maternité. L'auteure précise que « *le moment du diagnostic est difficile, car vécu dans une grande solitude* » (17). Bien que l'obstétricien intervienne souvent dans ces situations, la sage-femme se sent bien seule. Elle accueille la femme et/ou le couple, parfois en présentant le plus sombre, notamment quand le motif de consultation annonce une baisse voire une absence des mouvements actifs fœtaux ou encore des métrorragies abondantes. Arrive fatalement le moment où la professionnelle devra poser le capteur de monitoring sur le ventre de la patiente. Existe-t-il un sixième sens à ce moment-là ? La sage-femme va-t-elle sentir que cet utérus est désormais dépourvu de vie fœtale ? La position de la patiente déterminera la réponse à cette question. Comme nous le soulignait une sage-femme : « **elle savait qu'il était mort, avant même que je fasse l'échographie** ». Cela se confirme dans cet article, qui insiste sur l'idée que « *seule, face à la patiente, la sage-femme perçoit souvent la mort du fœtus avant même de l'objectiver à l'échographie* » (17).

A ce propos, reprenons un verbatim de la **sage-femme I** : « **oui le moment le plus dur c'est celui où tu poses le capteur, que tu ne captés rien, que tu essayes de ne pas avoir les yeux paniqués parce qu'eux sont accrochés à ton regard, ce moment de silence où le médecin fait l'échographie, que toi tu sais mais qu'eux comprennent très vite aussi** ». Dans cette salle de consultation, ou encore aux urgences, les yeux de la sage-femme restent le seul moyen pour les parents de s'accrocher à cet infime espoir qu'il leur reste.

Au cœur de l'étroit passage entre la vie et la mort, la sage-femme s'accroche parfois au moment du relais à l'obstétricien. Ce dernier doit réaliser le diagnostic final de mort fœtale, avant d'enchaîner et d'annoncer cette terrible nouvelle. La sage-femme, quant à elle, espère encore une erreur et que le cœur du fœtus était juste très difficile à capter. Ce sentiment est présent, bien que minime. Laisser cette lourde tâche au médecin peut être perçu comme un mécanisme de défense. Par ce fait, la sage-femme ne se sente pas responsable de

l'effondrement de ce couple désormais endeuillé mais peut prendre la place de celle qui va les accompagner pour vivre ce travail et cet accouchement de la meilleure des façons (17).

L'annonce était considérée comme une étape où l'expérience n'avait aucun impact : les sages-femmes disaient « **ne jamais s'y habituer** » et être « **toujours autant affectée, même après des années** ». L'expérience pourtant mise en avant et considérée comme indispensable dans l'accompagnement d'une MFIU en salle de naissance, n'améliorait pas le vécu des sages-femmes confrontées à l'annonce.

A l'inverse, leur discours précisait que le temps et les années passées en salle de naissance influençaient leur vécu, impactaient le retentissement émotionnel et amélioraient la prise de recul des sages-femmes. Cette distance se traduisait par une posture faite d'empathie largement évoquée par les professionnelles.

2.3 De l'empathie à la sollicitude

Afin d'argumenter notre discussion, nous allons désormais nous arrêter sur l'empathie dans les relations mises en œuvre par les sages-femmes. Nous en proposons différentes définitions établies par des psychanalystes et philosophes. Selon R. Dorey, psychanalyste, l'empathie représente « *l'intuition de ce qu'il se passe dans l'autre, sans oublier toutefois qu'on est soi-même, car dans ce cas, il s'agirait d'une identification* ». (18) C. Rogers, psychologue, quant à lui, la définit comme une idée qui « *consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si on était cette autre personne* ». (18) Si l'on transfère ces définitions à la relation soignant/patient, nous pouvons traduire l'empathie comme un soutien et un accompagnement du patient, c'est-à-dire comprendre l'émotion et l'accueillir, sans pour autant la partager. (19) Dans notre contexte, être empathique permet de ne pas mélanger le vécu et l'histoire de la femme et du couple à ceux de la professionnelle.

Reprenons le verbatim de la **sage-femme J** qui disait dans son discours être « **dans l'empathie, investie d'une mission : qu'elle en garde le moins mauvais souvenir possible** ». L'empathie était le sentiment dominant parmi ceux que nous confiaient les sages-femmes. Cependant, devant un couple endeuillé, il n'était pas toujours simple pour les professionnelles de trouver la juste posture sans tomber dans la sympathie et/ou la compassion. En effet, la sympathie renvoie au déploiement de sentiments qui intègrent la pitié et parfois même le partage de la souffrance. (18)

Au sein du domaine médical, l'empathie est très souvent énoncée comme une qualité majeure pour tout soignant, toutes spécialités confondues, en contact perpétuel avec des patients atteints de maladies diverses. Quant à la sage-femme, du fait de sa spécialité, elle accompagne majoritairement des patientes saines, attendant un bébé en bonne santé et où la joie de cette entrée en maternité est l'émotion qui prédomine. L'empathie sera alors présente, mais mobilisée à une moindre mesure. Qu'en est-il d'un couple s'appêtant à accueillir un enfant mort-né ? Nous entrons dans l'ambivalence de la maternité, dans l'accueil de la mort plutôt que celui attendue de la vie. C'est au cœur de cet accompagnement que les sages-femmes se sentaient envahies de ce sentiment d'empathie qu'elles évoquaient comme essentiel à l'accompagnement de la mort fœtale in utero. Une relation se crée entre le couple et la sage-femme, toute particulière où cette dernière jouera ce rôle privilégié. Pour les parents, ce n'est pas « une » sage-femme qu'ils vont rencontrer, mais « cette » sage-femme dont ils n'oublieront ni le prénom ni le visage. La posture d'empathie ne protège pas pour autant d'un glissement vers une dimension affective que peut prendre la relation soignant-soigné.

En outre, l'empathie désigne ces situations relationnelles où l'affectivité peut prendre une grande place mais où la pitié ne doit pas s'installer (18).

Les sages-femmes n'avaient pas parlé de sollicitude à l'égard des patientes et des couples. Cependant, nous pouvons nous demander si elle ne fait pourtant pas partie intégrante de la relation mise en place dans l'accompagnement d'une MFIU. Dans la littérature, la posture de la sollicitude est proposée pour consolider toute relation d'aide faite d'empathie. D'après F. Gros, professeur d'éthique, « *la sollicitude se distingue fortement de la compassion et de la pitié [...]. Elle peut ainsi prendre la forme d'un devoir, mais qui n'est pas distant et froid, car il entre dans la sollicitude l'idée d'un mouvement qui nous porte vers l'autre* » (20). Nous retrouvons notamment cette idée de « mouvement vers l'autre » chez les sages-femmes ayant un attrait pour ce type d'accompagnement. La **sage-femme B** nous avait fait part de son envie de « **bien faire les choses** ». La **sage-femme I** évoquait que durant bien des années, elle avait une attirance particulière pour les prises en charges difficiles, notamment l'accompagnement du deuil périnatal. Cela nous renvoie alors à la notion de sollicitude et à l'idée que l'on se soucie de l'autre et que l'on est attentif à ce que ressent la personne accompagnée. (21)

Ces deux postures permettent une prise en charge adaptée des patientes. Elles vont jouer un rôle de « protection » pour les soignants par rapport à la situation vécue, aussi difficile soit-elle, et être indispensables à la prise de distance requise vis-à-vis des patientes.

Comme explicité dans les discours des sages-femmes, c'est par l'expérience que l'empathie et plus particulièrement la posture de sollicitude semblaient s'acquérir au fil des années.

Nous retenons dans le discours des sages-femmes que celles-ci n'avaient pas mis en avant d'émotions bloquantes comme la tristesse ou l'appréhension. Elles avaient plutôt appris au fil des années à mobiliser des outils de protection. Nous pouvons noter leur professionnalisme à travers leurs postures faites d'empathie et de sollicitude que la littérature confirme comme ressources et protectrices. Grâce à ces moyens, leur histoire personnelle et leur quotidien professionnel n'étaient pas mélangés. Suite à l'intégralité de cette analyse, nous pouvons conclure que les sages-femmes, de par leur professionnalisme et leur expérience, perçoivent ce recul nécessaire à la prise en charge et ne se laissent pas envahir par une implication émotionnelle trop forte pouvant nuire à leur accompagnement.

A la lumière et à cette étape de notre discussion, nous infirmons notre première hypothèse qui, rappelons-le, était que l'implication émotionnelle des sages-femmes avait un retentissement sur leur accompagnement de la MFIU.

Au-delà de l'implication émotionnelle à priori sans impact sur l'accompagnement proposé aux patientes dans le contexte décrit, il n'en reste pas moins que les sages-femmes peuvent avoir besoin de ressources afin d'améliorer leur vécu. Nous allons étudier cet aspect dans la suite de notre discussion.

2.4 Formation initiale et formation continue

D'après nos résultats, les sages-femmes considéraient que la formation initiale était pauvre sur le sujet de la MFIU. Certaines ne se souvenaient plus si un cours leur avait été dispensé. Nous notons quelques souvenirs concernant la physiopathologie de la mort fœtale in utero mais les sages-femmes estimaient qu'un cours de psychologie du deuil périnatal aurait été plus adéquat. Elles précisaient tout de même que la priorité était sur les autres cours au moment de leurs études. Néanmoins, plusieurs d'entre elles se posaient la même question : était-il réellement possible de dispenser une formation théorique sur ce sujet ?

Nous n'avons pas de réponse précise à cette question, mais il apparaît que les stages hospitaliers restent le socle de la formation pour les étudiant.es sages-femmes dans le cadre de ce type de prise en charge.

Afin d'améliorer cette formation initiale, une sage-femme proposait l'instauration de « jeux de rôle », mêlant étudiants et professionnels de différentes fonctions. Cela permettrait un échange de connaissances et de pratiques pour aider les étudiants à approcher et mieux comprendre le deuil périnatal et tout le processus qu'il enclenche.

De plus, certaines écoles, grâce à leur coopération avec des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), commencent à proposer des séances de simulation, basse et haute fidélité, qui permettent aux étudiants et professionnels de s'exercer sur des situations complexes et difficiles telles que la réanimation néonatale ou l'hémorragie de la délivrance. Cette proposition moderne est en pleine émergence dans les modalités d'enseignement actuelles. De ce fait, l'instauration de simulation intégrée au contexte de la mort fœtale in utero (annonce, prise en charge en salle de naissance...) permettrait aux étudiants et professionnels de s'y confronter préalablement.

Par ailleurs, à propos de la formation continue, 6 sages-femmes disaient avoir participé à une formation sur le deuil périnatal, notamment par le biais d'associations volontaires. Ces sages-femmes nous décrivaient ces formations comme bénéfiques car elles permettaient d'échanger avec d'autres professionnels de santé notamment des psychologues. Le fait que certaines sages-femmes n'aient pas participé à ce type de formation se justifie par le manque de places disponibles ou par une incompatibilité de planning. Ces formations énoncées par les sages-femmes étaient toutes nées d'une proposition du service.

En reprenant l'ensemble des échanges et propos des sages-femmes sur le sujet de la formation aussi bien initiale que continue, nous notons de nouveau la place importante de l'expérience vécue en stage et en tant que sage-femme diplômée. Nous pouvons donc conclure que les formations initiale et/ou continue semblent insuffisantes. Malgré cela, ce manque ne participe pas aux difficultés éventuellement ressenties lors des accompagnements de MFIU.

En outre, ce qui prime reste l'expérience professionnelle individuelle ainsi que le soutien des collègues. Une sage-femme nous énonçait également l'importance de la relation patiente/soignant et sa disponibilité à écouter et apprendre de chaque accompagnement.

Finalement, il apparaissait que les parents étaient les meilleurs professeurs pour les professionnels : ils guidaient malgré eux les sages-femmes dans leur accompagnement, en exposant leurs besoins et leurs interrogations. Les modalités d'accompagnement proposées étaient ainsi adaptées à la demande de la femme et/ou du couple avec la juste distance qu'une posture faite de sollicitude permettait. C'était probablement pour cela que les sages-femmes pouvaient ressentir davantage de difficultés face à des couples peu expressifs et peu en demande si nous nous référons à leurs témoignages.

2.5 Les outils mis à disposition des sages-femmes

Au regard des échanges avec les professionnelles, nous avons exploré différentes pistes pour soutenir au mieux les soignants en salle de naissance dans ce type d'accompagnement. Pour étayer et élargir notre discussion, nous nous appuyerons sur un article de C. Foulhy, à propos de l'accompagnement lors d'une interruption médicale de grossesse (IMG). Cet article cite et développe de nombreux outils et moyens de soutien pour les équipes. Nous nous proposons de les mettre en avant et de les adapter au contexte spécifique de la MFIU. (9)

La cohésion d'équipe

Nous retrouvons la cohésion d'équipe comme ressource potentielle pour les professionnelles. Dans nos résultats, nous avons souligné que le travail en équipe représentait l'essentielle source de soutien chez les sages-femmes. Les collègues sages-femmes paraissent les mieux placées pour comprendre le ressenti de chacune d'entre elles et ainsi apporter conseils et mise en garde lorsque cela était nécessaire. Au sein de nos deux maternités étudiées, les sages-femmes étaient présentes au moins au nombre de 3 en salle de naissance, ce qui ne permettait qu'aucune d'entre elles ne se sentait seule en ayant un accès à un soutien non négligeable.

Les groupes de paroles

Lors de situations complexes et difficiles, la mise en place de groupes de parole est classiquement proposée dans les équipes de soin. Cette proposition a fait l'objet d'une discussion avec les sages-femmes au cours des entretiens. Concernant l'accès à ces groupes de paroles interprofessionnels ainsi que leur avis et motivation à ce sujet, nous avons retenu que cinq sages-femmes sur dix ne ressentaient pas le besoin d'y assister. Les justifications

étaient variées : cela pouvait être dû au fait que les échanges avec leurs collègues leur sont suffisants, ou qu'elles ne se sentaient pas à l'aise pour échanger à ce sujet au sein d'un groupe.

Dans son article, C. Foulhy s'interroge quant au réel bénéfice de ces groupes de paroles dans le contexte de l'accompagnement des IMG. Pour certaines sages-femmes, il semblerait que ce soit un plus, bien que très peu mis en place dans les hôpitaux. En effet, lorsque nous les avons interrogées lors de notre enquête sur leur participation à ces groupes, toutes nous ont répondu qu'officiellement, aucun groupe de paroles n'était mis en place sur le thème du deuil périnatal, mais qu'il était sûrement (supposition faite de leur part) possible d'en effectuer la demande. L'article rajoute que pour d'autres sages-femmes, ce dispositif n'apparaît pas nécessaire car les échanges avec leurs collègues prennent déjà beaucoup de place. Cette force d'équipe était également soulignée par les professionnelles rencontrées ce qui renforçait l'importance de l'outil évoqué ci-dessus. Foulhy conclue qu'il est difficile de savoir si ces groupes peuvent constituer un réel soutien. Cependant, nous pouvons supposer qu'une simple proposition serait reçue comme une reconnaissance des difficultés rencontrées par les professionnelles qui se sentiraient alors écoutées et soutenues.

Les protocoles de prise en charge

Autre ressource potentielle : les protocoles mis à la disposition des équipes au sein des deux maternités où travaillaient les sages-femmes rencontrées. En effet, ces derniers étaient le support du suivi, depuis la constitution du dossier médical, dont les éventuelles photocopies à réaliser et à envoyer, jusqu'aux documents à soumettre aux parents. Comme les sages-femmes l'évoquaient, ces protocoles pouvaient être, pour certains d'entre eux, complexes à suivre et à mettre en œuvre, notamment pour la partie administrative de la prise en charge. De ce fait, s'y conformer restait primordial afin d'éviter toute erreur pouvant entraîner des préjudices autres que celui déjà subi par le couple. Pour cela, les sages-femmes coordinatrices de salle de naissance le plus souvent en lien avec une ou deux sage(s)-femme(s) praticienne(s) et un médecin référent pouvaient réaliser des fiches explicatives liées au protocole de service. De nouveau, la valeur de l'expérience était essentielle. Par habitude et par répétition, les sages-femmes se sentaient plus à l'aise et faisaient moins d'oublis dans les dossiers, ou sollicitaient moins l'équipe : « **Oui je considère avoir une bonne maîtrise, mais c'est venu avec le temps** » nous disait la **sage-femme E**. Cette sage-femme rajoutait que l'expérience du service des grossesses à haut risque (GHR) lui était

bénéfique, notamment par la confrontation régulière aux patientes hospitalisées pour une IMG ou une MFIU. Néanmoins, concernant les aspects administratifs de cet accompagnement, l'expérience ne faisait pas tout : il restait difficile aux yeux de certaines sages-femmes de ne pas se perdre dans certaines de ces modalités, notamment lors de la transition à 22SA, marquant la période de viabilité.

Les outils proposés ci-dessus étaient tous mis à disposition des professionnelles et apparaissaient comme des ressources susceptibles d'améliorer le vécu des sages-femmes. Quant aux propositions de faire évoluer la formation initiale ou d'élargir l'accès à la formation continue, elles n'avaient pas été retenues par les sages-femmes.

Au regard de ces éléments, nous pouvons donc infirmer notre seconde hypothèse qui supposait que le manque de formation initiale et/ou continue participait aux difficultés rencontrées au cours de cet accompagnement. Pour la formation initiale, il est ressorti du discours des sages-femmes que le stage restait le lieu de formation socle pour l'étudiant.e et future sage-femme afin d'appréhender la prise en charge d'une MFIU et de poser ainsi le début de son expérience. Quant à la formation continue, elle a le mérite d'exister à travers des formations dédiées au deuil périnatal proposées au sein des 2 maternités mais n'est pas considérée comme une ressource ciblée pour améliorer le vécu des professionnelles.

2.6 L'encadrement des étudiant.es sages-femmes (ESF)

Nous avons vu à plusieurs reprises combien l'expérience jouait un rôle important dans le vécu des sages-femmes lors de l'accompagnement de la mort fœtale in utero. Elles se sentaient plus à l'aise dans leur discours à dispenser aux patientes et arrivaient à prendre plus de recul vis-à-vis de la situation au cours des années. Mais quand débute l'expérience ? N'est-elle comptée qu'à partir du diplôme d'état de sages-femmes obtenu au terme des 5 années de formation ou commence-t-elle dès les stages que nous effectuons en salle de naissance au cours de nos études ?

D'après le discours de la majorité des sages-femmes, nous avons relevé que l'expérience en stage constituait une première approche. Mais qu'en est-il, sur le terrain, de l'accessibilité des étudiant.es sages-femmes dans l'accompagnement des couples porteurs de MFIU ? Le critère principal pris en compte par les professionnelles était l'année d'étude de l'étudiant concerné. En effet, les études de sages-femmes sont divisées en 2 cycles : le premier dispense la formation générale en sciences maïeutiques et le second confère aux étudiants le diplôme

de formation approfondie en sciences maïeutiques (et à ce terme, le diplôme d'état de sages-femmes).

Les sages-femmes nous expliquaient alors qu'il était plus facile pour elles d'accepter un étudiant de second cycle qu'un étudiant de premier cycle. En effet, les bases de la physiologie de l'obstétrique sont acquises et ainsi les deux dernières années de formation se consacrent principalement à la connaissance des pathologies obstétricales dont la mort fœtale in utero fait partie.

Les arguments pour :

L'expérience acquise était leur principal argument et elles encourageaient alors les étudiants à participer à cet accompagnement. En effet, certaines d'entre elles pensaient qu'il était important d'avoir participé au moins une fois en tant qu'étudiant à ce type de prise en charge car cela forgera leur propre expérience. De même que pour un suivi physiologique d'une parturiente, l'apprentissage débutait par un temps d'observation du professionnel, ici la sage-femme. Pour ce qui est de l'accompagnement d'une MFIU, l'aspect technique de la prise en charge était minimale : ce qui prime, comme nous l'avons vu précédemment, était le discours que dispensait la sage-femme, ses mots, sa posture, son regard pour la femme et le couple. Bien que chaque patiente réagissait différemment et que chaque discours était adapté en conséquence, l'étudiant allait pouvoir écouter, observer et ainsi se former par le compagnonnage alors proposé.

Les arguments contre :

Selon les sages-femmes qui ne souhaitaient pas encadrer des étudiants dans ce type de prise en charge, cet accompagnement se devait d'être intime et singulier. Elles estimaient que multiplier les interlocuteurs n'était pas adapté dans ce contexte : « **je trouve qu'il ne faut pas multiplier les interlocuteurs, ça sort du cadre universitaire** » énonçait la **sage-femme C**. Cette sage-femme parlait alors de respect à avoir vis-à-vis des patientes. Cette interrogation était très personnelle et il semblerait que l'essentiel repose sur l'accord de la patiente comme pour tout accompagnement.

Une autre **sage-femme (J)** évoquait une certaine difficulté à cet encadrement. En effet, elle avait le sentiment d'être « **moins à l'aise** » et « **moins naturelle** » lorsqu'elle était observée par un étudiant. Elle évoquait cependant dans le même temps le nécessaire

compagnonnage des étudiants sages-femmes dans la prise en charge des MFIU au cours de la formation initiale signant ainsi sa propre contradiction.

Au total, l'analyse de leurs arguments était clairement en faveur de l'importance de cette expérience dès la formation initiale.

Conclusion

La mort en maternité n'est pas un évènement si rare et la sage-femme, professionnelle centrale de la naissance, est au cœur de cette situation si particulière. Comme nous avons pu le constater, accueillir un couple confronté à la mort fœtale in utero demande une prise en charge singulière et complexe. Des connaissances sont nécessaires mais elles ne suffisent pas : une prise de distance et des postures faites d'empathie et de sollicitude sont primordiales. Ces professionnelles présentes pour les couples sont le témoin de leur parentalité, alors si peu reconnue au sein de notre société par l'absence concrète de ce bébé attendu.

Après analyse et discussion de l'ensemble de nos échanges avec les sages-femmes, nous avons essayé d'apporter davantage de lumière quant aux différents facteurs susceptibles d'influencer leur vécu. Bien que nous ayons infirmé nos hypothèses, nous avons pu répondre à notre problématique à travers l'atteinte de nos objectifs. En effet, nous avons pu identifier les éléments influençant le vécu des sages-femmes. D'une part, elles possédaient la motivation d'accomplir un accompagnement global en l'adaptant à chaque patiente et/ou couple. D'autre part, la richesse de l'expérience leur permettait d'adopter sérénité et empathie dans leur discours ainsi que dans leurs gestes (techniques et relationnels). Certaines étapes continuaient d'être vécues difficilement, c'était le cas de l'annonce comme nous avons pu le démontrer, mais l'accompagnement d'une mort fœtale in utero restait globalement bien vécu par les sages-femmes.

Nous avons pu atteindre notre objectif secondaire en identifiant différents moyens dont disposaient les sages-femmes. En effet, au cours de la formation initiale, peu de cours concernant le deuil périnatal étaient enseignés mais malgré cela, les sages-femmes n'exprimaient pas de manque menant à des difficultés supplémentaires. Finalement ce qui primait, c'était les éventuels accompagnements observés et/ou effectués en stage en tant qu'étudiant sage-femme. Une fois diplômée, la cohésion d'équipe prenait alors une place prépondérante. Certaines formations ainsi que la disposition de protocoles rassuraient également les sages-femmes dans leur prise en charge.

Ce travail nous permet d'appréhender d'une manière différente les stages en salle de naissance et de mettre en avant cette première approche comme socle d'une expérience à

venir en étant « compagnonné » dans l'accompagnement des couples confrontés à la MFIU ou à d'autres facettes du deuil périnatal. Nous sommes alors dans l'espoir que ce travail permettra aux sages-femmes de nous accueillir plus volontiers auprès d'elles lors de nos études et ainsi approcher avec plus de sérénité ces situations lorsque nous serons diplômés.

L'accompagnement de ces couples est, comme nous l'avons démontré précédemment, particulièrement enrichissant sur le plan professionnel et humain. Nous pourrions presque conclure au regard des propos recueillis et de notre discussion que l'enrichissement apporté par cette expérience donne des clés aux sages-femmes dans leur pratique professionnelle courante.

Pour compléter ce mémoire, nous proposons le verbatim de la sage-femme D : « **La douleur physique exprime la douleur psychique, et celle-ci est impossible à soulager** ». Il nous invite à travers ses mots à poser les limites de l'accompagnement. La sage-femme introduit ici l'humilité, la qualité imposée par la pratique soignante, quelle que soit la grandeur de l'expérience.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Recommandation relative à la prise en charge à titre dérogatoire du MISOPROSTOL dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation. 2018.
2. Quibel T, Bultez T, Nizard J, Subtil D, Huchon C, Rozenberg P. Morts foetales in utero. *J Gynécologie Biol Reprod.* 2014;(10):883-907.
3. Brachet V. Les morts foetales in utero : à la recherche d'une étiologie. *Vocat Sage-Femme.* 2015;(116):29-33.
4. Hanus M. Le deuil de ces tout-petits enfants. In: *Etudes sur la mort.* Paris: L'esprit du temps; 2001. p. 7-14.
5. Legros J-P. L'arrêt de vie in utero ou l'errance des foetus , un possible deuil. In: *Etudes sur la mort. L'esprit du temps.* Paris; 2001. p. 63-74.
6. Dumoulin M, Valat A-S. Morts en maternité : devenir des corps, deuil des familles. In: *Etudes sur la mort. L'esprit du temps.* Paris; 2001. p. 77-98.
7. Garel M, Legrand H. L'attente et la perte du bébé à naître. Albin Michel. Paris; 2005.
8. Delahaye M. L'accompagnement à la mort autour de la naissance. In: *L'esprit du temps.* Paris; 2001. p. 47-60.
9. Foulhy C. Interruption médicale de grossesse, un accompagnement singulier. *Vocat Sage-Femme.* 2015;(115):9-14.
10. De Clermont C, Rey J. Accompagner le deuil périnatal. *Chronique sociale.* Lyon; 2015.
11. Circulaire du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: http://spama.asso.fr/wp-content/uploads/2016/02/ste_20090007_0100_0127.pdf
12. Prieur-Bertrand M. Le deuil des soignants. In: *Etudes sur la mort. l'Esprit du temps.* Paris; 2001.
13. Espace éthique, Assistance-publique-Hôpitaux de Paris. L'enfant mort autour de la naissance : parents et professionnels face à la mort périnatale. 2008.
14. Mckinlay A, Ponte C, Ponte C. Prise en charge des IMG et des MFIU : quelles difficultés et quel soutien pour les soignants ? *Vocat Sage-Femme.* 2015;14(115):17-21.
15. Lalande F, Veber O. La mort à l'hôpital [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000037.pdf>

16. Soubieux M-J. Le berceau vide, deuil périnatal et travail du psychanalyste. Eres. 2008.
17. De Wailly-Galembert D. Arlequin , où la coïncidence mort/naissance en maternité : le virutel et le fœtus/bébé mort chez les sages-femmes. Spirale. avr 2011;(60):180.
18. Lebovici S. Empathie et soins. Prendre soin d'un jeune enfant. ERES; 2005. 81-89 p.
19. Isnard Bagnis C. Chapitre 9. Empathie et compassion. In: La pleine conscience au service de la relation de soin - méditer pour mieux soigner. De Boeck Supérieur. 2017. p. 224. (Carrefour des psychothérapies).
20. Gros F. Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin. Rech Soins Infirm. 2007;N° 89(2):15-20.
21. Gros F. Sollicitude. In: Les concepts en sciences infirmières. Association de recherche en soins infirmiers; 2012. p. 281-3.

Annexes

Annexe I : Prise en charge des interruptions médicales de grossesses (IMG) et des cas de morts fœtales in utero (MFIU) au-delà de 14 SA, en association à la mifépristone (1)

Annexe II : Protocoles administratifs concernant la mort fœtale in utero : exemple de tableaux récapitulatifs mis à disposition des sages-femmes en salle de naissance

Annexe III : Trame d'entretien

Annexe IV : Entretien effectué avec la sage-femme G

Annexe I : Prise en charge des interruptions médicales de grossesse (IMG) et des cas de mort fœtale in utero (MFIU) au-delà de 14SA, en association à la mifépristone

« Un traitement préalable par mifépristone est requis pour la préparation cervicale.

La posologie du misoprostol et son schéma d'administration varient en fonction de l'âge gestationnel et de l'état de l'utérus :

- Entre 14 SA et 31 SA
 - en cas d'utérus non cicatriciel : la posologie initiale est de 400 µg *per os*, renouvelable toutes les 3 à 4 heures si nécessaire. Ne pas dépasser une dose totale de 1200 µg en 24h (soit 3 doses de 400 µg).
 - en cas d'utérus cicatriciel : réduire la dose initiale et les renouvellements, au moins en les divisant par deux conformément aux recommandations des sociétés savantes. Ne pas dépasser la posologie de 600 µg en 24h.
- Entre 32 SA et 36 SA
 - en cas d'utérus non cicatriciel : réduire la dose initiale et les renouvellements, au moins en les divisant par conformément aux recommandations des sociétés savantes. Ne pas dépasser la posologie de 600 µg en 24h.
 - en cas d'utérus cicatriciel : ne pas utiliser de misoprostol à ce terme avec ces doses.

En l'absence d'évacuation dans un maximum de 72 heures après la dernière prise de misoprostol l'induction du travail sera réalisée selon les techniques habituellement utilisées. »

Annexe II : Protocoles administratifs concernant la mort fœtale in utero : exemple de tableaux récapitulatifs mis à disposition des sages-femmes en salle de naissance

Pour tout accouchement, faire un certificat d'accouchement (CERFA et DIAMM) stipulant l'âge gestationnel à l'accouchement, le poids de naissance, et le statut fœtal (vivant ou né sans vie)

	Enfant né vivant puis décédé	Enfant né sans vie (quelque soit le terme)
Certificat médical	<ul style="list-style-type: none"> - « Enfant né vivant et viable » - Jours et heures de naissance et de décès 	<ul style="list-style-type: none"> - Remplir le formulaire Cerfa
Enregistrement à l'état civil	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoire - Acte de naissance - Acte de décès 	<ul style="list-style-type: none"> - Possible - Acte d'enfant sans vie
Prise en charge du corps	<ul style="list-style-type: none"> - Funérailles obligatoires - A la charge des familles 	<ul style="list-style-type: none"> - A la charge de l'hôpital (crémation) - Funérailles possibles à la charge des familles
Registre	Cahier d'accouchement (Après 15 SA, quelque soit le mode d'accouchement) Informatisation	

Concernant les droits sociaux, la sécurité sociale a gardé le seuil de 22SA ou 500g. Ainsi ce tableau s'applique

Enfant né sans vie <u>ou</u> Enfant né vivant puis décédé	< 22 SA ou 500 g	≥ 22 SA ou 500 g
Droits sociaux	<p>Pas de congé maternité ni de paternité.</p> <p>Arrêt de travail</p>	<p>Congés de maternité : correspondant à la parité avec obligation de prendre au moins 8 semaines d'arrêt.</p> <p>Pour le père :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Congé de naissance : 3 jours dans les 15ers jours - Congé de paternité : 11 jours consécutifs dans les 4 mois -A demander à l'employeur 1 mois à l'avance, mais délai peut être raccourci

Annexe III : Trame d'entretien

- 1) Depuis quand exercez-vous en salle de naissance ? Avez-vous travaillé dans différentes maternités depuis votre diplôme ?
 - i) Si oui, quelle est leur typologie ?
- 2) Avez-vous déjà pris en charge une mort fœtale in utero en SDN ?
- 3) Aviez-vous eu cette expérience en tant qu'étudiante ?
 - i) Si oui, a-t-elle été aidante ?
 - ii) Si non, pensez-vous que cette expérience aurait pu être aidante ?
- 4) Au début de la garde, quels sont les critères de répartition des femmes dans l'équipe ?
- 5) Avez-vous un attrait pour accompagner ces couples ou au contraire redoutez-vous la PEC de la MFIU ? Pourquoi ?
- 6) Comment vous sentez-vous face à la patiente ? Adaptez-vous votre discours dans ce type de prise en charge ou est-il le même que pour toutes futures accouchées ?
- 7) Ressentez-vous une proximité particulière avec la femme ?
- 8) Y a-t-il des moments que vous estimez plus difficiles dans ce type d'accompagnement ?
- 9) Pensez-vous que l'expérience apporte de la sérénité à la sage-femme ?
- 10) Quel est votre ressenti global dans ce type d'accompagnement ?
- 11) Concernant le bébé, comment le nommez-vous sur la durée du travail et au moment de son accueil ?
- 12) Avez-vous besoin d'être accompagnée par un autre professionnel lorsque vous faites les soins du bébé ?
- 13) Proposez-vous systématiquement aux parents de rencontrer leur bébé ? Les laissez-vous seuls ?
- 14) Certaines équipes proposent de faire des empreintes, d'habiller l'enfant, de faire des photos, avez-vous cet usage ?
 - i) Si oui, est-ce que cette étape comporte des difficultés ?
 - ii) Si non, est-ce que vous souhaiteriez avoir ce type d'usage dans votre pratique ?
- 15) Evoquez-vous avec les parents les différentes modalités administratives (état civil, obsèques...) ?
 - i) Si oui, considérez-vous avoir une bonne maîtrise du cadre réglementaire ?
 - ii) Si non, quelle est la personne référente ?
- 16) Cette manière de procéder vous convient-elle ?

- 17) En cours et au décours de garde, ressentez-vous le besoin d'échanger avec vos collègues ? Vous sentez-vous plus fatiguée ou plus émotive ?
- 18) Est-ce que des temps de débriefing ou des groupes de paroles axés sur la spécificité de cet accompagnement sont proposés dans le service ?
- i) Si oui, qu'en pensez-vous ?
 - ii) Si non, souhaiteriez-vous leur mise en place ?

Au regard de l'échange que l'on vient d'avoir,

- 19) Considérez-vous que la formation à l'école de SF vous a suffisamment préparé à l'accompagnement de la mort fœtale in utero en salle de naissance ?
- 20) Depuis votre diplôme, avez-vous eu accès à une ou des formation(s) ciblée(s) ?
- i) Si oui, laquelle ? Vous a-t-elle été proposée par le service ou était-ce une démarche personnelle ? A-t-elle été bénéfique ?
 - ii) Si non, quelles formations complémentaires aimeriez-vous ?
- 21) Est-ce qu'il vous semble opportun de proposer ou d'accepter que des étudiants sages-femmes participent à l'accompagnement d'une MFIU avec vous ? Pourquoi ?
- 22) Souhaitez-vous ajouter un commentaire suite à notre échange ?

Annexe IV : Entretien effectué avec la sage-femme G

1) Depuis quand exercez-vous en salle de naissance ?

1 an et demi. Depuis 2018, donc depuis mon diplôme.

Avez-vous travaillé dans différentes maternités depuis votre diplôme ?

Uniquement ici, en type 3.

2) Avez-vous déjà pris en charge une mort fœtale in utero en SDN ?

Oui on en a souvent ici comme c'est un gros niveau, on en a quasiment 1 par semaine voire plus.

3) Aviez-vous eu cette expérience en tant qu'étudiante ?

Oui plusieurs. Et c'est vrai que je me « forçais » à y aller pour pouvoir être préparée une fois diplômée et ne pas me retrouver sur les 1ères fois avec mon diplôme.

i. Si oui, a-t-elle été aidante ?

Oui, j'ai eu la chance de tomber sur des bonnes sages-femmes, très pédagogues, quand j'ai eu des situations comme ça, qui m'ont donné par mal de clés sur la prise en charge, l'accompagnement des parents, même l'enfant pour le préparer après... donc oui ça m'a bien aidé.

4) Au début de la garde, quels sont les critères de répartition des femmes dans l'équipe ?

C'est de manière très aléatoire. Comme on a des collègues qui font de la consultation, quand elles connaissent des patientes elles les reprennent. Ou nous comme des fois on fait plusieurs jours d'affilée de voir un peu ce que ça donne on les connaît et du coup on est les reprend. Et après c'est vraiment aléatoire.

M : et comment ça se passe quand il y a une mort fœtale ?

SF : Globalement je trouve qu'on est une équipe assez solidaire, on n'attend jamais qu'il y en a une qui se désigne, il y en a toujours une qui le fait très facilement en disant « non t'inquiète pas je la reprends » et puis des collègues enceintes par exemple on évite de leur laisser. Mais globalement je sais que spontanément on se propose. Et ce n'est pas toujours les mêmes qui les prennent en charge.

5) Avez-vous un attrait pour accompagner ces couples ou au contraire redoutez-vous la prise en charge de la MFIU ? Pourquoi ?

Non globalement je sais que je les prends facilement. J'en ai souvent sur mes gardes et spontanément je dis « bon bah mets moi sur la mort fœtale » et je ne sais pas pourquoi c'est comme ça, peut-être être aussi solidaire avec tout le monde et ne pas que ce soit toujours les mêmes mais c'est vrai que moi régulièrement j'en ai sur mes gardes et régulièrement je les prends. Je pense que j'en ai 1 ou 2 par semaines environ, que je prends en charge moi. Quasiment 50% de mes gardes j'ai une MFIU ou une IMG.

6) Comment vous sentez-vous face à la patiente ?

C'est vraiment aléatoire selon la patiente. Soit on a une patiente qui a vraiment besoin d'accompagnement au final je trouve ça plus facile, une patiente qui est très sollicitante car du coup j'ai l'impression de l'aider, de l'accompagner, pouvoir discuter avec elle. Alors que là la dernière que j'ai eu c'était une patiente...alors « inadaptée » ce n'est pas le terme mais c'est vrai que face à la situation c'était assez surprenant de voir comment elle était. Elle était très détachée, quand je lui demandais comment elle se sentait elle me faisait un grand sourire en me disant « bah ça va très bien pourquoi ? ». Moi j'avoue que j'étais presque plus déroutée qu'elle et que je me suis sentie beaucoup plus inutile dans la prise en charge qu'une patiente qui a besoin de moi.

M : Parce que vous n'avez pas su comment réagir ?

SF : Pas du tout non. C'est ça du coup j'avais l'impression de marcher sur des œufs. Je me suis dit qu'elle n'avait pas envie de discuter donc je ne vais pas prendre le temps de discuter avec elle et au final je trouve les questions par exemple s'ils veulent voir le corps, bah c'est beaucoup moins spontané qu'une patiente avec qui on prend beaucoup plus le temps de s'asseoir, moi je sais que j'aime bien m'asseoir et prendre ce temps-là, de laisser un peu toute l'euphorie et l'adrénaline du début (la péridurale...) et après de vraiment quand la patiente est soulagée et installée de vraiment m'asseoir avec le couple et de discuter de ce que eux veulent.

M : Adaptez-vous votre discours dans ce type de prise en charge ou est-il le même que pour toutes futures accouchées ?

SF : Oui, je fais très attention à ce que je dis. C'est vrai que même au moment où l'on doit s'installer pour l'accouchement, on ne dit pas « poussez madame votre enfant est bientôt

là » forcément elle va arrêter de pousser d'un coup car ce n'est pas ça qu'elle a envie. Le fait que ce soit une primipare ou multipare aussi je ne prends pas du tout les choses de la même manière et après ce qu'on disait en fonction de comment la patiente est, de son vécu, c'est vrai que je n'ai pas du tout le même discours entre une patiente qui a besoin que je sois beaucoup présente ou pas du tout.

M : Entre une primipare et une multipare, comment est-ce que vous adaptez ?

SF : C'est vrai que je parle pas mal des aînés parce que souvent ils sont quand même inclus dans la grossesse du coup on en discute, c'est souvent que le sujet reviens, de comment ils peuvent leur annoncer et c'est assez régulier et je trouve que d'en parler ça les raccroche aussi à leurs enfants qui sont là bien présents et qu'il y a quand même du bonheur même si c'est un évènement atroce pour eux, qu'il y a des choses à côté qui vont les aider aussi.

M : Vous trouvez que l'accompagnement d'une primipare est plus difficile ?

SF : Oui c'est plus difficile, d'autant plus quand ce sont des situations un peu compliquées avec des parcours de procréation médicalement assistée, des grossesses compliquées à obtenir et quand on a ça comme aboutissement...bah même nous on est impuissant, on ne sait pas trop quoi dire à la patiente.

7) Ressentez-vous une proximité particulière avec la femme ?

Oui dans pas mal de cas je trouve qu'on a l'impression de servir à quelque chose, d'être le plus empathique, le plus « enrobant » avec le couple. J'espère du moins quand je les prends en charge ça apaise un petit peu leur douleur. C'est le but en fait j'aimerais vraiment ça après je pense qu'il y a des fois où rien ne pourra effacer la douleur et que ce soit moi ou quelqu'un d'autre, peu importe la prise en charge ça ne changera rien, mais voilà je me dis que c'est notre rôle de SF d'accompagner au mieux, de rendre cet évènement le moins pire possible dans l'atrocité de la situation.

8) Y a-t-il des moments que vous estimez plus difficiles dans ce type d'accompagnement ?

L'annonce, je pense qui est très compliquée. Après j'ai eu de la chance moi pour l'instant je n'ai jamais eu d'annonce à faire. Généralement elles sont déjà en travail ou du moins sous péridurale ou alors elles arrivent en salle mais je n'ai jamais eu d'annonce à faire.

Après le moment moi que je trouve un peu compliqué c'est le moment où les parents souhaitent le voir, de présenter l'enfant et là on sent au fond d'eux comme un déchirement quand on amène ce petit bébé décédé et je pense que c'est à ce moment-là aussi où eux réalisent car c'est quand même abstrait une grossesse. Mais d'avoir cet enfant près d'eux ça c'est un moment à chaque fois où je trouve qu'il faut un peu se blinder aussi, de voir les parents démunis et éclater en sanglot quand on amène le bébé.

M : C'est la concrétisation ?

SF : Oui. Je pense que c'est le moment pour eux où ça devient un peu réaliste tout ce qui est en train de se passer.

9) Pensez-vous que l'expérience apporte de la sérénité à la sage-femme ?

Je pense peut-être dans le discours qu'on tient. Peut être que l'on parle moins... enfin je sais que moi j'ai besoin, moins maintenant mais au début j'ai besoin, et au final je me rends compte que c'était plus pour me rassurer moi, je demandais régulièrement à la patiente pendant les efforts expulsifs et la délivrance comment elle allait, comment elle se sentait et en fait maintenant avec du recul je sais que c'était à moi que je posais la question.

Après je me souviens étudiante avoir dit à la SF « j'espère qu'un jour ça ne me fera plus rien » et je me souviens de cette SF qui m'avait répondu « mais le jour où ça ne te fait plus rien, change de métier ». Et en fait j'ai toujours ces paroles qui raisonnent et quand ça me fait quelque chose dans le cœur je me dis « c'est bon, je peux encore continuer ».

Mais voilà l'expérience peut-être dans son discours on change des choses mais je pense que ça ne change pas grand-chose dans ce que l'on ressent. Je pense que quoiqu'il arrive au final on est toujours affectée par ce qu'il se passe et voir la détresse d'un couple. On reste humain malgré le fait qu'on soit professionnel de santé. Quand je vois mes collègues qui ont 50 ans et qui bossent depuis 20 ans, qu'elles ont ça en SDN tout le temps bah elles sont comme moi au final ça ne change pas grand-chose. Je ne suis pas persuadée que ça change mais plus le discours je dirais.

10) Quel est votre ressenti global dans ce type d'accompagnement ?

Ca dépend des gardes. J'ai des gardes où j'ai l'impression de bien prendre en charge les patientes parce que j'ai le temps et parce que aussi ce sont des patientes sollicitantes et du coup j'ai le temps de me poser avec elle. J'ai des gardes où je ne suis pas très satisfaite car

comme on a couru partout j'ai l'impression de passer en coup de vent et de ne pas avoir été assez présentes pour ces patientes-là. Et il y a des fois où je trouve que c'est plus dur que d'autres avec des parents vraiment très sollicitants, moi j'ai eu 2 cas de parents très sollicitants où quand je suis rentrée chez moi quand j'ai posé ma blouse je n'ai pas réussi à me dire « c'est bon la garde est finie on oublie ce qu'il s'est passé » et où là j'ai littéralement tout ramené chez moi et je me suis dit « bon ok là ce n'est pas top ». Mais non globalement j'ai l'impression quand même que l'on a un rôle à jouer là-dedans et pour moi c'est important de prendre ça très à cœur car je me dis que notre rôle c'est aussi de rendre ça le moins violent et le moins dur possible même si on ne pourra jamais apaiser la douleur de parents dans des situations comme ça mais je suis contente quand même dans des prises en charge comme ça de passer du temps avec les patientes et d'essayer de les accompagner au mieux. Donc des fois oui j'ai un sentiment de « devoirs accomplis » mais de me dire que j'ai servi à quelque chose et même si c'est très violent qu'elle aura un souvenir plus doux parce qu'on a eu le temps de parler et de faire ça ensemble.

M : est-ce que vous trouvez que le côté du métier donc l'accompagnement de la femme vous le retrouvez plus dans ce genre de situations que dans un accouchement physiologique ?

SF : des fois oui j'ai l'impression qu'elles ont plus besoin de nous donc au final on va beaucoup plus prendre le temps de s'asseoir et de discuter un peu qu'une patiente où tout va bien et qui se dilate super bien où on est en pleine nuit et elle a envie de dormir, on l'examine et on revient 2 heures après on la réexamine et ça dure 5 min, je trouve que ça a un côté frustrant des fois et après c'est aussi parce qu'on est dans un gros niveau et effectivement on est à 3800/3900 accouchements par an on n'a pas le temps en fait de s'asseoir sur le rebord de tous les lits et c'est très rare que l'on ait des journées calme par contre c'est moins rare que la salle soit pleine, quand on a 4/5 patientes en travail, suffit qu'on doive les examiner toutes les heures parce qu'elles sont toutes en phase active bah ça fait même pas 10 min par patiente. Et c'est vrai que je trouve que ça a un côté frustrant. Oui je pense que je me sens plus utile de temps en temps mais après pas toujours parce que des fois j'ai des patientes en travail qui ont besoin de moi aussi mais je me sens plus utile dans des cas comme ça que dans un accouchement tout physio où au final je sens que le couple n'a pas besoin de moi et que je suis juste là pour examiner.

M : Justement quand vous prenez en charge une patiente en parallèle comment vous vous organisez ?

SF : Bah bizarrement ça se fait assez naturellement, je ne sais pas comment expliquer mais c'est vrai que quand on sort de la pièce on passe à autre chose. Alors en général c'est vrai que je fais toujours un saut par le bureau, je note mon mot comme ça, ça me fait 5 min de latence, c'est très rare que j'aille d'une chambre à l'autre sans transition mais je ne sais pas pourquoi étonnamment...et tant mieux dans un sens ça se passe bien c'est vrai que c'est assez fluide.

11) Concernant le bébé, comment le nommez-vous sur la durée du travail et au moment de son accueil ?

Ça dépend. J'essaye de voir un peu avant d'en parler comment eux m'en parlent en fait. Quand je sens que les parents sont très investis dans la grossesse j'avoue que je dis le bébé. Quand j'ai des parents un peu plus détachés, je dis l'enfant. Alors ça n'a pas une grande différence mais pour moi ça en a une. La chose que je n'arrive pas à dire c'est « votre fœtus » par exemple, ça je suis incapable de le dire. Et même dans les dossiers des fois je me pose des questions et je sais que je note toujours par exemple « couple souhaite voir l'enfant » mais jamais je note « couple souhaite voir le fœtus ». Après c'est personnel.

M : C'est la connotation qu'il a derrière qui est perturbant ?

SF : Oui, pour moi quand bien même cet enfant est décédé, il va naître et du coup il reste un enfant, un bébé et c'est vrai que j'ai du mal avec le mot fœtus j'ai l'impression que ce n'est pas lui donner de l'importance ni de vie à cet enfant alors que bon il est là quand bien même il est décédé il va être présent. Après je sais que c'est très personnel. J'ai des collègues qui appellent fœtus et notent fœtus dans les dossiers mais moi je n'y arrive pas.

12) Avez-vous besoin d'être accompagnée par un autre professionnel lorsque vous faites les soins du bébé ?

Non. Ça je n'ai pas besoin. Je n'en ressens pas le besoin parce qu'en fait je parle beaucoup à cet enfant quand je m'en occupe et j'aime bien être toute seule. Parler, le peser, bien le positionner pour faire de belles photos. Le cocooner un peu. Alors après quand j'ai des collègues qui me disent « attends je viens avec toi » ça ne me dérange pas mais ce n'est pas du tout une demande de ma part au contraire je suis très bien toute seule quand je fais ça.

M : Qu'est-ce que vous lui dites ?

SF : Bah en fait je lui parle comme si cet enfant était vivant : « je vais te peser... », j'explique classiquement comme si l'enfant était vivant, m'entendait et ressentait ce que j'étais en train de faire. Après c'est peut-être aussi une réassurance pour moi, je ne sais pas. Mais voilà je me dis que ce n'est pas n'importe quoi, c'est quand même un enfant qui est là et du coup il faut le prendre à part entière avec nous.

M : Et en amont vous expliquez ce que vous allez faire aux parents ?

SF : Oui ! Aux parents oui alors ça je le dis très souvent avant. J'aime bien avoir un moment d'échange avec eux déjà pour voir s'ils veulent le voir mais je ne pose jamais toutes les questions d'un coup. Je demande d'abord par exemple s'ils veulent le voir puis la fois d'après s'ils ont un prénom des choses comme ça et au moment où je sens que l'on n'est pas très loin je leurs dis que une fois l'accouchement fait j'amène directement l'enfant à côté, que je vais le peser, l'examiner, faire des petites empreintes, des photos qu'ils pourront récupérer. J'aime bien tout dire aux parents pour qu'ils sachent pourquoi je quitte la pièce. Et une fois qu'elle est réinstallée, que l'on a bien tout vérifier au niveau du placenta, je leurs réexplique en disant que je vais aller auprès de leur enfant, ce que je vais faire, puis je reviens les voir et quand bien même ils veulent le voir je ne leur amène jamais directement. Je reviens seule, je leurs dis combien il pèse, si c'est un garçon ou une fille si jamais on voit et qu'ils ne savaient pas. Je décris beaucoup l'enfant, comment il est et les choses qui potentiellement pourraient les choquer parce que c'est vrai que nous on ne se rend plus trop compte avec tout ce qu'on a vu de ce qui est choquant ou pas. Et en fonction de ça je leurs demande s'ils veulent que je l'amène maintenant ou pas, est-ce qu'ils ne veulent plus ou est-ce qu'ils veulent plus tard.

13) Proposez-vous systématiquement aux parents de rencontrer leur bébé ?

Oui en systématique. Personnellement je trouve ça très important qu'ils le voient. J'ai l'impression qu'au niveau du deuil c'est quelque chose qui est plus facile après des parents qui ne veulent pas les voir jamais je ne les forcerais. Je leurs dis que c'est encore possible le lendemain, que des choses peuvent être mises en place. J'ai quand même un sentiment de frustration quand les parents me disent non et j'ai peur que en n'ayant pas insisté, ce sont des parents qui au niveau du deuil soit plus compliqué et qu'ils aient un regret derrière en fait. Après peut-être que je me trompe. J'ai l'impression que c'est plus facile après et que,

même si c'est très dur, il y a quand même un côté apaisement, quand on quitte la pièce avec l'enfant et que l'on revient ensuite, de l'avoir vu et qu'ils aient pu mettre une image sur ce bébé.

M : Vous leurs proposer avant l'accouchement ?

SF : Oui. Sauf quand on n'a vraiment pas le temps mais sinon j'en discute toujours en amont, je leurs dis qu'ils peuvent me dire oui maintenant et après l'accouchement me dire non et inversement, que c'est aussi possible que un me dise oui et l'autre non, qu'il y a toujours une solution pour que l'autre sorte et mettre par exemple le papa dans une autre pièce mais que ce n'est pas forcément une décision de couple et que s'il y en a un qui a vraiment envie, tout est envisageable pour trouver un moment pour être avec.

M : Les laissez-vous seuls ?

SF : Je leurs demande. S'ils veulent oui, je leurs dis que c'est tout à fait possible que je les laisse un peu ou soit que je reste avec eux. Je leurs laisse la sonnette à proximité et je sais que par contre ça me tient vraiment à cœur que quand la patiente resonance que ce soit moi personnellement qui retourne la voir. Et en général je préviens mes collègues en disant qu'ils ont leur bébé avec eux et que si ça sonne j'y vais.

14) Certaines équipes proposent de faire des empreintes, d'habiller l'enfant, de faire des photos, avez-vous cet usage ?

Empreintes, photos, bracelet moi j'en mets aussi et je pense qu'il y a pas mal de mes collègues qui le font aussi.

M : Ça arrive que vous l'habilliez ?

SF : Oui, si les parents ont des vêtements je leurs demande s'ils veulent qu'on les mette ou pas et je sais que j'avais une maman l'autre jour qui avait tricoté une couverture, elle l'avait à peine fini et l'a fini pendant le travail en fait pour pouvoir le mettre, donc je l'avais emmitouflé dedans. J'aime bien moi leur mettre toujours un bonnet et après je les laisse toujours couvert. Soit, ils ont la taille d'avoir une couche donc je mets une couche avec un petit lange ou quelque chose ou s'ils sont trop petits je découpe dans la maille du bonnet et je leur fais comme une petite couverture avec.

i) Si oui, est-ce que cette étape comporte des difficultés ?

Non parce que je me dis que je prends soin de lui. Et c'est important en fait je ne conçois pas de laisser un enfant nu sans rien pour moi ça c'est quelque chose qui est inconcevable et pour le coup ce serait quelque chose de difficile pour moi de m'imposer de faire ça.

15) Evoquez-vous avec les parents les différentes modalités administratives (état civil, obsèques...) ?

Oui. Obsèques j'en parle avec eux. L'Etat Civil j'en parle mais je ne pense pas assez car je ne suis pas assez « calée » j'ai l'impression. On a eu une petite formation donc là maintenant j'en parle un peu plus, les obsèques, le jardin des souvenirs...toutes ces choses-là on en parle. Et l'Etat Civil j'ai l'impression qu'on les bombarde en fait c'est tellement violent et soudain en fait j'essaye d'aller à l'essentiel donc est-ce qu'ils veulent le voir, est-ce qu'ils veulent des obsèques et une autopsie ça ce sont les 3 questions que j'amène pendant le travail. L'Etat Civil en général je laisse de côté parce que je sais que l'on a 2 collègues qui sont très bien, avec les patientes qui sont supers et qui du coup passent dans la chambre le matin, c'est leur boulot et je sais qu'ils seront beaucoup plus calés que moi et en plus ils sont très empathiques donc je leurs fais totalement confiance. J'avoue que moi je ne m'en occupe pas trop de l'Etat Civil quand elles sont en travail.

i) Si oui, est-ce que vous considérez avoir une bonne maîtrise du cadre réglementaire ?

Je pense que on l'a eu en cours. Enfin moi comme je sors de l'école c'est plutôt facile de me souvenir et l'avantage c'est que l'on est 4 SF donc c'est vrai que l'on est toujours assez liées toutes donc quand on a une question, au final on est toutes calées plus ou moins sur des sujets donc on arrive à toujours à trouver la réponse et quand vraiment on n'a pas la réponse on attend le lendemain matin avec l'Etat Civil où là vraiment on pose toutes les questions. Globalement j'ai l'impression d'avoir les bases après il me manque encore plein de choses encore mais sur le terme, ces choses-là je pense que ça va.

M : Il y a un classeur avec des protocoles ?

SF : Oui ! On a classeur où tout le protocole est dedans et après les feuilles sont classées en fonction de s'il est né sans vie, si c'est une IMG etc...avec toutes les feuilles qu'il faut prendre si les parents veulent une autopsie etc...donc ça va globalement on est plutôt aidées et ce n'est pas trop compliqué.

16) Cette manière de procéder vous convient-elle ?

Oui. Je trouve que c'est assez organisé, on sait où on va et quel papier prendre. Aussi c'est l'avantage enfin l'avantage le mot est mal choisi mais d'en avoir régulièrement, c'est fluide niveau administratif et on sait où on va, ce qu'on doit prendre, malheureusement au final mais c'est comme ça.

M : Vous considérez que c'est aux SF de faire cette partie-là ?

S : Globalement non mais que ce soit un bébé décédé ou un accouchement normal on a un temps de papiers incroyable après chaque accouchement et ça je pense que c'est partout pareil. En fait je ne vois pas qui pourrait faire ça car c'est quand même nous qui sommes au cœur du truc avec l'heure de l'expulsion, la délivrance toutes ces choses-là donc à moins d'avoir une assistante présente dans la salle enfin ce n'est pas une solution envisageable donc oui j'ai envie de dire oui ça fait partie de notre travail mais c'est vrai que la charge de papiers peut-être que des fois ce serait bien que l'on en n'ai moins pour passer plus de temps justement auprès des patientes plutôt que d'être au bureau à noter 20 000 choses dans le dossier.

17) En cours et au décours de garde, ressentez-vous le besoin d'échanger avec vos collègues ?

Ça dépend des situations mais globalement c'est vrai qu'on en parle mais on parle très spontanément de toutes nos patientes c'est-à-dire que on est toutes au courant de telle patiente même si ce n'est pas la nôtre, à quelle dilatation est etc...Donc comme on parle spontanément de tout le monde entre nous oui on en parle souvent mais c'est vrai que la femme que j'ai eu la semaine dernière où je ne la sentais pas, alors je pense que c'était une forme de déni de sa part de réagir si bien et de manière si euphorique mais c'est vrai que j'en ai parlé du coup à mes collègues en disant « mais je suis un peu déboussolée, je ne sais pas trop quoi faire » et du coup je ne savais pas moi comment trop réagir avec elle, je ne savais pas s'il fallait que, sans entrer dans la violence, la remettre un peu face à la réalité pour pas que la chute soit encore plus grande derrière ou s'il fallait que je la laisse faire son cheminement toute seule et là c'est vrai qu'on en a pas mal parlé et là j'ai eu besoin de demander un avis à mes collègues un peu plus expérimentées, j'avais l'impression de mal l'accompagner en fait.

M : et est-ce que vous vous sentez plus fatiguée ou plus émotive ?

SF : Fatiguée oui dans le sens où on se donne beaucoup plus de notre personne déjà d'une dans la réflexion des mots on est beaucoup plus à chercher ce qu'on dit pour ne pas blesser, pour ne pas avoir un mot un peu de travers mais aussi parce que ce sont des parents sollicitants qui demandent pas mal d'énergie et je pense inconsciemment aussi de refouler notre tristesse ça demande aussi un peu d'énergie. Emotive je ne dirais pas forcément en fait ça dépend vraiment. Dans les 2 situations où j'ai eu là je sais que j'ai eu besoin de vider mon sac et je n'étais vraiment pas bien après j'ai l'impression une fois que j'enlève ma blouse, j'essaye, même s'il y a toujours un coin de ma tête qui y pense, globalement j'essaye quand même de faire abstraction et de continuer à côté.

18) Est-ce que des temps de débriefing ou des groupes de paroles axés sur la spécificité de cet accompagnement sont proposés dans le service ?

Non. Pas à ma connaissance du moins. Je dirais non.

i. Si non, souhaiteriez-vous leur mise en place ?

Pas nécessairement car comme je disais on en parle spontanément entre nous pendant la garde. Je ne viendrais pas forcément, je n'en ressens pas le besoin. Après peut-être qu'il y en a qui aurait envie mais personnellement ce n'est pas quelque chose où je me dirais « ah oui c'est vrai que c'est une bonne idée ». Mais parce qu'on a une équipe comme ça avec qui on peut parler pendant la garde, on est relativement soutenu par nos collègues donc au final c'est comme si on avait un groupe de paroles mais pendant la garde qui se met en place spontanément.

Au regard de l'échange que l'on vient d'avoir,

19) Considérez-vous que la formation à l'école de SF vous a suffisamment préparé à l'accompagnement de la mort fœtale in utero en salle de naissance ?

Non. Mais je pense qu'au final ce n'est pas une faute ou un manque de notre formation. Je pense que c'est impossible en fait d'apprendre ça dans les livres et dans les textes et que c'est pour ça qu'il faut le vivre et par contre je pense que c'est très important de faire ça étudiante plusieurs fois, d'être avec des sages-femmes en plus voilà étudiante on sait avec quelle sage-femme on a envie d'être ou pas et on sait très bien qu'il y en a qui prenne en charge d'une manière qui nous correspond mieux que d'autres. Je suis en train de réfléchir mais en fait je ne me souviens même pas de mes cours sur les MFIU, je n'ai pas de souvenirs alors que je sors de l'école, ça ne m'a pas marquée ce cours alors que par contre je sais exactement dans quel moment et quelles circonstances j'étais et dans quelle maternité j'étais

et quelle sage-femme m'a dit quoi quand j'ai pris en charge les MFIU en tant qu'étudiante et j'ai beaucoup plus appris sur le terrain que par mes cours. Je ne vois pas comment c'est possible d'apprendre comment prendre en charge une patiente, c'est tellement aléatoire de comment la patiente est, de comment nous on est aussi disposé ce jour-là parce qu'on a notre vie personnelle, beaucoup de fatigue etc... donc je pense que pour moi c'est impossible après je pense qu'il y a des solutions mais je ne sais pas.

20) Depuis votre diplôme, avez-vous eu accès à une ou des formation(s) ciblée(s) ?

Moi je n'en ai pas fait. Il y a des formations proposées sur le deuil périnatal et du coup moi j'étais de garde et je n'y ai pas été mais on en a. Si on veut on peut se former sur le deuil périnatal, l'accompagnement des parents...

i. Si oui, laquelle ? Vous a-t-elle été proposée par le service ou était-ce une démarche personnelle ? A-t-elle été bénéfique ?

Il me semble que oui, je ne sais plus où c'était fait, je crois que c'était avec d'autres maternités aussi mais je ne sais plus.

M : Vous pensez que ça peut être bénéfique ?

SF : Oui je pense que c'est quelque chose d'important après je sais qu'il y en a qui sont plus ou moins à l'aise, d'autres que ça dérange plus ou moins donc peut-être que parfois avoir une petite piqûre de rappel, même avec des gens plus expérimentés que nous, des psychologues parce qu'au final nous ne sommes pas psychologues quand bien même nous sommes dans l'accompagnement je pense qu'il y a des choses qui nous échappent, des choses qui probablement que l'on dit sans s'en rendre compte en voulant être bienveillant qui sont des mots à ne pas employer et je pense que c'est important que l'on ait des petites piqûres de rappel de temps en temps pour nous dire que ça par contre même si vous pensez bien faire ce n'est pas une bonne idée.

21) Est-ce qu'il vous semble opportun de proposer ou d'accepter que des étudiants sages-femmes participent à l'accompagnement d'une MFIU avec vous ? Pourquoi ?

Oui. D'autant plus que moi j'ai trouvé ça très important. Après je sais que jamais je ne forcerais un étudiant à venir avec moi. C'est-à-dire que soit spontanément elle me dit est-ce que je peux venir avec toi et si je sens que la patiente est réceptive, je ne veux pas juste que ça devienne le cas pratique, clinique d'étudiant où déjà que c'est compliqué. Après quand je prends un étudiant, soit il est assez avancé dans sa formation auquel cas je laisse un peu plus

faire, soit c'est quelqu'un en début de formation où là c'est plus de l'observation, je sais que je ne laisse pas par exemple examiner mais on se met d'accord avant, si elle ça lui convient on fait comme ça et si ce n'est pas le cas elle prend une patiente en travail il n'y a aucun problème. Jamais je ne jugerais un étudiant sur le fait de prendre ou pas. C'est un point de notre métier qui est quand même compliqué et même si on a choisi de faire SF pour le meilleur et pour le pire c'est vrai que ce n'est pas évident en tant qu'étudiant. Il y a plein de choses encore que l'on ne mesure pas donc c'est compliqué je pense.

22) Souhaitez-vous ajouter un commentaire suite à notre échange ?

Non, je pense que c'est plus dans l'accompagnement peut-être qu'il y a des choses à revoir dans notre formation mais globalement je pense que c'est sur le terrain que l'on apprend.

Glossaire

- APD : Analgésie Péridurale
- APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée
- CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Pré Natal
- DAN : Diagnostic Anté Natal
- ESF : Etudiant Sage-Femme
- FCP : Fausse Couche Précoce
- FCT : Fausse Couche Tardive
- HRP : Hématome Rétro Placentaire
- IMG : Interruption Médical de Grossesse
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MAF : Mouvements Actifs Fœtaux
- MFIU : Mort Fœtale In Utero
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PPI : Post Partum Immédiat
- RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
- SA : Semaines d'Aménorrhée
- SDN : Salle De Naissance

Résumé

Introduction : De par son caractère brutal, il s'est avéré que l'accompagnement de la mort fœtale in utero, compétence acquise des sages-femmes, pouvait être source de difficultés notamment en termes de vécu. Nous nous sommes alors demandés quels éléments étaient susceptibles de l'influencer. **Méthode :** Notre étude s'est basée sur des entretiens semi-directifs auprès de 10 professionnelles exerçant en salle de naissance au sein de 2 maternités d'Ile de France. **Résultats :** Notre enquête a confirmé qu'elles priorisaient le soutien aux femmes et aux couples, que cette priorité dépassait leurs difficultés, avec peu de moyens mis à leur disposition mais largement substitués grâce à une cohésion d'équipe. **Conclusion :** Globalement, pour les professionnelles, l'expérience permettait de développer des outils de protection qui amélioraient leur vécu et le manque de formation (initiale et continue) n'était pas la source de leur difficulté. Ce travail a ouvert notre réflexion sur la richesse de cette expérience professionnelle et humaine pour tous les soignants d'une maternité.

Mots clés : MFIU, accompagnement, deuil périnatal, sages-femmes

Abstract

Introduction: Due to its abruptness, stillbirth care, which is one of the midwives acquired skills, proved to be a source of difficulty. It raised the question of the elements that could impact this experience. **Methodology:** Our study was based on semi-structured interviews conducted with 10 midwives working in delivery rooms in 2 different maternity hospitals in Ile de France. **Results:** Our survey confirmed that midwives are prioritising support for women and couples which allow them to overcome any other difficulties. It also acknowledged that the lack of resources is largely offset by the team cohesion. **Conclusion:** Overall, professional experience turned out to be the key for the midwives to develop protection skills that have improved their human experience. The study revealed that the lack of initial and continuing training was not the source of their struggle. It also allowed us to realise how rich this professional and human experience could be for all the caregivers in maternity hospital.

Nombre de pages : 58

Nombre d'annexes : 4

Nombre de références bibliographiques : 21