



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

*Réalisé au sein de l'Université Claude Bernard – Lyon 1 UFR de Médecine et
Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse*

Accompagnement de la mort foetale in utero en salle de naissance

Pauline COYAULT

Née le 30 décembre 2000

Mémoire soutenu en mai 2024

BONNOT Martine, psychologue (Centre Hospitalier de Mâcon) et formatrice (Site Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse), Directrice de mémoire

ETHEVENOT Emilie, Sage-femme enseignante, Site Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse, Guidante

Avant-propos

Très vite, lors de mes stages en salle de naissance, j'ai entendu parler de la mort, que ce soit dans le contexte d'Interruption Thérapeutique de Grossesse, ou bien de Mort Fœtale In Utero. Cette issue, en salle de naissance me posait question, d'autant plus lorsque je voyais les sages-femmes sortir de la chambre devant laquelle était disposé un grand paravent, mais la notion de la mort dans notre pratique restait assez vague et mystérieuse pour moi. Je ne pouvais imaginer la souffrance des parents dans ces situations-là. Mais qu'en était-il de celle des professionnelles ? Je soupçonnais une nécessité de disponibilité et de maîtrise émotionnelle. Mais comment faire lorsque l'on se retrouve confrontée à ce paradoxe de la mort en salle de naissance ? C'est lors d'une énième MFIU, d'une patiente que j'avais déjà rencontrée mais que je n'ai pas accompagnée dans ce contexte, que je me suis attardée sur ce que je pouvais observer et écouter : ce qu'exprimait et manifestait la professionnelle qui l'accompagnait. Aussi, je commençais petit à petit à me saisir de l'enjeu de ces prises en charge, ce qui m'a conduit au choix du sujet de mon travail.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier la guidante de mon mémoire, Emilie ETHEVENOT, qui a été un soutien sans faille et qui a su me guider dans l'élaboration et la construction de ce travail, ainsi que Martine BONNOT, ma directrice de mémoire, qui a su m'apporter son expertise au sujet de la mort fœtale in utero et m'a permis d'alimenter ma réflexion.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse ainsi que toutes les professionnelles ayant répondu à mon enquête pour la richesse de nos échanges.

Je souhaite également remercier mes parents, et plus globalement ma famille, pour leurs encouragements, et leur soutien, m'ayant portée tout le long de mes études. Une pensée particulière à ma maman et pour nos échanges tellement enrichissants, emprunts de son expertise et de son expérience au sujet de la périnatalité.

Je remercie tout particulièrement Marie qui m'a accompagnée, soutenue, et portée depuis toujours, et d'autant plus sur ce long parcours d'études, intense et plein de rebondissements.

Merci également à mes amies de promotion sans lesquelles ces quatre années d'école n'auraient pas eu la même saveur.

Table des matières

Abréviations	1
1 Introduction.....	3
2 Méthodes et matériel.....	5
2.1 Méthodologie de recherche	5
2.1.1 Le type de recherche	5
2.1.2 La réglementation.....	5
2.1.3 La période	5
2.1.4 Recrutement.....	5
2.1.5 Techniques et outils de collecte	6
2.2 Résultats généraux.....	6
2.2.1 La population étudiée.....	6
2.2.2 Le matériel produit	7
2.3 Méthodologie d'analyse	7
3 Résultats et analyse.....	9
3.1 L'accompagnement de la MFIU en salle de naissance impacte les représentations que les sages-femmes ont de leur métier	9
3.2 L'accompagnement de la MFIU en salle de naissance impacte le vécu que la sage-femme a de sa garde	16
3.3 L'accompagnement de la MFIU en salle de naissance impacte les sages-femmes à posteriori, tant sur le plan professionnel que personnel.	24
4 Discussion	31
5 Conclusion	37
Bibliographie	39
Annexes	41

Abréviations

MFIU	Mort Fœtale In Utero
MF	Mort Fœtale
ITG	Interruption Thérapeutique de Grossesse
SA	Semaines d'Aménorrhée
HCL	Hospices Civils de Lyon
IUFD	Intra Utero Fetal Death

1 Introduction

Etre sage-femme dans l'imaginaire collectif revient à accompagner la vie, être présente et accompagner des évènements heureux, exercer ce que l'on appelle « le plus beau métier du monde ». Qu'il s'agisse de personnes extérieures au domaine de la gynécologie et de l'obstétrique ou bien des étudiantes et futures sages-femmes, la notion de mort est un sujet tabou. Diane de Wailly-Galembert aborde cette question dans son article paru dans la revue Spirale : « *Arrêtons-nous tout d'abord sur les représentations sociales entourant la maternité ou la profession de sage-femme : celles-ci convoquent plus le merveilleux et la vie que le pathologique ou la mort. « Être sage-femme, quand on démarre ses études, c'est accueillir les petits bébés, c'est tout beau, c'est le bonheur, c'est merveilleux...», [...] » (1)*

Une sage-femme a le droit de prescription et de diagnostic dans le cadre spécifique que représentent la gynécologie et l'obstétrique, qui constitue le caractère médical de cette profession. Elle est garante du suivi gynécologique et obstétrical : suivi de la grossesse, du travail, ainsi que du post-partum de la femme, dès lors que ce dernier reste dans le champ de la physiologie et de l'eutocie. Ces aspects-là font partie de ce qui motive à se diriger dans cette voie professionnelle. Cependant, la mort fait partie des situations auxquelles sont plus ou moins souvent confrontées les sages-femmes, que ce soit dans le cadre de décès périnataux, d'interruption thérapeutique de grossesse, ou bien de décès maternels. Si certaines ont conscience de la place qu'a l'accompagnement de la mort dans ce métier, sa fréquence est souvent méconnue, et cela ne représente pas un élément prépondérant dans le désir de devenir sage-femme. Cet abord de la pratique professionnelle peut au contraire être source de crainte voire d'évitement, comme le décrit également Diane de Wailly-Galembert « *Le choix de cette profession, pour certaines, va d'ailleurs en ce sens : être dans la naissance, dans la vie, « être au début des choses », voire éviter la maladie et la mort. » (1).*

En effet, la médecine, et en particulier les soignants ont pour objectif de guérir les patients, de les soigner dans le but de lutter contre la mort. Cela laisse donc supposer qu'être confronté à la mort, notamment dans un service accueillant des naissances, puisse être un évènement difficile à vivre pour les soignants. C'est ce que souligne Françoise Gonnaud, pédopsychiatre :

« La finitude est un vrai problème existentiel : elle rejoint le soignant au plus profond de son être, de ses croyances et de ses repères. En périnatalité, elle vient le chercher par

surprise – assez rarement heureusement – mais dans des conditions le plus souvent brutales. C’est l’accélération de sa temporalité qui rend la mort si difficile à côtoyer dans nos services. La naissance et la mort sont les deux extrêmes de notre humanité. Prendre le temps de passer de l’une à l’autre est le projet de toute une vie ; en périnatalité, il se réalise parfois en quelques minutes » (2)

Dans ce travail, je m’intéresserai à la mort fœtale in utero (MFIU), arrêt spontané de l’activité cardiaque fœtale au-delà de 14 semaines d’aménorrhées (SA), que ce soit en pré-partum, en per-partum ou en post-partum, soit pendant la grossesse, pendant le travail et après l’accouchement. (3) En France, elle représente 5,2 pour 1000 naissances (4). Cet évènement n’est donc pas rare, mais n’est pas habituel pour autant ; il est toujours rattaché à l’imprévu, à l’inattendu. C’est ce que soulèvent les auteurs de l’article *Lorsque naissance et mort coïncident en maternité : quel vécu pour les sages-femmes ?* : « En tant qu’élève, être sage-femme, c’est accueillir les petits bébés vivants, c’est tout beau, c’est le bonheur, c’est merveilleux... c’est ce que l’on se dit quand on commence les études de sage-femme ! Donc la mort en maternité, c’est pas évident... C’est pas ce qui était prévu ! » (5). Lors de mes différents stages, voir, constater, et ainsi être témoin des réactions des sages-femmes sortant de l’accompagnement d’un couple confronté à la MFIU m’a posé question. J’ai pu également assister à des échanges entre sages-femmes lors de temps de relèves, durant lesquels était évoqué l’aspect du corps de ces enfants, les réactions parfois vives des parents, sur des accompagnements remontant à plusieurs années auparavant. L’aspect marquant et déstabilisant que j’ai pu percevoir de ces évènements, m’a poussé à vouloir comprendre le retentissement qu’ils pouvaient avoir chez les sages-femmes.

Entre l’aspect inattendu, imprévu de la survenue de cette issue, ainsi que la difficulté dans laquelle ils peuvent mettre les sages-femmes, nous en venons à nous demander : quel est l’impact de l’accompagnement de l’accouchement dans un contexte de mort fœtale in utero sur les sages-femmes ? Nous étudierons donc dans un premier temps, l’impact de ces accompagnements sur les représentations qu’ont les sages-femmes de leur profession. Ensuite, nous aborderons leur impact sur le vécu que les sages-femmes ont de leur garde lorsqu’elles font face à ces situations. Enfin, nous développerons l’impact de ces prises en charge chez les sages-femmes, à posteriori, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel.

2 Méthodes et matériel

2.1 Méthodologie de recherche

2.1.1 Le type de recherche

Pour mener à bien ce travail, nous avons réalisé une étude qualitative multicentrique n'impliquant pas la personne humaine : non RIPH. Pour cela, nous avons mené 10 entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes.

2.1.2 La réglementation

Une note d'information a été transmise aux sujets volontaires pour cette étude concernant l'enregistrement des entretiens, le stockage des données, leur anonymisation, et la suppression de toutes les données stockées à la fin de l'étude. Les sujets ont également été informés de la possibilité de refuser de répondre à certaines questions, ainsi que de se retirer de l'étude à tout moment. Cette note d'information a été établie avec l'accord du délégué à la protection des données du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, établissement promoteur de notre étude. L'accord de confidentialité signé se trouve en annexe 2, et la note d'information adressée aux participantes concernant le stockage des données est en annexe 3.

2.1.3 La période

Les entretiens se sont déroulés entre le 19 juillet et le 23 octobre 2023.

2.1.4 Recrutement

Les sages-femmes ont été recrutées sur la base du volontariat, après avoir obtenu l'accord des cadres de service pour la diffusion d'une annonce, se trouvant en annexe 4, expliquant le thème de notre travail ainsi que les modalités de réalisation des entretiens. Elles ont été informées des conditions de stockage des données, de l'anonymisation des entretiens, ainsi que de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient : être une sage-femme diplômée, avoir accompagné une patiente pour MFIU en salle de naissance à partir de 14 semaines d'aménorrhées (SA). Les critères de non-inclusion à l'étude étaient : avoir accompagné un accouchement dans ce contexte en tant qu'étudiante uniquement, ne pas travailler en maternité.

Les critères d'exclusion étaient : avoir pris en charge uniquement des IMG, MFIU avant 14SA et/ou des accompagnements thérapeutiques d'enfants nés vivants non viables.

2.1.5 Techniques et outils de collecte

La construction des entretiens s'est faite autour de l'objectif principal de l'enquête : comprendre l'impact de ces accompagnements chez les sage-femmes. Nous avons choisi de nous baser sur des questions ouvertes amenant les sage-femmes à décrire librement leur accompagnement, que ce soit sur un plan purement pratique, ou bien sur un plan plus émotionnel.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel, en visioconférence ou par appel téléphonique selon les préférences des volontaires, et ont été enregistrés avec l'accord de ces dernières. Il leur a tout d'abord été rappelé le sujet de notre enquête. Par la suite, leur âge, année de diplôme ainsi que le type de maternité dans lequel elles exercent leur ont été demandé.

Concernant le déroulé de l'entretien, une première question principale était posée : « Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez accompagné un accouchement dans un contexte de MFIU ? ». Cinq questions de relance étaient prévues afin de guider les sage-femmes s'il manquait des éléments :

Pouvez-vous me raconter ce qu'il s'est passé avant de rencontrer le couple ou la patiente pour la première fois ?

Pouvez-vous me raconter comment s'est passée la première rencontre avec le couple ?

Pouvez-vous me décrire l'activité en dehors de la salle où se trouvait ce couple ?

Pouvez-vous me parler du moment précis de l'accouchement et du post-partum ?

Pouvez-vous me raconter la façon dont vous accueillez cet enfant ?

2.2 Résultats généraux

2.2.1 La population étudiée

Ici, nous présentons la population étudiée dans le tableau suivant, via les critères suivants : l'âge, l'expérience (année de diplôme), ainsi que le type de maternité dans laquelle exercent

les professionnelles. Les prénoms des personnes interrogées ont été modifié afin d'anonymiser les participantes.

	Age	Année de diplôme	Type de maternité d'exercice
Léa	27	2018	Type 1
Sophie	47	1998	Type 3
Manon	26	2020	Type 2B
Mélanie	38	2008	Type 3
Caroline	43	2005	Type 3
Chloé	25	2020	Type 3
Julie	29	2017	Type 2A
Elodie	34	2013	Type 2B
Sandra	39	2007	Type 1

2.2.2 Le matériel produit

Sont ressortis de cette étude 10 entretiens d'une durée d'une heure et dix minutes en moyenne. L'entretien d'une des 10 sages-femmes a été exclu car il ne rentrait pas dans le cadre de l'accompagnement d'un accouchement dans un contexte de MFIU. Les données ont été enregistrées par un dictaphone, et ont été retranscrites littéralement, afin d'être analysées par la suite.

Un résumé de chaque entretien se trouve en annexe 6.

2.3 Méthodologie d'analyse

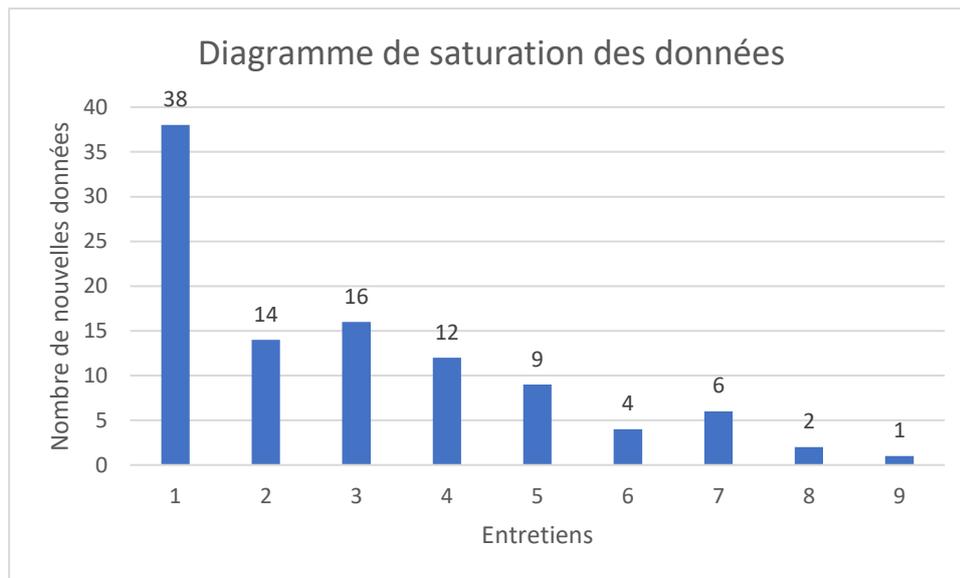
L'analyse du contenu de chaque entretien a conduit à la construction d'un tableau de recueil de données, permettant une lecture verticale et horizontale. La lecture verticale a permis l'analyse des différentes données d'un seul et même entretien, et la lecture horizontale, la

comparaison des différents entretiens sur une même donnée. Ces lectures ont mis en évidence différents concepts qui seront développés dans notre analyse.

Un diagramme de saturation des données a été réalisé au fur et à mesure des entretiens.

3 Résultats et analyse

Afin de s'assurer de la validité de nos résultats et de leur exploitation, nous avons recensé chaque nouvelle donnée de chaque entretien afin de repérer lorsque nous arrivions à saturation des données, par la réalisation d'un diagramme. Cela nous a permis de savoir quand nous avons suffisamment de matière à analyser et donc à quel moment arrêter notre étude. Tous les résultats ont été relevés et retranscrits au fur et à mesure nous permettant par la suite de les analyser.



3.1 L'accompagnement de la MFIU en salle de naissance impacte les représentations que les sages-femmes ont de leur métier

« Sage-femme est le plus beau métier du monde » est une phrase régulièrement entendue concernant notre métier. Elle laisse entendre que la vision collective de cette profession est qu'elle serait basée sur l'accompagnement de la grossesse et de la naissance heureuse, où bonheur et vie seraient les maître-mots. A ce sujet, Chloé soulève le fait qu'accompagner la mort ne faisait initialement pas partie de ses attentes : « *Quand tu te lances dans les études de sage-femme, tu t'attends pas non plus à ça, tu sais pas que tu vas être confrontée à ce point-là aussi à la mort en salle de naissance.* ». Cette vision de leur futur travail est par ailleurs ce qui motive généralement les étudiants à se diriger dans cette voie, n'envisageant donc pas la place de la mort dans leur métier. D'après Ljiljana Jovic, une représentation est définie par :

« ...l'ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné. La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu (ou un groupe) reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. » (6).

Le fait que la mort ne soit pas envisagée dans les représentations collectives du quotidien des sages-femmes nous a laissé supposer que la pratique et la réalité de cet exercice, qui les y confronte cependant, pouvait impacter les représentations qu'elles se font de leur propre métier.

Les témoignages des sages-femmes interrogées montrent leur cheminement quant à la place qu'elles accordent à la prise en charge médicale et celle accordée à l'accompagnement humain de ces situations. En début de carrière, il y a souvent un manque d'assurance, de confiance en ses propres capacités professionnelles. Chloé évoque ce côté imprévu, inattendu de la mort : *« ...donc c'est pas ce qu'on a l'habitude de faire... [...] C'est la mort en salle d'accouchement, c'est pas commun. Enfin si, ça arrive plus que ce que l'on croit, mais c'est quand même pas dans l'ordre des choses normalement. »*. Cela ajouté au fait que la mort en salle de naissance ne fasse pas partie de leurs attentes lorsqu'elles deviennent sages-femmes peut rendre ces situations profondément déstabilisantes pour elles. Manon exprime avoir ressenti le besoin de se focaliser sur le versant médical : *« Je savais que le côté médical allait prendre le pas sur tout le reste et ça m'a aussi soulagée. »*. En effet, la prise en charge médicale ainsi qu'administrative sont protocolisées, et une trame existe quant aux démarches et aux choix s'offrant aux couples. Cela offre un cadre auquel se raccrocher et qui est sécurisant pour elles.

En ce qui concerne l'accompagnement humain des couples dans le cheminement du deuil, ou encore la gestion des émotions, il n'existe pas de protocole. Les professionnelles s'appuient sur les connaissances en psychologie acquises lors de leur formation initiale mais certaines déplorent une formation initiale au sujet du deuil périnatal insuffisante. C'est ce qu'exprime Caroline : *«...il y a la formation à l'école et dans mes souvenirs, il n'y a pas de cours sur le deuil périnatal.»*, cela explique également les difficultés que cela a pu générer : *« personnellement ça m'a posé de gros problèmes en début de carrière, en tous cas moi je me suis sentie démunie vis-à-vis de ça en début de carrière »*. En début de carrière, les professionnelles manquent de clés pour savoir comment accompagner les couples dans leur

processus de deuil. Elles ne savent pas nécessairement ce qu'il faut ou ne faut pas dire et ont parfois du mal à trouver leur place : « *La 1ere dont je me suis occupée, je me sentais hyper mal à l'aise, je savais pas quoi lui dire ni comment l'aider.* » (Caroline), « *Tu ne sais pas où te mettre ni quoi faire mais tu dois quand même être là* » (Chloé). Pourtant, elles déclarent que « *...ton but c'est de laisser aux gens la possibilité de cheminer et entamer le processus de deuil et que toi tu es là pour les aider là-dedans.* » (Sandra), qui continue en disant que « *trouver les mots et les attitudes qui vont permettre au couple de trouver et mobiliser leurs propres ressources, qu'ils n'estiment pas être capables d'avoir pour traverser cette épreuve.* » (Sandra). Ainsi, nous observons que c'est par l'expérience, en termes de fréquence de confrontation à cet accompagnement, qu'elles ont appris à le construire. C'est cette expérience qui les aide à se saisir des besoins et envies du couple, à percevoir qui sont ces parents et où ils en sont, ainsi qu'à prendre le temps de vraiment les rencontrer. C'est dans cette optique-là que les sujets de notre étude réfléchissent à comment permettre à ces couples de traverser cette épreuve dans les meilleures conditions possibles. Un autre objectif pour elles dans cette prise en charge est d'aider ces parents à entamer au mieux le processus de deuil comme objectif principal de leur prise en charge. C'est cette ambition qui, avec le temps et l'expérience, les amène à réfléchir à l'importance et à la place accordées à la prise en charge technique et médicale ainsi qu'à l'accompagnement humain comme relationnel.

Caroline ajoute également que « *toute la partie relationnelle, la découverte du mode de fonctionnement des gens, comment fonctionne leur couple, comment ils arrivent à appréhender l'arrivée d'un enfant ou la perte d'un enfant, parler de tout sauf d'un toucher vaginal, d'une péridurale, c'est pour moi 50% du boulot en salle de naissance et 80% du boulot sur une MFIU donc si on a pas cette partie-là, je pense qu'on perd la moitié de son boulot.* ». Ainsi nous pouvons convenir de la nécessité de sortir d'un schéma où le soignant se cacherait presque derrière l'aspect technique de la prise en charge, que ce soit par mal-être face à la mort, aux émotions des parents ou encore par manque de confiance. L'accompagnement humain de ces couples est primordial pour que les professionnels puissent atteindre leurs objectifs et être satisfaits de leur travail. Ce point est soulevé par Bérengère Beauquier-Maccotta (pédopsychiatre) et al. :

« Les couples, dans une grande détresse psychologique, ont besoin de cette fonction contenante physique et psychique, évoquée ci-dessus et inhérente à tous les soignants. Ils ont besoin d'être enveloppés et contenus psychiquement en étant entourés

verbalement par des paroles rassurantes et vraies. Cela leur permet de mobiliser leurs ressources propres. »(7).

A ce sujet, Morgane Fath et Julie Rolling expliquent également que : « *Être soignant, c'est se questionner, s'ajuster dans la relation constitutive du soin et s'adapter de façon permanente à l'être humain soigné en appliquant les règles de bienfaisance, de respect et de dignité, incarnées par les membres de l'institution hospitalière* » (8). Aussi, nous comprenons comment ces circonstances retentissent sur la vision que les sages-femmes ont de leur exercice ainsi que sur la façon dont elles organisent et priorisent l'abord purement technique et pratique par rapport à l'abord relationnel et psychologique dans leur pratique.

Au-delà de la question du médical et du relationnel, se pose celle de la posture du soignant qui accompagne ces femmes et ces couples. La prise en charge d'un accouchement dans le cadre d'une MFIU ne laisse jamais les soignants indifférents, même après plusieurs années de pratique. Lors de son entretien, Chloé exprime l'impossibilité de rester indifférent dans ces cas-là : « *Pour le coup, t'es touchée par ces couples quoi... ce sont des situations, même si c'est la première, la cinquantième, la centième, t'es toujours touchée quoi [...] t'es touchée, c'est obligé que tu sois touchée tout le temps dans toutes les situations comme ça de mort fœtale et aussi d'ITG...* ». De ce fait, la place accordée aux émotions de la sage-femme est interrogée : comment accompagner ces couples, dans l'objectif de leur permettre d'entamer le processus de deuil dans les meilleures conditions possibles, en ayant une posture adaptée ? Nous l'avons vu précédemment, les couples traversant cette épreuve ont besoin d'être accompagnés, et écoutés. Mais dans ce cadre où les émotions du soignant sont en jeu, savoir les contrôler, prendre du recul, afin d'avoir une posture adaptée aux besoins du couple n'est pas évident. Cette gestion des émotions du soignant face au couple est abordée dans la revue européenne du développement de l'enfant Devenir :

« En effet, alors qu'elles ont été formées à agir, à prendre des décisions à l'enjeu vital, souvent dans l'urgence, laisser la porte ouverte au retentissement affectif et émotionnel de leurs pratiques peut faire courir un risque inhabituel ; celui d'ébranler des mécanismes de défense individuels et collectifs efficients dans leur vie professionnelle. Ce que certaines expriment par « si on se laisse déborder par nos émotions, on ne peut plus faire notre travail correctement ». »(5)

Dans un travail où la sage-femme se doit d'être solide, ainsi qu'un appui sur lequel les couples peuvent compter, la MFIU vient remettre en question la notion de professionnalisme. Serait-ce une erreur, une entrave au bon déroulé de son travail que de laisser paraître ses émotions ? Nous savons combien ces moments-là sont très importants dans le cheminement des couples, combien le positionnement des soignants est important. L'adaptabilité de la sage-femme dans ces moments-là est la essentielle, mais Sandra va au-delà de ça en abordant l'utilité que peut avoir le fait de laisser transparaître ses émotions : *« Cette dimension émotionnelle, elle est là, et elle est importante et elle ne me pèse pas en fait.. Enfin.. Ouais pour moi elle fait partie du... C'est comme... Pour moi c'est au même titre que partager la joie des gens pour la naissance d'un enfant vivant quoi. Ça fait partie du « on se comprend » et du coup la prise en charge est bonne parce qu'on est sur la même dynamique émotionnelle. »*. Le fait de devoir rester professionnelle n'est pas synonyme de ne rien laisser paraître ou de bloquer toute émotion mais d'être capable de ne pas se laisser submerger par celle-ci. En effet, comme le dit Chloé *« T'es humaine aussi, fin t'essaie de faire un peu le robot entre guillemets, quand ils ont besoin de toi pour qu'ils s'appuient sur toi, mais ya des fois où... tu peux pas... »*. La confrontation à la MFIU en salle de naissance révèle que les sages-femmes ne peuvent pas faire abstraction de leurs émotions, et que, quand bien même elles ont besoin de se protéger, et de ne pas se laisser envahir par ces dernières, le fait de les laisser transparaître, de montrer leur humanité, peut être utile et important pour certaines sages-femmes. C'est le cas de Manon : *« Je suis assez « pour » que nos patients soient conscients qu'on est des humains et que notre métier nécessite que l'on gère des émotions. »*. Morgane Fath et Julie Rolling reviennent également sur ce point-ci en évoquant cet exercice auquel la sage-femme fait face lorsqu'elle doit trouver ce juste milieu entre le professionnalisme, l'efficacité de son travail, l'accompagnement humain des couples et la manifestation de ses propres émotions.

« Le soignant est le garant privilégié de l'existence de l'enfant puisqu'il sera l'un des seuls à suivre son bref passage de la vie intra-utérine à la vie terrestre ; et sa place est essentielle auprès des parents, mais il est soumis en permanence à l'ambivalence de son positionnement professionnel, à la volonté de bien faire et de trouver les mots justes, à son éthique personnelle. »(8)

La MFIU en salle de naissance, de par la tristesse de l'évènement, les émotions vives qu'elle génère chez les couples, sa survenue inattendue en salle de naissance, touche les sages-femmes. Cela les pousse donc à réfléchir au positionnement à adopter en tant que professionnelles, et cela retentit sur la gestion qu'elles ont de leurs émotions et de la façon dont elles les accueillent.

Comme nous avons pu l'évoquer jusqu'à présent, la MF en salle d'accouchement n'est pas un évènement facile pour les soignants. Sandra évoque un sentiment d'impuissance : « *Ça marque parce qu'on est impuissant face à... face à cette patiente, ou tu te dis que... c'est comme ça.* ». Tandis que Sophie relate sa tristesse « *Moi je suis triste pour les couples...* », et que Elodie décrit ces évènements ainsi : « *...ce sont toujours des moments... lourds comme on disait, avec des sentiments globalement négatifs.* ». Cette issue demande de mobiliser plus d'énergie, plus de ressources qu'un accouchement d'un enfant vivant et en bonne santé, c'est ce qu'exprime Julie en disant que « *ce sont des PEC qui prennent plus de temps, d'énergie et d'attention.* ». Elodie manifeste également ce ressenti : « *... ça joue quand même un peu sur la fatigue de fin de journée, dans le sens où c'est quand même plus... prenant. Je pense qu'on y met plus, en tous cas moi, j'y met plus d'énergie, donc c'est plus prenant en termes d'énergie. C'est un peu plus énergivore.* ». Malgré cela, les sages-femmes sont présentes dans un moment clé de la vie de ces couples, et elles ont un rôle majeur à jouer. Le vécu de ces couples est très marqué par la présence et l'accompagnement du soignant qui est avec eux. Julie témoigne du rôle central de l'accompagnement de la sage-femme pour les couples concernés : « *Alors que pour que les gens puissent traverser correctement un deuil, bah... un deuil ou n'importe quelle étape de la vie, que ce soit un accouchement joyeux, ou un deuil, à part l'accompagnement, il peut se passer n'importe quoi.. Parce que on peut avoir une césarienne qui est une catastrophe obstétricale et ils le vivent super bien, et y'en a ils ont vécu un accouchement nickel sur le plan obstétrical, et genre c'était le pire moment de leur vie. Et là, la seule différence c'est l'accompagnement.* ». Lorsqu'elles ont le sentiment d'être parvenues à apporter au couple ce dont ils avaient besoin, qu'il s'agisse d'une présence discrète ou bien d'une personne disponible pour répondre à toutes leurs interrogations, cela leur apporte un sentiment d'utilité et d'accomplissement. Sophie témoigne de ce ressenti « *J'ai l'impression de faire mon travail parce que j'ai l'impression de les aider à trouver les ressources pour traverser quelque chose que personne ne s'imagine être capable de*

traverser. ». Ressenti qui est exprimé spontanément par la plupart des sages-femmes interrogées. Nous constatons qu'au-delà du sentiment de tristesse et d'impuissance que peut générer la mort en salle de naissance chez les sages-femmes, elles peuvent éprouver une certaine satisfaction, un certain « plaisir » à l'accompagner. Chloé mentionne ce vécu positif éprouvé dans ces cas-là : « *Mais moi je les vis plutôt bien... Tu sens que t'es vraiment utile pour ces gens, et qu'ils sont hyper reconnaissant parce que... ben t'as été là, je pense au pire moment de leur vie* ». Nous évoquons plus haut la place de l'accompagnement humain par la sage-femme, et de son importance particulière quant à l'aide qu'elle représente dans l'amorce du processus de deuil. Cette satisfaction du travail accompli est souvent associée à une marque de reconnaissance de la part des couples, qui conforte les professionnelles dans cette sensation d'avoir été utile et d'avoir pu leur apporter quelque chose lors d'une étape particulièrement difficile. Plusieurs sages-femmes ayant participé à notre étude décrivent spontanément que ces accompagnements donnent du sens à leur métier. Sophie explique à ce propos : « *Pour moi accompagner ces patientes, c'est un des moments où j'exerce à mon sens mon vrai rôle de sage-femme.* ». Elle ajoute même : « *Quelque part, pour moi, une femme qui accouche tout bien, d'un bébé qui va bien, qui est tout rose, ça me fait plaisir, mais je me dis « bah en fait elle n'a pas besoin de moi quelque part » [...]. Mais j'ai l'impression d'avoir plus à apporter à des patientes qui sont dans des situations critiques plus qu'à des patientes pour qui tout est physio* ». Nous entendons ici que malgré le vécu parfois difficile des professionnelles face à la mort, elles perçoivent un sentiment d'accomplissement dans leur travail, sentiment appuyé par les retours des patientes. Trouver leur place, se saisir de l'importance de cette dernière, se sentir capable de permettre à ces couples de vivre ces instants en leur apportant ce dont ils ont besoin apporte du sens au travail de la sage-femme.

L'accouchement dans un contexte de MFIU touche tout professionnel le prenant en charge. Les témoignages des différentes sages-femmes nous éclairent quant aux divers retentissements que cet accompagnement si singulier et imprévu, peut avoir sur la représentation qu'elles ont de leur métier et de leur pratique.

3.2 L'accompagnement de la MFIU en salle de naissance impacte le vécu que la sage-femme a de sa garde

L'accouchement d'un enfant décédé in utero est une étape très marquante pour les parents. Il vient acter et concrétiser l'arrêt de la grossesse ainsi que la perte de l'enfant et les événements qui l'entourent, marquent les seuls souvenirs tangibles que les parents auront de leur enfant. Les professionnelles ayant participé à notre étude relatent des prises en charge fatigantes et consommatrices d'énergie. Elodie explique ce ressenti : « *Ça joue quand même un peu sur la fatigue de fin de journée, dans le sens où c'est quand même plus... prenant. Je pense qu'on y met plus, en tous cas moi, j'y mets plus d'énergie, donc c'est plus prenant en terme d'énergie. C'est un peu plus énergivore.* ». Puis elle développe, ce qui explique son vécu : « *On va dire qu'à charge de travail égale, quand ya une MF c'est quand même plus énergivore. Parce que... justement on montre la disponibilité, on donne plus.* ». Manon aura le même vécu, tout comme la majorité des personnes entendues : « *Le fait de pleurer parfois, de contrôler tout ce que l'on dit et fait devant le couple, d'essayer d'identifier les besoins et attentes du couple pour s'y adapter, ben c'est fatigant* ». Ces prises en charges demandent de la disponibilité : les couples ont besoin que du temps leur soit accordé, mais également de la disponibilité émotionnelle de la part des sages-femmes. Comme l'explique Sophie, cela permet d'assurer un accompagnement adapté : « *...elles seront prises en charge par quelqu'un qui est dans de bonnes conditions psychologiques et pas de fatigue ou de stress* », puis « *Il faut être en forme pour s'occuper de ces couples, il faut être disponible.* ». De plus, elle relève un point important pour elle : « *Réussir à se mettre en retrait de ce que toi tu imagines être bien, ce que tu imagines qui pourrait te convenir à toi et réussir à se mettre en retrait de ça pour te dire « qu'est-ce qui est important pour eux, qu'est-ce que je dois privilégier, à quoi je dois faire attention pour eux ? », en fonction de leurs valeurs.* ». Sandra partage ce point de vue : « *...l'objectif c'est que la personne qui accompagne ce couple soit capable de s'adapter à leurs besoins pour leur permettre d'entamer le processus de deuil.* ». Il faut à la sage-femme, en plus de sa disponibilité, une grande capacité d'adaptation, être capable de se détacher de ses propres représentations pour permettre une prise en charge qui soit la plus respectueuse des besoins du couple et de ses valeurs, ce point étant un des objectifs principaux des soignantes dans ces cas-là. Ce que ces professionnelles doivent mobiliser afin de mener à bien leur travail auprès de ces couples est donc pourvoyeur de fatigue, tant physique que psychique. A cela

nous pouvons ajouter les émotions que la sage-femme ressent face au couple, ainsi que la charge de travail à côté. Caroline explique l'impact de la charge de travail concomitante : « *la charge de travail a fait que je ne pouvais pas être omniprésente pour cette dame. J'ai été présente à des périodes plus ou moins régulières, malgré tout j'ai été présente pour ce qu'il fallait mais c'est vrai qu'on veut toujours faire plus, et je pense que j'aurais pu être encore un petit peu plus présente pour elle.* ». Léa l'aborde également : « *Il faut quand même une petite pause, ne pas enchaîner les deux types de patientes, histoire de pas arriver dans une salle où il y a un couple en deuil, avec le sourire jusqu'aux oreilles ou inversement.* ». Lorsque la mort survient en salle de naissance, le reste de l'activité ne s'arrête pas. Bien souvent les sages-femmes sont confrontées à la question de la prise en charge multipatiente. En plus de l'investissement que l'accompagnement d'une MFIU demande aux professionnelles, elle impose, dans le cas où la charge de travail est importante, une gymnastique de leur part, afin d'adopter une posture adaptée à l'accompagnement d'une naissance d'un enfant vivant, et d'un enfant décédé en parallèle. Tous ces facteurs, mis bout à bout, nous laissent facilement comprendre la difficulté que peuvent percevoir les professionnelles face à ces prises en charge. Fatigue, contrôle de ses émotions, grande adaptabilité, que ce soit vis-à-vis du couple en deuil mais également des autres couples attendant un heureux événement. Les auteurs de l'article « *Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ?* » pointent cet aspect de l'activité en salle d'accouchement : « *Les sages-femmes insistent sur le fait que la prise en charge de ces couples mobilise beaucoup d'énergie et requiert une disponibilité importante, parfois difficilement compatible avec le reste de l'activité de la salle de naissance.* »(5). Nous reconnaissons de fait la nécessité pour les soignants choisissant ces accompagnements, qu'ils se sentent disponibles émotionnellement, afin de pouvoir tenir et poursuivre leur travail tout au long de la garde sans que cela n'altère la qualité de ce dernier.

Nous avons déjà mentionné l'importante charge émotionnelle en jeu dans ces moments-là pour les parents. Elle se manifeste de différentes façons, avec « des pleurs, de manière assez habituelle » (Caroline), du « déni » (Sophie), de la « colère » (Sophie), de « la méfiance » (Elodie), de « l'incompréhension » (Elodie), du mutisme : « *ya le couple qui va être complètement fermé* » (Elodie), de l'échange avec l'équipe : « *les échanges étaient assez faciles, la patiente verbalisait parfaitement ce qu'elle ressentait* » (Caroline). Sandra

développe son positionnement, son rôle vis-à-vis de l'expression de cette charge émotionnelle de la part des couples. Elle explique : « *On est là pour... limite plus pour recevoir la décharge émotionnelle qui se produit à ce moment-là en fait, parce que souvent elles éclatent en sanglot en fait.* ». Lors du travail et de l'accouchement, ce sont les sages-femmes qui sont présentes, en premier lieu, qui reçoivent et accueillent les émotions du couple, aussi variées soient-elles. La sage-femme se retrouve donc à devoir contrôler ses propres émotions, ainsi qu'à porter celles du couple, et parfois même celle d'autres membres de l'équipe. Manon nous raconte comment, lors d'une prise en charge, elle a également dû porter les émotions de sa collègue médecin : « *C'est un médecin qui [...] a pour grande difficulté la gestion de son stress et de ses émotions, donc je savais déjà, que j'aurais à porter mon émotion, celle du couple évidemment, et probablement celle de l'obstétricienne.* ». Ce qui revient dans plusieurs des entretiens menés, c'est que le vécu des sages-femmes est lié aux émotions manifestées par le couple, leurs réactions, ainsi qu'à la possibilité qu'elles ont d'établir une alliance thérapeutique avec eux. C'est ce qu'énonce Manon : « *Après moi, face à des larmes, que ce soit ni un état de choc de cris, ni un état de choc de stoïcisme, quand ya des larmes et qu'il y a un échange qui peut être maintenu, je sais que l'expérience m'a appris que moi, je me sens mieux, et j'ai l'impression que le couple reçoit mieux.* », « *C'est un terrain sur lequel je suis plus à l'aise, c'était plus facile. Pour moi c'est plus facile quand ya de l'émotion par rapport à quand je suis face à un stoïcisme complet.* ». Elodie le décrit également : « *C'est sûr que la manière dont le lien passe avec le couple influe sur le ressenti global qu'on a, et puis sur cette sensation de travail bien fait ou pas.* », ainsi que Manon : « *...je relie un peu les émotions que vit la sage-femme à l'émotion qu'elle voit chez le couple. Je trouve que c'est quand même fortement lié...* ». Nous savons que la posture, le comportement, les mots et les actes du soignant peuvent marquer les patients, ce qu'explique Monique Prieur-Bertrand, psychologue :

« *Ces parents racontent, ils vont souligner les moments où la chaleur humaine a été là, mais souvent ils butent sur d'autres moments particuliers qui ont alors représenté des écueils: absence des uns et des autres dans un moment crucial, silence inadéquat qui a fait peser sur eux la plus haute des solitudes, parole iatrogène qui a introduit un point de non-sens et résonne encore et encore des mois durant* »(9).

Au même titre, les manifestations émotionnelles des couples peuvent retentir chez les sages-femmes de façon plus ou moins intense et nous constatons qu'il n'est pas possible de

dissocier le vécu des sages-femmes des émotions exprimées par les couples qu'elles accompagnent. Ce que viennent confirmer Diane de Wailly-Galembert et al. : « *il semble essentiel de ne pas isoler le vécu comportemental, émotionnel et fantasmatique des soignants de celui des patients : les émotions exprimées par les uns entrent inmanquablement en résonance avec celles des autres.* »(5). Sans aller trop loin sur le versant psychanalytique, nous pouvons ici évoquer la relation transférentielle inhérente au travail relationnel entre un patient et un soignant et ce encore plus particulièrement lorsque l'émotion est fortement convoquée. Il faut alors assumer sa subjectivité, ses affects, ses émotions en articulant le personnel, l'intime et le professionnel. Différents facteurs influencent de manière positive ou négative cette relation et nous pouvons en citer quelques-uns qui ressortent dans nos entretiens. En premier lieu la réaction du couple accompagné. Elodie évoque comment son accompagnement peut être influencé par le positionnement du couple : « *...ya le couple, donc aisé, qui a déjà cheminé donc plutôt bien, qui va être dans la discussion, où l'échange est là et où la prise en charge est quand même fluide et plus aisée. Et puis, ya le couple qui va être complètement fermé, parce que.. pas... voilà, pas bien vis-à-vis de la situation, peut-être dans l'incompréhension, parfois dans la méfiance, où là, clairement, moi spontanément, je vais dire que je suis là, je pose les choses, je vais plutôt me baser sur des faits avec ce genre de couple.* ». Manon partage l'avis d'Elodie et explique : « *Je sais que si j'arrive à avoir un dialogue et amener cette phrase là, après, je suis en paix avec mes émotions et c'est plus facile pour moi. [...] Pour moi c'est plus facile quand ya de l'émotion par rapport à quand je suis face à un stoïcisme complet.* ». Nous observons ici que la posture des parents, tout comme celle de la sage-femme peuvent faciliter ou au contraire restreindre la relation soignant-soigné ainsi que l'alliance thérapeutique. Nous remarquons également que les sujets interrogés sont toutes des femmes. La question du genre comme facteur impactant cette relation transférentielle est également intéressante. Les professionnelles sont des femmes, parfois même des mères, qui accompagnent des femmes qui deviennent mères. Cela peut représenter un facteur favorisant, du fait de la compréhension que la soignante pourra avoir de la situation mais également un facteur de complication de la relation, lorsque la sage-femme s'identifie à la patiente.

Les différentes réflexions proposées dans cette partie soulèvent l'importance du professionnalisme, défini comme le fait « *...de bien connaître son métier et de l'exercer avec*

sérieux. Faire preuve, manquer de professionnalisme. » (10). Ce professionnalisme permettrait aux soignants de trouver l'équilibre nécessaire dans leur pratique afin de proposer un accompagnement humain empathique et adapté aux couples, tout en se protégeant afin de ne pas être totalement submergés par ce qu'ils vivent.

La mort en salle d'accouchement reste un évènement inhabituel pour les sages-femmes, d'après Chloé, « *...c'est la mort en salle d'accouchement, c'est pas commun. Fin si, ça arrive plus que ce que l'on croit, mais c'est quand même pas dans l'ordre des choses normalement.* ».

Nous avons, jusqu'à présent, évoqué le vécu des sages-femmes quant à l'accompagnement des couples pour une MFIU. Cependant, cette prise en charge ne se résume pas simplement à cela. Elle comprend notamment la prise en charge du corps de l'enfant décédé. Nous avons cité Chloé qui décrivait la MFIU comme un évènement n'étant « *pas commun* ». En plus d'être inhabituelle, c'est dans le même service et le même contexte dans lesquels les professionnelles accompagnent des naissances d'enfants vivants, que cette dernière est réalisée. Elles évoquent le temps où elles s'occupent du corps de l'enfant, qui se réalise majoritairement dans une pièce différente de celle où se trouve le couple : « *...sortir de la salle avec le bébé dans les bras, de s'éloigner un peu de la mère, ça me permet de mieux regarder le bébé.* » (Caroline). Les professionnelles décrivent deux objectifs à ce temps qu'elles passent avec le corps de l'enfant : « *On va le regarder et essayer de comprendre ce qu'il s'est passé. Savoir s'il est malformé, si ya un truc qui ne va pas [...] On fait des photos où l'enfant est nu, on le prend sous toutes les coutures...* » (Caroline) puis, « *on les pèse, on fait les empreintes des pieds avec la peinture de couleur [...] on les habille, on les met dans un petit nid d'ange en laine.* » (Caroline). On retrouve donc un temps accordé à la question médicale, de l'orientation diagnostic, puis un temps accordé aux souvenirs pour les parents où la sage-femme prend soin du corps de cet enfant : « *...je vais être hyper attentionnée [...] ses parents me l'ont confié, il faut que j'en prenne soin.* » (Sophie). C'est un temps où elles créent de différentes façons des souvenirs pour le couple : « *Après j'ai pris des photos, j'ai fait les empreintes, je l'ai mis dans un petit linge en laine.* » (Caroline). Certaines préfèrent réaliser ces tâches seule : « *...dans ces moments, je préfère être seule.* » (Sophie), tandis que d'autres préfèrent être accompagnées et soutenues par leur collègue : « *Je pourrais pas faire ça toute seule, faut vraiment que j'ai une autre personne à côté, qui voit comme moi* » (Sandra).

Qu'elle soit seule ou accompagnée, à ce moment précis, la sage-femme expérimente un face à face inhabituel mais direct avec la mort. Tout comme l'accouchement acte la fin de la grossesse ainsi que la perte de l'enfant pour le couple, ce moment consacré au corps du bébé la rend également tangible pour la soignante : « *...toute seule dans une pièce avec un... bah un cadavre, hein... c'est le mot...* » (Sophie). Cette confrontation directe avec la mort n'est pas évidente. D'après Chloé : « *...tu peux pas dire que tu le vis bien ce genre de choses, parce que c'est un nouveau-né qui est mort, en salle de naissance, qui a jamais respiré et qui n'a jamais vécu, donc non, c'est pas logique de dire que tu le vis bien.* ». De plus, elle relate que le terme auquel survient cette MFIU est un élément impactant dans le vécu de la prise en charge du corps. « *Quand tu fais des MF quand ils sont plus petits c'est pas pareil, c'est terrible mais c'est pas pareil. Parce que tu vois ces petits fœtus qui sont quand même des fœtus mais qui sont pas non plus formés entre guillemets en entier, la peau elle est pas comme des vrais bébés, que là des que tu passes 30-32SA quand même tu passes un cap quoi..* », puis « *...ya ce paradoxe lié aux similitudes entre la prise en charge d'un bébé à terme qui va bien et la prise en charge d'un MF à un terme avancé, sauf que le bébé n'a pas de tonus, fin il est mort quoi.* ». Un enfant décédé in utero à un stade avancé de la grossesse présente donc de fortes similitudes avec un enfant né vivant et ce parallèle peut être difficile pour les professionnelles. Manon ajoute à ce propos : « *On a sorti un bébé hyper beau, chaud, 2200g, aucune malformation...* » puis « *...on avait envie d'essayer de le réanimer quoi, parce qu'il était décédé très très peu de temps avant. Ouais... C'était un peu compliqué.* ». Cet aspect-là de la prise en charge est donc particulier pour les sages-femmes, qu'il s'agisse du parallèle qu'elles peuvent faire avec les naissances vivantes ou bien de se retrouver face à la mort, de manière très concrète.

De plus, nous notons que lorsqu'elle s'occupe du corps de l'enfant né sans vie, la sage-femme « *parle au bébé* » (Sophie, Mélanie, Chloé, Julie, Elodie). Mélanie explique que c'est parce que « *...ça les rends vivant un peu. C'est un peu bizarre mais.. ça me les rend moins froids.* ». Ce point de vue est également partagé par Chloé : « *...je pense que c'est un réflexe, puis pour enlever ce truc un peu glauque encore une fois de la mort.* ». Nous constatons une tendance à humaniser le corps de l'enfant : les professionnelles leur parlent beaucoup, leur explique ce qu'elles font : « *On a l'habitude de communiquer avec les enfants pour leur expliquer tout ce qu'on fait. [...] je pense qu'on garde les habitudes avec nos bébés qui sont*

décédés aussi, tu leur parles... » (Chloé). Elles évoquent le corps en parlant du « *bébé* » (Léa, Sophie, Mélanie) ou de « *l'enfant* » (Chloé), plus que du cadavre. Ce besoin de « rendre vivants » (Mélanie) ces enfants se traduit alors comme une tentative de rendre moins insupportable ce face à face avec la mort.

Concernant la prise en charge dans son ensemble, Sophie explique que l'objectif pour elle est de « *garantir aux patientes qu'elles seront prises en charge par quelqu'un qui est dans de bonnes conditions psychologiques et pas de fatigue ou de stress qui ferait qu'on n'aurait pas l'écoute aussi bienveillante, patiente, d'une qualité optimale* ». En effet, pour pouvoir le faire et le faire bien, il est nécessaire d'être disponible émotionnellement. Ceci étant dit, nous savons que selon le lieu dans lequel la sage-femme travaille, selon l'équipe présente ce jour-là, elle peut ne pas avoir d'autre choix que de prendre en charge cette MFIU, peu importe sa disposition émotionnelle. Quelles que soient ses dispositions, elle devra mobiliser différentes ressources afin de faire face à ce qu'elle vivra lors de cette garde. Léa évoque tout d'abord l'importance du rôle de l'équipe présente à ses côtés : « *L'équipe sur place va beaucoup jouer sur comment tu te sens.* ». En effet, qu'il s'agisse de la possibilité d'extérioriser, de demander de l'aide, de demander à quelqu'un de prendre le relais, l'équipe soignante constitue une vraie ressource pour les sages-femmes impliquées auprès de ces couples. Elle leur apporte un soutien émotionnel, une possibilité d'échange et de décharge, une aide plus concrète en prenant le relais si besoin est, etc... Chloé développe l'importance de pouvoir échanger avec ses collègues : « *Puis tout au long de la journée, tu peux discuter, de comment ça se passe, comment est le couple, histoire de parler quoi.. Ça permet de pas rester seule dans ton coin toute la journée avec cette situation et en parler avec les collègues ça fait toujours du bien je pense.* ». Morgane Fath et Julie Rolling, psychiatre et pédopsychiatre abordent l'aide que représentent ces temps pour les sages-femmes :

« D'autres temps plus quotidiens et informels comme lors de partage de tâches et/ou de transmissions entre membres de l'équipe offrent autant de possibilités de décharges, entrecoupant l'oscillation entre la vie et la mort. Ces moments anodins, d'humour, de tentatives de compréhension et de rationalisation ou même la banalisation de l'acte de soin créent des moments de respiration et des souvenirs nécessaires pour combler le vide angoissant laissé par l'arbitraire et l'incompréhensible. » (8)

D'autres professionnelles mettent plus en avant le besoin de se protéger. En effet, elles sont exposées à différents sentiments, notamment d'impuissance et de tristesse. Léa expose clairement ce ressenti : « *J'étais super triste [...] j'ai trouvé ça tellement dur.* », Sandra quant à elle relate son impuissance : « *Ça marque parce qu'on est impuissant.* ». Qu'elle soit due aux réactions des couples, au face à face direct avec la mort ou bien à l'issue qu'est la mort en elle-même, ce que vit la sage-femme à ce moment-là peut être apparenté à de la souffrance. Cette notion de souffrance est définie par Marie-André Vigil-Ripoche, formatrice et membre de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers de Paris, comme « *...une expérience affective de base, qui comporte un caractère de désagréable et d'aversion, et qui est associée pour l'individu concerné à un dommage ou à une menace de dommage. Elle exprime une diminution de pouvoir, de la capacité d'agir, du potentiel de l'être.* »(11).

Malgré cette souffrance, les professionnelles se doivent de continuer à travailler car les patientes accompagnées ont besoin d'elles. Pour cela, elles sont amenées à mettre en place différentes stratégies afin de se protéger. Certaines le font en prenant de la distance par rapport à ce qu'elles vivent à ce moment-là. C'est ce qu'expose Caroline : « *On est obligées de se mettre une carapace et de se dire que bon bah voilà, ça reste une patiente, c'est pas ma copine ni ma sœur, c'est pas ma vie. [...] je sais pas si c'est prendre du recul ou mettre de côté ce qu'on ressent. Je sais pas si c'est la même chose. Mais en tous cas.. ouais, mettre dans un coin nos sentiments.* ». D'autres se concentrent sur le versant médical de cette prise en charge, comme Chloé : « *Tu te mets en mode machine quoi, tu fais tes actes techniques entre guillemets, tu appliques tes protocoles pour que la naissance se passe au mieux dans les meilleures conditions et voilà... Tu fais la fille un peu bête et méchante [...] c'est une manière de se protéger.* ». Dans ce que les sages-femmes sont amenées à mobiliser, Julie relate son utilisation de l'humour noir, notamment face au corps de l'enfant décédé : « *le « moi » perso il a besoin de faire de l'humour noir sur les MFIU dans la salle de soin pour pouvoir survivre quand même à cette garde qui peut être lourde.. [...] faire des blagues horribles sur le poisson pané par exemple... C'est horrible, sur le frigo, des trucs vraiment horribles, qu'on ne pourrait pas dire ailleurs... C'est une manière de libérer.* ». Jean-Luc Donnet, psychiatre et psychanalyste évoque l'humour comme « *...un procédé qui consiste à transformer les situations désagréables en occasions de plaisir. Freud l'avait défini dans son livre de 1905 comme une « épargne de sentiments » ...* »(12). Cette même sage-femme explique,

concernant la prise en charge du corps, que « ...là, c'est... ma personne qui fait le deuil du coup. » puis « A ce moment-là, c'est le « moi » perso qui intervient. [...] j'aurais un temps avec ce bébé et pas en tant que sage-femme mais en tant que personne accompagnante. ». On retrouve ici un mécanisme de défense appelé l'identification projective, décrit par Catherine Bolgert, docteure en médecine et psychothérapeute, comme « ...si l'extériorisation des parties de soi ou de l'objet interne avait lieu directement dans l'objet externe, qui prend alors une fonction active de "contenant"... » (13).

Manon évoque quant à elle le recours à la dérision, plus qu'à l'humour noir : « ...l'humour entre collègues, pour fffouu, faire baisser la pression. ». Léa expliquera quant à elle son besoin de prendre de la distance, de marquer une pause après un accompagnement mal vécu : « mais j'ai dit non, après ça je voulais plus et pendant un an et demi j'en ai pas re eu. », puis « ...après cette situation, ça m'a mis un gros stop et que je me suis dit « chacun son tour finalement ». La mobilisation de la dérision, de l'identification projective, de l'humour noir, du cynisme, de la fuite, ou du blocage des émotions fait partie des « stratégies » utilisées par les soignants pour se protéger de la souffrance et des conflits internes qui peuvent apparaître face à la mort. Plus largement, ces mécanismes de défense sont définis par Norbert Sillamy, psychologue et psychanalyste, comme « ...des mécanismes psychologiques dont la personne dispose pour diminuer l'anxiété née des conflits intérieurs. Dans la vie, ces défenses jouent plus ou moins consciemment. »(14). La prise en charge d'une MF étant source de souffrance et/ou de conflits internes pour les soignants, ils doivent, afin de poursuivre leur travail et de se protéger de l'impact notamment émotionnel de ces accompagnements, nécessairement mettre en place des stratégies d'adaptation et mobiliser, plus ou moins consciemment, des mécanismes de défenses. Cela leur permet de rendre cette prise en charge plus supportable.

3.3 L'accompagnement de la MFIU en salle de naissance impacte les sages-femmes à posteriori tant sur le plan professionnel que personnel.

Nous avons étudié le retentissement immédiat de cet événement sur les sages-femmes, nous cherchons désormais à comprendre quelles conséquences il peut avoir sur elles à plus long terme. Léa explique que « plus tu fais des trucs, par exemple les prises de sang au début

tu es super concentrée tu parles pas, puis plus tu le fais, plus tu es à l'aise et plus tu es dispo pour parler pendant que tu piques et tu te concentres sur le relationnel.. Bah là c'est pareil. » puis, *« Je me souviens juste que sur le plan médical je savais quoi faire, que c'était très carré dans ma tête, je n'ai pas eu besoin de regarder les protocoles, là-dessus mes expériences m'avaient servi. »*. Elle présente ici comment gagner en expérience auprès de ces couples-là l'a aidée. Les sujets de notre étude ont toutes évoquée l'influence de l'expérience sur leur vécu. En effet, elles ont mentionné le sentiment de ne pas être à l'aise, notamment sur la question de l'accompagnement humain, lors des premières prises en charge. Il ressort le besoin d'être à l'aise sur le versant médical de ces prises en charge afin de pouvoir se concentrer et prendre du temps avec le couple sur le versant relationnel dans un second temps. Elles décrivent aussi comment la répétition des prises en charge de MFIU leur ont permis de construire un accompagnement relationnel satisfaisant : *« Je suis plutôt contente parce que j'ai une prise en charge qui colle plutôt bien à l'image que je me faisais de l'accompagnement d'un décès. »* (Léa). De plus, Chloé rapporte comment l'expérience a pu la soulager de la part d'inconnue présente autour de la MFIU : *« Je pense que l'expérience aide, moi je me remets par rapport à quand j'ai pris en charge mes premières MF... Tu le vis quand même pas pareil et après avec l'habitude et l'expérience bah... ya des réactions que tu as déjà vu, ya des choses qui sont moins inattendues. »* puis *« ...tu vas moins être surprise, ça va moins te mettre en difficulté. »*.

L'expérience quant à la MFIU, notamment en terme de fréquence de confrontation à cette dernière, permet d'être préparée à ce qu'il se passe : les sages-femmes savent quels sont les protocoles et les démarches à faire, ce qui représente de solides repères pour elle et elles ont également une idée des différentes réactions que peuvent avoir les couples. Même s'il n'est pas réellement possible de prévoir et de se préparer à la survenue de cette mort, l'expérience lève l'inconnu autour de la mort en salle de naissance et l'appréhension qui y est rattachée. Etre confrontée à cette issue leur permet, avec le temps, de construire leur accompagnement, d'apprendre à rencontrer les couples pour mieux s'adapter à eux, et ainsi apprendre à trouver cette posture d'écoute et d'empathie tout en gardant le recul nécessaire pour ne pas être envahie par leurs émotions. Diane de Wailly-Galembert, et al. évoquent l'évolution de la posture des soignants au contact de la MFIU :

« C'est avec l'expérience qu'elles se disent plus aptes à « entendre » les réactions parentales sans se sentir ébranlées dans leur fonction soignante ; comme si l'expérience permettait de toucher la réalité des étapes du deuil et d'en intérioriser la temporalité pour rejoindre les couples là où ils en sont, dans un accompagnement empathique bienveillant. »(5)

L'expérience à ce sujet forge donc la conduite professionnelle des sages-femmes : elle diminue la peur de l'inconnu, leur permet d'être moins déstabilisées face aux réactions et comportements du couple, d'être plus sûres d'elles, de trouver une posture qui leur convient et avec laquelle elles se sentent à l'aise. Ce seront donc des situations qu'elles vivront mieux, qui seront plus fluides.

En maternité, il n'est pas rare que les soignants reçoivent des faïces-parts de naissance, une lettre de remerciements, un petit mot, de la part des parents pris en charges. Fréquents sont les retours faits aux professionnels de vive-voix. Dans le contexte d'une MFIU, qu'en est-il de ces retours quant à leur vécu de cet accompagnement ? Les sages-femmes interrogées racontent différents retours qu'elles ont eu de la part des couples. Parfois des lettres envoyées parmi les faïces-parts de naissance, d'autres fois un retour de vive voix, avant de quitter le service, un « merci » marquant, un regard ou bien encore lors de la consultation réalisée une semaine après l'accouchement. Mélanie relate : *« On a eu quelques courriers d'ailleurs de dames qui nous ont, au milieu des faire-part de naissances, envoyé un mot pour nous remercier de notre prise en charge. C'est d'ailleurs ceux qu'on retient le plus. »*. Les soignants le disent : ces retours-là sont marquants. En effet, un couple qui, après avoir traversé une épreuve particulièrement douloureuse, prend le temps de dire merci, d'exprimer de la reconnaissance est quelque chose de très fort pour eux. Des retours plus négatifs peuvent également être faits et cela n'est pas toujours confortable pour la sage-femme qui les reçoit... Mais Mélanie mentionne l'importance de transmettre les retours des patients, même s'ils sont négatifs : *« Je trouve que ça vaut le coup de le faire quand même pour comprendre ce qu'il s'est passé, se poser les bonnes questions et améliorer. »*. Ils représentent un réel appui pour se poser les bonnes questions et avancer, une vraie ressource pour les sages-femmes. Ils leur permettent soit de s'améliorer, soit ils leur apportent réassurance, reconnaissance, confiance et sentiment d'accomplissement, qui sont tout aussi aidant pour la suite de leur pratique. Sandra raconte *« Ça permet d'avoir ce sentiment de travail bien fait. C'est de la réassurance, j'ai*

besoin de réassurance. » puis « C'est aussi pour ça que je te dis que je suis plus à l'aise maintenant, c'est aussi grâce à cette reconnaissance des patientes que je perçois, ça dit bah.. oui visiblement j'ai bien fait. ». Morgane Fath et al., évoquent également cet écho des patients comme une ressource pour les soignants : *« Enfin, les témoignages apportés par les familles endeuillées, leur regard, leur partage d'expérience sur leur cheminement, ainsi que leurs conseils sur les dispositifs existants comme les associations peuvent apporter un savoir expérientiel unique et précieux. »*(8)

Nous l'avons mentionné un petit peu plus tôt, l'accompagnement d'une MF représente une charge émotionnelle conséquente pour la sage-femme qui s'en occupe, Manon le relève : *« ...c'est un investissement émotionnel... ».* Elodie souligne l'influence de la personnalité et du tempérament de chacune dans ces prises en charge. Elle explique : *« Mon esprit s'est spontanément protégé de ça, d'emblée dans la pratique. C'est spontané, je peux pas te citer quelque chose qui m'aurait aidé, puis c'est arrivé un peu tout de suite au début de ma carrière [...] Mais ça effectivement je pense que c'est un tempérament ».* Chaque individu a son tempérament ainsi que son histoire personnelle, qui influencent la façon dont il reçoit cette charge émotionnelle ainsi que la façon dont il fait face à cette dernière. De ce que décrivent les sages-femmes interrogées, même si elles parviennent globalement à prendre du recul, dans certains cas, ces contextes leur restent en mémoire quelques temps. Sont notamment cités les contextes médicaux et/ou émotionnels compliqués et marquants. Chloé donne un premier exemple : *« Quand on a des situations qui sont émotionnellement compliquées, ben je les ressasse, je les ressasse, jusqu'à ce qu'à un moment donné j'ai digéré un peu le truc et que je passe à autre choses. Parfois ça dure longtemps, parfois ça dure le temps du trajet pour rentrer. »*, Léa en donne un second : *« ...ça m'a quand même marqué. Je pense que certaines situations te suivent un peu tout le long de ta carrière, celle-ci en fait partie. ».* Suivant l'histoire personnelle de la sage-femme, son vécu, la manière dont elle peut s'identifier à la situation, se projeter, cet évènement peut l'impacter et la marquer sur du plus long terme, notamment dans sa vie personnelle. Morgane Fath et al. abordent cette notion-là :

« Le deuil périnatal le confronte à la peur de sa propre mort et/ou à celle de ses proches, particulièrement de ses enfants, au chaos et à l'effroi. Mettre à distance son vécu peut parfois s'avérer complexe, notamment lors de processus d'identifications projectives massifs comme évoqués précédemment. Le deuil des parents peut alors réactiver chez

les soignants des pertes vécues antérieurement associant des perturbations émotionnelles telles que l'impuissance et l'horreur inhérentes à l'événement traumatique. »(8)

Cela peut se manifester par de régulières pensées pour cette situation, qu'elles soient positives ou négatives : Léa raconte « *Quand on me parle de mort fœtale, c'est cette situation qui me vient en premier.* », puis « *...ça m'a quand même marqué. Je pense que certaines situations te suivent un peu tout le long de ta carrière, celle-ci en fait partie.* ». Cela peut également se manifester dans la façon dont la sage-femme appréhende ses grossesses, celles de ses proches, etc... Julie évoque ses difficultés à investir ses grossesses : « *Bah.. quand même, quand je suis enceinte, je me dis pas « alors là, je risque d'être diabétique » ou truc du genre, je vais prendre le pire cas et euh, je vais me dire « ça se trouve mon enfant il va mourir » jusqu'au bout... »* puis « *elles arrivent à se projeter avec leur enfant.. Alors que moi, ma fille elle est née, je me suis aperçue qu'elle était vivante une fois qu'elle était née...* ». Caroline explique comment ces prises en charge ont impacté son propre rapport à la mort : « *Je n'ai pas de difficultés à parler de la mort alors qu'avant, même dans mon histoire personnelle, j'ai des membres de ma famille qui sont morts, je n'ai jamais voulu aller voir les mises en bière, maintenant je le fais.* ». Toujours dans leur article « Les soignants face au deuil périnatal », les autrices écrivent : « *La contagion émotionnelle le guette et la cuirasse professionnelle ne protège pas toujours l'humain qui la porte.* »(8).

La MFIU, de par son caractère inattendu et imprévisible empêche le soignant de réellement s'y préparer. Il se retrouve à faire face à des réactions imprévisibles, parfois déstabilisantes et déroutantes : « *...ils vont déverser leur colère, ils vont te dire des choses déroutantes.* » (Sophie). Suivant sa disponibilité émotionnelle, son histoire, la façon dont il peut s'identifier ou non aux parents qu'il accompagne, la réaction et les manifestations émotionnelles de ce dernier, on pourra constater un impact personnel chez le soignant, au-delà du professionnel, jusque dans les vécus de sa vie privée.

Au début de notre analyse, nous avons évoqué la notion de représentations sociales vis-à-vis de notre profession, ainsi que la méconnaissance quant à la présence de la mort en salle de naissance. Est-ce réellement de la méconnaissance ou bien est-ce simplement un sujet passé sous silence ? Certaines professionnelles n'éprouvent pas le besoin de parler de ce qu'elles ont vécu, « *Je n'ai pas forcément besoin d'en parler...* », puis, « *Je vais l'évoquer, dire*

que ça m'a.. je vais parler du fait que ça m'a épuisé, qu'il soit au courant que je suis pas dans le même état, qu'il sache que ça a été une journée compliquée et comme n'importe qui dans un autre travail mais sans raconter dans les détails. » (Sandra). Si certaines n'en ressentent pas le besoin, parmi les sujets interrogés, nombreuses sont celles qui expriment en avoir envie. Certaines le font sans difficulté, comme Caroline : *« Et puis mon conjoint qui récupère tout le soir, c'est son rôle aussi. Il est pas du milieu médical donc je lui donne les choses dans des termes émotionnels purs, je lui parle pas de la partie technique. »*. Cependant, d'autres révèlent une impossibilité d'aborder le sujet de la mort en maternité et notamment en salle de naissance, avec des personnes extérieures au métier par peur de choquer. Léa dira que *« Les personnes qui ne sont pas du milieu déjà ne comprennent pas. »* puis que *« c'est le genre de choses dont je ne peux pas discuter avec eux [...] ça reste quelque chose de lourd pour eux »*. Chloé va plus loin en caractérisant ce sujet comme tabou : *« Après il y a aussi l'entourage mais c'est tout de suite plus difficile de discuter de ce genre de sujet avec l'entourage, fin c'est un sujet qui est quand même tabou, la mort en salle de naissance c'est tabou. »*. Nous constatons que les sages-femmes exprimant ne pas avoir besoin d'en parler ou étant en capacité de le faire sans souci sont plus expérimentées : Sophie (47 ans), Mélanie (38 ans), Elodie (34 ans), et Sandra (39 ans). Tandis que celles qui expriment une incapacité à évoquer ce sujet à leurs proches malgré le fait d'en avoir envie sont plus jeunes.

Un certain nombre de fois, ce sujet ne peut être abordé hors de la maternité, ni par les sages-femmes, ni par d'autres. Mais alors, comment savoir ce que traversent les couples ainsi que ces professionnelles qui les accompagnent ? Ce tabou s'accompagne d'une absence de connaissance et donc d'un sentiment de manque de reconnaissance de ce qu'elles vivent dans leur pratique. Cette peur de choquer les autres, ce silence autour de ce sujet, ainsi que le manque de reconnaissance de cette partie-là de leur travail peuvent leur donner le sentiment d'être enfermées, seules, face à ce qu'elles vivent. Manon exprime ce sentiment : *« Je pense avoir besoin que les gens soient conscients que c'est une part de mon métier déjà, parce que plus je vois ce genre de situations, plus la phrase « tu fais le plus beau métier du monde » m'agace. [...] un besoin de reconnaissance des situations qu'on traverse, au niveau de la société. »*. Ce vécu est partagé par Sandra : *« Après ce qui est plus embêtant c'est que les gens du grand public ne sache pas ça, et ya encore « vous faites le plus beau métier du monde » et que.. quand on te dit ça alors que tu sors d'une garde avec l'accompagnement d'une MF,*

t'aimerais bien que les gens soient quand même au courant que ton boulot c'est pas juste la joie et la bonne humeur et que tu gères des choses graves comme les hémorragies, les choses tragiques et des gens qui traversent le deuil. ». Diane de Wailly-Galembert, et al., mettent en exergue la notion de « *déni social* » concernant ce que vivent ces soignants :

« ...mais aussi de l'extérieur, qu'il faudrait protéger de la réalité de la maladie, du handicap, du monstrueux et de la mort, ne faisant qu'entretenir ainsi le déni social autour de ces situations (Soubieux, 2008). D'ailleurs les sages-femmes le disent bien : il est impossible de parler à l'extérieur de ce qui se vit à l'intérieur même de la maternité. »(5)

Au-delà d'un simple manque de connaissance, nous constatons de fait un déni social, défini par le dictionnaire Larousse comme « mécanisme de défense du moi qui consiste à nier une perception traumatisante de la réalité extérieure » (15). Cette négation de la réalité de la salle de naissance et de la profession des sages-femmes est difficile à vivre, surtout lorsque l'on sait l'investissement et l'implication que ce travail demande. Entre les gardes de douze heures, l'alternance jour/nuit, la gestion de l'urgence, des complications et l'accompagnement du deuil, il est aisé de comprendre la frustration que cela peut générer de ne pas pouvoir aborder ce sujet-là à l'extérieur et de ne pas être reconnue pour cela.

4 Discussion

Les sages-femmes interrogées lors de cette étude n'ont pas eu connaissance de la problématique de notre travail, ni de la trame de l'entretien en amont et n'ont pas pu se préparer à l'entretien. Cette trame se situe en annexe 5. Elles ont été uniquement informées du sujet abordé : l'accompagnement de la MFIU en salle de naissance. Elles n'ont donc pas pu se conditionner et conditionner les réponses qu'elles apporteraient. Cela a permis d'avoir des réponses les plus authentiques et spontanées possibles. Cependant, les participantes étaient volontaires, elles étaient donc aptes à aborder ce sujet et souhaitaient en parler. Nous pouvons nous demander si, en ayant les réponses de sages-femmes pour qui ce sujet est difficile à aborder, nos résultats auraient été les mêmes.

Les différentes modalités de réalisation des entretiens n'ont pas permis la même finesse d'analyse. Le distanciel rend l'analyse du non verbal plus complexe. Les sujets ont été prévenus de la confidentialité de l'enquête et que notre but n'était pas de les juger. Ces principes ont permis aux sujets de se sentir plus libres dans leurs réponses. Il est cependant nécessaire de spécifier que notre recherche se base sur leurs témoignages et il est possible que notre interprétation soit différente de ce qu'ils pensent vraiment. L'utilisation d'une trame unique permet de récolter de manière uniforme les données recueillies.

Nous savons que la prévalence d'une MFIU est plus importante dans une maternité de type 3 que dans une maternité de type 1 ou 2. En effet, dans la Région Auvergne-Rhône-Alpes les centres de type 3 sont de plus gros établissements, accueillant plus de naissances : en moyenne 4500 naissances par an dans les centres de type 3, 2000 naissances par an dans les maternités de type 2 et 1000 naissances par an en type 1. Nous avons supposé que cette différence de fréquence de survenue d'une MFIU à laquelle sont exposées les sages-femmes pouvait avoir de l'importance. Ainsi, nous avons fait le choix d'interroger des professionnels de différents types de maternité afin d'éviter de créer de biais de sélection. Cependant, notre étude est basée sur le témoignage d'un échantillon de 9 sages-femmes, toutes exerçant au sein de maternité dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Cela n'est pas représentatif de la population générale. Nos résultats ne peuvent donc pas être généralisés.

L'analyse de nos entretiens ainsi que nos lectures ont révélé l'impact non négligeable de l'accompagnement de la MFIU en salle de naissance. Ce type de prise en charge influe sur la représentation que les sages-femmes ont de leur profession. Initialement motivées par l'idée d'accompagner l'entrée dans la parentalité des couples, de beaux et heureux moments de vie, c'est la mort qui les a poussées à reconsidérer la vision qu'elles avaient de leur pratique, la posture adoptée vis-à-vis des couples ainsi qu'à mettre en place différentes stratégies afin de mieux vivre ces prises en charge. Accompagner la mort n'est pas anodin. Cet événement touche les soignants et impacte leur vécu de la garde : fatigue, impuissance, tristesse, implication émotionnelle compliquée et leur demande de mobiliser différentes ressources afin de continuer leur travail et de le faire le mieux possible. Au-delà du vécu du soignant sur le moment, nous constatons aussi des retombées à plus long terme, sur le plan personnel comme le besoin de reconnaissance, l'évolution du rapport à la mort ou encore le vécu de leur propre maternité. Mais il y a également des retombées sur le plan professionnel comme l'aisance acquise avec l'expérience et les retours gratifiants des couples accompagnés.

En maternité, il existe des protocoles pour différentes situations médicales, notamment pour les complications obstétricales et pédiatriques. Par exemple, dans le cadre d'une hémorragie du post-partum immédiat ou bien d'une réanimation néonatale, un algorithme décrit ce qu'il faut faire, à quel moment et par qui. Ils indiquent le rôle de chacun, guident les professionnels autour de l'organisation, de la chronologie et du déroulement précis de la prise en charge. Morgane Fath et Julie Rolling expliquent l'intérêt d'un protocole :

« De la même manière, même si le respect d'un protocole hospitalier n'est pas toujours une protection suffisante face au déferlement émotionnel et aux représentations envahissant le psychisme du soignant, ce cadre permet de décharger une partie de l'angoisse véhiculée par ces situations cliniques intenses. De plus, la dimension collective et pluridisciplinaire du protocole permet d'une part de proposer différentes modalités d'accompagnement des familles, mais également de partager les responsabilités portées par les différents professionnels. Par ailleurs, le fait de protocoliser et donc de guider les actions des soignants et de leur permettre de savoir quoi faire dans une situation déstructurante dans laquelle les automatismes peuvent vite être ébranlés permet déjà un premier effet de contenance psychique. »(8)

Les institutions proposent également des formations à ces sujets afin de maintenir une formation continue et de permettre au personnel d'être plus à l'aise sur ces situations-là.

En ce qui concerne la prise en charge d'une MFIU, il existe également des protocoles. Ils concernent les prises en charge administratives, médicales, notamment sur le déclenchement du travail mais pas de protocole ni de guide plus globaux sur l'organisation et le déroulé de ces prises en charge, qui expliciterait l'accompagnement humain, comment le réaliser, que dire, que faire. Chaque couple est différent, chaque situation est différente et chaque sage-femme est différente. Dans un contexte aussi complexe que celui de la MFIU, il est difficilement envisageable de proposer un protocole développant ce qu'il faudrait ou non dire aux parents et à quel moment. Les professionnelles n'ont donc pas de fil conducteur à ce niveau-là, ni concernant l'organisation du service lorsqu'un couple est présent pour une MFIU ni concernant la répartition des tâches se faisant majoritairement de façon implicite, entre elles, selon les liens qu'elles ont avec leurs collègues également.

Il existe des formations autour du deuil périnatal, qui englobe la MFIU mais elles ne sont pas proposées par tous les établissements et ne sont pas accessibles à tous. En effet, nous pouvons citer la formation sur le deuil périnatal proposée par les Hospices Civiles de Lyon, plébiscitée par les sages-femmes y ayant participé mais n'étant accessible qu'au personnel des HCL. L'idée d'une formation spécifique à ce sujet est présentée comme une ressource pouvant être utile par plusieurs des sujets interrogés, notamment pour se sentir plus à l'aise. Mélanie, ayant bénéficié de ce type de formation, explique : *« J'ai aussi fait une formation sur le deuil périnatal, et c'était vachement bien comme formation. La formatrice était une pédopsychiatre, et tu vois, c'est elle qui... m'a appris à comprendre déjà que j'avais ma place auprès de ces gens parce que tu as toujours l'impression de gêner en fait. »*. A contrario, Julie, n'en ayant pas bénéficié, exprime l'intérêt que cela aurait eu pour elle : *« ...avoir des formations autour du décès périnatal ce serait pas mal. »*.

Nous avons mentionné la question des représentations sociales concernant la profession de sage-femme, dans l'imaginaire collectif c'est « le plus beau métier du monde » où la naissance et la vie sont omniprésentes. Si l'on ajoute à cela le tabou qui pèse autour de ce sujet, la difficulté que peuvent éprouver les soignants à l'idée de l'évoquer en dehors de leur lieu de travail afin de ne pas choquer ou heurter ainsi que la prévalence relativement basse de la MFIU, nous constatons que les sages-femmes sont en première ligne et portent

cela toutes seules un certain nombre de fois. Dans les entretiens menés, les sujets ont relevé l'absence de groupes de parole pour les soignants au sein des institutions, la difficulté de trouver du temps pour échanger avec le ou la psychologue de la maternité ainsi qu'une impression globale qu'on ne prend pas assez soin des soignants. Léa relate : « *On avait évoqué de créer des groupes de parole pour les soignants qui en avaient besoin [...] C'était juste pour pouvoir déposer les choses difficiles mais ce projet n'a pas abouti.* », puis « *Mais savoir qu'un psychologue serait là pour le cas où nous aurions besoin de parler, je pense que ce serait déjà quelque chose de positif.* ». Morgane Fath et Julie Rolling insistent sur l'importance de prendre soin des soignants : « *Pour cela, des temps de reprise destinés aux soignants sont nécessaires : prendre soin de soi et de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale pour pouvoir mieux prendre soin du patient.* »(8). Les éléments mis en avant comme étant des ressources aidantes pour les soignants sont la formation initiale et surtout continue, la répartition de la charge de travail, la possibilité d'échanger avec l'équipe présente ayant ou non accompagné le couple ainsi que la possibilité d'échanger avec un ou une psychologue. Nous observons également l'importance d'une sensibilisation plus large du grand public quant à la réalité du travail de sage-femme et à la réalité de l'existence de la mort dans ce dernier.

Ce que nous avons constaté lors de cette étude nous a poussée à réfléchir à l'intérêt d'un projet de service autour de l'accompagnement de la MFIU qui pourrait être étendu à l'accompagnement du deuil périnatal en salle de naissance. Nous l'avons expliqué plus haut, développer un protocole précis sur le déroulement de l'accompagnement humain ne semble pas envisageable, ni souhaitable. En effet, l'objectif des professionnelles étant de permettre un accompagnement adapté aux besoins des couples, il ne semble pas opportun de proposer un type de discours et d'accompagnement formaté et identique pour tous. Ceci étant dit, la mise en place d'un projet de service, avec une trame de prise en charge guidante et contenante à défaut de protocoles, pourrait apporter un cadre plus sécurisant et des repères pour les sages-femmes lors de ces accompagnements.

Ce projet de service pourrait concerner plusieurs axes. Le premier autour de l'organisation du service lors de la survenue d'une MFIU, en cadrant tout d'abord la répartition de la charge de travail. En effet il ressort de nos entretiens que la prise en charge multipatiente dans ce contexte-là est plus difficile, la sage-femme se retrouve partagée entre deux accompagnements très différents durant lesquels elle doit adopter une posture

spécifiquement adaptée à chacun, et cette alternance étant pourvoyeuse de fatigue tant physique qu'émotionnelle supplémentaire. C'est susceptible d'altérer la qualité de ses prises en charge. Le fait que la sage-femme puisse se consacrer entièrement au couple traversant cette situation de deuil, sans avoir à accompagner d'autres femmes en travail, permettrait une meilleure disponibilité pour ce dernier, et donc un meilleur accompagnement, plus adapté et individualisé. Cadrer le rôle de chacun et l'organisation du service en cas de MFIU permettrait également de pouvoir réguler la fréquence de prise en charge de ces situations. Nous savons que la répétition de ces prises en charge apporte de l'expérience dans une certaine mesure mais elle peut également être lourde et source d'épuisement pour la professionnelle concernée. Proposer ces repères aux sages-femmes leur donnerait également l'assurance que ces prises en charge ne leur incombent pas à elles seules mais qu'elles concernent le service et l'équipe entière présente à ce moment-là. De plus, ils pourraient faciliter l'organisation du compagnonnage, décrit comme une ressource formatrice et aidante pour les sages-femmes. Caroline explique : « ...j'ai creusé et j'ai côtoyé des sages-femmes qui étaient très à l'aise dans ces échanges-là donc j'ai beaucoup trainé avec elles, j'ai fait des entretiens avec elles et suivi des patientes avec elles pour écouter, apprendre et comprendre comment parler de la mort. ».

Dans un second temps, ce projet de service pourrait proposer une formation autour de l'accompagnement du deuil périnatal à tous les soignants présents en salle de naissance. Elle pourrait être obligatoire pour tous et toutes dans un premier temps, puis des rappels seraient proposés systématiquement, à fréquence variable selon le type de maternité. Elle pourrait être construite en collaboration avec un ou une psychologue / pédopsychiatre et serait axée sur l'accompagnement humain et le soutien psychologique des couples, en plus de la prise en charge technique et administrative. L'objectif de cette formation serait de permettre aux soignants de se familiariser avec la question de la mort en salle de naissance, d'entendre parler de ce que vivent les parents, de ce qu'ils peuvent attendre, de ce qui peut les mettre plus en difficulté qu'ils ne le sont déjà, de ce qui peut favoriser la prise en charge et la suite de leur parcours. Cette formation serait également un temps d'échange entre soignants et formateurs, un temps de réponse aux questions et de partage d'expériences. En plus de cette formation, organiser un temps d'échange, sous forme de conférence par exemple, avec une association d'accompagnement au deuil périnatal, comme la SPAMA –

Soins Palliatifs et Accompagnement en Maternité, permettrait l'apport de témoignages, de retours sur ce que vivent les patients et sur leurs besoins à ce moment précis.

Enfin, le 15 octobre se déroule la Journée Mondiale de sensibilisation au Deuil Périnatal. Cette journée pourrait être prise en compte dans le projet de service, dans le but de sensibiliser plus largement les équipes à la question du deuil périnatal. Cela pourrait se traduire par l'organisation d'ateliers, de conférences, de temps d'échanges, pour les professionnels mais également pour un public plus large, à cette occasion. Elle pourrait être organisée en collaboration avec des associations d'accompagnement au deuil périnatal. Nous avons cité l'association SPAMA, mais il existe beaucoup d'autres associations nationales, régionales voire locales, comme entre autres, Petite Emilie et Agapa qui œuvrent pour la même cause. Le but de cette journée serait de sensibiliser au sujet du deuil en maternité, de faire connaître ce que traversent les parents ainsi que les soignants.

5 Conclusion

Etre sage-femme consiste à accompagner des femmes en bonne santé tout au long de leur vie sur le versant gynéco-obstétrical, ainsi qu'à accompagner les couples pendant la grossesse et donc lors de leur accès à la parentalité. Seulement, ce métier implique également la prise en charge de la mort, notamment en salle de naissance, versant du métier généralement méconnu par le grand public. Notre étude révèle l'impact que cette dernière a sur les sages-femmes, tant sur leur vécu que sur les représentations qu'elles ont de leur profession.

Elle met également en lumière le fait que la confrontation à la MFIU impose la mise en place de différents moyens d'adaptation afin de pouvoir faire face à ces situations déroutantes, fatigantes et éprouvantes, tout en proposant un accompagnement qui corresponde aux besoins des parents. Leur objectif est de se rendre disponibles et de proposer un accompagnement humain permettant aux couples de se sentir entourés, écoutés ainsi que d'entamer leur processus de deuil dans les meilleures conditions possibles, tout en se protégeant pour ne pas être totalement submergées. Nous constatons que la prise en charge de la MFIU et son impact chez les professionnelles met en exergue le besoin d'être reconnues dans ce qu'elles traversent lors de ces prises en charge, dans la difficulté tant physique qu'émotionnelle que cette dernière représente. Grace aux témoignages des sages-femmes interrogées, nous avons pu mettre en évidence les bienfaits qui découleraient de la mise en place d'un cadre sécurisant et des repères sur lesquels s'appuyer lorsque cette situation inhabituelle et déstabilisante survient en salle de naissance et proposer un projet de service qui permettrait de leur apporter cela.

Bibliographie

1. de Wailly-Galembert D. Arlequin, ou la coïncidence mort/naissance en maternité : le virtuel et le fœtus/bébé mort chez les sages-femmes. Spirale. 2011;60(4):91-6.
2. Gonnaud F. La mort périnatale : souffrance et malaise des soignants. Laennec. 2015;63(2):41-52.
3. 2014_CNGOF_Pertes-Foetales.pdf [Internet]. [cité 31 oct 2023]. Disponible sur: https://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2013/12/2014_CNGOF_Pertes-Foetales.pdf
4. Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/stabilite-de-la-mortalite-perinatale-entre-2014-et-2019>
5. de Wailly-Galembert D, Vernier D, Rossigneux-Delage P, Missonnier S. Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? Réflexions pour une élaboration des pratiques. Devenir. 2012;24(2):117-39.
6. Jovic L. Représentations (sociales). In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 9 févr 2024]. p. 265-7. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-265.htm>
7. Le deuil périnatal: clinique, pratiques et dispositifs thérapeutiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2020. (Les âges de la vie).
8. Fath M, Rolling J. Le soignant face au deuil périnatal. Jusqu'à Mort Accompagner Vie. 2021;144(1):45-55.
9. Prieur-Bertrand M. Le deuil des soignants. Études Sur Mort. 2001;119(1):147-53.
10. française A. professionalisme | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition [Internet]. [cité 9 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P4468>
11. Vigil-Ripoche MA. Souffrance. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 21 févr 2024]. p. 283-5. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-283.htm>
12. Donnet JL. L'humour et la séance. Rev Fr Psychanal. 2012;76(5):1649-58.
13. Bolgert C. L'identification projective. Gestalt. 2003;24(1):141-59.
14. Sillamy N. Dictionnaire de psychologie. Nouvelle éd. actualisée. Paris: Larousse; 2019. (In extenso).
15. Larousse É. Définitions : déni - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9ni/23559>

Annexe I

PROTOCOLE DE RECHERCHE
Résultat de l'enquête exploratoire
 Diplôme d'Etat de Sage-Femme
 Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux
 Site Bourg en Bresse



Auteur : Pauline Coyault	Date de ce synopsis : 3.11.2023
Directeur de recherche (nom, qualification) : Martine Bonnot, psychologue	<input type="checkbox"/> envisagé
<input checked="" type="checkbox"/> confirmé	
Titre provisoire : Accompagnement de la Mort Fœtale In Utero en salle de naissance.	
Constat / Justification / Contexte / Problématique :	
<p>Expérience lors d'un stage : patiente rencontrée à plusieurs reprises, pour des contrôles, et de petites consultations d'urgences, qui demandait à chaque fois un déclenchement, qui lui était refusé. La patiente est renvoyée chez elle après sa consultation de terme, qui montrait que sur le plan médical tout allait bien. Elle revient cependant le soir même, visiblement en travail, et c'est alors qu'une mort fœtale in utero est constatée.</p> <p>Sans la prendre en charge, j'ai pu observer la sage-femme qui s'en est occupée, et c'est de là qu'est venue mon interrogation sur le vécu de la sage-femme lors de ces accompagnements, et comment ces derniers pouvaient l'impacter.</p> <p>J'en suis donc venue à me poser la question suivante : quel est l'impact chez les sages-femmes de l'accompagnement d'un accouchement dans un contexte de Mort Fœtale In Utero ?</p>	
Cadre conceptuel, données de la littérature :	
<input type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Sociologique <input type="checkbox"/> Autre : ...	
<p>En France, en 2019, la mortalité périnatale s'élevait à 10,2 pour mille naissances. La Mortalité néonatale étant définie par les cas des enfants nés sans vie à partir de 22sa, et des enfants décédés dans les 7 premiers jours de vie. (1)</p> <p>Globalement, la prise en charge de ces situations particulière sont difficiles pour les sage-femmes, en effet cela ne fait pas parti de la « norme », de ce qui est attendu dans la pratique de leur exercice en salle de naissance (2), mais également la difficulté éprouvée par les sage-femmes qui, étant en première ligne dans ces cas-là, doivent faire face aux émotions de la femme/du couple et les accompagner, mais aussi faire face à ses propres émotions. (3)</p>	
Objectif(s) de recherche :	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Principal</i> : comprendre l'impact psychologique de ces accompagnements chez les sage-femmes - <i>Secondaires</i> : <p>* Comprendre quel est le vécu des sages-femmes lors de ces accompagnements</p> <p>* Comprendre le vécu des sages-femmes à posteriori, à plus long terme, suite à ces accompagnements</p> <p>* Comprendre en quoi ces prises en charge peuvent modifier les représentations que les sages-femmes ont de leur métier</p>	
Méthodologie / Schéma de la recherche :	
<input checked="" type="checkbox"/> Qualitatif <input type="checkbox"/> Quantitatif :	

<p>Aspects éthiques et réglementaires :</p> <p><input type="checkbox"/> RIPH3 (MR-003)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non <u>RIPH</u>)</p> <p><input type="checkbox"/> Interne</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique (MR-004)</p> <p>recueillir :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Fiche information préalable</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Renseigner registre de traitement des données</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Signature engagement confidentialité</p> <p>Autres informations :</p>	<p>Promoteur :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CHB</p> <p><input type="checkbox"/> autre :</p> <hr/> <p>Autres accords à</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> cadre</p> <p><input type="checkbox"/> chef de service</p> <p><input type="checkbox"/> DIM</p>
<p>Références bibliographiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/stabilite-de-la-mortalite-perinatale-entre-2014-et-2019 2. Martínez-Serrano P, Palmar-Santos AM, Solís-Muñoz M, Álvarez-Plaza C, Pedraz-Marcos A. Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. <i>Midwifery</i>. 1 nov 2018;66:127-33. 3. de Wailly-Galembert D, Vernier D, Rossigneux-Delage P, Missonnier S. Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? Réflexions pour une élaboration des pratiques. <i>Devenir</i>. 2012;24(2):117-39. 	
<p>Mots clés : mort fœtale in utero, représentations, vécu, sages-femmes,</p>	

Annexe II



ACCORD DE CONFIDENTIALITE

Dans le cadre d'un projet de recherche n'impliquant pas la personne humaine (étude rétrospective ou prospective dans le domaine de la santé) ayant pour finalité la présentation d'un mémoire, les étudiants ont l'obligation de signer un accord de confidentialité. Cet accord de confidentialité imposé par le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB) constitue l'une des nombreuses mesures organisationnelles mises en place par l'établissement pour garantir la sécurité et la confidentialité de l'information.

Les données traitées par l'étudiant, en qualité de Responsable Scientifique, sont des données personnelles prospectées auprès de tiers extérieurs à l'établissement ou auprès de patients et/ou professionnels issus des activités de l'établissement. Il peut s'agir également de données personnelles sensibles issues de dossiers de patients sélectionnés pour la pertinence des informations à l'objet de [la recherche](#).

Afin de garantir le respect du secret médical, la confidentialité et la sécurité des données, ces dernières sont soumises à des règles strictes d'utilisation.

- Les données communiquées ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche. Elles doivent être conservées sur un poste de travail verrouillé avec un système d'authentification forte comprenant un identifiant et un mot de passe répondant aux recommandations de sécurité de la CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté (12 caractères minimum, majuscules, minuscules, chiffres, et caractères spéciaux). Sous aucune forme tout ou partie des données ne peut être stockés sur un support informatique portatif non protégé par chiffrement et mot de passe (mémoire externe, disque dur externe, clef USB...).
- Tout document sur format papier contenant des données de santé doit impérativement être rangé dans une armoire verrouillée après chaque usage. Aucun document ne doit être laissé à la vue d'une personne extérieure à l'équipe de recherche.
- De façon générale, aucune personne tierce à l'équipe de recherche ne peut avoir accès et/ou prendre connaissance d'une quelconque donnée communiquée dans le cadre de la recherche.
- Les échanges de données entre les membres de l'équipe de recherche se feront exclusivement par dossier chiffré muni d'un mot de passe.
- A la fin de la recherche, toutes les données personnelles identifiantes seront supprimées.

Considérant le secret médical et la législation sur la protection des données, l'étudiant à l'origine de la recherche s'engage à l'ensemble des éléments susmentionnés. Il ou elle s'engage également à apporter tout le soin et la diligence nécessaire, à mettre en œuvre toutes les mesures de prudence permettant de prévenir une violation de la confidentialité compte tenu du caractère sensible des données traitées et reconnaît avoir connaissance des bonnes pratiques en matière de protection des données.

En cas de violation de la confidentialité des données communiquées, quelle qu'en soit sa source, l'étudiant(e) reconnaît qu'il ou elle procédera immédiatement et sans délai indu, dès qu'il ou elle en aura connaissance, à sa notification au Délégué à la Protection des Données de l'établissement (dpo@ght01.fr) et du Responsable de la Sécurité du Système d'Information (rssi@ght01.fr).

Les obligations des présentes entrent en vigueur au jour de la signature du présent document par l'étudiant. Les obligations produiront leurs effets jusqu'au terme de la recherche et la suppression de l'ensemble des données personnelles identifiantes.

Date : 01/04/2023

Nom et prénom : Coyault Pauline

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Lu et approuvé

A handwritten signature in black ink, reading "P. Coyault", written over a horizontal line.

L'étudiant, en qualité de Responsable Scientifique, est informé par la présente que des données à caractère personnel le concernant (identification, vie professionnelle, etc.) seront traitées par le CHB, en qualité de d'Investigateur principal, dans le cadre de la recherche qu'il effectue (démarches réglementaires, démarches institutionnelles, etc.). Vous disposez de droits qui peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données de l'établissement : dpo@ght01.fr. Vous pouvez également adresser une réclamation à la CNIL.

Annexe IV



Note d'information

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude intitulée « **Accompagnement des situations de perte fœtale par les sage-femmes.** » nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

L'investigateur principal de cette étude, dont le l'UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux s'est porté promoteur, est le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Cette étude est réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'étude de *Pauline COYAULT*, étudiante sage-femme en 5^{ème} année.

L'objectif de cette étude est de comprendre le vécu des SF lorsqu'elles accompagnent un accouchement dans un contexte de perte fœtale

La participation à l'étude consiste à participer à un entretien semi-directif d'environ 1h30.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse accorde une importance toute particulière à la protection de vos données personnelles et de vos droits, dans le respect du cadre légal posé par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et par la Loi Informatique et Libertés (Loi n°78-17).

Dans le cadre de cette recherche fondée sur l'intérêt public, vous pouvez refuser de participer à cette recherche ou retirer votre acceptation de participation à tout moment. Les informations seront conservées de façon dématérialisée et/ou sous format papier dans des conditions strictes de sécurité et de confidentialité, afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche, pendant une durée maximale de 2 ans. Dans le cadre de la recherche entreprise, vos données pourront être analysées, croisées et publiées sous la forme de statistiques anonymes.

Le responsable du traitement des données est l'UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux avec la participation du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en qualité de sous-traitant. Le délégué à la protection des données du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Bresse Haut-Bugey, est votre interlocuteur pour exercer vos droits (accès, effacement, limitation, opposition). Vous pouvez le contacter par email à l'adresse dpo@ght01.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

SITE de FORMATION MAÏEUTIQUE / SAGES-FEMMES
UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux
CENTRE HOSPITALIER FLEYRIAT
900 route de Paris - CS 90401
01012 BOURG-EN-BRESSE Cedex

Annexe V

Trame d'entretien :

Questions socio-démographiques :

- Quels sont le nom et le type de la maternité dans laquelle vous exercez ?
- Quel est votre âge ?
- Depuis quand êtes-vous diplômée ?

Question initiale :

Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez accompagné un accouchement dans un contexte de MFIU ?

Questions de relance :

- Pouvez-vous me raconter ce qu'il s'est passé avant de rencontrer le couple ou la patiente pour la première fois ?
- Pouvez-vous me raconter comment s'est passée la première rencontre avec le couple ?
- Pouvez-vous me décrire l'activité en dehors de la salle où se trouvait ce couple ?
- Pouvez-vous me parler du moment précis de l'accouchement et du post-partum ?
- Pouvez-vous me raconter la façon dont vous accueillez cet enfant ?

Annexe VI

Résumé des entretiens

Entretien n°1 :

Sage-femme de 27ans, travaillant en maternité de type 1.

Décrit une prise en charge ancienne, quand elle était jeune diplômée.

Elle a choisi cette prise en charge car pensait pouvoir « tout encaisser », et voulait épargner ses collègues.

Situation très mal vécue car dans l'urgence : césarienne code rouge pour sauvetage maternel. Communication avec l'équipe très compliquée, et réaction du couple très vive et marquante.

Prise de distance, fuite après cette prise en charge : elle n'en a pas repris en charge pendant plus d'un an.

Suite à ça, elle a changé d'établissement pour travailler en type 3, a été confrontée à nouveau à la mort avec les ITG, notamment : très difficile car l'a ramené à la situation décrite. Son positionnement, suite à cette expérience a évolué pour l'engagement dans ces accompagnements : chacun son tour.

Elle explique qu'elle se sent seule, perçoit un manque de reconnaissance de la société et de l'hôpital, et aurait besoin d'être reconnue dans ce qu'elle vit. Elle ne trouve pas normal de banaliser le fait que les soignants devraient être capables de tout gérer et tout encaisser sans avoir de moyens mis en place pour les aider et les soutenir.

Elle ressent le besoin de parler de ce qui a été vécu.

Elle évoque l'impact de la charge de travail concomitante comme source importante de fatigue.

Elle décrit l'expérience comme un bon moyen de progresser pour arriver à une prise en charge satisfaisante.

Entretien n°2 :

Sage-femme de 47ans, travaillant en maternité de type 3.

Très habituée à ces prises en charge car travaille en type 3. Equipe avec 4 sages-femmes en salle : cela permet de tourner, que ça ne soit pas toujours la même personne qui accompagne ces couples. Cela permet d'être sûre que le couple est accompagné par quelqu'un qui se sent disponible et apte à le faire.

Elle évoque l'importance de chercher à comprendre qui est le couple, quels ses valeurs, ses besoins, et de se détacher de ses propres représentations à elle, afin de proposer un accompagnement le plus juste et adapté possible.

Son objectif est de permettre aux parents d'entamer le processus de deuil en mobilisant leurs propres ressources, et ce dans les meilleures conditions possibles. Elle veille à être empathique tout en sachant prendre du recul.

Selon elle, l'expérience aide beaucoup, ainsi que le compagnonnage, l'échange avec des collègues ayant plus l'habitude, et surtout les formations théoriques autour de multiples sujets (deuil périnatal, médecine foetale, culture du deuil, etc...) qui l'ont beaucoup aidé à construire son accompagnement.

La prise en charge du corps de l'enfant est une responsabilité pour elle : le couple lui fait confiance, elle se doit de protéger l'enfant, d'en prendre soin, pour que ses parents puissent le rencontrer, et créer des souvenirs avec lui. Elle explique l'attention qu'elle porte aux soins de ce corps, l'habillement, le lavage, etc... Elle lui parle et lui décrit tout ce qu'elle fait.

Entretien n°3 :

Sage-femme de 26ans, travaillant en maternité de type 2.

Contexte de césarienne code rouge, en fin de garde de nuit.

Prise en charge fatigante : gestion de l'urgence, gestion des émotions du couple, gestion des émotions du reste de l'équipe, gestion de ses propres émotions face à la mort. Accompagnement psychologique du couple très important dans ces situations.

Le déroulé de la garde impacte le vécu : si la MFIU survient en fin de garde, ou alors pendant une garde très chargée, c'est plus difficile

Elle décrit l'importance de la disponibilité émotionnelle pour ces accompagnements qui peuvent être lourds. Le reste de l'équipe aide toujours celle qui prend en charge la MFIU, sur les dossiers, l'administratif, la prise en charge du corps, etc..

Son vécu est en lien avec la réaction des parents : plus facile s'ils expriment une émotion, de la tristesse, des pleurs. Au contraire, c'est plus difficile dans le cadre d'un stoïcisme complet, ou d'émotions très vives et/ou incontrôlables. Elle explique son besoin de pouvoir établir un dialogue avec eux.

Elle décrit également son besoin de reconnaissance quant à son humanité, et quant au fait qu'elle puisse ressentir et manifester des émotions sans que cela soit considéré comme une faute et sans culpabiliser.

Elle évoque également la difficulté éprouvée quand la MFIU survient en fin de grossesse car elle constate une ressemblance et un parallèle avec les naissances de bébés vivants, avec l'envie de les réanimer, etc...

Elle humanise l'enfant : lui parle, l'habille, etc.. La prise en charge du corps n'est pas évidente pour elle, et elle demande à une collègue de venir l'aider et la soutenir.

Son objectif étant de permettre aux parents d'entamer le processus de deuil dans les meilleures conditions possibles.

Après ces gardes elle éprouve le besoin de décompresser, de se changer les idées.

Entretien n°4 :

Sage-femme de 38ans, travaillant en maternité de type 3.

Elle choisit d'accompagner ces couples, éprouve du plaisir à le faire. Se sent sereine à l'idée de de le faire.

Elle explique l'importance de créer une bulle pour le couple, d'éviter tout ce qui pourrait parasiter cette rencontre entre le couple et l'enfant, de leur laisser le temps dont ils ont besoin, de ne pas tout précipiter.

Son expérience est importante. Elle lui permet d'être plus sûre d'elle, de ne pas douter sur l'aspect technique, et de pouvoir se concentrer sur l'accompagnement humain. Son travail au Diagnostic Anténatal ainsi que sa formation sur le deuil périnatal l'ont également aidé.

La prise en charge multipatiente est décrite comme compliquée, frustrante car elle a moins de temps pour l'accompagnement de la MFIU. Mais l'équipe étant nombreuse, elle prend le relais sur le reste et l'aide.

Elle décrit l'importance d'établir un dialogue avec les parents, de savoir se montrer humaine et empathique tout en prenant de la distance.

Elle éprouve le sentiment du travail bien fait, de la satisfaction à la fin de ces accompagnements.

Prise en charge du corps : humanise l'enfant, lui parle et fait des blagues et de l'humour noir à ce moment-là.

Elle dit que le tempérament de chacun impacte le vécu et la façon de faire.

Entretien n°5 :

Sage-femme de 43ans, travaillant en maternité de type 3.

N'éprouve aucune difficulté à prendre en charge ces couples, se sent à l'aise et sereine.

Son vécu est lié aux émotions / au comportement du couple : c'est plus facile pour elle si le dialogue et l'échange sont possibles avec eux, alors que si le couple est stoïque, ou bien qu'il est difficile de parler avec eux, c'est plus compliqué.

Elle s'adapte aux besoins et aux valeurs des couples, leur pose des questions pour comprendre qui ils sont, les écoute dans le même objectif. Le but c'est de leur permettre de cheminer, d'entamer le processus de deuil dans les meilleures conditions possibles.

Prise en charge du corps : elle humanise le corps de l'enfant, l'habille, en prends soin, lui parle, le rend le plus présentable possible.

La charge de travail est importante à côté en type 3, elle est obligée de prioriser l'urgence, et est donc parfois moins disponible pour la MFIU et le déplore.

Ce sont des situations parfois difficiles, qui peuvent toucher, donc il faut se protéger, en prenant du recul et en mettant de côté ses émotions. Elle explique sa volonté de tenir un rôle de tierce personne émotionnellement moins investie par rapport au couple. Son expérience, la formation sur le deuil périnatal et son travail au diagnostic anténatal l'ont aidé là-dessus.

Le retour des patientes et l'expérience sont des ressources précieuses pour s'améliorer et avancer pour elle, et les échanges avec l'équipe sont également une ressource.

Elle déplore le manque de formation initiale au sujet du deuil périnatal.

Entretien n°6 :

Sage-femme de 25ans, travaillant en maternité de type 3.

Prise en charge fréquente car type 3 : donc habitude même si elle considère qu'on ne peut pas vraiment s'y habituer, et devenir insensible face à la mort.

MFIU à terme, naissance par césarienne. Ambiance « glauque » dans le bloc, ne veut pas gêner. Moment qui n'appartient pas aux professionnels. Il faut être présent pour les couples, sans s'imposer, sans les envahir.

Elle décrit être forcément touchée et sensible face à ces couples, mais s'interdit de manifester ses émotions auprès d'eux, même si certaines réactions sont très marquantes. Elle explique qu'elle n'a pas le droit, qu'elle doit être un pilier sur lequel ils peuvent s'appuyer. Pour cela, elle fait le « robot », la « machine ». Explique qu'en tant qu'étudiante elle ne s'attendait pas à faire face à tout ça.

Elle explique que la gestion de ces situations dépend du caractère de chacun, mais qu'il semble logique de ne pas travailler en maternité de type 3 si on sait que la mort est trop lourde à prendre en charge.

Concernant la prise en charge du corps, elle explique que le terme auquel survient la MFIU joue sur son ressenti. Lorsque cela survient tôt dans la grossesse, elle décrit la mort d'un fœtus, tandis que si cela se déroule à terme, elle mentionne l'appellation « bébé ». Elle explique parler au corps, l'habiller, en prendre soin pour le présenter aux parents. Elle laisse ses collègues prendre le relais avec cette partie-là, mais évoque le besoin d'être accompagnée dans la mesure du possible si elle le fait.

Elle évoque l'importance de s'adapter et d'accorder du temps à ces couples, tout comme il faut en accorder au parents d'enfants nés vivants, mais que la charge de travail à côté l'en empêche. Elle veut faire au mieux pour qu'ils vivent cette situation le moins mal possible.

Entretien n°7 :

Sage-femme de 29ans, travaillant en maternité de type 2.

Décrit la naissance dans le cadre d'une MFIU comme la naissance d'un enfant qui a vécu dans le ventre de sa mère. Importance du sacré et de la foi dans sa pratique et sa prise en charge.

Elle explique l'importance de s'adapter aux couples, et décrit une prise en charge plus simple lorsque la question de la foi et de la religion entre en jeu, car la réaction des couples est différente dans ces cas-là. Elle mentionne également l'importance du sens sacré que ces accompagnements ont pour elle.

Ces prises en charges l'impactent, notamment sur le plan personnel, elle décrit y penser régulièrement, prier pour ces enfants qu'elle accompagne, et mentionne un impact dans l'investissement de ses propres grossesses. Evoque ces accompagnements comme donnant du sens à sa vie ainsi qu'à son métier.

Le choix de ces prises en charge doit se faire, selon elle, lorsqu'elle est disponible émotionnellement, mais explique l'importance de faire attention à ce que ça ne soit pas toujours la même personne qui le fasse, ou d'imposer ce choix à quelqu'un qui ne se sent pas bien. Elle aborde également le rôle important du reste de l'équipe, qui aide sur le plan administratif et qui l'accompagne sur la prise en charge du corps.

Elle évoque la prise en charge du corps comme un adieu, un deuil pour elle également. Elle parle au corps, l'humanise, l'habille, en prends soin.

Elle décrit le besoin de faire de l'humour noir, trash, comme un moyen de se protéger.

Entretien n°8 :

Sage-femme de 34ans, travaillant en maternité de type 2.

Prise en charge d'un couple avec qui il était facile de communiquer. Elle explique que la réaction du couple impacte la façon dont elle aborde ces prises en charge : un couple très cartésien, qui cherche à tout prix une explication est plus difficile à accompagner car il est rare qu'on puisse donner une réponse d'emblée, ces couples sont souvent plus méfiants et l'accompagnement plus compliqué. Tandis qu'un couple avec qui le dialogue est possible facilite l'accompagnement.

Pas de crainte à l'idée de prendre en charge la MFIU, même si c'est un évènement triste, qui amène des sentiments négatifs. Elle dit parvenir à prendre du recul, tout en étant présente, disponible et empathique pour le couple, en expliquant que c'est dans son tempérament.

Elle aborde la prise en charge du corps comme un moment réalisé avec une collègue, où elle parle au bébé, lui dit ce qu'elle fait, où elle l'habille et crée des souvenirs pour les parents, mais aussi un moment où son regard de soignante lui permet d'essayer de comprendre ce qu'il s'est passé.

Elle éprouve un sentiment de satisfaction du travail accompli, et fait de son mieux pour permettre au couple d'entamer le processus de deuil, dans les meilleures conditions possibles.

Entretien n°9 :

Sage-femme de 39ans, travaillant en maternité de type 1.

Accompagne assez rarement ces situations car travaille en maternité de type 1.

Elle évoque le fait que les émotions et réactions du couple impactent son propre vécu, et mentionne l'enjeu émotionnel important pour les professionnels et donc l'importance de savoir se protéger. Elle décrit les prises en charge de couples qui ne parlent pas comme étant plus difficiles.

La prise en charge multipatiente est difficile à vivre pour elle, elle exprime un malaise quant au fait que le couple dont l'enfant est décédé puisse entendre les pleurs des enfants vivants.

Elle explique que ce sont des prises en charge auxquelles elle repense à posteriori, et qu'elle n'en parle pas autour d'elle, mais que pour autant elle apprécie les accompagner car elle se sent utile. Elle explique avoir à cœur de bien faire, de faire au mieux pour accompagner ces couples en s'adaptant à leurs besoins.

Elle ne se précipite pas sur ces accompagnements, mais se sent à l'aise, et mesure l'importance de ces derniers pour les couples.

Dans la prise en charge du corps, elle évoque comment le terme de la survenue de la MFIU impacte son vécu : plus le terme est avancé, plus le parallèle avec les enfants nés vivants qu'elle accueille au quotidien est important et plus c'est difficile. Elle parle toujours au corps de l'enfant, y prête attention, l'habille, crée des souvenirs pour les parents, etc... Elle préfère être accompagnée dans ces moments-là.

Concernant l'équipe, elle décrit comment l'aide que ses collègues apportent sur la prise en charge du corps ou bien sur l'administratif est aidant pour elle.

De plus, elle exprime un besoin de reconnaissance de la complexité de son travail, comme de l'existence de la mort dans sa pratique.

Auteur : COYAULT Pauline	Diplôme d'Etat de Sage-Femme.
Titre : Accompagnement de la Mort Fœtale In Utero en salle de naissance.	
Résumé :	
<i><u>Introduction :</u></i> La MFIU représente, en France, 5.2 pour 1000 naissances en 2019. Elle fait partie intégrante du travail des sages femmes. Cependant, cet aspect est relativement méconnu du grand public, or nous savons que cet évènement, imprévu et imprévisible ne laisse pas les professionnelles indifférentes. Nous avons donc cherché à comprendre l'impact que la MFIU a sur ces dernières.	
<i><u>Objectif :</u></i> Notre objectif était de comprendre le vécu des sages-femmes lors de ces accompagnements, comment ils les impactent, tant sur le plan professionnel que personnel.	
<i><u>Méthode :</u></i> Etude qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs, auprès de sages-femmes diplômées de différents types de maternités de la région Auvergne-Rhône-Alpes.	
<i><u>Résultats :</u></i> La MFIU est un évènement inhabituel pour les sages-femmes. Elle a un enjeu émotionnel important pour ces dernières. Elle les amène à repenser leur fonctionnement et leur posture auprès des couples. De plus, elle impacte le vécu de leur garde, est pourvoyeuse de fatigue, et leur demande d'apprendre à contrôler leurs émotions. Nous avons également constaté que ces prises en charge impactaient leur vécu à posteriori, tant sur le plan personnel que professionnel.	
<i><u>Conclusion :</u></i> Cette étude nous a permis de nous saisir des conséquences de l'accompagnement de la MFIU chez les sages-femmes, tant sur leur vécu que sur la vision qu'elles ont de leur travail. Nous avons également pu comprendre leurs besoins afin de mieux vivre ces prises en charge, nous permettant la suggestion d'un projet de service afin de les y aider.	
Mots clés : mort fœtale, mort fœtale in utero, sage-femme, impact, vécu, deuil périnatal	

Title : Accompanying fetal death in the delivery room.
Abstract :
<i><u>Introduction :</u></i> In Utero fetal death represents 5.2 per 1000 births in France in 2019. It is an integral part of the midwives' work. However, this aspect is relatively unknown to the public, yet we know that this unforeseen and unpredictable event does not leave professionals indifferent. We therefore set out to understand the impact of IUFD on midwives.
<i><u>Objective :</u></i> Our aim was to understand the midwives' experience of this support, and how it impacts them both professionally and personally.
<i><u>Methods :</u></i> Qualitative study based on semi-structured interviews with midwives from different types of maternity in the Auvergne-Rhône-Alpes region.
<i><u>Results and discussion :</u></i> IUFD is an unusual event for midwives. The emotional stakes are high for them. It requires them to rethink the way they work and their posture with couples. Moreover, it impacts on the midwife's shift experience, causes fatigue, and requires learning how to control their emotions. We have also found that those situations can affect their personal and professional lives.
<i><u>Conclusion :</u></i> This study enabled us to grasp the consequences of IUFD support for midwives, both in terms of their experience and their vision of their work. We have also been able to understand their needs in order to better cope with this care, enabling us to suggest a service project to help them.
Key words : fetal death, in utero fetal death, midwives, impact, experience, perinatal mourning