



HAL
open science

Besoins des professionnels de santé en périnatalité suite à des prises en charge d'interruption médicale de grossesse : évaluation en Lorraine

Marie Tran

► **To cite this version:**

Marie Tran. Besoins des professionnels de santé en périnatalité suite à des prises en charge d'interruption médicale de grossesse : évaluation en Lorraine. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870350

HAL Id: hal-03870350

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870350>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Besoins des professionnels de santé en périnatalité
suite à des prises en charge
d'Interruption Médicale de Grossesse*

Evaluation en Lorraine

Mémoire présenté et soutenu par
TRAN Marie

Directeur de mémoire : TRABELSI Nadine
Sage-femme coordinatrice du Réseau Périnatal Lorrain

Promotion 2017

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Besoins des professionnels de santé en périnatalité
suite à des prises en charge
d'Interruption Médicale de Grossesse*

Evaluation en Lorraine

Mémoire présenté et soutenu par
TRAN Marie

Directeur de mémoire : TRABELSI Nadine
Sage-femme coordinatrice du Réseau Périnatal Lorrain

Promotion 2017

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord ma directrice de mémoire Mme TRABELSI, pour son soutien et sa gentillesse. Merci pour votre rigueur, pour tous vos conseils, votre disponibilité et votre bienveillance.

Un grand merci également à Mme CREUTZ, pour son aide concernant les parties statistiques et résultats de mon étude.

Merci à tous les cadres et professionnels de santé de Lorraine qui ont su répondre à ma demande et qui ont participé à ce projet.

Merci à Mesdames SIMON et ROUYER pour la relecture de ma bibliographie.

Merci à toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Nancy pour son accompagnement tout au long de nos années d'études. Une pensée particulière à Mme SOLIWADA, qui a toujours été discrète mais bien là pour nous soutenir.

Merci à mes camarades de promotion qui sont devenues de réelles amies, merci pour tous ces moments de rire et de partage, mais aussi de stress et d'angoisse. J'espère que nous serons toutes d'excellentes sages-femmes.

Merci particulièrement à toi, Doriane, pour ce long après-midi Epidata...

Je remercie aussi ma famille et mes proches, pour leur soutien sans faille.

A Carole, pour ta présence et tes encouragements durant ces 5 années de colocation.

Un énorme merci à Christine, pour l'impression des questionnaires et des 3 exemplaires du mémoire.

Enfin, un immense merci à Fabien, je t'ai déjà tout dit, je n'y serai jamais arrivée sans toi. Merci pour tout.

GLOSSAIRE

AP : Auxiliaire de Puériculture

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CPDP : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

DPC : Développement Professionnel Continu

GO : Gynéco-Obstétricien

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoire

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

RPL : Réseau Périnatal Lorrain

SF : Sage-Femme

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
GLOSSAIRE.....	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	6
MATERIELS ET METHODES.....	13
1. TYPE D'ETUDE.....	13
2. POPULATION CIBLE.....	13
3. OUTILS DE RECUEIL DE DONNEES	13
4. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE.....	15
5. ASPECTS ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE.....	15
RESULTATS	16
1. POPULATION ETUDIEE.....	16
2. DESCRIPTION DES DIFFICULTES	16
3. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE	19
DISCUSSION	21
1. EMOTIONS ET RESSENTI FACE AU CORPS DE L'ENFANT SANS VIE.....	22
2. RESTER PROFESSIONNEL FACE AU COUPLE.....	23
3. PROPOSITION D'AIDE PSYCHOLOGIQUE	25
4. OUTILS INSTITUTIONNELS A DISPOSITION DES SOIGNANTS ET L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE.....	30
5. LE ROLE DE LA SAGE-FEMME	32
6. LIMITES DE L'ETUDE	34
CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE	37
TABLE DES MATIERES	40
ANNEXES.....	41

INTRODUCTION

« Soyez-là, soyez-là avec ce que vous êtes, avec vos regards vrais et vos mots, si modestes soient-ils, mais soyez-là avec votre vérité et votre humanité, surtout ne nous laissez pas seul. » (1) Cette citation, extraite du livre « Le deuil des soignants » de la psychologue Monique PRIEUR-BERTRAND, décrit les paroles de parents face aux soignants qui les accompagnent lors d'une prise en charge d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG).

Par la suite, la psychologue ajoute « Mais pour être là, le professionnel lui aussi doit pouvoir s'appuyer sur d'autres. » Mais comment s'appuyer sur d'autres lorsque nous sommes professionnels de santé en périnatalité ? Devons-nous faire appel à un psychiatre, un psychologue ou un autre intervenant ? L'enjeu de ce travail de recherche réside dans ce questionnement.

C'est dans les années 70 que le terme d'IMG voit le jour en France, qui distingue cet acte de l' Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (2). En effet, il s'agit de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'IVG qui s'inscrit désormais dans la juridiction française. Le terme « d'interruption volontaire de grossesse pour raison thérapeutique » était alors utilisé.

La réglementation actuelle concernant l'IMG est régie par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001. D'après l'article 12, l'ancien terme est remplacé par « interruption volontaire de grossesse pour motif médical » (3).

A l'heure où la loi octroie une limite de temps à l'IVG, mais *a contrario*, permet l'IMG « à toute époque de la grossesse » (3) (4), cet arrêt de vie *in utero* fait émerger beaucoup d'interrogations éthiques, de tensions et de conflits de valeurs. Ce contexte difficile de prise en charge d'IMG peut finir par peser sur les équipes.

Pour illustrer toute la complexité de cette décision médicale, nous pouvons citer Jean-Christophe WEBER qui écrit dans son article consacré au foeticide : « Le seul fait que ces décisions et ces actes se fassent dans un contexte médical maintient l'idée qu'il existe des normes non individuelles permettant de trancher entre la vie bonne et la vie qui ne mérite pas d'être vécue. » (5)

Dans ce contexte particulier, il est indispensable que toute une chaîne de soins soit mise en place de manière systématique. Mais qui sont réellement les acteurs de cette démarche ?

La place du médecin gynéco-obstétricien (GO) y est centrale, comme le stipulent les textes de loi (4).

Le pédiatre a aussi un rôle dans cette prise en charge. En effet, il peut être amené à voir les parents en anténatal pour leur expliquer en détail la maladie dont leur enfant est atteint. Enfin, il devrait être systématiquement appelé en salle de naissance par l'équipe obstétricale, notamment s'il y a décision de prise en charge palliative.

Sur le plan purement technique de l'IMG, il est systématiquement proposé à la patiente une analgésie péridurale dès le début du travail, afin de « ne pas rajouter la douleur physique à la douleur psychologique » (6). Cela relève de la compétence des médecins anesthésistes ; la patiente sera vue en consultation systématiquement dès que la décision d'interruption est prise (7).

La sage-femme (SF) a une place primordiale dans une prise en charge d'IMG. Bien qu'elle n'intervienne pas directement dans cette décision, elle est indispensable à son déroulement avant, pendant et après l'expulsion. Elle établit un lien réel avec la patiente et doit être capable d'accompagner professionnellement et humainement cet arrêt de vie (7).

La profession de SF requiert un accompagnement des parents lors de la naissance de leur enfant, que celui-ci soit en vie ou décédé. En effet, dans une situation d'IMG, l'accouchement d'un enfant mort-né issu d'un foeticide, ou avec décès imminent reste avant tout une naissance, et la SF est en première ligne pour soutenir les parents.

Magalie DELAHAYE, SF dans la région parisienne depuis plus de 20 ans, a participé à l'écriture d'un livre, celui de la collection « Etudes sur la mort » paru en 2001. Elle décrit le rôle prépondérant de la SF pendant une IMG : « La sage-femme, d'une manière symbolique, permet d'humaniser la situation, de la "démédicaliser", de la simplifier en la "normalisant", même si d'emblée cela fait peur aux parents. » (8)

Enfin, les auxiliaires de puériculture (AP) sont aussi impliquées dans cette prise en charge. Bien souvent, elles se retrouvent démunies face à cette situation puisque les formations les concernant restent rares, ou peu accessibles.

De plus, elles ne sont pas toujours présentes lors des transmissions aux changements de garde de l'équipe médicale, ce qui peut engendrer des difficultés supplémentaires.

Ainsi, cette équipe multidisciplinaire accompagne ces couples à une fin de vie, celle de leur enfant. La qualité de l'accompagnement détermine les conséquences qui en découlent. Son défaut peut engendrer des difficultés, qu'elles soient conjugales, physiques ou psychologiques...

À l'inverse, une prise en charge adaptée, professionnelle et humaine diminuerait les séquelles liées à ce moment difficile dans la vie d'un couple (7).

Il nous semble évident qu'une IMG amène des difficultés dans la prise en charge des soignants. Ce travail de recherche a pour but, dans un premier temps, de rechercher la nature de ces difficultés rencontrées sur le terrain.

Des références bibliographiques les démontrent et notre participation, à travers différents stages sur le terrain, les confirment. En effet, nous avons eu l'occasion de prendre en charge des couples, dont la décision d'IMG a été acceptée. Travailler dans ces conditions fut difficile. Nous nous sommes alors demandé ce que nous pouvions faire pour améliorer les conditions de travail des soignants, d'où la naissance de ce projet.

Michel DELBROUCK, secrétaire de la société Balint (Belgique) s'occupe de la relation médecin/malade depuis 25 ans. Il a écrit un livre sur le burn out des soignants. En voici un extrait qui témoigne de la difficulté des soignants face à ce contexte d'IMG : « Outre l'écho que ces pertes ont sur la personne humaine, il apparaît que l'accompagnement des parents endeuillés fait peser une charge spécifique qui rend souvent le quotidien insupportable et sape les énergies vitales. » (9)

GAREL et GREEN, deux épidémiologistes spécialisés dans la recherche pour la santé de la femme et l'enfant à l'INSERM, ont aussi écrit plusieurs articles sur les soignants face à l'IMG. Pour eux, « l'interruption médicale de la grossesse représente aussi une épreuve pour les soignants » (10) (11).

JALLINOJA et al confirment cette théorie : « L'IMG est non seulement une épreuve pour la femme ou le couple parental, mais aussi pour les soignants. » (12)

Nul doute alors que donner naissance à un enfant décédé *in utero* ou peu après est toujours difficile à surmonter. La patiente, le couple et l'équipe sont tous touchés.

Le Pr Jacques MILLIEZ, utilise le mot « douleur » pour traduire les difficultés de son équipe face à cette situation. « Telle est notre douleur, entre la joie d'accueillir le premier souffle et la tristesse et les pleurs en recevant le dernier souffle de ces petits à peine nés. » (13)

La SF en particulier est un « pilier » dans l'équipe médicale, et son rôle est important. Elle est « actrice de la naissance, [...] et est dans l'exercice de son art, confrontée à la mort » (8). Dans une étude consacrée à ce thème, WEBER confirme que « l'ensemble des sages-femmes souligne qu'avoir à prendre en charge ces IMG tardives est émotionnellement très pénible et difficile à vivre » (14).

Nous pouvons donc nous demander si un retentissement psychologique, qu'il soit faible ou important, peut apparaître chez les soignants après une prise en charge d'IMG. En effet, même si, par la définition même du mot *fœtus*, celui-ci reste *in utero*, il existe réellement un deuil, celui des parents mais aussi celui des soignants, car subsiste bien une « rencontre » entre soignant/soigné, même à travers le ventre de la mère.

Enfin, la psychologue Monique PRIEUR-BERTRAND rappelle que « Si dans les Services Hospitaliers, la compétence et le professionnalisme s'allient à la haute technicité, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un lieu où se côtoient et travaillent des êtres humains faits de leur propre histoire, histoire qui a modelé les réponses émotionnelles de chacun face à la vie, parfois la mort, la souffrance souvent. » (1)

Lorsqu'il s'agit d'accompagner un deuil, les soignants sont donc automatiquement renvoyés à leur propre histoire, et leurs émotions font parfois surface.

Elle poursuit en affirmant que les équipes sont soumises à des difficultés d'ordre moral et psychologiques : « Comment douter que ces mouvements psychiques ne fassent violence au soignant lors de l'accompagnement. » (1)

WEBER disait « Malgré l'encadrement légal strict de l'IMG, les soignants ont le sentiment d'accomplir un acte interdit. » (5) Pourquoi ? Parce que ce qu'il ressort du geste du médecin, ce n'est pas celui d'un soin à visée thérapeutique ou curative. Paradoxe de la situation, ce n'est pas un acte qui sauve la vie. Or la définition du rôle du médecin n'est-ce pas cela même ?

Caroline MILER SALAZAR, à l'occasion de son diplôme de fin d'études (2013) a écrit une thèse intitulée « Situations éthiques périnatales difficiles : proposition de recommandations professionnelles pour le réseau périnatal lorrain. » (15) Une partie de l'étude incluait la prise en charge psychologique des soignants dans ce contexte de situations cliniques difficiles. Elle avait conclu : « La proposition d'accompagnement psychologique doit également être faite systématiquement aux soignants ayant participé à une étape de la prise en charge d'une IMG, ayant accompagné un nouveau-né vers le décès en salle de naissance.» Il ressortait également de son étude que la création de groupes de parole serait une modalité possible de soutien. Cependant, cette proposition n'était pas idéale puisque certains soignants lui reprochaient un souci de confidentialité par rapport à leurs collègues. Le véritable besoin d'un accompagnement psychologique pour les soignants reste alors à démontrer.

Le Dr Michel DIEDISHEIM se penche quant à lui sur l'importance de la formation des soignants (16) : « La formation des professionnels impliqués dans ces procédures de deuil périnatal est essentielle et doit se faire par une formation initiale mais aussi par une formation continue. » Il semble donc qu'un accès à une formation des soignants ainsi que la mise en place de protocoles au sein des établissements de santé soit une des solutions pour palier aux besoins des équipes.

Le professeur Philippe ENGELMANN, GO depuis 30 ans décrit l'IMG dans une revue consacrée à ce thème (17) :

Il s'agit d'une expérience d'humanité et non d'une expérience technique : quand le premier et le dernier souffle se confondent, lorsque l'accompagnement du naissant rejoint celui du mourant, la proximité du soignant explique sa souffrance et son mal-être. Aux frontières de la vie, il est des cas extrêmes où les médecins, les infirmières, les familles s'interrogent avec trouble sur le patient qui leur est confié.

Les professionnels « s'interrogent avec trouble ». Ainsi, le retentissement psychologique exercé sur les soignants lors d'une prise en charge d'IMG semble être démontré.

C'est là tout l'intérêt de notre étude : Après avoir décrit leurs difficultés, comment aider ces soignants ? Des solutions pour y remédier viennent d'être abordées. Cependant, répondent-elles au besoin réel des professionnels de santé ?

Face à cette interrogation, nous exposons notre question de recherche :

Prise en charge psychologique pour les professionnels de santé impliqués dans une situation d'IMG : Quelles sont leurs attentes et comment y répondre ?

L'objectif principal de l'étude est d'analyser la nature des difficultés des soignants confrontés à une situation d'IMG.

Les objectifs secondaires sont de déterminer s'ils éprouvent un besoin de soutien psychologique (ou autre) et de rechercher quel(s) type(s) de soutien serai(en)t le(s) plus adapté(s) selon eux, afin d'améliorer leurs conditions de travail, et donc, leurs disponibilités pour une prise en charge personnalisée du couple.

Les hypothèses de l'étude sont :

1. Les soignants ont des difficultés quant à l'accompagnement de ces couples :

- un manque de formation concernant le deuil périnatal et sa prise en charge,
- une mise en place de protocoles pour une prise en charge des couples dans le cadre d'un accompagnement d'IMG parfois inexistante selon les établissements,
- une culpabilité des soignants au moment de l'arrêt de vie du *foetus*,
- la mort est un sujet embarrassant pour les soignants et ils ont peur de s'y confronter,
- un rapport au corps de l'enfant sans vie difficile,
- un manque d'expérience selon l'ancienneté de la profession,
- une communication délicate avec le couple,
- l'histoire, la culture et la religion de chacun qui peut influencer la prise en charge,
- un nombre important de démarches administratives à remplir dans ce contexte,
- le devoir de rester professionnel face aux couples.

2. Les soignants souhaitent une prise en charge adaptée et formalisée à l'issue d'un accompagnement d'IMG. Le groupe de parole, constitué de toutes les professions et d'un psychiatre/psychologue, serait une des modalités d'aide la plus adaptée dans ce contexte.

MATERIELS ET METHODES

1. TYPE D'ETUDE

Afin de répondre à la problématique, d'atteindre les objectifs et d'évaluer la validité des hypothèses, une étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique par recueil de données a été proposée.

2. POPULATION CIBLE

La population étudiée correspondait à tout soignant des maternités de Lorraine ayant déjà pratiqué, assisté, ou accompagné une demande d'IMG (GO, pédiatres, anesthésistes, SF, AP). Le nombre de personnes n'étant pas limité, tous les professionnels volontaires ont pu y répondre.

Ont été exclus de l'étude les soignants n'ayant jamais eu l'occasion de pratiquer, assister, ou accompagner une demande d'IMG et les personnes ne pratiquant pas les professions précédemment citées.

3. OUTILS DE RECUEIL DE DONNEES

3.1. Mode de recueil et variables recueillies

Le recueil de données a été effectué à partir d'un questionnaire (Annexe I), composé de questions fermées et semi-fermées, distribué aux différents professionnels de santé.

Il comprenait des questions d'ordre général et des questions sur les difficultés rencontrées par les soignants.

Enfin, des questions sur leur avis concernant leur prise en charge psychologique furent aussi abordées.

Chaque cadre des maternités a été informée par téléphone ou par entretien direct, et 20 questionnaires par maternité ont été envoyés par courrier, ou déposés directement dans les services dans la période allant du 15 au 30 octobre 2016.

Nous avons joint aux questionnaires une enveloppe préaffranchie pour que les cadres puissent les renvoyer plus aisément. Le retour des enveloppes s'est effectué de la période allant du 15 novembre au 8 décembre 2016.

3.2. Critères de jugements principal et secondaire

Le critère de jugement principal furent les difficultés que rencontraient les soignants, à la fois au niveau médical et lors de la prise en charge du couple dans une situation d'IMG.

Le critère de jugement secondaire était le fait que les soignants aient besoin d'un soutien psychologique ou non par la suite.

3.3. Contrôle et saisie des données - Minimisation des biais

Pour le contrôle du questionnaire avant envoi, celui-ci a été testé auprès des membres de la Commission Deuil du Réseau Périnatal Lorrain (RPL).

La saisie des données s'est effectuée dans la période allant du 09 décembre 2016 au 02 février 2017.

Afin de limiter un biais de sélection et d'avoir un nombre suffisant de retours, la distribution des questionnaires s'est étendue à toutes les maternités de Lorraine. Ainsi, nous avons obtenu une meilleure exhaustivité des réponses.

De plus, avant l'envoi des questionnaires, les cadres des différentes maternités ont été contactées pour leur expliquer le projet. Ainsi, par l'intermédiaire de ces cadres, un biais lié à la non-réponse des soignants a été minimisé.

4. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE

4.1. Logiciels utilisés

Afin de réaliser notre étude, les logiciels Excel, Epidata 3.1 et Epidata Analysis ont été utilisés.

4.2. Tests statistiques et seuil de signification

Les données ont été analysées de manière descriptive avec des pourcentages. Nous avons également effectué des comparaisons uni-variées avec les tests de Chi² et Student.

Dans certains cas, les tests de Chi² n'étaient pas significatifs avec un $p > 0,05$.

4.3. Gestion des données manquantes

Sur les 20 maternités de Lorraine, 7 d'entre elles n'ont pas participé à l'étude, puisqu'elles orientent directement les patientes vers des centres de référence, ou parce que les cadres ne souhaitaient pas faire partie du projet.

De plus, tous les questionnaires envoyés n'ont pas été remplis, et pour certaines questions, les professionnels de santé n'ont pas répondu. Il y a donc eu quelques données manquantes sur celles-ci.

5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Le questionnaire étant anonyme, le maintien du secret professionnel fut établi.

La distribution a été réalisée après validation de Mme TRABELSI, de Mme MENCONI (psychologue à la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy) et comme énoncé précédemment, après un test auprès des membres de la Commission Deuil du RPL.

Ainsi, il a respecté les règles d'éthique et de déontologie, et a veillé à ne pas nuire aux professionnels de santé interrogés.

RESULTATS

1. POPULATION ETUDIEE

Au total, 141 professionnels de santé ont répondu au questionnaire.

La moyenne des années d'exercices étaient de 16 ans pour les médecins, 16 ans également pour les SF et 17 ans pour les AP.

De plus, la plupart des soignants ayant répondu au questionnaire faisaient partie d'établissements de type 2B (42,6%). (Tableau 1 - Annexe II)

Enfin, 73,0% des professionnels interrogés ont pris en charge moins de 5 fois une IMG sur l'année 2015.

2. DESCRIPTION DES DIFFICULTES

Tableau 2 : Description et comparaison des difficultés par profession - Lorraine (2016-2017)

	Médecins		Sages-femmes		Auxiliaires de puériculture		Total		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Effectif	22	(15.6)	78	(55.3)	41	(29.1)	141	(100)	
Difficultés en <i>antepartum</i>	14	(63.6)	44	(56.4)	22	(55.0)	80	(56.7)	0.790
Difficultés en <i>perpartum</i>	16	(72.7)	56	(71.8)	27	(69.2)	99	(70.2)	0.954
Difficultés en <i>postpartum</i>	6	(27.3)	18	(23.1)	9	(22.0)	33	(23.4)	0.888
Accès à une formation	2	(9.1)	38	(48.7)	13	(31.7)	53	(37.6)	0.002
Besoin d'une aide psychologique	15	(68.2)	37	(47.4)	18	(43.9)	70	(49.6)	0.155

N = effectif

Les difficultés des professionnels se retrouvant principalement en *antepartum* et *perpartum*, nous avons décidé de ne pas aborder le *postpartum* dans les résultats.

Les figures 1 et 2 détaillent les différentes difficultés auxquels ils sont confrontés pour ces deux temps de prise en charge. Nous avons défini la période de l'*antepartum* comme débutant de l'annonce aux parents de l'accord de l'IMG par le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDP) jusqu'à la prise en charge avant le début du déclenchement du travail.

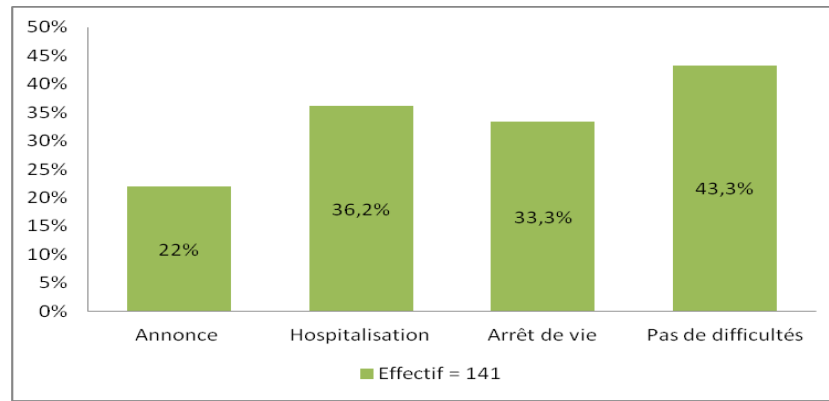


Figure 1 : Difficultés des professionnels de santé en *antepartum*.

Parmi les soignants éprouvant des difficultés en *antepartum*, la moyenne d'années d'expérience professionnelle était de 14 ans. Pour ceux qui n'en ressentaient pas, la moyenne s'élevait à 19 ans ($p < 0.05$).

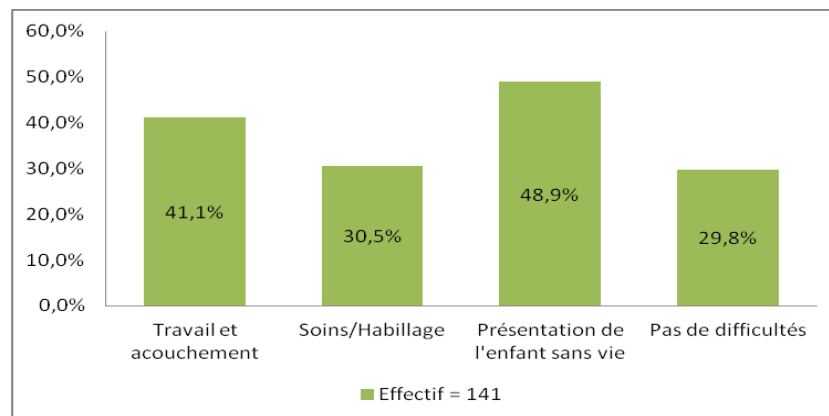


Figure 2 : Difficultés des professionnels de santé en *perpartum*.

La moyenne d'années d'expérience des professionnels de santé qui avaient des difficultés en *perpartum* était de 14 ans et celle de ceux qui n'en avaient pas était de 22 ans ($p < 0.05$).

Quelque soit le type de maternité, les difficultés dans le *perpartum* s'élevaient entre 60 et 84,2%. ($p < 0.05$) (Tableau 3 - Annexe II)

Les moments les plus difficiles pour les soignants dans le *perpartum* se retrouvaient à chaque fois qu'ils étaient confrontés à la patiente/au couple : nous avons relevé que pour la communication avec le couple, 60,3% des professionnels éprouvaient des difficultés,

la principale étant le fait que les couples soient renfermés face à la situation (77.6%).
(Tableaux 4 et figure 3 - Annexe II)

Pour le remplissage des documents administratifs lors du travail et de l'accouchement, 46.8% des professionnels de santé les trouvaient compliqués et 38.1% souhaitaient les simplifier.

De plus, devoir rester professionnel pendant cette partie de l'accompagnement était difficile pour les soignants à 37.6%. Cependant, 75.9% d'entre eux trouvaient cela normal et 38.3% justifié.

Pour la difficulté lors de la présentation de l'enfant, nous avons pu la mettre en lien avec les sentiments que pouvaient éprouver les soignants juste avant, face à ce corps sans vie: 69.5% ressentaient de la tristesse, 61% du respect, et 41.1% le besoin de prendre un temps nécessaire pour la prise en charge de l'enfant.

Concernant le sujet de la mort pouvant mettre en difficulté les professionnels, 34.7% ont répondu oui, avec un total de 49 réponses.

Ainsi, 92 personnes n'ont pas répondu à la question. (Tableau 5 - Annexe III)

Pour la partie évoquant l'accès aux formations, ceux qui ont pu en bénéficier ont décrit des difficultés à 49.1%, contre 62.1% pour ceux qui n'en n'ont pas eu pour la période de l'*antepartum*. ($p > 0.05$)

Pour le *perpartum*, les taux s'élevaient à 69.2% et 72.4% respectivement pour les formés et les non formés. ($p > 0.05$)

Enfin, devoir rester professionnel était difficile à 26.4% pour le personnel formé contre 44.3% pour les non formés. ($p < 0.05$).

Sur l'avis des professionnels quant à l'existence de protocoles pour la prise en charge des IMG au sein de leur établissement, 27% ont répondu "Oui celui du RPL", 37.6% "Oui, un protocole local" et 35.5% "Non".

Parmi ceux qui ont répondu "non", 92% ne savaient pas s'il existait un protocole dans leur établissement.

Parmi les personnes qui ont répondu "Oui, celui du RPL", 89.5% d'entre eux le trouvaient adapté.

En ce qui concerne la question sur l'histoire, la culture et la religion de chacun qui pouvait influencer la prise en charge, 61.7% des soignants ont répondu oui.

3. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Au total, 73.8% des professionnels de santé ressentaient le besoin de parler après une prise en charge d'IMG. A 81.7%, cela a pu leur apporter une aide.

De plus, 72.3% des participants pensaient à ces couples dans leur vie privée et pour 20.6% d'entre eux, pendant plus d'un mois après la prise en charge.

Après une IMG, 98.1% des soignants en parlaient à leurs collègues, 38.5% à leurs famille ou proches, et 12.5% au psychologue de l'établissement. (Figure 4 - Annexe III)

Tableau 6 : Avis des soignants sur l'instauration d'une aide psychologique - Lorraine (2016-2017)

	N	(%)
Oui	70	(49.6)
Non	71	(50.4)
Total	141	(100.0)

N = effectif

Parmi les personnes qui ne souhaitaient pas d'aide psychologique, 73.2% n'y voyaient pas l'utilité. Enfin, 14.1% des professionnels souhaitaient instaurer une aide autre que psychologique comme des formations et protocoles plus claires, de la méditation, de la sophrologie ou de l'hypnose.

Nos derniers résultats faisaient l'objet des différents types d'aide psychologique souhaités par les professionnels de santé demandeurs d'une prise en charge médicalisée et professionnelle suite à une IMG.

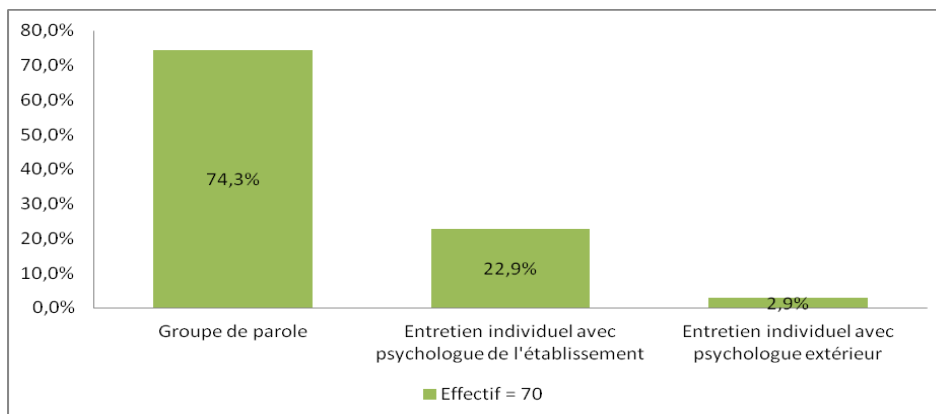


Figure 5 : Forme d'aide psychologique souhaitée par les professionnels de santé.

Pour la constitution du groupe de parole :

- 55.8% souhaitaient en multidisciplinaire,
- 95.8% avec la présence du psychologue de l'établissement,
- 51% avec la présence du cadre.

Pour la fréquence et le moment du groupe de parole :

- 84.3% à la demande de l'équipe,
- 49% souhaitaient deux temps de parole : directement après la garde et différé dans le temps.

Enfin, à la question "Seriez-vous favorable pour instaurer un groupe de parole au sein de votre établissement ?" 136 réponses furent enregistrées : 44.9% y étaient favorables.

DISCUSSION

Notre enquête a pu faire émerger plusieurs points de discussion en fonction des hypothèses proposées. Les apports théoriques et les résultats de notre étude ne semblent pas être en totale concordance sur certains points, notamment sur le besoin d'une prise en charge psychologique.

De manière globale, notre travail a révélé que les difficultés des soignants lors d'une prise en charge d'IMG se retrouvaient essentiellement en *perpartum* (70.2%), en particulier lors du travail, de l'accouchement et de la présentation de l'enfant sans vie. Ceci, significativement pour tous les types de maternité. Nous avons aussi retrouvé cette difficulté en *perpartum* autant chez les professionnels formés que les non formés, mais ce résultat n'est pas significatif.

Nous pouvons alors remarquer que les moments les plus difficiles pour les soignants correspondent aux moments où ils sont face au couple, et qu'ils doivent les accompagner dans une période où leur souffrance prend le dessus.

Effectivement, pendant le travail et l'accouchement, les soignants ont un rôle d'accompagnement de cette naissance qui deviendra, lors de la présentation de l'enfant sans vie, un deuil pour les parents.

A chacune de ces étapes, les professionnels sont en interaction avec le couple et ce sont ces moments là qui semblent être les plus difficiles pour les équipes.

La discussion de cette étude se divisera en 4 parties :

- Les émotions et le ressenti face au corps de l'enfant sans vie,
- Le devoir de rester professionnel,
- L'avis sur la proposition d'une aide psychologique,
- Les outils institutionnels à disposition des soignants et l'expérience professionnelle.

1. EMOTIONS ET RESENTI FACE AU CORPS DE L'ENFANT SANS VIE

Catherine MERCADIER, dans son livre sur le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, nous sensibilise sur ce sujet : « Gérer ses émotions, c'est aussi veiller à ce qu'elles ne dépassent pas un certain seuil, un seuil de tolérance au-delà duquel le soignant risque d'être embarqué dans la violence ou écrasé par l'impuissance. » (18)

D'après notre étude, ces émotions les plus partagés par les professionnels de santé face au corps de l'enfant sans vie étaient la tristesse et le respect. Une SF partageait son ressenti face à son expérience sur le terrain : « Lors de l'accouchement, j'ai été obligé de sortir de la salle car trop d'émotions devant le corps de cet enfant sans vie, moment de pleurs avec l'équipe. » Les pleurs pourraient donc représenter cette tristesse qui domine, mais nous pouvons cependant nous demander pourquoi ressentent-ils de la tristesse et à quel point ? Est-ce juste une sorte de compassion ou dépassent-ils certaines limites et se projettent personnellement dans l'histoire du couple ?

L'étude de GAREL et al « Le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance » (19) a retrouvé des résultats similaires concernant les émotions des SF : les deux plus fréquentes étaient la compassion et la tristesse.

De plus, il avait noté que les sentiments d'anxiété, de culpabilité ou d'embarras n'étaient pas signalés dans un premier temps. Nous retrouvons les mêmes résultats dans notre étude : à la question sur les difficultés (et donc peut être la culpabilité) des soignants au moment de l'arrêt de vie du *fœtus*, le taux ne s'élevait qu'à 33.3%. Cependant, nous nous devons de prendre en compte ce résultat.

Nous avons également relevé que 41.1% des soignants prenaient un temps nécessaire pour prendre en charge cet enfant sans vie. Le questionnement qui en ressort est : Pourquoi plus de la moitié des participants ne prennent-ils pas ce temps ? Par peur de se confronter à ce corps sans vie, à la mort ?

En effet, nous avons émis l'hypothèse que la mort était un sujet difficile à appréhender pour les professionnels de santé.

D'après notre étude, nous avons enregistré sur ce sujet uniquement 49 réponses sur les 141 participants. Nous pouvons donc penser que la mort est bien un sujet tabou et que les professionnels ne souhaitent pas s'exprimer dessus.

De plus, une SF témoignait sur le thème : « Je ne sais pas quels sont les mots à privilégier, les phrases à éviter lorsque ça concerne la mort d'un enfant. »

Face à la mort, le soignant ressent des émotions d'injustice et d'échec. Les progrès de la médecine peuvent entraîner un sentiment d'impuissance voire de culpabilité. Mais la mort entraîne bien souvent de la tristesse comme le prouve notre étude, car elle nous renvoie à notre propre vie. MERCADIER continuait dans son livre : « La mort affecte par elle-même, parce qu'elle est l'anéantissement de l'Homme : la mort de l'autre renvoie à notre futur plus ou moins proche, mais inéluctable. » (18)

Dans ce contexte particulier, nous pouvons nous demander si la mort de l'enfant du couple ne renvoie pas à la propre histoire de famille des soignants, d'autant plus s'ils ont eux même des enfants. En effet, un SF homme avait exprimé des difficultés à prendre en charge des IMG durant la période où sa propre femme était enceinte.

Ainsi, notre hypothèse sur le rapport difficile au corps sans vie de l'enfant se confirme. Si la tristesse domine, c'est parce que ce corps sans vie signifie bien que cet enfant est mort, et c'est cela qui semble difficile à gérer pour les soignants.

Ce sujet de la mort qui est tabou et la culpabilité lors du foeticide sont aussi validées.

2. RESTER PROFESSIONNEL FACE AU COUPLE

Dans cette partie, nous parlerons des difficultés à communiquer avec le couple, l'influence de l'histoire, la culture et la religion sur la prise en charge et la nécessité de rester professionnel pour répondre aux besoins d'accompagnement du couple.

Dans notre étude, nous avons affirmé que les soignants pouvaient avoir une communication adaptée mais délicate avec le couple, notamment parce que ceux-ci sont souvent « assommés » par ce qui arrive, ce qui peut traduire un couple renfermé. Mais

ces résultats nous interpellent : est-ce que les couples sont réellement renfermés ou est-ce que ce sont plutôt les soignants qui n'arrivent pas à se rendre disponibles pour eux, pour qu'ils puissent exprimer leurs sentiments et entrer en communication avec confiance ?

En effet, une SF écrivait : « Le langage doit être adaptée pour ne pas heurter les parents. » Une SF coordinatrice quant à elle témoignait : « Face au corps de l'enfant sans vie, j'essaye de faire en sorte que mes actes ne provoquent pas un deuil pathologique pour les parents. », preuve que la communication ne passe pas seulement par le langage, mais aussi par les actes et les gestes à l'égard du couple et de leur enfant décédé.

Alors comment les aider sans les heurter ? Magalie DELAHAYE conseille de respecter un temps d'acceptation pour que s'établisse un climat de confiance et d'écoute (8).

Nous avons également confirmé l'influence de l'histoire personnelle, la culture et la religion sur la prise en charge des couples, ceci pouvant engendrer des difficultés supplémentaires pour les soignants, puisque plus de deux tiers d'entre eux ont répondu positivement à la question. Les soignants sont des professionnels mais aussi des humains, avec des histoires différentes et propres à chacun. Il est souhaitable de ne pas faire abstraction de notre histoire de vie et de nos convictions personnelles lors d'une prise en charge de patients, quelque soit l'issue de la naissance.

Prendre la distance professionnelle nécessaire pour ne pas s'immiscer dans l'intimité du couple tout en restant en adéquation avec nos valeurs nous semble essentiel.

Enfin, en ce qui concerne la nécessité de rester professionnel lors de la prise en charge et le fait de ne pas s'impliquer auprès des couples, nous avons émis l'hypothèse que ce point était une des difficultés pour les soignants.

Plus d'un tiers des participants trouvaient difficile de rester professionnel. Nous pouvons penser que les soignants formés seraient plus à l'aise par rapport aux non formés puisqu'ils ont significativement moins de difficultés à rester professionnel dans une prise en charge d'IMG. Nous reparlons de la formation dans la 4ème partie de cette discussion.

Rester professionnel c'est surtout avoir de l'empathie. Dans notre étude, une SF s'exprimait sur le sujet : « Devoir rester professionnelle pour la SF n'empêche pas le fait d'avoir de l'empathie, de l'écoute, et d'être présent pour le couple. C'est justement là notre devoir, même si c'est compliqué. »

En effet, l'empathie est une chose essentielle en périnatalité, encore plus lors d'un accompagnement vers le deuil. La question est de savoir jusqu'où peut-elle aller et jusqu'où chacun des soignants est prêt à s'investir ?

Le Pr ENGELMANN écrivait : « Quant au fait d'accompagner un couple demandeur d'une interruption médicale de grossesse, il implique de se risquer dans une relation personnelle avec ce couple, de le rejoindre dans le fil de ses pensées et d'être capable d'assumer cette proximité. » (17)

La difficulté réside ici, « être capable d'assumer cette proximité ». D'après les résultats de notre étude, rester professionnel semble être une notion normale pour les soignants, même si elle reste difficile à gérer. Un médecin rapportait librement dans le questionnaire : « En tant que médecin, il est difficile de gérer une situation d'IMG car il faut gérer le coté professionnel et humain à la fois. »

Une SF écrivait : « Nous sommes humains et il est aussi important que les patientes le sentent. »

Cette équipe médicale doit donc trouver les compétences pour un accompagnement sincère, réel et respectueux, sans pour autant s'impliquer dans la vie du couple.

Ainsi, nos hypothèses sur la difficulté de communiquer avec le couple, et l'influence que peuvent avoir notre histoire et convictions personnelles sont confirmées. Celle sur la difficulté de devoir rester professionnel et soi-même l'est aussi.

3. PROPOSITION D'AIDE PSYCHOLOGIQUE

Cette partie tente de répondre *in fine* à la problématique de notre étude. Notre travail a démontré des résultats et des avis partagés à quasiment 50% concernant la mise en place d'une aide psychologique pour les soignants après une IMG.

Nous diviserons cette partie en 2 sous-parties.

3.1. Retentissement psychologique

Si, dans la plupart des cas, les professionnels de l'étude ont besoin de parler suite à une prise en charge d'IMG, ils le font majoritairement avec leurs collègues et cela suffit pour les aider. Nous pouvons confirmer qu'il existe un retentissement psychologique car la plupart pensent à la situation dans leur vie privée.

GAREL et al (19) confirmaient déjà cette hypothèse puisque toutes les SF sauf une interrogées dans leur étude ont déclaré qu'elles pensaient à ces couple après la garde.

De plus, nous retrouvons également des résultats similaires puisqu'ils avaient relevé que 87% des SF parlaient majoritairement à leurs collègues (98.1% dans notre étude) puis à 44% à leurs familles (38.5% dans notre étude). Enfin, seulement 17% des SF ressentaient le besoin de parler à un psychologue ou un psychiatre de l'établissement dans leur étude (12.5% pour la nôtre).

Une question nous est alors apparue : Parler à ses collègues pour échanger sur cette situation pesante est une chose, mais est-ce vraiment la solution pour répondre à un besoin professionnel ? De plus, les soignants ont tendance à se confier auprès de leurs amis et proches, ce qui peut raviver des histoires profondes et personnelles... Où se situent donc les limites de la confidentialité, voire même du secret professionnel dans ces conditions ?

Nous ne pouvons pas prétendre qu'une discussion avec des collègues ou sa famille soit une discussion professionnelle et médicalisée, et qu'elle serait la solution dans un cadre de soutien « psychologique ».

Selon notre avis, la famille n'est pas un lieu pour s'épancher. Nous pouvons même mettre dans l'embarras nos proches, souvent démunis et impuissants face à des situations inhabituelles, voire totalement étrangères pour eux.

3.2. Instauration d'une aide psychologique

Suite au retentissement psychologique exercé sur les soignants, nous avons émis l'hypothèse d'un avis favorable de leur part quant à l'instauration d'une aide psychologique après une prise en charge d'IMG.

Nos résultats ne l'ont pas confirmée puisqu'il n'y avait quasi que la moitié des soignants (49.6%) souhaitant une aide psychologique, et ce sont les médecins qui étaient plus demandeurs (68.2%) par rapport aux SF (47.4%) et AP (43.9%). Cela résulte peut-être du fait que l'accès aux formations sur le deuil périnatal semble être plus facile pour les SF que pour les médecins. En effet, nous considérons souvent qu'ils sont plus aptes à gérer leurs émotions face à ces situations du fait de leur métier. Mais notre étude a révélé qu'ils étaient autant concernés que les autres professions puisqu'elle a rassemblé pas moins de 15% de médecins énonçant leurs difficultés de prise en charge d'IMG.

WEBER dans son étude, a effectivement relevé la difficulté et la gêne pour l'ensemble des médecins d'avoir à « annoncer un diagnostic grave mais en partie incertain » (14) *en prepartum*.

De plus, Jean LEONETTI, dans une interview donnée par le journal L'Humanité Dimanche, parlait du poids de la responsabilité des médecins, notamment dans le cadre de l'euthanasie et de l'acharnement thérapeutique. Il disait : « La société s'est "déarrassée" de la mort sur les médecins qui ne peuvent assumer la complexité de la finitude des individus. » (20)

Nous pouvons faire le lien avec notre sujet. Cette finitude des individus peut aussi concerner la médecine anténatale car « que ce soit avant ou pendant la réalisation de l'IMG, une interrogation récurrente traverse les professionnels : la décision prise est-elle une bonne décision ? » (14)

Les médecins du CPDP ont donc une responsabilité partagée et ont à se prononcer sur la légitimité de cette décision qu'il leur incombe de réaliser, et ce, d'une manière irréversible. Mais lors du foeticide, le médecin qui réalise l'acte se retrouve seul face au couple, ce qui ne fait qu'accentuer ce sentiment gêne.

Si un appui psychologique ne semble pas être la solution idéale, il est à noter que d'autres aides non psychologiques ont été proposées dans notre étude.

Pourtant, la circulaire interministérielle du 19 juin 2009 (21) concernant les démarches administratives et légales dans ce contexte encourageait à la mise en place d'un soutien psychologique dans les équipes, surtout pour les débutants dans l'annexe I :

Enfin, il est essentiel, en particulier dans les premiers temps de leur affectation dans le service, que les professionnels qui interviennent dans l'accompagnement du deuil périnatal puissent également bénéficier de la possibilité d'échanger entre eux au cours de réunions spécifiques sur les difficultés qu'ils rencontrent dans la cadre de la prise en charge de ces situations. A cet égard, il peut être utile d'organiser des réunions régulières avec un psychologue.

De plus, en ce qui concerne la région Lorraine, le RPL a présenté en mars 2016 des recommandations permettant d'harmoniser la prise en charge du deuil périnatal dans la région afin d'aider les professionnels dans ces contextes difficiles (22). Il était aussi question d'une mise en place de groupes de réflexion interdisciplinaires après des situations délicates au sein des maternités et de soutien psychologique aux équipes soignantes (Annexe IV).

Enfin, le Docteur Michel DIEDISHEIM, dans son article consacré à l'aide psychologique dans une situation de deuil, écrivait : « Il est important que le soutien psychologique puisse aussi répondre à l'équipe. Le psychiatre incarne donc là une présence importante au même titre que les autres spécialités médicales. » (16)

Les propositions d'aides psychologiques existent donc bien pour soutenir les soignants. Parmi elles, nous nous sommes penchés sur les groupes de parole.

Danièle LEBOUL, psychologue clinicienne, en anime depuis 1984. Pour elle, cet outil n'est pas une « solution miracle », « Mais si cet espace est investi correctement, il apporte un soulagement. Les soignants peuvent prendre conscience de leurs limites personnelles et de celles du collectif, comprendre qu'ils ne sont ni bons ni mauvais. » (23) Il s'agit donc là d'un espace de rencontre, d'écoute, d'échanges, mais peut également être le lieu de questionnements éthiques qui nous concernent tous, permettant une meilleure compréhension des positions de chacun.

Nous avons demandé aux participants de donner leur avis quant à la création d'un groupe de parole et de sa constitution, au sein de leur établissement.

En règle générale, les professionnels y sont favorables à moins de la moitié (44.9%), que ce soit pour eux ou pour leurs collègues qui en ressentiraient le besoin.

Un paradoxe émerge donc : les soignants ont des difficultés quant à la prise en charge des IMG mais ne sont pas tous favorables à l'instauration d'une aide psychologique, notamment pour le groupe de parole.

Alors pourquoi tant de divergences sur cette proposition ? Une SF expliquait son choix : « Le groupe de parole n'est pas facile pour tout le monde, pas toujours à l'aise avec des collègues. Difficile d'évoquer des histoires personnelles. » Nous pouvons donc reprendre l'hypothèse de la conclusion de Caroline MILER SALAZAR sur le problème de confidentialité de cette méthode (cf. introduction) (15).

En effet, nous pouvons nous demander si le fait de manifester ses émotions peut être perçu comme une « faiblesse », comme la perte d'une attitude dite professionnelle qui ne serait plus à la bonne distance. Peut-être aussi qu'il existe une crainte d'être débordé(e) par ses émotions, émotions difficiles à contrôler.

Cependant, si nous prenons uniquement les personnes de l'étude désirant une prise en charge psychologique, la majorité était favorable à cette forme de soutien psychologique au sein de leurs services.

Dans l'idéal, les professionnels souhaiteraient un groupe de parole constitué d'une équipe multidisciplinaire, et avec la présence d'un psychologue de l'établissement. En ce qui concerne la présence du cadre de service, les avis étant partagés à quasi égalité, nous pouvons nous demander pourquoi : est-ce, encore une fois, pour une question de transparence et de confidentialité, particulièrement envers ses supérieurs ?

Ainsi, l'hypothèse sur le retentissement psychologique est confirmée particulièrement chez les médecins. Nous notons une divergence de réponses quasi égale concernant la mise en place d'une aide psychologique après une prise en charge d'IMG. Le groupe de parole serait la meilleure méthode pour le personnel qui en ressent le besoin, ce qui confirme notre hypothèse sur ce point. Un staff médical multidisciplinaire avec la présence d'un psychologue pour débriefer de la situation serait intéressant à mettre en place.

4. OUTILS INSTITUTIONNELS A DISPOSITION DES SOIGNANTS ET L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Nous avons vu précédemment qu'un soutien psychologique après une prise en charge d'IMG n'était pas forcément la seule solution. Mais alors que proposer aux professionnels de santé pour les aider dans ces situations complexes ?

Dans un premier temps, nous avons interrogés les soignants sur leur accès à des formations sur le deuil périnatal. Les résultats montrent effectivement que la plupart des soignants n'ont pas eu l'occasion d'y accéder, puisque seulement 37.6% avaient pu en bénéficier, toutes professions confondues.

Nous notons également que dans la conclusion du questionnaire, 10% des participants ont fait spontanément la demande d'avoir plus accès à des formations sur le deuil périnatal et sur l'accompagnement des couples.

A l'occasion de son mémoire de fin d'études de SF en 2012, Marie NGUYEN avait déjà relevé ce manque de formations des professionnels de santé sur le deuil périnatal. En effet, son mémoire concernait les difficultés des SF en salle de naissance dans le contexte d'une IMG. Elle avait conclu que « Les deux groupes ont révélé un besoin de formation continue officielle, claire et concise autour des formalités administratives de l'IMG. » (24)

Cependant, si son mémoire ne concernait que les SF, il est à noter que pour notre étude, qui interrogeait toutes les professions de la périnatalité, ce sont les SF à 48.7% qui ont le plus accès à ces formations.

GAREL et al, dans leur étude (19), rapportaient l'importance « de prendre en compte les demandes de formation pour soulager les difficultés auxquelles les sages-femmes sont confrontées lors d'une IMG. »

Nul doute que favoriser l'accès à la formation spécifique sur le deuil périnatal pourrait permettre aux soignants d'atténuer leurs difficultés. Notre étude le montre (mais p non significatifs) puisque les personnes ayant eu accès à une formation en ressentaient moins en *antepartum*. En revanche, les taux étaient sensiblement les mêmes pour le *perpartum*, preuve que cette partie de la prise en charge reste très complexe pour les professionnels de santé.

Nous pouvons supposer que les formations permettraient aux soignants d'être mieux armés dans leurs accompagnements auprès des couples, et par conséquent, leur permettraient d'être plus disponibles pour les écouter, les soutenir et amener une confiance dans le dialogue.

Pierre ROUSSEAU, dans son livre « Les pertes périnatales, la famille, les soignants, la société » (25), sorti en 1995, énonçait déjà l'importance que la société propose des solutions pour aider les professionnels dans le besoin : « La prise en charge de cet accompagnement par les soignants leur cause des difficultés auxquelles ils n'ont pas été préparés. Les progrès dépendront des ressources que la société pourra mobiliser pour former et soutenir les professionnels. »

Nous pouvons prendre comme exemple la création du Développement Professionnel Continu (DPC) issu de la loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) de 2009 (26). Depuis, des formations sur le deuil périnatal ont été proposées aux professionnels de santé, ce qui les aide à mieux prendre en charge ces couples (27).

Il serait donc intéressant de pouvoir proposer aux soignants des formations adaptées à la spécificité du deuil périnatal, et particulièrement dans la manière de s'exprimer auprès des couples pour ne pas les blesser ou les renfermer sur eux-mêmes, mais au contraire pour les amener au dialogue et à l'échange plus facilement.

Dans un second temps, à travers les réponses des participants, nous avons découvert qu'il existait un protocole local pour la prise en charge d'IMG dans toutes les maternités de Lorraine interrogées. Cependant, des soignants ont répondu qu'il n'existait pas de protocole car ils l'ignoraient. Nous pouvons donc nous demander s'il n'existerait pas un manque d'informations au sein des services, afin que les professionnels puissent se reporter aux protocoles lorsqu'ils en ressentent le besoin.

Nous rappelons qu'en Lorraine, le RPL a proposé des recommandations pour aider les professionnels dans ce contexte particulier (22).

En ce qui concerne les démarches administratives, moins de la moitié des professionnels de santé les trouvaient compliquées mais ont fait savoir qu'ils voulaient les simplifier. Cependant, aucun participant n'a proposé de solutions pour les améliorer.

Marie NGUYEN avait retrouvé les mêmes résultats concernant ce point dans son travail (24). Cette partie de la prise en charge reste donc une source de difficultés pour les soignants et il conviendrait de réfléchir à une amélioration de celle-ci.

Enfin, la question sur le manque d'expérience était posée. Notre étude a montré que les professionnels rencontrant le plus de difficultés, que ce soit en *antepartum* ou en *perpartum*, ont un nombre d'années moyen d'expérience significativement plus faible que ceux ne présentant pas de difficultés. Pour les difficultés en *postpartum*, les résultats n'étaient pas significatifs.

De plus, des SF s'exprimaient dans le questionnaire : « L'expérience aide les soignants à affronter les IMG. L'importance est de dialoguer avec les collègues et de se sentir épaulé. », « L'expérience professionnelle est un grand recours dans ces situations. », ou encore « L'expérience fait que l'on a une carapace suffisante pour ne pas être perturbé lors de la prise en charge. » Une SF diplômée depuis seulement 6 mois témoignait également : « J'ai une sensibilité très accrue, je prends les choses très à cœur. Il m'est encore difficile de faire la part des choses. »

En effet, Magalie DELAHAYE insiste sur le fait que l'accompagnement de la mort s'apprend sur le terrain. Par conséquent, l'expérience professionnelle a un rôle très important dans la qualité de cette prise en charge : « L'accompagnement à la mort ne s'apprend pas à la faculté ou dans les différentes écoles mais dans le quotidien des gardes, des urgences, de la consultation. » (8)

Ainsi, nos hypothèses sur le manque de formation, les démarches administratives complexes et le manque d'expérience sont confirmées. En revanche, les protocoles ou référentiels existent dans toutes les maternités interrogées mais leur accès reste à améliorer.

5. LE ROLE DE LA SAGE-FEMME

A travers ce travail, nous nous sommes particulièrement interrogés sur la place de la SF dans ce contexte difficile. Première interlocutrice des couples pendant le travail

et l'accouchement, elle doit trouver la force et l'empathie nécessaires, sans pour autant s'engager personnellement dans la prise en charge, pour répondre à leurs besoins. Son rôle premier réside en l'humanisation de la situation.

Présente à toutes les étapes de la prise en charge, elle est bien souvent la première à accueillir le couple la veille de l'IMG, en service de grossesses pathologiques. Elle peut aussi assister au geste du foeticide, pour soutenir le couple, sans doute dans l'un des moments les plus difficiles de cette prise en charge.

Lors de l'accouchement, elle doit mettre en exergue tout son savoir-faire technique et ses compétences d'accompagnement afin de permettre aux femmes de vivre une naissance, malgré le contexte de l'IMG. Marie NGUYEN rajoutait dans son mémoire « Ainsi, elle s'emploie à conserver au maximum l'intégrité périnéale, afin qu'aucune séquelle physique ne se surajoute aux séquelles psychologiques. » (24) L'essentiel étant de donner une réalité à cet enfant, ainsi pourra-t-elle les accompagner vers son deuil.

La SF a donc un véritable rôle d'accompagnement des couples, et nous pouvons penser que ce soutien aura un impact sur l'avenir de ces familles. Les mots et les gestes de la SF restent souvent gravés dans la mémoire de ces patients, comme un reflet de la qualité de leur prise en charge et de l'écoute qui leur a été donnée.

Il semble essentiel de rappeler l'importance du DPC concernant ces situations, notamment car elles ne sont pas simples à gérer, mais aussi car elles ne surviennent pas fréquemment.

Enfin, Marie NGUYEN nous fait un rappel sur un aspect essentiel de l'IMG, celui de son questionnement éthique. En effet, le métier de SF est un métier de responsabilités où il nous faut sans cesse remettre en questions nos pratiques et nos valeurs, pour ne pas dériver vers une autre question, celle de l'eugénisme... « Continuer de nous interroger sur nos pratiques, en particulier lorsqu'elles touchent la naissance d'un enfant "vulnérable", représente le garant de ce qui fait de nous des êtres humains : notre conscience. » (24)

6. LIMITES DE L'ETUDE

Les limites de cette étude se représentaient par un échantillon qui ne concernait qu'une région du pays. Une extension aux autres régions pour une meilleure exhaustivité des réponses aurait été bénéfique pour pouvoir généraliser notre travail.

De plus, la majorité des participants étaient des SF, ce qui a biaisé certains résultats, qui de fait, ne pouvaient être significatifs.

Enfin, le caractère binaire de l'étude, basé sur un questionnaire, n'a pas pu complètement retranscrire le ressenti des soignants. Des entretiens semi-directifs auraient peut-être apportés des éléments complémentaires pour analyser les émotions des professionnels en profondeur.

CONCLUSION

Les résultats obtenus nous ont permis d'atteindre nos objectifs, et de discuter sur nos hypothèses. Nous avons mis en évidence que les principales difficultés se trouvaient surtout *en perpartum*, toutes professions confondues, lors du travail, de l'accouchement et de la présentation de l'enfant sans vie.

Nous avons relevé un certain malaise face au sujet de la mort, avec beaucoup de retenue et de non-réponse de la part des professionnels.

Si le rapport au corps de l'enfant sans vie semble faire remonter le sentiment de tristesse chez les soignants, ceux-ci considèrent que devoir rester professionnel dans cette situation reste quelque chose de normal. Cela n'enlève en rien son caractère difficile.

Nous avons confirmé l'existence du retentissement psychologique sur les soignants lors d'une prise en charge d'IMG, notamment pour les médecins. Mais contrairement à notre hypothèse de départ, seulement la moitié des professionnels interrogés souhaitaient une prise en charge psychologique, sous la forme d'un groupe de parole interdisciplinaire, à la demande de l'équipe.

Même si les protocoles sont là pour nous aider dans nos pratiques, notre propre sensibilité et notre approche face à ces situations difficiles ne pourra jamais être remplacée car « Comme pour un accouchement normal à terme, l'IMG reste l'histoire d'une naissance, d'un couple, d'un enfant, l'humanisation de la situation est importante quelle que soit la gravité de la pathologie. » (8)

L'expérience aide à affronter ces situations de crise, mais au-delà de ce point, il nous est apparu important de souligner la demande de formations sur le deuil périnatal par les professionnels de santé. La réelle attente des soignants suite à une prise en

charge d'IMG semble se situer ici, d'autant que l'accès à ces formations reste inégale, particulièrement pour les médecins.

Les points forts de cette étude se retrouvent dans le nombre assez conséquent de retours de questionnaires. Même si nous avons enregistré une prédominance de réponses de SF, toutes les professions de la périnatalité furent représentées, notamment avec les médecins qui ont aussi exprimé des difficultés sur cette thématique.

De plus, ce travail traite d'un sujet sensible et complexe dont la société parle peu, mais qui n'en demeure pas moins humanisant, ce qui nous a motivé pour rédiger cet écrit à l'occasion d'un travail de fin d'études de SF. Cette expérience nous a enrichi professionnellement et personnellement.

Le métier de SF reste une profession où la vie et la mort s'entrechoquent. Le travail de réflexion sur ce thème nous fait comprendre que nous, professionnels de santé en périnatalité, sommes de véritables piliers de soutien et d'accompagnement pour ces familles, mais que nous restons des êtres humains et sensibles, chacun à notre manière.

Ce sont donc l'expérience et l'histoire personnelle de chacun, ses propres confrontations avec la mort, la volonté de se former, de partager ses difficultés à l'aide d'échanges et de dialogue, et l'humanisation de la situation qui pourraient aider les professionnels de santé à mieux accompagner les couples vers le deuil périnatal.

Pour terminer la rédaction de ce mémoire, nous faisons écho à la première phrase de notre introduction. Mme PRIEUR-BERTRAND nous livre un conseil : « Il a été question, à maintes reprises, de prendre soin des parents. Je voudrais vous dire à vous, professionnels, pour conclure, “prenez soin de vous”, alors vous pourrez “être là” sans en pâtir, le temps de ces moments d’accompagnement de la mort qui n’en restent pas moins des moments de vie. » (1)

« Nous ne pouvons pas soigner, essayons au moins de prendre soin. »

Professeur Philippe ENGELMANN

BIBLIOGRAPHIE

1. Prieur-Bertrand M. Le deuil des soignants. *Études sur la mort*. 2001 ; 119 (1) : 147-53.
2. Légifrance. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse - Article L162-13 [en ligne]. 1975 [cité le 16 nov. 2015]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=F7B39FAB481EEC5B237BBC1BF77F438F.tpdila12v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00006692458&dateTexte=20170423&categorieLien=id#LEGIARTI000006692458
3. Légifrance. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [en ligne]. 2001 [cité le 16 nov. 2015]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000222631&categorieLien=id>
4. Légifrance. Code de la santé publique - Article L2213-1 relative à l'interruption de grossesse pratiquée pour motif médical [en ligne]. 2011 [cité le 16 nov. 2015]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687544&dateTexte=vig>
5. Weber JC, Memmi D, Rusterholtz T, *et al.* Le fœticide, une administration impensable de la mort ?. *Sociétés Contemp.* 2009 ; 75 (3) : 17-35.
6. Mandelbrot L, Girard G. Aspects techniques des interruptions médicales de grossesse - Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique [en ligne]. 2008 [cité 16 mar 2016]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_007_mandelbrot.pdf
7. Winer N, Legendre E. Prise en charge de l'interruption tardive de grossesse - Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique [en ligne]. 2001 [cité 28 mar 2016]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2001_go_095_winer3.pdf
8. Delahaye M. L'accompagnement à la mort autour de la naissance. *Études sur la mort*. 2001 ; 119 (1) : 47-61.
9. Delbrouck M. Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2008 ; 280p.
10. Garel M, Gosme-Seguret S, Kaminski M, *et al.* Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenatal Diagnosis*. 2002;22(9):811-7.
11. Green JM. Obstetricians' views on prenatal diagnosis and termination of pregnancy : 1980 compared with 1993. *British Journal of Obstet Gynaecol.* 1995;102(3):228-32.

12. Jallinoja P, Santalahti P, Toiviainen H, *et al.* Acceptance of screening and abortion for Down syndrome among Finnish midwives and public health nurses. *Prenatal Diagnosis*. 1999;19(11):1015-22.
13. Milliez J. L'euthanasie du fœtus, médecine ou eugénisme. Paris : Odile Jacob ; 1999 ; 218p.
14. Weber JC, Allamel-Raffin C, Rusterholtz T, *et al.* Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. *Sci Soc Santé*. 2008 ; 26 (1) : 93-120.
15. Miler Salazar C. Situations éthiques périnatales difficiles : proposition de recommandations professionnelles pour le réseau périnatal lorrain [thèse de médecine en ligne]. Nancy : Université de Lorraine, Faculté de Médecine ; 2013 [cité 16 nov 2015]. 124 p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_MILER_SALAZAR_CAROLINE.pdf
16. Espace éthique/AP-HP. L'enfant mort autour de la naissance. Parents et professionnels face à la mort périnatale [en ligne]. 2008 [cité le 28 mar 2016]. Disponible sur : <http://www.espace-ethique.org>
17. Engelmann P. Les interruptions médicales de grossesse. *Laennec* [en ligne]. 2002 [cité le 28 mar 2016] ; 50 (4) : 16-26. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-laennec-2002-4-page-16.htm>
18. Mercadier C. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris : Seli Arslan ; 2002 ; 287p.
19. Garel M, Etienne E, Blondel B, *et al.* Le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance. *La revue Sage-femme* [en ligne]. 2008 [cité 20 fév 2017] ; 7 (3) : 113-7. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/180782>
20. Madani L. Jean Leonetti : « Le scandale ? 30 % des gens meurent dans la souffrance » [en ligne]. 2014 [cité 20 fév 2017]. Disponible sur : <http://www.humanite.fr/jean-leonetti-le-scandale-30-des-gens-meurent-dans-la-souffrance-546664>
21. Légifrance. Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus [en ligne]. 2009 [cité 20 fév 2017]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/07/cir_29111.pdf
22. Réseau Périnatal Lorrain. Recommandations du Réseau Périnatal lorrain - Deuil périnatal - Groupe procédure [en ligne]. 2016 [cité le 20 fév 2017]. Disponible sur : <https://www.reseauperinatallorrain.fr/reseau-perinatal-lorrain/recommandations/>
23. Cano A. Groupes de parole : parler pour soulager la souffrance [en ligne]. 2014 [cité 21 fév 2017]. Disponible sur : <http://www.actusoins.com/21250/groupes-parole-parler-soulager-souffrance.html>

24. Nguyen M. Les sages-femmes en salle de travail face à l'IMG : enjeux et difficultés rencontrées. [mémoire de sage-femme en ligne]. Paris : Université de Paris Descartes, Ecole de sage-femme ; 2012 [cité 16 mar 2016]. 57p. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00724956/document>
25. Rousseau P. Les pertes périnatales, la famille, les soignants, la société. Devenir. 1995 ; 7 (1) : 31-60.
26. Haute Autorité de Santé. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1 [en ligne]. 2009 [cité 7 mar 2017]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_758816/fr/loi-relative-au-dispositif-de-dpc
27. Accompagnement & Méthode du DPC. Accompagnement du deuil périnatal [en ligne]. [cité 20 fév 2017]. Disponible sur : <http://www.am-dpc.fr/accompagnement-deuil-perinatal/>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
GLOSSAIRE.....	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION	6
MATERIELS ET METHODES.....	13
1. TYPE D'ETUDE.....	13
2. POPULATION CIBLE.....	13
3. OUTILS DE RECUEIL DE DONNEES	13
3.1. MODE DE RECUEIL ET VARIABLES RECUEILLIES	13
3.2. CRITERES DE JUGEMENTS PRINCIPAL ET SECONDAIRE.....	14
3.3. CONTROLE ET SAISIE DES DONNEES - MINIMISATION DES BIAIS	14
4. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE.....	15
4.1. LOGICIELS UTILISES	15
4.2. TESTS STATISTIQUES ET SEUIL DE SIGNIFICATION.....	15
4.3. GESTION DES DONNEES MANQUANTES.....	15
5. ASPECTS ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE.....	15
RESULTATS	16
1. POPULATION ETUDIEE.....	16
2. DESCRIPTION DES DIFFICULTES	16
3. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE	19
DISCUSSION	21
1. EMOTIONS ET RESENTI FACE AU CORPS DE L'ENFANT SANS VIE.....	22
2. RESTER PROFESSIONNEL FACE AU COUPLE.....	23
3. PROPOSITION D'AIDE PSYCHOLOGIQUE.....	25
3.1. RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE	26
3.2. INSTAURATION D'UNE AIDE PSYCHOLOGIQUE	26
4. OUTILS INSTITUTIONNELS A DISPOSITION DES SOIGNANTS ET L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE.....	30
5. LE ROLE DE LA SAGE-FEMME.....	32
6. LIMITES DE L'ETUDE	34
CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE	37
TABLE DES MATIERES	40
ANNEXES.....	41

ANNEXES

ANNEXE I :

- Questionnaire

ANNEXE II :

- *Tableau 1* : Répartition des professionnels de santé en fonction des types de maternités.
- *Tableau 3* : Difficultés en *perpartum* en fonction des types de maternités.
- *Tableau 4* : Difficultés des professionnels de santé à communiquer avec le couple.
- *Figure 3* : Attitudes des couples selon les professionnels de santé.

ANNEXE III :

- *Tableau 5* : Difficultés des professionnels de santé avec le sujet de la mort.
- *Figure 4* : Personnes à qui les professionnels de santé se confient après une Interruption Médicale de Grossesse.

ANNEXE IV :

- *Recommandations RPL : Accompagnement du deuil périnatal - Deuil anténatal – mort in utéro - enfant né sans vie :*
Partie V : Accompagnement des équipes.

ANNEXE I

Questionnaire

Questionnaire

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mes études de sage-femme, je réalise un mémoire sur la prise en charge psychologique des soignants dans un contexte d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG). Ce travail a pour but d'analyser les difficultés des professionnels de santé confrontés à cette situation, et de déterminer s'ils éprouvent un besoin de soutien psychologique ou autre par la suite.

Pour cela, ce questionnaire entièrement anonyme vous est proposé. Toutes les réponses sont valables, pourvu qu'elles reflètent au mieux la réalité de votre vécu.

Il comprendra des questions générales, des questions sur les difficultés que vous pouvez rencontrer, et des questions sur votre avis concernant une éventuelle prise en charge psychologique.

En vous remerciant pour votre contribution, recevez Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Marie TRAN
Étudiante en 4ème année
École de sages-femmes de Nancy

1. Questions générales

1. Quelle est votre profession ?

- Gynécologue-obstétricien
- Pédiatre
- Anesthésiste
- Sage-femme
- Auxiliaire de puériculture

2. Depuis quand l'exercez vous ? (approximativement)

..... an(s)

3. Quel est le type de la maternité où vous travaillez ?

- Type I
- Type II a
- Type II b
- Type III

4. Combien de fois avez-vous été confronté à une situation d'IMG sur l'année 2015 ?

- < 5 fois
- Entre 5 et 10 fois
- > 10 fois

2. Difficultés rencontrées

1. Selon vous, votre expérience professionnelle vous aide t'elle à gérer cette situation ?
- Oui
 - Non

2. Avez-vous pu bénéficier d'un accès à une formation sur le deuil périnatal ?
- Oui
- Laquelle ?

.....
.....

- Non

3. Existe t-il, dans votre établissement, un protocole pour une prise en charge des couples dans le cadre d'un accompagnement d'IMG ?
- Oui, celui du Réseau Périnatal Lorrain
 - Oui, un protocole local
 - Non

Si la réponse est "Oui, celui du Réseau Périnatal Lorrain" répondez à la question suivante. Puis, passez à la question 4.

Est-il adapté selon vous ? Précisez votre réponse.

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

Si la réponse est "Non", répondez à la question suivante. Puis passez à la question 4.
En connaissez vous la raison ?

- Coûts financiers de la mise en place du protocole
- Non souhait de l'équipe
- Autres :
- Ne sais pas

4. A quel moment ressentez-vous des difficultés pour cette prise en charge particulière ? (Plusieurs réponses possibles)

En ante partum :

- Lors de l'annonce aux parents de l'accord pour l'IMG du CPDP
- Lors de l'hospitalisation avant le déclenchement
- Lors de l'arrêt de vie *in utero*
- Pas de difficultés particulières
- Autres :

En per partum :

- Lors du travail et de l'accouchement
- Lors des soins/habillage de l'enfant sans vie
- Lors de la présentation de l'enfant sans vie à ses parents
- Pas de difficultés particulières
- Autres :

En post partum :

- Lors du séjour en suites de couche
- Pas de difficultés particulières
- Autres :

5. Avez-vous déjà rencontré une difficulté à communiquer avec le couple ?

- Oui. Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Couple agressif, en colère
 - Couple renfermé, mutique
 - Couple dans le "déli" de la situation
 - Mésentente conjugale
 - Autres :
- Non
- Sans avis

6. Pensez-vous avoir les ressources psychologiques nécessaires pour gérer ces situations sans trop de difficultés ?

- Oui
- Non
- Sans avis

La problématique de la mort vous a t'elle déjà mis en difficulté pendant votre prise en charge des patientes et de l'enfant né sans vie ? Précisez votre réponse.

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

7. Que ressentez-vous face au corps d'un enfant sans vie ? (Plusieurs réponses possibles)

- Gêne
- Tristesse
- Dégoût
- Mal-être
- Respect
- Besoin de prendre un temps nécessaire pour la prise en charge de cet enfant (traces mémorielles, habillage etc...)
- Autres :

8. Face à une situation d'IMG, avez-vous déjà ressenti :

- Un sentiment d'impuissance médicale individuelle
- Un sentiment d'impuissance médicale interdisciplinaire
- De la culpabilité
- Autres :

9. Pensez vous que votre culture, religion et histoire personnelle influencent la prise en charge de vos patientes ?

- Oui
- Non

10. Vous arrive t'il d'accompagner à la fois votre patiente et un étudiant lors d'une situation d'IMG ?

- Oui
- Non. Pourquoi ?
 - Jamais eu l'occasion de travailler avec un étudiant sur ce type de prise en charge
 - Non souhait d'impliquer un étudiant lors d'une prise en charge d'IMG
 - Autres :

11. Pour vous, les démarches administratives en lien avec cette prise en charge vous semblent :

(Plusieurs réponses possibles)

- Compliquées
- Trop longues
- A simplifier
- Pas plus compliquées que celles pour une naissance classique
- Autres :

Avez- vous des pistes d'amélioration concernant ce point ?

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

12. Rester professionnel lors de cette prise en charge vous semble :

(Plusieurs réponses possibles)

- Normal
- Facile
- Difficile
- Impossible
- Justifié
- Autres :

3. Pistes d'amélioration pour accompagner les soignants dans leur prise en charge

1. Après une prise en charge d'IMG, ressentez-vous le besoin d'en parler ?

- Oui
- Non

2. *Si la réponse est oui, répondez aux questions 2 et 3. Sinon, passez à la question 4.*

A qui en parlez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Collègues
- Cadre de service
- Psychologue de l'établissement
- Psychologue à l'extérieur (privé)
- Famille/proches
- Autres :

3. Après en avoir parlé, cela vous a-t-il aidé ?
- Oui
 - Non
 - Sans avis
4. Une fois de retour dans votre vie privée et familiale, pensez-vous à ces couples ?
- Oui
 - Non
5. *Si la réponse est oui, répondez à la question suivante. Sinon, passez à la question 6.*
Pendant combien de temps y pensez-vous ?
- 24 heures après la garde
 - 1 semaine après la garde
 - 1 mois (ou plus) après la garde
6. Pensez-vous qu'il serait favorable d'instaurer une aide **psychologique** pour les soignants après une situation de prise en charge d'IMG ?
- Oui
 - Non. Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Non utilité d'une aide psychologique
 - Problème d'organisation au sein de l'équipe
 - Pas de psychologue disponible pour cette aide dans l'établissement
 - Autres :
 - Autre aide souhaitée (non psychologique). Précisez de quel type :
.....
7. *Si la réponse est oui, répondez à la question suivante. Sinon, passez à la question 9.*
Sous quelle forme cela vous conviendrait ? (**Une** réponse uniquement)
- Groupe de parole
 - Entretien individuel avec un psychiatre/psychologue de l'établissement
 - Entretien individuel avec un psychiatre/psychologue en dehors de l'établissement
 - Autres :
8. *Si vous avez répondu "groupe de parole", répondez à la question suivante. Sinon, passez à la question 9.*
Comment envisageriez vous ce groupe de parole ?

Au niveau de la constitution du groupe :

- Multidisciplinaire **OU**
- Uniquement le personnel d'une même profession **OU**
- Uniquement avec les collègues qui ont pris en charge l'IMG
(Une seule réponse possible)
- Avec un psychiatre/psychologue de l'établissement **OU**
- Avec un psychiatre/psychologue en dehors de l'établissement
(Une seule réponse possible)
- En présence du cadre de service **OU**
- Sans la présence du cadre de service
(Une seule réponse possible)

Au niveau de la fréquence et du moment du temps de parole :

- Systématiquement après chaque prise en charge d'une IMG **OU**
- Uniquement à la demande de l'équipe
(Une seule réponse possible)

- Immédiatement après la garde **OU**
- Différé dans le temps par rapport à la garde **OU**
- Les deux (immédiatement après la garde puis différé dans le temps)
(Une seule réponse possible)

9. Existe t-il un groupe de parole organisé au sein de votre établissement ?

- Oui

De qui est-il composé et quand est-il mis en place ? Est t-il adapté selon vous ?

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

- Non. Aimeriez-vous en instaurer un ?

- Oui
- Non

Conclusion

Avez-vous des pistes d'amélioration ou de nouvelles propositions quant à une prise en charge des soignants après une situation d'IMG ?

Avez-vous d'autres remarques sur le thème ?

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

Merci pour votre participation.

ANNEXE II

Tableau 1 : Répartition des professionnels de santé en fonction des types de maternités - Lorraine (2016-2017)

	N	%
Type 1	25	17.7
Type 2a	38	27.0
Type 2b	60	42.6
Type 3	18	12.8
Total	141	100.0

N = effectif

Tableau 3 : Difficultés pendant le *perpartum* en fonction des types de maternités - Lorraine (2016-2017)

	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Type 1	17	(68.0)	8	(32.0)	25	(100.0)
Type 2a	32	(84.2)	6	(15.8)	38	(100.0)
Type 2b	36	(60.0)	24	(40.0)	60	(100.0)
Type 3	14	(77.8)	4	(22.2)	18	(100.0)
Total	99	(70.2)	42	(29.8)	141	(100.0)

N = effectif
p = 0.0407

Tableau 4 : Difficultés des professionnels de santé à communiquer avec le couple - Lorraine (2016-2017)

	N	(%)
Oui	85	(60.3)
Non	51	(36.2)
Sans avis	5	(3.5)
Total	141	(100.0)

N = effectif

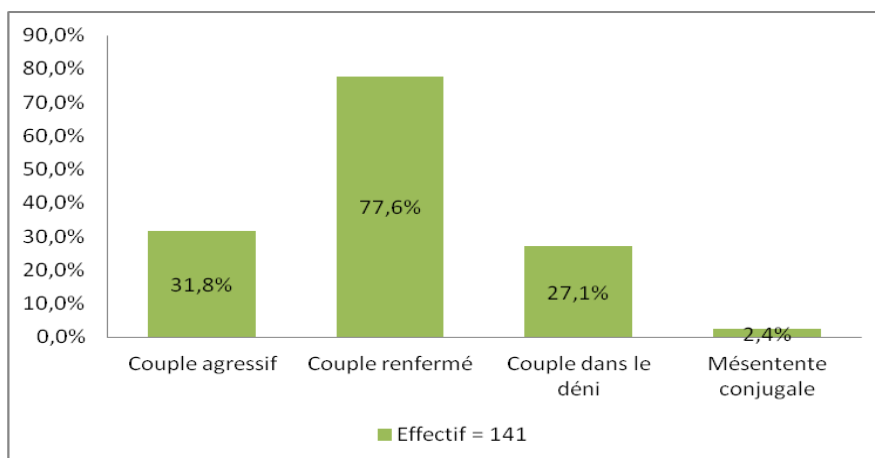


Figure 3 : Attitudes des couples selon les professionnels de santé.

ANNEXE III

Tableau 5 : Difficultés des professionnels de santé avec le sujet de la mort - Lorraine (2016-2017)

	N	(%)
Oui	17	(34.7)
Non	32	(65.3)
Total	49	(100.0)

N = effectif

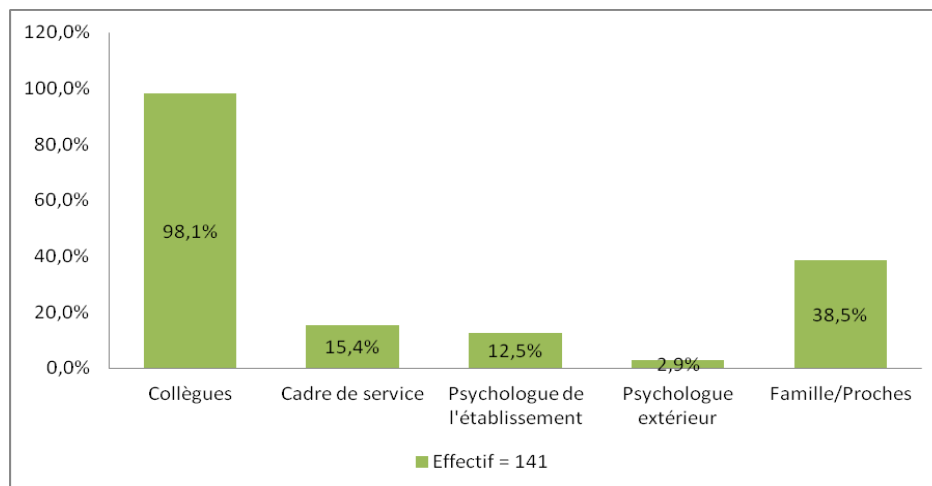


Figure 4 : Personnes à qui les professionnels de santé se confient après une Interruption Médicale de Grossesse.

ANNEXE IV

Recommandations RPL :

Accompagnement du deuil périnatal - Deuil anténatal –

mort in utéro - enfant né sans vie :

Partie V : Accompagnement des équipes.

III – 3. Références bibliographiques

Des références d'ouvrages sont disponibles en annexe N°4.

- **Pour les parents / professionnels**
- **Pour les enfants**

IV – La consultation de synthèse

6 à 8 semaines après l'IMG, ou après la mort fœtale in utero, les parents ont rendez-vous pour une consultation de « synthèse » avec l'obstétricien qui les a pris en charge.

Cette consultation permet :

- D'évaluer l'état physique et psychique,
- D'expliquer les résultats des examens complémentaires réalisés.
- D'aborder l'avenir obstétrical.

Elle peut être le moment de remise des photos du bébé si les parents le souhaitent et s'ils ne les ont pas emportées lors de la sortie de maternité.

Que faire si les parents demandent les photos à postériori ?

- Dans un premier temps, on propose de les revoir dans un entretien formalisé avec un médecin.
- S'ils ne veulent ou ne peuvent se déplacer dans la maternité, on envoie la photo à un praticien qu'ils désignent : médecin traitant, gynécologue, ou sage-femme qui a été informé de la démarche auparavant.

V – Accompagnement des équipes

⇔ Soutien psychologique aux équipes obstétricales :

Les équipes de salle de naissance ont besoin d'avoir des retours sur le vécu de ces femmes, de ces couples :

- Intérêt de la mise en place de groupes de réflexion pluridisciplinaire sur le deuil périnatal, reprenant les situations qui ont été délicates, de façon ponctuelle ou régulière
- Y participent : obstétricien, pédiatre, interne, médecin de soins palliatifs, sages-femmes, « psy », auxiliaires puéricultrices... ouvert à tout personnel de la maternité).

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de TRAN Marie - Année 2017

Besoins des professionnels de santé en périnatalité suite à des prises en charge d'Interruption Médicale de Grossesse

Evaluation en Lorraine

Résumé :

Objectifs de l'étude : Les difficultés pour les professionnels de la périnatalité qui émergent lors d'une prise en charge d'Interruption Médicale de Grossesse sont nombreuses et le retentissement psychologique sur les soignants semble inévitable. Les objectifs de notre travail étaient d'analyser la nature des difficultés des soignants confrontés à une situation d'IMG et de rechercher quel(s) type(s) de soutien étai(en)t le(s) plus adapté(s) selon eux.

Méthodes : Une étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique par recueil de données a été proposée. Elle s'est déroulée entre octobre 2016 et février 2017. Un questionnaire à réponses fermées et semi-fermées a été distribué à 13 maternités de Lorraine, à destination des gynéco-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes et auxiliaires de puériculture. Les données ont été analysées de manières descriptives et uni-variées.

Résultats : Au total, 141 questionnaires ont été remplis. Les principales sources de difficultés se trouvaient en *perpartum*, toutes professions confondues, particulièrement lors du travail, de l'accouchement et de la présentation de l'enfant sans vie. En ce qui concerne le besoin d'une prise en charge psychologique, 49.6% des professionnels de santé y étaient favorables, notamment les médecins à 68.2%, sous la forme d'un groupe de parole multidisciplinaire, avec la présence d'un psychologue de l'établissement, et à la demande de l'équipe. Néanmoins, l'attente des professionnels concernant ces situations résidait principalement en l'accès à des formations sur le deuil périnatal.

Discussion-conclusion : Notre travail met en évidence que les difficultés des professionnels de santé lors d'une IMG se retrouvent en *perpartum*. Si la moitié des soignants - en particulier les médecins - souhaitent une prise en charge psychologique par la suite, une demande particulière concernant un accès aux formations sur la spécificité du deuil périnatal pour toutes les professions est à prendre en compte pour un meilleur accompagnement des couples.

Mots clés (3) :

Interruption Médicale de Grossesse, Formation, Groupe de parole.