



HAL
open science

Quand la vie naissante s'en va ... : la sage-femme face au deuil périnatal

Yaulaine Cordary

► **To cite this version:**

Yaulaine Cordary. Quand la vie naissante s'en va ... : la sage-femme face au deuil périnatal. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870409

HAL Id: hal-03870409

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870409>

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 METZ

Quand la vie naissante s'en va ... La sage-femme face au deuil périnatal.

Etude épidémiologique descriptive monocentrique transversale à visée diagnostique, auprès des sages-femmes du CHR de Metz-Thionville en 2018.

Comment l'amélioration des pratiques professionnelles et du ressenti des sages-femmes en matière d'accompagnement du deuil périnatal, peut rendre la prise en charge des parents plus adaptée ?

Mémoire présenté et soutenu par

Yaulaine CORDARY

Née le 22 Août 1994

Directeur de mémoire : Mme Catherine MERGEN-MOREL,

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2014 – 2018

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

Quand la vie naissante s'en va ...

La sage-femme face au deuil périnatal.

Etude épidémiologique descriptive monocentrique transversale à visée diagnostique, auprès des sages-femmes du CHR de Metz-Thionville en 2018.

Comment l'amélioration des pratiques professionnelles et du ressenti des sages-femmes en matière d'accompagnement du deuil périnatal, peut rendre la prise en charge des parents plus adaptée ?

Mémoire présenté et soutenu par

Yaulaine CORDARY

Née le 22 Août 1994

Directeur de mémoire : Mme Catherine MERGEN-MOREL,

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2014 – 2018

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame MERGEN-MOREL, directrice de ce mémoire, et sage-femme enseignante à l'école de Metz, pour son soutien, son écoute, sa patience, et sa grande disponibilité, tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Son accompagnement et ses encouragements m'ont été précieux.

Merci à Madame GROSS, sage-femme à l'hôpital de Mercy, pour avoir accepté d'être experte de ce mémoire, pour ses relectures et ses conseils.

Merci à mes parents et à ma sœur de m'avoir, depuis le début, soutenue dans mes choix, même dans les périodes difficiles. Merci d'être toujours là pour moi.

Merci à ma famille de m'avoir épaulée et conseillée tout au long de ces années.

Merci à mes amis, sans qui, ma vie serait monotone.

ABREVIATIONS

- ARCF** : Altération du rythme cardiaque fœtal
- CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de Français
- CPDPN** : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
- CPEF** : Centre de Planification et d'Education Familiale
- DFASMa** : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques
- DFGSMa** : Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques
- DPC** : Développement Professionnel Continu
- ECTS** : European Credits Transfert System
- FC** : Fausse Couche
- FCS** : Fausse Couche Spontanée
- GEU** : Grossesse Extra-Utérine
- GHR** : Grossesse à Haut Risque
- HAD** : Hospitalisation A Domicile
- HDJ** : Hôpital de Jour
- IMC** : Indice de Masse Corporelle
- IMG** : Interruption Médicale de Grossesse
- IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- MAF** : Mouvements Actifs Fœtaux
- MFIU** : Mort Fœtale In Utéro
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PACES** : Première Année Commune aux Etudes de Santé
- PMA** : Procréation Médicalement Assistée
- SA** : Semaines d'Aménorrhée
- SHS** : Sciences Humaines et Sociales
- SICS** : Service Infirmier de Compensation et de Suppléance
- UGO** : Urgences Gynécologiques et Obstétricales

***« L'expérience de la naissance est la première expérience de
l'émergence de la mort »,
Françoise Dolto***

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : SAGE-FEMME ET DEUIL PERINATAL	9
1.1. LE DEUIL PERINATAL.....	9
1.1.1. La fausse couche.....	9
1.1.2. La mort foetale in utéro.....	10
1.1.3. L'interruption médicale de grossesse : foeticide.....	10
1.1.4. Le décès au cours du travail ou de l'accouchement.....	11
1.1.5. Le décès néonatal précoce.....	11
1.2. LE COUPLE FACE A UN DEUIL PERINATAL.....	11
1.2.1. La définition du deuil.....	11
1.2.2. Les particularités du deuil périnatal.....	12
1.2.3. Le vécu des parents.....	12
1.3. LA SAGE-FEMME FACE AU DEUIL PERINATAL.....	12
1.3.1. Les progrès scientifiques.....	12
1.3.2. Quand la sage-femme peut-elle être confrontée au deuil périnatal ?.....	13
1.3.3. Rôle(s) de la sage-femme.....	13
1.3.4. Impact émotionnel pour la sage-femme.....	14
1.4. FORMATION DE LA SAGE-FEMME ET DEUIL PERINATAL.....	14
1.4.1. La formation initiale de nos jours.....	14
1.4.2. La formation continue.....	15
1.4.3. Le deuil périnatal : une évolution récente des pratiques.....	16
PARTIE 2 : METHODOLOGIE	19
2.1. PROBLEMATIQUE.....	19
2.2. OBJECTIF PRINCIPAL.....	19
2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES.....	19
2.4. HYPOTHESES ET CRITERES DE JUGEMENT.....	19
2.5. RETOMBEES DE L'ETUDE.....	19
2.6. SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE.....	20
2.6.1. Type d'étude.....	20
2.6.2. Population étudiée.....	20
2.6.3. Aspects réglementaires et éthiques.....	20
2.6.4. Description des données collectées.....	20
PARTIE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS	21
3.1. GENERALITES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	21
3.1.1. Age de la population étudiée.....	21

3.1.2.	Définition du deuil périnatal.	22
3.2.	EXPERIENCE ET RESENTI.....	22
3.2.1.	Description des situations de deuil périnatal rencontrées.	23
3.2.2.	Difficultés à accompagner les couples en situation de deuil périnatal.	23
3.2.3.	Attitude face aux couples en situation de deuil périnatal.	24
3.2.4.	Rôle de l'expérience dans la prise en charge des couples.....	24
3.2.5.	Ressenti et émotions face aux situations de deuil périnatal.	25
3.3.	ACCOMPAGNEMENT DES SAGES-FEMMES.	26
3.3.1.	Formation sur le deuil périnatal.	27
3.3.2.	Dispositifs présents au sein des services.	28
3.3.3.	Autre(s) lieu(x) d'exercice.	29
PARTIE 4 : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION		30
4.1.	LIMITES DE L'ETUDE.	30
4.1.1.	Taux de participation.	30
4.1.2.	Caractéristiques de la population étudiée.	30
4.1.3.	Contenu du questionnaire.	30
4.2.	L'EXPERIENCE.....	30
4.3.	LA FORMATION DES SAGES-FEMMES.	31
4.3.1.	La formation initiale.	31
4.3.2.	La formation continue.....	32
4.4.	L'ACCOMPAGNEMENT DES COUPLES.	32
4.4.1.	Attitude des sages-femmes face au deuil périnatal.....	33
4.4.2.	Emotions éprouvées par les sages-femmes.	33
4.5.	L'ACCOMPAGNEMENT DES SAGES-FEMMES.....	34
4.5.1.	Quels sont les soutiens évoqués par les sages-femmes ?.....	34
4.5.2.	Dispositifs d'accompagnement présents dans les services.....	34
4.6.	PROPOSITIONS.	35
4.6.1.	Amélioration de la formation initiale.....	35
4.6.2.	Mise en place de moyens au sein des services.....	37
CONCLUSION		38
BIBLIOGRAPHIE		39
ANNEXES		43

INTRODUCTION.

Au commencement de ma formation à l'école de sages-femmes, je ne pensais absolument pas choisir le deuil périnatal comme sujet de mémoire. Pourtant, certaines situations que j'ai vécues en stage m'ont poussée à opter pour ce thème. Dès le début de mes études, j'ai compris qu'une grossesse n'évoluait pas toujours vers la naissance d'un enfant bien portant, malgré mon choix du « plus beau métier du monde ».

Lors de mon premier stage en salle de naissance, j'ai accompagné une sage-femme dans une salle, sans avoir été avertie de la situation que j'allais découvrir. Lorsque la porte s'est ouverte, je suis entrée dans la pièce, confiante, prête à partager la joie d'une naissance avec les parents, et je me suis retrouvée complètement désemparée face à un couple en pleurs au-dessus d'un berceau avec un bébé immobile. J'étais incapable de prononcer un mot, et la sage-femme qui m'accompagnait semblait aussi mal à l'aise que moi. Quand nous sommes sorties de la salle, j'ai voulu lui poser des questions, mais j'ai senti qu'elle préférait abréger la conversation.

Au cours d'autres stages, j'ai pu ressentir ce même genre de malaise de la part des sages-femmes dans des situations similaires. Ma première expérience face à la mort fœtale n'était pas un cas isolé. Je me suis interrogée sur la manière d'appréhender ces situations par ces professionnels.

J'ai alors pris conscience que la mort fait aussi partie du quotidien des équipes qui travaillent en maternité, même si ces situations sont, et heureusement, moins fréquentes, que la naissance de nouveaux-nés vivants et en bonne santé. En effet, sur 1 200 000 grossesses en France, 450 000 n'aboutissent pas à une naissance vivante. Ce chiffre comprend les interruptions médicales de grossesses (IVG), les grossesses extra-utérines, les morts fœtales in utero (MFIU), ou encore les interruptions médicales de grossesses, mais pas les décès néonataux survenant dans les sept premiers jours de vie. [1]

Il est assez facile, dans la littérature, de trouver des documents relatant le vécu et la souffrance des parents confrontés au deuil périnatal, mais beaucoup moins d'en trouver concernant le ressenti des professionnels de santé qui les entourent. Pourtant, face à ces situations de deuil, beaucoup de sages-femmes se retrouvent démunies, éprouvent une angoisse et un sentiment de malaise, pouvant aboutir à une attitude d'évitement vis-à-vis de la patiente. [2,3]

Cette étude essaiera de répondre à la problématique suivante : comment l'identification des besoins des sages-femmes en matière d'accompagnement du deuil périnatal permet-elle d'appréhender de manière adaptée ces situations ?

La première partie traitera du deuil périnatal et de la place de la sage-femme, la deuxième présentera l'étude, tandis que la troisième s'intéressera à la présentation des résultats. Enfin, la quatrième, et dernière partie, correspondra à l'analyse des résultats, et à la discussion

PARTIE 1 : SAGE-FEMME ET DEUIL PERINATAL.

1.1. LE DEUIL PERINATAL.

Le deuil périnatal correspond à la mort d'un enfant avant qu'il ne soit né, ou à son décès peu de temps après sa naissance. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le deuil périnatal par la perte d'un enfant survenant entre la 22^{ème} semaine d'aménorrhée et le 7^{ème} jour de vie, et/ou pesant au moins 500 grammes. [1,4-5]

Cependant, le processus de deuil peut concerner bien d'autres situations : une MFIU, une IMG, ou encore, une fausse couche spontanée (FCS). [6]

L'appellation de ces diverses situations varie selon le stade de développement de l'embryon.

1.1.1. La fausse couche.

On peut distinguer plusieurs cas :

- La fausse couche précoce :

Il s'agit d'un avortement spontané avant 12 semaines de grossesse (soit 14 SA). A ce stade, l'embryon mesure entre six et sept centimètres, pèse entre 14 et 20 grammes et la plupart de ses organes vitaux commencent à fonctionner. [7]

Parmi les facteurs de risque, pouvant être associés à une fausse couche précoce, on retrouve l'âge maternel (après 35 ans), un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 25 kg/m², une consommation excessive de café ou d'alcool, le tabac, l'exposition à de forts champs magnétiques, ou à des radiations ionisantes, un antécédent de fausse couche précoce, ou d'IVG, certains troubles de la fertilité, une altération de la réserve ovarienne, et enfin, un âge paternel de plus de 45 ans. [8]

Une fausse couche précoce est le plus souvent due à une anomalie chromosomique de l'embryon. Au premier trimestre, 10 à 15% des grossesses sont concernées par une fausse couche précoce. [5,8-10]

- La fausse couche tardive :

Elle intervient entre la 14^{ème} et la 22^{ème} SA. A ce stade, l'embryon est développé, et son sexe bien visible. Moins de 1% des grossesses est concerné par une fausse couche tardive.

Comme pour la fausse couche précoce, il existe certains facteurs de risque associés à une fausse couche tardive. Parmi les principaux, on retrouve, un âge maternel dit « extrême » (avant 16 ans et après 35 ans), un faible niveau d'éducation, des antécédents de fausse couche précoce ou tardive, d'accouchement prématuré et d'IVG, l'existence d'une vaginose bactérienne, la réalisation d'une amniocentèse (surtout si elle est réalisée après 18 SA), ou encore la présence d'un col court, ou ouvert avec la poche des eaux dans le vagin. [8]

Les causes les plus fréquentes des fausses couches tardives sont des anomalies anatomiques maternelles (malformation utérine, fibrome utérin), ou une infection chez le fœtus, voire une malformation. [5]

Une fausse couche, qu'elle soit précoce ou tardive, peut se produire sans signes annonciateurs, ou peu spécifiques, comme des métrorragies, ou des douleurs pelviennes. [11]

1.1.2. La mort fœtale in utéro.

La notion de viabilité est définie par l'OMS, elle désigne la perte d'un fœtus âgé de plus de 22 SA, et/ou, pesant 500 grammes ou plus. Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), une mort fœtale in utero correspond à « *l'arrêt spontané de l'activité cardiaque* » à partir de 14 SA, qu'il survienne en pré-partum, en per-partum ou à un moment inconnu ». [7,8]

Dans les cas d'une MFIU, la grossesse est le plus souvent visible physiquement chez la femme. Le premier trimestre de la grossesse étant passé, le couple a déjà annoncé la venue prochaine d'un enfant à l'entourage, et commence à préparer son arrivée. La MFIU est brutale, et la plupart du temps aucun symptôme ne laisse présager cette fin tragique.

Cependant, il existe des facteurs de risque associés à la MFIU : l'obésité, avec un IMC > 30 kg/m², un âge maternel supérieur à 35 ans, un niveau d'éducation bas, une consommation de cocaïne, la pré-éclampsie et l'éclampsie, un retard de croissance intra-utérin, un antécédent de MFIU, et l'hématome rétro-placentaire. [8]

1.1.3. L'interruption médicale de grossesse : fœticide.

L'interruption médicale de grossesse (IMG) est aussi connue sous le terme « d'avortement thérapeutique ». Elle peut être réalisée soit pour cause fœtale, soit maternelle. [12]

- IMG pour raison fœtale :

Comme décrit par le CNGOF, en plus de la demande du couple, ou de la mère, à interrompre la grossesse, il est nécessaire qu'un Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) confirme que la malformation, ou la pathologie fœtale détectée en anténatal, est particulièrement grave, et incurable au moment du diagnostic. Chaque année en France, environ 7 000 demandes d'IMG sont autorisées par les différents CPDPN. [13]

Les anomalies neurologiques majeures (anencéphalie, microcéphalie, hydrocéphalie), les anomalies génétiques (trisomies 13, 18 et 21, syndrome de Turner), les anomalies fonctionnelles, avec atteinte d'un, ou de plusieurs organes vitaux, sont quelques exemples de causes fœtales pouvant aboutir à la décision d'une IMG. [14]

- IMG pour raison maternelle :

Une IMG peut être décidée lorsqu'il existe une pathologie maternelle mettant en jeu l'état de santé, ou la vie de la mère, si la grossesse est poursuivie. Une cardiopathie, une néphropathie, ou encore une pathologie psychiatrique maternelle, peuvent être des raisons d'IMG. [12,13]

L'IMG peut être pratiquée à n'importe quel terme de la grossesse. Elle peut être réalisée par voie médicamenteuse ou chirurgicale. L'administration de médicaments pour déclencher l'accouchement par les voies naturelles est privilégiée à la méthode chirurgicale, pour éviter de fragiliser l'utérus. [12]

Après 22 SA, le fœtus étant capable de ressentir la douleur, une anesthésie fœticide est recommandée avant le déclenchement de l'accouchement. Cet acte est réalisé par un médecin obstétricien, sous contrôle échographique, et consiste à l'injection dans le cordon ombilical d'une drogue anesthésiante ou analgésiante, puis d'une drogue fœticide, le chlorure de potassium, provoquant une diminution assez rapide des battements du cœur, entraînant un arrêt cardiaque chez le fœtus. Le chlorure de potassium peut également être injecté directement par voie intracardiaque. [15,16] (1)

Dans le cadre d'une IMG, à la douleur de la perte de leur enfant, s'ajoute la lourde décision de mettre fin à la vie du fœtus, gravement malade, ou mettant en danger la vie de la mère, ce qui restera gravé à jamais dans leur esprit. [7]

1.1.4. Le décès au cours du travail ou de l'accouchement.

Le jour de la naissance d'un enfant est, en général, un instant de grand bonheur. Pourtant, le travail et l'accouchement représentent de nombreux risques et dangers, que ce soit pour la mère ou le fœtus. En effet, la mort d'un enfant peut survenir pendant le travail ou l'accouchement. Parfois elle fait suite à des altérations sévères du rythme cardiaque fœtal, un liquide méconial, ou un circulaire serré, mais parfois, aucune explication ne peut être donnée aux parents. Dans ce cas de figure, le choc est violent : les parents sont sur le point de découvrir leur enfant tant attendu, rêvé tout au long de la grossesse, et en un fragment de seconde, le futur qu'ils avaient envisagé avec lui, bascule. Ce genre de situation est aussi un réel choc pour toute l'équipe médicale, qui se retrouve démunie et rencontre des difficultés à entourer le couple. [7,17]

1.1.5. Le décès néonatal précoce.

La mortalité néonatale précoce désigne le décès d'un enfant survenant au cours de la première semaine de vie. Comme décrit précédemment, la perte d'un nouveau-né dans les sept premiers jours de vie fait également partie de la définition du deuil périnatal. [1,18]

La prématurité, l'asphyxie intrapartum (acidose métabolique à la naissance avec un pH inférieur à sept), ou encore la présence d'une infection chez le nouveau-né, peuvent être à l'origine d'un décès néonatal précoce. [19,20]

Toutes ces différentes situations de deuil périnatal constituent un véritable séisme. Elles sont brutales, et laissent les parents mais aussi l'équipe soignante dans un profond désarroi et une grande détresse.

1.2. LE COUPLE FACE A UN DEUIL PERINATAL.

1.2.1. La définition du deuil.

Dans le dictionnaire *Le Petit Larousse*, le deuil est défini par « *la perte, le décès de quelqu'un* », mais également par la « *douleur, tristesse causée par la mort de quelqu'un* ». Il est aussi un processus psychique, nécessaire, par lequel une personne parvient progressivement à se détacher d'un être cher, ou d'un objet. Ce travail de deuil peut être divisé en 7 phases : le choc, le déni, la colère et le marchandage, la tristesse, la résignation, l'acceptation, et enfin la reconstruction. Le processus du deuil permet d'apprendre à vivre avec le souvenir passé d'une personne, et de se remémorer tout ce qui a été vécu avec elle de manière plus apaisée. [1,7,21]

« *La mort d'une personne met en lumière ce que l'on a vécu avec elle* ». Mais qu'en est-il du deuil périnatal où la mort arrive au moment où la vie doit naître ? Ce paradoxe témoigne de toute l'ambiguïté du deuil périnatal, qui est pourtant, un deuil à part entière. [7,22]

1.2.2. Les particularités du deuil périnatal.

Les parents n'ont pas eu le temps, ou alors très peu, pour partager et construire une histoire avec cet enfant. Sa perte peut paraître irréaliste du fait de l'absence de véritables souvenirs avec lui. Par conséquent, cette épreuve peut être plus compliquée à surmonter. [1]

De plus, l'entourage social du couple, qui ne sait pas, ou ne comprend pas forcément le lien affectif éprouvé par les parents, pour un enfant qu'il n'a pas connu, peut rapidement considérer cette perte comme un non-événement, auquel existe une solution : concevoir un autre enfant, pour oublier et penser à l'avenir. Pourtant, pour le couple, la grossesse a bien été réelle, tout comme l'élaboration de projets d'avenir. C'est pourquoi, de nombreux parents, ayant vécu un deuil périnatal, se battent et essaient de se faire entendre, pour que la perte d'un enfant, quel que soit le moment de la grossesse, ne soit plus considérée par la société, comme une chose irréaliste, et une douleur facile à panser. [4,6,7]

1.2.3. Le vécu des parents.

La grossesse est un bouleversement pour les deux futurs parents, qui la vivent différemment. C'est un moment où ils attendent, rêvent, et pensent leur futur enfant. Cet être, qu'ils imaginent, devient de plus en plus réel, par l'écoute de ses battements cardiaques lors d'un examen ou d'un contrôle échographique, ou encore par la perception de ses mouvements au travers du ventre de la mère qui s'arrondit. Il fait déjà partie de leur quotidien, de leur vie, et les sujets de conversations sont tournés autour de ce petit être à venir. Ils vivent la grossesse, comme tous les autres futurs parents, avec son lot de joies et de craintes. Dans une situation de deuil périnatal, toutes ces importantes modifications, qu'elles soient physiques et psychologiques, sont brutalement stoppées. Alors que les parents avaient construit des projets, parlaient d'avenir, il faut qu'ils pensent leur devenir différemment. Il n'est plus question de choisir des habits, ou la couleur de la chambre de l'enfant. Leur imaginaire est entravé.

Perdre un enfant est une épreuve particulièrement douloureuse pour les parents. La tristesse est immense, l'incompréhension, et le sentiment d'injustice est très grand, car il n'est pas logique pour des parents de vivre la mort de leur enfant. [5,22]

1.3. LA SAGE-FEMME FACE AU DEUIL PERINATAL.

Dans la majorité des cas, les personnes associent le métier de sage-femme aux termes de la vie, de la naissance et du bonheur. Qui n'a jamais entendu « c'est le plus beau métier au monde » lorsque la profession de sage-femme est évoquée ? Pourtant, dans son métier, la sage-femme est parfois amenée à accompagner la mort et non la vie d'un enfant.

1.3.1. Les progrès scientifiques.

Les progrès de la science ont permis à la médecine fœtale de diagnostiquer très tôt, au cours de la grossesse, de nombreuses anomalies et pathologies concernant le fœtus. Le diagnostic anténatal, l'échographie, le scanner, et d'autres techniques médicales percent toujours un peu plus, les secrets de la vie, avant même la naissance de l'enfant. De nos jours, l'embryon et le fœtus, sont visualisés, évalués, et appréhendés très vite comme des patients.

Tout en étant remarquables, ces progrès concernant le diagnostic anténatal, peuvent parfois précipiter les parents, ainsi que les professionnels, dans des situations auxquelles ils ne sont pas préparés. Il semble inimaginable qu'un simple examen de contrôle au cours de la grossesse, comme une

échographie, puisse être autre chose qu'une rencontre, et un moment de bonheur avec leur enfant. Cette médecine si puissante, est en même temps si impuissante devant la mort. Ni la médecine, ni aucune autre science ne peut fournir une réponse satisfaisante aux parents. [22]

1.3.2. Quand la sage-femme peut-elle être confrontée au deuil périnatal ?

Dans son quotidien professionnel, par le suivi des grossesses (de la conception à la naissance), et grâce à l'élargissement de ses compétences, la sage-femme est au premier plan, dans les situations de deuil périnatal. Elle peut y être confrontée en consultation, en salle de naissance, lors d'un contrôle échographique, aux urgences obstétricales et gynécologiques (UGO), mais aussi en suites de couches. La profession de sage-femme ne se situe pas que dans la « vie naissante », mais aussi dans l'accompagnement de toutes les grossesses, quelle qu'en soit la finalité. [2,23]

1.3.3. Rôle(s) de la sage-femme.

De nos jours, la grossesse étant très bien suivie sur le plan médical, il semble difficile d'imaginer que sa finalité puisse être la mort. La mort d'un bébé est quelque chose d'inimaginable. Face à ces situations de deuil périnatal, la sage-femme doit réussir à trouver sa place, pour accompagner au mieux le couple, dans cette épreuve douloureuse. Son rôle est essentiel, mais aussi difficile. La mort fait référence à sa propre histoire, à ses propres émotions. Personne ne peut jamais réellement être préparé à une telle situation. L'annonce et le vécu de la mort est, pour les parents, mais aussi pour la sage-femme, un moment choquant, sidérant et d'une extrême violence. [7,22,23]

- Importance d'une communication juste :

Même s'il est parfois difficile de trouver les bons mots, ou les bons gestes, l'utilisation d'un vocabulaire adapté à la situation, et au couple, est indispensable. Il est primordial d'exposer les faits aux parents, de leur expliquer ce qu'il est en train de se passer, et ce qu'il va arriver. Dans ces situations délicates de deuil périnatal, la mesure du poids des mots a son importance, ils vont rester en mémoire de la patiente, du couple. Les parents peuvent être blessés par des mots prononcés, et se sentir coupables de la situation. Il faut donc les déculpabiliser et rester vigilant face au choix des mots, qui peuvent autant blesser, qu'aider à cicatriser. [7,22]

- Intégrer les parents dans le processus de décisions :

Il est important de ne pas laisser les parents en dehors de la prise en charge médicale. Le futur qu'ils avaient imaginé s'écroule en un claquement de doigt. Rien ne se passe comme ils l'avaient envisagé, et ils se sentent le plus souvent démunis et dépossédés. Communiquer avec eux, leur laisser le temps nécessaire pour assimiler les choses, et penser autrement, leur permet d'avoir la sensation de rester encore un peu maîtres de la situation. Devoir faire des choix pour son enfant permet l'accès à la parentalité. Les intégrer dans les décisions, et ne pas les considérer comme de simples figurants, rend possible l'accès à leur statut de parents. [24]

- Ecouter, accompagner le couple et l'entourage :

Il est nécessaire que ces couples en situation de deuil périnatal puissent trouver une oreille attentive pour exprimer leur ressenti, leur souffrance, leur tristesse, mais aussi leur colère, tant auprès de leur entourage, qu'auprès des professionnels de maternité. Chaque couple, par son histoire, vit le deuil périnatal à sa manière. Il faut prendre en compte la singularité de chacun, et admettre que toute situation est différente.

Il existe un lien entre la manière dont les couples sont accompagnés lors de cette épreuve et le processus de deuil. C'est pourquoi, l'accompagnement et la prise en charge doivent être adaptés à chaque histoire et chaque couple.

Lors de la disparition d'un enfant, il ne faut pas perdre de vue la souffrance et le désarroi de l'entourage. La perte d'un petit être fait basculer l'équilibre et la sérénité de l'ensemble d'une famille. Tous les membres, qu'il s'agisse des frères et sœurs de l'enfant, des grands-parents, des oncles et tantes ou d'autres proches, sont impactés par cet évènement inattendu. Il est donc important de leur accorder un moment d'écoute pour qu'ils puissent aussi exprimer leur tristesse et leur souffrance. [7,25,26]

- Permettre à l'enfant d'exister dans le regard des autres :

Il est important pour les parents de donner une existence à cet enfant qui n'a pas eu le temps de vivre, de trouver un sens à cette douleur. La sage-femme représente le lien qui rattache ces couples à la vie, alors que la mort s'abat sur eux. Elle est le témoin de l'existence de cet enfant. Par les traces laissées (photos, empruntes de pieds, de main, habits, présentation du corps aux parents, ...), elle permet de donner à ce petit être une histoire concrète et personnelle, pour aider au mieux les parents dans leur travail de deuil. Cela permet de marquer la réalité de l'enfant qui n'a pas eu le temps de vivre, et lui permettre d'exister dans le regard de l'autre. [26,27]

1.3.4. Impact émotionnel pour la sage-femme.

Il n'est jamais facile d'être confronté à la souffrance de l'autre. Les situations de deuil périnatal sont souvent violentes émotionnellement pour l'équipe soignante, et notamment pour les sages-femmes qui accompagnent les couples. Même si la mort fait partie de la vie, et que chaque sage-femme sait qu'elle peut survenir à tout moment au cours d'une grossesse, aucune n'espère avoir à vivre ce genre de situation.

L'histoire personnelle et professionnelle de chacun des membres de l'équipe, est toujours impliquée face à une situation de deuil périnatal. La mort nous renvoie à l'idée de notre propre mort et à l'angoisse qu'elle provoque. Face à une situation difficile à vivre, chacun cherche à se protéger émotionnellement. Différentes attitudes et comportements peuvent donc émerger : l'évitement, la tristesse, le sentiment d'injustice et de colère, l'impuissance, le désarroi, l'empathie, la gêne, ou encore le mal être.

Certes, le métier de sage-femme oblige à garder une certaine distance face aux patientes et aux couples, et à ne pas se laisser envahir par les émotions. Pourtant, personne ne peut rester insensible à la douleur de l'autre. Tout être humain, face à la souffrance, ressent des émotions, qu'il faut apprendre à accepter. [1,25]

1.4. FORMATION DE LA SAGE-FEMME ET DEUIL PERINATAL.

1.4.1. La formation initiale de nos jours.

En France, le parcours de formation pour devenir sage-femme n'a pas toujours été semblable à celui d'aujourd'hui. En effet, de nombreuses réformes et changements sont venus le ponctuer.

Depuis la création de la première école de sages-femmes, le 30 juin 1802, par Madame Lachapelle, la formation initiale n'a cessé d'évoluer. D'abord d'une durée d'un an à la fin de 1803, elle passe à deux ans en 1917. Le nombre d'années d'études passe ensuite à trois ans en 1943, avec un approfondissement des connaissances en gynécologie, obstétrique et pédiatrie. Un diplôme d'Etat est désormais délivré aux étudiantes, marquant ainsi une reconnaissance de la profession. A partir de 1973, un concours d'entrée

est obligatoire pour accéder aux études de sage-femme. En 1985, un décret définit le nombre d'années d'études à quatre ans. [28,29]

Actuellement en France, la formation pour devenir sage-femme dure cinq ans et se compose de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES), réalisée au sein d'une université proposant les différentes filières de santé, et de quatre ans dans une école de sages-femmes. Les études de sage-femme sont divisées en deux cycles : le premier cycle, ou Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa), et le deuxième cycle, ou Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (DFASMa). Depuis l'intégration de la formation de sage-femme à l'université, en 2010, la validation d'ECTS (European Credits Transfert System) est apparue. [30]

L'arrêté du 11 mars 2013, relatif aux études de sage-femme, définit le programme de formation nécessaire à l'obtention du diplôme d'Etat. (2) Certaines compétences évoquées dans l'annexe de ce texte, et enseignées dans les différentes unités d'enseignement (UE), peuvent être mises en lien avec la prise en charge d'une situation de deuil périnatal.

- UE obstétrique, maïeutique, diagnostic anténatal, et médecine fœtale :

Les objectifs de ces enseignements sont de dépister et participer à la prise en charge des pathologies obstétricales, au cours de la grossesse, du travail, ou après l'expulsion, mais aussi de participer aux activités de diagnostic anténatal, et de la médecine fœtale, notamment dans le cadre d'une FC, ou d'une IMG. La formation initiale doit permettre à la sage-femme d'acquérir les connaissances médicales, juridiques et éthiques sur le diagnostic anténatal, mais aussi sur la médecine fœtale, afin de pouvoir dépister certaines anomalies, pouvant être graves pour le fœtus, ou la mère.

- UE pédiatrie, néonatalogie :

Par sa formation, la sage-femme doit être capable de dépister une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né, une pathologie ou une urgence néonatale, et de participer à la prise en charge adaptée à la situation. Elle doit également pouvoir assurer une réanimation néonatale efficace, par la maîtrise des gestes spécifiques, et la connaissance des différentes étapes de la prise en charge, tout en incluant les aspects éthiques.

- UE santé génésique des femmes, et santé publique :

Ces enseignements ont pour objectif d'offrir un suivi de qualité, adapté à la personne, en favorisant les conditions d'expression et d'écoute, mais aussi d'informer, de prévenir, dans le domaine de la maïeutique, de l'obstétrique, et de la néonatalogie. Ils permettent aussi à la sage-femme de pouvoir dépister les situations à risque médical, psychologique, ou social.

- UE Sciences Humaines et Sociales :

Cet enseignement vise à approfondir les connaissances sur la psychologie, les affections psychopathologiques, pour dépister les situations de vulnérabilité, et d'orienter la patiente, ou le couple, dans le réseau de périnatalité, afin de leur proposer une prise en charge adaptée. Il permet aussi de développer une réflexivité sur les pratiques professionnelles.

1.4.2. La formation continue.

La formation continue, aussi appelée Développement Professionnel Continu (DPC), a vu le jour avec la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » (loi HPST), du 21 juillet 2009, qui vise à moderniser l'ensemble du système de santé français. Le DPC s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé,

peu importe le mode d'exercice, et a pour but l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

D'après l'article L.4021-1 du code de la santé publique, le DPC est obligatoire pour les sages-femmes. Cette obligation, au départ, annuelle, est devenue au 1^{er} janvier 2017, triennale. Chaque professionnel de santé doit donc justifier, sur une période de trois ans, de sa participation à un programme de DPC. Le respect de cette obligation est contrôlé par « *les instances ordinales, les employeurs et les autorités compétentes, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat* ».

La profession de sage-femme, en constante évolution, est directement concernée par les avancées scientifiques, et médicales. Il semble donc nécessaire de se former, et de perfectionner ses connaissances, tout au long de sa carrière, afin de proposer une prise en charge, et un accompagnement de qualité, aux femmes, aux couples et aux nouveaux-nés. [31]

L'évolution des pratiques et de la législation sur le deuil périnatal, est un bon exemple de la nécessité d'adapter la formation initiale des sages-femmes et, une fois le diplôme obtenu, de continuer à se former régulièrement, afin d'être informé des dernières actualités.

1.4.3. Le deuil périnatal : une évolution récente des pratiques.

Le progrès dans le domaine du diagnostic anténatal, permettant la découverte précoce de certaines malformations, ou pathologies graves, et entraînant, par conséquent une augmentation des IMG, amène la sage-femme à être confrontée à des situations de deuil périnatal, ainsi qu'à la souffrance des parents.

De plus, la possibilité de réaliser facilement un test de grossesse, qu'il soit urinaire ou sanguin, par la recherche de l'hormone HCG, permet aux femmes de savoir rapidement, et très tôt, si elles sont enceintes ou non. En effet, l'examen sanguin, très sensible, peut être fait dès le premier jour de retard des règles, voire même un peu avant. Le test urinaire, peut être réalisé chez soi, à la maison. De plus, il est possible de confirmer la grossesse par un examen clinique, avec un utérus augmenté de volume, à partir d'environ un mois. De ce fait, la sage-femme est amenée à prendre en charge des fausses couches, qui pouvaient passer auparavant « inaperçues », et la détresse des patientes dont la grossesse s'est interrompue précocement.

Toutes ces nouvelles situations ont suscité de nombreuses réflexions et discussions autour du deuil périnatal, ainsi qu'une prise de conscience de l'importance de bien accompagner les couples, avec une prise en charge adaptée, lors de la perte d'un enfant. [5,32]

1.4.3.1. Evolution de la législation.

Le changement des pratiques passe tout d'abord par une modification des lois. Avant le 19^{ème} siècle, un enfant né sans vie ne pouvait avoir d'état civil. Une des premières avancées est apparue dès 1984, lorsqu'un statut juridique est créé pour l'embryon. Cette même année, le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) déclare que « *L'embryon ou le fœtus doit être reconnu comme une personne humaine potentielle qui est, ou a été vivante et dont le respect s'impose à tous* ». [6]

La loi du 8 janvier 1993, change, de manière importante le regard porté au fœtus. Elle déclare que « *lorsqu'un enfant est décédé avant que sa naissance ait été déclarée à l'état civil, l'officier de l'état civil*

établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant les jours et heures de sa naissance et de son décès ». [33]

Cette même année, la circulaire du 22 juillet précise les critères de viabilité à la naissance pour établir un acte de naissance. En se basant sur les recommandations de l'OMS, la « *limite basse pour l'établissement d'un acte de naissance pour des enfants nés vivants correspond au terme de vingt-deux semaines d'aménorrhée ou à un poids d'au moins 500 grammes* ». [34]

La circulaire du 30 novembre 2001 et l'arrêté du 19 juillet 2002 viennent modifier les conditions nécessaires pour la déclaration à l'état civil. Pour pouvoir reconnaître juridiquement et administrativement un fœtus, il doit être âgé de 22 semaines d'aménorrhée ou avoir un poids de 500 grammes, « *que ce soit pour l'établissement d'un acte de naissance et d'un acte de décès, ou pour l'établissement d'un acte d'enfant(s) né(s) sans vie* ». [34]

Le décret du 20 août 2008 stipule, quant à lui, qu'un fœtus, né sans vie, sans précision sur l'âge gestationnel ou le poids à la naissance, peut être inscrit dans le livret de famille, et que des obsèques peuvent être organisées par les parents. L'acte d'enfant sans vie est donc désormais établi sur la présentation, à l'état civil d'un certificat médical d'accouchement, comprenant le jour, l'heure et le lieu. Les critères de viabilité définis par l'OMS de 22 SA, et/ou un poids de 500 grammes, ne sont plus pris en compte. [34]

Depuis les précisions apportées par la circulaire du 19 juin 2009, pour l'établissement d'un certificat médical d'accouchement, il est nécessaire que le corps du fœtus soit « *formé, y compris congénitalement malformé et sexué, quand bien même le processus de maturation demeure inachevé et à l'exclusion des masses tissulaires sans aspect morphologique* ». De ce fait, le seuil pour établir un certificat médical d'accouchement est fixé à 15 SA, excluant ainsi les interruptions volontaires de grossesse, et les interruptions spontanées précoces de grossesse. [34]

Tous ces changements législatifs, entraînent une augmentation du nombre d'enfants « nés sans vie », dont la prise en charge varie selon l'âge gestationnel. (3)

1.4.3.2. Evolution dans la prise en charge des couples.

Avant 1990, l'évitement et le silence dominaient lors des situations de morts in utero. Les mères ayant perdu leur enfant étaient séparées des « autres mères », et ne séjournaient pas dans le service de maternité. Pendant une garde, une sage-femme, m'a confié un souvenir du tout début de sa carrière. Un médecin, au moment des visites du matin, dans le service de grossesse à risque, évitait toutes les chambres où se trouvaient des femmes ayant perdu leur grossesse.

D'après le docteur Maryse Dumoulin, « *les soignants pensaient protéger les parents d'une trop grande souffrance, et probablement, s'épargnaient ainsi d'être confrontés à la réalité de la mort à laquelle leur formation ne les avait pas du tout préparés* ». Les choses ont, par la suite, bien changé. Désormais, les mères vivant un deuil périnatal ne sont plus mises à l'écart et côtoient les autres patientes en maternité. [32]

Il est également important de noter, dans les changements de la prise en charge des couples, l'évolution du regard et de la considération portés au fœtus. Les parents ont désormais la possibilité, s'ils le souhaitent, de voir leur enfant, de le toucher, de le prendre dans les bras, ou encore de l'habiller. Il leur

est aussi possible de récupérer les empreintes et photos de leur enfant, prises par l'équipe soignante, afin de garder un souvenir de lui, et de l'inscrire dans l'histoire familiale. [5,32]

Concernant les congés de maternité et de paternité, ils sont acquis dès lors qu'à la naissance, le foetus est âgé d'au moins 22 SA, ce qui permet de reconnaître également l'existence de cet évènement, et de ne pas le passer sous silence. Avant 22 SA, seul un certificat d'arrêt de travail peut être établi, pouvant donner droit à une indemnisation par l'assurance maladie. [35]

1.4.3.3. La formation de la sage-femme au cœur des changements.

Face à tous ces bouleversements, les études de sages-femmes n'ont pas eu d'autre choix que d'évoluer et de s'adapter aux nouvelles pratiques. La formation initiale apporte l'enseignement théorique, mais aussi une approche multidisciplinaire, du deuil périnatal. En effet, l'obstétrique, la pédiatrie, et la législation, amènent des visions différentes de la prise en charge des couples vivant un deuil périnatal. Outre la mise à jour de toutes ces matières, la formation initiale intègre maintenant une part d'enseignement des Sciences Humaines et Sociales (SHS). Elle apporte des connaissances sur la psychologie du deuil, avec les différentes étapes qui le composent, et s'intéresse aussi à l'accompagnement des couples. Elle permet également aux étudiants d'acquérir une réflexion personnelle, et des notions de savoir-être. Tous ces changements, mêlant SHS et théorie, ont pour but de proposer aux parents une prise en charge adaptée. [29]

Des nouveautés sont aussi apparues au niveau de la formation continue. Depuis plusieurs années, différents organismes proposent aux professionnels de la périnatalité, toutes sortes de formations concernant des sujets multiples, comme le deuil périnatal. Ces dispositifs se déroulent sur une ou plusieurs journées, et permettent d'aborder les points essentiels de l'accompagnement du deuil périnatal comme la psychologie du deuil, les émotions du couple lors de la perte d'un enfant, les spécificités d'un deuil périnatal, ou encore le cadre législatif. Ces formations ont pour objectif de permettre aux professionnels de mieux appréhender les situations de deuil périnatal, afin d'accompagner au mieux les couples. [29]

PARTIE 2 : METHODOLOGIE.

2.1. PROBLEMATIQUE.

La problématique de l'étude souhaitait déterminer comment l'amélioration des pratiques professionnelles et du ressenti des sages-femmes, en matière d'accompagnement du deuil périnatal, pouvait rendre la prise en charge des parents plus adaptée ?

2.2. OBJECTIF PRINCIPAL.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier, en 2018, auprès des 120 sages-femmes du CHR Metz-Thionville, les pratiques professionnelles et les besoins des sages-femmes en matière d'accompagnement dans la prise en charge des parents en situation de deuil périnatal.

2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES.

- Faire un état des lieux des pratiques des sages-femmes en matière de deuil périnatal.
- Faire un diagnostic des outils existants et auxquels les sages-femmes ont accès dans les situations de deuil périnatal.
- Evaluer le ressenti des sages-femmes face aux situations de deuil périnatal.

2.4. HYPOTHESES ET CRITERES DE JUGEMENT.

Les hypothèses soulevées par cette étude étaient les suivantes :

H1 : L'expérience des sages-femmes est un levier pour la prise en charge des couples en situation de deuil périnatal.

H2 : Le deuil périnatal est abordé de manière pertinente lors de la formation initiale des sages-femmes.

H3 : La formation initiale des sages-femmes et/ou la formation continue suffisent pour prendre en charge les couples en situation de deuil périnatal.

H4 : Les sages-femmes suivent une formation continue pour améliorer leurs pratiques professionnelles face au deuil périnatal.

H5 : Il existe dans les différents services un ou des accompagnements des sages-femmes pour les situations de deuil périnatal.

Les critères de jugement principaux de cette étude sont :

N°1 : Nombre de sages-femmes considérant l'expérience comme un levier pour la prise en charge des situations de deuil périnatal.

N°2 : Nombre de sages-femmes dont la formation initiale avait abordé le deuil périnatal.

N°3 : Nombre de sages-femmes qui pensaient que la formation initiale et/ou la formation continue suffisaient pour prendre en charge les couples en situation de deuil périnatal.

N°4 : Nombre de sages-femmes ayant suivi une formation continue sur le deuil périnatal.

N°5 : Nombre de moyens d'accompagnement existant et identification de ces moyens.

2.5. RETOMBEES DE L'ETUDE.

- Améliorer les pratiques professionnelles de l'accompagnement du deuil périnatal.
- Améliorer le vécu et la pratique des sages-femmes par la mise en place de moyens adaptés.
- Faciliter la prise en charge de ces situations pour accompagner au mieux les couples.

2.6. SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE.

2.6.1. Type d'étude.

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, descriptive, monocentrique, transversale à visée diagnostique auprès des 120 sages-femmes du CHR Metz-Thionville, de fin novembre 2017 à janvier 2018. Le questionnaire anonyme distribué aux sages-femmes du CHR Metz-Thionville apportait des informations sur les situations de deuil périnatal rencontrées, l'expérience, le ressenti, les formations, les dispositifs présents au sein des services, et interrogeait les professionnels sur leurs souhaits d'outils en matière d'amélioration de l'accompagnement des couples.

2.6.2. Population étudiée.

La population étudiée de cette étude était constituée de l'ensemble des sages-femmes exerçant au sein du CHR Metz-Thionville.

- Critères d'inclusion : les sages-femmes du CHR Metz-Thionville désirant participer à l'étude.
- Critères de non inclusion : les sages-femmes ne souhaitant pas répondre à l'étude, et les étudiant(e)s sages-femmes.

2.6.3. Aspects réglementaires et éthiques.

Une autorisation nécessaire à la réalisation de cette étude, et à la distribution des questionnaires a été demandée auprès de la sage-femme coordinatrice en maïeutique, cadre du pôle Femme Mère Enfant, des coordinatrices des différents services concernés par l'étude, au mois d'octobre 2017. Les sages-femmes ont pu remplir, de manière anonyme, le questionnaire sous format papier, mis à leur disposition dans les différents services de maternité du CHR Metz-Thionville, de fin novembre 2017 à janvier 2018.

Le questionnaire a tout d'abord été testé auprès de 3 sages-femmes d'un autre établissement, afin d'évaluer sa pertinence et sa compréhension, et, si besoin, d'effectuer certaines modifications.

Les données collectées par l'intermédiaire des questionnaires seront détruites une fois l'étude réalisée.

2.6.4. Description des données collectées.

Le questionnaire se composait de trois parties, avec des questions quantitatives et qualitatives (4).

La première partie, intitulée « généralités », permettait de décrire la population étudiée (lieu et nombre d'années d'exercice, service, ...) et d'interroger les sages-femmes sur ce qu'est le deuil périnatal selon elles. La deuxième partie, nommée « expérience/ressenti », s'intéressait quant à elle, aux différentes situations vécues par les sages-femmes, à leur expérience, leurs émotions et leur prise en charge face au deuil périnatal. Enfin, la troisième partie, « formation/dispositifs présents au sein du service », abordait la formation initiale et continue des sages-femmes, ainsi que leur connaissance sur l'existence ou non de moyens mis en place dans le service pour les aider à la prise en charge du deuil périnatal.

Les données quantitatives récoltées à l'aide des questionnaires ont été traitées par des statistiques, et celles qualitatives ont été codées par la méthode du Verbatim. L'ensemble des données ont été analysées grâce au logiciel Excel.

Sur le total des 120 sages-femmes du CHR Metz-Thionville, 30% de réponses, au minimum étaient souhaités, soit la réponse d'environ 40 sages-femmes.

PARTIE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS.

Trente-quatre questionnaires ont été réceptionnés, mais seulement 30 ont pu être exploités, soit un taux de réponses de 25%.

3.1. GENERALITES DE LA POPULATION ETUDIEE.

Les 30 questionnaires, ont tous été remplis par des femmes, dont 18 sages-femmes exerçaient à l'hôpital de Mercy, et 12 à celui de Bel-Air.

3.1.1. Age de la population étudiée.

La majorité des sages-femmes ayant répondu à l'étude avaient entre 30 et 40 ans.

Tableau 1 : Âge des sages-femmes participant à l'étude - CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018) (n=30).

	Nombre de sages-femmes (n)	Pourcentage (%)
Âge (en années)		
< 30	7	23
30/40	11	37
40/50	6	20
50/60	6	20
> 60	0	0
Total	30	100

Parmi toutes les sages-femmes, celles ayant entre 10 et 20, et plus de 20 ans d'exercice ont été les plus nombreuses à répondre à l'étude, tandis que le groupe le moins représenté était celles exerçant depuis moins de cinq ans.

Tableau 2 : Répartition des sages-femmes de l'étude en fonction du nombre d'années d'exercice - CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018) (n=30).

	Nombre de sages-femmes (n)	Pourcentages
Nombre d'années		
< 5	5	17
5-10	6	20
10-20	9	30
> 20	10	33
Total	30	100

Presque la moitié des sages-femmes ayant répondu au questionnaire exerçaient en salle de naissance et/ou aux Urgences Gynécologiques et Obstétricales (UGO).

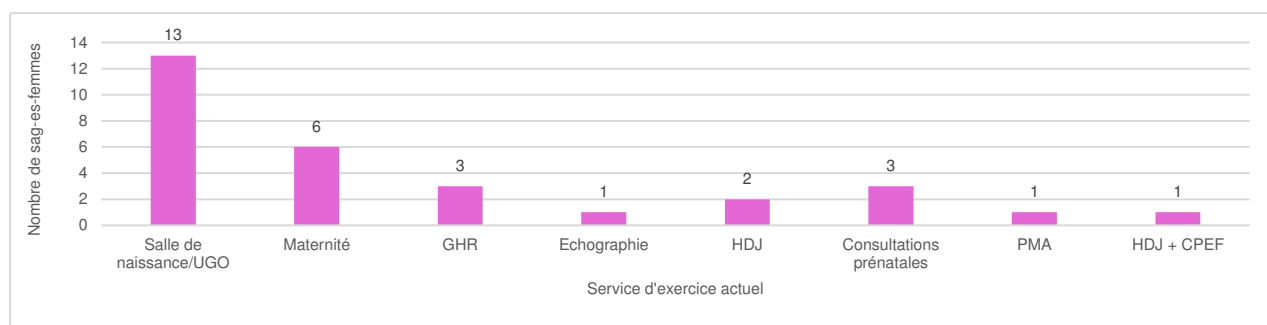


Figure 1 : Répartition des sages-femmes de l'étude en fonction de leur service d'exercice - CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018) (n=30).

Parmi les 30 sages-femmes de l'étude, 27 ont déjà exercé dans d'autres services du CHR Metz-Thionville, dont 18 dans le service de maternité, et 17 en grossesse à risque.

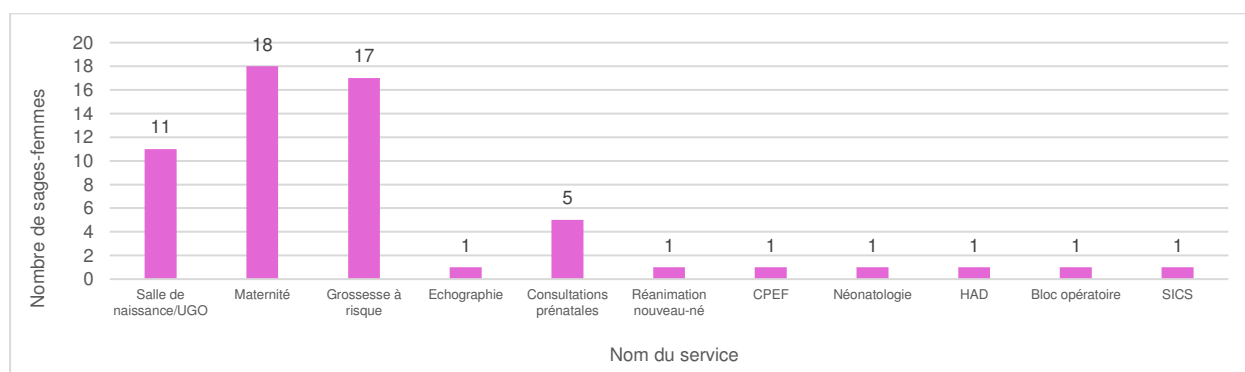


Figure 2 : Répartition des autres services d'exercice des sages-femmes de l'étude (plusieurs réponses possibles) – CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018).

3.1.2. Définition du deuil périnatal.

Une sage-femme n'a pas répondu. Parmi les 29 sages-femmes restantes, pour 55%, le deuil périnatal évoquait la « **perte** » d'un enfant, notamment lors d'une fausse couche, comme l'a souligné une des répondantes « **attention, certaines patientes ayant fait une fausse couche vont également considérer cela comme un deuil et la perte d'un enfant** ».

Le terme de « **deuil** » est retrouvé chez 8 sages-femmes, soit dans 27% des réponses. La notion d'« **accompagnement** » du couple, lors des différentes étapes de cette douloureuse épreuve, est apparue dans 17% des réponses.

Pour quatre sages-femmes, soit 14%, le deuil périnatal a été associé à la notion de « **processus** », permettant au couple d'accepter et de se reconstruire après le décès de leur enfant.

Enfin, 14% des sages-femmes ayant répondu à cette question, le deuil périnatal a été assimilé à une « **période** », « **plus ou moins longue** » et « **douloureuse** ». (5)

3.2. EXPERIENCE ET RESSENTI.

Toutes les sages-femmes de l'étude ont déjà été confrontées à une situation de deuil périnatal au cours de leur carrière, dont 80% plus de dix fois, 13% entre cinq et dix, et 7% moins de cinq fois.

Vingt-deux sages-femmes ont déjà rencontré des situations de deuil périnatal en salle de naissance, et 19 dans le service de grossesse à risque.

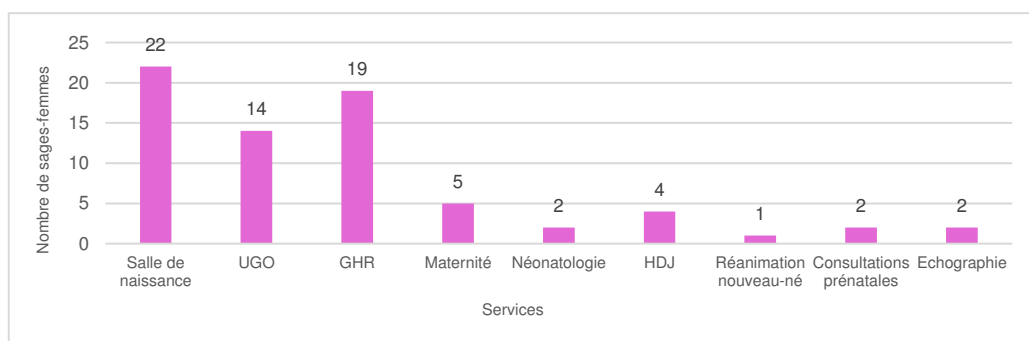


Figure 3 : Fréquence des situations de deuil périnatal par service (plusieurs réponses possibles) – CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018).

3.2.1. Description des situations de deuil périnatal rencontrées.

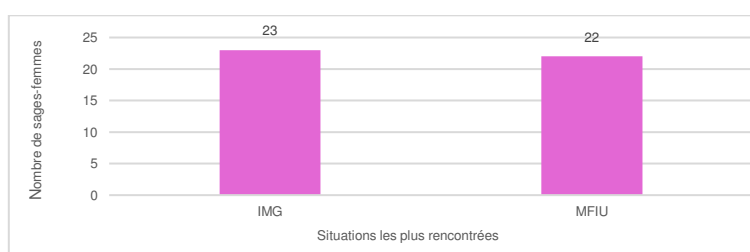


Figure 4 : Situations de deuil périnatal les plus rencontrées par les sages-femmes de l'étude – CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018).

Une sage-femme n'a pas répondu à cette question. Les situations les plus décrites ont été pour 79% des sages-femmes une ou plusieurs IMG (à différentes étapes de la prise en charge, et dans des services différents) et pour 76% des MFIU, au cours de leur carrière.

Parmi les sages-femmes ayant déjà été confrontées à une MFIU, 54% évoquaient la découverte d'une mort in utero à l'UGO, soit de manière inopinée, ou lors d'une consultation pour diminution des mouvements actifs fœtaux (MAF).

Face à ces situations, une sage-femme insistait sur le fait qu'elle pensait « **qu'il n'y a pas de mot, ni de geste pour annoncer la chose la plus terrible à des parents** », il faut « **être là et les accompagner** ».

(6)

3.2.2. Difficultés à accompagner les couples en situation de deuil périnatal.

Pour 18 sages-femmes, il est difficile d'accompagner un couple en situation de deuil périnatal, tandis que pour huit « NON ». Quatre sages-femmes ont répondu, à la fois, « OUI et NON », dont une a ajouté en commentaire « **mais lourd** ».

La difficulté d'une communication adaptée, face aux couples en situation de deuil périnatal a été évoquée par 32% des sages-femmes éprouvant des difficultés, lors de l'accompagnement des parents. Une sage-femme avouait avoir « **parfois du mal à savoir quoi leur dire** », une autre qu'il « **est toujours difficile de trouver les bons mots** », tandis qu'une autre affirmait qu'il n'y a « **pas de mot pour soulager leur peine** »

La complexité de l'accompagnement d'un deuil périnatal a été aussi évoquée par 14% des sages-femmes. Une sage-femme rappelait que l'accompagnement du deuil périnatal « **est très chronophage** », une autre parlait « **de lourdeur de l'accompagnement psychologique** », et enfin, ces situations étaient même qualifiées « **d'épuisantes psychologiquement** » par une sage-femme. Parmi les sages-femmes ayant répondu à cette question, deux d'entre elles ont évoqué la complexité à avoir une attitude adaptée face à ces situations. La première exprimait la complexité à « **rester professionnelle** » et à « **ne pas montrer trop de tristesse** », tandis que la deuxième affirmait qu'il « **est difficile de trouver sa place face à la détresse d'un couple, d'autant plus que l'on est jeune sage-femme** ». (7)

Sur les 12 sages-femmes ayant répondu « NON » à la question, seulement neuf ont fourni les raisons de leur réponse. Parmi elles, cinq évoquaient leur formation (initiale, ou suivie en cours de carrière), dont une spécifiait avoir reçu de sa « **formation initiale un bon compagnonnage** », et une autre avoir réalisé son mémoire de fin d'études « **sur les MFIU** ». (8)

3.2.3. Attitude face aux couples en situation de deuil périnatal.

Une sage-femme n'a pas répondu à la question. La notion évoquée chez 55% des répondantes était « **l'empathie** ». L'importance de « **l'écoute** » face à ces couples a été abordée par 31% des sages-femmes. Ce terme était, dans la majorité des cas, associé à la nécessité d'être « **présent** » et « **disponible** ». Le lexique du dialogue, caractérisé par des verbes tels que « **parler** », « **répondre** », « **expliquer** », « **apporter des explications** », a été retrouvé dans 27% des réponses. Le « **professionnalisme** » a été cité dans 14% des cas. Une sage-femme avouait ne pas « **toujours être à l'aise** », et une autre affirmait qu'il faut « **rester humain** » face aux couples, et réagir à ces situations avec « **son cœur et ses tripes pour les accompagner au mieux** ». (9)

3.2.4. Rôle de l'expérience dans la prise en charge des couples.

Pour 26 sages-femmes, leur prise en charge a évolué avec leur expérience, deux « NON », une « OUI et NON », tandis qu'une autre a répondu « pas vraiment ». La principale notion retrouvée chez 69% des sages-femmes ayant répondu « OUI » à cette question était l'expérience professionnelle. Pour certaines, elle leur a permis d'acquérir en « **maturité** », « **d'affiner** » leur prise en charge, de « **prendre confiance** » en elles, d'avoir « **du recul** » face à ces situations, mais également d'être plus à l'aise dans le dialogue, et les mots à employer lors des situations de deuil.

Une sage-femme déclarait que l'expérience et la maturité lui permettaient d'être « **moins focalisée sur le savoir-faire** » et de se concentrer sur le « **savoir-être** ». (10)

Celles ayant répondu « NON » ont cité « **peu d'expérience dans ce domaine** », « **les protocoles et procédures sont plus lourdes** », et « **ajustement fréquent de la législation** ». La sage-femme ayant répondu « **Pas vraiment** », affirmait avoir « **tendance à reproduire le même schéma** ». (11)

3.2.5. Ressenti et émotions face aux situations de deuil périnatal.

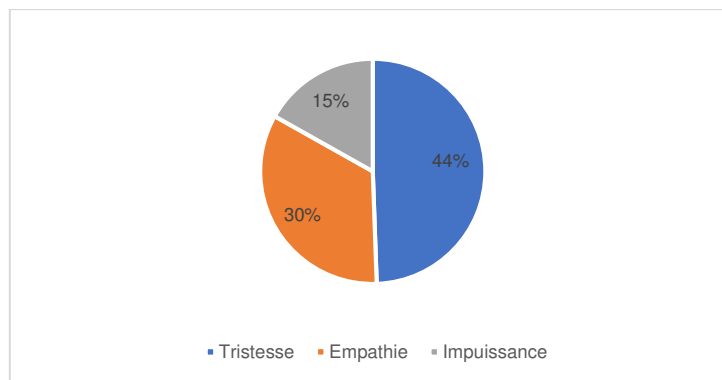


Figure 5 : Ressenti des sages-femmes face au deuil périnatal – CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018).

Trois sages-femmes n'ont pas répondu à cette question. Les principaux ressentis retrouvés chez les sages-femmes étaient la tristesse, l'empathie et l'impuissance. Parmi les sages-femmes ayant répondu à la question, une déclarait avoir « **paradoxalement le sentiment de vraiment faire son travail. L'accompagnement est primordial pour ces couples** ». De même, une autre affirmait « **se sentir encore plus utile auprès de ces personnes en détresse que dans ses activités habituelles** ». Certaines éprouvaient aussi de la colère et de l'injustice face à ces situations. (12)

3.2.5.1. Gestion des émotions.

Deux sages-femmes n'ont pas répondu à cette question. Les deux principales notions exprimées par les répondantes étaient le partage avec les collègues (pour 36% d'entre elles) et la capacité à prendre du recul (également pour 36% d'entre elles), « **c'est l'histoire d'un couple, pas la mienne** ».

Certaines évoquaient la place de leurs émotions. Il était déjà arrivé à une sage-femme « **d'avoir les larmes aux yeux avec les couples** », tandis que d'autres essayaient « **de ne pas trop montrer** » leurs émotions. Une sage-femme, après neuf ans d'expérience arrivait désormais à « **gérer et garder** » ses émotions, ce qui lui était « **difficile les premières années d'exercice** ».

Deux réagissaient de manière différente selon les situations, « **toutes les histoires ne sont pas idem** ». (13)

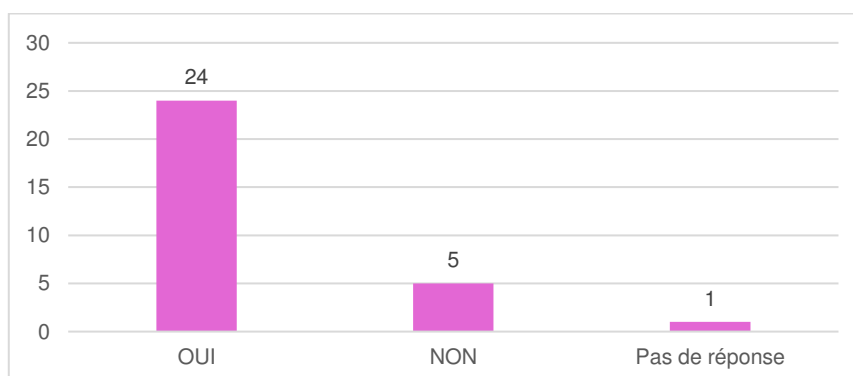


Figure 6 : Réponses des sages-femmes à la question « Votre ressenti lors de ces situations s'est-il « amélioré » au fil des années ? » - CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018) (n=30).

La majorité des sages-femmes estimaient que leur ressenti s'était « amélioré » au fil des années. Treize sages-femmes ont déjà évité la prise en charge d'une situation de deuil périnatal, et 17 « NON » (dont une a ajouté un commentaire « **Par manque de choix ! Souvent seule dans le service** »).

Il a été possible d'établir trois raisons principales en lien avec l'évitement de la prise en charge d'une situation de deuil périnatal, dont la première était d'ordre personnel. En effet, sur les 13 sages-femmes ayant répondu à cette question, quatre avouaient avoir déjà évité la prise en charge d'une situation de deuil périnatal lorsqu'elles étaient elles-mêmes enceintes, pour éviter « **les projections psychologiques** », et une lorsque son « **cas personnel était très récent** », et qu'elle faisait « **un transfert** ».

Le manque d'expérience était la deuxième raison évoquée par trois sages-femmes, qui éprouvaient en début de carrière « **peu d'assurance pour une prise en charge optimale du couple** », « **la peur de mal faire** », ou encore la sensation de ne pas avoir « **la capacité psychologique** ». Pour finir, trois sages-femmes évoquaient la « **récurrence** » des situations sur une même période. (14)

3.3. ACCOMPAGNEMENT DES SAGES-FEMMES.

Huit sages-femmes ont répondu qu'il existait un accompagnement systématique des professionnels au sein du service, tandis que 21 « NON », et une « Ne sait pas ».

A la question « *si oui, le/lesquels ?* », trois sages-femmes ont répondu en lien avec la prise en charge des parents dans une situation de deuil périnatal, et non de l'accompagnement des professionnels. La possibilité de rencontrer la psychologue du service, la présence de protocoles médicaux et sur la prise en charge de ces situations, ainsi que la formation continue, ont été évoqués par les autres sages-femmes.

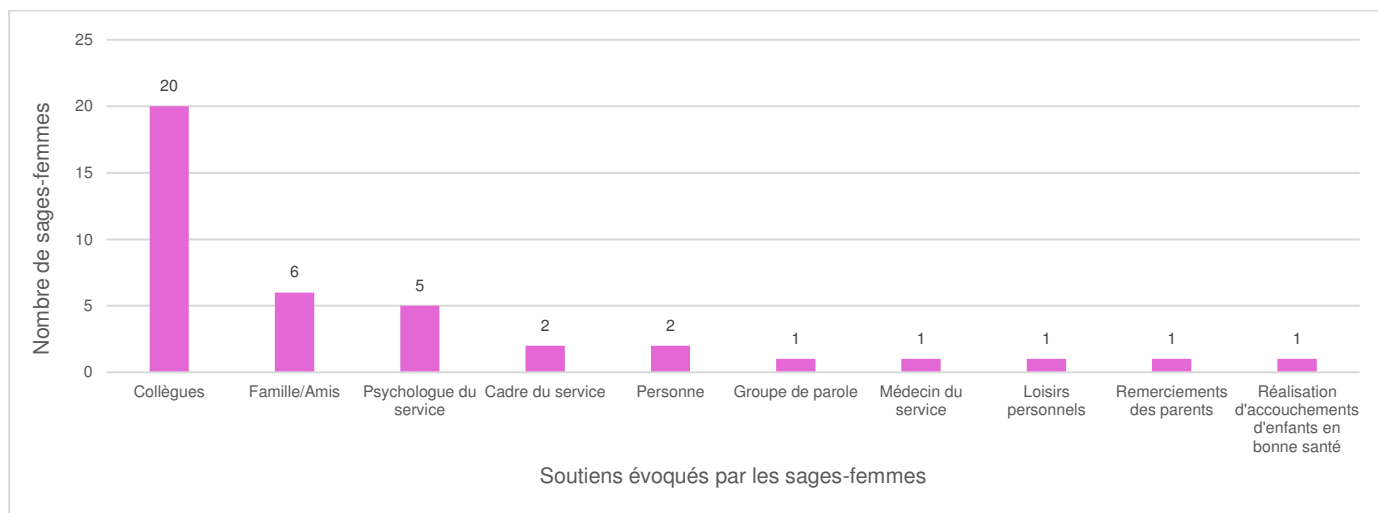


Figure 7 : Soutiens évoqués par les sages-femmes lors d'une situation de deuil périnatal – CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018).

Huit sages-femmes n'ont pas évoqué de soutien lors d'une situation de deuil, tandis que 20 trouvent du soutien auprès de leurs collègues. Au contraire, deux sages-femmes affirment n'en trouver aucun.

3.3.1. Formation sur le deuil périnatal.

3.3.1.1. La formation initiale.

Pour 37% des sages-femmes de l'étude, le deuil périnatal a été abordé lors de leurs études, soit par des cours magistraux, « **un module de quelques heures en dernière année** », « **une brève formation** » ou de « **manière trop succincte** ».

Pour 23%, ce sujet n'a pas été, ou très peu, abordé. La majorité des sages-femmes n'ayant jamais évoqué le deuil périnatal lors de leur formation initiale, exerçaient leur métier depuis 10, 20 ans, voire plus. Certaines affirmaient avoir appris sur le terrain grâce à un compagnonnage par leurs collègues. Enfin, 23% des sages-femmes n'avaient aucun souvenir, la plupart étant également diplômées depuis de nombreuses années. Cependant, une sage-femme plus jeune affirmait avoir vécu pour la première fois une situation de deuil périnatal en « **fin de première année d'école de sage-femme** », ce qui fut « **un CHOC !!** », et qu'elle ne savait « **même pas que cela pouvait exister** ». (15)

- Approche du deuil périnatal au cours des études de sage-femme :

Six sages-femmes ont répondu trouver la manière dont le deuil périnatal a été abordé, suffisante à la prise en charge des couples, tandis que 23 « NON », dont une a ajouté en commentaire « **il faut également de l'expérience** », une n'y a pas répondu.

Sur les 23 sages-femmes ne trouvant pas suffisante la manière dont le deuil périnatal a été traité, neuf n'ont pas répondu sur l'approche à envisager pour ce sujet.

Une formation initiale plus « **approfondie** » était souhaitée par 43% des répondantes, avec des cours sur l'accompagnement, le dialogue, notamment pour « **apprendre l'annonce du bébé décédé** », l'attitude à adopter face à ces situations, mais surtout sur la psychologie des parents et « **la théorie du deuil** » spécifique au deuil périnatal. Une sage-femme précisait « **qu'en tant qu'élève on est démunie et seule** », et qu'il n'y a « **pas d'accompagnement de la part de l'école** ».

La mise en situation réelle, ou l'échange avec des personnes ayant été confrontées à une situation de deuil périnatal (sages-femmes ou associations de parents) était une approche envisagée par 28% des répondantes à cette question. Enfin, deux sages-femmes insistaient sur l'importance de l'expérience « **sur le terrain qui forme** ». (16)

- Importance des connaissances théoriques :

Des connaissances théoriques paraissent indispensables pour 24 sages-femmes, pour quatre « NON », dont une ajoutait qu'il faut surtout « **savoir être des professionnels, et avoir des qualités humaines** ». Enfin une sage-femme a répondu « OUI et NON », en commentant qu'il « **faut avant tout s'adapter** » aux différentes situations, et une n'a pas répondu à cette question.

3.3.1.2. La formation continue.

Vingt-et-une sages-femmes ont déjà suivi une formation sur le deuil périnatal depuis qu'elles exercent. Parmi les neuf sages-femmes n'ayant jamais suivi de formation sur le deuil périnatal depuis qu'elles sont sages-femmes, seulement sept ont donné les raisons, qui sont dans le verbatim en annexe. (17)

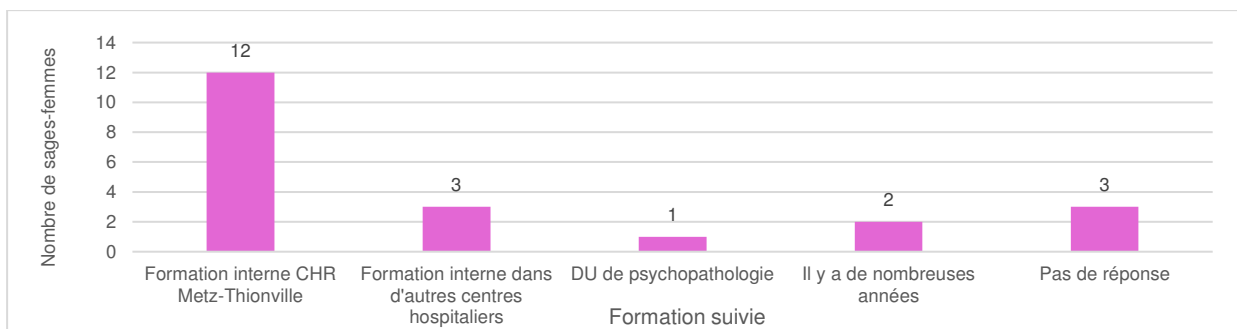


Figure 8 : Formations suivies par les 21 sages-femmes ayant répondu « OUI » à la question « Depuis que vous êtes sage-femme, avez-vous suivi une formation sur le deuil périnatal ? – CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018).

Douze sages-femmes ont suivi une formation interne au CHR Metz-Thionville, soit 57% des 21 sages-femmes ayant déjà réalisé une formation sur le deuil périnatal au cours de leur carrière.

- Apports bénéfiques des formations :

Quatre sages-femmes n'ont pas répondu à la question. Les formations suivies ont permis, à 29% des sages-femmes, d'améliorer et d'adapter leur attitude, en particulier sur la prise de recul face aux situations de deuil périnatal, l'écoute, ou « **les mots à éviter** » face aux couples.

Pour 23% des sages-femmes ayant répondu, les formations ont permis d'acquérir ou de perfectionner des connaissances, notamment en ce qui concerne l'administratif ainsi que la prise en charge médico-psychologique des couples, ce qui a permis à une sage-femme de se « **concentrer sur la prise en charge psychologique des couples** ». Certaines ont aussi exprimé les bienfaits d'échanger sur des expériences, et notamment sur « **les difficultés rencontrées** ». Par la formation, une sage-femme a également pris « **conscience de l'importance d'un accompagnement efficace** », pour les couples. (18)

3.3.2. Dispositifs présents au sein des services.

Parmi les 30 sages-femmes de l'étude, 21 savaient qu'il existait des dispositifs au sein de leur service pour les aider dans la prise en charge du deuil périnatal, dont huit y ont déjà eu recours.

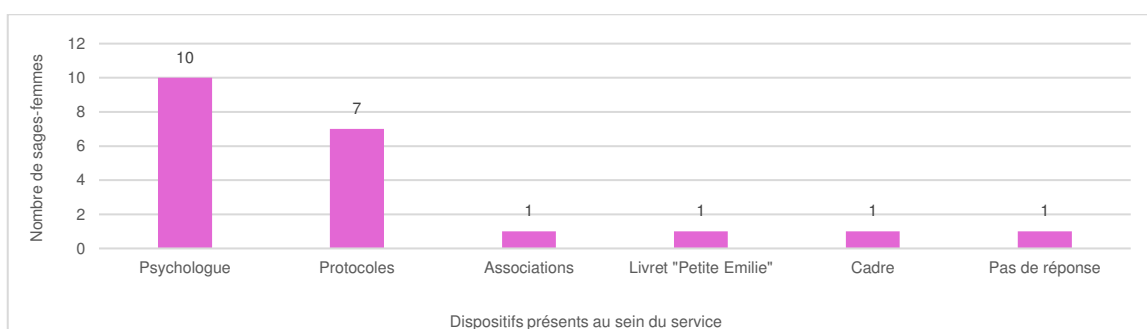


Figure 9 : Les dispositifs présents au sein des services cités par les sages-femmes (plusieurs réponses possibles) – CHR Metz-Thionville (fin novembre 2017 à janvier 2018).

Comme dispositifs présents, la possibilité d'échanger avec la psychologue de la maternité a été citée dans 10 réponses, et la présence de protocoles dans sept. Sur ces 21 sages-femmes, 15 trouvaient l'accès à ces dispositifs facile, deux non, une ne savait pas, tandis que trois n'ont pas répondu. Les deux sages-femmes ne trouvant pas l'accès à ces dispositifs facile, ont toutes les deux évoqué un souci de

disponibilité. Parmi les huit sages-femmes ayant déjà eu recours à ces dispositifs, toutes les ont trouvés appropriés.

- Mise en place de moyens pour aider à appréhender de manière adaptée le deuil périnatal :

Douze sages-femmes, soit 40%, n'ont pas répondu à cette question. Parmi les 18 sages-femmes ayant répondu, le mot « **formation** » a été retrouvé dans 50% des réponses. Pour une sage-femme, il faudrait une « **proposition de formation continue régulière** », pour une autre, une « **formation à l'écoute** », et enfin, pour une dernière, « **une formation des cadres** ».

Le champ lexical du dialogue et de la discussion a été cité dans 33% des réponses, avec le désir de la mise en place de groupes de parole, pour permettre « **le partage d'expériences** », « **autour de cas concrets** », et le souhait de plus échanger entre les équipes. La mise en place de moyens centrés sur la psychologie était évoquée par 22% des répondantes, pour avoir, par exemple, « **les clés** » pour des « **situations plus à risques** ».

Enfin, deux sages-femmes soulignaient qu'il « **est difficile de mettre en place des moyens** », la prise en charge des couples étant souvent « **au cas par cas** », et qu'il faut rester soi-même face aux situations de deuil périnatal. (19)

3.3.3. Autre(s) lieu(x) d'exercice.

Sur les 30 sages-femmes de l'étude, 16 ont déjà exercé dans d'autres hôpitaux que le CHR Metz-Thionville, tandis que 14 jamais. Parmi celles ayant exercé dans d'autres hôpitaux, deux n'ont pas répondu à la question concernant les accompagnements et dispositifs mis en place. Sur les 14 restantes, pour 50%, aucun dispositif n'était mis en place. L'ensemble des verbatims à cette question se trouve en annexe. (20)

PARTIE 4 : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

4.1. LIMITES DE L'ETUDE.

4.1.1. Taux de participation.

Au minimum, 30% de réponses étaient souhaités. Malgré les relances dans les différents services, seulement 30 questionnaires ont été entièrement remplis, et ont pu être exploités, soit un taux de participation de 25%. Le deuil périnatal, étant un thème difficile à aborder, mais aussi les nombreuses questions ouvertes composant le questionnaire, ont pu constituer un frein à la participation à l'étude.

4.1.2. Caractéristiques de la population étudiée.

Le choix d'inclure uniquement les sages-femmes du CHR Metz-Thionville peut être remis en cause. Pourtant, le but de cette étude était d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles, du ressenti, et des besoins des sages-femmes, en matière d'accompagnement du deuil périnatal, de ce site hospitalier en particulier.

Au cours de mes différents stages, d'autres professionnels de santé, également confrontés aux situations de deuil périnatal dans leur exercice, m'ont fait part de leurs nombreuses expériences. Malgré la richesse de ces échanges, le choix de ne pas les inclure dans l'étude, s'explique, comme détaillé plus haut, par le rôle primordial de la sage-femme lors de l'accompagnement des couples lors d'un deuil périnatal.

4.1.3. Contenu du questionnaire.

Une question composant le questionnaire anonyme s'intéressait à la manière dont le deuil périnatal avait été abordé lors de la formation initiale. Cette interrogation aurait pu être complétée par le lieu où les sages-femmes ont suivi leurs études de maïeutique.

Malgré ces limites, cette étude a permis de mettre en évidence l'importance de l'expérience, de la formation professionnelle, mais aussi du besoin d'être accompagné lors des situations de deuil périnatal.

4.2. L'EXPERIENCE.

La majorité des sages-femmes ayant répondu à l'étude avaient entre 10 et 20 ans d'expérience (n=9), ou plus de 20 ans (n=10). Au fil de leurs années d'exercice professionnel, les sages-femmes font face, à plusieurs reprises, à la prise en charge de couples vivant un deuil périnatal. Nous pouvons donc supposer qu'avec l'âge et un nombre d'années d'expérience plus grand, il est plus facile pour les sages-femmes d'aborder ce sujet.

Toutes les sages-femmes de l'étude (n=30) ont déjà été confrontées à une situation de deuil périnatal, dont la majorité (n=24) plus de dix fois au cours de leur carrière. Malgré les progrès de la médecine, ces situations restent assez fréquentes dans le quotidien des équipes de la maternité. En effet, environ une femme sur quatre est concernée par une fausse couche au cours de sa vie, et selon le rapport Euro-Peristat publié en mai 2013, la France possède un taux de mortinatalité (correspondant aux naissances d'enfants sans vie) de 9,2 pour 1000 naissances, soit le plus important d'Europe. Au total, chaque année environ 9000 familles sont touchées par un deuil périnatal, en France. [4,9,36-37]

Il semble que les situations les plus marquantes pour les sages-femmes soient les IMG et les MFIU. Effectivement, ces événements ont été les plus décrits par les sages-femmes : 23 sages-femmes pour les IMG et 22 pour les MFIU.

Pour la plupart des sages-femmes (n=26), grâce à l'expérience, leur prise en charge des couples en situation de deuil périnatal a évolué. L'expérience est définie par le dictionnaire, comme « *la connaissance acquise par une longue pratique jointe à l'observation* ». Elle leur permet de se perfectionner en « savoir-faire », c'est-à-dire « *une compétence acquise par l'expérience dans les pratiques, dans l'exercice d'un métier* », « *l'aptitude à réaliser une tâche spécifique* », ou « *compétence technique* », mais aussi en « savoir-être ».

Le « savoir-être », « *intelligence comportementale* » correspond quant à lui à « *l'ensemble des qualités professionnelles* » reflétant la manière dont une personne réagit dans un environnement professionnel. Il est un « savoir-faire » relationnel permettant de se comporter de manière adaptée, avec la bonne attitude, dans une situation donnée [21,29,38-40]

L'expérience permet ainsi une prise de confiance, un « *sentiment de sécurité* » face à des situations difficiles, mais aussi une certaine maturité, définie par le dictionnaire comme une « *sûreté dans le domaine de la réflexion, en particulier en fonction de l'âge* ». [21,41]

Elle est donc, pour les sages-femmes, un véritable atout dans la prise en charge des couples en situation de deuil périnatal. Même si l'expérience est très souvent mise en avant par les sages-femmes de l'étude, la place de la formation n'est pas négligeable. **L'hypothèse n°1, « l'expérience des sages-femmes est un levier pour la prise en charge des couples en situation de deuil périnatal », est donc affirmée.**

4.3. LA FORMATION DES SAGES-FEMMES.

4.3.1. La formation initiale.

Le deuil périnatal est un thème jamais abordé, ou très peu, au cours des études, pour 23% des sages-femmes, dont la majorité étaient diplômées depuis plus de 10 ou 20 ans. Il y a seulement quelques années, avant un terme de 22 SA, personne ne parlait « d'accouchement », mais « d'expulsion », elle avait lieu au bloc opératoire, et non en salle de naissance. Les fœtus, considérés comme des pièces anatomiques, étaient incinérés. De même, seuls ceux âgés de plus de 28 SA pouvaient être inscrits à l'état civil. [42]

L'ensemble des modifications apparues ces dernières années, aussi bien au niveau des pratiques, de la législation ou encore du regard porté sur le deuil périnatal, a entraîné une modification du contenu des études de maïeutique, ce qui explique que les sages-femmes plus récemment diplômées aient abordé ce sujet, au cours de leur formation initiale. La pathologie, ainsi que l'aspect législatif, administratif et psychologique du deuil périnatal sont désormais abordés dès la première année du second cycle.

- La formation initiale, jugée insuffisante :

La plupart des sages-femmes (n=23) ne considèrent pas la manière dont le thème du deuil périnatal a été abordée, au cours des études, comme suffisante. **L'hypothèse n°2, « le deuil périnatal est abordé de manière pertinente lors de la formation initiale », est donc infirmée.** Ce chiffre important s'explique par le nombre assez important de sages-femmes n'ayant pas, ou peu évoqué, le deuil périnatal dans leur formation initiale. Pourtant, même lorsque ce thème a été étudié, certaines sages-femmes jugent insuffisante la manière dont il a été traité.

- L'importance des connaissances théoriques :

Pour la majorité des participantes de l'étude (n=24), il est indispensable de posséder des connaissances théoriques afin de prendre en charge un couple en situation de deuil périnatal. C'est pourquoi il est important d'aborder, de manière pertinente, le deuil périnatal au cours de la formation initiale, afin d'acquérir de la théorie, et pouvoir expliquer au mieux les démarches, la prise en charge aux couples, ainsi que répondre de manière juste à leurs questions.

4.3.2. La formation continue.

La formation professionnelle ne doit pas s'arrêter aux études de sage-femme, mais continuer tout au long de l'exercice professionnel. Qu'elle soit permanente ou continue, elle permet l'acquisition, ainsi que le perfectionnement des pratiques professionnelles, des connaissances mais également une réflexion et une remise en question autour d'un sujet. Au cours de leur carrière, la majorité des sages-femmes (n=21) ont déjà suivi une formation sur le deuil périnatal afin d'améliorer leurs pratiques professionnelles.

L'hypothèse n°4, « les sages-femmes suivent une formation continue pour améliorer leurs pratiques professionnelles face au deuil périnatal », est donc affirmée.

Les bienfaits des formations proposées par différents organismes, dans le cadre du DPC, sont désormais établis. Celles autour du deuil périnatal sont de plus en plus proposées au sein des équipes des maternités, certainement en lien avec la prise de conscience, et l'évolution des lois au cours de ces dernières années. [1,25]

- Les bénéfices apportés par la formation continue :

Les bénéfices évoqués par les sages-femmes ne sont pas négligeables. En effet, ces formations leur ont permis d'améliorer, mais aussi d'adapter leur attitude, leur langage, d'échanger des expériences et des difficultés rencontrées. Face à la complexité de l'accompagnement du deuil périnatal, les formations permettent également de perfectionner les connaissances, ou de les réactualiser, que ce soit au niveau de l'administratif, de la législation, ou de la prise en charge psychologique des couples.

Parmi les sages-femmes n'ayant pas suivi de formation à ce sujet (n=9), seulement une ne considère pas nécessaire d'y participer, tandis que toutes les autres n'évoquent pas un refus de leur part, mais plutôt un manque de disponibilité ou de propositions de formation.

Il semble évident que l'expérience et la formation des sages-femmes constituent des leviers pour l'accompagnement des couples en situation de deuil périnatal. Elles vont de paires, et ne peuvent être dissociées l'une de l'autre. La formation, qu'elle soit initiale ou continue, n'est pas suffisante pour la prise en charge du deuil périnatal. **L'hypothèse n°3, « la formation initiale des sages-femmes et/ou la formation continue suffisent pour prendre en charge les couples en situation de deuil périnatal », est ainsi infirmée.**

4.4. L'ACCOMPAGNEMENT DES COUPLES.

L'accompagnement se définit comme « la présence physique, psychologique et professionnelle d'un intervenant dans une phase d'adaptation, de réadaptation ou d'intégration sociale, dans le but d'assurer le bon déroulement de cette phase ». [25]

Pour la majorité des sages-femmes (n=18), accompagner un couple en situation de deuil périnatal est difficile. La difficulté d'établir une communication adaptée a été la principale raison évoquée par les

sages-femmes. Trouver les mots face à des parents dévastés par la perte de leur enfant, n'est pas toujours évident.

En effet, comme l'évoque une sage-femme, l'état émotionnel, la perception du couple, leurs convictions ou encore croyances religieuses, peuvent rendre compliqué l'établissement d'une communication. Pour une autre sage-femme, il faut bien mesurer les mots employés, et l'éventuel impact qu'ils peuvent avoir. Par la peur de blesser au lieu d'apaiser la souffrance, certains professionnels préfèrent se concentrer sur les actes techniques, avec le risque de paraître « froids » et distants. Pourtant, ces couples ont le plus souvent besoin de se sentir écoutés, entendus, et de savoir qu'il est possible, s'ils le souhaitent, de trouver quelqu'un à qui parler. Chaque personne est singulière et exprime à sa manière sa souffrance, parfois de manière surprenante et inattendue. Il faut savoir écouter et respecter les sentiments, la détresse, les questions, même si cela passe par de l'agressivité, de la colère, ou parfois le silence. [7]

L'accompagnement des couples doit être soigné et de qualité, afin d'éviter toutes complications pouvant entraver le processus du deuil. Face à des situations difficiles, chacun réagit de manière différente, pouvant entraîner des attitudes, des émotions et des comportements variés. Certaines ont le sentiment d'être réellement utiles, tandis que d'autres ne se sentent pas aussi à l'aise. [1,43]

4.4.1. Attitude des sages-femmes face au deuil périnatal.

Face au deuil périnatal, la majorité des sages-femmes (n=16) réagit avec empathie. D'après le dictionnaire, ce terme désigne la « *faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* ». [21]

- Réagir avec empathie :

L'empathie nous rend tolérants et bienveillants, et est indispensable dans la relation de soin. Pour certains couples, un environnement « *attentif et soucieux* », créé par l'équipe de maternité, leur a permis de se sentir en confiance, de ne pas avoir peur de montrer leur peine et d'être jugés, et de continuer à avancer, plus apaisés. Il faut cependant garder en tête qu'il s'agit de l'histoire d'un couple, et non la sienne, pour pouvoir proposer une prise en charge optimale des couples. [43,44]

- Éviter les situations de deuil périnatal :

Certaines sages-femmes de l'étude (n=5) ont déjà évité la prise en charge d'une situation de deuil périnatal pour échapper à ce risque de projections lorsqu'elles attendaient elles-mêmes un enfant, ou que leur histoire personnelle était trop proche de celle du couple. La deuxième raison à l'origine de l'évitement de ces situations est la récurrence des cas. Prendre en charge des couples vivant un deuil est difficile sur le plan médical, mais aussi éprouvant psychologiquement pour les sages-femmes, et peut atteindre personnellement, d'autant plus quand ces situations sont fréquentes. [29].

4.4.2. Emotions éprouvées par les sages-femmes.

Face au deuil périnatal, les principales émotions évoquées par les sages-femmes sont la tristesse, l'empathie et l'impuissance. Personne ne peut rester insensible face à la douleur et la souffrance de l'autre. C'est ce qui fait de nous des êtres humains, et de l'émotion « *un lien d'humanité, un lien d'authenticité* ». L'émotion est définie par le dictionnaire comme un « *trouble subit, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, de colère, etc* ». [1,21]

La difficulté pour les sages-femmes dans ces situations, est de trouver la bonne attitude face au couple. Elles doivent se concentrer sur la souffrance, la douleur et les sentiments des patientes, sans se

laisser submerger par leurs propres émotions. Cependant, il ne faut surtout pas les ignorer. Elles sont fondamentales dans toute relation de soin. [1]

« *Le courage n'est pas en deçà des larmes* ». A la place d'être considérées comme une menace dans la relation avec le couple, elles peuvent être utilisées comme une force, permettant une meilleure compréhension, et une meilleure prise en charge. Face à des situations difficiles, tout professionnel doit donc apprendre à contrôler ses émotions, sans les refouler, afin de rester une personne sur laquelle le couple peut trouver du soutien et du réconfort. [1,22,25]

L'impact émotionnel, et la difficulté de la prise en charge des couples rendent difficile le vécu des sages-femmes, qui ont alors besoin de trouver des moyens pour les accompagner.

4.5. L'ACCOMPAGNEMENT DES SAGES-FEMMES.

4.5.1. Quels sont les soutiens évoqués par les sages-femmes ?

- L'entourage :

Les sages-femmes semblent principalement trouver du réconfort auprès des gens proches qu'elles côtoient, notamment leurs collègues (n=20). Le fait d'aborder des sujets difficiles avec des personnes ayant déjà vécu des situations similaires permet de se rassurer, de partager des expériences, mais aussi de recevoir des conseils de collègues plus expérimentées.

Certaines trouvent cependant du soutien avec leur famille ou leurs amis (n=6). Parler à des personnes étrangères à ces situations, peut au contraire apporter un point de vue extérieur, et permettre de relativiser ainsi que prendre du recul sur certaines choses difficiles à vivre.

- La psychologue de la maternité :

La présence d'un psychologue au sein de la maternité a également été évoquée (n=5). Le plus souvent, son intervention fait suite à une demande de l'équipe soignante, lorsqu'elle se sent dépassée face à une situation ou lorsque les patients en éprouvent le besoin. Le psychologue peut également se concerter avec les équipes, où avec un soignant qui en éprouve le besoin, afin de les écouter, les accompagner face aux difficultés qu'ils rencontrent, et évoquer leur mal-être ou leur souffrance liée au travail. Il constitue ainsi un véritable soutien pour les patients, mais aussi pour les professionnels de la maternité. [45-46]

Deux sages-femmes ont affirmé ne trouver aucun soutien. Mais qu'en est-il de l'absence de réponse de huit sages-femmes ? Traduit-elle le fait qu'elles ne trouvent aucun soutien, ou qu'elles n'ont tout simplement pas souhaité répondre à la question ?

4.5.2. Dispositifs d'accompagnement présents dans les services.

La majorité des sages-femmes sait qu'il existe des dispositifs au sein de leur service (n=21). Les principaux sont la présence du psychologue, et la présence de protocoles, notamment d'une « check-list ».

L'accès à ces dispositifs a été jugé facile par la majorité des sages-femmes (n=15). En effet, lors de mes stages au sein du CHR, j'ai pu constater que les protocoles sont, en général, rangés dans des classeurs, et à la disposition de tous. La psychologue de la maternité, quant à elle, passe presque tous les matins, le plus souvent au sein des services de GHR et de suites de couches, pour rencontrer les patientes qui en éprouvent le besoin, mais parfois aussi pour échanger avec l'équipe soignante sur des situations particulières.

- Un accompagnement psychologique :

Le rôle important du psychologue au sein de la maternité, a été décrit précédemment. Les équipes peuvent se tourner vers lui quand elles sont confrontées à des situations difficiles. Il peut aussi proposer des axes d'amélioration pour faire face aux difficultés rencontrées dans le cadre du travail.

- Un accompagnement administratif :

Lors d'un deuil périnatal, les sages-femmes se retrouvent confrontées à une part administrative très importante et complexe, leur prenant un temps énorme, parfois au détriment de l'aspect relationnel avec les couples. La mise en place de protocoles, au sein des services, permet d'aider les sages-femmes à suivre chronologiquement toutes les étapes de la prise en charge d'un couple endeuillé, à respecter ses souhaits concernant la prise en charge de son enfant, et à assurer la cohésion des informations données par l'ensemble des professionnels de santé. [25]

Il existe donc dans les services des moyens mis en place pour accompagner les sages-femmes lors des situations de deuil périnatal. **L'hypothèse n°5, « il existe dans les différents services un ou des accompagnements des sages-femmes pour les situations de deuil périnatal », est affirmée.**

4.6. PROPOSITIONS.

Cette étude donnait la possibilité aux sages-femmes d'exprimer leurs idées et leurs propositions afin de les aider à appréhender de manière adaptée la prise en charge des couples en situation de deuil périnatal.

4.6.1. Amélioration de la formation initiale.

Peu de sages-femmes se sentent prêtes à prendre en charge une situation de deuil périnatal à la sortie de l'école. [29]

Ce constat amène plusieurs questions : la manière et le nombre d'heures consacrées au deuil périnatal sont-ils adaptés ?

Pour certaines sages-femmes ce thème a été abordé de manière brève et trop succincte au cours de leurs études. Elles souhaitent un approfondissement de la formation initiale concernant le deuil périnatal. Des connaissances concernant ce sujet, que ce soit dans le domaine administratif, législatif, ou psychologique, sont indispensables à la bonne prise en charge des couples. Il est aussi important que toutes les sages-femmes soient uniformes sur la définition du deuil périnatal.

- Définition du deuil périnatal :

Comme défini précédemment, le deuil périnatal correspond à la mort d'un enfant avant qu'il ne soit né, ou à son décès peu de temps après sa naissance. Pour 55% des sages-femmes, il se rapporte à la perte d'un enfant. Même si certaines ont évoqué le deuil périnatal à tout âge gestationnel, notamment dès le début de grossesse, la plupart n'évoquait que des termes plus avancés, lors de MFIU, d'IMG, ou de décès néonataux. Cependant, pour la plupart des femmes, dès le début de leur grossesse, même avant l'apparition des premiers signes visibles, il ne s'agit pas d'un simple embryon ou fœtus, mais bel et bien de leur futur bébé. Que ce soit une fausse couche précoce ou tardive, une MFIU, ou une IMG, il s'agit « *toujours d'une perte particulière qui rompt avec l'ordre naturel des choses qui est de naître avant de mourir* ». Les femmes se sentent bien souvent responsables, et le vivent comme un échec. [5]

Il semble nécessaire d'aborder cette notion lors de la formation initiale pour ne jamais banaliser la perte d'une grossesse. La mise en place d'une prise en charge psychologique et sociale, même pour une

fausse-couche, le plus souvent vécue aux urgences, est à envisager si la femme ou le couple le souhaite. Toute personne confrontée à une perte périnatale et ayant entrepris un processus psychique de parentalité peut présenter des réactions de deuil, à n'importe quel terme de la grossesse. [4,7]

D'autres axes de progression concernant la manière dont le deuil périnatal est abordé au cours des études peuvent être proposés :

- **Le partage d'expérience :**

Convier des professionnels de santé ou des personnes confrontées au deuil périnatal pour témoigner de leur expérience et de leur ressenti, pourrait être bénéfique aux étudiant(e)s sages-femmes. L'intervention de gynécologues-obstétriciens, de sages-femmes ou de psychologues de la maternité permettrait d'échanger sur des situations concrètes, mais également de partager leurs émotions sur ce sujet. Comme le dit une sage-femme dans l'ouvrage *Ces bébés passés sous silence*, la perte d'un enfant, quel que soit le terme, est « *un espoir de vie qui meurt, il n'y a plus rien d'autre à faire que de pleurer. Mais, ça on ne nous le dit pas à l'école, on ne nous l'apprend pas. Et pourtant, c'est humain* ». [22]

J'ai rencontré au cours de mon stage long de dernière année, une étudiante sage-femme de Toulouse, avec qui j'ai échangé sur la manière dont le deuil périnatal était abordé dans notre formation initiale. Pour sa part, un gynécologue et une sage-femme sont intervenus auprès de sa promotion, pendant toute une après-midi, afin d'échanger avec eux des difficultés pour les professionnels à prendre en charge des situations de deuils, notamment au niveau émotionnel.

Etre préparé à la violence et au traumatisme de ce genre d'évènement, permettrait de se sentir moins démuné au moment d'appréhender la prise en charge des couples.

Le fait d'échanger avec des parents d'associations, ayant vécu personnellement un deuil périnatal, permettrait de mieux comprendre la psychologie des couples, de savoir quels mots, quelles attitudes les aident, ou au contraire quels comportements, ou paroles les blessent.

- **La nécessité d'acquérir de l'expérience :**

L'enseignement sur le deuil périnatal délivré à l'école apporte des bases nécessaires à sa prise en charge. Cependant, chaque couple étant singulier, chaque situation de deuil est différente. En fonction de l'histoire personnelle et des émotions diverses des couples, mais aussi de la sage-femme, la manière d'accompagner ces parents doit s'adapter.

La meilleure façon d'apprendre, et d'appréhender des situations difficiles, c'est d'être sur le terrain. Il semble donc pertinent de ne pas mettre à l'écart les étudiants lors de ces évènements, et de leur permettre de « s'armer » dès les études pour faire face à la douleur des couples. La prise en charge de parents lors d'un deuil périnatal pourrait devenir un objectif de stage, dès lors que ce thème a été abordé à l'école.

De plus, suite à des échanges enrichissants avec de jeunes sages-femmes de la Réunion, d'un centre hospitalier de niveau III, où j'ai eu la chance de réaliser une partie de mon stage long, j'ai pu constater qu'elles paraissaient assez sûres d'elles lors de la prise en charge de ces situations. En effet, pendant leurs études, elles sont obligées de réaliser au moins un stage dans un centre de niveau III, où les pertes de grossesses, à tous les termes, sont assez fréquentes.

La réalisation de stages dans ce genre de niveau, notamment en salle de naissance, aux urgences, ou encore en grossesse pathologique, paraît donc bénéfique et pertinente.

4.6.2. Mise en place de moyens au sein des services.

- **Le besoin accru de formation :**

Ce besoin de formation a été exposé par plusieurs sages-femmes (n=9). Comme décrit dans l'annexe I de la circulaire interministérielle, du 19 juin 2009, il est nécessaire que tous les professionnels impliqués dans le deuil périnatal, notamment les cadres de service, reçoivent une formation spécifique, pour pouvoir informer au mieux les parents, et disposer d'un ensemble d'outils lui permettant de s'adapter aux différentes situations. [47-48]

Plusieurs sages-femmes ont déjà suivi une formation, dont 12 au sein du CHR Metz-Thionville, mais la nécessité d'une formation continue et régulièrement renouvelée est décrite dans cette même circulaire.

Les établissements de santé doivent donc proposer des sessions, adressées à tous les professionnels, afin de bénéficier d'une formation juridique, d'être informé de l'évolution des lois, mais aussi d'acquérir ou de perfectionner les connaissances sur le processus de deuil. [48]

- **Le besoin de partager :**

Le besoin d'échanger sur des situations rencontrées, notamment entre équipes, a souvent été évoqué. Il est parfois compliqué de rester professionnel face à la souffrance des couples, et face à ses propres émotions.

La mise en place de groupes de parole, après des situations douloureuses, au sein des services, pourrait permettre aux sages-femmes, qui le souhaitent, de partager leurs expériences, d'évoquer leur ressenti face aux difficultés rencontrées, et de se pencher sur l'impact personnel qu'ont ces événements.

Il pourrait aussi être bénéfique pour les professionnels d'échanger avec des couples, ou des associations de parents ayant vécu un deuil périnatal, afin d'avoir un retour de leur expérience, et de l'accompagnement qu'ils ont reçu.

- **Le partage d'expérience :**

Une sage-femme affirmait avoir reçu « *un bon compagnonnage* » de la part de ses collègues, pour la prise en charge du deuil périnatal. Cette idée d'un encadrement entre des sages-femmes ayant plus d'expérience dans le domaine, ou se sentant plus à l'aise face à ces situations, et de jeunes sages-femmes, avec peu d'expérience, ainsi que des étudiants, pourrait être une aide pour une meilleure prise en charge des parents.

- **La mise en place de rites religieux ou culturels pour les professionnels :**

Cette idée a été soumise par une sage-femme, en commentaire d'un questionnaire. Les établissements de santé s'attachent « *à accueillir favorablement la diversité des pratiques* », et si possible, « *créeront des espaces dédiés à ces pratiques* ». Les parents ont la possibilité de recourir à des rituels culturels ou religieux, permettant la prise de conscience de la réalité de la perte de leur enfant, et d'enclencher le processus de deuil. Certaines personnes, dont des professionnels de santé peuvent trouver du réconfort dans leurs croyances et/ou leur culture. De plus, comprendre les différentes cultures, permettraient aussi aux équipes d'appréhender, et de mieux comprendre certaines réactions, ou certains comportements des couples, face à la perte de leur enfant. [48]

CONCLUSION

Dans un milieu bercé par la vie, règne aussi la mort. Cette étude, menée auprès des sages-femmes du CHR Metz-Thionville, avait pour objectif d'identifier leurs pratiques professionnelles, et leurs besoins, en matière d'accompagnement dans la prise en charge des couples en situation de deuil périnatal, afin de la rendre plus adaptée.

Elle a permis de montrer, qu'au cours de sa carrière, la sage-femme est confrontée à plusieurs reprises à des situations de deuil périnatal. Elle occupe une place fondamentale pour les couples, en les accompagnant tout au long de la prise en charge, en leur apportant du soutien et du réconfort. Néanmoins, il est parfois difficile d'employer les bons mots, d'adopter la bonne attitude, et de ne pas se laisser dépasser par ses propres émotions.

Pourtant, un accompagnement de qualité, avec une attitude, et des paroles adaptées, permet aux parents d'amorcer le processus du deuil. L'expérience et la formation apparaissent comme de véritables atouts pour appréhender ces situations de manière adaptée. C'est pourquoi, apporter quelques améliorations concernant les études de maïeutique semble pertinent.

Acquérir de l'expérience le plus tôt possible, dès la formation initiale, serait bénéfique aux étudiants sages-femmes. La mise en place d'un « compagnonnage », leur permettrait de participer à la prise en charge de couples vivant un deuil, tout en favorisant la transmission des connaissances, mais aussi de l'expérience des sages-femmes. En plus de l'apprentissage du deuil périnatal avec toutes ses particularités, l'échange avec des professionnels ou des personnes confrontées au deuil périnatal, au cours des études, permettrait de se sentir moins démunis face à ce genre de situation.

Une fois diplômée, la mise en place de sessions régulières dans le cadre de la formation continue, et de moyens permettant aux sages-femmes de partager leurs expériences, sont quelques propositions soulevées par cette étude.

De même, développer un encadrement des sages-femmes peu expérimentées dans ce domaine, et des étudiants, par celles qui le sont davantage, et se sentant plus à l'aise, permettrait le partage d'expérience, mais également des émotions ainsi que du ressenti.

La mise en place de rites culturels, pour les professionnels, ainsi qu'une meilleure compréhension des différentes cultures, leur permettraient de faire face, à ces situations, plus sereinement.

Ces propositions ne changeront pas de manière radicale la perception et l'accompagnement des couples par les sages-femmes, mais peuvent les aider à appréhender de manière adaptée, et plus sereinement, les situations de deuil périnatal, dans une société où le regard porté sur le fœtus continue d'évoluer.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Wojtczak M. Le deuil périnatal ... L'impact émotionnel sur les soignants. [Mémoire]. Faculté de Médecine de Nancy. 2014 ; 30p
- [2] Voillet H. Le refus d'interruption médicale de grossesse. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Nantes. Université de Nantes. 2010 ; 95p
- [3] Prieur-Bertrand M. Le deuil des soignants. Etude sur la mort. Jan 2001 [En ligne]. (Consulté le 22/10/2016) ; 119 : 147-53. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2001-1-page-147.htm>
- [4] De Gouy-Masure C. Deuil périnatal : du choc de l'évènement à l'état de stress post traumatique. [Thèse]. Faculté de Médecine Henri Warembourg. Université du droit et de la santé de Lille. 2012 ; 121p
- [5] Garel M, Legrand H. L'attente et la perte du bébé à naître. Paris : Albin Michel ; 2005.
- [6] Soubieux MJ. Le berceau vide. Toulouse : Eres ; 2005.
- [7] D'Assier de Boisredon F. Deuils périnataux, douleurs secrètes, les écouter, les accompagner. Paris : Desclee De Brouwer ; 2017.
- [8] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Les pertes de grossesse. Recommandations pour la pratique clinique. 2014 [En ligne]. (Consulté le 01/03/2018) ; 623-25. Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC+COLLEGE%2FCNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf&i=450
- [9] Lochouarn M. La fausse couche concerne une femme sur quatre. Le Figaro Santé. Déc 2013 [En ligne] (Consulté le 25/04/2018). Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/12/12/21679-fausse-couche-concerne-femme-sur-quatre>
- [10] Berkane N, Fiori O, Uzan S. Bilan à réaliser devant des fausses couches à répétition du premier trimestre. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 29 Nov 2006 [En ligne]. (Consulté le 01/03/2018) ; 30 : 127-28. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GO_127_berkane.pdf
- [11] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Prise en charge des grossesses arrêtées et des fausses couches spontanées (FCS) du premier trimestre. In : Protocoles en Gynécologie Obstétrique. 3^e ed Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; Nov 2015. p.33
- [12] Direction de l'information légale et administrative. Interruption médicalisée de grossesse (IMG). 19 Oct 2016 [En ligne]. (Consulté le 24/02/2018). Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1101>
- [13] Nissand I. Orthogénie : IMG ou IVG illégales. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. [En ligne]. 2014 (Consulté le 14/04/2018). Disponible sur : <file:///C:/Users/Proprietaire/Downloads/IMG%20ou%20IVG%20illgales.pdf>
- [14] Engelmann P. Les interruptions médicales de grossesse : évolutions législatives, témoignage et questions. Laennec. 2002 [En ligne]. (Consulté le 14/04/2018) : 50(4) : 16-26. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2002-4-page-16.htm#no3>
- [15] Weber JC, Memmi D, Rusterholtz T et al. Le fœticide, une administration impensable de la mort ?. Sociétés contemporaines. Mar 2009 [En ligne]. (Consulté le 21/02/2018) ; 75(3) : 17-35. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2009-3-page-17.htm>
- [16] Matis R. Mémento de la sage-femme. 2^e ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2014. p.43

- [17] Organisation mondiale de la santé. Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux. 2017 [En ligne] (Consulté le 14/04/2018). Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255352/9789242511222-fre.pdf?sequence=1>
- [18] Institut national d'études démographiques. Mortalité néonatale. [En ligne] (Consulté le 14/04/2018). Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/lexique/mortalite-neonatale/>
- [19] Jehan I, Harris H, Salat S et al. La mortalité néonatale, ses facteurs de risque et ses causes : étude de cohorte prospective en population dans une zone rurale du Pakistan. Bulletin de l'organisation mondiale de la santé. Fév 2009 [En ligne]. (Consulté le 14/04/2018) ; 87 : 81-160. Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/2/08-050963-ab/fr/>
- [20] Zupan Simunek V. Définition de l'asphyxie intrapartum et conséquences sur le devenir. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Fév 2008 [En ligne]. (Consulté le 14/04/2018) ; 37(1) : 7-15. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/162384>
- [21] Le Petit Larousse 2010. Edition anniversaire de la Semeuse 1890-2010. Paris : Larousse ; 2009.
- [22] Authier-Roux F. Ces bébés passés sous silence. Toulouse : Eres ; 2016.
- [23] Delahaye M. L'accompagnement à la mort autour de la naissance. Études sur la mort. 2001 [En ligne]. (Consulté le 22/10/2016) ; 119(1) 47-61. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2001-1-page-47.htm>
- [24] Rul B. La place des parents dans le processus décisionnel face aux limitations et arrêt des traitements actifs en pédiatrie. Médecin palliative. Fév 2009 [En ligne] (Consulté le 28/04/2018) ; 8(1) 22-6. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/202026/article/la-place-des-parents-dans-le-processus-decisionnel>
- [25] Azzi K. La prise en charge du couple en salle de naissance après l'annonce de la MFIU : un état des lieux des connaissances et des pratiques auprès des sages-femmes et étudiantes sages-femmes du CHR Metz-Thionville. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Metz. Université de Lorraine ; 2015, 90p.
- [26] Plagnard N. (2004). Rôle de la sage-femme dans le deuil périnatal. InfoKara. 2004 [En ligne]. (Consulté le 14/04/2018) ; 19(3) 105-110. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2004-3-page-105.htm>
- [27] Nguyen M. Les sages-femmes en salle de travail face à l'IMG : enjeux et difficultés rencontrées. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Baudelocque. Université Paris Descartes ; 2012, 93p.
- [28] Leonard E. Evolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : un nouvel équilibre à trouver ? [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme Hôpital Saint-Antoine Paris. Université Pierre et Marie Curie ; 2015, 62p.
- [29] Renouf C. Deuil périnatal : état des lieux de la formation initiale des étudiants sages-femmes. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Caen. Université de Caen ; 2014, 78p.
- [30] Ordre des sages-femmes conseil national. La formation initiale. [En ligne]. (Consulté le 24/02/2018). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>
- [31] Ordre des sages-femmes conseil national. La formation continue : le DPC. [En ligne]. (Consulté le 24/02/2018). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
- [32] Gillet E. Mort périnatale : une évolution récente et radicale des pratiques. Profession Sage-Femme. 2016 ; 228, 14-9.

- [33] Nos tout-petits : accompagnement du deuil périnatal. Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993. [En ligne]. (Consulté le 14/04/2018). Disponible sur : <http://www.nostoutpetits.fr/nos-activites/la-page-juridique/loi-n-93-22-du-8-janvier-1993/>
- [34] Lemery D, Legendre C, Huchon C et al. Recommandations pour la pratique clinique : « perte de grossesse ». Introduction, législation. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Déc 2014 [En ligne]. (Consulté le 14/04/2018) ; 43(10) 748-52.
- [35] Association petite Emilie : pour les personnes confrontées à une interruption médicale de grossesse et à un deuil périnatal. Congé maternité. [En ligne]. (Consulté le 14/04/2018). Disponible sur : <https://petiteemilie.org/legislation-2/conges-maternite/>
- [36] Associations SPAMA et SPARADRAP. Un livret pour les parents qui viennent de perdre un tout petit. Communiqué de presse. 24 Sept 2015 [En ligne]. (Consulté le 14/04/2018). Disponible sur : <https://www.sparadrap.org/content/download/88430/1019076/version/4/file/CP+et+partenaires+deuil+perinatal.pdf>
- [37] Euro peristat. The european perinatal health report 2010. [En ligne]. (Consulté le 14/04/2018). Disponible sur : <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>
- [38] Site Pôle Emploi. Au fait, c'est quoi le savoir-être ? [En ligne]. (Consulté le 25/04/2018). Disponible sur : <https://www.pole-emploi.fr/candidat/au-fait-c-est-quoi-le-savoir-etre--@/article.jspz?id=455110>
- [39] Maligorne C. Qu'est-ce-que le « savoir-être » au travail ? Le Figaro. [En ligne]. (Consulté le 25/04/2018). Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr/social/2017/12/09/20011-20171209ARTFIG00011-que-est-ce-que-le-savoir-etre-au-travail.php>
- [40] Larousse dictionnaire. Savoir-faire. [En ligne]. (Consulté le 25/04/2018). Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/savoir-faire/71236>
- [41] Larousse dictionnaire. Maturité. [En ligne]. (Consulté le 25/04/2018). Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maturite/C3%A9/49925>
- [42] Stern S. Mort périnatale : le deuil en kit. Topique. 2011 [En ligne]. (Consulté le 25/04/2018) ; 116(3), 169-78.
- [43] Clutier Seguin J, Toubin R-M. Deuil en maternité : professionnel et parents témoignent. Collection prévention en maternité. Paris : Eres ; 2016.
- [44] Jorland G. (2006). Empathie et thérapeutique. Recherche en soins infirmiers. 2006 [En ligne] (Consulté le 25/04/2018) ; 84(1), 58-65. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-58.htm>
- [45] Bailleau B, Pirc H. (2008). Interventions du psychologue en prévention périnatale. Le Journal des psychologues. 2008 [En ligne] (Consulté le 25/04/2018) ; 262(9), 32-6. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-9-page-32.htm>
- [46] Bouchilloux H, Camard J, Foucard C et al. Place et rôle des psychologues en établissements de santé. [Module interprofessionnel de santé publique]. Ecole des hautes études en santé publique. 2013 ; p15-8.
- [47] Nos tout-petits : accompagnements du deuil périnatal. Circulaire du 19 juin 2009. [En ligne]. (Consulté le 25/04/2018). Disponible sur : <http://www.nostoutpetits.fr/nos-activites/la-page-juridique/circulaire-du-19-juin-2009/>
- [48] Legifrance.gouv. Circulaire du 19 juin 2009. [En ligne]. (Consulté le 25/04/2018). Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/07/cir_29111.pdf

Ouvrages consultés

- De Troy Lecante J. Ma petite plume : vivre et surmonter l'interruption médicale de grossesse. Paris : Michalon ; 2017.
- Mézerac I. Un enfant pour l'éternité. Monaco ; 2004.
- Delaisi G. La part de la mère. Paris : Odile Jacob ; 1997.

ANNEXES

- **Annexe 1** : Protocole d'un fœticide de l'hôpital Bel Air.
- **Annexe 2** : Arrêté du 11 mars 2013.
- **Annexe 3** : Prise en charge du nouveau-né en cas de décès.
- **Annexe 4** : Questionnaire distribué aux sages-femmes du CHR Metz-Thionville.
- **Annexe 5** : Verbatim « *Qu'est-ce-que pour vous le deuil périnatal ?* ».
- **Annexe 6** : Verbatim « *Pouvez-vous, en quelques lignes, me relater les circonstances ?* ».
- **Annexe 7** : Verbatim « *Est-il difficile pour vous d'accompagner un couple en situation de deuil périnatal ? Si oui, pour quelles raisons ?* ».
- **Annexe 8** : Verbatim « *Est-il difficile pour vous d'accompagner un couple en situation de deuil périnatal ? Si non, pour quelles raisons ?* ».
- **Annexe 9** : Verbatim « *Comment réagissez-vous face aux couples en situation de deuil périnatal ?* ».
- **Annexe 10** : Verbatim « *Selon vous, votre prise en charge de ces couples a-t-elle évoluée avec votre expérience ? Si oui, pourquoi ?* ».
- **Annexe 11** : Verbatim « *Selon vous, votre prise en charge de ces couples a-t-elle évoluée avec votre expérience ? Si non, pourquoi ?* ».
- **Annexe 12** : Verbatim « *Que ressentez-vous face à ces situations ?* ».
- **Annexe 13** : Verbatim « *Comment gérez-vous vos émotions face à ces situations ?* ».
- **Annexe 14** : Verbatim « *Avez-vous déjà évité la prise en charge d'une situation de deuil périnatal en passant la main à un/une collègue ? Si oui, pour quelles raisons ?* ».
- **Annexe 15** : Verbatim « *Comment le deuil périnatal a-t-il été abordé lors de votre formation ?* ».
- **Annexe 16** : Verbatim « *Comment auriez-vous envisagé l'approche de ce sujet ?* ».
- **Annexe 17** : Verbatim « *Depuis que vous êtes sage-femme, avez-vous suivi une formation sur le deuil périnatal ? Si non, pour quelles raisons ?* ».
- **Annexe 18** : Verbatim « *De quelle manière ces formations vous ont-elles été bénéfiques ?* ».
- **Annexe 19** : Verbatim « *Selon vous, quels moyens pourraient être mis en place pour vous aider à appréhender de manière adaptée la prise en charge des couples en situation de deuil périnatal ?* ».
- **Annexe 20** : Verbatim « *Avez-vous exercé dans d'autres hôpitaux au cours de votre carrière ? Si oui, quel(s) accompagnement(s) étai(en)t mis en place ?* ».

ANNEXE 1 : Protocole d'un fœticide de l'hôpital Bel Air.

Procédure-de prise en charge des IMG ou MFIU...

Annexe n 2

FOETICIDE

Il est fait sur les grossesses dont le fœtus est considéré viable (> ou = 22 SA), sous guidage échographique, avant l'IMG.

Il s'agit d'une injection intrafuniculaire ou intracardiaque fœtale du cocktail médicamenteux suivant :

☒ % amp de Rapifen@

☒ % amp d' Hypnovel@

Puis une injection intracardiaque de

: ☒ une ampoule de KCL

7,46 % 10 ml

OU en cas de certaines pathologies cérébrales une injection intracardiaque de 5cc de xylocaïne 2% non adrénalinée

ANNEXE 2 : Arrêté du 11 mars 2013.

Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme

NOR: ESRS1301419A

Version consolidée au 8 mai 2018

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Vu la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'éducation, notamment le livre VI ;

Vu le décret n° 84-932 du 17 octobre 1984 modifié relatif aux diplômes nationaux de l'enseignement supérieur ;

Vu le décret n° 2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux ;

Vu le décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur ;

Vu l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé ;

Vu l'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 19 novembre 2012 ;

Vu l'avis du comité des finances locales (commission consultative d'évaluation des normes) du 10 janvier 2013,

Arrêtent :

Chapitre Ier : Organisation de la formation en vue du diplôme d'Etat de sage-femme

Article 1

Les études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme se composent de deux cycles :

1. Le premier cycle est sanctionné par le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques ; il comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens, correspondant au niveau licence. Les deux premiers semestres correspondent à la première année commune aux études de santé, organisée par l'arrêté du 28 octobre 2009 susvisé.

2. Le deuxième cycle, défini au chapitre II du présent arrêté, sanctionne l'acquisition d'une formation

approfondie en sciences maïeutiques ; il comprend quatre semestres de formation validés par l'obtention de 120 crédits européens correspondant au niveau master.

Article 2

Les universités sont habilitées, par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, à délivrer le diplôme d'Etat de sage-femme.

La formation dispensée est évaluée dans le cadre de l'évaluation périodique des établissements.

Elle est organisée dans le respect des dispositions de l'article 40 de la directive 2005/36/CE susvisée, dans les écoles de sages-femmes ou les universités dispensant cette formation.

Article 3

Les étudiants prennent une inscription au début de chaque année universitaire.

Chapitre II : Deuxième cycle des études en sciences maïeutiques

Article 4

Peuvent s'inscrire en deuxième cycle des études en sciences maïeutiques les étudiants titulaires du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques.

Article 5

1° La formation a pour objectifs :

a) L'acquisition des connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme complétant et approfondissant celles acquises au cours du cycle précédent.

Cette base de connaissances comprend des sciences fondamentales et biomédicales, des sciences humaines et sociales, la santé publique et l'ensemble des disciplines nécessaires à l'exercice de la maïeutique, tel que défini à l'article L. 4151-1 du code de la santé publique ;

b) L'acquisition de connaissances pratiques et de compétences au cours de la formation clinique et des stages ;

c) Une formation à la démarche scientifique ;

d) L'apprentissage du travail en équipe pluriprofessionnelle et l'acquisition des techniques de communication indispensables à l'exercice professionnel ;

e) La sensibilisation au développement professionnel continu comprenant l'évaluation des pratiques professionnelles et l'approfondissement continu des connaissances.

2° L'enseignement comprend :

a) Un tronc commun permettant l'acquisition de compétences et de connaissances pour :

— communiquer ;

- dépister et prévenir ;
- établir un diagnostic ;
- concevoir une proposition thérapeutique ;
- réaliser et coordonner les soins adaptés ;
- assurer les gestes de première urgence ;
- appréhender les objectifs de santé publique ;
- appliquer les règles juridiques, déontologiques et les principes éthiques en rapport avec le futur exercice professionnel ;
- travailler en équipe autour de la patiente ;
- fonder sa pratique professionnelle sur des bases scientifiques ;

b) Un parcours personnalisé au cours duquel l'étudiant pourra choisir :

- d'approfondir ou de compléter ses connaissances dans un domaine de la maïeutique et de la santé périnatale ;
- d'approfondir ou de compléter ses connaissances en vue d'une orientation vers la recherche, dans le cadre d'un parcours recherche, dont les modalités d'organisation sont précisées en annexe du présent arrêté ;

Les étudiants suivant un parcours recherche effectuent un stage de quatre semaines minimum dans une structure de recherche.

- d'approfondir ou de compléter ses connaissances dans un domaine particulier autre que la maïeutique.

Ce parcours personnalisé comprend des unités d'enseignement librement choisies parmi les formations dispensées à l'université. Elles sont de préférence en continuité avec les unités librement choisies au cours du premier cycle. Des parcours types peuvent être proposés par les structures assurant la formation de sage-femme.

Les objectifs de la formation, les recommandations pédagogiques qui s'y rapportent et les items sont développés en annexe du présent arrêté.

Article 6

Les enseignements du deuxième cycle conduisant au diplôme d'Etat de sage-femme comprennent des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques ainsi que l'accomplissement de stages. Ces enseignements tiennent compte des priorités de santé publique. Leur organisation est définie par les instances compétentes des structures assurant la formation.

Parmi ces enseignements sont notamment prévus :

- 1° Un enseignement de langues vivantes étrangères ;
- 2° Un enseignement conforme au référentiel national du certificat informatique et internet de l'enseignement supérieur : c2i ϕ niveau 2 « métiers de la santé » ;
- 3° Des enseignements portant sur la formation à la démarche scientifique, les aspects réglementaires et

l'organisation de la recherche et la méthodologie de la recherche expérimentale et clinique ;

4° Une formation aux gestes et soins d'urgence ;

5° Une formation à la gestion des risques comprenant en particulier la prise en charge des événements indésirables associés aux soins, les méthodes d'analyse des causes de ces événements et leur prévention.

Article 7

Les enseignements sont organisés par disciplines et en partie de façon intégrée, sous forme d'unités d'enseignement articulées entre elles, en cohérence avec les objectifs de la formation et les compétences générales à acquérir, définies à l'article 5 du présent arrêté. Ils comprennent les unités d'enseignement du tronc commun et des unités d'enseignement librement choisies par l'étudiant.

Les unités d'enseignement du tronc commun représentent au minimum 80 % et au maximum 90 % du total des enseignements.

La mutualisation des enseignements entre les filières de santé est préconisée.

La formation fait appel aux technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE) et aux différentes approches de simulation ; elle est dispensée sur site ou en partie à distance.

Article 8

Le projet pédagogique, élaboré par la structure de formation, veille à l'articulation entre les enseignements théoriques, pratiques et cliniques en vue de l'acquisition des compétences professionnelles.

Article 9

La formation dispensée au cours des stages permet à l'étudiant de s'inscrire dans une démarche clinique, de développer les compétences professionnelles et transversales indispensables à l'exercice de la profession de sage-femme. Elle permet une approche réflexive des situations, le développement de l'autonomie et la capacité d'adaptation à des situations cliniques complexes.

Au cours de sa formation clinique, l'étudiant aborde les différents modes d'exercice de la profession de sage-femme en milieu hospitalier et extrahospitalier et construit son projet professionnel.

Article 10

Un carnet de stage identifie les objectifs pédagogiques transversaux et spécifiques de chaque stage. Il permet le suivi de la progression de l'étudiant et son évaluation ; celle-ci porte notamment sur des activités adaptées aux compétences transversales et spécifiques à acquérir.

Article 11

Les stages organisés au cours du deuxième cycle des études en sciences maïeutiques sont détaillés dans l'annexe du présent arrêté.

Un stage d'une durée d'un semestre à temps plein est organisé au cours du troisième ou du quatrième semestre du deuxième cycle des études en sciences maïeutiques.

Article 12

Les entités susceptibles d'accueillir des stagiaires sont celles qui ont conclu une convention avec les structures dispensant la formation de sage-femme. Ces conventions précisent les modalités d'organisation et de déroulement des stages.

La liste des terrains de stage est établie par le directeur de la structure assurant la formation de sage-femme, après avis des responsables des entités accueillant les stagiaires.

La structure de formation s'assure de la qualité de l'encadrement du stagiaire par des professionnels référents de stage.

Les étudiants justifient qu'ils remplissent les conditions exigées par la réglementation en vigueur relative à l'immunisation obligatoire de certaines personnes contre certaines maladies conformément aux dispositions de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.

Ils sont soumis au règlement intérieur de la structure d'accueil et sont informés de leurs obligations de présence par le responsable de celle-ci.

Article 13

La validation des stages est prononcée au vu du carnet de stage par le directeur de la structure assurant la formation de sage-femme ou son représentant, sur avis du responsable de stage.

Tous les stages doivent être validés pour passer dans l'année supérieure.

Article 14

Les étudiants rédigent un mémoire dactylographié individuel, sous la responsabilité d'un directeur de mémoire.

L'élaboration du mémoire nécessite la mobilisation de connaissances méthodologiques, de savoirs professionnels, de capacités d'analyse, de synthèse, d'évaluation et d'autonomie.

En fonction de leur projet professionnel, les étudiants rédigent un mémoire soit à orientation professionnelle, soit à orientation recherche.

Le sujet traité est proposé par l'équipe pédagogique, à laquelle peut s'adjoindre une personnalité extérieure qualifiée dans le domaine étudié, et approuvé par le responsable de la structure de formation. Il est en lien avec la maïeutique dans le domaine de la périnatalité et de la santé génésique des femmes. Il peut aborder notamment des aspects médicaux, sociaux, psychologiques, juridiques, déontologiques, éthiques ou historiques en prenant appui sur les méthodes et les outils de recherche enseignés.

Article 15

Le mémoire donne lieu à une soutenance publique devant un jury.

Les membres du jury sont désignés par le président de l'université sur proposition du responsable de la structure assurant la formation de sage-femme et après avis de l'équipe pédagogique.

Le jury comprend au moins trois membres dont l'un est extérieur à la structure de formation :

— deux sages-femmes dont une sage-femme enseignante de l'équipe pédagogique ;

— un expert du thème traité.

Le directeur de mémoire peut être membre du jury.

Le jury est présidé par une sage-femme titulaire au minimum d'un diplôme universitaire de deuxième cycle.

Pour les étudiants inscrits en parcours recherche, le jury du mémoire est présidé par un enseignant-chercheur ou par une sage-femme titulaire d'un doctorat.

Article 16

Les modalités de contrôle des connaissances sont arrêtées dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article 6 du présent arrêté, notamment en ce qui concerne l'acquisition, la compensation et la capitalisation des unités d'enseignement. Les modalités de contrôle des connaissances permettent de vérifier l'acquisition de l'ensemble des connaissances et compétences constitutives du diplôme.

Les aptitudes et l'acquisition des connaissances et compétences sont appréciées soit par un contrôle continu et régulier qui dans la mesure du possible doit être privilégié, soit par un examen terminal, soit par ces deux modes de contrôle combinés. Une session de rattrapage intervient dans un délai qui ne peut être inférieur à deux semaines après la publication des résultats semestriels.

Dans le respect du délai fixé à l'article L. 613-1 du code de l'éducation, les établissements publient l'indication du nombre des épreuves, de leur nature, de leur durée, de leur coefficient ainsi que la répartition éventuelle entre le contrôle continu et le contrôle terminal et la place respective des épreuves écrites, orales, pratiques et cliniques. Le président de l'université nomme le président et les membres des jurys d'examen.

Article 17

Un certificat de synthèse clinique et thérapeutique est organisé au cours du dernier semestre de formation. Ce certificat est destiné à vérifier les compétences acquises lors du second cycle par les étudiants et leur capacité à synthétiser leurs connaissances.

Le contenu de ce certificat est détaillé en annexe du présent arrêté.

Article 18

La validation des unités d'enseignement ou des éléments constitutifs des unités d'enseignement et des stages permet l'acquisition des 120 crédits européens correspondants.

Article 19

Après accord du responsable pédagogique et sous réserve d'une cohérence pédagogique avec le déroulement de la formation, un étudiant peut effectuer une période d'études à l'étranger dans la limite d'un semestre. La période d'études, validée par l'établissement étranger, permet à l'étudiant d'acquérir les crédits européens correspondants.

Article 20

Aucun étudiant ne peut être autorisé à prendre plus de cinq inscriptions au cours du deuxième cycle des études en sciences maïeutiques. Une de ces deux années ne peut faire l'objet de plus de trois inscriptions, sauf dérogation exceptionnelle accordée par le directeur de la structure assurant la formation de sage-femme.

Chapitre III : Dispositions finales

Article 21

Le diplôme d'Etat de sage-femme est délivré aux étudiants ayant :

validé l'ensemble des enseignements et des stages correspondants aux deux cycles de formation ;

— validé le certificat de synthèse clinique et thérapeutique ; et

— soutenu leur mémoire avec succès.

Article 22

Des dispositifs d'évaluation des enseignements et des stages par les étudiants sont mis en place dans chaque établissement habilité à dispenser cette formation.

Ces dispositifs contribuent au dialogue entre l'équipe pédagogique et les étudiants, à faire évoluer le contenu de la formation ainsi que les méthodes d'enseignement afin de favoriser l'appropriation des savoirs, des connaissances et des compétences et d'améliorer la qualité de la formation.

Les résultats de ces évaluations font l'objet d'un échange entre les étudiants et l'équipe pédagogique.

Article 23

Les étudiants qui ont commencé leurs études avant l'année universitaire 2010-2011 doivent avoir validé la première phase des études de sage-femme pour être autorisés à s'inscrire en deuxième cycle des études en sciences maïeutiques.

Article 24

Le présent arrêté est applicable à compter de l'année universitaire 2013-2014.

Ses dispositions se substituent à celles de l'arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens, lors de l'année universitaire 2013-2014 en ce qui concerne la première année de la deuxième phase, lors de l'année universitaire 2014-2015 en ce qui concerne la deuxième année de la deuxième phase.

L'arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens est abrogé à compter de l'année universitaire 2015-2016.

Les conditions d'application de ces dispositions aux écoles de sages-femmes relevant de l'article L. 4151-7 du code de la santé publique sont fixées par le ministère chargé de la santé.

Article 25

La directrice générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle et le directeur général de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe

Les titulaires du diplôme d'État de sage-femme exercent une profession médicale autonome à compétences définies et réglementées. Le référentiel de formation s'appuie sur le référentiel métier et

compétences des sages-femmes.

Le programme de formation défini dans cette annexe permet le développement de ces compétences.

La formation permet l'acquisition de compétences et de connaissances pour :

1. Décider des actions adaptées au soutien, au maintien, et/ou à la restauration du processus physiologique de la maternité allant de la grossesse au post-partum ;
2. Accompagner la femme, le couple et la famille dans le vécu d'une situation ou d'un événement en cours ;
3. Ajuster ses actions dans une démarche éthique et dans le respect des règles juridiques et déontologiques en rapport avec le futur exercice professionnel ;
4. Réguler le rapport au temps et répondre à l'urgence et à ses exigences de délais, d'organisation et de priorités d'actions ;
5. Composer avec l'incertitude et l'inéluctable inhérents à son champ d'activités ;
6. Analyser, de façon pluriprofessionnelle, les causes systémiques des événements indésirables associés aux soins et participer à la prévention de ceux-ci lorsqu'ils sont évitables ;
7. S'engager dans la promotion et la prévention de la santé des femmes, des nouveau-nés et des familles ;
8. Organiser et gérer dans son environnement professionnel les ressources humaines, logistiques, financières et administratives mises à disposition ;
9. Communiquer efficacement dans un contexte pluriprofessionnel ;
10. S'engager dans une démarche de développement professionnel continu, comprenant la transmission de son art.

Afin de garantir l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme, les recommandations suivantes peuvent orienter le choix des modalités pédagogiques et didactiques :

- Une approche par compétences et une pratique réflexive à l'aide de présentations et études de cas, d'analyses de pratiques, d'ateliers réflexifs sur la base de situations réelles ou fictives, d'ateliers de simulations cliniques et de retours d'expérience sur les périodes de formations cliniques ;
- Une approche intégrant des données factuelles (données probantes) au moyen de présentations et de revues de la littérature, d'analyses d'articles scientifiques dans le domaine de la maïeutique, de cours dispensés par des chercheurs ou doctorants ou construits sur la base de résultats de recherche et de bibliographies actualisées ;
- Un apprentissage autonome favorisé par une approche centrée sur les besoins de l'étudiant, l'utilisation des technologies appliquées à l'enseignement à distance, la conception et la présentation de travaux de recherche personnels ou collectifs ;
- Des cours magistraux, des enseignements dirigés et pratiques mutualisés permettant notamment aux étudiants des filières de la première année commune aux études de santé de se rencontrer et de travailler sur des thématiques communes des professions de santé ;
- Des pratiques d'encadrement ou d'évaluations formatives et personnalisées.

Les unités d'enseignement théorique

La formation théorique s'articule autour de trois axes qui se déclinent en regroupements thématiques pluridisciplinaires et permettent l'acquisition des compétences professionnelles.

Le premier axe regroupe les enseignements et dispositifs de formation qui concourent au développement de l'expertise professionnelle des sages-femmes concernant les actions de soutien, de maintien et/ou de restauration du processus physiologique de la maternité allant de la grossesse au post-partum et de la santé génésique des femmes. À l'issue de ces enseignements, le futur professionnel est capable :

- D'observer, diagnostiquer et définir une stratégie de prise en charge dans la limite du cadre légal et selon les normes et les niveaux de risques ;
- D'accéder à l'information utile au développement de son expertise clinique ;
- De prodiguer des conseils efficaces à la patiente et à sa famille concernant les soins, les aspects juridiques, ou l'éducation lors de situations périnatales spécifiques et/ou difficiles ;
- De répondre à l'urgence et à ses exigences de temps, d'organisation et de priorités d'actions ;
- De développer une réflexion avec ses pairs sur les spécificités de son champ professionnel pour dispenser des soins de qualité, ainsi qu'avec les autres professionnels de santé, en particulier les médecins, lors de prises en charge conjointes ou transférées, en particulier dans le cadre pathologique ;
- De développer une réflexion éthique sur les pratiques de soin.

Le deuxième axe regroupe les enseignements et dispositifs de formation concourant à l'acquisition de compétences en communication, en économie, en gestion et en management et forment les futurs professionnels à :

- Exercer ces compétences dans le champ de la promotion et de la prévention de la santé des femmes et des enfants, en apportant des informations claires et accessibles ;
- Promouvoir la collaboration interprofessionnelle et la coopération avec les autres acteurs de santé ;
- Développer des actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux ;
- Développer un esprit de concertation avec les différents professionnels et ses pairs ;
- Développer des compétences pour participer à l'encadrement et à l'évaluation des étudiants.

Le troisième axe regroupe les enseignements relatifs au développement professionnel et aux activités qui peuvent y être associées pour :

- Exercer son sens des responsabilités en vue de garantir la qualité des soins ;
- Développer une réflexion et un esprit critique par rapport aux pratiques professionnelles conduisant à l'actualisation des connaissances, à une pratique autonome basée sur l'évaluation des pratiques professionnelles et au développement professionnel continu ;
- Faire évoluer sa pratique professionnelle par l'acquisition de nouveaux savoirs scientifiques ;
- Participer à des travaux de recherche ;
- Développer des actions collectives (recherche, formation, évaluation, etc.) avec les partenaires institutionnels, économiques et industriels ;
- Participer à l'évaluation de l'activité médicale d'un secteur, de l'élaboration à l'analyse des données.

Ces enseignements se structurent en unités d'enseignement (UE) dans les domaines suivants

Obstétrique, maïeutique, démarche clinique, diagnostic anténatal et médecine fœtale

Ces UE représentent 14 à 16 ECTS (ECTS : European Credits Transfer System, système de crédits européens facilitant la lisibilité et la comparaison des cursus de formation).

Objectifs généraux :

- Assurer la surveillance prénatale de la grossesse physiologique ;
- Assurer l'animation de séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites ;
- Dépister et participer à la prise en charge des patientes présentant des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches ;
- Acquérir des connaissances permettant l'apprentissage de l'échographie obstétricale ;
- Acquérir les connaissances médicales, juridiques et éthiques sur le diagnostic anténatal et la médecine fœtale.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues :

- Conduire une consultation prénatale ;
- Mener un entretien prénatal précoce :
 - . Objectifs de l'entretien prénatal précoce,
 - . Les différents temps de l'entretien prénatal précoce ;
- Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité :
 - . Analyse des besoins,
 - . Sélection des contenus et planification des séances,
 - . Dynamique de groupe et techniques d'animation ;
- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies obstétricales :
 - . Raisonnement médical, démarche clinique,
 - . Signes fonctionnels,
 - . Signes physiques,
 - . Pathologies spécifiques de la grossesse,
 - . Pathologies et complications du travail, de l'expulsion et de la délivrance,
 - . Pathologies des suites de couches ;
- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies associées à la grossesse :
 - . Influence des principales pathologies préexistantes sur l'état de grossesse,

- . Influence de la grossesse sur l'évolution des principales pathologies préexistantes,
- . Surveillance des pathologies médico-chirurgicales associées à la grossesse ;
- Participer à la prise en charge des urgences médicales rencontrées en obstétrique :
 - . Arrêt cardio-respiratoire maternel,
 - . États de choc,
 - . Embolie amniotique,
 - . Embolie pulmonaire,
 - . Convulsions ;
- Réaliser la surveillance de situations spécifiques de la grossesse, du travail et de l'accouchement et des techniques obstétricales :
 - . Maturation et déclenchement artificiel du travail,
 - . Présentation du siège : voies d'accouchement, manœuvres obstétricales, complications,
 - . Présentations dystociques : voies d'accouchement, manœuvres obstétricales, complications,
 - . Grossesse gémellaire : différents types de surveillance, complications spécifiques, accouchement gémellaire, manœuvres obstétricales.
- Prescrire les échographies nécessaires à la surveillance de la grossesse et interpréter les comptes rendus ;
- Réaliser une échographie obstétricale de dépistage (vérification de la présentation, le bien-être fœtal et la localisation placentaire, etc.) :
 - . Écho-anatomie normale et pathologique,
 - . Doppler maternel et fœtal,
 - . Anomalies échographiques des annexes ;
- Participer aux activités de diagnostic anténatal et de médecine fœtale :
 - . Marqueurs sériques,
 - . Prélèvements ovulaires,
 - . Thérapeutiques anténatales,
 - . Interruption médicale de grossesse,
 - . Bilan de synthèse : conseil génétique, fœtopathologie.

Néonatalogie - pédiatrie

Ces UE représentent 6 à 10 ECTS

Objectifs généraux :

- Participer à la prise en charge d'un nouveau-né présentant une pathologie ;
- Acquérir les bases de la physiologie néonatale suffisantes sur :
 - . L'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né,
 - . La physiologie de l'hypoxie néonatale,
 - . L'algorithme de réanimation néonatale ;
- Participer à la prise en charge des urgences néonatales ;
- Assurer la surveillance, l'examen et la prise en charge du nouveau-né dans un cadre hospitalier et extrahospitalier.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues :

- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies et urgences néonatales ;
 - . Reconnaissance et identification des signes cliniques ;
 - . Prématurité ;
 - . Anomalies de la trophicité ;
 - . Principales malformations ;
- Participer à la prise en charge des nouveau-nés affectés par une pathologie maternelle :
 - . Influence des principales pathologies maternelles sur le nouveau-né,
 - . Surveillance et prises en charge spécifiques,
 - . Organisation des transferts ;
- Savoir accueillir un nouveau-né dans les suites d'un accouchement (à la maternité et hors maternité) ;
- Maîtriser les gestes techniques nécessaires à la réanimation néonatale ;
- Assurer efficacement la réanimation d'un nouveau-né et en fonction des situations particulières rencontrées (asphyxie, prématurité, gémellité, inhalation méconiale, malformations congénitales, etc.) ;

- Aspects éthiques.

Gynécologie - santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation

Ces UE représentent 4 à 8 ECTS

Objectifs généraux :

- Informer et conduire une consultation de contraception ;
- Conduire une consultation péri-conceptionnelle ;
- Assurer le suivi gynécologique de prévention et connaître les enjeux de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Acquérir des connaissances permettant l'apprentissage de la rééducation périnéale ;
- Réaliser une échographie gynécologique de dépistage ;
- Dépister et participer à la prise en charge des femmes présentant une ou des infections et pathologies gynécologiques ;
- Maîtriser les bonnes pratiques de dépistage des IST : indications, prise en charge du partenaire ;
- Pouvoir répondre aux demandes liées au désir d'enfant, à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- Informer et participer à la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG ;
- Favoriser le dialogue autour de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plaintes ;
- Offrir un suivi de qualité adapté à la personne en favorisant les conditions d'expression et d'écoute ;
- Connaître le cadre législatif et réglementaire : organisation du dispositif de dépistage et de planification ;
- Acquérir les connaissances médicales, juridiques et éthiques sur l'assistance médicale à la procréation.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues :

- Mener une consultation de suivi gynécologique de prévention :
 - . Les différents temps de la consultation gynécologique,
 - . Analyse des principaux motifs de plaintes ;
 - . Prescription des examens complémentaires de première intention,
 - . Connaissance des médicaments utilisés en gynécologie inscrits dans les droits de prescription de la sage-femme ;
- Accompagner ou orienter les femmes dans les périodes pré, per et post-IVG :
 - . Entretien pré-IVG analyse de l'échec de contraception,
 - . Techniques d'IVG,
 - . Surveillance et contraception post-IVG ;
- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies gynécologiques :
 - . Raisonnement médical, démarche clinique,
 - . Reconnaissance et identification des signes cliniques,
 - . Pathologies fonctionnelles et organiques des organes uro-génitaux et mammaires,
 - . Bilan uro-dynamique ;
- Organiser et animer une séance collective d'information auprès d'adolescents sur la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles :
 - . Les spécificités de l'adolescence,
 - . Sélection des contenus et méthodes d'animation ;
- Aborder la sexualité lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention ,
 - . Aspects biopsychosociaux de la sexualité,
 - . Principaux motifs de plaintes,
 - . Éducation sexuelle ;
- Prévenir et dépister les violences faites aux femmes :
 - . Épidémiologie des violences faites aux femmes,
 - . Médecine légale et démarches de protection ;
- Participer aux activités d'assistance médicale à la procréation :
 - . Infertilité et stérilité du couple : exploration, diagnostic, traitement,
 - . Techniques d'assistance médicale à la procréation,
 - . Législation,
 - . Bioéthique.

Pharmacologie

Cette UE représente 2 à 4 ECTS.

Les compétences de la sage-femme en pharmacologie doivent être en lien avec son droit de prescription, l'autorisation à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée, et leur participation au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique, sous la direction d'un médecin.

Objectifs généraux :

L'enseignement de pharmacologie permet l'acquisition de connaissances générales de pharmacocinétique orientées vers la santé génésique de la femme, l'obstétrique, la néonatalogie et la pédiatrie. Il doit permettre d'améliorer la qualité et la sécurité de la prescription et de l'optimiser sur le plan économique.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les capacités attendues :

- Connaître et/ou approfondir les bases pharmacologiques des traitements pour chaque pathologie et chaque prévention abordée ;
- Connaître les propriétés pharmacocinétiques des médicaments chez la femme enceinte, le nouveau-né ;
- Connaître les critères de choix d'un médicament pour optimiser un traitement médicamenteux et éviter les accidents iatrogènes ;
- Connaître les bonnes pratiques des prescriptions médicamenteuses ;
- Connaître les éléments de la surveillance thérapeutique médicamenteuse ;
- Appréhender la variabilité de la réponse thérapeutique : notion de terrain, associations médicamenteuses ;
- Connaître les outils d'aide à la prescription, à l'évaluation de l'observance d'un traitement ;
- Connaître les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses.

Le contenu de cette UE de pharmacologie peut être enseigné de manière transversale dans certaines UE (obstétrique, pédiatrie, santé génésique des femmes, etc.). Cette UE fera l'objet d'une évaluation.

Santé publique

Cette UE représente 4 à 6 ECTS.

L'enseignement de Santé publique tient compte de la place de la sage-femme dans le système de santé. Il est orienté vers la prévention et l'éducation.

Objectifs généraux :

- Prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la maïeutique, de l'obstétrique, de la gynécologie et de la néonatalogie ;
- Dépister les situations à risque médical, psychologique et social ;
- Participer à un réseau de soins.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les capacités attendues :

- Connaître l'organisation des systèmes de santé en Europe ;
- Connaître la situation périnatale en France ;
- Connaître les différentes structures de soins (hospitalières, extra-hospitalières, psychiatriques) ;
- Connaître les grands programmes de prévention et de dépistage en périnatalité (dépistages néonataux, dépistage des cancers de la femme, vaccinations, etc.) ;
- Connaître les démarches éducatives liées aux pathologies rencontrées en périnatalité ;
- Connaître les grandes menaces sanitaires ;
- Connaître et participer à la gestion du risque ;
- Connaître l'évaluation du fardeau des maladies dans les populations :
 - . épidémiologie descriptive,
 - . apport des registres de pathologie,
 - . fréquence des principaux groupes de pathologie,
 - . principes de l'intervention en santé publique.

Le contenu de cette unité d'enseignement peut être enseigné de façon transversale dans certaines unités d'enseignement, notamment dans le cadre des enseignements relatifs à l'obstétrique, la pédiatrie, la santé génésique des femmes, etc.

L'unité d'enseignement de santé publique fera l'objet d'une évaluation.

Ces UE représentent 6 à 8 ECTS.

Objectifs généraux :

- Développer une réflexivité sur ses pratiques et son développement professionnels ;
- Approfondir ses connaissances sur la psychologie et les affections psychopathologiques du nourrisson et de l'enfant afin de dépister des situations de vulnérabilité et d'orienter la femme ou le couple dans le réseau de périnatalité ;
- Acquérir les connaissances nécessaires au dépistage, à l'orientation et à la participation de la prise en charge des femmes présentant des troubles psychopathologiques et psychiatriques ;
- Connaître les bases légales et les priorités de la politique de santé régissant le système de santé français et de protection sociale, ainsi que les principes de son pilotage et ses limites ;
- Connaître les dimensions organisationnelles des professions, l'organisation du travail, les collaborations interprofessionnelles, la gestion et l'administration ;
- Acquérir des connaissances sur l'organisation territoriale du système de santé et des soins (coopérations, contractualisations, etc.) ;
- Acquérir ou approfondir des connaissances de base en économie de la santé ;
- Approfondir ses compétences en langue étrangère.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les capacités attendues :

- Dépister et participer à la prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques :
 - . Troubles de la personnalité,
 - . Pathologies psychiatriques maternelles,
 - . Psychopathologie du nourrisson et de l'enfant ;
- Mettre en œuvre les dispositions législatives et réglementaires liées à la périnatalité et adapter sa pratique en fonction des textes en vigueur et de leurs évolutions :
 - . Dispositions législatives et réglementaires liées à la périnatalité et à la protection des personnes vulnérables,
 - . Législation professionnelle,
 - . Participer à la réflexion éthique sur les pratiques de soin,
 - . S'informer et participer aux évolutions de la réflexion bioéthique ;
- Encadrer une équipe soignante et travailler en collaboration :
 - . Rapports hiérarchiques et contractuels,
 - . Gestion et management d'une équipe,
 - . Délégation et coordination,
 - . Anticipation et gestion des conflits,
 - . Conduite de projet,
 - . Coordination des projets,
 - . Gestion des risques.
- Participer à l'encadrement et à l'évaluation des étudiants :
 - . Pédagogie de stages : organisation, diagnostic éducatif, modèle de rôle et supervision clinique,
 - . Évaluation des apprentissages ;
- Rechercher en permanence la qualité et la sécurité des soins dans son exercice professionnel ;
- Connaître les dispositions législatives et réglementaires en matière de qualité et de sécurité des soins ;
- Connaître les recommandations et outils de bonnes pratiques ;
- Contribuer au développement d'une culture de sécurité ;
- Communiquer efficacement pour améliorer la sécurité des soins ;
- Analyser les causes systémiques des événements indésirables associés aux soins et participer à la prévention conjointe de ceux-ci lorsqu'ils sont évitables (récupération des défaillances et atténuation de leurs conséquences pour les patientes, mise en place de mesures barrières, etc.) ;
- Connaître les concepts de base en économie de la santé et rechercher en permanence l'efficacité dans son exercice professionnel ;
- Acquérir des notions de base de macroéconomie et de microéconomie dont :
 - . Théorie des consommateurs et des producteurs,
 - . Équilibres, concurrence pure et parfaite, défaillances de marché et régulation,

- . Comptabilité nationale, croissance,
- . Assurance maladie et maîtrise des dépenses de santé,
- . Comparaisons des divers systèmes de santé des pays développés,
- . Pilotage et contrôle du système de soins.

UE Recherche

Cette UE représente 2 à 4 ECTS.

Cette UE permet d'approfondir l'initiation à la recherche dans la continuité des enseignements dispensés au cours du premier cycle des études en sciences maïeutiques.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les capacités attendues :

- Réaliser une recherche documentaire, une revue de la littérature.
- . Consultation de fonds documentaires ;
- . Technique de la recherche documentaire dans les bases de données scientifiques et en sciences humaines et sociales ;
- . Apprentissage d'outils de bibliographie ;
- . Connaissance de l'anglais médical.
- Réaliser une analyse critique des données existantes.

Lecture critique d'articles scientifiques et d'information grand public en version originale.

Le parcours personnalisé

Il représente 10 à 20 % des unités d'enseignements soit entre 12 et 24 ECTS.

Ces unités d'enseignements peuvent être suivies dans une université en France comme à l'étranger. Elles sont intégrées dans une formation de niveau master. Ces unités d'enseignement peuvent constituer un parcours proposé par la structure en charge de la formation. Elles peuvent s'intégrer dans la formation théorique et/ou clinique et/ou être inscrites dans un parcours recherche.

Dans le cadre du parcours personnalisé peuvent être proposées notamment des unités d'enseignement en droit de la santé, management, éthique et philosophie, informatique, économie de la santé, ingénierie de la santé, etc.

UE Parcours Recherche

Pour les étudiants ayant suivi du 3^{ème} au 6^{ème} semestre de la formation générale en sciences maïeutiques des unités d'enseignement de parcours recherche, un enseignement spécifique peut être proposé pendant le deuxième cycle des études en sciences maïeutiques (cycle de conférences, séminaires de travail, présentations personnelles, travail en groupe des étudiants, journées scientifiques).

Les étudiants n'ayant pas suivi des UE correspondant au parcours recherche au cours de la formation conduisant au diplôme de formation générale en sciences maïeutiques pourront suivre, pendant le deuxième cycle des études en sciences maïeutiques une UE recherche parmi des UE librement choisies.

Un stage de recherche d'une durée de quatre semaines minimum nécessaire pour la validation de la première année d'un master à orientation recherche peut remplacer partiellement un stage clinique inscrit au programme de formation approfondie en sciences maïeutiques, sous réserve de l'acquisition par l'étudiant des compétences spécifiques associées au stage clinique.

Unités d'enseignement clinique

Ces UE représentent 48 à 68 ECTS.

- La formation clinique a pour finalité :

Le développement des compétences fondamentales nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme ;

- L'acquisition des compétences spécifiques et transversales décrites dans le référentiel métier et compétences de sage-femme ;
- La maîtrise du raisonnement clinique ;
- La mise en relation et la cohérence entre les enseignements dispensés et les stages ;
- L'ouverture vers les différents modes d'exercice de la sage-femme ;
- La réalisation du projet professionnel de chaque étudiant.

Les objectifs personnels de l'étudiant sont liés à son apprentissage et à son projet professionnel. Ils font l'objet d'une concertation avec l'équipe enseignante et doivent être connus par le référent, maître et/ou tuteur de stage afin de faciliter leur réalisation.

Le référentiel métier et compétences de sage-femme intègre les compétences requises à l'issue de la formation initiale décrites ci-dessous.

Référentiel de compétences

Huit situations types décrivent des situations clés de la pratique clinique de la sage-femme et authentifient les valeurs professionnelles qui leur donnent sens. Elles mettent les principales compétences en exergue, à savoir, la démarche clinique, l'urgence, la prévention et l'éducation. Les situations types retenues ne sont pas exhaustives, mais sont particulièrement représentatives de l'exercice de cette profession. Elles ont été retenues car elles remplissent les critères suivants :

- Faire partie du cœur de métier de sage-femme ;
- Représenter une variété suffisante de situations devant être maîtrisées par tout professionnel compétent ;
- Intégrer un aspect de gestion des risques ou de sécurité des soins.

À l'issue de la formation, l'étudiant est compétent pour :

1. Conduire une consultation prénatale

- En reconstituant l'anamnèse ;
- En réalisant l'examen clinique général et l'examen obstétrical ;
- En évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse ;
- En choisissant les mesures préventives, palliatives et thérapeutiques appropriées ;
- En élaborant et proposant à la femme enceinte une conduite à tenir quant au suivi de sa grossesse ;
- En accompagnant la femme/le couple dans l'élaboration de son projet de naissance.

2. Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité

- En préparant la séance ;
- En veillant à assurer une bonne qualité d'écoute entre les participant(e)s ;
- En animant les échanges d'informations et d'expériences sur le thème traité ;
- En réalisant des exercices de travail corporel (si pertinent pour le thème abordé) ;
- En vérifiant l'évolution des participantes vers l'autonomie ;
- En repérant les difficultés éventuelles et en donnant les conseils adaptés.

3. Assurer une consultation d'urgence

- En accueillant la patiente ;
- En menant l'interrogatoire : de l'anamnèse à un premier diagnostic ;
- En réalisant l'examen général et l'examen obstétrical ;
- En posant un diagnostic et en faisant une synthèse de la situation ;
- En préparant et en organisant si nécessaire le transfert vers un autre professionnel de santé ou un autre établissement ;
- En réalisant la transmission orale et écrite ;
- En étudiant rétroactivement le dossier pour analyser et améliorer sa pratique, en particulier en vérifiant la pertinence des gestes et décisions (en partenariat avec un autre professionnel) ou selon une méthode de retour d'expérience validée.

4. Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites

- En évaluant le niveau de risque de la parturiente pour décider d'une prise en charge optimale pour elle et son enfant ;
- En évaluant l'entrée en travail et le pronostic obstétrical de la patiente ;
- En élaborant une stratégie de surveillance et de suivi du travail, de l'accouchement et de la délivrance d'une patiente à bas risque ;
- En respectant les règles de l'eutocie et les souhaits de la parturiente ;
- En consultant tous les éléments du dossier ;
- En veillant à la bonne mise à disposition du matériel en cas d'urgence ;
- En décidant l'admission éventuelle ;
- En assurant l'accouchement physiologique et son accompagnement ;
- En aidant la femme à gérer la douleur ;
- En prenant des décisions adaptées à la situation ;
- En accueillant et examinant le nouveau-né ;
- En prévenant les accidents hémorragiques de la délivrance par une surveillance optimale au cours du travail et de la période de post-partum immédiat ;

- En réalisant le diagnostic des lésions périnéales et des plaies vaginales ;
- En pratiquant la suture de ces lésions sous anesthésie locale, lorsque celles-ci ne sont pas compliquées, en particulier en cas d'atteintes sphinctériennes ;
- En rédigeant le dossier médical et en participant à l'information du dossier médical personnel.

5. Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance (quel que soit le lieu et au-delà du post-partum immédiat)

- En accueillant la patiente ;
- En identifiant la gravité du risque hémorragique, en réalisant une anamnèse et un examen général ;
- En mettant en place la prise en charge en cas de confirmation de l'hémorragie ;
- En sollicitant d'autres professionnels ;
- En réalisant les prélèvements sanguins nécessaires ;
- En posant un cathéter intraveineux périphérique et en perfusant le soluté adapté ;
- En veillant au positionnement de la patiente et à la surveillance et au maintien de sa température corporelle ;
- En s'assurant que la patiente a compris la situation et en informant la famille ;
- En veillant à la coordination des différents intervenants ;
- En s'assurant que le professionnel qui prend le relais a bien reçu les informations ;
- En transmettant dans le dossier les données médicales et les gestes effectués pour assurer une transmission écrite ;
- En suivant l'évolution de la patiente et en adaptant les thérapeutiques ;
- En étudiant rétroactivement le dossier pour analyser et améliorer sa pratique, en particulier en vérifiant la pertinence des gestes et décisions (en collaboration avec d'autres professionnels).

6. Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale

- En accueillant la mère et l'enfant ;
- En réalisant l'anamnèse ;
- En pratiquant l'examen général de l'enfant ;
- En pratiquant un examen général et gynéco-obstétrical de la mère ;
- En écoutant, questionnant et donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé ;
- En repérant les situations de vulnérabilité ;
- En vérifiant la mise en place de l'allaitement (maternel ou artificiel) ;
- En prescrivant les éventuels examens complémentaires ;
- En recherchant d'éventuels troubles périnéaux ou sphinctériens et en déterminant leur prise en charge ;
- En recueillant les souhaits de la patiente en matière de contraception et en la prescrivant ;
- En accompagnant le développement du lien mère-enfant ;
- En assurant la transmission ;

7. Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention

- En accueillant la femme et éventuellement en l'accompagnant en consultation, en l'informant du suivi gynécologique régulier et en lui proposant de réfléchir à sa contraception ;
- En réalisant l'anamnèse, afin d'identifier d'éventuelles contre-indications ;
- En réalisant l'examen clinique de la patiente ;
- En réalisant, si nécessaire, un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal ;
- Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement ;
- En présentant les différentes formes de contraception possibles pour éclairer son choix ;
- En prévenant et dépistant toute situation de vulnérabilité de la femme ;
- En participant au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles ;
- En prescrivant la contraception et les examens complémentaires en relation avec le suivi gynécologique ;
- En prescrivant si nécessaire d'autres thérapeutiques (vaccins, médicaments dans les droits de prescription de la sage-femme) ;
- En planifiant le suivi gynécologique de la femme ;
- En cas de dépistage de pathologie, en adressant la patiente à un médecin.

8. Réaliser une réanimation néo-natale

- En prenant en compte les circonstances de la grossesse, du travail et de l'accouchement ;

- En anticipant sur l'organisation matérielle et la disponibilité des ressources ;
- En examinant l'enfant dès son arrivée ;
- En identifiant le caractère de gravité et d'urgence (score d'Apgar, etc.) ;
- En prévoyant l'appel du pédiatre ;
- En assurant les premiers soins en attendant le médecin (aspiration, ventilation, intubation, massage cardiaque) ;
- En participant à l'accueil optimal du nouveau-né porteur d'une pathologie dépistée dans la période prénatale ;
- En informant le couple en temps réel ;
- En participant à la prise en charge médicale en collaboration avec le pédiatre ;
- En organisant éventuellement le transfert de l'enfant vers un service approprié ;
- En renseignant une feuille de surveillance en temps réel intégrée dans le dossier médical, intégrant les données médicales et les gestes de réanimation effectués pour assurer une transmission écrite ;
- En cas de transfert vers une unité spécialisée, en assurant dans le temps un suivi des informations et en informant régulièrement les parents.

Modalités de stage

Les compétences spécifiques et transversales s'acquièrent au travers de stages cliniques réalisés en établissement de santé et en milieu extrahospitalier : exercice libéral, centre de protection maternelle et infantile (PMI), etc.

Les stages concernent les périodes pré, per-natales d'une part, et d'autre part, les périodes post-natales, le suivi gynécologique et la planification familiale.

La répartition peut s'établir selon le tableau ci-dessous :

1 ECTS de stage équivaut à 30 heures.

	Nombre d'ECTS	Contenu du stage	Terrain de stage
Suivi prénatal	12 à 16 ECTS	Consultations prénatales ; Surveillance de grossesses à haut risque ; Préparation à la naissance et à la parentalité.	Stages hospitaliers et extrahospitaliers : en établissement de santé public ou privé (structures de consultations prénatales (CNP), services de grossesse à haut risque (GHR), centre d'assistance médicale à la procréation, centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDN), etc.) Cabinets libéraux, maisons de santé, hospitalisation à domicile (HAD), espaces territoriaux.
Suivi prénatal	20 à 24 ECTS	Pratique d'un accouchement eutocique ; Accueil d'un nouveau-né eutrophique à terme ; Suivi d'un accouchement à risque ou pathologique et ses suites immédiates ; Accueil d'un nouveau-né malade.	Stages hospitaliers : établissements publics et privés de santé (salles de naissances, bloc opératoire, salle de soins post-interventionnelle, urgences obstétricales, réanimation, service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), etc.).
Suivi post-natal	8 à 14 ECTS	Suites de couches physiologiques ; Nouveau-nés ;	Stages hospitaliers : établissements publics et privés de santé (suites de

		Nourrissons ; Suites de couches pathologiques ; Nouveau-né malade.	couches mère et enfant, unité mère-enfant, néonatalogie, unité psychiatrique, consultation post-natale et néonatale, etc.) Cabinet libéral, maison de santé, HAD, espaces territoriaux.
Planification, surveillance gynécologique	8 à 14 ECTS	Consultation de contraception ; Prévention des IST ; IVG ; Suivi gynécologique de prévention.	Centre de planification conjugale et familiale ; Centre d'orthogénie ; Cabinet libéral ; Établissement public ou privé de santé : consultation, espace territorial.

La part des stages hors établissements de santé doit être conséquente afin de faciliter l'approche centrée sur le parcours de soin des femmes et des couples mères-enfants.

Des stages en espace territorial et en ambulatoire sont obligatoires. Ils préparent les étudiants à un exercice libéral ou en PMI et à la surveillance nécessaire dans le cadre extrahospitalier.

Un stage de longue durée à temps plein (intégré ou pré professionnel) représentant 24 ECTS est organisé.

Le choix du terrain de stage est lié au projet professionnel et au nombre d'actes réalisés par l'étudiant à la fin de la 1ère année du deuxième cycle des études en sciences maïeutiques.

Validation de stages

La formation clinique est fondamentale dans le développement des compétences des sages-femmes. Les compétences cliniques sont évaluées par l'équipe pédagogique et/ou les professionnels de terrain.

Le raisonnement et la démarche clinique réflexive, les connaissances scientifiques, la prévention et l'éducation pour la santé, la posture éthique sont évaluées dans chaque situation rencontrée par l'étudiant.

La validation des stages tient compte de l'assiduité de l'étudiant et de l'acquisition des compétences spécifiques et transversales du référentiel métier et compétences des sages-femmes.

Un entretien de mi-stage est recommandé pour s'assurer que les objectifs de stage pourront être atteints et éventuellement proposer des réajustements.

Le carnet de stage permet à l'étudiant d'autoréguler son apprentissage.

L'analyse réflexive mise en œuvre par l'étudiant seul ou accompagné, contribue à l'évaluation de ses acquisitions.

Coordination entre l'équipe pédagogique et les encadrants sur les lieux de stages

Le temps de formation clinique doit être utilisé de façon efficiente, impliquant une vigilance particulière à l'égard de la qualité du terrain de stage, de l'accueil et de l'encadrement des stagiaires.

L'équipe pédagogique s'assure de la concordance entre le terrain de stage et les objectifs pédagogiques et personnels de chaque étudiant.

L'équipe pédagogique entretient le lien avec les équipes d'encadrement sur le lieu de stage. Elle favorise la formation des professionnels référents de stage. Elle met en place l'évaluation des lieux de stage par les étudiants.

Coopération interprofessionnelle

Afin de développer l'efficacité de la communication et de la coopération interprofessionnelle indispensable à la qualité et à la sécurité des soins, il est souhaitable de favoriser la mise en commun des travaux sur les lieux de stage entre les étudiants des différentes filières médicales et paramédicales.

Mobilité et échanges internationaux

Une période d'études d'un semestre comprenant un ou plusieurs stages peut être réalisée au sein de l'Union Européenne ou dans un autre État dans le cadre d'un programme d'échange européen ou international.

La validation du stage est réservée à l'établissement d'accueil.

Le certificat de synthèse clinique et thérapeutique

Ce certificat est destiné à vérifier les compétences acquises, la capacité à synthétiser des connaissances et la maîtrise de la démarche clinique, de l'urgence, de la prévention et de l'éducation en obstétrique, néonatalogie et gynécologie.

Ce certificat peut se présenter sous différentes formes :

- une épreuve clinique auprès d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée et/ou d'un nouveau-né ;
- une épreuve clinique auprès d'une femme lors d'un suivi gynécologique ;
- une épreuve orale associée ou non à l'épreuve clinique ;
- une épreuve écrite associée ou non à l'épreuve clinique.

La ou les épreuves sont évaluées par deux professionnels dont une sage-femme de l'équipe pédagogique de la structure de formation et si possible une sage-femme enseignante d'une autre structure de formation.

L'évaluation porte sur les compétences et les connaissances précisées à l'article 5 du présent arrêté.

La validation du certificat est obligatoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme.

UE Mémoire

Cette UE représente 4 à 6 ECTS.

Le mémoire requiert une prise de distance critique de la part de l'étudiant et répond à une démarche de recherche problématisée et à des exigences d'objectivation et de conceptualisation.

Le thème est en lien avec la maïeutique, dans le domaine de la périnatalité, de la santé génésique des femmes, pouvant aborder notamment les aspects médicaux, sociaux, psychologiques, juridiques, déontologiques, éthiques, anthropologiques ou historiques. Il s'appuie sur les méthodes et les outils de recherche enseignés.

Objectifs généraux :

Former de futurs professionnels capables :

- d'adopter une attitude réflexive par rapport à leur pratique et leur développement professionnel afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins ainsi qu'à l'évolution de la profession ;
- de mettre en place une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- de fonder leur pratique sur des données probantes.

Objectifs spécifiques du mémoire :

- L'élaboration du mémoire vise à développer plusieurs capacités :
 - . identifier une question pertinente à l'exercice professionnel,
 - . situer cette question dans son contexte,
 - . conduire une démarche méthodique d'investigation, à l'aide d'outils d'étude et de recherche,
 - . analyser les informations recueillies,
 - . élaborer des solutions ou des préconisations,
 - . formaliser une production écrite et la soutenir oralement ;
- Un mémoire bibliographique fondé sur une analyse critique de la littérature, présentant, par exemple, une recherche fondamentale ou un ou plusieurs cas cliniques ;
- Un mémoire historique consacré, par exemple, à l'histoire d'une pratique professionnelle, de l'évolution d'un courant d'idées, d'une technique diagnostique ou thérapeutique ;
- Un mémoire d'introspection : réflexion sur un vécu s'appuyant sur une recherche bibliographique pour effectuer une auto-analyse ;
- Une analyse de pratiques professionnelles ;
- Un mémoire d'apprentissage à la recherche biomédicale ou en santé publique au sens large (éthique, sociologie, psychologie, etc.) comprenant la rédaction d'un protocole de recherche clinique ou d'une action de santé publique. Il entre alors dans le cadre du parcours recherche.

Le dispositif pédagogique concourant à la réalisation du mémoire comprend :

- La mise en place de groupes d'émergence de thème ;
- La validation du thème et de la méthodologie de l'étude par l'équipe pédagogique ;
- La mise à disposition d'un guide de rédaction précisant notamment le format de présentation et le contenu scientifique ;
- Un soutien méthodologique pour la mise en place du projet du mémoire ;

- Un soutien méthodologique pour la rédaction du mémoire.

Pour chaque mémoire est constitué un comité scientifique qui comprend au minimum :

- Le responsable de la structure ou son représentant ;
- Deux sages-femmes de l'équipe pédagogique ;
- Un expert sur la méthodologie envisagée.

Le comité scientifique propose le sujet du mémoire (problématique, méthodologie employée, faisabilité du sujet, calendrier de travail, etc.) qui est approuvé par le responsable de la structure.

La soutenance comprend un temps de présentation de son travail par l'étudiant et un temps de réponses aux questions et d'échanges avec le jury.

L'évaluation porte à la fois sur le contenu écrit et la soutenance.

Fait le 11 mars 2013.

La ministre de l'enseignement supérieur

et de la recherche,

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement de la directrice générale

pour l'enseignement supérieur

et l'insertion professionnelle :

Le chef du service de la stratégie

de l'enseignement supérieur

et de l'insertion professionnelle - DGESIP A,

J.-M. Jolion

La ministre des affaires sociales

et de la santé,

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général

de l'offre de soins,

J. Debeaupuis

ANNEXE 3 : Prise en charge du nouveau-né en cas de décès

(Document tiré de l'ouvrage « Réanimation du nouveau-né en salle de naissance », 2^{ème} édition, support pédagogique).

	> 22 SA ou ≥ 500 g (viable)		< 22 SA ou < 500 g (non viable)	
	Né vivant	Né sans vie « mort-né »	Né vivant	Né sans vie
Inscription à l'état civil	Obligatoire Acte de naissance (registre des naissances) et acte de décès (registre des décès) sur présentation d'un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable	Obligatoire Acte d'enfant sans vie (registre des décès) sur présentation d'un certificat médical d'accouchement d'enfant né mort et viable	Obligatoire Acte d'enfant sans vie (registre des décès) sur présentation d'un certificat médical d'accouchement d'enfant né vivant et non viable	Possible à la demande des parents à partir de la 15 ^{ème} SA Acte d'enfant sans vie (registre des décès) sur présentation d'un certificat médical d'accouchement
Dotation officielle d'un prénom	Obligatoire	Possible	Possible	Possible à partir de la 15 ^{ème} SA
Inscription sur le livret de famille	Obligatoire	Possible à la demande des parents	Possible à la demande des parents	Possible à la demande des parents
Devenir du corps	Inhumation ou crémation obligatoire à la charge de la famille	Inhumation ou crémation possible à la demande de la famille (et alors à leur charge) Sinon prise en charge du corps par l'établissement de santé (inhumation selon accord avec la mairie ou crémation)		Inhumation possible à la demande de la famille sinon crémation par l'établissement de santé
Congé légal de maternité	Oui	Oui	Non	Non
Congé de paternité	Possible	Possible	Non	Non

Procédures administratives en cas de décès de nouveau-né
(Circulaires DHOS/DGS/DAC/DGL n° 2001/576 et n° 2009/182)

ANNEXE 4 : Questionnaire distribué aux sages-femmes du CHR Metz-Thionville.

Généralités		
1) Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
2) Votre âge	<input type="checkbox"/> < 30 ans <input type="checkbox"/> 30/40 ans <input type="checkbox"/> 40/50 ans <input type="checkbox"/> 50/60 ans <input type="checkbox"/> > 60 ans	
3) Depuis combien d'années êtes-vous sage-femme ?	<input type="checkbox"/> < 5 ans <input type="checkbox"/> 5-10 ans <input type="checkbox"/> 10-20 ans <input type="checkbox"/> > 20 ans	
4) Lieu d'exercice	<input type="checkbox"/> Hôpital de Mercy	<input type="checkbox"/> Hôpital de Bel-Air
5) Service d'exercice	<input type="checkbox"/> Salle de Naissance <input type="checkbox"/> Urgences Gynécologiques et Obstétricales <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Grossesses à Risque <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Autres :	
6) Avez-vous déjà exercé dans d'autres services du CHR Metz-Thionville ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Si oui, lesquels ?</u>		

<p>7) Qu'est-ce-que pour vous le deuil périnatal ?</p>		
<i>Expérience/Ressenti</i>		
<p>8) Avez-vous déjà été confronté(e) à une situation de deuil périnatal ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>9) En moyenne, combien de fois au cours de votre carrière ?</p>	<input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> > 10	
<p><i><u>Si oui, dans quels services ?</u></i></p>		
<p>10) Pouvez-vous, en quelques lignes, me relater les circonstances ? (Diagnostic, annonce, MFIU, IMG, FCS, ...)</p>		

<p>11) Est-il difficile pour vous d'accompagner un couple en situation de deuil périnatal ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p><i><u>Si oui</u>, pour quelles raisons ?</i></p>		
<p><i><u>Si non</u>, pour quelles raisons ?</i></p>		
<p>12) Comment réagissez-vous face aux couples en situation de deuil périnatal ?</p>		
<p>13) Selon vous, votre prise en charge de ces couples a-t-elle évolué avec votre expérience ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> Non</p>

<p><u>Si oui, pourquoi ?</u></p>		
<p><u>Si non, pourquoi ?</u></p>		
<p>14) Que ressentez-vous face à ces situations ?</p>		
<p>15) Comment gérez-vous vos émotions face à ces situations ?</p>		
<p>16) Votre ressenti lors de ces situations s'est-il « amélioré » au fil des années ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> Non</p>

<p>17) <u>Si vous n'avez jamais été confronté(e) à une telle situation</u>, pensez-vous avoir les connaissances et les ressources suffisantes pour la prise en charge d'un couple en situation de deuil périnatal ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p><i>Pourquoi ?</i></p>		
<p>18) Avez-vous déjà évité la prise en charge d'une situation de deuil périnatal en passant la main à un/une collègue ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p><u>Si oui</u>, pour quelles raisons ?</p>		
<p>19) Existe-t-il un accompagnement systématique des professionnels au sein du service ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p><u>Si oui</u>, le/lesquels ?</p>		

<p>20) Auprès de qui trouvez-vous du soutien ?</p>		
<p><i>Formation/dispositifs présents au sein du service</i></p>		
<p>21) Comment le deuil périnatal a-t-il été abordé lors de votre formation initiale ?</p>		
<p>22) Considérez-vous la manière dont ce sujet a été traité, suffisante pour prendre en charge des couples en situation de deuil périnatal ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p><i><u>Si non</u>, comment auriez-vous envisagé l'approche de ce sujet ?</i></p>		
<p>23) Des connaissances théoriques vous paraissent-elles indispensables pour la prise en charge d'un couple en situation de deuil périnatal ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<p>24) Depuis que vous êtes sage-femme, avez-vous suivi une formation sur le deuil périnatal ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p><i><u>Si non</u>, pour quelles raisons ?</i></p>		
<p><i><u>Si oui</u>, citez la/les formation(s) suivie(s)</i></p>		
<p>25) De quelle manière ces formations vous ont-elles été bénéfiques ?</p>		
<p>26) Savez-vous s'il existe au sein de votre service des dispositifs (administratifs, psychologiques, autres, ...) pour vous aider dans la prise en charge du deuil périnatal ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p><i><u>Si oui</u>, y avez-vous déjà eu recours ?</i></p>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<i>Précisez lesquels</i>		
<i>L'accès à ces dispositifs est-il facile ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i><u>Si non</u>, pourquoi ?</i>		
<i>Selon vous, ces dispositifs ont-ils été appropriés ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Si non, pourquoi ?</i>		
<p>27) Selon vous, quels moyens pourraient être mis en place pour vous aider à appréhender de manière adaptée la prise en charge des couples en situation de deuil périnatal ?</p>		

28) Avez-vous exercé dans d'autres hôpitaux au cours de votre carrière ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Si oui, quel(s) accompagnement(s) étai(en)t mis en place ?</i>		

ANNEXE 5 : Verbatim

« Qu'est-ce-que pour vous le deuil périnatal ? ».

- 1) « *Accompagnement du couple dans l'annonce, le début de la prise en charge, l'expulsion, les suites* ».
- 2) « *Deuil autour de la naissance* ».
- 3) « *Tout ce qui entoure la perte d'un enfant : MFIU, ITG, décès néonatal* ».
- 4) « *La perte d'un bébé in utéro ou dans les premiers jours de vie* ».
- 5) « *Prise en charge du couple de l'annonce d'une mort fœtale ou détection d'un handicap avec IMG potentiel jusqu'à la sortie d'hospitalisation* ».
- 6) « *C'est la période qu'il faut aux parents pour accepter la perte de leur enfant dans les cas de MFIU ou d'IVMG* ».
- 7) « *Etat psychologique/émotionnel des personnes (patiente/futur père/famille/amis) confrontés au décès d'un enfant à naître ou nouveau-né* ».
- 8) *Pas de réponse.*
- 9) « *Le moment qui entoure le décès d'un enfant. Il peut commencer avant dans le cadre d'une IVMG* ».
- 10) « *La perte d'un bébé entre 27-28 SA et une semaine après la naissance* ».
- 11) « *Processus et acceptation de la part des parents en cas de fausse couche, d'IMG et de mort fœtale* ».
- 12) « *C'est la perte d'un enfant in utéro ou ex utéro de moins d'une semaine dans le seuil de viabilité qui est d 22 SA* ».
- 13) « *Perte d'un enfant à naître* ».
- 14) « *La période plus ou moins longue qui suit le décès* ».
- 15) « *Période douloureuse correspondant à la perte d'un enfant en cours de grossesse ou autour de la naissance* ».
- 16) « *La prise en charge et l'accompagnement d'une patiente qui va mettre au monde un enfant non viable ou mort-né* ».
- 17) « *Englobe la perte d'un fœtus (MFIU, IVMG) d'un enfant (à la naissance ou dans les jours suivants l'accouchement). Attention, certaines patientes ayant fait une FC vont également considérer cela comme un deuil et la perte d'un enfant* ».
- 18) « *Deuil survenant en cours de grossesse ou durant les 7 premiers jours de vie* ».
- 19) « *C'est tout l'accompagnement autour du deuil, de l'annonce à l'accouchement et après les procédures, y compris MFIU, ITG, FCS* ».
- 20) « *Perte d'un enfant à naître* ».
- 21) « *Perte d'un enfant* ».
- 22) « *Le processus d'acceptation et de reconstruction après la perte d'un enfant mort-né* ».
- 23) « *La perte d'un enfant in utéro quel qu'en soit la cause et l'âge gestationnel après 12 SA* ».
- 24) « *C'est tout le processus de deuil qui accompagne la perte d'un enfant en pré, per et post natal, quel qu'en soit la cause (MFIU, IVMG, ...)* ».
- 25) « *Accueil MFIU/IVMG. Accompagnement en maternité* ».

- 26) « *Processus psychologique qui suit la perte d'un enfant à naître, ou durant les 7 jours qui suivent la naissance* ».
- 27) « *Deuil d'une personne que l'on n'a pas connue, d'un projet de grossesse* ».
- 28) « *Perdre un enfant au cours de la grossesse (MFIU ou IVMG) et de l'accouchement* ».
- 29) « *C'est le deuil vécu par les parents à la suite du décès de leur enfant* ».
- 30) « *Toute situation de deuil pendant la grossesse* ».

ANNEXE 6 : Verbatim

« Pouvez-vous, en quelques lignes, me relater les circonstances ? ».

- 1) « MFIU à 34 SA contexte de diabète, et diminution des MAF (absence d'activité cardiaque à l'écho)
IMG (plusieurs fois)
MFIU à terme ».
- 2) « Annonce MFIU à l'UGO
MFIU en SDN
IMG en SDN ».
- 3) « Patiente qui se présente à 39 SA, qui ne sent plus son bébé bouger : annonce de mort fœtale
(plusieurs fois)
Plusieurs ITG en GHR ».
- 4) « Diagnostic lors de consultations à l'UGO pour diminution des MAF (en présence d'un médecin)
PEC en SDN IMG/MFIU
PEC GHR de patiente la veille d'un IMG ou du déclenchement MFIU
SDC en grossesse pathologiques ».
- 5) « Accueil du couple dans le cadre d'une IMG. Explications sur le parcours ».
- 6) « SDN : au moment de la découverte de la MFIU, accompagnement du déclenchement pour MFIU,
ou IVMG
GHR : avant et après accouchement
HDJ : entretien IVMG et prise Mifégyne ».
- 7) « Diagnostic d'une MFIU à l'UGO
PEC d'un accouchement en SDN de nombreuses fois
Accompagnement des parents dans les suites de l'accouchement en GHR ».
- 8) Pas de réponse
- 9) « GHR : IMG et MFIU (plus ou moins à terme)
HDJ : explication avant hospitalisation ».
- 10) « 2 MFIU découvertes à l'arrivée, en début de travail (> 20 ans, peu de souvenirs précis)
Maternité : MSN la nuit, et j'ai pris ma garde le matin qui suit ».
- 11) « IMG, pertes fœtales, réanimations nouveaux-nés ».
- 12) « Diminution des MAF depuis 4-5 jours à l'UGO : pose monitoring, recherche de bruits du cœur.
Introuvables. Appel gynéco de garde. Echographie → confirmation de la MFIU. Annonce difficile
avec des mots simples. Le cœur de votre bébé a cessé de battre. Je pense qu'il n'y a pas de mots,
ni de gestes pour annoncer la chose la plus terrible à des parents. Etre là et les accompagner au
mieux ».
- 13) « Découverte inopinée d'une MFIU à l'UGO
PEC multiples d'IMG avec ou sans foeticide
FC tardive arrivant avec la poche dans le vagin ».
- 14) « MFIU à terme découverte en suivi diabétologique
IMG prises en charge en SDN

- FC prise en charge en hospitalisation de jour ».*
- 15) « *FCS, MFIU à terme à l'UGO, MIU en échographie (pendant la grossesse), IMG (foéticide) ».*
- 16) « *Découverte à l'UGO (annonce)*
PEC en SDN : MFIU, FC, IMG
En tout début de carrière patiente accueillie en SDC ».
- 17) « *Echo : diminution des MAF → plus de RCF ou FC (lors échographie de datation ou de T1)*
GHR : IVMG/MFIU
Néonats : décès d'un enfant que l'on a réanimé à la naissance avec EEG plat ou ayant une pathologie congénitale ».
- 18) « *Diagnostic MFIU, accueil IVMG, FCS*
Accompagnement MFIU/IVMG/FCS et accouchement ».
- 19) « *Plusieurs fois diagnostic, annonce MFIU, IMG ».*
- 20) « *Préparation au déclenchement d'une IVMG ou MFIU. Accouchement/expulsion d'une IVMG et MFIU à des termes différents, allant de 12 SA à 38 SA !*
Post-partum accouchées IVMG ou MFIU ».
- 21) « *Pas de MAF depuis un jour à 30 SA : MFIU, pas de bpm au monito, appel IDG pour échographie : pas de battement cardiaque.*
IVMG à 18 SA pour T21 ».
- 22) « *SDN : situations MFIU ou IVMG de 20 SA à 38 SA*
GHR : beaucoup de situations de MFIU, IVMG à n'importe quel terme ».
- 23) « *En 15 ans de carrière, j'ai eu malheureusement beaucoup de situations !*
Annonce de MFIU sur diminution des MAF
Bradycardie pendant le travail ayant entraîné le décès in utéro
IMG de multiples fois
FC tardives ...
Arrêt de réanimation sur césarienne pour ARCF ou procidence ou Benckiser ... ».
- 24) « *Découverte MFIU en consultation et annonce*
Accompagnement MFIU et IVMG en salle de naissance
Décès d'un enfant en post-partum ».
- 25) « *Sage-femme référente deuil périnatal et soins palliatifs au CH Chambéry (Savoie)*
MFIU, fausses couches tardives, IVMG, accompagnement en GHR/UGO/SDN ».
- 26) « *MFIU, IVMG, fausses couches tardives, fréquemment rencontrées en service de grossesses à risque ».*
- 27) « *Annonce, IMG, fausse couche tardive. Accompagnement de grossesses arrêtées, des déclenchements, de l'après accouchement ».*
- 28) « *A l'UGO : diagnostic de MFIU chez une patiente venue pour diminution des MAF*
En salle : plusieurs IVMG, avec ou sans foéticide ou MFIU ».
- 29) « *Diagnostic posé au cours d'une consultation d'urgence, prise en charge d'une IVMG, foéticide ».*
- 30) « *Diminution des MAF à l'UGO, prise en charge de couples pendant le travail ».*

ANNEXE 7 : Verbatim

« Est-il difficile pour vous d'accompagner un couple en situation de deuil périnatal ? Si oui, pour quelles raisons ? ».

- 1) « Ce n'est pas une situation facile. Nous avons choisi notre métier pour aider à accueillir leur nouveau-né, et non accompagner le deuil ».
- 2) « Difficultés émotionnelles. Empathie ».
- 3) « Toujours difficile de trouver les bons mots, surtout avec les couples très renfermés ».
- 4) « Faire face à la douleur des parents. Le plus difficile est de passer de cette situation à des situations de bonheur intense tout au long de la garde (avec d'autres couples) ».
- 5) « Difficile d'apporter des infos lorsque les parents ne sont pas prêts. Les histoires ne sont pas toutes les mêmes ».
- 6) « Il faut trouver les bons mots justes pour chaque couple : chaque situation est différente (fonction de la patiente, fonction du couple, convictions de vie, convictions religieuses) ».
- 7) « Mon empathie me fait ressentir la détresse des personnes : difficile de rester professionnelle et de ne pas montrer trop de tristesse. Les couples ont besoin d'un accompagnement discret, attentionné mais solide, plutôt que d'une sage-femme qui se laisse submerger par les émotions ».
- 8) « Ce n'est pas facile mais cela fait partie de notre métier ... On ne peut pas rester indifférent devant une telle douleur ».
- 9) « Le couple est dans l'attente de réponses précises, et sur l'instant il y en a peu à donner. Accompagner la douleur sans la banaliser ».
- 10) « Formation sur le deuil faite il y a environ 10 ans. Rarement confrontée actuellement à ces situations, donc pas forcément à l'aise quand le cas se présente ».
- 11) « Il est toujours très délicat de s'associer à ces conditions qui entourent une naissance d'un enfant mort ou non viable. L'accompagnement doit être préparé. Il est très chronophage ».
- 12) « Il est difficile de trouver sa place face à la détresse d'un couple, d'autant plus que l'on est jeune sage-femme ».
- 13) « Le deuil est toujours un évènement triste et les applications sont chronophages et épuisantes psychologiquement ».
- 14) « Contexte difficile car les parents sont dévastés par ce moment, nous avons parfois du mal à savoir quoi leur dire ».
- 15) « Car nous n'avons pas de mot pour soulager leur peine. Car on leur paraît souvent distant, car ça nous renvoie à nos propres deuils, plus les deuils périnataux difficiles que j'ai accompagnés. Sentiment d'impuissance ».
- 16) « La détresse des couples est toujours difficile à gérer pour nous aussi. Il faut bien mesurer les mots qu'on emploie et leur impact ».
- 17) « Lourdeur de l'accompagnement psychologique ».
- 18) « Il est difficile de rester indifférent à la tristesse des couples. Difficultés à faire passer des informations très pratiques (prise en charge du corps, autopsie, ...) alors que les parents sont accablés ».

- 19) « *Formation, réflexion sur le sujet, pratiques fréquentes* ».
- 20) « *Parfois il est difficile de trouver les bons mots pour les soutenir* »
- 21) « *La difficulté à trouver les mots qui apaisent* ».
- 22) « *Situation complexe, accompagnement « ponctuel », en salle d'accouchement, prise en charge de plusieurs patientes en même temps* ».

ANNEXE 8 : Verbatim

« Est-il difficile pour vous d'accompagner un couple en situation de deuil périnatal ? Si non, pour quelles raisons ? ».

- 1) *Protocole de prise en charge assez bien connu, ce qui permet de « s'affranchir » de l'administratif, pour se consacrer à l'accompagnement des couples.*
- 2) *J'arrive à prendre suffisamment de recul par rapport à la situation, et donc je ne me laisse pas submerger par les émotions ; tout en ayant de l'empathie et de la compassion.*
- 3) *Formation.*
- 4) *Mémoire fait sur les MFIU. Ces couples ont besoin de nous dans la tristesse ou dans la joie. Notre métier n'est pas facile mais nous l'avons choisi, nous devons être là pour eux.*
- 5) *Formation faite à l'école + formation renouvelée il y a 2 ans.*
- 6) *J'ai reçu de ma formation initiale un bon compagnonnage et le retour des patients m'a montré l'intérêt de la présence des professionnels.*
- 7) *Au bout de 25 ans je connais bien les procédures et l'approche.*
- 8) *Nécessaire. Besoin d'écoute, de dialogue.*
- 9) *Formation reçue. Cela fait partie de notre travail.*

ANNEXE 9 : Verbatim

« Comment réagissez-vous face aux couples en situation de deuil périnatal ? ».

- 1) « *Beaucoup d'empathie* ».
- 2) Pas de réponse.
- 3) « *J'ai beaucoup d'empathie et de douceur* ».
- 4) « *Empathie, professionnalisme.*
Les laisser « venir » à moi, les laisser prendre leur temps pour les décisions.
Les déculpabiliser ».
- 5) « *J'essaie d'apporter le plus d'infos importantes, de rester à l'écoute de leurs souhaits, de les inciter à parler, de demander* ».
- 6) « *Je ne suis pas toujours à l'aise face au désarroi des parents, à leur peine, parfois à leur agressivité, face à la situation* ».
- 7) « *Beaucoup d'écoute, je les laisse parler et pose assez peu de questions pour ne pas être trop intrusive tout en ouvrant la voie au dialogue. J'apporte le plus de confort possible à la mère et au père. Je laisse le choix sur le maximum de choses* ».
- 8) « *Empathie, compassion (dans le regard, les gestes). Etre présent +++ tout en respectant les moments d'intimité. Ecouter +++ et ne pas trop parler* ».
- 9) « *Il faut beaucoup de temps ... (qu'on n'a pas toujours). Ecoute/attention, empathie, bienveillance* ».
- 10) « *Sur le moment, être présente, sans forcément parler, écouter si besoin, et ensuite, dès que possible (entendable), apporter des réponses les plus précises possibles* ».
- 11) « *Présence et écoute accrues* ».
- 12) « *On reste humain, on éprouve de la tristesse, de la compassion. Alors oui, dans les livres il faut être forte et ne rien montrer. Dans la vraie vie ce n'est pas comme ça. Faire avec son cœur et ses tripes pour les accompagner au mieux* ».
- 13) « *Empathie, soutien moral, explications claires de la situations* ».
- 14) « *J'essaie de réagir avec professionnalisme, en essayant de ne pas trop laisser transparaître mes émotions (car je suis très sensible) mais avec douceur et compassion* ».
- 15) « *J'essaie d'être calme et disponible, d'expliquer au mieux et de répéter si nécessaire* ».
- 16) « *Avec compassion, et le vécu apporté permet de relativiser* ».
- 17) « *Notre langage doit s'adapter à chaque situation, aux parents que l'on a en face de nous, à leur vécu, lors façon de réagir à la situation. Il faut trouver les mots justes, savoir les écouter et répondre à leurs questions* ».
- 18) « *Respect de l'envie ou non de parler de la situation, proposition psychologue, disponibilité* ».
- 19) « *De façon adaptée* ».
- 20) « *Empathie. Je les accompagne au maximum en répondant à leurs attentes et en leur expliquant au fur et à mesure le déroulement des choses* ».
- 21) « *Comme un couple ordinaire en faisant attention aux termes utilisés* ».
- 22) « *J'essaie d'être présente à leurs côtés, empathique, disponible pour être à leur écoute* ».
- 23) « *Empathie ++* ».

- 24) « *Accompagnement, écoute, empathie* ».
- 25) « *Empathie, écoute, relation soignant* ».
- 26) « *Empathie mais toujours avec un peu de recul. Rester professionnelle* ».
- 27) « *Empathie, disponibilité, écoute ++* ».
- 28) « *Avec empathie et patience* ».
- 29) « *Je me tiens à leur disposition pour leurs questions* ».
- 30) « *Empathie* ».

ANNEXE 10 : Verbatim

« Selon vous, votre prise en charge de ces couples a-t-elle évoluée avec votre expérience ? Si oui, pourquoi ? ».

- 1) « Chaque cas nous fait évoluer. L'expérience de sage-femme aide dans la prise en charge, et grâce aux échanges avec les collègues ».
- 2) « Expérience acquise au cours de l'expérience professionnelle ».
- 3) « J'ai remarqué qu'il n'est pas toujours utile de combler les silences et qu'une seule présence suffit parfois ».
- 4) « Formation professionnelle sur le deuil périnatal à Bel Air. Protocole mis en place qui unifie et clarifie les prises en charges. Expérience professionnelle de plus en plus riche ».
- 5) « Plus on pratique et plus on arrive à faire passer des infos. Je dirai que plus on maîtrise le sujet mieux c'est ».
- 6) « Oui, plus ou moins, mais c'est toujours délicat ».
- 7) « Au fur et à mesure des situations rencontrées, je m'approprie de plus en plus le protocole et j'affine ma façon de prendre en charge les couples. Retour des patients : comprendre ce qui les avait soulagés et s'en resservir pour les fois suivantes ».
- 8) « Plus de maturité avec l'âge et l'expérience. Moins focalisée sur le savoir-faire et donc plus dans le savoir-être ».
- 9) « L'expérience nous montre ce qui « marche » ou pas. Ce qu'ils peuvent « entendre » ou pas ».
- 10) « Maturité, l'expérience, la distance (je ne risque plus d'être concernée moi-même par la perte d'un enfant lors d'une grossesse) ».
- 11) « Prise de conscience des équipes de la nécessité du parcours de deuil et d'un accompagnement à proposer aux parents ».
- 12) « On acquiert en expérience et en maturité. On devient maman, et on cherche malgré tout à toujours s'améliorer ».
- 13) « Prise d'assurance avec l'expérience et au fil des cas rencontrés ».
- 14) « L'expérience enrichit et rassure dans les mots à utiliser. Il y a davantage de conviction, moins d'hésitation, ce qui rassure aussi les patientes. Idem pour les gestes techniques ».
- 15) « La maturité, l'expérience et par le vécu personnel ».
- 16) « On apprend au fur et à mesure comment aborder les différentes situations en fonction des différents cas que nous avons rencontrés ».
- 17) « Plus de progrès dans l'annonce, plus de psychologie ».
- 18) « Expérience de plus en plus grande, confiance en moi qui évolue également ».
- 19) « Manière de s'exprimer (tout dépend du couple). Couple plus ou moins ouvert lors de ces situations, certains dans le déni le plus complet ».
- 20) « On considère MFIU n'importe quel décès fœtal même avant 22 SA (seuil de viabilité). Si l'enfant est sexué, possibilité de le déclarer, ainsi on donne une existence à cet enfant même tôt pendant la grossesse ».
- 21) « L'expérience me permet d'avoir du recul mais aussi le retour des couples que j'ai accompagnés. Quels mots les ont réconfortés, lesquels les ont interloqués, et quels gestes à éviter ».

- 22) « *Expérience professionnelle, maturité* ».
- 23) « *Expérience des phrases à dire, du comportement à avoir* ».
- 24) « *Même si les choses restent difficiles, avec l'expérience les mots viennent plus facilement. Mais chaque histoire reste différente* ».
- 25) « *Reconnaissance de la fausse couche tardive dans le processus de deuil. Reconnaissance et place laissée à l'enfant décédé (traces mémorielles) non considéré comme un non-évènement* ».
- 26) « *Je suis plus à l'aise face à la mort et je suis plus en confiance face aux couples* ».
- 27) « *Beaucoup de choses ont été faites autour du deuil périnatal ces 10 dernières années* ».

ANNEXE 11 : Verbatim

« Selon vous, votre prise en charge de ces couples a-t-elle évoluée avec votre expérience ? Si non, pourquoi ? ».

- 1) *« Peu d'expérience dans ce domaine ».*
- 2) *« J'ai tendance à reproduire le même schéma ».*
- 3) *« Les protocoles et procédures sont plus lourdes + administratif ».*
- 4) *« Protocole de la maternité adapté par rapport à l'accompagnement ».*
- 5) *« Ajustement fréquent par rapport à la législation ».*

ANNEXE 12 : Verbatim

« *Que ressentez-vous face à ces situations ?* ».

- 1) « *Tristesse, injustice* ».
- 2) « *Impuissance* ».
- 3) Pas de réponse
- 4) « *Difficile mais je prends du recul. L'important c'est que le couple parvienne un jour à cicatriser cette douleur* ».
- 5) « *De la gêne, de l'impuissance* ».
- 6) « *On ne sait pas toujours quelle aide apporter à ces couples* ».
- 7) « *Beaucoup d'empathie. De la tristesse face au deuil du couple et de l'entourage. En même temps satisfaction de se sentir encore plus utile auprès de ces personnes en détresse que dans mes activités habituelles* ».
- 8) « *Empathie, compassion* ».
- 9) Pas de réponse
- 10) « *De la tristesse, du désarroi, de l'empathie* ».
- 11) « *Compassion* ».
- 12) « *De la tristesse, de l'incompréhension, parfois de la colère, de la peur. Comme je l'ai dit, on reste humain et maman* ».
- 13) « *Tristesse parfois, colère parfois* ».
- 14) « *Tristesse* ».
- 15) « *J'essaie d'être dans l'empathie tout en restant sage-femme* ».
- 16) « *De la tristesse et de la déception* ».
- 17) « *De l'empathie, de la tristesse. Chaque deuil est un cas à part, à traiter au cas par cas, et non sur un modèle stéréotypé* ».
- 18) « *Au départ, plutôt démunie puis plus à l'aise dans le dialogue* ».
- 19) « *Du professionnalisme, de l'expérience* ».
- 20) « *Tristesse. Incompétence dans le sens où on ne peut pas faire grand-chose pour leur faire du bien, mis à part les accompagner. Colère* ».
- 21) « *Empathie. Admiration face au courage du couple* ».
- 22) « *Tristesse pour ces couples et beaucoup de courage pour ceux qui prennent la décision d'IVMG* ».
- 23) « *De l'impuissance mais paradoxalement le sentiment de vraiment faire mon travail. L'accompagnement est primordial pour ces couples* ».
- 24) « *Toujours beaucoup d'émotions et de tristesse pour ces gens* ».
- 25) « *Tristesse* ».
- 26) « *Les émotions sont toujours différentes en fonction des histoires de chaque mère ou couple* ».
- 27) « *Empathie. « L'habitude » me fait oublier mes peurs initiales d'aborder ces couples* ».
- 28) « *De la compassion pour les couples* ».
- 29) « *C'est variable selon les situations* ».
- 30) Pas de réponse

ANNEXE 13 : Verbatim

« Comment gérez-vous vos émotions face à ces situations ? ».

- 1) « Selon les cas : dialogue avec les parents, les collègues, et mari ».
- 2) « Très difficilement ».
- 3) « Il m'est arrivé d'avoir les larmes aux yeux avec les couples ».
- 4) « Je parle avec mes collègues et je fais la part des choses, c'est l'histoire d'un couple, pas la mienne. Je suis juste là pour les aider à surmonter cela le plus paisiblement possible ».
- 5) « Cela dépend des couples, toutes les histoires ne sont pas idem ».
- 6) Pas de réponse
- 7) « De mieux en mieux. Le travail en équipe permet de s'ouvrir aux collègues, de dédramatiser, se changer les idées, et de ne pas emporter trop de tristesse à la maison ».
- 8) « Capacité à prendre du recul et à mettre de la distance ».
- 9) Pas de réponse
- 10) « Je me recentre et me mets à l'écoute de la patiente, dans l'accompagnement ».
- 11) « Expérience, partage avec les collègues ».
- 12) « Intérieurement et avec le soutien de mes collègues, de ma famille. Il y a depuis peu un groupe de parole sur Bel Air pour les situations difficiles ».
- 13) « Discussion avec les collègues ».
- 14) « J'essaie de ne pas trop montrer mes émotions, tout en étant empathique et à l'écoute ».
- 15) « Sur le coup j'essaie d'être présente pour le couple et de me centrer sur leur enfant ».
- 16) « Il faut savoir relativiser, c'est notre rôle et mission d'accompagner les patientes et leur mari ».
- 17) « Il faut se détacher de la situation (ce n'est pas notre histoire mais celle du couple que l'on a en face de nous) tout en sachant garder une part d'écoute et d'humanité ».
- 18) « Difficilement d'autant plus s'il y a un lien particulier créé avec le couple ».
- 19) « J'ai du recul et de l'expérience ».
- 20) « En parler aux collègues pendant et après ».
- 21) « Essayer de ne pas montrer ses émotions ».
- 22) « Après neuf ans et demi d'expérience je sais gérer et garder mes émotions, ce qui m'était difficile les premières années d'exercice. Je « n'absorbe » plus leur douleur ».
- 23) « Avec du recul quand c'est possible ... ».
- 24) « En parler avec l'équipe ».
- 25) « Je peux partager mon ressenti avec mes collègues mais jamais les patientes ».
- 26) « En écoutant, en respectant les silences ou inversement les paroles et en gardant toujours un certain recul ».
- 27) « Discussion avec mes collègues ».
- 28) « Parfois il me faut du temps pour digérer certaines expulsions difficiles. Sinon je relativise ».
- 29) « Bien, car avec l'âge et l'expérience on se sent plus à l'aise ».
- 30) « Discussion entre collègues. Groupe de travail au sein de la maternité, psychologue de la maternité ».

ANNEXE 14 : Verbatim

« Avez-vous déjà évité la prise en charge d'une situation de deuil périnatal en passant la main à un/une collègue ? Si oui, pour quelles raisons ? ».

- 1) *« J'étais en début de grossesse ».*
- 2) *« Lorsque j'étais moi-même enceinte. Pour éviter les « projections psychologiques » ».*
- 3) *« Il m'est arrivé d'avoir 2-3 couples en vue d'une IMG à faire dans la même semaine ».*
- 4) *« Fin de garde de nuit très difficile. La collègue se sentait plus disposée pour cette prise en charge ».*
- 5) *« Une question de récurrence dans les périodes où il y en a beaucoup ».*
- 6) *« Lorsque mon cas personnel était très récent et que je faisais un transfert ».*
- 7) *« Début de carrière, peu d'assurance pour une prise en charge optimale du couple ».*
- 8) *« Quand j'étais enceinte donc plus jeune ».*
- 9) *« Durant mes grossesses ».*
- 10) *« Grossesse. Nombre trop important d'accompagnements (1 à 2 par garde) ».*
- 11) *« Cela m'est arrivé lorsque j'avais peu d'expérience, la peur de mal faire, confier ce couple à une collègue plus expérimentée, me rassurait ».*
- 12) *« Je n'avais pas la capacité psychologique sur le moment de m'en occuper (au tout début où je travaillais) ».*
- 13) *« Pas envie au temps T de prendre en charge un cas comme ça ! ».*

ANNEXE 15 : Verbatim

« Comment le deuil périnatal a-t-il été abordé lors de votre formation initiale ? ».

- 1) « De manière trop succincte ».
- 2) « Cours magistral ».
- 3) « Formation sur 2 jours ».
- 4) « Pas de souvenir ».
- 5) « Je ne me souviens plus ».
- 6) « DE en 1981 : pas de formation à ce sujet ».
- 7) « D'un point de vue strictement obstétrical et également lors des cours concernant la psychologie ».
- 8) « Cours théoriques ».
- 9) « Jamais abordé (études en 79-80-81) ».
- 10) « Peu abordé (études > 30 ans) ».
- 11) Pas de réponse
- 12) « Cours et congrès ».
- 13) « Cours théorique ».
- 14) « Une journée de formation : aspects psychologiques, législatifs, médicaux, et administratifs ».
- 15) « Cours théoriques. Compagnonnage sur le terrain ».
- 16) « Jeux de rôles ».
- 17) « Je n'ai pas eu de formation à ce sujet ».
- 18) « Cours de psychologie. Groupes de paroles ».
- 19) « Très peu. Ma formation 1989 à 1993 ».
- 20) « Cours et formation complémentaires au sein du CHR ».
- 21) « Ecole ».
- 22) « Un module de quelques heures en dernière année ».
- 23) « Je ne me souviens plus. Mon premier deuil périnatal en fin de 1^{ère} année ESF : un CHOC !!! Je ne savais même pas que cela pouvait exister ».
- 24) « Brève formation à l'école de sages-femmes ».
- 25) « Cours théoriques ».
- 26) « Pour ma part, j'ai été formée par mes collègues. Il y a un classeur avec les démarches administratives ».
- 27) « Aucun souvenir. Je ne sais plus si cela avait été abordé ».
- 28) « Je ne m'en souviens plus ».
- 29) « Je ne me souviens pas ».
- 30) « Peu évoqué, purement « médical » ».

ANNEXE 16 : Verbatim

« Comment auriez-vous envisagé l'approche de ce sujet ? ».

- 1) « *Il faudrait avoir des cours sur l'accompagnement. Quels mots clés utiliser, quoi dire, comment réagir, ...* ».
- 2) Pas de réponse
- 3) Pas de réponse
- 4) « *Théorie du deuil enseignée mais pas spécifiquement le deuil périnatal* ».
- 5) Pas de réponse
- 6) Pas de réponse
- 7) « *Il n'y a pas de meilleure approche. C'est en y étant confrontée que j'ai pu affiner mon comportement et ma prise en charge* ».
- 8) Pas de réponse
- 9) Pas de réponse
- 10) « *Processus psychique des parents. Notion d'accompagnement et d'écoute active* ».
- 11) Pas de réponse
- 12) « *Plus de formation. En tant qu'élève on est démunie et seule. Pas d'accompagnement de la part de l'école* ».
- 13) « *Manque d'outils faciles à utiliser pour accompagner. Aide au dialogue* ».
- 14) Pas de réponse
- 15) Pas de réponse
- 16) Pas de réponse
- 17) Pas de réponse
- 18) « *Expériences de sages-femmes ou autres personnes confrontées à ces situations* ».
- 19) « *Apprendre l'annonce du bébé décédé. Plus de psychologie* ».
- 20) Pas de réponse
- 21) « *Nécessaire de faire une prise en charge en situation réelle* ».
- 22) « *Prise en charge plus approfondies, aide psychologique plus approfondie* ».
- 23) « *Connaitre les différentes situations obstétricales où cela arrive* ».
- 24) Pas de réponse
- 25) « *Cas pratiques* ».
- 26) Pas de réponse
- 27) Pas de réponse
- 28) « *En fait, je n'ai pas l'impression d'avoir été formée vis-à-vis de ça. C'est l'expérience sur le terrain qui forme. Il aurait été bien qu'on nous enseigne la psychologie des couples qui traversent ça* ».
- 29) Pas de réponse
- 30) « *Psychologues, associations de parents* ».

ANNEXE 17 : Verbatim

« Depuis que vous êtes sage-femme, avez-vous suivi une formation sur le deuil périnatal ? Si non, pour quelles raisons ? ».

- 1) « Pas la possibilité ».
- 2) « Jamais eu l'occasion ».
- 3) « Pas encore eu le temps, mais c'est un projet d'avenir proche ».
- 4) « Pas nécessaire en ce qui me concerne ».
- 5) « Pas l'occasion ».
- 6) « Pas de formation proposée ».
- 7) « Jamais de place disponible ».

ANNEXE 18 : Verbatim

« De quelle manière ces formations vous ont-elles été bénéfiques ? ».

- 1) *« Prendre du recul. Perfectionner le côté administratif ».*
- 2) *« Sur la manière d'aborder le statut du fœtus et l'importance de celui-ci quel que soit le terme de la grossesse ».*
- 3) *« Connaître les données administratives, légales, ... cela m'a permis de me concentrer sur la prise en charge psychologique des couples. Enseignement par un psychologue sur le deuil en détail pour expliquer aux parents ».*
- 4) Pas de réponse
- 5) *« S'échanger des expériences est toujours bénéfiques ».*
- 6) *« Améliorer le savoir-être (jeu de rôle, apport théorique sur la psychologie) ».*
- 7) *« Apprendre à reformuler. Etre à l'écoute des parents. Maintenir une juste distance ».*
- 8) *« Permet une prise de conscience de l'importance d'un accompagnement efficace ».*
- 9) *« Amélioration de mes capacités d'écoute ».*
- 10) Pas de réponse
- 11) *« Remise à niveau des connaissances théoriques et discussion des difficultés rencontrées ».*
- 12) *« Permet un support théorique sur la prise en charge médico-psychologique, les protocoles et les procédures à suivre ».*
- 13) *« Par le biais des jeux de rôle, la mise en situation prépare ».*
- 14) *« Sur l'annonce, les connaissances ».*
- 15) *« Réactualisation des connaissances et données plus pratico-pratiques ».*
- 16) Pas de réponse
- 17) *« Ecriture d'un chapitre dans un livre de soins palliatifs ».*
- 18) *« Partage d'expériences ».*
- 19) *« Induisent certaines réflexions sur le sujet. Témoignages ».*
- 20) *« Améliorer son attitude, les mots à éviter ».*
- 21) Pas de réponse

ANNEXE 19 : Verbatim

« Selon vous, quels moyens pourraient être mis en place pour vous aider à appréhender de manière adaptée la prise en charge des couples en situation de deuil périnatal ? ».

- 1) « Formation deuil. Formation interne avec protocole, intervention psychologue ».
- 2) Pas de réponse
- 3) « Je ne sais pas. Tout dépend des couples et de leurs réactions ».
- 4) Pas de réponse
- 5) Pas de réponse
- 6) Pas de réponse
- 7) « Je ne sais pas ».
- 8) « Les formations me paraissent suffisantes ».
- 9) Pas de réponse
- 10) « Une formation en intra ».
- 11) « Proposition de formations continues régulière ».
- 12) « Groupe de parole qui existe déjà. Et faire plus de formation. Mais face au deuil, au moment de la prise en charge, de votre vie actuelle, de vos émotions, du moment, la prise en charge diffère. Soyez vous-même à chaque moment ».
- 13) « Discussion autour de cas concrets. Aide au dialogue avec des « jeux de rôles » notamment pour l'annonce ».
- 14) Pas de réponse
- 15) « Plus de discussion entre les équipes. Formation des cadres et transmission des connaissances à l'équipe ».
- 16) Pas de réponse
- 17) « La présence d'un psychologue du travail ».
- 18) « Groupe de parole ».
- 19) Pas de réponse
- 20) « Groupe de parole (parler des difficultés rencontrées et des exemples) ».
- 21) « Formation initiale. Prise en charge au cas par cas ».
- 22) « Infos sur le déroulement psychologique du deuil périnatal. Avoir les clés pour des situations plus à risques ... ».
- 23) Pas de réponse
- 24) Pas de réponse
- 25) Pas de réponse
- 26) « Des groupes de parole. Partager des expériences ».
- 27) « Formation à l'écoute. Groupes de parole ».
- 28) « Formation sur la psychologie ».
- 29) « C'est très souvent au cas par cas. Il est donc difficile de mettre en place des moyens ».
- 30) Pas de réponse

ANNEXE 20 : Verbatim

« Avez-vous exercé dans d'autres hôpitaux au cours de votre carrière ? Si oui, quel(s) accompagnement(s) étai(en)t mis en place ? ».

- 1) *« Aucun ».*
- 2) *« Les mêmes qu'au CHR ».*
- 3) *« Aucun ».*
- 4) *« Aucun. Accompagnement proposé aux couples en fonction de la sensibilité de la sage-femme dans ce domaine ».*
- 5) *« Psychologue et cadre du service ».*
- 6) *« Réunions d'équipes.
Présence de la psychologue lors des annonces si possible.
Débriefing avec les cadres »*
- 7) *« Aucun »*
- 8) *« Dispositifs religieux ».*
- 9) *« Psychologue au sein du service ».*
- 10) *« Aucun ».*
- 11) *« Groupe de paroles.
Cours théoriques.
Classeur.
Sage-femme référente ».*
- 12) *« Aucun ».*
- 13) *« Aucun ».*

Titre du mémoire

Quand la vie naissante s'en va ... La sage-femme face au deuil périnatal.

RESUME

Introduction : Les sages-femmes sont confrontées au quotidien à des situations de deuil périnatal, comme des FC, des MFIU, ou encore des IMG. Peu importe le terme de la grossesse, ces événements sont difficiles à vivre pour les couples, mais aussi pour les sages-femmes qui les accompagnent.

Méthode : L'objectif de cette étude était d'identifier les pratiques professionnelles et les besoins des 120 sages-femmes du CHR Metz-Thionville en matière d'accompagnement dans la prise en charge des couples en situation de deuil périnatal, en 2018. Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive monocentrique transversale à visée diagnostique. Un questionnaire anonyme a été distribué aux sages-femmes afin d'avoir des informations sur leurs pratiques, leur ressenti, mais aussi sur leur formation et les dispositifs mis en place au sein des services.

Résultats : Le taux de participation a été de 25%. Toutes les sages-femmes de l'étude ont déjà été confrontées à une situation de deuil périnatal au cours de leur carrière, dont 80% plus de dix fois. La difficulté d'une communication adaptée face aux couples a été évoquée par 32% des sages-femmes. Vingt-six répondantes estimaient que leur prise en charge a évolué avec l'expérience. La plupart des sages-femmes (n=23) ne considérait pas la manière dont le deuil périnatal a été abordée, au cours des études, comme suffisante, et la majorité (n=21), a déjà suivi une formation sur ce thème, depuis qu'elles exercent.

Discussion : Les sages-femmes éprouvent des difficultés à prendre en charge les couples en situation de deuil périnatal. L'expérience et la formation apparaissent comme de véritables leviers pour appréhender de manière adaptée ces événements. L'amélioration de la formation initiale, des sessions régulières dans le cadre de la formation continue, et la possibilité pour les sages-femmes d'échanger sur les situations rencontrées pourraient les aider à accompagner plus sereinement les couples.

Mots clés : Deuil périnatal, sage-femme, accompagnement, expérience, formation, parents.

ABSTRACT

Introduction : What one might not think about perinatal bereavement, is the huge emotional impact, it can have on midwives as well. Indeed midwives are also confronted with stillbirths, medical abortions, or miscarriages. The purpose of this study, which was conducted between November 2017 and January 2018 in the Metz-Thionville Teaching Hospital, was to identify professional practices regarding perinatal bereavement, and to determine how improving professional practices and midwives feelings can allow them to better take care of parents, when they have to deal with perinatal bereavement.

Methods : It is an epidemiological, descriptive, monocenter, and cross-sectional study. Anonymous questionnaires were given to midwives, in order to gather information about their practices, their feelings, their personal experiences, about class and vocational training.

Results : The participation rate was 25%. Every midwives have already been confronted with perinatal bereavement situations. For 32% of them, it was hard to find right words to communicate with parents. Twenty-six thought experience allowed to better take care of couples. Most of them wanted a better way to approach perinatal bereavement in school. The majority of midwives (n=21) have already participated in vocational trainings about perinatal bereavement, since they have got their job.

Discussion : For the majority of midwives, it is difficult to take care of parents faced with perinatal bereavement. This study helped to identify some difficulties encountered by midwives such as : how to use the right words and the right attitude, to answer parents' questions, or to deal with all the paperwork and legal formalities. Experience, classes and vocational training are necessary in this kind of situation, parents.

Keywords : Perinatal bereavement, midwife, take in charge parents, experience, vocational training, parents.