



HAL
open science

L'accompagnement par les sages-femmes libérales des patientes et des couples avec un antécédent de mort foetale in utero : étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs sur les pratiques des sages-femmes libérales en Moselle et en Meuse entre octobre et décembre 2021

Aline Richalet

► **To cite this version:**

Aline Richalet. L'accompagnement par les sages-femmes libérales des patientes et des couples avec un antécédent de mort foetale in utero : étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs sur les pratiques des sages-femmes libérales en Moselle et en Meuse entre octobre et décembre 2021. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04322786

HAL Id: hal-04322786

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04322786v1>

Submitted on 5 Dec 2023

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 Sage-Femme de METZ

L'accompagnement par les sages-femmes libérales
des patientes et des couples
avec un antécédent de mort fœtale in utero

Étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs
sur les pratiques des sages-femmes libérales en Moselle et en Meuse
entre octobre et décembre 2021

Mémoire présenté et soutenu par

Aline RICHALET

Née le 11 mai 1998

Directeur de mémoire : Marie-Laure Boyé

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2018 - 2022

Université de Lorraine
École de Sage-Femme de METZ

L'accompagnement par les sages-femmes libérales
des patientes et des couples
avec un antécédent de mort fœtale in utero

Étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs
sur les pratiques des sages-femmes libérales en Moselle et en Meuse
entre octobre et décembre 2021

Mémoire présenté et soutenu par

Aline RICHALET

Née le 11 mai 1998

Directeur de mémoire : Marie-Laure Boyé

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2018 - 2022

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué et qui m'ont aidée, de près ou de loin, lors de la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite tout d'abord remercier Madame Marie-Laure BOYE, Sage-Femme enseignante, qui a été ma directrice de mémoire pour sa disponibilité, ses encouragements et ses conseils qui ont été d'une aide précieuse et m'ont permis d'alimenter ma réflexion pour ce projet.

Je souhaite également exprimer ma plus sincère reconnaissance à Yaulaine CORDARY, mon experte de mémoire, pour le temps qu'elle m'a consacré, pour ses précieux conseils et son soutien.

Je remercie mes parents, Sandrine et Fabrice, qui ont toujours cru en moi, et m'ont accompagnée dans tous mes choix. Je remercie également mon frère, Antoine, pour sa présence et sa bonne humeur ainsi que mes grands-parents pour leur soutien.

Un grand merci à Hélène pour son soutien sans faille, et son amitié.

Je remercie également Sylvie pour ses corrections et son soutien, Caroline, Chloé, et Pauline pour leur précieuse amitié ainsi que mes camarades de promotion pour ces quatre années passées ensemble.

ABREVIATIONS :

AGAPA :	Association des Groupes d'Accompagnement Post-Avortement
ATCD :	Antécédent
CSP :	Code de la Santé Publique
EPP :	Entretien Prénatal Précoce
IMG :	Interruption Médicale de Grossesse
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
MFIU :	Mort Fœtale In Utero
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des Nations Unies
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
SA :	Semaines d'Aménorrhée
SPNP :	Séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité
Unicef :	United Nations of International Children's Emergency Fund (Agence de l'Organisation des Nations Unies spécialisée dans la condition des enfants)

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
ABREVIATIONS :	5
INTRODUCTION	9
PARTIE 1 : CONTEXTE	10
1. ACCOMPAGNEMENT	10
1.1. DEFINITION	10
1.2. ACCOMPAGNEMENT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	10
1.3. ACCOMPAGNEMENT EN OBSTETRIQUE.....	11
2. ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE MORT FŒTALE IN UTERO	12
2.1. MORT FŒTALE IN UTERO	12
2.2. DEUIL.....	13
3. ACCOMPAGNEMENT DE LA GROSSESSE SUIVANTE	14
3.1. REACTIVATION DE LA DOULEUR.....	14
3.2. PRESENCE DE L'ENFANT « NON NE » SUR LA GROSSESSE SUIVANTE	15
3.3. MOYENS A DISPOSITION DES SAGES-FEMMES LIBERALES POUR ACCOMPAGNER CETTE GROSSESSE	16
PARTIE 2 : METHODOLOGIE	18
1. PROBLEMATIQUE	18
2. OBJECTIFS	18
2.1. BENEFICE ATTENDU	18
2.2. OBJECTIF PRINCIPAL	18
2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES.....	18
3. HYPOTHESES	18
4. MATERIEL ET METHODES	18
4.1. TYPE D'ETUDE	18
4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE	18
4.3. CRITERES DE JUGEMENT	19
4.4. RECUEIL ET GESTION DES DONNEES.....	19
4.5. LIEU DE L'ETUDE	20
4.6. PERIODE DE L'ETUDE.....	20

4.7. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS	20
5. GUIDE D'ENTRETIEN	20
5.1. ACCOMPAGNEMENT	20
5.2. DEUIL	20
5.3. SIGNES D'ANGOISSE	20
5.4. DELAI ET DIFFERENCE ENTRE LES GROSSESSES	21
5.5. MOYENS A DISPOSITION DES SAGES-FEMMES	21
5.6. RESEAU DE PROFESSIONNELS	21
5.7. SOLLICITATION DES FEMMES	21
5.8. RESSENTI DES SAGES-FEMMES	21
6. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRE ET ETHIQUE	21
6.1. MODALITES D'INFORMATION ET DE RECUEIL DE LA NOTE D'INFORMATION	21
6.2. MODALITE ET GESTION DES DONNES : CONFIDENTIALITE	21
6.3. DECLARATION DES CONFLITS D'INTERET	21
6.4. ARCHIVAGE DES DONNEES	22
6.5. REGLES DE PUBLICATIONS	22
PARTIE 3 : RESULTATS	23
1. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON	23
2. RESULTATS DES ENTRETIENS	23
2.1. ACCOMPAGNEMENT	23
2.2. DEUIL ET DEUIL PERINATAL	25
2.3. LES SIGNES D'ANGOISSE	27
2.4. DIFFERENCE ENTRE LES GROSSESSES	29
2.5. DELAI ENTRE LES GROSSESSES	32
2.6. MOYENS EMPLOYES PAR LES SAGES-FEMMES	32
2.7. SOLLICITATION DES PATIENTES	35
2.8. RESSENTI ET INVESTISSEMENT DES SAGES-FEMMES	35
PARTIE 4 : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION	37
1. FORCES DE L'ETUDE	37
2. BIAIS ET LIMITES	37

3. ANALYSE ET DISCUSSION.....	38
3.1. ACCOMPAGNEMENT ADAPTE AUX ANGOISSES	38
3.2. ACCOMPAGNEMENT FACE A LA REVIVISCENCE DU DEUIL PERINATAL.....	41
3.3. ORGANISATON DE L'ACCOMPAGNEMENT	44
3.4. AXES D'AMELIORATION ET PROPOSITIONS.....	47
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN.....	54
RESUME	3
ABSTRACT:.....	3

INTRODUCTION

« Chaque année, près de 2 millions d'enfants naissent mort-nés, soit un nourrisson toutes les 16 secondes. Une terrible tragédie pour une famille, un drame trop souvent vécu en silence, et trop fréquent dans le monde entier » a déploré l'ONU dans un rapport publié en octobre 2020. Henrietta Fore, directrice générale d'Unicef a quant à elle déclaré « *Au-delà de ces vies perdues, les conséquences psychologiques et financières sont graves et durables pour les femmes, les familles et la société* ». [1]

En effet, lors de mes nombreuses expériences en stage, j'ai pu être confrontée plusieurs fois aux angoisses, aux questionnements des mères et pères face à l'accouchement à venir d'un enfant qui suivait une mort fœtale in utero. Cette tragédie vécue les interroge aussi sur le retour à domicile avec un nouveau-né vivant. Toutes leurs questions m'ont amenée à me demander comment avait été préparée l'arrivée de ce nouvel enfant, quel accompagnement avait été mis en place durant cette grossesse. C'est donc naturellement que j'ai choisi d'aborder le thème de la mort fœtale et du deuil qui s'en suit, pour aborder la question de l'accompagnement lors de grossesses ultérieures à une mort fœtale in utero.

En tant que sages-femmes nos compétences sont définies par le Code de la Santé Publique. L'Article L.4151-1 stipule que « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.4127-1* ». [2]

Depuis 2019, les sages-femmes peuvent proposer aux patientes un bilan prénatal, réalisé à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^{ème} SA, valorisant les missions de prévention en termes de santé. Et depuis le 1^{er} mai 2020, l'entretien prénatal précoce, pouvant être réalisé par une sage-femme exerçant en libéral, en PMI ou en maternité, a été rendu obligatoire par la loi de financement de la sécurité sociale. Ces deux actes ont pour but de favoriser l'accompagnement de la femme enceinte et du couple pendant la grossesse et le post-partum afin de prévenir les complications médico-psycho-sociales. [3, 4]

La thématique de ce mémoire vise l'accompagnement prophylactique par les sages-femmes libérales de patientes concernées par une grossesse avec antécédent de mort fœtale in utero et en conséquence de définir comment les sages-femmes libérales accompagnent les femmes et les couples lors d'une grossesse marquée par un antécédent de MFIU.

Le mémoire est structuré selon la méthode IMRed. La première partie consiste à définir et contextualiser l'accompagnement, la mort fœtale, le deuil et la grossesse ultérieure. La seconde partie précise la méthodologie employée pour mener une enquête qualitative auprès de sages-femmes libérales de Meuse et de Moselle. La troisième partie révèle les résultats de l'enquête qui sont ensuite discutés dans la quatrième partie.

PARTIE 1 : CONTEXTE

1. ACCOMPAGNEMENT

1.1. DEFINITION

Le mot « *accompagnement* » vient de l'ancien français, « *compain* », qui signifie « *celui qui mange son pain avec* ». C'est le temps du compagnonnage et sur les chantiers, le compagnon partage son repas, le « *pain* », avec son aspirant. L'accompagnement s'exprime plutôt comme une « *assistance* » ou une « *prise en charge* ». Le terme « *accompagnement* » apparaît dans les années 1985-1990, notamment dans le secteur sanitaire et social. [5] Actuellement, le dictionnaire *Le Robert* définit l'accompagnement comme le fait de soutenir, d'assister quelqu'un.

Malgré tout, la notion d'accompagnement reste floue car elle s'ajuste à chaque situation. Elle est par définition singulière, s'invente ou presque à chaque situation et à chaque personne qui est accompagnée. La définition du verbe accompagner se décline de trois manières différentes : « *se joindre à quelqu'un ; pour aller où il va ; en même temps que lui* ». Ainsi, accompagner quelqu'un c'est « être avec lui », aller dans la même direction que lui et à son rythme. L'accompagnement d'un point de vue relationnel suppose d'être disponible pour l'autre, présent et attentif. L'accompagnant ne conçoit pas celui qui est accompagné comme dépourvu ou insuffisant mais comme une personne avec des ressources sur lesquelles s'appuyer. L'accompagnement est en conséquence une relation interpersonnelle qualifiée de « *coopérative* ». La coopération étant une manière de réaliser une tâche avec quelqu'un, en la partageant. Mais pour que cela puisse se faire les deux acteurs doivent se voir comme compétents dans la tâche à accomplir. [6]

Deux types d'accompagnement se dessinent. Premièrement, l'accompagnement conçu comme un « *maintien* ». Il revêt une dominante sociale et relationnelle, et implique d'être présent auprès d'autrui dans une situation existentielle. Deuxièmement, l'accompagnement conçu comme une « *visée* ». Il consiste à dynamiser l'autre dans la réalisation de son projet. Mais un professionnel de santé, qui accepte d'accompagner l'autre, ne peut garantir par avance du choix d'accompagnement et son attitude. [6]

L'accompagnement ne s'apprend donc pas uniquement dans les livres. Il résulte d'une composition singulière entre savoirs, savoir-faire et savoir-être. C'est la raison pour laquelle les soignants adaptent en permanence leur posture pour assurer une attitude bienveillante et proposer un accompagnement approprié.

1.2. ACCOMPAGNEMENT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

L'accompagnement est un processus complexe. Il est souvent l'objet d'étude dans l'univers de la santé et ce sont les enjeux de l'accompagnement qui sont au cœur des problématiques.

L'accompagnement résulte d'une détermination à rechercher des modalités de rapport à l'autre différentes de celle du pouvoir, de la domination et de l'infantilisation, notamment, en le réduisant juste à un « *objet de soin* ». Le « *non-savoir* », qui se réfère à la position du professionnel qui « *ne sais pas* », va favoriser les échanges et le dialogue avec le patient. La communication ne sera pas à sens unique

du soignant vers le patient, mais bidirectionnelle pour favoriser le dialogue et prendre en compte les questions, l'avis et le consentement du patient dans la démarche thérapeutique. C'est l'instauration d'une discussion de sujet à sujet. Il en résulte une dimension « *instituée* », qui définit le rôle de chacun (patient/professionnel de santé), créant en parallèle un espace « *instituant* » qui met en scène deux sujets s'entretenant d'une situation pour laquelle la double compétence est requise. Il existe aussi une posture d'écoute, exigeant d'être attentif à l'autre, à ces propos, mais aussi d'interagir avec lui, pour le questionner. Enfin, la posture d'émancipation, permet, en accompagnant autrui, d'apprendre, de grandir et de se construire. La posture d'accompagnement peut donc être caractérisée de labile, fluide, en constante redéfinition et ajustement, en fonction de la personne accompagnée. Chaque accompagnement est différent selon la personne et la situation. [7]

La sage-femme, qui réalise le suivi médico-psycho-social des femmes dans le cadre de l'obstétrique physiologique et de la prévention génésique, emploie l'accompagnement quotidiennement auprès des patientes qu'elle prend en charge, quel que soit son mode d'exercice.

1.3. ACCOMPAGNEMENT EN OBSTETRIQUE

La conception d'un enfant et la grossesse provoquent chez la femme un bouleversement émotionnel et psychique. Ce bouleversement se manifeste physiologiquement avec les hormones de la grossesse, mais cela ne doit pas occulter les enjeux psychologiques qui se jouent à ce moment-là. La période de grossesse provoque une crise identitaire chez la femme enceinte qui envisage la maternité. Le psychanalyste D. Winnicott en 1956 emploie le terme de « *préoccupation maternelle primaire* » pour décrire l'hypersensibilité que ressent la femme enceinte à propos des besoins de son enfant à venir. Pour lui cet état ressemble à une maladie mais ce n'en est pas une. Un psychiatre français P-C. Racamier va utiliser en 1961 le terme de « *maternalité* » pour parler des processus psychiques au cours de la grossesse. [8] La vulnérabilité émotionnelle associée à l'état de grossesse, incite les politiques et les professionnels de santé à mener une action de prévention auprès des femmes enceintes, à laquelle les sages-femmes participent activement. Plusieurs consultations vont lui permettre de réaliser un accompagnement « *prophylactique* » de la femmes enceinte et du couple dans leur projet d'enfant.

Parmi les différentes consultations, il y a l'entretien prénatal précoce (EPP), individuel ou en couple. Il est obligatoirement proposé dès le premier trimestre de la grossesse et permet, en particulier, de repérer les situations de vulnérabilité. Le bilan prénatal a une mission de prévention « *médicale* ». Les informations délivrées par la sage-femme portent sur le suivi de la grossesse, les vaccinations et les addictions. Il est proposé aux patientes dès le début de la grossesse. [3,9]

Les SPN sont au nombre de huit, dont la première est dispensée sous la forme de l'EPP. Les sept séances suivantes peuvent être individuelles ou collectives. Les séances collectives permettent de favoriser les échanges entre les futures mères et offre à chacune la possibilité de parler de soi. Elles sont en général ouvertes aux pères. [9]

Au cours de la période post-natale, la sage-femme peut intervenir à plusieurs reprises auprès des mères et des couples. Il y a la visite post-natale à domicile qui permet de guider les parents dans les soins du nouveau-né, et de s'assurer du bon état de santé de la mère et de l'enfant. [10]

La consultation post-natale, régie par le CSP dans l'Article R 2122-3 du 27 mai 2003, est « *un examen médical [...] obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement* ». Selon l'Article L-4151-1 du CSP, « *l'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique* ». C'est un temps à la fois médical et d'échanges pour aborder les événements relatifs à la vie de famille, à la sexualité, la reprise du travail ou autres. [11]

Quant aux séances de rééducation périnéale, lorsqu'elles sont prescrites, elles permettent certes la rééducation des muscles du plancher pelvien mais aussi un temps d'échanges entre la sage-femme et la femme qui peut se confier sur ses sentiments, ses ressentis et ses difficultés. [12]

2. ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE MORT FCETALE IN UTERO

2.1. MORT FCETALE IN UTERO

La MFIU est définie comme « *l'arrêt spontané de l'activité cardiaque à partir de 14 SA.* » L'expulsion spontanée d'une MFIU après 22 SA va correspondre « *à l'accouchement d'un enfant né sans vie* ». La grossesse est le plus souvent visible, elle a été annoncée à la famille, aux proches, la chambre du futur enfant commence à être préparée, rien ne laisse présager d'une fin, « *c'est un coup de tonnerre dans un ciel bleu* ». En effet, elle surprend par sa brutalité empêchant toute anticipation de la part des parents et du personnel médical. La grossesse se déroulait sans encombre jusqu'à la découverte de l'arrêt de l'activité cardiaque fœtale. Lors du diagnostic certains professionnels de santé peuvent ressentir un sentiment fugace d'effondrement décrit comme des agonies primitives par Winnicott ainsi qu'une certaine culpabilité. Peut aussi prédominer un sentiment de solitude chez le professionnel qui se trouve démuni face à son diagnostic de mort fœtale. [13, 14] La MFIU touche 0,5% des grossesses dans les pays à hauts revenus et jusqu'à 2% au niveau mondial. [15]

La MFIU est à différencier de la fausse couche spontanée, de la grossesse arrêtée ou de l'interruption médicale de grossesse.

Selon les recommandations du Réseau Périnatal Lorrain, une grossesse arrêtée précoce est un arrêt de développement avant 14 SA et la fausse couche correspond à l'expulsion spontanée du contenu utérin avant 22 SA. Ainsi, la fausse couche est dite précoce lorsque l'expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine a lieu avant 14 SA, et tardive lorsque l'expulsion a lieu entre 14 et 22 SA. [13] L'IMG, également appelé « *avortement thérapeutique* », est réalisée pour raison maternelle et/ou fœtale. [16]

Le seuil supérieur ou égal à 22 SA pour qualifier la MFIU repose sur le seuil de viabilité du fœtus, fixé par l'OMS à 22 SA ou un poids supérieur ou égal à 500 grammes. [17]

En cas de MFIU après 22 SA, le congé maternité est accordé dans sa totalité et la sécurité sociale tiendra compte de cette grossesse lors du calcul des congés maternités ultérieurs. Les congés paternités sont également accordés.

Un certificat d'accouchement est automatiquement remis aux parents. Il permet d'établir un acte d'enfant né sans vie et de reconnaître une filiation. Si les parents le souhaitent l'enfant peut être

prénom et être inscrit sur le livret de famille. L'acte d'enfant né sans vie permet aussi aux couples non mariés de faire établir un livret de famille en y faisant inscrire le prénom de l'enfant mort-né. [18]

2.2. DEUIL

Le deuil est un état affectif douloureux provoqué par la perte d'un être aimé. Ce terme désigne également la période de douleur et de chagrin qui suit la disparition. Le processus de deuil n'est pas facile, linéaire et définie, mais plutôt individuel. Chacun traverse le deuil à sa manière. Cependant, le deuil comporte une composante constante en sept étapes décrites par le Dr Elisabeth Kübler-Ross. [5, 19]

Tout d'abord, c'est le choc et l'incrédulité. Ces émotions déclenchent le processus de deuil et vont s'intensifier, surtout lors d'une mort soudaine et inattendue. A ce moment, il est difficile pour la personne en deuil de comprendre ce qui s'est réellement passé car elle « *ne peut pas y croire* ». Ensuite, vient le déni. La personne refuse d'accepter la réalité, elle va nier la vérité pour éviter la douleur ressentie à cause de cette situation. Puis, survient la douleur, un ressenti très intense qui bouleverse la vie d'une personne. Elle s'accompagne souvent d'une profonde culpabilité. S'ensuit la colère, un sentiment très fréquent dans une période de deuil. D'une certaine manière elle est attendue et acceptée. Arrive ensuite la période des négociations. La personne est rongée par la culpabilité et se blâme pour la mort et « *toutes ces choses qui n'ont pas été faites et qui n'ont pas été dites* ». La dépression succède aux négociations. La personne éprouve une grande tristesse, du désespoir, de la frustration et parfois de la solitude. Enfin, vient le moment de l'acceptation et de l'espoir. La personne accepte la réalité des événements passés. C'est une étape positive, la personne comprend que la mort était hors de contrôle et qu'elle n'y est pour rien. Cette acceptation de la situation va permettre d'apprendre à vivre avec cette perte. [20]

- Particularités du deuil périnatal

Le deuil périnatal concerne aussi bien la fausse couche, l'IVG, l'IMG, la MFIU que la mort néonatale qui survient entre la naissance et le 28^{ème} jour de vie. C'est un état affectif douloureux provoqué par la perte de l'enfant pour lequel les parents ne peuvent donner de « *vrai visage* ». Il est particulièrement compliqué et difficile à vivre pour les parents même si leur enfant n'est pas juridiquement « *né* », car ils n'ont aucun souvenir auxquels ils pourraient se rattacher. C'est une mort imprévisible, qui survient brutalement. [21]

Chaque parent vit le deuil à son rythme et il est important pour un couple parental que chacun respecte le cheminement de l'autre dans ce processus de deuil. Il faut aussi prendre en compte la fratrie dans le cas où les parents ont déjà un ou plusieurs enfants. M-J. Soubieux, en 2008, va décrire la spécificité de la problématique du deuil périnatal. Selon son expérience, elle exprime combien il est difficile de savoir ce que représente un fœtus pour ces parents, surtout que l'un et l'autre peuvent lui donner un statut différent. Le travail de deuil d'un fœtus sera d'autant plus complexe du fait de la « *non-existence* » de cet enfant perdu. [14, 22]

Dans l'ordre des choses et selon les représentations sociétales : « *on naît, on grandit, on vit, on vieillit et on meurt* ». Mais parfois, le cours des choses est inversé et avant même que la vie vienne donner

existence à un petit être humain, la mort survient cruellement. M-J. Soubieux évoque ici les enfants qui ont habité le ventre de leur mère pendant quelques mois et/ou qui sont nés mais ont vécu peu de temps, ont été arrêtés dans leur élan de vie de façon impitoyable. Ils laissent derrière eux des parents, voire des frères et sœurs, dans la tristesse, le chagrin, l'incompréhension de la situation, l'impensable. Un deuil n'est jamais fini et le deuil périnatal est représentatif à cet égard. Il va se poursuivre tout au long des événements de la vie des parents endeuillés, réactualisé par les dates anniversaires mais aussi lors des grossesses ultérieures à la mort de leur enfant. [23]

La grossesse qui suit un deuil périnatal peut ne pas être vécue comme une grossesse ordinaire. Divers événements perturbateurs vont jalonner la grossesse et la sage-femme a pour mission de guider et d'accompagner la patiente et le couple sur ce chemin particulier. [24]

3. ACCOMPAGNEMENT DE LA GROSSESSE SUIVANTE

3.1. REACTIVATION DE LA DOULEUR

Après une MFIU, concevoir un nouvel enfant est une décision difficile à prendre pour la femme et le couple. La mort d'un enfant bouleverse une famille et son équilibre. L'annonce d'une nouvelle grossesse procure de la joie et de l'anxiété tout au long des premiers mois. Source de bonheur d'avoir un nouvel enfant, la grossesse génère aussi l'inquiétude que la situation se répète. [22]

Il est important de prendre en compte le deuil périnatal passé car la perte de « *l'enfant* » est toujours présente dans le corps et le psychisme de la mère. Elle est marquée à jamais d'avoir porté en elle la mort. La nouvelle grossesse réactive le processus de deuil et crée des situations psychiques inhabituelles chez la femme enceinte. Les deux grossesses peuvent fusionner et conduire à une confusion entre les deux « *enfants* ». M-J. Soubieux explique qu'un deuil figé pourra être réactivé lors d'une grossesse ultérieure et élaboré au cours de celle-ci. Il est nécessaire d'accorder à chaque enfant, que ce soit l'enfant mort ou celui à venir, une place dans leur discours et dans leur psyché.

La femme enceinte, après l'expérience d'une MFIU, ressent à nouveau les sensations corporelles liées à une grossesse mais qui peuvent prendre un sens différent pour cette femme qui a « *porté la mort* » dans son corps. En effet, les mouvements du fœtus pourront être perçus uniquement comme un signe de vitalité. Si cette nouvelle grossesse est porteuse d'espoir, elle peut aussi annoncer un possible nouveau drame. La grossesse est donc vécue dans une ambivalence entre se réjouir d'un heureux événement à venir et la crainte de perdre à nouveau un enfant.

Une grossesse suivant un deuil périnatal est considérée comme plus à risque de dépressions et de symptômes anxieux. Les couples, et surtout les femmes, ne se sentent plus capables de mettre au monde un enfant en bonne santé. Ils expriment des sentiments négatifs vis-à-vis d'eux-mêmes, avec une perte de l'estime de soi et la peur de décevoir leur famille une nouvelle fois. Le sentiment de culpabilité est aussi très présent lors d'une grossesse ultérieure à un deuil périnatal, surtout s'il s'agissait d'une MFIU. La culpabilité porte sur la mort de leur enfant, et leur désir d'une nouvelle grossesse et d'un nouvel enfant. Les femmes se sentent responsables de la mort de l'enfant précédent et risquent de se reprocher de ne pas investir le nouvel enfant autant qu'elles le souhaiteraient. [25]

L'anxiété pousse les femmes à vouloir planifier une nouvelle grossesse plus rapidement que leurs conjoints. Ces derniers ont tendance à vouloir les protéger en se retenant d'exprimer leurs craintes pour ne pas augmenter l'anxiété déjà présente. La réactivation du deuil doit être envisagée en cas de persistance d'idées liées à l'enfant perdu, d'auto-reproches, de culpabilité, de colère projetée sur le personnel soignant ou l'entourage. Le deuil se différencie de la dépression isolée par l'expression de pensées négatives adressées à soi-même.

En cas de MFIU le deuil est atypique et sera toujours marqué par une forte culpabilité, une altération de l'estime de soi, avec un sentiment d'insécurité et d'inadéquation entre le rôle de la femme et de la mère. [24]

3.2. PRESENCE DE L'ENFANT « NON NÉ » SUR LA GROSSESSE SUIVANTE

Dans la psyché de la femme, il est possible qu'elle ait idéalisé son enfant mort, ce qui laissera peu de place au nouvel enfant pour se construire. C'est ici que réside l'enjeu de l'accompagnement par les sages-femmes pour permettre la différenciation des deux enfants et éviter qu'elle ressente trop fortement la culpabilité de ne pas laisser suffisamment de place au nouvel enfant. En effet, il est assez fréquent que les représentations parentales du fœtus mort se superposent avec celles de l'enfant à venir lors d'une nouvelle grossesse. L'angoisse de revivre une perte périnatale génère soit un surinvestissement de la nouvelle grossesse, soit un manque d'investissement. Le degré d'investissement est donc un critère à prendre en compte pour accompagner les femmes et les couples.

L'enfant « *non né* » peut entraver la relation et l'attachement de la mère et du couple pour le nouvel enfant à venir. Une chercheuse américaine, Cranley, introduit en 1981 le concept d'attachement prénatal. Elle le définit comme « *l'importance avec laquelle la mère s'engage dans des comportements reflétant une affiliation et des interactions avec son futur enfant* ». En 1996, Müller précise le concept en le définissant comme « *la relation affective unique qui se développe entre la mère et son fœtus* ». L'attachement de la mère pour son fœtus commence aux alentours de dix semaines grossesse. Il est favorisé par l'apparition des mouvements de l'enfant et va s'intensifier jusqu'à la fin de la grossesse. Le comportement et l'attachement maternels à la naissance de l'enfant peuvent être en partie anticipés par les représentations que la mère se fait de l'enfant à venir et son degré d'attachement prénatal pour lui.

Comme tout autre enfant, l'enfant « *non né* » possédait un mandat transgénérationnel qui n'a pas disparu avec lui, de même que les attentes des parents envers lui ne disparaissent pas avec sa mort. Ce qui sous-entend qu'un nouvel enfant peut être amené à revêtir les attentes que ses parents portaient pour l'enfant « *non né* ». Attentes qui peuvent avoir un caractère irréaliste car non adaptées aux compétences de l'enfant suivant. Ce dernier peut ressentir ces attentes comme étant réparatrices pour ses parents et tenter de s'y conformer pour les soulager ou alors de s'en débarrasser par la rébellion. [26]

La grossesse qui suit un deuil périnatal est complexe car la vie et la mort s'entrechoquent dans le corps et l'histoire de ces femmes et de ces couples. Ils vont emprunter un chemin périlleux car le deuil ne finit jamais réellement. Les sentiments, les affects de ces femmes et de ces couples seront bien présents

pendant une nouvelle grossesse. L'accompagnement par les sages-femmes sera singulier, adapté, réfléchi et ajusté depuis le début de la grossesse jusqu'au retour à domicile en post-partum. [25]

3.3. MOYENS A DISPOSITION DES SAGES-FEMMES LIBERALES POUR ACCOMPAGNER CETTE GROSSESSE

Différents actes et moyens sont à la disposition de la sage-femme pour accompagner les patientes lors d'une grossesse. Cet accompagnement est adapté aux besoins de la patiente et du couple, ainsi qu'aux attentes des instances nationales de santé. Pour accompagner une patiente ou un couple avec un ATCD de MFIU, la sage-femme peut utiliser plusieurs leviers d'ordre médico-psycho-social.

Ainsi, depuis 2019, le bilan prénatal permet aux sages-femmes libérales d'améliorer la prévention en santé et de personnaliser l'accompagnement des femmes et les couples. La spécificité du « *contact anténatal* » qui s'y rattache, engage la sage-femme à se rendre au domicile de la femme et du couple lors de la sortie de la maternité. La sage-femme explique le déroulement du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Elle fait également le point avec la femme et le couple sur la vaccination, l'alimentation et les comportements à risque. Il peut être réalisé à tout moment pendant la grossesse mais si possible avant 24 SA. [3]

L'EPP est un temps dédié aux échanges et à l'écoute, en complément de la surveillance médicale. Il permet aux femmes et aux couples de s'exprimer sur leur projet de naissance et d'envisager conjointement les compétences parentales à développer. Il va permettre à la sage-femme de repérer les situations de vulnérabilité et d'orienter vers des structures d'aide. La vulnérabilité est une « *caractéristique principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique* ». Un état dépressif, une anxiété, un antécédent obstétrical mal vécu lors d'une précédente grossesse peut être source de vulnérabilité. L'EPP peut donc amener la sage-femme à activer un réseau pluridisciplinaire pour adapter rapidement le suivi de la patiente. Il doit obligatoirement être proposé aux patientes et aux couples dès le premier trimestre de la grossesse. [10, 27]

Lors des SPN, il est nécessaire que les parents expriment leurs besoins, leurs connaissances notamment lorsqu'ils ont vécu une MFIU ou un deuil périnatal. En effet, s'ils n'ont pas d'aînés, ils ne savent peut-être pas comment s'organise la vie avec un nouveau-né. Cela permettra à la sage-femme de communiquer des informations éclairées et d'orienter la femme, le couple si elle décèle une situation à risque.

Dans la période du post-partum, les sages-femmes libérales peuvent effectuer des visites à domicile. Elles permettent de s'assurer de la bonne santé et du bien-être de la femme et de l'enfant. En France, 15 et 30% de femmes font face à des difficultés plus ou moins sévères en post-partum. L'antécédent de MFIU est un des facteurs de risque de dépression ou de troubles de l'attachement. [10]

La visite postnatale prévue entre six et huit semaines après l'accouchement, constitue un bilan à deux mois après la naissance de l'enfant. Au-delà de l'examen médical, la sage-femme encourage la patiente à parler de ses relations avec son nourrisson, à poser toutes les questions qui la préoccupent, à évoquer son vécu lors de l'accouchement et des suites de couches, à s'exprimer sur sa vie privée et

professionnelle. Il s'agit de repérer des signes évocateurs d'un dysfonctionnement organique ou psychologique comme la dépression du post-partum ou un trouble de l'attachement. [27]

A compter de juillet 2022, un entretien postnatal précoce sera obligatoirement proposé aux patientes entre quatre et huit semaines après l'accouchement pour renforcer la prévention en post-partum. [28]

Les sages-femmes peuvent également proposer aux femmes et aux couples qui ont vécu un deuil périnatal d'échanger avec d'autres personnes confrontées à la même épreuve. L'association « *Le Jour d'Après* » est un lieu « *d'accueil, de ressources et d'accompagnement au deuil présent à Nancy et en Lorraine* ». [29] Il est aussi possible de se rapprocher de l'association nationale AGAPA qui « *offre à tous la possibilité de parler et d'être écouté après une grossesse qui n'a pas été menée à son terme* ». [30]

PARTIE 2 : METHODOLOGIE

1. PROBLEMATIQUE

La MFIU est une épreuve douloureuse dans le vécu d'une femme et d'un couple. Les grossesses ultérieures à cette mort fœtale peuvent se retrouver impactées par une réactivation du deuil et de la douleur de celui-ci. Ces grossesses peuvent être vécues avec moins d'insouciance et plus d'anxiété de la part des parents. Alors, comment les sages-femmes libérales accompagnent-elles les femmes et les couples lors d'une grossesse marquée par un antécédent de MFIU ?

2. OBJECTIFS

2.1. BÉNÉFICE ATTENDU

Le bénéfice attendu est d'initier et d'alimenter une réflexion sur l'accompagnement mis en place par les sages-femmes libérales auprès des femmes et des couples lors d'une grossesse ultérieure à une MFIU.

2.2. OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal est de dresser un état des lieux sur l'accompagnement mis en place par les sages-femmes libérales pour ces femmes et ces couples.

2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES

Les objectifs secondaires sont de préciser les stratégies employées par les sages-femmes libérales pour l'accompagnement des patientes et des couples ayant un antécédent de MFIU, d'identifier le réseau de professionnels avec lequel les sages-femmes libérales collaborent pour les aider dans cet accompagnement, et de repérer les difficultés matérielles ou émotionnelles rencontrées par les sages-femmes dans ces situations d'accompagnement.

3. HYPOTHESES

- H1 : Les sages-femmes libérales mettent en place un accompagnement adapté aux angoisses des femmes et des couples, lors d'une grossesse ultérieure à une MFIU.
- H2 : Les sages-femmes libérales ressentent des difficultés à accompagner les femmes et les couples face à la reviviscence du deuil périnatal, lors d'une grossesse suivant une MFIU.
- H3 : Les sages-femmes libérales mettent en place une organisation de l'accompagnement en pré, per et post-partum adaptée aux patientes et aux couples ayant un antécédent de MFIU.

4. MATERIEL ET METHODES

4.1. TYPE D'ETUDE

Afin de répondre à la problématique, une étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels auprès des sages-femmes libérales de Moselle et de Meuse a été réalisée, dans le but de laisser les sages-femmes libérales s'exprimer librement sur les différentes thématiques abordées.

4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE

L'étude concerne les sages-femmes libérales de la Moselle et de la Meuse, volontaires, réalisant le suivi médical et l'accompagnement des femmes et des couples ayant un antécédent de MFIU.

4.2.1. Critères d'inclusion

L'étude inclut les sages-femmes libérales qui effectuent le suivi médical et l'accompagnement des patientes et des couples avec un antécédent de MFIU en Moselle et en Meuse.

4.2.2. Critères de non-inclusion

Les sages-femmes hospitalières qui prennent en charge des patientes et des couples avec un antécédent de MFIU ont été non incluses à l'étude.

4.2.3. Critères d'exclusion

Les sages-femmes ayant reçu toutes les informations concernant l'étude mais ne souhaitant pas y participer ont été exclues

4.2.4. Modalité de recrutement

Les sages-femmes libérales interrogées ont été tirées au sort à partir du site du conseil de l'ordre des sages-femmes et à l'aide de la fonction ALEA du logiciel Excel. Ensuite il y a eu prise de contact pour obtenir leur consentement et vérifier le respect des critères d'inclusion.

4.2.5. Bénéfices et risques prévisibles et connus pour les personnes se prêtant à la recherche

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels, ce qui correspond à une recherche non interventionnelle. Les bénéfices prévisibles pour les sages-femmes participant à l'étude sont de pouvoir s'exprimer sur leur accompagnement envers ces patientes, ainsi que sur leur ressenti.

4.3. CRITERES DE JUGEMENT

- Verbatim de l'accompagnement
- Verbatim du deuil
- Signes d'angoisse
- Différence entre l'enfant mort et l'enfant à venir
- Le délai entre les grossesses
- Les moyens employés par les sages-femmes
- Le réseau de professionnel
- La sollicitation des patientes
- Le ressenti des sages-femmes

4.4. RECUEIL ET GESTION DES DONNEES

Les sages-femmes ont été contactées par téléphone, par mail et par SMS. Suite à leur réponse positive, les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-directifs, individuels à l'aide d'un guide de questions ouvertes. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone, avec l'accord des sages-femmes puis retranscrits de façon brute et intégrale sur un logiciel de traitement de texte Word. Les données ont été anonymisées et seront détruites après publication finale des résultats. Ainsi les noms des sages-femmes ne figurent pas dans les résultats, uniquement l'initiale de leur nom de famille. Le codage des entretiens est demi-inductif selon un plan général de codage. Chaque domaine, après analyse des verbatims a été complété par des codes conçus inductivement.

4.5. LIEU DE L'ETUDE

Les sages-femmes concernées par l'étude ont été contactées dans les départements de la Moselle et de la Meuse.

4.6. PERIODE DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée sur trois mois, d'octobre 2021 à décembre 2021.

4.7. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

Les entretiens étaient semi-directifs afin de laisser la parole aux sages-femmes sans les influencer. En effet cette méthode se base sur des interrogations ouvertes afin d'élargir le champ des réponses possibles et des aspects abordés.

Les répondantes ont été tirées au sort de façon aléatoire sur le site du conseil de l'Ordre grâce à la fonction ALEA du logiciel EXCEL afin de limiter un éventuel biais de sélection.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel dans la mesure du possible, ou en visioconférence afin d'apprécier leur ressenti brut (voix, émotion sur le visage, gestes, etc...).

Enfin les entretiens ont été enregistrés via un téléphone pour réduire le risque d'un biais de retranscription.

5. GUIDE D'ENTRETIEN

Les entretiens ont été réalisés de manière à ce que chaque sage-femme puisse s'exprimer. Après les questions principales, des questions de relance ont été prévues dans le cas où la sage-femme n'aurait pas abordé spontanément certains domaines importants à l'étude. Ainsi les entretiens finaux sont plus ou moins directifs en fonction de la personnalité de la sage-femme. Le guide d'entretien est constitué de huit grands thèmes. [ANNEXE I]

5.1. ACCOMPAGNEMENT

Après une brève présentation de la sage-femme concernant son âge, son temps d'exercice en libéral, la zone dans laquelle elle exerce, la distance avec la maternité la plus proche, ainsi que le nombre de patientes et de couples ayant un antécédent de MFIU suivi depuis son début d'exercice en libéral, notre première interrogation concernait la définition de l'accompagnement. L'objectif était de connaître ce qu'est l'accompagnement pour les sages-femmes de manière générale.

5.2. DEUIL

Cette thématique concernait la définition du deuil en général et la différence entre ce dernier et le deuil périnatal. L'objectif étant de savoir comment les sages-femmes définissent le deuil et comment elles caractérisent la ou les différences de ce dernier avec le deuil périnatal.

5.3. SIGNES D'ANGOISSE

Ce domaine permettait d'explorer les manifestations spécifiques que les femmes pouvaient ressentir lors de grossesses ultérieures à une MFIU. Pour plus de précision il a été demandé aux sages-femmes

quels étaient les signes cliniques et somatiques d'angoisse que leur décrivaient les femmes. Cette question permettait de voir apparaître ou non des signes récurrents chez ces femmes.

5.4. DELAI ET DIFFERENCE ENTRE LES GROSSESSES

La question était de savoir s'il y avait un délai à respecter entre une MFIU et une grossesse ultérieure, mais également la différence que faisait les femmes entre ces deux grossesses et ces deux enfants. L'objectif était de voir si elles considéraient l'enfant suivant comme un enfant de remplacement, c'est pour cette raison que cette question a été évoquée lorsque la sage-femme ne l'abordait pas.

5.5. MOYENS A DISPOSITION DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes libérales ont été questionnées sur les moyens mis à disposition pour accompagner ces femmes et ces couples. L'objectif étant de voir si l'EPP, ainsi que les SPN et les visites à domicile dans le post-partum sont utilisés de façon différente lors de cet accompagnement.

5.6. RESEAU DE PROFESSIONNELS

Les sages-femmes étaient interrogées sur le réseau de professionnel auquel elles faisaient référence en cas de nécessité pour déterminer les catégories professionnelles sollicitées et pour quelles raisons.

5.7. SOLLICITATION DES FEMMES

Pour évaluer le degré de sollicitation des femmes vis-à-vis des sages-femmes, ces dernières ont été interrogées sur le nombre de consultations que ces femmes pouvaient avoir auprès d'elle lors d'une grossesse ultérieure à une MFIU, par rapport à une femme sans ATCD particulier.

5.8. RESENTI DES SAGES-FEMMES

Enfin les sages-femmes ont été questionnées sur leur ressenti et leur investissement lors de l'accompagnement d'une femme ou d'un couple ayant un ATCD de MFIU.

6. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRE ET ETHIQUE

6.1. MODALITES D'INFORMATION ET DE RECUEIL DE LA NOTE D'INFORMATION

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle de catégorie trois : recherche non interventionnelle : information et déclaration de non-opposition, libre et éclairée.

6.2. MODALITE ET GESTION DES DONNEES : CONFIDENTIALITE

Les données ont été recueillies anonymement, avec l'attribution de la première lettre du nom de famille pour les entretiens. Elles ont été classées dans l'ordre chronologique des entretiens retranscrits et codés.

6.3. DECLARATION DES CONFLITS D'INTERET

Je déclare n'avoir eu aucun conflit d'intérêt lors de l'élaboration de ce projet. Madame Marie-Laure Boyé, Directrice de mémoire, et Madame Yaulaine Cordary, Expert, déclarent également n'avoir eu aucun conflit d'intérêt.

6.4. ARCHIVAGE DES DONNEES

Les données recueillies seront détruites après la publication des résultats.

6.5. REGLES DE PUBLICATIONS

Les résultats seront publiés après la validation et la soutenance devant un jury d'examen.

PARTIE 3 : RESULTATS

1. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

Au cours de cette étude, huit entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de sages-femmes libérales à leur cabinet (6/8) ou en visioconférence (2/8). Les entretiens ont duré de quatorze à quarante minutes avec une moyenne de vingt-trois minutes par entretien.

Les sages-femmes interrogées avaient entre vingt-neuf et cinquante-trois ans, avec une moyenne d'âge de trente-sept ans. Elles exerçaient en libéral depuis minimum cinq ans et maximum vingt-cinq ans avec une moyenne d'exercice de neuf ans. Cinq sages-femmes exerçaient en zone urbaine en Moselle, et trois sages-femmes exerçaient en zone rurale en Meuse. Dans l'ensemble les sages-femmes exerçaient à moins de trente minutes de la maternité la plus proche avec une moyenne d'environ quinze minutes.

Tableau I : Présentation de la population étudiée

Sage-femme	Age	Exercice en libéral	Zone	Lieu	Distance avec la maternité
Mme P	33 ans	Depuis 8 ans	Urbaine	Moselle	20 min
Mme F	29 ans	Depuis 5 ans	Rurale	Meuse	30 min
Mme M	30 ans	Depuis 6 ans	Rurale	Meuse	5 min
Mme Bu	53 ans	Depuis 25 ans	Urbaine	Moselle	15 min
Mme Ba	33 ans	Depuis 10 ans	Urbaine	Moselle	15 min
Mme J	33 ans	Depuis 8 ans	Urbaine	Moselle	15 min
Mme H	43 ans	Depuis 6 ans	Urbaine	Moselle	20 min
Mme R	40 ans	Depuis 6 ans	Rurale	Meuse	5 min

2. RESULTATS DES ENTRETIENS

2.1. ACCOMPAGNEMENT

Lors de nos entretiens, quatre sages-femmes sur les huit interrogées donnaient une définition de ce qu'est l'accompagnement du point de vue obstétrical. Trois sages-femmes donnaient une définition globale de l'accompagnement sans distinction entre une définition générale et une définition obstétricale. Une sage-femme donnait une définition de l'accompagnement sans précision sur le versant obstétrical.

Madame M, dès le début de l'entretien, a précisé qu'il y avait « *autant d'accompagnement qu'il y a de patientes* », et que « *ce n'est pas quelque chose qu'on apprend dans les bouquins* », que cela s'apprenait « *tout au long de notre formation et même après, une fois diplômée* ».

- Une écoute

Pour madame P et madame R l'accompagnement était défini par l'action « *d'écouter* » notamment « *ses antécédents, quelles sont ses peurs, ses appréhensions par rapport à cette nouvelle grossesse* », « *l'écouter [...] c'est vraiment important* ».

- Une présence

Pour madame M et madame R, nous retrouvons une notion de présence dans l'accompagnement « *être présent pour l'autre* », « *être là pour la patiente* ».

- Une rassurance

Deux sages-femmes abordaient aussi la notion de rassurance dans l'accompagnement de ces femmes « *la rassurer c'est vraiment important* », « *c'est aussi rassurer la personne en face de nous principalement* ».

- Une discussion

Pour mesdames P et Bu l'accompagnement était aussi une discussion « *on a beaucoup plus le rôle vraiment d'accompagnement, de discussion* ». Pour madame Bu « *discuter avec elle* » lors du diagnostic de MFIU, lorsqu'elle « *la (MFIU) constate, elle* ». Elle expliquait donc « *orienter* » la patiente, « *prendre de ses nouvelles* », et quand elle la revoyait « *quelques années après pour une autre grossesse qui va bien* » elle « *rediscutait de ça* ».

- Un temps

Dans la définition de l'accompagnement donnée par les sages-femmes, la notion de temps revenait à plusieurs reprises. Madame Bu et madame P déclaraient « *prendre du temps pour elle* », « *une prise en charge de la patiente pour déjà [...] prendre le temps* ».

- Un suivi

Madame P, tout comme madame J, évoquait le fait de « *suivre la grossesse* » dans l'accompagnement, faire « *l'examen obstétrical simple* », « *je reprends la hauteur utérine, je réécoute le cœur du bébé* », « *on a souvent un suivi un peu rapproché* », « *l'accompagnement c'est le suivi de la grossesse tant physique que psychologique, qui doit être adapté à chaque patiente à mon sens* ». Madame F a défini l'accompagnement comme étant un suivi « *physique et psychologique* », c'était « *physique dans le cadre du post-partum lors de l'accompagnement de la mère et de l'enfant* », et psychologique avec « *un suivi, un relai fait par les psychiatres, les psychologues* ». On retrouvait cette notion de suivi psychologie chez madame R « *quand on parle d'accompagnement je pense tout de suite à psychologue* ». De plus elle a exprimé qu'elle souhaitait que ce suivi se passe au mieux pour ces femmes « *faire en sorte que la grossesse-là se passe le mieux possible avec le moins de stress possible* ». Madame H réalisait du suivi global, donc pour elle l'accompagnement « *se fait au fur et à mesure des consultations, il n'y a pas de consultations spécifiques pour ça* ». Elle a exprimé que c'était « *savoir dépister, savoir orienter vers un psychologue, vers de l'hypnose* », et d'autres médecines parallèles pour « *évacuer un peu cette*

anxiété ». Madame J, elle, a précisé que l'accompagnement était « *un suivi adapté à chacun et pas uniquement pour les femmes enceintes* », « *il s'entend en règle générale pour chaque individu* ».

- Une réponse

Pour mesdames Ba et M il y avait aussi une notion de réponse dans l'accompagnement, « *répondre aux questions qu'ils se posent* », « *prendre en compte les spécificités de la personne, son histoire, ses besoins et essayer d'y répondre au mieux ou avec les moyens du bord* ».

- Une rencontre

Lors de l'entretien avec madame Ba, elle a évoqué l'accompagnement comme le fait de « *rencontrer* » une femme, un couple et « *prendre en compte ses antécédents, son vécu, ses besoins* ». Tout cela lui permettait d'avoir un accompagnement sur différents plans « *psychologique, médical* » avec une « *dimension périnatale, un accompagnement d'accès à la parentalité* ».

2.2. DEUIL ET DEUIL PERINATAL

2.2.1. Le deuil

Lors des entretiens, deux sages-femmes définissaient le deuil périnatal sans donner de définition du deuil en général. Les six autres sages-femmes expliquaient ce que représente la notion de deuil en général. Elles s'exprimaient sur le deuil périnatal dans un second temps lors d'autres questions. Madame M précisait que le deuil est une notion « *très très vaste* ». Madame R, dans sa définition du deuil, exprimait que cela consistait en « *une marque au fer rouge dans les couples, dans la vie, impossible à effacer* ».

- Une perte

Pour cinq sages-femmes sur les huit interrogées, la notion de deuil correspondait à une perte « *tout ce qui accompagne une perte* ». Madame Ba a précisé que dans le contexte périnatal « *c'est la perte d'un enfant* », « *perte d'une personne, d'un bébé, d'un être humain à venir* » mais aussi « *de l'idée du projet d'enfant* », « *du projet de parentalité* ». Elle a ajouté également qu'une femme « *pendant la grossesse, l'accouchement et l'accès à la parentalité va sûrement être obligée de vivre certains deuils petits ou grands* ». Mesdames M et J ont exprimé que dans la notion de deuil il n'y avait pas « *forcément la notion de mort* ». Cela pouvait être également « *le deuil des études non réussies* », ou « *d'autres types de deuil* ».

- Notion de « chose »

Pour trois sages-femmes on pouvait faire le deuil de nombreuses « choses » traduites par : « *ça peut être enlever l'utérus* », « *faire le deuil d'un enfant en bonne santé à l'annonce d'un handicap* », « *faire le deuil d'un enfant rêvé* », « *faire le deuil d'un sexe* », « *faire le deuil du bébé à naître que l'on avait imaginé, investi* », « *deuil de cette famille, de l'imaginaire de cette famille* », « *deuil du couple* », « *deuil de la vie imaginée* ».

- La singularité

Mesdames R et M ont mentionné le fait que le deuil était propre à chacun « *autant de façon de faire un deuil que de personnes endeuillées* », « *personne ne vivra les choses de la même façon* ».

- Un processus

Deux sages-femmes, mesdames Bu et Ba ont défini le deuil comme « *un processus fait d'étapes* », « *se rendre compte qu'il y a plusieurs étapes* ».

- Une présence

Mme F a défini le deuil comme devant bénéficier d'un « *accompagnement psychologique* », d'un « *soutien familial* », il fallait « *l'entourer d'un point de vue social, psychologique et administratif* ».

- Une notion de temporalité

Mme Bu a exprimé que le deuil c'était « *vivre toutes ces émotions quand ça arrive* », elle a employé le terme de « *faire son deuil* » et nous a expliqué sa façon de travailler avec les femmes « *je travaille beaucoup en faisant des prescriptions de tâches* », « *pour faire un deuil c'est six mois* », « *j'accompagne le deuil comme ça, mais le boulot c'est elles qui le font* ».

- L'acceptation

Madame J a ajouté que cela correspondait à « *accepter la mort de quelqu'un et continuer à vivre avec* », que c'était « *le deuil de la personne, si on parle du décès de quelqu'un* ». Pour madame H le deuil correspondait au fait « *de faire le deuil du bébé précédent, savoir vivre avec, savoir terminer une grossesse en l'ayant accompagnée jusqu'au bout* », « *d'avoir pu dire au revoir à son bébé et pouvoir démarrer une nouvelle grossesse plus sereinement* ».

2.2.2. Le deuil périnatal

Cinq sages-femmes sur les huit interrogées comparaient le deuil périnatal au deuil d'une manière générale. Pour madame H, hormis le fait que le deuil périnatal consistait à perdre un « *bébé à venir et pas quelqu'un avec lequel tu as vécu* », il restait « *toujours le même, la douleur est toujours la même de perdre un être cher* ».

- Notion de différence

Selon madame F il était « *différent car le fœtus a une intuition plus complexe que l'humain en soit* ». Pour madame H il était différent du deuil en général car « *on perd un bébé, pas quelqu'un avec lequel tu as vécu* », « *différent dans le sens où les parents étaient dans l'attente d'une rencontre qu'ils n'auront jamais* ».

- Des souvenirs

Pour madame F, avec l'humain il y avait « *des souvenirs qui sont déjà créés* », ils avaient « *vécu avec la personne, c'est palpable* » alors qu'avec le « *fœtus ça n'est pas palpable* ». Pour madame R le deuil en général correspondait au deuil « *d'une personne qu'on a connu, avec qui on a des souvenirs* », alors que le deuil périnatal était le deuil « *d'un enfant avec qui on n'a rien vécu si ce n'est la grossesse* », donc les parents n'ont que peu, voire pas, de souvenirs avec cet enfant. Mesdames F et R ajoutaient

également, tout comme madame Bu, que dans le deuil périnatal l'enfant a été « *ressenti dans le ventre mais pas réellement ou peu de souvenirs avec* », « *enfant qu'on ne connaît pas, que la personne, le couple ne connaît pas* », « *avec des souvenirs qui sont peut-être une photo d'échographie, une photo d'un bébé mort-né* ». Les souvenirs que les patientes ont exprimé aux sages-femmes étaient de l'avoir « *senti bouger ou l'avoir eu dans les bras* » mais pour madame R « *ce n'est pas pareil* ».

- Pas de logique

Pour mesdames F et Ba la perte d'un enfant n'était « *pas la suite logique* », ce n'était pas dans « *l'ordre des choses* », « *pas normal que dans la vie un enfant meurt avant ses parents* ».

- Inattendu

Pour madame M et madame Ba il y avait une notion « *d'inattendu* » qui était retrouvée dans le deuil périnatal. Pendant la grossesse on « *s'attend à ce que tout soit tout beau, tout rose, on n'est pas préparé à ce genre de difficulté* », « *tombent de très très haut, ce qui est normal* », « *on n'associe absolument pas la maternité à la mort ou alors on le sait mais on ne le dit pas* ».

- Une prise en charge

Lors de nos entretiens, madame P a exprimé le fait que le deuil périnatal était « *très peu pris en charge* », « *pas toujours compris par les conjoints* » et parfois pour les femmes c'était « *quelque chose qu'elles ont du mal à partager avec le conjoint* ». Pour madame F « *d'un point de vue cognitif c'est super difficile de faire le deuil de quelque chose que tu n'as pas pris dans les bras ou que tu n'as pas senti* », malgré « *un amour inconditionnel pour cet enfant* », il était donc important pour elle que cela soit pris en charge avec un suivi psychologique notamment.

- Un double deuil

Madame J a précisé que le deuil périnatal était « *un double deuil, le deuil de l'enfant rêvé et voulu et le deuil de la personne* ».

- Un deuil intime

Pour madame R le deuil périnatal était aussi « *un deuil intime, un deuil du couple, mais pas un deuil de la famille* ».

2.3. LES SIGNES D'ANGOISSE

Parmi les huit sages-femmes interrogées, cinq décrivaient préférentiellement des signes somatiques et des manifestations psychologiques d'angoisse alors que trois décrivaient uniquement des signes psychologiques d'angoisse.

- La peur et la rassurance de cette peur

Lors de nos entretiens sept sages-femmes ont évoqué la notion d'angoisse à travers différents termes comme « *beaucoup de peur, d'appréhension* », « *une inquiétude* », « *principalement du stress, de l'angoisse* », « *peur que ça recommence* », « *de l'anxiété forcément* », « *peur de le perdre* ». Certaines sages-femmes ont répété plusieurs fois certains mots, comme madame P qui a exprimé deux fois le mot « *peur* », ou encore madame R qui a réitéré à trois fois la notion de « *stress* ».

- La notion de cap

Deux sages-femmes, madame P et madame J ont évoqué les notions de date anniversaire, qui étaient des étapes importantes pour les femmes selon elles « *appréhension surtout aux dates anniversaires* », « *on sent que c'est des caps* », « *passer ces étapes-là* », « *permettre de passer le cap de la date anniversaire* ».

- L'investissement

Deux sages-femmes, mesdames M et Ba ont abordé la notion d'investissement qui a été marquée par le stress de la nouvelle grossesse « *manque d'investissement de la grossesse parfois de peur que ça recommence* », « *n'investissent pas vraiment la grossesse* ». Madame Ba précisait également ce manque d'investissement en mentionnant « *une attente dans le choix du prénom* », une « *attente en termes d'investissement et de matériel* ». Madame P a exprimé aussi la notion d'un temps long pour investir la grossesse et s'attacher « *elles mettent du temps à réaliser qu'elles sont enceintes* », « *la grossesse est acceptée c'est vraiment une joie mais elles ont un attachement [...] elles se mettent un frein, il ne faut pas s'attacher trop vite à ce bébé* ».

- Les signes somatiques

Cinq sages-femmes ont décrit des signes somatiques d'angoisse. Mesdames R et J ont évoqué des contractions utérines, ainsi qu'une baisse des mouvements actifs pour mesdames J et M « *il y en a qui le sentent un peu moins bouger* ». Pour madame P ce n'était pas forcément des contractions qui étaient ressenties par les femmes, elles avaient « *un peu plus de maux de tête* », « *pas forcément des contractions mais plutôt des petites douleurs à droite à gauche* ». Elle a décrit cela comme étant « *une expression du corps de cette angoisse* ». Madame Ba a expliqué que les patientes qu'elle avait rencontrées ne présentaient pas « *de manifestation à type crise d'angoisse* », mais plutôt « *un sommeil très perturbé* ». Madame H a exprimé le fait que si les femmes « *ont vraiment tourné la page* » il n'y avait « *pas forcément de signes cliniques, elles démarrent une nouvelle grossesse vraiment* ». De plus selon elle « *si quelque chose n'est pas forcément accepté ça va ressortir pendant la grossesse forcément* » à travers des signes cliniques.

- La perte d'insouciance et la gêne

Mesdames Ba et M ont expliqué « *qu'en plus de l'insouciance perdue, elles sont gênées d'en parler à d'autres personnes* », les femmes avaient « *perdu l'insouciance de profiter du moment présent* » lors de cette nouvelle grossesse.

- L'obsession

Selon madame Ba ces patientes avaient aussi « *des questions qui reviennent en bouclent auxquelles on ne peut pas répondre* ».

- Encore dans le deuil

Madame F a décrit les patientes comme « *souvent encore dans le deuil* », qui présentaient tous les signes du deuil « *tristesse, incompréhension, colère, déni* », ainsi qu'une « *forme d'injustice* ».

- La confiance

Madame Bu en plus d'exprimer l'anxiété ressentie par les femmes, a aussi expliqué que ces femmes avaient « *toujours des ressources* », qu'elles « *ont confiance, se disent que cette fois sera la bonne* », qu'elles « *m'épatent* ». Pour elle c'étaient « *des exemples* ».

2.4. DIFFERENCE ENTRE LES GROSSESSES

2.4.1. Enfant mort

- Peu voire non évoqué

Concernant l'enfant mort, madame P a expliqué que les patientes « *ne l'évoquent pas toujours* », que si elle ne les interrogeait pas il était possible que les femmes « *le passent complètement sous silence* ». Dans son exercice elle a côtoyé beaucoup de femmes d'origine maghrébine pour qui « *l'enfant a une place mais c'est Dieu qui l'a voulu* », donc parfois « *il faut aller creuser un petit peu derrière* » pour en parler avec elles. Elle nous a précisé aussi qu'elle était « *toujours à l'écoute* », qu'elle était présente pour elles si elles souhaitaient en parler, mais si elle sentait « *des failles* », elle avait « *tendance à orienter* ». Madame M trouvait que les femmes « *ne s'attardent pas forcément dessus* ». Les patientes l'évoquaient souvent, « *la première fois qu'on les voit, elles nous racontent en quelques mots leur histoire* », mais elles étaient plutôt « *tournées vers la nouvelle grossesse en cours* ». Madame Bu nous a rapporté que l'enfant mort-né était « *forcément évoqué* ». Pour madame J, comme madame Bu l'a mentionné, l'enfant mort était « *souvent évoqué, surtout si l'enfant a un prénom* ». Et puis elle a précisé qu'elle « *pose la question du nombre de grossesse, leur déroulement, l'accouchement, le nombre d'enfants* », donc s'il y en a eu un qui était mort « *on en parle* ». Cependant, elle a expliqué que « *la façon dont il est évoqué va dépendre des patientes* ». Madame H a précisé que les femmes en parlaient « *assez facilement* », elle a expliqué « *qu'elles s'ouvrent assez facilement quand on parle des grossesses précédentes* » avec les sages-femmes, sans expliquer davantage comment elles évoquaient cet enfant mort. Madame R a raconté que ce n'était « *pas un sujet qu'elles veulent forcément aborder pendant le suivi de grossesse* ». Elle a expliqué qu'elles « *veulent un peu malgré elles l'occulter* », et a précisé que les femmes y pensaient mais juste « *qu'elles n'en parlent pas beaucoup* », et « *ne souhaitent pas forcément en parler* ».

- Présent en souvenirs

Malgré le fait qu'elles n'en parlaient pas selon madame P « *il est quand même souvent dans un coin de la tête* ». Madame F a exprimé que certaines femmes « *en parlent au passé* », alors que d'autres « *en parlent au présent* ». Pour elle cela dépendait « *de l'étape du deuil dans laquelle elles sont* ». Elle a expliqué que si le deuil « *n'a pas été compris* », si elles étaient dans « *le déni* », elles « *en parlent au présent, ce qui est assez rare* ». Si le deuil a été « *bien compris, qu'il y a un bon accompagnement elles en parlent au passé* », elles en gardaient un souvenir mais ne l'évoquaient plus comme une chose actuelle.

- Concentration sur la nouvelle grossesse

Pour madame M les femmes avaient tendance à se concentrer sur la nouvelle grossesse en cours « *elles se concentrent plutôt sur la nouvelle grossesse* ». Madame R a expliqué que ces couples avaient

« besoin de parler d'autre chose que ce qui leur est arrivé », ils souhaitaient « parler de cette grossesse, du bébé qui va venir et pas tellement du bébé décédé ». Pour madame Bu le plus important « c'est là maintenant comment elle est », donc elle n'allait pas « fouiller vers l'arrière, on va vers l'avant ».

- Expression des sentiments des femmes

Madame Bu précisait que c'était la femme « qui s'exprime, moi je la laisse aller où elle a envie d'aller, si elle a envie d'aller dans les détails, me montrer une photo, garder une photo [...], donc oui je laisse les patientes parler [...], après on sent à un moment donné qu'elle se ferme et je respecte », c'était elle qui décidait. Elle rapportait qu'une de ses patientes avait « besoin d'avoir la photo de son bébé décédé dans son sac à main en étant enceinte du deuxième ».

- Notion de famille

Pour la plupart des sages-femmes, l'enfant mort « fait partie de la famille » de ces femmes. Madame Ba précisait que l'enfant existait au travers des « photos, », il sera « évoqué avec le nouvel enfant », qui fera partie d'une fratrie avec « la notion de tu as une grande sœur ou un grand frère ». Chez la plupart des patientes de madame J « l'enfant a une place dans la famille mais pas comme un enfant présent », elles en « parlent parce que c'était un moment de leur vie ».

- Souffrance ou apaisement

Madame Ba a mentionné que le fait de parler de cet enfant mort était « très multifactoriel ». Elle ressentait que ce bébé mort était « comme une plaie qui ne s'est pas refermée, qui ne se fermera jamais mais qui est encore ouverte ». Pour ces femmes c'était une « souffrance d'évoquer ce bébé-là ». Elle a différencié deux façons de s'exprimer chez les femmes. Tout d'abord elle a évoqué les femmes les « plus apaisées » pour qui « l'enfant est là, il sera toujours là, il existe ». Ensuite elle a évoqué celles pour qui « c'est plus compliqué », car il y a « une culpabilité beaucoup plus présente », elles « vont peut-être éviter le sujet ». Elle a mentionné aussi le fait qu'en général « le professionnel de santé préfère évoquer l'enfant qui a existé, c'est beaucoup plus apaisé plutôt que de ne pas l'évoquer », ce qui selon elle semblait montrer « une grosse culpabilité des femmes ». Madame R a évoqué aussi lors de son entretien la notion de douleur pour ces femmes « on voit que c'est douloureux » de parler de l'enfant qu'elles avaient perdu.

2.4.2. Enfant à venir

- Nouvelle étape

Lors des entretiens madame P a ressenti que pour les femmes, les couples « c'est vraiment une nouvelle étape », « une façon de se construire après ». Pour madame H, la manière dont elles allaient évoquer leur nouvel enfant allait dépendre « des patientes, de si elles ont tourné la page ou pas ».

- Stress, angoisse

Pour madame F l'enfant à venir était évoqué comme « une source de stress que ça recommence ». Madame Ba a perçu une « angoisse » chez les femmes du fait que « l'enfant à naître va passer par l'utérus où a habité un autre enfant mort », « l'enfant qui a existé, était dans ce ventre-là aussi ». Madame R a exprimé que les femmes avaient « peur pour le bébé à venir », il y avait « du stress ».

Elles ne « *l'évoquent pas de façon aussi euphorique qu'une grossesse ou un couple qui n'a pas vécu ce genre de choses* ».

- Espérance

Madame F nuance son propos en expliquant que les femmes percevaient ce nouvel enfant comme « *une phase d'espérance d'avoir un enfant* » malgré ce stress présent.

- Investissement et attachement

Selon madame F la femme « *ne peut pas investir correctement sa nouvelle grossesse pendant neuf mois, après ça dépend du terme du deuil périnatal si c'est à cinq mois ou si c'est à neuf, c'est quand même pas la même chose [...] pas pareil pour le couple, le corps, le cerveau* ». Madame R expliquait que ces femmes avaient tendance à ne pas « *montrer trop de joie* », elles ne voulaient « *pas trop s'attacher tout de suite* ».

- Désir d'enfant

Madame M, a souligné qu'il y avait « *un vrai désir d'enfant, sans oublier celui disparu mais elles veulent un bébé* », « *elles ont eu une grossesse mais pas d'enfant, elles vont réessayer jusqu'à temps qu'elles aient un enfant* ».

- Rassurance

Madame Bu a rappelé également qu'il fallait rassurer les parents sur le fait que l'enfant mort « *sera toujours présent pour eux* ».

- Notion de famille

Madame Ba a expliqué que le nouvel enfant aura une « *inscription dans une fratrie* », il sera vu « *comme le petit frère ou la petite sœur* », malgré le fait que certains pourraient le percevoir « *comme un enfant réparation, un peu céleste, un peu lié au destin* ».

- Différence

Pour madame F l'enfant qui suivait une mort fœtale « *sera différent du premier* », mais il pouvait aussi être « *le bébé pansement, le bébé espoir* ». Madame Ba évoquait aussi cette notion de différence entre les deux grossesses et les deux enfants en expliquant qu'il y avait une « *idée que les histoires sont différentes et qu'elles doivent être différentes* ». Madame J a expliqué qu'il n'y avait pas « *spécifiquement de lien* » entre les deux enfants. Le nouvel enfant était perçu, selon elle, comme « *un autre enfant comme quand il n'y a pas d'antécédent particulier* ». Selon madame H les deux enfants, celui mort et celui à venir, étaient perçus différemment par les femmes « *elles font vraiment le distinguo* », « *elles démarrent une nouvelle histoire en incluant le précédent qu'elles n'ont pas eu* ».

- Enfant de remplacement

Madame P expliquait que, pour les femmes qu'elle avait suivies, « *un temps s'était passé* » avant de débiter de nouvelle grossesse et que « *on considère moins un enfant de remplacement au-delà d'un an, on ne revit pas le truc en étant déjà enceinte* ». Madame F précisait que quand « *la phase de deuil n'a pas pris assez de temps [...] c'est-à-dire deux mois après* », si la patiente était « *de nouveau*

enceinte ... ça fait assez vite (enfant de) remplacement ». Madame Bu a expliqué qu'elle « espère » que cet enfant est perçu comme « un autre enfant » et pas un enfant de remplacement. Mais selon elle, si les patientes « font ça », c'était « aussi pour elles-mêmes, et il faut respecter ça ». Il n'y avait « pas de normes », il était « possible aussi qu'elles le considèrent comme un enfant de remplacement mais qu'on ne le perçoive pas. Elles différencient les deux enfants mais le psychologique est tellement affecté que pour elles, le nouvel enfant va combler le vide laissé par le premier ». Elle a précisé aussi que « quand elles se posent la question – est-ce qu'il va remplacer celui mort ? – c'est déjà qu'elles font la distinction entre les deux donc il y a peu de risques qu'elles le considèrent comme un enfant de remplacement ». Madame Ba a évoqué que « c'est plutôt une peur de le considérer comme un enfant de remplacement » pour ces femmes. Elle a conclu en exprimant qu'elle ressentait une « part de réparation » lors d'une nouvelle grossesse « mais pas dans un sens de remplacement ». Pour madame J les femmes qu'elle a rencontrées « avaient vraiment fait leur deuil, elles ne se sont pas précipitées pour refaire un enfant et le remplacer », « aucune n'a fait cela par dépit ».

2.5. DELAI ENTRE LES GROSSESSES

Lors des entretiens, toutes les sages-femmes s'accordaient pour dire qu'il n'y avait pas de délai à conseiller entre une mort fœtale et une prochaine grossesse. Mais elles ne l'exprimaient pas toutes de la même manière.

- Couples dépendants

Quatre sages-femmes, mesdames P, F, Ba et R s'accordaient pour dire que cela dépendait des couples, « il faut que ce soit discuté en couple », « ça dépend vraiment des couples », « leur laisser le choix, ça ne nous appartient pas », « doivent se mettre d'accord », « quand ils sont prêts ».

- Femmes dépendantes

Les quatre autres sages-femmes, mesdames M, Bu, J et H s'accordaient à dire que cela dépendait plutôt des femmes, où elles se situaient dans le processus de deuil « dépend des femmes », « il faut qu'elles soient prêtes », « faut être capable d'avancer, d'être pleinement disponible », « dépend du temps dont elles ont besoin pour faire leur deuil ».

- Notion de temps

Une sage-femme, madame Bu, a donné un temps minimum pour faire un deuil. En effet, elle a appris lors de formations qu'il fallait « six mois pour faire un deuil ».

2.6. MOYENS EMPLOYÉS PAR LES SAGES-FEMMES

- L'entretien prénatal précoce

Deux sages-femmes, mesdames P et Bu ont expliqué que l'EPP était un moyen qu'elles employaient « l'EPP permet bien en début de grossesse d'identifier les symptômes ressentis quand ils sont exprimés, leurs angoisses, leurs peurs, c'est un bon moyen », « l'EPP me permet de déceler des vulnérabilités vis-à-vis de ça ».

- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Concernant les SPNP, quatre sages-femmes ont dit les réaliser de la même façon qu'avec une patiente sans antécédent particulier *« la plupart du temps la prépa c'est collectif donc pas fait spécialement différemment »*, *« je les fais pas forcément différemment si y a un antécédent de mort fœtale ou pas »*, *« pas de différence avec une patiente sans antécédent »*, *« pas forcément réalisé différemment »*. Trois sages-femmes ont exprimé prendre en compte les demandes et besoins des patientes, s'il y en avait, *« proposé systématiquement, après pas toujours de demande »*, *« vraiment patiente dépendante »*, *« selon les besoins de la patiente »*, *« on s'adapte toujours aux besoins »*. L'une des sages-femmes s'est interrogée à l'évocation de la préparation à la naissance. En effet, elle se *« pose la question à elle-même, est-ce qu'elles se préparent ces femmes ? »*, car pour elle, elles *« sont dans une autre dimension [...], ce qui est important c'est que le bébé aille bien, la douleur des contractions ou autres elles s'en foutent un peu »*.

- Prado

Les sages-femmes ont été interrogées sur la nécessité de se rendre à domicile chez des patientes ayant un antécédent de mort fœtale. Deux sages-femmes, mesdames P et Ba, ont estimé qu'il était encore plus nécessaire de se rendre chez ces patientes en post-partum que chez une femme sans antécédent particulier. Cela leur permettait de *« s'assurer qu'ils n'ont pas de questions qui sont apparues, surtout s'ils n'ont jamais connu le retour à la maison avec un bébé, c'est un grand chamboulement dans leur vie »*, *« quand il y a un antécédent de MFIU il y a une forte demande des patientes de passer au domicile pour suivre le poids du bébé »*, *« passer à domicile après ça permet de voir si le lien d'attachement aussi se fait correctement malgré le frein pendant la grossesse »*, *« dans le cadre d'un antécédent de deuil, de mort fœtale in utero, le post-partum c'est là où y a vraiment un besoin d'attention particulière »*, *« évidemment candidature un peu plus importante à tout ce qui est dépression post-natale »*, *« l'arrivée d'un bébé n'est pas simple non plus et des fois il faut faire gaffe même s'ils ont déjà des enfants »*, *« on pourrait se dire que quand ils sont déjà passés par un processus de deuil peut-être que ça va être plus facile, [...] mais peut-être même plus difficile car cela devient concret, se rendent compte que malgré ce qu'ils ont vécu [...] à un moment donné ils vont se retrouver face à la difficulté d'avoir un enfant réel et vivant »*, *« point de vigilance sur ces couples »*. Pour cinq sages-femmes il était autant nécessaire de se rendre à domicile pour ces femmes et pour celles sans antécédent particulier *« qu'elles aient un antécédent de mort fœtale ou pas, c'est aussi nécessaire dans les deux cas »*, *« nécessaire de voir tout le monde [...] dans le cas d'un antécédent de mort fœtale on s'attend à ce que ça n'aille pas psychologiquement ou qu'il y ait une fragilité »*, *« pas plus nécessaire, c'est pareil »*, *« plus, je sais pas, c'est la patiente qui décide »*, *« on essaye de les accompagner au mieux dans leur rôle de mère avec un nouveau-né en bonne santé »*, *« pas de différence entre une patiente avec cet antécédent et une patiente sans, mais on est bien attentive »*, *« ce n'est pas l'antécédent qui fait qu'on va faire particulièrement des efforts, c'est l'état de la patiente »*, *« pas forcément plus nécessaire que pour une autre maman sans antécédent »*. Une sage-femme a précisé également que les patientes avaient besoin de plus que les visites réalisées dans le cadre du Prado *« ce dont elles ont besoin c'est d'un accompagnement sur le long terme, pas sur le court terme du Prado »*.

- Peu de moyens

Cinq sages-femmes ont exprimé le fait qu'en libéral elles avaient peu de moyens et devaient se débrouiller : « *en libéral on se débrouille comme on peut en fonction des ressentis exprimés par les femmes* », « *en libéral pas grand-chose, on se débrouille* », « *pas vraiment d'outil [...] chacun improvise et fait avec ce qu'il a à disposition* », « *je fais un peu au feeling* », « *on fait comme on peut avec les moyens du bord* ». L'une des sages-femmes interrogées expliquait qu'en libéral il y a des moyens pour l'accompagnement, il y a des ressources, mais ils ne sont pas utilisés correctement « *le problème qu'on a dans notre profession, c'est pas qu'on n'a pas de ressources, mais c'est qu'elles ne sont pas utilisées ou mal utilisées* ».

- Formations complémentaires

Deux sages-femmes ont signalé s'appuyer sur leurs formations complémentaires « *je possède un DU d'hypnose donc je peux travailler là-dessus* », « *j'ai un DU d'aroma et phytothérapie, et une petite formation en homéo* ».

- PMI et psychologues

Certaines sages-femmes déclaraient orienter leurs patientes vers la PMI : « *la PMI a un rôle important pour l'administratif* » et toutes s'accordaient à dire qu'elles orientaient vers un psychologue lorsque cela dépassait leur champ de compétences : « *on les envoie voir un psy* », « *proposer toujours de mettre en contact avec un psy si besoin* ». En effet, les huit sages-femmes interrogées mentionnaient avoir dans leur réseau des psychologues vers qui diriger leurs patientes si nécessaire : « *deux psychologues en périnatalité* », « *je dirige vers les psy de la mat* », « *il faut des psy plus formés en périnatalité* », « *j'envoie assez facilement vers une collègue psy spécialisée dans le lien mère-enfant* ».

- Médecines alternatives

Quatre sages-femmes avaient dans leur réseau des professionnels qui pratiquaient des médecines alternatives et pouvaient proposer ce type d'accompagnement à leurs patientes : « *on peut aussi les envoyer faire de la sophrologie, du yoga, de l'hypnose* », « *l'hypnose marche pas mal, l'acupuncture, la sophrologie, toutes ces médecines parallèles, l'homéopathie pour l'anxiété et le stress* », « *acupuncture, ostéopathie, kinésiothérapie, hypnose, biokinergiste* », « *hypnose, sophrologie, yoga* », « *haptonomie* », « *hypnose, acu, sophro, homéo* ».

- Suivi à domicile

Deux sages-femmes, mesdames P et J, ont expliqué « *qu'en accord avec le gynécologue* » « *une surveillance monito sur une ou deux semaines pour passer la date anniversaire* » avait été organisée.

2.7. SOLLICITATION DES PATIENTES

Toutes les sages-femmes se sont exprimées au sujet de la fréquence des consultations par les femmes avec un antécédent de MFIU.

- Consultent plus

Une sage-femme, madame M, a exprimé avoir l'impression que ces femmes consultent plus fréquemment sans être dans l'abus « *ces patientes vont être plus inquiètes donc elles ont tendance à consulter dès qu'il se passe quelque chose* ».

- Ne consultent pas plus

Six sages-femmes ont expliqué qu'elles ne consultaient pas plus qu'une femme sans antécédent particulier « *je ne pense pas qu'ils consultent plus* », « *ne consultent pas forcément* », « *ne consultent pas plus fréquemment* », « *ne viennent pas tout le temps* ».

- Sollicitation importante

Sept sages-femmes s'accordaient à dire que les femmes, même si elles ne consultaient pas plus, les sollicitaient beaucoup plus par téléphone ou par messagerie : « *la patiente va appeler de manière très régulière* », « *demande plus régulière* », « *sollicitent beaucoup plus* », « *appellent pour le moindre petit truc qui va pas* », « *vont être peut-être plus demandeuses à des moments particuliers* », « *peuvent plus solliciter au moment des dates anniversaires* », « *appellent plus souvent* », « *elles ont besoin d'être rassurées [...] peu importe le moment de la grossesse* ».

- Temps de consultation plus long

Deux sages-femmes ont expliqué passer plus de temps en consultation avec ces patientes « *parfois je prends le double de mon temps habituel pour une consult* », « *souvent on passe plus de temps au cours d'une séance, d'une consult* », « *peut-être passer plus de temps au moment où elles sont là* ».

2.8. RESSENTI ET INVESTISSEMENT DES SAGES-FEMMES

L'ensemble des sages-femmes ont exprimé leurs sentiments et leur ressenti lors de l'accompagnement d'un couple avec un antécédent de MFIU.

- Mal à l'aise, stressée

Deux sages-femmes, mesdames F et M, ont dit ne pas se sentir à l'aise, voire être stressées lors de cet accompagnement : « *toujours plus stressée* », « *un peu plus quand même que pour une grossesse sans antécédent* », « *c'est pas que je n'aime... mais [...] je me projette [...] donc ce n'est pas évident d'entendre ces choses-là* », « *ce n'est pas une situation que l'on va préférer* », « *je ne me sens pas à l'aise peut-être* ».

- Démunies

Quatre sages-femmes, mesdames P, F, Ba et H, ont affirmé se sentir démuniées : « *toujours démunie lors du diagnostic mais moins quand on les revoit pour la grossesse suivante* », « *je me sens démunie car on n'est pas psy [...] on pourrait avoir des formations* », « *un peu démunie surtout quand elles nous annoncent elles-mêmes les choses* », « *parfois démunie car on se retrouve en plein dans la partie la* ».

plus difficile du deuil », « si on entend démunie dans le sens où on arrive au bout de nos compétences oui on l'est ».

- Empathie

Quatre sages-femmes, mesdames P, F, Ba et R, ont expliqué avoir de l'empathie : *« l'empathie vis-à-vis du trauma qu'ils ont vécu », « toujours dans l'empathie », « des émotions par empathie, elles ne nous appartiennent pas », « faut de l'empathie mais pas pleurer avec eux ».*

- Compassion

Deux sages-femmes, madame P et madame F, ont déclaré se sentir proches de ces femmes, de ces couples *« une proximité qui se crée plus qu'avec un autre couple », « lors d'une grossesse suivante, je suis toujours dans la proximité avec ces couples », « forcément des patientes dont on est plus proche », « pas le même relationnel avec ces patientes », « on se sent plus proche », « implication un peu plus émotionnelle », « on s'implique beaucoup plus émotionnellement ».*

- Investissement

Concernant l'investissement des sages-femmes dans cet accompagnement, une sage-femme a précisé s'investir de façon identique pour toutes ses patientes : *« je ne m'investis pas plus car je pense être assez présente pour toutes mes patientes », « je pense que les patientes n'ont pas forcément besoin que l'on soit plus présente ».*

Trois sages-femmes, mesdames P, F et M, expliquaient s'investir en fonction de la demande des femmes *« ça reste à la demande de la patiente ou du couple », « je ne m'investis pas plus mais différemment », « l'investissement va dépendre de la demande des femmes, ça ne viendra pas de moi ».*

Les quatre autres sages-femmes ont expliqué s'investir plus dans cet accompagnement qu'avec d'autres patientes ou autres couples : *« on s'investit plus forcément parce qu'elles sont attachantes, elles cherchent de l'aide », « il y a plus d'investissement ».*

PARTIE 4 : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

1. FORCES DE L'ETUDE

La force principale de notre étude est le choix d'une méthode qualitative par entretiens individuels semi-directifs. Cette approche est justifiée par l'intérêt de connaître quel accompagnement réalisent les sages-femmes libérales en présence d'une femme ou d'un couple avec un antécédent de mort fœtale, leurs ressentis, les ressources dont elles disposent, au niveau professionnel et personnel, dans le but de répondre à nos objectifs. Les questions posées étaient ouvertes pour que les sages-femmes puissent exprimer tout ce qu'elles souhaitaient.

Les profils des sages-femmes interrogées sont différents au niveau des âges, du temps d'exercice en libéral, du lieu d'exercice, ainsi qu'au niveau de la distance avec la maternité la plus proche. Cette variété se retrouve aussi au niveau des formations et diplômes complémentaires que certaines possèdent. Ils s'avèrent être d'une aide pour ces sages-femmes dans leur accompagnement des femmes et des couples.

Le guide d'entretien est apparu pertinent car il a permis d'apporter des éléments de réponses à la problématique de cette étude et les questions de relance ont enrichi les domaines préétablis du guide.

2. BIAIS ET LIMITES

Parmi tous les entretiens, six ont été réalisés en présentiel et deux en visioconférence. Il est possible que pour ces derniers il y ait eu une perte des données notamment non verbales.

De plus, au fil des entretiens certaines sages-femmes cherchent leurs mots, ont besoin de réfléchir pour donner une réponse. Un biais affectif peut donc se manifester à ce moment-là. Chacune a son propre ressenti sur les questions et l'affect peut donc prendre le dessus sur les réponses données. Ce biais va de pair avec le biais de souvenir. Certaines sages-femmes ont été en difficulté pour restituer le nombre exact de suivi de femmes avec un antécédent de MFIU. Or c'est un événement peu fréquent qui devrait marquer les esprits. En effet une MFIU survient dans 0.5% des grossesses après 14 SA. [31] Cet événement tragique, ou son souvenir, peut potentiellement faire l'objet d'une amnésie chez les sages-femmes.

Un biais de temps est également retrouvé. Les entretiens ont été programmés en fonction des plannings des sages-femmes. Certains ont eu lieu entre deux consultations. Si les entretiens avaient été réalisés à un autre moment, peut-être que certaines questions auraient été plus approfondies, ou même d'autres questions seraient apparues.

Un autre biais repose sur les questions lors des entretiens. Même si la trame d'entretien ne comprenait que des questions ouvertes comme l'indique un entretien semi-directif, en pratique certaines interrogations imposaient une réponse positive ou négative. Il est donc possible que certaines réponses aient été induites par l'interviewer.

3. ANALYSE ET DISCUSSION

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire permet de faire un état des lieux de l'accompagnement réalisé par les sages-femmes libérales auprès de patientes enceintes, ayant un antécédent de mort foetale in utero.

3.1. ACCOMPAGNEMENT ADAPTE AUX ANGOISSES

3.1.1.angoisses

Concernant le ressenti des femmes lors des grossesses ultérieures à une MFIU, toutes les sages-femmes s'accordent pour dire que ces dernières ressentent de l'angoisse par rapport à la nouvelle grossesse. Elles utilisent plusieurs synonymes pour parler de cette angoisse, comme « *l'anxiété* », « *la peur* », « *l'appréhension* », ou encore « *le stress* ». Dans leur article « *Quand la vie reprend ses droits ? Une grossesse après une perte prénatale* », mesdames Shulz et Mériot expliquent que les grossesses ultérieures à un deuil périnatal sont globalement teintées d'angoisse de perdre de nouveau un enfant. Les couples se projettent peu dans cette grossesse par peur de revivre la même situation que précédemment. Les angoisses sont plus vives pour ces couples à l'approche des dates anniversaires, que ce soit sur le calendrier ou dans les stades de l'avancée de la grossesse suivante. [25]

L'angoisse est également associée à une notion de temporalité pour la moitié des sages-femmes : « *passer le cap de la date anniversaire* ». En effet, elles soulignent que cette date anniversaire est « *un cap difficile à passer* » pour les femmes et les couples. C'est souvent à ce moment-là que les patientes manifestent le plus de signes d'angoisse. Elles ont des « *questions qui reviennent en boucle auxquelles on ne peut pas répondre* », des « *appréhensions surtout aux dates anniversaires* », « *peur que ça recommence* », « *peur de le perdre* » et « *si quelque chose n'est pas forcément accepté ça va ressortir pendant la grossesse, forcément* ». Elles peuvent rapporter des inquiétudes sur le bon déroulement de la grossesse, certaines « *le sentent un peu moins bouger* ».

Le degré d'implication de la femme, ou du couple, dans la nouvelle grossesse, semble aussi être corrélé à la survenue des angoisses. Les sages-femmes précisent que certaines femmes « *n'investissent pas vraiment la grossesse* », que certains couples préfèrent attendre pour « *le choix du prénom* ». Les sages-femmes constatent que les patientes « *se mettent un frein, il ne faut pas s'attacher trop vite à ce bébé* », de peur que la situation précédente se reproduise. Les sages-femmes rapprochent l'absence ou le manque d'investissement à la perte de « *l'insouciance de profiter du moment présent* ». Les études d'Amstrong et Hutti en 1998, d'Amstrong en 2004 ou encore d'O'Leary en 2004, ont montré que l'attachement prénatal était diminué lors des grossesses faisant suite à un deuil périnatal et cela d'autant plus que l'anxiété maternelle était élevée. La crainte maternelle d'oublier leur enfant mort, la sensation de l'abandonner en ayant un nouvel enfant, constituait un frein à l'attachement prénatal. [25]

L'étude atteste que les sages-femmes sont conscientes et attentives au trouble de l'attachement prénatal à envisager en cas d'angoisse manifestée par les patientes ou les couples. Pour dépister ce point de vulnérabilité certaines déclarent profiter plus spécifiquement de l'EPP, d'autres de s'y attarder lors des visites prénatales.

3.1.2. Entretien prénatal précoce

Seules deux sages-femmes font référence à l'EPP comme moyen de prévention des vulnérabilités spécifiques à la femme enceinte avec ATCD de MFIU. L'EPP leur permet d'approfondir un peu plus les angoisses ressenties par les femmes, de déceler leurs vulnérabilités, d'identifier si le processus de deuil est toujours en cours ou s'il est terminé. « *L'EPP permet bien en début de grossesse d'identifier les symptômes ressentis quand ils sont exprimés, leurs angoisses, leurs peurs, c'est un bon moyen* », « *l'EPP me permet de déceler des vulnérabilités vis-à-vis de ça* ». En effet, l'EPP est défini par la loi comme un entretien permettant aux femmes et aux couples d'exprimer leurs attentes, de poser toutes leurs questions et d'évoquer aussi les éventuelles difficultés qu'elles soient médicales, sociales ou psychologiques. Ils peuvent faire part de leurs ressentis vis-à-vis de cette nouvelle grossesse. Cet entretien permet aussi au professionnel de repérer des facteurs de vulnérabilité susceptibles de compromettre la santé de l'enfant à venir ainsi que l'instauration du lien mère-enfant, et plus généralement parents-enfants. Il est possible de ne pas repérer tous les facteurs de vulnérabilité lors de cet entretien mais le professionnel de santé qui suit la grossesse devra y être attentif à chaque consultation. [9, 27]

Les six autres sages-femmes interrogées n'évoquent pas l'EPP dans la prise en charge des angoisses des femmes et des couples, bien qu'il s'agisse d'une consultation dédiée à la prévention. Selon ces sages-femmes, les angoisses s'expriment tout au long de la grossesse. Elles devront rassurer ces femmes à chaque consultation : « *elles ont besoin d'être rassurées [...] peu importe le moment de la grossesse* ».

Il semble que les entretiens préventifs votés par le législateur, comme l'EPP et le bilan prénatal, ne soient pas employés ou envisagés à leur juste mesure. Ces entretiens permettent « *de déceler* », « *d'identifier* » les clignotants, les points de vulnérabilité, et enclencher la mise en œuvre d'actions préventives spécifiques. Les objectifs secondaires visent à réduire la perte de temps de prise en charge, à éviter les complications et à limiter les actions individuelles et isolées. En effet, le travail collaboratif en réseau est un moyen de référer la patiente au professionnel le plus compétent selon le diagnostic formulé.

3.1.3. Le réseau de professionnel

Toutes les sages-femmes déclarent avoir constitué un réseau de professionnels plus ou moins étendu. Elles ont au minimum un psychologue dans leur environnement professionnel pour les aider dans l'accompagnement de leurs patientes. Certains psychologues sont par ailleurs formés en périnatalité ou à l'étude du lien mère-enfant, qui peut être compliqué à s'établir après un deuil périnatal. Toutes les sages-femmes estiment qu'il est important d'orienter les patientes vers un psychologue lorsqu'elles suspectent un deuil périnatal inachevé ou réactivé lors de la grossesse suivante. Si la plupart des sages-femmes se sentent capables d'accompagner ces femmes, elles soulignent le besoin d'un soutien extérieur qui atteste d'une connaissance plus approfondie de la psychologie « *si je sens des failles j'ai tendance à orienter* », « *on les envoie voir un psy* », « *proposer toujours de mettre en contact avec un psy si besoin* ». M-J. Soubieux, pédopsychiatre et psychanalyste, explique que lors d'un deuil périnatal, les parents ne doivent pas seulement faire le deuil de leur enfant, mais aussi le deuil de leur

propre vécu infantile, de leurs conflits non résolus, et surtout des relations parents-enfants qu'ils souhaitent reproduire ou réparer. Aux yeux de la société ils font le deuil d'être une mère ou un père. Avec cette mort ils perdent une partie d'eux-mêmes et des projets qu'ils avaient faits pour et avec cet enfant. [23] La complexité du deuil périnatal ainsi exprimée, impose à la sage-femme de reconnaître ses limites en la matière et d'orienter la patiente vers un expert comme les psychologues, voire les psychiatres.

Deux sages-femmes confient également demander au gynécologues-obstétricien, avec lequel elles travaillent habituellement en collaboration, de prescrire un suivi à domicile, notamment au moment des dates anniversaires, pour accompagner ces femmes et ces couples dans ces moments difficiles. Il s'agit souvent de prescrire une « *surveillance monito sur une ou deux semaines pour passer la date anniversaire* ». Enfin, dans l'ouvrage de Clutier Seguin et Toubin, les auteurs expliquent que « *partager le suivi de la grossesse à plusieurs professionnels de la périnatalité peut constituer un point de sécurité supplémentaire tant pour les parents que pour les équipes médicales* ». [31]

Mais le réseau de professionnels n'est pas le seul moyen d'offrir aux femmes et aux couples en difficulté des compétences supplémentaires. En effet, deux sage-femmes déclarent avoir obtenu des diplômes de médecines complémentaires et alternatives qui viennent compléter leurs compétences : « *je possède un DU d'hypnose donc je peux travailler là-dessus* », « *j'ai un DU d'aroma et phytothérapie, et une petite formation en homéo* ». Sinon, quatre sages-femmes sollicitent directement des professionnels qui pratiquent les médecines complémentaires et alternatives, et les médecines douces comme « *la sophrologie, du yoga, de l'hypnose* », « *l'hypnose marche pas mal, l'acupuncture, la sophrologie, toutes ces médecines parallèles, l'homéopathie pour l'anxiété et le stress* », « *acupuncture, ostéopathie, kinésiothérapie, hypnose, biokinesgiste* », « *haptonomie* ». Les ressources parallèles à la médecine traditionnelle foisonnent et nécessitent pour la sage-femme de rester vigilante. Elle doit s'assurer de la compétence du professionnel vers lequel elle réfère la patiente pour la protéger de certaines dérives. [32]

Les sage-femme reconnaissent les angoisses comme facteur de risque de trouble de l'attachement. La majorité d'entre-elles proposent des médecines complémentaires et alternatives ou des médecines douces pour apaiser les angoisses. Mais seules deux sages-femmes assurent cette prestation. La majorité les réfèrent à un autre professionnel. Il serait intéressant d'interroger les sages-femmes sur les freins et les leviers à l'acquisition de compétences supplémentaires qui permettent de maintenir une surveillance globale par la sage-femme. Des pistes peuvent être envisagées comme le manque de temps, le financement de la formation continue ou les centres d'intérêts personnels.

L'hypothèse selon laquelle les sages-femmes libérales mettent en place un accompagnement adapté aux angoisses des femmes et des couples lors d'une grossesse ultérieure à une MFIU est observée au sein de notre population d'étude. L'ensemble des sages-femmes déclarent rechercher les signes d'angoisse chez les patientes et les couples tout au long du suivi médical de la grossesse, et pour certaines plus particulièrement au moment de l'EPP. Les sages-femmes précisent collaborer avec d'autres professionnels lorsque la situation dépasse leurs compétences. Le réseau auquel elles participent regroupe différentes catégories professionnelles. Pour exprimer l'angoisse relative au deuil,

elles orientent les patientes vers des psychologues plus ou moins spécialisés dans le domaine de la périnatalité et du lien mère-enfant. Pour faciliter et rassurer les femmes et les couples dans les périodes angoissantes de la grossesse, elles font appel aux gynécologues-obstétriciens pour envisager la prescription d'un suivi du bien-être fœtal par la réalisation d'un monitoring fœtal. Enfin, pour apaiser les angoisses, les sages-femmes proposent aux patientes et aux couples de rencontrer des professionnels exerçant des médecines complémentaires et alternatives, ou des médecines douces.

3.2. ACCOMPAGNEMENT FACE A LA REVIVISCENCE DU DEUIL PERINATAL

3.2.1. Reviviscence du deuil périnatal

La reviviscence est une réactivation émotionnelle, la « *réapparition après un oubli, une mise en sommeil momentanée d'un état psychique déjà éprouvé* ». [33] Elle est responsable de certains phénomènes comme la tristesse, l'angoisse, la culpabilité, la crainte de l'attachement, la confusion entre l'enfant mort et l'enfant à naître voire le concept d'enfant de remplacement. [34]

- L'enfant de remplacement

Les sages-femmes interrogées n'évoquent pas spontanément l'enfant de remplacement. Après avoir été sollicitées à ce sujet, cinq sages-femmes ne perçoivent pas l'enfant suivant comme un enfant de remplacement parce qu'elles estiment qu'il s'est passé un temps assez long, en général plus d'un an, pour que la femme ait eu le temps de faire son deuil : « *beaucoup moins ce sentiment sur une MFIU [...] un temps s'était passé* », « *on considère moins un enfant de remplacement au-delà d'un an, on ne revit pas le truc en étant déjà enceinte* », « *quand elles se posent la question est-ce qu'il va remplacer celui mort c'est déjà qu'elles font la distinction entre les deux donc il y a peu de risques qu'elles le considèrent comment un enfant de remplacement* », « *c'est plutôt une peur de le considérer comme un enfant de remplacement* », « *il y a une part de réparation mais pas dans un sens de remplacement* », « *elles avaient vraiment fait leur deuil, elles ne se sont pas précipitées pour refaire un enfant et le remplacer* ». Les sages-femmes sont conscientes que l'enfant de remplacement est avant tout le fruit d'une décision consciente de la femme ou des parents qui n'ont pas terminé le deuil de l'enfant mort. [34]

Les trois autres sages-femmes expliquent qu'une grossesse survenant moins de six mois après une mort fœtale, peut faire évoquer la conception d'un enfant de remplacement pour ce couple : « *ça se fait rapidement après* », « *la phase de deuil n'a pas pris assez de temps [...] c'est-à-dire deux mois après elle est de nouveau enceinte, ça fait assez vite remplacement* », « *possible aussi qu'elles le considèrent comme un enfant de remplacement mais qu'on ne le perçoive pas. Elles différencient les deux enfants mais le psychologique est tellement affecté que pour elle, le nouvel enfant va combler le vide laissé par le premier* ». Les études de Cain et Cain en 1964, et celle de Poznanski en 1972, montrent que l'enfant, suivant une perte périnatale, peut être considéré comme l'enfant remplaçant celui perdu et jamais perçu par ses parents comme individué : « *les enfants ayant été conçus peu de temps après la mort d'un autre enfant : l'intention spécifique des parents qui ont cet enfant étant qu'il remplace ou se substitue à leur enfant qui est mort* ». Les enfants de remplacement connaissent une protection excessive et des attitudes restrictives de la part des parents, et peuvent manifester des troubles de l'identité et un sentiment de culpabilité nécessitant un suivi psychiatrique. [25, 34]

L'ensemble des sages-femmes est d'accord sur le fait qu'un deuil non aboutit est un facteur de risque pour la femme ou le couple d'élaborer un projet d'enfant de remplacement. Par contre, l'élaboration du deuil semble être corrélée à un délai minimum.

- Le délai entre les grossesses

Les sages-femmes interrogées s'accordent à dire qu'il n'y a pas de délai à conseiller à une femme ou à un couple pour débiter une nouvelle grossesse après une mort fœtale. Les intéressés s'engagent « *quand ils sont prêts* », que « *ça dépend des couples* », qu'« *il faut que ce soit discuté en couple* », et qu'« *il faut être capable d'avancer, d'être pleinement disponible* ». Et, comme évoqué par Troy Lecante : « *La seule guérison possible passe selon moi par une nouvelle grossesse et un nouvel enfant* ». [35]

Elles remarquent par ailleurs que chaque femme, chaque couple, avance à son rythme : « *elles ne se sont pas précipitées pour refaire un enfant* » ou à l'inverse « *elles enchaînaient les grossesses* ».

Cependant, certaines sages-femmes nuancent ces propos en précisant qu'il est important que la femme, ou le couple, ait fait son deuil pour vivre une nouvelle grossesse, donc cela « *dépend du temps dont elles ont besoin pour faire leur deuil* ».

Une seule sage-femme rapporte le deuil à un délai et informe les patientes que « *pour travailler sur le deuil il faut six mois* ».

Jensen et Zahourek, en 1972, considèrent la grossesse suivant un deuil périnatal comme un « indice de résolution du deuil ». Ici, la survenue de la grossesse reflète l'état du deuil et s'impose comme un indicateur de bon pronostic. En 1978, Bowlby, psychiatre et psychanalyste, estime qu'un délai d'un an entre les deux grossesses permet une régulation du deuil et des sentiments négatifs qui lui sont attachés. Il considère qu'une nouvelle grossesse ne devrait pas débiter avant la résolution du deuil car cela pourrait augmenter le risque de dépression. Pour Bowlby, c'est l'état du deuil qui est un indicateur pertinent pour débiter une grossesse et réduire les complications. La même année, Rowe, montre qu'une nouvelle grossesse rapprochée de la perte d'un enfant pourrait prolonger le deuil et augmenter la difficulté pour la mère à s'attacher à l'enfant à naître. Dans cette étude, la survenue d'une grossesse en plein processus de deuil détermine une prolongation du deuil et l'apparition de troubles de l'attachement. En 1979, Lewis atteste que deux grossesses rapprochées dans le cadre d'un deuil périnatal, peuvent interrompre le processus de deuil et provoquer « *une idéalisation de l'enfant suivant ou à l'inverse à des mouvements de rejet et de maltraitance* ». En 2001, Franche observe qu'un délai long entre l'annonce de la MFIU et la décision d'une nouvelle grossesse pourrait générer une augmentation de la dépression. [25]

Au travers de ces différentes conclusions, il apparaît que la notion de délai est sujet à controverse et qu'il n'est pas un bon indicateur pour prévenir la survenue de complications. La majorité des sages-femmes de l'études sont en accord avec cette remarque puisqu'elles ne se réfèrent à aucun délai et ne donnent aucun conseil en ce sens. Elles restent ainsi vigilantes à la réactivation du deuil quel que soit le délai entre les deux grossesses, et adaptent l'accompagnement aux besoins des femmes et des couples. Mais la réactivation du deuil n'est pas sans conséquences sur le professionnel qui cherche toujours la bonne distance avec le patient.

3.2.2. Ressenti des sages-femmes

Quatre axes se sont dégagés des entretiens sur le ressenti des sages-femmes.

- Le manque

La majorité des sages-femmes se sentent démunies au regard de ces femmes et de ces couples qui expriment des craintes, de l'anxiété, de la tristesse voire de la culpabilité. Face à la reviviscence du deuil ou simplement à l'histoire de ces femmes, les sages-femmes s'estiment démunies et submergées car elles doivent accueillir toutes les émotions des patientes et répondre à leurs besoins : « *démunie car on se retrouve en plein dans la partie la plus difficile du deuil* », « *on se prend un peu toutes les émotions dans la tronche* », « *surtout quand elles nous annoncent elles-mêmes les choses* », « *démunie parce qu'on n'est pas psy [...] on pourrait avoir des formations* », « *dans le sens où on arrive au bout de nos compétences* ». Si les sages-femmes sont conscientes des risques psychologiques associés à un ATCD de MFIU, elles reconnaissent ne pas être suffisamment compétentes pour gérer leur survenue. Shulz et Mériot évoquent cette difficulté possible en cas de grossesse succédant à un deuil périnatal. Elles rappellent que les soignants vont être confrontés, lors des consultations, à des problématiques moins habituelles et très mobilisatrices. [27] Plusieurs des sages-femmes interrogées témoignent de cette situation inconfortable. Elles disent se retrouver face à des demandes auxquelles elles ne sont pas habituées et qui les font se sentir plus ou moins démunies.

- L'empathie

Pour plusieurs sages-femmes, l'empathie est une capacité indispensable dans l'accompagnement des femmes et des couples. Il est primordial d'être « *toujours dans l'empathie* », « *vis-à-vis du trauma qu'ils ont vécu* », « *des émotions (qui) ne nous appartiennent pas* ». L'empathie est la juste distance, entre le professionnel et le patient, qui permet au professionnel d'accéder à l'environnement et aux émotions du patient pour mieux le comprendre et l'aider à vivre des événements compliqués. [36] Cette juste distance est expliquée par une sage-femme de la façon suivante : « *il faut de l'empathie mais pas pleurer avec eux* ». En effet, accéder aux émotions de l'autre par le biais de son environnement, intrinsèque et extrinsèque, c'est pouvoir refléter ces émotions à l'autre pour qu'il puisse progresser en termes de réflexion, prise de décision et responsabilisation. Le professionnel est une sorte de miroir. La frontière est alors fragile entre l'empathie et la compassion.

- La compassion

Plusieurs sages-femmes abordent la notion de proximité avec les femmes et les couples. Elles témoignent d'une proximité plus forte avec les femmes qui ont vécu une MFIU, et encore plus quand elles ont été présentes lors du diagnostic. Elles parlent d'« *une proximité qui se crée plus qu'avec un autre couple* », que « *lors d'une grossesse suivante je suis toujours dans la proximité avec ces couples* », qu'il s'agit « *forcément de patientes dont on est plus proche* », qu'il n'y a « *pas le même relationnel avec ces patientes* » car « *on se sent plus proches* ». Et au-delà de la juste distance à avoir avec les patientes et les couples lors de l'accompagnement et du suivi de la grossesse, il y a les émotions que génère cet accompagnement. Certaines sages-femmes évoquent une « *implication un peu plus émotionnelle* », « *on s'implique beaucoup plus émotionnellement* ». Et d'autres sages-femmes

disent ne pas se sentir à l'aise dans cet accompagnement, car elles se projettent dans la situation, elles assimilent cette perte comme étant la leur, comme toute mère pourrait le faire « *c'est pas que j'aime... mais [...] je me projette [...] donc ce n'est pas évident d'entendre ces choses-là* », « *ce n'est pas une situation que l'on va préférer* ». Le fait de se sentir proches ou de se projeter dans la vie de ces femmes, de ces couples, laisse sous-entendre une certaine compassion à leurs égards.

- L'écoute

Les sages-femmes ressentent le besoin d'être à l'écoute des patientes et des couples. Le terme a été répété plusieurs fois lors des entretiens : « *écouter ses antécédents, quelles sont ses peurs, ses appréhensions par rapport à cette nouvelle grossesse* », « *l'écouter [...] c'est vraiment important* ». Ecouter permet aux sages-femmes d'adapter leur accompagnement et d'orienter leurs réponses. Elles peuvent ainsi « *prendre en compte les spécificités de la personne, son histoire, ses besoins et essayer d'y répondre au mieux ou avec les moyens du bord* », « *répondre aux questions qu'ils se posent* ». Dans la relation soignant-soigné, le soignant est à l'écoute de l'autre et de ses proches. Il prend en considération les préoccupations, les inquiétudes du soigné, pour apporter des réponses adaptées, dans la limite de ses compétences. L'écoute permet de rassurer le patient et de créer une relation de confiance avec lui. [37] Les sages-femmes expriment très clairement les bienfaits qu'elles obtiennent à l'aide d'une écoute attentive et active.

L'hypothèse selon laquelle les sages-femmes ressentent des difficultés à accompagner les femmes et les couples face à la reviviscence du deuil périnatal, lors d'une grossesse suivant une MFIU est constatée au sein de notre population. Les sages-femmes ont connaissance de la notion de reviviscence du deuil périnatal même si elles ne l'expriment pas toutes clairement. Elles sont donc vigilantes à ce sujet quel que soit le moment où la patiente, ou le couple, décide de débiter une nouvelle grossesse suite au vécu d'une MFIU. Par contre, elles témoignent d'un manque de compétences pour accompagner « *la reviviscence* ». En effet, bien qu'elles soient à l'écoute, dans l'empathie voire la compassion, elles reconnaissent être démunies pour faire face aux troubles associés à une reviviscence du deuil de l'enfant mort.

3.3. ORGANISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

3.3.1. Organisation selon les connaissances de la sage-femme

Une sage-femme explique que l'accompagnement n'est pas quelque chose qui s'apprend dans les livres mais tout au long de nos études, et même après lors de notre exercice professionnel. Elle précise en plus, qu'il n'y a pas un accompagnement bien défini mais plusieurs types d'accompagnement en fonction de la personne accompagnée. Il y a « *autant d'accompagnement qu'il y a de patientes* » et « *ce n'est pas quelque chose qu'on apprend dans les bouquins* », l'accompagnement « *s'apprendre tout au long de ta formation et même après une fois diplômée* ». L'accompagnement n'est pas un métier en soi du fait qu'il ne résulte d'aucun cursus de formation identifié comme tel. L'accompagnement est une compétence qui concerne des professionnels comme les soignants ou les enseignants et exige un savoir-être et un savoir-faire particuliers. L'accompagnement est une posture, c'est-à-dire une manière

d'être en relation avec autrui dans un espace et un moment donné. C'est une attitude « *de corps et d'esprit* ». [7]

L'apprentissage de l'accompagnement nécessite donc d'être accompagné, tutoré, pour ne pas se laisser emporter par les émotions des accompagnés. Mais il reste dans le domaine du savoir, avec un savoir-faire et un savoir-être propre à chacun.

3.3.2. Organisation selon les sollicitations des femmes

Parmi les sages-femmes interrogées, trois s'accordent pour dire que ces femmes et ces couples qui ont vécu une MFIU consultent assez facilement, voire un peu plus que des patientes sans antécédent particulier, mais sans abus car « *ces patientes vont être plus inquiètes donc elles ont tendance à consulter dès qu'il se passe quelque chose* », « *demande plus régulière* ». Cinq sages-femmes observent que ces femmes et ces couples ne consultent pas davantage les professionnels : « *je ne pense pas qu'ils consultent plus* ». Quatre de ces sages-femmes notent cependant une sollicitation plus importante pour le moindre problème, notamment par messages, appels téléphoniques, courriel : « *la patiente va appeler de manière très régulière* », les patientes « *sollicitent beaucoup plus* », « *appellent pour le moindre petit truc qui va pas* », « *appellent plus souvent* ». Enfin, deux d'entre elles apportent une nuance en stipulant que l'ensemble des professionnels de santé peut faire l'objet d'une sollicitation accrue à certains moments de la grossesse en lien avec leur antécédent : les patientes « *vont être peut-être plus demandeuses à des moments particuliers* », « *peuvent plus solliciter au moment des dates anniversaires* ».

Clutier Seguin et Toubin rapportent dans leur ouvrage que le nombre de consultations est plus important et les sollicitations par téléphone sont plus fréquentes : « *il faut donc s'attendre, de la part des parents à une demande forte des consultations à un rythme élevé, d'appels téléphoniques, voire de courriels incessants, témoignant de la nécessité d'être rassurés et d'être en lien avec l'équipe obstétricale sans discontinuité.* » Pour anticiper les demandes des patientes, les professionnels de santé conseillent d'établir un plan de grossesse détaillé pour minimiser le stress que peuvent ressentir les parents lors d'une nouvelle grossesse. [31]

En effet le stress et les angoisses décrits précédemment peuvent entraîner une sollicitation plus importante auprès des professionnels de santé, de la part des femmes et des couples.

3.3.3. Organisation selon les actions de prévention réglementaires

Lors des entretiens, les sages-femmes interrogées expliquent avoir peu de moyens à leur disposition pour organiser leur accompagnement en pré, per et post-partum. Certaines se servent de l'EPP, des séances de PNP ou des visites post-natales.

- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Cinq sages-femmes mettent à profit les SPNP lors de cet accompagnement « *selon les besoins de la patiente* », « *on s'adapte toujours aux besoins* ». Une sage-femme explique que ce n'est pas toujours une demande des femmes d'avoir accès à ces séances, notamment quand la MFIU a eu lieu peu de temps avant et que la femme avait déjà eu des SPNP « *proposé systématiquement, après pas toujours de demande* ».

Une des sages-femmes interrogées soulève une question intéressante : « *est-ce qu'elles se préparent ces femmes ?* ». Pour elle pas forcément car comme elle le dit : « *elles sont dans une autre dimension [...] ce qui est important c'est que le bébé aille bien, la douleur des contractions ou autres elles s'en foutent un peu* ». Au vu des entretiens réalisés, les sages-femmes s'accordent pour dire que ces patientes ne font pas toujours de SPNP, ou alors quelques une, sur les thèmes qui les intéressent, pour lesquels elles ont des questions. Pourtant ces SPNP vont permettre à la femme et au couple de comprendre le déroulé de la fin de la grossesse, surtout s'il a été interrompu lors de la précédente, et de l'accouchement qui sera différent du précédent. Elles permettent à la sage-femme également d'analyser une situation à risque, de la prendre en charge et d'orienter la patiente vers un autre professionnel si besoin. [9]

- Le retour à domicile

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé les visites à domicile dans le cadre du post-partum comportent « *des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents* ». [38]

Lors des entretiens, six sages-femmes expliquent s'appuyer sur ces recommandations car il est important d'être vigilant lors du retour à domicile face à ces femmes. C'est une période qui peut être compliquée pour elles, du fait de leur ATCD. Les sages-femmes s'attendent à voir une fragilité psychologique apparaître ou réapparaître. En effet, l'ATCD de MFIU est considéré comme une vulnérabilité, qui peut jouer un rôle dans le lien d'attachement à l'enfant qui vient de naître. Une vigilance et une soutenance pour ces couples doivent être de mise « *dans le cas d'un antécédent de MFIU on s'attend à ce que ça n'aille pas psychologiquement ou qu'il y ait une fragilité* », « *dans le cadre d'un antécédent de deuil, de MFIU, le post-partum c'est là où y a vraiment un besoin d'attention particulier* », « *évidemment candidature un peu plus importante à tout ce qui est dépression post-natale* », « *on pourrait se dire que quand ils sont déjà passés par un processus de deuil peut-être que ça va être plus facile [...], peut-être même plus difficile car cela devient concret, se rendent compte que malgré ce qu'ils ont vécu [...] à un moment donné ils vont se retrouver face à la difficulté d'avoir un enfant réel et vivant* », « *point de vigilance sur ces couples* ».

De plus, deux sages-femmes nous disent estimer qu'il est encore plus nécessaire d'aller à domicile en post-partum chez ces femmes par rapport à des femmes sans ATCD particulier pour vérifier la qualité du lien mère-enfant. Cela permet de voir si ces femmes et ces couples ont besoin d'une aide extérieure pour les encadrer dans leur nouveau rôle de parents « *s'assurer qu'ils n'ont pas de questions qui sont apparues, surtout s'ils n'ont jamais connu le retour à la maison avec un bébé, c'est un grand chamboulement dans leur vie* », « *passer à domicile après ça permet de voir si le lien d'attachement aussi se fait correctement malgré le frein pendant la grossesse* ». Deux autres sages-femmes expriment que les visites sont à la demande de la patiente « *c'est la patiente qui décide* ». L'une d'elle va jusqu'à dire que c'est « *une forte demande des femmes de passer à domicile* » après leur retour, cela les rassure.

Une des sages-femmes interrogée soulève l'importance de l'accompagnement en post-partum pour ces femmes. Elle considère que celui mis en place dans le cadre du Prado n'est pas assez long pour ces patientes qui ont besoin d'un accompagnement sur le long terme « *ce dont elles ont besoin c'est d'un accompagnement sur le long terme, pas sur le court terme du Prado* ». Elle propose de mettre en place un soutien par la PMI, mais aussi par un psychologue. Depuis 2014, l'HAS recommande de proposer un « *entretien postnatal précoce* » qui peut renforcer le besoin d'accompagnement des femmes et des couples. Il est réalisé entre quatre à huit semaines après la naissance de l'enfant et a pour but notamment de permettre aux femmes d'exprimer le vécu de leur grossesse et de leur accouchement, mais aussi leurs besoins s'il y en a, leurs difficultés dans cette nouvelle vie de mère. Ainsi, la sage-femme peut ajuster le suivi de la patiente au regard de cette discussion en s'appuyant sur le réseau de professionnels de santé en périnatalité. [38] Les sage-femmes peuvent réaliser cet entretien qui permet de revoir la patiente entre les visites à domicile et la consultation post-natale et ensuite orienter la femme en fonction de sa demande.

Enfin, quatre sages-femmes soulignent le fait qu'il est important d'aller à domicile en post-partum pour toutes les femmes peu importe les antécédents. Les séjours en maternité étant tellement courts, elles ont toutes besoin d'un accompagnement en post-partum, au moins pour s'assurer qu'on a répondu à toutes leurs questions « *qu'elles aient un antécédent de MFIU ou pas c'est aussi nécessaire dans les deux cas* », « *pas de différence entre une patiente avec cet antécédent et une patiente sans, mais on est bien attentive* », « *pas forcément plus nécessaire que pour une autre maman sans antécédent* ».

L'hypothèse selon laquelle les sages-femmes libérales mettent en place une organisation de l'accompagnement en pré, per et post-partum adaptée aux patientes et aux couples ayant un ATCD de MFIU est constatée au sein de notre étude. Elles organisent leur accompagnement selon leurs connaissances et leurs expériences, mais également selon les besoins et les demandes des femmes qu'elles accompagnent. Ces femmes et ces couples sollicitent beaucoup plus les professionnels de santé, notamment pour leurs angoisses. Les sages-femmes, pour organiser leur accompagnement, possèdent différentes actions de prévention réglementaires comme les SPNP ou encore l'accompagnement à domicile dans le cadre du Prado en post-partum. Lors du retour à domicile, toutes les sages-femmes s'accordent pour dire que le suivi à domicile est un moment où il faut être vigilant. En effet, il a été constaté que c'est une période plus à risque de dépression pour les femmes, et encore plus quand elles ont un ATCD de MFIU. Mais quoi qu'il arrive, les sages-femmes ne peuvent pas s'imposer chez la femme, le couple pour l'accompagner s'il ne le souhaite pas.

3.4. AXES D'AMELIORATION ET PROPOSITIONS

L'étude qualitative, menée auprès des sages-femmes libérales de Meuse et de Moselle, sur l'accompagnement des femmes et des couples avec un ATCD de MFIU a mis en évidence les stratégies d'accompagnement mises en œuvre par les sages-femmes pour prévenir les troubles d'attachement prénatal et pour répondre aux angoisses et à la reviviscence du deuil périnatal. Les sages-femmes se sentent relativement compétentes pour ce type d'accompagnement grâce à leurs connaissances, leur expérience et leur entourage professionnel. Cependant, elles expriment à des degrés différents des

manques de connaissances théoriques, notamment psychologiques, et des incertitudes sur la juste distance à avoir avec les patientes et les couples.

En réponse à ces observations, certaines sages-femmes précisent avoir participé à des formations de courte durée sur le deuil périnatal et en avoir tiré des bénéfices. Le Développement Professionnel Continu (DPC), créé en 2009, est un dispositif de formation obligatoire pour les professionnels de santé. Parmi les objectifs du DPC, il y a le perfectionnement des connaissances pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. En termes de formation sur le deuil périnatal, plusieurs organismes agréés proposent des sessions de 2 à 3 jours pour notamment permettre aux professionnels « *de reconnaître, comprendre et mieux accompagner la souffrance des parents, et de gérer ses propres émotions pour accueillir plus sereinement celles des parents* ». [39] L'activité libérale ne se prête pas facilement à la formation continue car elle oblige le professionnel à cesser momentanément son activité sans forcément de relai comme dans un établissement de soins. Il serait pertinent d'envisager une formation en ligne pour répondre aux besoins des sages-femmes de disposer d'une formation libérée des contraintes de temps et de lieu. En plus d'un apport théorique, des associations de parents endeuillés pourraient participer à la formation.

Comme les sites associatifs destinés aux parents endeuillés avec une ligne d'écoute et un forum de discussion, il serait judicieux de créer un forum de discussion animé par des spécialistes du deuil périnatal et du lien mère-enfant destiné aux sages-femmes pour partager et échanger sur des situations cliniques difficiles afin de les aider à accompagner les patientes et les couples dans leur décision. A la façon d'un staff pluridisciplinaire ou d'un comité d'éthique, la situation clinique présentée serait anonymisée, discutée mais la sage-femme resterait seule responsable des décisions finales.

Au cours des différents entretiens, les sages-femmes ont été sollicitées aussi bien pour les patientes que pour les couples. Et finalement, très peu de sages-femmes ont évoqué le père de façon singulière. Il est légitime de se demander si c'est parce que les sages-femmes se concentrent davantage sur le ressenti et le vécu de la femme ou si c'est parce que les femmes viennent consulter la plupart du temps sans leur conjoint. Dans ce cas, les sages-femmes n'auraient accès qu'aux ressentis des femmes et pas à ceux de leurs conjoints. Pour autant, le père a une place importante lors de la grossesse. Après un événement comme une mort fœtale, lui aussi est impacté émotionnellement même s'il ne le montre pas.

L'entretien prénatal précoce peut être individuel ou en couple. Destiné en première intention aux femmes pour améliorer la santé des femmes, il est également ouvert au couple pour préparer l'accueil de l'enfant à la naître et échanger sur la posture parentale. Mais il pourrait aussi être envisagé de l'ouvrir au conjoint dans certaines situations de vulnérabilité comme l'ATCD d'une MFIU pour qu'il puisse exprimer son ressenti vis-à-vis de cette nouvelle grossesse, et se situer par rapport à l'ATCD de MFIU, au deuil périnatal et au nouvel enfant à venir.

Certaines maternités proposent des séances de préparation à la naissance pour les pères afin qu'ils puissent poser librement toutes leurs questions, sans se sentir jugé par leur conjointe. Il s'agit d'un espace de parole qui pourrait être intéressant de mettre en place notamment lors d'un ATCD de MFIU.

Enfin, un entretien postnatal précoce est recommandé par l'HAS depuis 2014. Les sages-femmes interrogées ne le mentionnent pas au cours des entretiens. Il sera obligatoirement proposé à partir de juillet 2022. Il est possible que les sages-femmes ne soient pas encore actives à ce sujet par manque de visibilité. Cependant, cet entretien permettrait de revoir la femme et le couple entre la quatrième et la huitième semaine du post-partum pour refaire un point avec eux sur le vécu de la situation, et déceler d'éventuelles fragilités. Il a été prouvé que l'ATCD de MFIU est un facteur de risque réactivation du deuil périnatal et en conséquence de dépression, notamment dans le post-partum. C'est l'objectif de cet entretien : « *repérer les premiers signes de la dépression du post-partum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement* ». [40]

CONCLUSION

En obstétrique, la sage-femme réalise le suivi médical des femmes enceintes et assure l'accompagnement préventif des femmes et des couples. C'est un acteur incontournable et indispensable dans le parcours de soins de la femme enceinte.

L'étude menée auprès des sages-femmes libérales visait l'accompagnement d'une patiente, ou d'un couple, ayant un antécédent de MFIU. Notre objectif principal était de dresser un état des lieux de l'accompagnement mis en place par les sages-femmes libérales pour ces patientes et ces couples lors d'une grossesse ultérieure à la MFIU.

Les résultats ont mis en évidence les stratégies élaborées par les sages-femmes pour accompagner ces patientes et ces couples. Elles sont attentives aux clignotants spécifiques des angoisses, des troubles de l'attachement prénatal, qui surviennent au cours de la grossesse, et font appel à leur « réseau professionnel » lorsque la situation dépasse leur champ de compétences. Elles emploient l'empathie, parfois même la compassion pour accompagner les femmes et les couples dans les moments les plus délicats de la grossesse. Cependant elles révèlent se sentir parfois démunies, mal à l'aise lors de cet accompagnement. Bien qu'elles s'appuient sur leur savoir, leur expérience, leur sensibilité et les moyens réglementaires de prévention, elles expriment ressentir parfois une forme de solitude face aux sentiments et besoins de ces femmes et de ces couples.

Au cours de la réalisation de ce mémoire, plusieurs difficultés sont apparues. La première repose sur le recrutement des sages-femmes. En effet, de nombreuses sages-femmes ont été contactées pour participer à cette étude, mais peu ont répondu à nos sollicitations. Treize sages-femmes ont répondu par la positive ou la négative à nos sollicitations sur trente-trois sages-femmes contactées. Et seulement huit ont accepté de participer à l'étude.

La deuxième difficulté est la réalisation des entretiens. Pour fixer des rendez-vous avec les sages-femmes, il a fallu s'adapter aux plannings de chacune en fonction des disponibilités personnelles, ce qui parfois nécessite des reports d'entretiens. Malgré cela, les sages-femmes ayant participé à l'étude ont été accueillantes et bienveillantes, ce qui a permis de réaliser les entretiens dans un climat de confiance.

Enfin, cette étude a permis de confirmer que l'accompagnement des femmes, quel que soit leur(s) antécédent(s), ne s'apprend pas uniquement dans les livres, mais également au travers des différentes expériences de chacun dans son exercice professionnel.

En se référant aux spécificités de l'accompagnement, dévoilées dans cette étude, une enquête quantitative en région Grand Est, auprès des sages-femmes libérales, permettrait de normer les conclusions et d'élaborer des actions d'amélioration en soutien à l'accompagnement des femmes et des couples lors d'une grossesse ultérieure à une MFIU.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Près de 2 millions de bébés naissent mort-nés chaque année dans le monde. Les Echos. Oct 2020. [En ligne]. (Consulté le 02/08/2021) ; Disponible sur : <https://www.lesechos.fr/monde/enjeux-internationaux/pres-de-2-millions-de-bebes-naissent-mort-nes-chaque-annee-dans-le-monde-1252936>
- [2] Légifrance. Code la santé publique. Mai 2021. [En ligne]. (Consulté le 03/05/2021) ; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930152/
- [3] ANSFL. La lettre 125 printemps - Bilan prénatal : et si on s'en servait ? . La revue des sages-femmes libérales. Juin 2021 ; p47.
- [4] La Rédaction de Démarches Administratives. L'entretien prénatal précoce obligatoire. Oct 2020. [En ligne]. (Consulté le 02/08/2021) ; Disponible sur : <https://demarchesadministratives.fr/demarches/lentretien-prenatal-precoce-obligatoire>
- [5] Le Robert Dico en Ligne. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2021) ; Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/>
- [6] Benarosch J. L'accompagnement, pluralité du concept et des pratiques actuelles. Pratiques en santé mentale. 2017 ; 63 : 2
- [7] Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique, l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. Recherche en soins infirmiers. 2012 ; 110 : 13-20
- [8] Bayle B. Les remaniements psychologiques de la grossesse. Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Dunod. 2017; 13-20.
- [9] Ameli l'Assurance Maladie. Devenir parents. Jan 2021. [En ligne]. (Consulté le 27/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/meuse/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite>
- [10] Ameli l'Assurance Maladie. Accouchement et retour à domicile : prise en charge et accompagnement. Jan 2021. [En ligne]. (Consulté le 16/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/meuse/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/accouchement-retour-domicile>
- [11] Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. La visite postnatale. Mars 2011. [En ligne] (Consulté le 18/04/2021) ; Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/visitepostnatale/site/html/cours.pdf>
- [12] Ameli l'Assurance Maladie. Après l'accouchement : le retour à la maison. Fev 2021. [En ligne]. (Consulté le 18/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/meuse/assure/sante/themes/accouchement-nouveau-ne/suivi-domicile#:~:text=Prenez%20rendez%2Dvous%20aupr%C3%A8s%20d,limite%20des%20tarifs%20de%20base.>
- [13] Réseau Périnatal Lorrain. Mort fœtale in utero \geq 22SA ou \geq 500g, bilan étiologique. Déc 2019. [En ligne]. (Consulté le 02/01/2021) ; Disponible sur : <https://www.reseauperinatalloirain.fr/recommandations-rpl/ant%C3%A9natal/>

- [14] De Wailly D. Les soignants et l'accueil de la mort périnatale : entre angoisse et anticipation. Le Carnet Psy. 2014 ; 185 : 49-53.
- [15] Quibel T, Bultez T, Nizard J et al. Morts fœtales in utero. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Déc 2014 ; 43 : 883-907.
- [16] Direction de l'information légale et administrative. Interruption médicalisée de grossesse (IMG). Oct 2016. [En ligne]. (Consulté le 15/07/2021); Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1101>
- [17] D'Assier de Boisredon F. Deuils périnataux, douleurs secrètes, les écouter, les accompagner. Paris : Desclee De Brouwer ; 2017.
- [18] Centre hospitalier universitaire Limoges. Enfant né sans vie et deuil périnatal. Août 2012. [En ligne]. (Consulté le 15/07/2021); Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/729-DEUIL-PERINATAL2012.pdf>
- [19] Réseau Périnat Centre-Val de Loire. Deuil périnatal. 2021. [En ligne]. (Consulté le 25/04/2021); Disponible sur : <https://www.perinatalite-centre.fr/retour-a-la-maison/deuil-perinatal.html>
- [20] UNGMS Union des mutuelles. 7 étapes du deuil : comment avancer et surmonter la perte d'un être cher ? 2021. [En ligne]. (Consulté le 20/07/2021); Disponible sur : <https://www.ungms.fr/7-etapes-du-deuil/>
- [21] Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière Québec. Décès et deuil périnatal. Jan 2014. [En ligne]. (Consulté le 15/07/2021); Disponible sur : https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Documentation/Autres_publications/Fiches_d_information_prenatales/DecesEtDeuilPerinatal.pdf
- [22] Deuil perinatal. 2021. [En ligne]. (Consulté le 15/07/2021); Disponible sur : <http://www.deuilperinatal.ch/definition-du-deuil-perinatal/>
- [23] Soubieux MJ. Le deuil périnatal, un impensable à penser. Le Carnet Psy. 2014 ; 185 : 22-4.
- [24] Squires C. L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante. Cliniques méditerranéennes. 2004 ; 69 : 269-288.
- [25] Shulz J, Mériot ME. Quand la vie reprend ses droits ? Une grossesse après une perte prénatale. Le Carnet Psy. 2014 ; 185 : 31-5.
- [26] Beauquier-Maccotta B. Un deuil prénatal et son retentissement dans la fratrie. Le Carnet Psy. 2014 ; 185 : 41-5.
- [27] HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Nov 2005. [En ligne]. (Consulté le 02/08/2021); Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [28] Légifrance. Code la santé publique. Décembre 2021. [En ligne]. (Consulté le 12/05/2022); Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041398008/2022-07-01/

- [29] Le Jour d'Après : un lieu d'accueil, de ressources et d'accompagnement au Deuil à Nancy et en Lorraine. 2022. [En ligne]. (Consulté le 12/05/2022) ; Disponible sur : <http://lejourdapreslorraine.free.fr>
- [30] AGAPA. Offrir à tous la possibilité de parler et d'être écouté après une grossesse qui n'a pas été menée à son terme. 2022. [En ligne]. (Consulté le 12/05/2022) ; Disponible sur : <https://association-agapa.fr/lassociation/#ecoute-et-accompagnement>
- [31] Clutier Seguin J, Toubin RM. Deuil en maternité, professionnels et parents témoignent. Erès. Mai 2016 ; p241-5.
- [32] Ordre National des Médecins. Etat des lieux des pratiques et usages. Juillet 2015. [En ligne]. (Consulté le 12/05/2022) ; Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2>
- [33] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Reviviscence. 2012. [En ligne]. (Consulté le 12/05/2022) ; Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/reviviscence>
- [34] Bayle B. Les grossesses après deuil. Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Dunod. 2017; 124-30.
- [35] De Troy Lecante J. Ma petite plume : vivre et surmonter l'interruption médicale de grossesse. Paris : Michalon ; 2017.
- [36] Schneider-Harris J. Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant.e-soigné.e. Recherches en soins infirmiers. 2007 ; 89 : 52-7.
- [37] Hôpital de Mantes. Recommandations pour l'accueil d'un patient et de sa famille en hospitalisation. Mai 2014. [En ligne]. (Consulté le 19/04/2021) ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations11.pdf>
- [38] HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014. [En ligne]. (Consulté le 02/08/2021) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- [39] Panacea Conseil & formation santé. La sage-femme face au deuil périnatal. Nov 2021. [En ligne]. (Consulté le 12/05/2022) ; Disponible sur : <https://www.panacea-conseil.com/formation/sage-femme-deuil-perinatal/>
- [40] Démarches Administratives. Un entretien postnatal précoce sera bientôt obligatoire pour prévenir les dépressions post-partum. Nov 2021. [En ligne]. (Consulté le 12/05/2022) ; Disponible sur : <https://demarchesadministratives.fr/actualites/un-entretien-postnatal-precoce-sera-bientot-obligatoire-pour-prevenir-les-depressions-post-partum>

ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN

OUTIL D'ENQUETE

Comment les sages-femmes libérales accompagnent-elles les patientes et les couples qui présentent un antécédent de mort fœtale in utéro ?

Trame de l'entretien semi-directif et anonyme

Profil de la sage-femme libérale :

- Age ?
- Temps d'exercice en libéral ?
- Zone d'exercice ? Rurale ou urbaine ?
- Distance avec la maternité ?
- Nombre de patientes suivies cette année avec un antécédent de MFIU ?
- Nombre de patientes suivies avec cet antécédent depuis le début de l'exercice en libéral ?

L'accompagnement réalisé par les sages-femmes :

- Que signifie la notion d'accompagnement pour vous ?
- Que signifie la notion de deuil ?
- Selon vous, le deuil périnatal est-il différent du deuil en général ?
- Existe-t-il des manifestations spécifiques chez les patientes ou les couples ayant un ATCD de MFIU lors d'une nouvelle grossesse ? Détaillez les signes cliniques et somatiques d'angoisse.
- Comment est évoqué l'enfant mort ?
- Comment est évoqué l'enfant à venir ? Est-il évoqué comme un enfant de remplacement ?
- Avez-vous remarqué des facteurs prédictifs à cette nouvelle grossesse ? Y a-t-il un délai à « conseiller » pour une nouvelle grossesse selon vous ?
- Quels sont les moyens à votre disposition pour accompagner ces femmes et ces couples ? Comment accompagnez-vous la douleur physique et psychique de ces femmes/couples ?
- Est-ce que, pour l'EPP ou les SPN vous les réalisez différemment quand vous êtes face à une patiente avec cet ATCD ?
- Cela vous semble-t-il encore « plus » nécessaire d'aller à domicile en post-partum quand elles ont un enfant après une MFIU ?
- Quels sont les professionnels qui vous entourent ? Avez-vous dans votre réseau des psychologues, psychiatres, sophrologues, etc... pour vous aider dans cet accompagnement ?
- Avez-vous l'impression que ces femmes et ces couples vous consultent plus d'une fois par mois, ou plus souvent au cours de la grossesse qu'un couple sans ATCD ?
- Quel est votre ressenti lors de cet accompagnement ? Vous arrive-t-il de vous sentir démunie ? Avez-vous l'impression de vous investir « plus » dans cet accompagnement que lors d'une grossesse sans ATCD particulier ?

L'accompagnement par les sages-femmes libérales des patientes et des couples ayant un antécédent de mort fœtale in utero

Étude qualitative, par entretien individuel semi-directif sur les pratiques des sages-femmes libérales en Moselle et en Meuse entre octobre et décembre 2021

RESUME

Introduction : Les sages-femmes ont une place primordiale dans le suivi et l'accompagnement des femmes lors d'une grossesse. Cet accompagnement s'avère particulier lorsqu'il y a un antécédent de mort fœtale in utero. En effet c'est un événement douloureux dans la vie d'un couple. La problématique choisie était comment est réalisé l'accompagnement par les sages-femmes pour des femmes et des couples ayant un antécédent de mort fœtale in utero lors d'une grossesse ultérieure.

Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de huit sages-femmes libérales de Moselle et de Meuse par des entretiens individuels semi-directifs anonymisés. Elles ont été interrogées sur l'accompagnement pour une femme ou un couple ayant un antécédent de mort fœtale, ainsi que sur leur ressenti vis-à-vis de cet accompagnement.

Résultat : Les femmes ayant cet antécédent expriment des angoisses au cours de la grossesse ultérieure à une mort fœtale. Face à ces dernières, certaines sages-femmes se sentent démunies. Elles ont autour d'elles tout un réseau de professionnels qui peuvent les aider dans cet accompagnement et vers qui elles orientent leurs patientes quand elles en ressentent le besoin. En effet ces femmes et ces couples ont de nombreuses questions, sollicitent beaucoup les professionnels de santé et il est parfois nécessaire pour les sages-femmes de recourir à un autre professionnel pour les aider. Enfin une fois la grossesse terminée, le retour à domicile est un moment important pendant lequel les sages-femmes doivent être attentive d'un point de vue psychologique. En effet ces femmes ont une fragilité due à leur antécédent qui requiert une vigilance particulière. Ces visites vont permettre aux sages-femmes d'évaluer la qualité du lien d'attachement au nouvel enfant.

Conclusion : Bien que les sages-femmes réalisent cet accompagnement du mieux possible en fonction de leur sensibilité et de leur vécu, certaines ne se sentent pas à l'aise. Il semble important de leur proposer des formations sur le deuil périnatal pour être plus à l'aise avec ces couples.

Mots clés : Accompagnement, deuil périnatal, mort fœtale in utero, sages-femmes libérales, ressenti

ABSTRACT:

Introduction: Midwives have an essential role in monitoring and supporting women during pregnancy. This support is particular when there is a history of fetal death in utero. Indeed, this is a painful event in the life of a couple. The chosen problem was what support midwives provide to women and couples with a history of fetal death in utero during a subsequent pregnancy.

Methods: A qualitative study was carried out with eight liberal midwives from Moselle and Meuse by means of individual semi-directive and anonymous interviews. They were questioned about the support provided to a woman or a couple with a history of fetal death, as well as their feelings about this support.

Results: Women with this history express anxiety during the pregnancy following fetal death. Some midwives feel helpless in the face of these fears. They have a whole network of professionals around them who can help them in this support and to whom they refer their patients when they feel the need. Indeed, these women and couples have many questions and make a lot of demands on health professionals and it is sometimes necessary for midwives to call on another professional to help them. Finally, once the pregnancy is over, going home is an important moment during which midwives must be attentive from a psychological point of view. Indeed, these women have a fragility due to their past history which requires particular vigilance. These visits will allow midwives to assess the quality of the attachment to the new child.

Conclusion: Although midwives carry out this support as best, they can according to their sensitivity and experience, some do not feel comfortable. It seems important to offer them training on perinatal bereavement to be more at ease with these couples.

Key Words: Accompaniment, perinatal bereavement, fetal death in utero, liberal midwives, feeling