

Accompagnement des IMG, MFIU, FCT en salle de naissance - Vécu des sages-femmes et score d'anxiété situationnelle

Etude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique
réalisée au CHU d'Angers du 31 octobre 2016 au 10 janvier 2017

Dumay Amélie

Sous la direction de Mme ABIOLA Lucile

Membres du jury :

NETIER Elodie
BIQUARD Florence
ROSSARD Yolande
RIBEIRO Isabel

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement Lucile Abiola pour ses conseils avisés, son accompagnement ainsi que ses relectures tout au long de l'élaboration de ce projet.

Un grand merci également à toute l'équipe pédagogique pour leur implication durant ces quatre années d'études ainsi qu'à Laurence pour son écoute et sa bienveillance.

Merci aux sages-femmes du CHU d'Angers pour leur participation à cette étude.

Merci à mes parents et à mes frères et sœurs pour leurs encouragements, leurs relectures et leur présence dans les moments difficiles.

A toute la promotion 2013-2017 pour ces quatre années d'amitié et tout particulièrement aux MDC et cie.

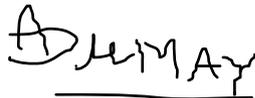
Et enfin, à Guillaume pour son soutien au quotidien.

Engagement de non plagiat

Je soussignée Amélie Dumay, déclare pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire

Signature :



Amélie Dumay

Glossaire

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic PréNatal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ESF : Etudiant Sage-Femme

FCT : Fausse Couche Tardive

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

MFIU : Mort Fœtale In Utero

SA : Semaines d'Aménorrhée

SF : Sage-Femme

SDN : Salle De Naissance

Sommaire

INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	3
Matériels	3
Méthodes	3
Statistiques	4
RESULTATS	5
DISCUSSION	8
Les biais et les limites de l'étude	8
Analyse des résultats de l'étude et comparaison à la littérature	8
Difficultés et anxiété situationnelle.....	8
Formation	10
Propositions	11
CONCLUSION	13
BIBLIOGRAPHIE	14

INTRODUCTION

La définition première de la sage-femme est la personne qui guide et aide la parturiente ainsi que le couple à donner la vie ; cependant, il existe une toute autre partie du métier qui reste méconnue du grand public. En effet, les sages-femmes sont également les principales soignantes prenant en charge des couples traversant un deuil périnatal. Elles ont donc un rôle fondamental dans la mise en place du processus de deuil chez ces couples confrontés à une perte fœtale.

Les sages-femmes peuvent être amenées à gérer des situations de Morts Fœtales In Utero (MFIU), ainsi que des Interruptions Médicales de Grossesse (IMG). Selon la loi n°75-17 du 17 janvier 1975, article 5, les IMG peuvent être envisagées si la grossesse met en péril la santé de la mère ou si l'enfant à naître est atteint d'une pathologie incurable, elles peuvent être réalisées à tout moment de la grossesse, sans limite de terme (1). Après 22 SA, les enfants/fœtus peuvent naître vivants, il est donc nécessaire de réaliser, in utero, un fœticide afin que l'enfant/fœtus naisse décédé. En effet, une fois nés vivants, la Loi n'autorise pas à mettre fin à la vie. Enfin, les situations de Fausses Couches Tardives (FCT) induisent une prise en charge différente car l'enfant est non viable mais peut naître vivant, un accompagnement palliatif sera alors nécessaire (2).

En France, même si le taux de MFIU a diminué, le nombre d'IMG a considérablement augmenté grâce à la performance du diagnostic anténatal qui ne cesse de s'améliorer (3). En France, en 2014, 7 104 IMG ont été recensées par l'Agence de Biomédecine pour 809 328 naissances vivantes (4). A une échelle plus locale, en 2016, au CHU d'Angers, on dénombre 71 IMG, 24 MFIU et 33 FCT d'après les statistiques du bilan annuel transmis au ministère de la santé.

Les sages-femmes sont les professionnelles présentes tout au long de l'hospitalisation de la patiente. Elles peuvent annoncer la mort de l'enfant dans le service des urgences ou être l'échographe qui va découvrir une malformation lors d'une consultation (5). De plus, les sages femmes font partie intégrante du parcours de soins en CPDPN, elles réalisent les consultations pré-IMG et accompagnent le couple en amont de l'IMG. Ce sont également elles qui prennent en soin le couple en salle de naissance, de la mise en place de la thérapeutique du déclenchement jusqu'au retour dans le service des grossesses pathologiques après l'accouchement. Les sages-femmes sont donc les principales accompagnantes lors de la mise en route du travail de la parturiente, lors du fœticide dans la situation d'une IMG avec un terme > 22 SA (2), lors de l'accouchement de l'enfant décédé. La sage-femme devra ensuite s'occuper de l'enfant, le mesurer, le peser, si besoin le nettoyer, pour ensuite, si le couple le souhaite, leur présenter l'enfant. Elle réalisera aussi les traces mémorielles (empreintes des mains/pieds, photos, mèche de cheveux). Enfin, par la suite, elles devront réaliser les démarches administratives (devenir du corps, déclaration à l'état civil...) (6).

Il existe une différence fondamentale entre les IMG et les MFIU qui jouera sur l'accompagnement des couples réalisé par la sage-femme en salle de naissance. En effet, l'annonce d'une MFIU est brutale pour le couple, c'est un choc. Il passe brutalement, d'un enfant imaginaire et rêvé à un enfant qu'ils ne verront jamais vivant (7,8). Tandis que lors d'une IMG, ce sont les parents qui ont pris la décision d'interrompre la grossesse. C'est un choix qu'ils font après une importante réflexion, réflexion accompagnée par les sages-femmes du CPDPN, habituées à ce type de prise en soin (9–11).

Le rôle de la sage-femme est donc essentiel, entre écoute bienveillante, accompagnement et guidance. Il faut également qu'elles sachent respecter le silence du couple. Mais cette prise en charge entraîne un coût psychique important pour ces professionnelles et certaines peuvent se retrouver en grande difficulté (12).

Cependant, la qualité de cet accompagnement va conditionner le vécu des parents et donc, la mise en place du deuil. Il est donc indispensable que la prise en charge par ces soignants soit optimale pour le couple (8,13). Ainsi, il paraît intéressant de s'interroger sur les impacts psychiques pour la sage-femme qui accompagne en salle de naissance un couple confronté à une perte fœtale.

L'objectif de cette étude était donc de décrire les difficultés ressenties par les sages-femmes et leur vécu émotionnel lors de l'accompagnement d'un couple endeuillé.

En complément, cette étude portait également sur l'évaluation par les sages-femmes de leur formation à gérer ces situations difficiles, ainsi que sur leurs besoins éventuels de soutien.

MATERIELS ET METHODES

Pour réaliser ce projet de fin d'étude, une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique a été réalisée à la maternité du CHU d'Angers, sur la période du 31 octobre 2016 au 10 janvier 2017. L'avis favorable définitif du Comité d'Ethique avait été recueilli le 31 octobre 2016 (ANNEXE I), ainsi que l'accord de Madame Martine Hérault, cadre coordinatrice des sages-femmes de la maternité, avant de commencer cette étude.

Le critère de jugement principal était basé sur l'anxiété des sages-femmes du CHU d'Angers face à l'accompagnement des couples en salle d'accouchement, confrontés à une perte fœtale.

Matériels

La population source de cette étude était les sages-femmes du CHU d'Angers, exerçant ou ayant exercé en salle de naissance et ayant accompagné au moins une fois dans leur carrière un couple en situation de deuil périnatal. Celles qui n'avaient jamais pris en charge un couple dans le cadre d'une IMG ou MFIU étaient exclues.

Méthodes

L'outil de recherche permettant cette enquête était un auto-questionnaire (rempli par les sages-femmes sans aide extérieure). Cet auto-questionnaire était anonyme.

Il était composé d'une première partie de 25 questions, majoritairement fermées, séparées en 4 points (ANNEXE I). Le premier caractérisait la personne qui répondait au questionnaire. Ensuite, il s'agissait d'aborder la formation reçue par les sages-femmes pendant leurs années d'étude sur l'accompagnement d'un couple confronté à une perte fœtale et d'estimer si elles en étaient satisfaites. En troisième point, les pratiques professionnelles d'aujourd'hui des sages-femmes sur la prise en charge des IMG et MFIU étaient évoquées afin d'observer si elles étaient en difficultés et d'identifier ces difficultés si elles étaient présentes. Enfin, cinq questions étaient posées sur le besoin ou non de recevoir un soutien psychologique après une prise en charge compliquée.

De plus, cet auto-questionnaire contenait, en deuxième partie, une échelle d'anxiété : l'état de Spielberger comportant 20 questions (ANNEXE II). Cette échelle d'anxiété évaluait les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment d'une situation anxiogène. La situation anxiogène étant ici la prise en charge d'une IMG ou MFIU en salle de naissance. Pour chaque réponse aux questions de ce test, des points étaient additionnés. Si la note finale était au-dessus

de la moyenne, la situation générait une anxiété. Plus ce score final était élevé et plus l'anxiété était importante, le seuil d'anxiété étant de 42 chez les femmes et de 37 chez les hommes.

Dans la lettre d'information, une personne ressource, Madame Bonneau, psychologue du travail à l'hôpital d'Angers avait été notifiée afin que les soignants puissent échanger avec elle, si besoin, à la suite de ce temps d'introspection (ANNEXE).

Le questionnaire a été envoyé sur l'adresse email des sages-femmes le 31 octobre 2016. Elles ont rempli ce questionnaire par l'intermédiaire d'une plateforme en ligne : Google Forms. 93 emails ont été envoyés, 64 questionnaires remplis ont été recueillis au total après une première relance le 20 novembre 2016 puis une seconde le 12 décembre 2016. Le questionnaire a été clôturé le 10 janvier 2017.

Statistiques

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Sphinx Plus² v5.1.0.7. L'analyse statistique a été réalisée avec ce même logiciel.

Les relations entre les différentes variables qualitatives ont été évaluées par le test du Chi². Pour comparer les variables quantitatives, le test de Student a été utilisé.

- Le risque alfa de première espèce retenu était de 95%.
- La limite retenue pour la signification statistique était un p inférieur ou égal à 5%.

Les résultats significatifs seront marqués d'un astérisque (*).

RESULTATS

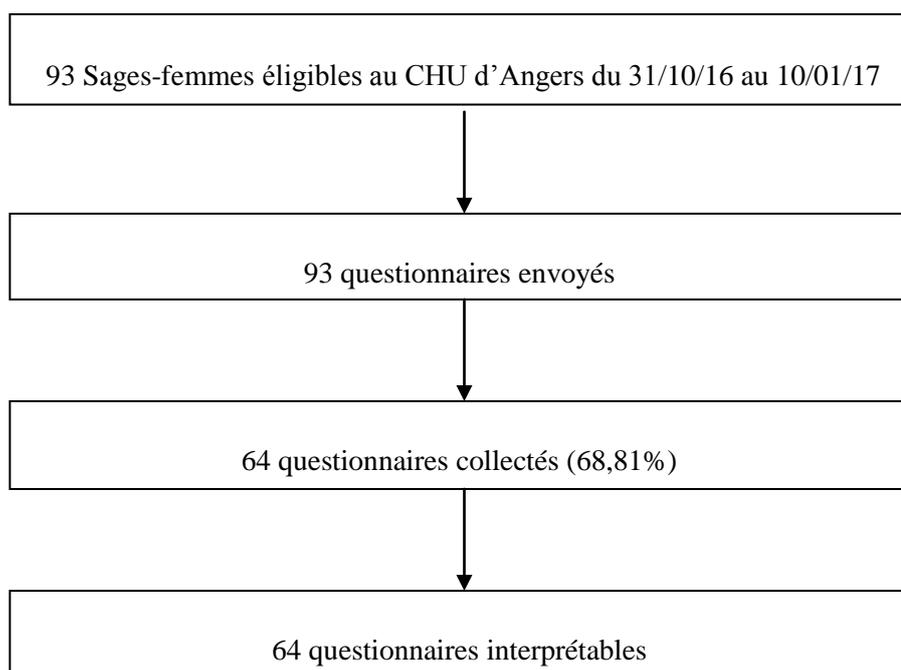


Figure I : Diagramme de flux de l'étude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée au CHU d'Angers du 31 octobre 2016 au 10 janvier 2017

		n /64 (%)
Genre	Femme	62 (96,9)
Age (années)	< 26	3 (4,7)
	[26 ; 30[15 (23,4)
	[30 ; 36[24 (37,5)
	≥ 36	22 (34,4)
Age (années) moyen	34,75 +/- 7,28	
Années d'exercice dans un type III	< 2	3 (4,7)
	[2 ; 6[17 (26,6)
	[6 ; 10[14 (21,9)
	≥ 10	30 (46,9)
Nombre d'années moyen	10,36 +/- 7,13	
Date du diplôme (années)	< 2001	15 (23,4)
	[2001 ; 2010[32 (50)
	≥ 2010	17 (26,6)

Tableau II : Caractéristiques de la population étudiée de l'étude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée au CHU d'Angers

28/64 (43,8%*) sages-femmes du CHU d'Angers étaient moyennement satisfaites de leur formation sur l'accompagnement psychologique d'un couple confronté à une perte fœtale ; 21/64 (32,8%) étaient peu satisfaites, 12/64 (18,8%) n'étaient pas satisfaites et 3/64 (4,7%) d'entre elles, étaient très satisfaites (p<0,01).

Lorsqu'elles étaient étudiantes, 60/64 (93,8%*) des sages-femmes avaient participé à la prise en charge d'une IMG ou MFIU (p<0,01) ; et 38/60 (63,33%*) à moins de 5 IMG ou MFIU, 17/60 (28,33%) y avaient participé entre 5 et 10 fois et 5/60 (8,33%) d'entre elles y avaient participé à plus de 10 fois (p<0,01).

9/64 (14,1%) des sages-femmes, déclaraient participer à plus de 10 prises en charge d'IMG ou MFIU par an, 34/64 (53,1%*) y participaient entre 5 à 10 fois par an, 21/64 (32,8%) y participaient à moins de 5 par an (p<0,01).

Lors de la répartition de l'activité à leur prise de garde, 52/64 (81,25%*) des sages-femmes stipulaient se diriger spontanément vers l'accompagnement d'un couple confronté à une IMG, MFIU ou FCT ; 12/64 (18,75%) stipulaient les prendre en charge seulement si elles y étaient obligées (p<0,01).

15/64 (23,4%) des sages-femmes énonçaient avoir déjà refusé de prendre en charge une IMG, MFIU ou FCT (p<0,01).

		N=64	n (%)	p
Difficultés ressenties		Oui	52 (81,3*)	p<0,01
Nature de la difficulté** N=131	L'accompagnement du couple		51 (38,93*)	p<0,01
	L'expulsion de l'enfant		8 (6,11)	
	La présentation du corps		27 (20,61)	
	La prise en charge du corps		13 (9,92)	
	Les démarches administratives		25 (19,09)	
	Autres		7 (5,34)	
Situation ressentie plus difficile que les autres		Oui	47 (73,4*)	p<0,05
Précisément : N=47	IMG avec fœticide		9 (19,15)	p<0,01
	IMG sans fœticide		2 (4,26)	
	MFIU		28 (59,57*)	
	FC tardive		4 (8,51)	
	Autres		4 (8,51)	

** Plusieurs réponses étaient possibles

Tableau III : Description des difficultés de la prise en charge des couples endeuillés en SDN de l'étude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée au CHU d'Angers

42/64 (65,6%*) des sages-femmes du CHU d'Angers exprimaient ne pas avoir de prise en charge différente selon chaque situation de deuil périnatal (IMG, MFIU, FCT) (p<0,05).

14/64 (21,9%) d'entre elles, déclaraient avoir eu une formation complémentaire sur le deuil périnatal versus 50/64 (78,1%*) ($p<0,01$).

43/50 (86%*) affirmaient que cela les intéresserait mais qu'elles n'avaient pas encore trouvé le temps ; 2/50 (4%) n'en ressentaient pas le besoin ; 2/50 (4%) considéraient que cela n'était pas une formation prioritaire pour leur pratique ($p<0,01$).

N=64		n (%)	p
Soutien psychologique recherché	Oui	46 (71,9*)	$p<0,05$
Auprès de qui ? ** N=91	Collègues	41 (45,05*)	$p<0,01$
	Conjoint	22 (24,18)	
	Famille	10 (10,99)	
	Amis	11 (12,09)	
	Professionnels	6 (6,59)	
	Autre	1 (1,1)	
Bon soutien du service	Oui	27 (42,2)	NS
Souhait d'une mise en place d'une forme de soutien	Oui	53 (82,8*)	$p<0,01$
Propositions ** N=80	Un groupe de parole régulier	11 (13,75)	$p<0,01$
	Un retour sur expérience avec échange entre SF	40 (50*)	
	Formation au deuil périnatal avant le roulement en SDN	18 (22,5)	
	Aucune de ces propositions	5 (6,25)	
	Autres	6 (7,5)	

NS = non significatif

** Plusieurs réponses étaient possibles

Tableau IV : Evaluation post-IMG/MFIU/FCT des sages-femmes de l'étude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée au CHU d'Angers

50/64 (78,1%*) des sages-femmes pensait qu'une meilleure prise en charge de ces couples (accompagnement du post-partum, personne référente, groupes de parole de parents endeuillés...) pourrait améliorer leur ressenti lors de ce suivi ($p<0,01$).

		n/64 (%)	p
Anxiété	Non	41 (64,1*)	$p<0,05$
Score d'anxiété situationnel	< 42 : absence d'anxiété	41 (64,1*)	$p<0,01$
	[42 à 55[: anxiété importante	18 (28,1)	
	≥ 55 : anxiété interfère avec sa pratique professionnelle	5 (7,8)	
Score moyen		40,38 +/- 8,48	

Tableau V : Evaluation de l'anxiété – Etat de Spielberger de l'étude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée au CHU d'Angers

DISCUSSION

Les biais et les limites de l'étude

Les limites de cette étude sont, tout d'abord, liées au fait qu'elle soit monocentrique au CHU d'Angers, seulement 93 questionnaires ont donc pu être envoyés ; le nombre de questionnaires recueillis était de 64. Le taux de réponses était tout de même de 68,81%.

De plus, la population questionnée était des sages-femmes qui travaillaient dans une maternité de niveau III depuis, en moyenne, plus de 10 ans ; il s'agissait donc de sages-femmes qui étaient confrontées régulièrement à des deuils périnataux ; qui travaillaient dans une maternité où les protocoles sont établis et connus de tous les professionnels, l'existence de ces protocoles étant plus rassurante pour les professionnels. Ils se sentent plus cadrés et moins laissés à eux-mêmes (14). De plus, le reste de l'équipe médicale et paramédicale est sensibilisée à ce type de prise en soin, la bienveillance est donc plus naturelle et plus soutenante. Enfin, les démarches administratives liées au devenir du corps ainsi que la prise en charge de ce corps, sont standardisées.

Analyse des résultats de l'étude et comparaison à la littérature

Difficultés et anxiété situationnelle

En moyenne, les sages-femmes accompagnaient un couple endeuillé 5 à 10 fois par an.

La majorité des sages-femmes (81,3%) ayant répondu au questionnaire, trouvaient, la prise en soin d'un couple endeuillé, difficile. En particulier : la situation de MFIU a été retenue à 59,57% comme étant la plus difficile. La MFIU étant une situation brutale, inattendue et soudaine pour les parents. Les difficultés ressenties étaient à 38,93% liées à l'accompagnement psychologique du couple ainsi que la présentation du corps de l'enfant à 20,61%. Cela montre l'intérêt de cette étude de mettre en évidence les difficultés des sages-femmes

Dans « *Le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance* » de M. Garel, E. Etienne, B. Blondel, M. Dommergues, 2/3 des sages-femmes interrogées trouvaient leur rôle difficile en salle de naissance (15).

A Angers, les sages-femmes énonçaient à 23,4% avoir déjà refusé de prendre en charge une IMG, MFIU ou FCT au moment de la répartition de l'activité à leur prise de garde ; les principales raisons évoquées étaient une grossesse en cours ou plusieurs prises en charge de couples face à un deuil lors de gardes précédentes.

Dans un mémoire d'une étudiante sage-femme, « *Le vécu de la sage-femme en salle de naissance face à la mort périnatale* » d'A. Menard, les sages-femmes interrogées exerçaient dans les maternités de niveau II et III des départements de Maine et Loire, de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée (16) ; 2% des sages-femmes énonçaient avoir eu recours à la clause de conscience face à une IMG.

D'après l'Article L. 2212-8 et L. 2213 du Code de la Santé publique, aucune sage-femme n'est tenue de concourir à une interruption de grossesse, qu'elle soit volontaire ou médicale (17,18).

35,9% des sages-femmes ressentent une anxiété importante face à ces situations de deuils périnataux, dont 7,8% une anxiété qui interférerait avec leur pratique professionnelle, ce qui montre que plus d'une sage-femme sur 3 est anxieuse à la maternité d'Angers. C'est donc une part conséquente qui ne peut pas être ignorée. Pourtant, ce sont des sages-femmes qui travaillent dans une maternité de type III, elles ont donc l'habitude de gérer des situations pathologiques avec notamment des MFIU et des FCT. Par ailleurs, le CPDPN recrute un bon nombre de patientes dont la grossesse aboutira à une IMG, qui aura lieu, le plus souvent dans le même établissement. Il faut également relever qu'il existe des protocoles adéquats dans le service contrairement à d'autres maternités, souvent plus petites ou de plus petits niveaux, où cette situation est beaucoup moins fréquemment rencontrée et où la mise en place de protocoles n'est pas une priorité.

D'après l'étude d'A. Ménard, 17% des sages-femmes expliquaient ne pas avoir de protocoles clairs sur la prise en charge médicale d'une IMG, situation souvent mal vécue par les professionnels. L'existence de protocoles médicaux adéquats permet aux professionnels accompagnant les couples endeuillés d'avoir une prise en charge systématique du côté médical et d'ainsi pouvoir se focaliser sur l'aspect psychologique de la prise en soin (16).

En raison de ce vécu difficile, les sages-femmes du CHU d'Angers, recherchaient très souvent un soutien psychologique (71,9%) après une prise en charge d'un couple endeuillé. Elles se tournaient en priorité vers leurs collègues ; puis vers le conjoint ; enfin dans 6,59% des cas, les sages-femmes sont allées consulter un professionnel de type psychologue, ce qui montre bien que cette prise en soin n'est pas anodine pour ces professionnels et qu'elle demande un coût psychique important.

De plus, dans le mémoire d'une étudiante sage-femme, « *Les sages-femmes face à l'IMG* » de D. Esplat, les sages-femmes interrogées exerçaient dans les maternités du Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne (comprenant 1 maternité de type III ; 5 maternités de type II ; 3 maternités de type I). Les résultats concordent avec ceux d'Angers car 58,46% des sages-femmes avaient déjà recherché un soutien psychologique pour les aider à faire face aux situations d'IMG (19).

De même, dans l'étude de M. Garel, E. Etienne, B. Blondel, M. Dommergues, 87% des sages-femmes avaient recherché du réconfort auprès de leurs collègues (15).

Les sages-femmes du CHU d'Angers ne se considèrent pas bien accompagnées dans le service à 57,8%. Pour améliorer ce ressenti, la mise en place d'une forme de soutien dans la maternité d'Angers est souhaitée à 82,2%. En majorité, un retour sur expérience avec des échanges entre les sages-femmes serait apprécié. Cela leur permettrait de partager leur savoir-faire et leur savoir-être dans ces situations ; afin de les aider à se sentir plus armées lors d'un futur accompagnement face au désespoir des parents endeuillés.

En effet, il est parfois difficile, en tant que professionnel, de trouver sa place auprès du couple. Chaque couple est singulier en fonction de son histoire de vie, ses émotions, ses croyances, ses ressentis face à cette situation de deuil, ainsi que son investissement jusqu'alors dans cette grossesse. Tous les couples réagissent de manière différente face à cette situation : qu'ils expriment leur souffrance ou au contraire, qu'ils soient très discrets en présence du professionnel. La sage-femme doit, en salle de naissance, trouver les mots justes afin de leur expliquer, au fur et à mesure de la journée, les différents stades du déclenchement : l'évolution du travail, le fœticide s'il a lieu, l'accouchement ou encore le post-partum immédiat. Il faut leur laisser du temps pour qu'ils puissent poser toutes les questions possibles et qu'ils puissent exprimer leurs demandes face à cet enfant : s'ils souhaitent le rencontrer, le prendre dans leurs bras, récupérer l'enveloppe avec les empreintes et les photographies... Il faut les aider à comprendre la situation, et à l'accepter pour permettre la mise en place du processus de deuil de manière physiologique (7). La sage-femme a donc un rôle très complet et complexe, ce qui rend par conséquent difficile son ressenti (20,21).

Formation

Initiale

Majoritairement, les sages-femmes étaient moyennement satisfaites de la formation initiale reçue sur le deuil périnatal (43,8%) ; seulement 4,7% d'entre elles, étaient très satisfaites.

Une grande partie des sages-femmes (93,8%) avait participé à un accompagnement de MFIU, IMG ou FCT durant leurs études. Participer à une prise en charge d'un couple endeuillé pendant ses stages est très important pour sa vie professionnelle future. Cela permet de plus facilement trouver sa place et de mieux maîtriser ses émotions lors de ses premiers accompagnements en tant que jeune diplômé (22).

Dans le mémoire d'une étudiante sage-femme, « *Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité : enquête auprès de 123 sages-femmes* » de C. Morin, seulement 7,37% des sages femmes se sentaient aptes à prendre en charge un couple endeuillé à la fin de leurs études (23).

En effet, nous pouvons observer à l'école d'Angers, moins de 10 heures de cours théoriques sont consacrées à la formation psychologique de l'accompagnement au deuil sur l'ensemble de la scolarité, ce qui semble peu, comparé à la complexité de prise en charge de ces situations. Cependant, la formation semble plus complète et plus adaptée ces dernières années car les jeunes diplômés (< 7 ans d'exercice) jugent la formation plus satisfaisante ($p < 0,05$).

Complémentaire

A 81,3%, les sages-femmes se sentent en difficulté lors de la prise en charge d'une IMG, MFIU, FCT ; pourtant, seulement 21,9% des sages-femmes d'Angers stipulaient avoir reçu une formation complémentaire. La principale raison évoquée était qu'elles n'avaient pas trouvé le temps mais que cela les intéresserait.

Dans le mémoire d'A. Menard, 28% des sages-femmes avaient suivi une formation spécifique au deuil périnatal. Parmi celles n'ayant pas suivi de formation complémentaire, elles précisaient avoir aimé en bénéficier mais qu'elles n'avaient pas pu (16).

Propositions

Dans l'annexe I de la circulaire interministérielle du 19 juin 2009, « *il apparaît que la formation continue de l'ensemble des intervenants (sages-femmes, personnel médical et administratif, personnel soignant, agents du service mortuaire et de désinfection, assistantes sociales) devra être favorisée par les établissements de santé. Les professionnels concernés doivent pouvoir bénéficier d'une formation juridique, notamment sur l'évolution du cadre législatif et réglementaire en matière de mort périnatale, ainsi que d'une formation consacrée au processus de deuil [...]. Enfin, une attention particulière sera portée à la formation des sages-femmes, en matière de deuil périnatal notamment* » (14).

Il est donc indispensable d'inciter les sages-femmes ainsi que tous les professionnels de santé à continuer à se former sur le deuil périnatal afin que les couples puissent bénéficier d'un accompagnement soit le meilleur possible et que les professionnels se sentent moins démunis dans cette prise en soin. Cette démarche pouvant être compliquée pour les professionnels, ce type de formation devrait-il être rendu obligatoire ?

Il faut également penser aux autres professionnels de santé, comme les auxiliaires de puériculture ou les aides-soignantes qui travaillent en binôme avec les sages-femmes et qui sont donc confrontées, au même titre que les sages-femmes en salle de naissance, à ces situations de deuils périnataux, à l'accompagnement du couple tout au long du travail, à l'accouchement et au post-partum immédiat. La création d'une formation au sein du Réseau Sécurité Naissance, serait cohérente afin de faciliter l'accessibilité à ce type de formation, pour toutes les sages-femmes et tous les professionnels concernés, quel que soit leur lieu d'exercice.

D'après l'HAS, tous les médecins, équipes soignantes se retrouvent en difficulté lors de l'annonce d'un diagnostic grave qui va modifier radicalement la vie future du patient ; qu'il s'agisse de l'annonce d'une maladie incurable, le soignant se retrouve toujours dans une grande impuissance face à la douleur du patient (24).

De la même manière qu'un guide parcours de soins a été développé dans l'annonce et l'accompagnement d'une maladie chronique (25), il serait intéressant de s'interroger sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle en obstétrique. Cela permettrait de réfléchir sur les enjeux psychiques tant du côté de la patiente et du couple que de l'annonceur. De chaque côté, des mécanismes de défense différents vont être mis en place face à l'angoisse de la situation.

De plus, depuis 2016, les étudiants en dernière année de l'école de sage-femme d'Angers, participent à une simulation haute fidélité à l'annonce d'une MFIU. L'évaluation des scores d'anxiété situationnelle de ces jeunes diplômés, permettrait de notifier les apports de cette formation et de pouvoir le proposer dans d'autres écoles de France ainsi qu'aux professionnels déjà en activité et de pouvoir le développer à l'accompagnement global d'un couple confronté à une perte fœtale.

CONCLUSION

Cette étude a montré que la prise en charge des couples endeuillés était difficile et qu'elle engendrait une anxiété importante chez 35,9% des sages-femmes du CHU d'Angers dont chez 7,8% d'entre elles, une anxiété qui interférait avec leur pratique professionnelle. Les principales difficultés ressenties étaient liées à l'accompagnement psychologique du couple et à la présentation du corps de l'enfant. Elles ne se sentaient pas bien soutenues par le service face à ces difficultés de prise en soin et une grande majorité des sages-femmes souhaitait la mise en place d'une forme de soutien, avec en particulier un retour sur expérience avec des échanges entre les professionnels de santé.

Il est primordial, pour elles, d'améliorer leur formation afin de diminuer cette anxiété situationnelle et ce vécu difficile, pour que les couples reçoivent un accompagnement optimal dans ce moment difficile de leur vie.

Une des pistes envisagées serait la formation par simulation haute fidélité pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle en obstétrique. Elle pourrait être développée par la suite sur l'accompagnement psychologique d'un couple endeuillé afin de tout d'abord, lui expliquer les différentes étapes du déclenchement, puis, de lui présenter les différentes possibilités pour rencontrer leur enfant afin de pouvoir commencer le processus de deuil. De plus, l'amélioration de la prise en charge de ces couples (accompagnement du postpartum, personne référente, groupes de parole de parents endeuillés...) pourrait rendre meilleur le ressenti des sages-femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 4 mars 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=DEEB35E318D3EF68C71D87615865F94A.tp.dila15v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171543&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170304
2. Mandelbrot L, Girard G. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Aspects techniques des interruptions médicales de grossesse. collège national des gynécologues et obstétriciens français [Internet]. 2008 [cité 14 mars 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_007_mandelbrot.pdf
3. Bouvetet A, Jacquemin D. Un « bilan » du diagnostic anténatal : critique épistémologique, enjeux éthiques et ouvertures théologiques au regard d'une proximité des pratiques. *Rev Déthique Théologie Morale.* (233):53-84.
4. Agence de la biomédecine - rapport médical et scientifique [Internet]. [cité 19 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm>
5. Gourand L. Les aspects psychologiques des échographies de la grossesse vus par un obstétricien qui pratique l'échographie en maternité [Internet]. ERES; 2012 [cité 4 mars 2017]. Disponible sur: http://www.cairn.info/buadistant.univ-angers.fr/resume.php?ID_ARTICLE=ERES_SOULE_2011_01_0047
6. Nguyen M. Les sages-femmes en salle de travail face à l'IMG : enjeux et difficultés rencontrées [Internet]. [cité 21 juill 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00724956/document>
7. Soubieux M-J, Soulé M. Le deuil périnatal. *Que Sais-Je.* 5 mars 2010;(3746):82-91.
8. Gonnaud F. La mort périnatale : souffrance et malaise des soignants. *Laennec.* 15 avr 2015;Tome 63(2):41-52.
9. Soubieux M-J, Soulé M. L'interruption médicale de grossesse (IMG). *Que Sais-Je.* 5 mars 2010;(3746):65-81.
10. Soubieux M-J. 1. La mort périnatale. *Vie L'enfant.* 1 avr 2012;17-41.
11. Authier-Roux F. Accompagner la mort en salle de naissance. *1001 Bébés.* 1 juill 2012;2e éd.:59-65.
12. Wailly-Galembert D de, Vernier D, Rossigneux-Delage P, Missonnier S. Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? *Devenir.* 1 juill 2012;24(2):117-39.
13. Jeanrichard B. Deuil périnatal et reconstruction de soi. *Hebamme Sage-Femme Suisse.* mai 2006;34-6.
14. CIRCULAIRE interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des foetus. [Internet]. [cité 20 oct 2016]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/07/cir_29111.pdf

15. Garel M, Étienne É, Blondel B, Dommergues M. Le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance. *Rev Sage-Femme*. juill 2008;7(3):113-7.
16. Menard A. Le vécu de la sage-femme en salle de naissance face à la mort périnatale. Angers; 2010.
17. Code de la santé publique - Article L2212-8. Code de la santé publique.
18. Code de la santé publique - Article L2213-2. Code de la santé publique.
19. Esplat D. Les sages-femmes face à l'interruption médicale de grossesse [Internet]. 2012 [cité 24 janv 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00765328/document>
20. Plagnard N. Rôle de la sage-femme dans le deuil périnatal. *InfoKara*. 1 janv 2007;19(3):105-10.
21. AGAPA. Mort périnatale – Comprendre et mesurer son retentissement pour mieux accompagner ceux qui y sont confrontés. In 2014 [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: <http://association-agapa.fr/wp-content/uploads/2016/03/Colloque-Agapa-22-09-14.pdf>
22. Renouf C. Deuil périnatal : l'état des lieux de la formation initiale des étudiants sages-femmes [Internet]. Caen; 2014 [cité 25 oct 2016]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01071819/document>
23. Morin C. Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité : enquête auprès de 123 sages-femmes [Internet]. Rouen; 2010 [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00672383/document>
24. HAS. Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. 2008 [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
25. HAS. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique [Internet]. 2014 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf

COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
naarmand@chu-angers.fr

Angers, le 31 octobre 2016

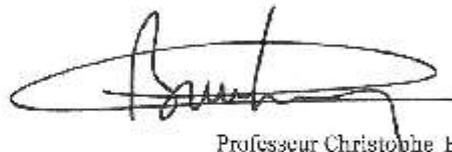
A Mme DUMAY Amélie

Madame,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 14 septembre 2016, votre étude « *Le vécu des Sages-femmes d'Angers accompagnant un couple confronté à une perte fœtale ainsi que la prise en charge du corps fœtal en salle de naissance.* », enregistrée sous le numéro **2016/89** .

Après examen des documents transmis suite aux modifications proposées, aux auditions des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Professeur Christophe Baufreton

ANNEXE II

« Accompagnement des IMG, MFIU, FCT en SDN : vécu des SF et score d'anxiété situationnelle »

Identité étudiant : Amélie Dumay

Directeur de mémoire : Lucile Abiola

Nature du projet : Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Population

- 1) Quel âge avez-vous ? * |_|_| ans
- 2) Etes-vous ? *
Une seule réponse possible
 - a. Un homme
 - b. Une femme
- 3) En quelle année avez-vous été diplômé ? * |_|_|_|_|
- 4) Depuis combien d'année travaillez-vous dans une maternité de niveau III ? * |_|_| ans

Votre formation

- 5) Etes-vous satisfait de la formation reçue lors de vos études sur l'accompagnement psychologique d'un couple confronté à une perte fœtale ? *
Une seule réponse possible
 - a. Très satisfaite
 - b. Moyennement satisfaite
 - c. Peu satisfaite
 - d. Pas satisfaite
- 6) Avez-vous participé à un IMG ou une MFIU durant vos années de formation à l'Ecole de Sage-femme ? *
Une seule réponse possible
 - a. Oui
 - b. Non
- 7) Si oui, à environ combien ?
Une seule réponse possible
 - a. Plus de 10
 - b. Entre 5 et 10
 - c. Moins de 5

Votre pratique professionnelle d'aujourd'hui

8) En moyenne, à combien d'IMG et MFIU participez-vous en une année ? *

Une seule réponse possible

- a. Plus de 10 par an
- b. Entre 5 et 10 par an
- c. Moins de 5 par an
- d. J'évite d'y participer

9) En début de garde en salle de naissance, acceptez-vous de vous occuper d'une IMG ou MFIU ? *

Une seule réponse possible

- a. Spontanément
- b. Seulement si j'y suis obligé
- c. Je fuis la situation en demandant à un collègue de me remplacer

10) Trouvez-vous difficile la prise en charge en salle de naissance d'un IMG ou MFIU ? *

Une seule réponse possible

- a. Oui
- b. Non

11) Pensez-vous que la difficulté provienne de : *

Plusieurs réponses possibles

- a. L'accompagnement psychologique du couple endeuillé
- b. L'expulsion de l'enfant
- c. La présentation du corps de l'enfant aux parents
- d. La prise en charge du corps de l'enfant
- e. Des démarches administratives
- f. Autre :

12) Avez-vous déjà refusé de prendre en charge une IMG ou une MFIU ? *

Une seule réponse possible

- a. Oui
- b. Non

13) Si oui, pourquoi ?

14) Y a-t-il une situation que vous trouvez plus difficile que les autres ? *

Une seule réponse possible

- a. Oui
- b. Non

15) Si oui, laquelle ?

Une seule réponse possible

- a. IMG avec fœticide
- b. IMG sans fœticide
- c. MFIU
- d. FC tardive
- e. Autre

16) Votre prise en charge est-elle différente entre ces situations ? *

Une seule réponse possible

- a. Oui
- b. Non

17) Si oui, de quelles manières ?

18) Avez-vous déjà reçu une formation complémentaire pour l'accompagnement d'un couple en situation de deuil périnatal ? *

Une seule réponse possible

- a. Oui
- b. Non

19) Si non, est-ce parce-que :

Une seule réponse possible

- a. Je n'en ressens pas le besoin
- b. Je n'ai pas encore trouvé le temps, mais cela m'intéresserait
- c. Ce n'est pas une formation prioritaire selon moi
- d. Ce sujet ne m'intéresse pas

L'après

20) Avez-vous déjà recherché un soutien psychologique après une situation compliquée ? *

Une seule réponse possible

- a. Oui
- b. Non

21) Si oui, auprès de qui ?

Plusieurs réponses possibles

- a. Vos collègues
- b. Votre conjoint
- c. Votre famille
- d. Vos amis
- e. Des professionnels
- f. Autre

22) Pensez-vous être bien soutenu au sein de la maternité dans laquelle vous travaillez, lors de ces situations ? *

Une seule réponse possible

- a. Oui
- b. Non

23) Aimeriez-vous qu'il soit proposé, au sein de la maternité dans laquelle vous travaillez, une forme de soutien ? *

Une seule réponse possible

- a. Oui
- b. Non

24) Quelle forme pensez-vous être la plus appropriée à vos besoins ? *

Plusieurs réponses possibles

- a. Un groupe de parole régulier
- b. Un retour sur expérience avec un échange sur les expériences des sages-femmes
- c. Une formation au deuil périnatal avant chaque roulement en salle de naissance
- d. Autre
- e. Aucune de ces propositions

25) Pensez-vous que l'amélioration de la prise en charge de ces couples (accompagnement du post-partum, personne référente, groupes de parole de parents endeuillés...) pourrait améliorer votre ressenti lors du suivi de ces couples ? *

Une seule réponse possible

- a. Oui
- b. Non

Commentaires libres :

.....
.....

**Les réponses étaient obligatoires*

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé
WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Questionnaire d'anxiété Etat de Spielberger

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'Echelle d'Anxiété-Etat évalue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la situation anxiogène ou de la situation de compétition.

Ce questionnaire est donc un indicateur des modifications transitoires de l'anxiété provoquée par des situations aversives ou thérapeutiques. Chez le sujet sportif, la compétition peut être une situation génératrice d'anxiété.

Cette échelle mesure donc l'anxiété éprouvée par le sujet pour une situation de compétition.

Imaginons la situation suivante : dans quelques instants, vous allez participer à une compétition dont le résultat est particulièrement important pour vous et la suite de votre carrière sportive.

Ci-après figurent un certain nombre de déclaration que les gens utilisent souvent pour se décrire. Lisez chacun des énoncés et cochez dans le case appropriée de droite ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez maintenant avant cette compétition ; Il n'existe ni bonnes ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez dans cette situation. Répondez à toutes les questions et ne cochez qu'une case pour chacune d'entre elles.

A présent, répondez à la liste suivante par : Pas du tout, un peu, modérément, beaucoup

1	Je me sens calme	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
2	Je me sens sûr de moi	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
3	Je suis tendu	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
4	Je me sens contraint	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup

Questionnaire d'anxiété Etat de Spielberger

www.irbms.com

5	Je me sens à mon aise	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
6	Je me sens bouleversé	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
7	Je m'inquiète à l'idée de malheurs possibles	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
8	Je me sens satisfait	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
9	J'ai peur	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
10	Je me sens bien	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
11	J'ai confiance en moi	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
12	Je me sens nerveux	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
13	Je suis agité	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
14	Je me sens indécis	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
15	Je suis détendu	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
16	Je suis content	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
17	Je suis inquiet	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
18	Je me sens troublé	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
19	Je me sens stable	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up
20	Je me sens dans de bonnes dispositions	Pas du tout	Un peu	Modéré me nt	Be auco up

Comment évaluez votre anxiété avant une compétition ?

Pour se faire il vous suffit de :

- > Compter 1 point pour la réponse 'Pas du tout', 2 points pour la réponse 'Un peu', 3 points pour la réponse 'Modérément' et 4 point pour la réponse 'Beaucoup' pour les questions 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.
- > Pour les questions 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, la cotation est inversée c'est-à-dire qu'il faut compter 4 points pour 'Pas du tout', 3 points pour 'Un peu', 2 points pour 'Modérément et 1 point pour 'Beaucoup'.

Puis faites le total de vos points...

- > Chez les femmes la moyenne est de 42.
- > Chez les hommes la moyenne est de 37.

Si vous êtes au dessus de cette moyenne, la situation de compétition génère une anxiété importante. Au plus votre score est élevé au plus cette situation de compétition est vécue de façon anxiogène.

- > Chez les hommes, si vous dépassez le score de 48, votre anxiété interfère sur les performances compétitives.
- > Chez les femmes, si vous dépassez le score de 55, votre anxiété interfère sur les performances sportives.

Lettre d'information aux sages-femmes du CHU d'Angers

« Accompagnement des IMG/ MFIU/ FCT en SDN : vécu des SF et score d'anxiété situationnelle »

Identité étudiant : Amélie Dumay

Directeur de mémoire : Lucile Abiola

Nature du projet : Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Monsieur, Madame,

Vous avez été invité à participer à une étude sur le vécu des sages-femmes accompagnant les couples confrontés à une mort fœtale in utero ainsi qu'à une interruption médicale de grossesse. Vous trouverez ci-dessous les informations concernant cette étude.

I. Quel est l'objectif de l'étude ?

En tant que sage-femme du CHU d'Angers, une maternité de niveau III, vous avez la possibilité d'accompagner des couples confrontés à une perte fœtale, telle qu'une Mort Fœtale In Utero (MFIU) ou une Interruption Médicale de Grossesse (IMG). Les IMG peuvent être envisagées jusqu'à la fin de la grossesse si la grossesse met en péril la santé de la mère ou si l'enfant à naître est atteint d'une pathologie incurable.

L'objectif de cette étude est de décrire les conséquences de l'accompagnement d'un couple endeuillé ainsi que la prise en charge du corps du fœtus sur les sages-femmes. Il s'agit donc ici d'identifier les impacts psychiques des sages-femmes qui s'occupent d'une situation de deuil périnatal.

Pour cela, un questionnaire va vous être proposé. Il sera complété par un auto-questionnaire basé sur une échelle d'anxiété : Etat de Spielberger. Cette échelle évalue les sentiments d'appréhension, de tension, de nervosité que le sujet ressent au moment de la situation anxiogène, ici étant l'accompagnement d'un couple endeuillé.

II. Quels sont les bénéfices attendus ?

Les résultats de cette étude devraient nous permettre d'identifier les difficultés que les sages-femmes peuvent ressentir dans la prise en charge d'un couple endeuillé et du corps du fœtus décédé en salle de naissance.

Ils nous permettront ainsi de pouvoir mettre en place des procédures d'aide pour les sages-femmes au sein de l'hôpital afin d'améliorer leur vécu et engendrer une meilleure prise en charge de ces futures

situations. Les souhaits des sages-femmes seront évalués dans le questionnaire et en fonction de ceux-ci, il pourra être mis en place des rencontres basées sur des échanges sur les expériences de chacune ou encore des formations régulières au deuil périnatal.

Le but de cette étude sera également de pouvoir former au mieux les étudiants sage-femme à accompagner un couple dans le deuil.

III. Confidentialité

La participation à cette étude est anonyme et les informations recueillies seront confidentielles. Cependant, le remplissage de ce questionnaire autorisera son auteur à utiliser vos réponses afin de réaliser des statistiques et de mettre en place, si besoin est, des protocoles qui traiteront du deuil périnatal. Si vous le souhaitez, les résultats vous seront transmis dès le rendu de mon mémoire.

J'ai d'ores et déjà mis au courant Madame Bonneau, psychologue du travail de l'hôpital d'Angers, du contenu de mon étude, et pourra vous recevoir si ce questionnaire vous a posé des problèmes d'ordre psychologique. Vous pouvez la contacter au 02 41 35 58 92.

Introduction : Il existe une partie du métier de sage-femme qui reste méconnue du grand public. Elles sont les premières accompagnantes des couples confrontés à une perte fœtale, elles ont donc un rôle fondamental dans la mise en place du processus de deuil chez ces couples.

Objectif : Décrire les difficultés ressenties par les sages-femmes et leur vécu émotionnel lors de l'accompagnement d'un couple endeuillé.

Matériels et méthodes : 64 sages-femmes exerçant au CHU d'Angers ont été sollicitées pour participer à l'étude observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique réalisée au CHU d'Angers du 31 octobre 2016 au 10 janvier 2017. Elles ont répondu à un auto-questionnaire ainsi qu'à une échelle d'anxiété. Cet auto-questionnaire abordait les formations initiale et complémentaire des sages-femmes au deuil périnatal, ainsi que leur vécu et leur anxiété face aux situations de MFIU, IMG, FCT.

Résultats : 35,9% des sages-femmes présentaient une anxiété situationnelle face au deuil périnatal dont 7,8% une anxiété qui interférait avec leur pratique professionnelle. 81,3% des sages-femmes trouvaient la prise en charge en salle de naissance difficile et 71,9% d'entre elles avaient recherché un soutien psychologique par la suite. 82,8% des sages-femmes aimeraient la mise en place d'une forme de soutien.

Discussion : Les formations initiale et complémentaire sont jugées insuffisantes. Il est donc nécessaire qu'elles soient développées ainsi qu'une forme de soutien soit mis en place au sein de l'établissement afin d'améliorer leur vécu et que la prise en charge pour ces couples soit optimale.

Mots clés : deuil périnatal, sages-femmes, vécu, anxiété

Introduction : A large part of the job of midwife is unknown of the public nowadays. They are the first personnel to assist couples which have to deal with fetal loss. So they have a fundamental role in the creation of the process of bereavement.

Objective : To describe the difficulties felt by the midwives and their emotional experience during the support of a grieving couple.

Material and Method : 64 Midwives working in the CHU of Angers were solicited to participate to an observational, descriptive and retrospective study, realized from the October 31st of 2016 to the January 10th 2017. This midwives answered to a « self questionnaire » and to a scale of anxiousness.

Results : 35,9% of those midwives seems anxious in front of a perinatal mourning whose 7,8% felt an anxiety which interfered with their professional practice. 81,3% of the midwives working in the CHU of Angers thought that the nursing of the birth room is difficult after that and 71,9% of her had researched for a psychological help. 82,8% of the midwives would the setting up of a type of help.

Discussion : The principal and additional formations are judged inadequate. It's consequently necessary that continual formations have to be developed just as a type of help in the wall of the hospital, in order to increase their experience and the quality of the nursing of these couples

Keywords : perinatal mourning, midwives, experiences, anxiety