LA SIMULATION A L'ANNONCE DE MORT FŒTALE IN UTERO : VECUS ET OPINIONS DES APPRENANTS SAGES-FEMMES

ETUDE QUALITATIVE REALISEE DU 5 DECEMBRE 2017 AU 14 FEVRIER 2018

TRAVAILLE Caroline

Sous la direction de Mme THOMAS Bénédicte
Psychologue clinicienne

Membres du jury :
ROUILLARD Cécile | Directrice Ecole de Sage-femme Angers
BARTHELEMY Laure| Sage-femme enseignante
BOUDIER Sylvie| Sage-femme
PECH Brigitte| Maître de conférence MCF

Soutenu publiquement le vendredi 1er juin 2018
En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

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 :
http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Mme Thomas pour ses conseils, son investissement dans cette étude et sa disponibilité pour la réalisation de ce travail.

Mme Rouillard pour m'avoir encouragée et soutenue dans ce thème de mémoire. Merci de votre aide si précieuse pour les débuts de mon travail.

Mme Pierrot pour la rédaction et les nombreuses relectures de mon guide d'entretien.

Mme Penchaud pour son aide au niveau méthodologique de ce travail qualitatif.

Les 6 sages-femmes qui ont bien voulu participer aux entretiens, souvent longs. Merci pour votre spontanéité lors des entretiens.

Laurence, merci pour ton soutien tout au long de mes études.

L'équipe enseignante pour m'avoir accompagnée pendant quatre années.

Mes amies, Estelle, Mathilde, Marine, Anaïs pour leur présence dans les bons moments mais aussi lors de moments de doute et la promotion 2014-2018.

Corina, malgré la distance, tu es toujours là à m'encourager et à m'aider dès que j'en ai besoin.

Et bien sûr, ma famille, plus particulièrement mes parents et ma sœur, pour leur soutien sans faille pendant ces 6 ans d'étude, leur relecture de ce travail. Merci de m'avoir suivi dans mon projet d'être sage-femme.

Merci à tous, Caroline.

Sommaire

INTRODUCTION **1**

MATERIEL ET METHODE **3**

1. Constitution de l'échantillon **3**
2. Procédure **3**
3. Retranscription des données **4**

RESULTATS **5**

1. Organisation de la simulation **5**
1.1. Le moment de la formation 5
1.2. Une formation en pluridisciplinarité 5
1.3. Les intervenants 5
2. La patiente simulée **6**
3. Le scénario **6**
3.1. L'effet de surprise du scénario d'annonce 6
3.2. Axes d'amélioration du scénario proposé par les sages-femmes 7
4. Le ressenti des apprenants sages-femmes **8**
5. Les apports de la simulation à l'annonce de MFIU **8**
5.1. Les mots et l'attitude à avoir 9
5.2. Une prise de conscience des enjeux de l'annonce 9
5.3. Le débriefing : le « réacteur » de la formation 9
6. La responsabilité de la sage-femme à l'annonce de MFIU **10**
7. Le futur de la simulation à l'annonce de MFIU **11**
7.1. Pour les étudiants sages-femmes 11
7.2. Pour les professionnels de santé 11

DISCUSION **13**

1. Les Biais et Limites de l'étude **13**
1.1. Au choix méthodologique 13
1.2. Aux circonstances 13
2. Analyse et comparaison avec la littérature **13**
2.1. La simulation : une approche réaliste 13
2.2. Apport de la simulation à l'annonce 14
2.3. Compétence d'annonce des sages-femmes 15
2.4. L'après annonce : la prise en charge globale de la mort fœtale in utéro 17
2.5. La place de la simulation dans les formations en santé 17

CONCLUSION **19**

BIBLIOGRAPHIE **20**

Introduction

D'après R. Buckman, une mauvaise nouvelle en santé est «une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son (…) être et de son (…) avenir» [1].

En 1984, Buckman est l'un des premiers à s'intéresser aux difficultés des soignants à réaliser ce type d'annonce et à en parler. Il énonce, dans le British Medical Journal, les différentes peurs que peuvent ressentir les médecins lors d'annonce de mauvaises nouvelles et souhaitent que les médecins soient mieux formés à la communication, et ce dès le début de leurs études [2].

En 2000, aux Etats-Unis, W-F. Baile, Buckman et co mettent en place le guide de communication SPIKES, qui réunit 6 points à respecter lors d'annonce de mauvaises nouvelles [3].

En 2011, l'OMS établit le guide pédagogique pour la sécurité des patients et juge nécessaire de former les étudiants à la communication avec les patients, en utilisant notamment le modèle SPIKES [4].

En France, la loi de démocratie sanitaire du 4 mars 2002 affirme le besoin de développer les recherches et les formations en lien à l'annonce d'après l'article L 1111-2 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. […] Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. » [5]

Le premier plan Cancer 2003-2007 pose indispensable la mise en place d'un dispositif d'annonce permettant au mieux d'encadrer les soignants et les patients lors de la consultation d'annonce d'un cancer [6]. Les plans cancers 2009-2013 et 2014-2019 réaffirment la nécessité de ce dispositif à l'annonce [7].

EN 2012, l'HAS définit des recommandations concernant la formation initiale et continue des professionnels de santé en posant un objectif éthique prioritaire : « Jamais la première fois sur le patient » [8]. Depuis, la formation par la simulation en santé s'est développée.

A Angers, une formation à l'annonce de cancer par la simulation se déroule depuis plusieurs années au centre de simulation ALLSIMS (Angers Loire Learning Simulation en Santé). Elle est destinée aux internes et aux médecins en début de cursus. Cette formation nécessite un patient simulé et la présence d'un psychologue. Elle a pour but de préparer les professionnels à la communication de mauvaises nouvelles et à les sensibiliser sur son impact psychologique aux patients, mais aussi aux soignants [9;10].

Dans le domaine de la gynécologie- obstétrique, les médecins, ainsi que les sages-femmes, sont amenés à annoncer de mauvaises nouvelles. Le référentiel métier et compétences des sages-femmes énoncent que les sages-femmes doivent être capables « d'annoncer avec tact et humanité des évolutions négatives (handicap, IMG, mort fœtale...) » [11].

Dans ce service au plus proche de la vie, l'annonce de mort fœtale in utéro est l'annonce la plus redoutée par les sages-femmes. Ce moment d'annonce est une épreuve pour les professionnels d'obstétrique [12].

Le psychologue belge B. Fohn a mis en place au CHR de Liège, depuis une dizaine d'années, une formation à l'annonce en gynéco-obstétrique à l'intention des médecins stagiaires et médecins, mais aussi des séances d'aides au deuil périnatal aux professionnels de la périnatalité [13].

En 2009, en France, une circulaire interministérielle relative à la prise en charge des fausses couches tardives (FCT), des interruptions médicales de grossesse (IMG) et MFIU indique que les établissements de santé doivent proposer aux professionnels concernés, et plus précisément aux sages-femmes, des formations au sujet du deuil périnatal [14].

Selon l'article 5 de l'arrêté du 11 mars 2013, la formation initiale des sages-femmes doit favoriser «L'apprentissage du travail en équipe pluriprofessionnelle et l'acquisition des techniques de communication indispensables à l'exercice professionnel » [15].

Depuis 2 ans, l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes d'Angers forme les internes de gynéco-obstétrique et d'anesthésie-réanimation et les étudiants sages-femmes de 5ème années, à l'annonce de mort fœtale in utéro (MFIU) par la simulation.

Cette formation consiste à reproduire au plus proche de la réalité une annonce de mort fœtale in utéro, suite à une consultation aux urgences gynécologiques. La patiente simulée est une comédienne amateur du groupe théâtral du CHU d'Angers formée à la simulation en santé. Les apprenants sont un interne de gynécologie-obstétrique et une étudiante sage-femme.

Les objectifs posés sont médicaux et relationnels. Ils s'intéressent à la communication patient-soignant lors de l'annonce, mais également à la communication interprofessionnelle. La prise en charge médicale et les mécanismes psychiques mis en jeu lors de l'annonce sont abordés [16].

Il serait donc intéressant de savoir quel est l'apport de la simulation à l'annonce à la pratique professionnelle d'annonce des sages-femmes et quelle est sa place dans la formation initiale des sages-femmes.

L'hypothèse principale de cette étude est que la formation par la simulation a permis aux étudiants sages-femmes de se projeter à l'annonce de mort fœtale in utéro dans leur pratique professionnelle. Les hypothèses secondaires sont que cette formation a aidé les étudiants sages-femmes à avoir moins d'appréhension face à cette annonce et que celle-ci pourrait être proposée aux professionnels de santé dans le cadre de leur formation continue.

L'objectif de cette étude qualitative était de recueillir les impressions et les opinions des apprenants sages-femmes par rapport à cette formation. L'objectif secondaire était d'obtenir des axes d'amélioration pour pouvoir développer cette formation dans les années ultérieures.

Matériel et Méthode

Une étude qualitative a été réalisée du 5 décembre 2017 au 14 février 2018. Les apprenants sages-femmes des promotions 2012-2016 et 2013-2017 volontaires ont été interrogés par l'intermédiaire d'un entretien semi-directif.

1. Constitution de l'échantillon

La population source de cette étude était les sages-femmes diplômées d'Etat de l'école de sages-femmes d'Angers de 2016 et 2017, qui ont participé la simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro dans le cadre de leur formation initiale. Ceux qui n'y ont pas participé étaient exclus.

2. Procédure

L'outil qualitatif utilisé était l'entretien semi-directif. Cette méthode d'entretien permettait aux sages-femmes d'avoir une certaine liberté de parole et ainsi approfondir leurs réponses. L'enquêteur s'ajustait aux réponses en suivant un guide d'entretien. Les entretiens étaient anonymes et enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après consentement écrit de la sage-femme.

Toutes les sages-femmes ayant assisté à la formation d'annonce de mort fœtale par la simulation ont reçu un mail le 21 novembre 2017 les invitant à participer à cet entretien semi-directif. Dans ce mail, la problématique de ce projet de fin d'étude et les objectifs étaient expliqués, ainsi que le déroulement de l'entretien. Suite à ce mail, et au vue du peu de réponses obtenues, une relance a été faite le 5 décembre 2017.

Ainsi, six sages-femmes ont accepté de participer à cet entretien. Quatre entretiens ont été réalisés dans les locaux de la faculté de Santé d'Angers (salle D303) ou au CHU d'Angers (salle confluence ou la bibliothèque).

Après discussion avec Madame Rouillard et Madame Thomas, il a été décidé le 12 janvier 2018 de proposer des entretiens par Skype pour les sages-femmes volontaires ne pouvant pas se déplacer sur Angers.

Le 15 janvier 2018, un mail a été envoyé à deux sages-femmes qui avaient répondu au premier mail et qui souhaitaient l'entretien par Skype. Ainsi, un entretien par Skype a été réalisé le 24 janvier et un deuxième le 14 février 2018.

Les entretiens se sont ainsi déroulés entre le 5 décembre 2017 et le 14 février 2018. Ils ont duré entre 57 minutes et 1h30 au maximum.

L'entretien abordait 8 thèmes, chacun avec des objectifs précis. Les questions posées étaient majoritairement ouvertes, et répondaient à un guide d'entretien (cf annexe). Quelques modifications du guide d'entretien ont été faites suite aux résultats obtenus après les premiers entretiens. L'ordre des thèmes et les questions posées dépendaient des discours des sages-femmes, et de leur expérience face à l'annonce.

Les 8 thèmes du guide d'entretien étaient:

L'organisation de la simulation à l'annonce : les questions posées avaient pour but d'interroger les sages-femmes sur l'organisation de la formation et ce qu'il y avait à améliorer selon eux.

Le patient simulé : l'objectif était de consulter les sages-femmes sur le rôle du patient simulé dans la simulation et en général dans les formations en santé.

Le scénario : Ce thème permettait d'apprécier la réalité du scénario proposé et de développer d'autres scénarios.

Les apports théoriques de la formation : ce thème permettait d'évaluer les connaissances théoriques abordées lors de la formation et celles que les sages-femmes auraient aimé aborder.

Le ressenti : l'objectif était de recueillir leur vécu de la formation.

La responsabilité de la sage-femme dans l'annonce : le but était de comprendre le positionnement des sages-femmes face à leur compétence d'annonce.

La pratique professionnelle : le but de ce thème était de définir si cette formation a eu des conséquences dans la pratique professionnelle des sages-femmes.

Avenir de la formation à la simulation d'annonce de mort fœtale in utéro : ce dernier thème avait pour objectif de développer des axes d'amélioration pour cette formation.

3. Retranscription des données

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone. Le verbatim a été retranscrit sur Microsoft Word 2007, en respectant l'élocution et la syntaxe de la sage-femme. L'analyse du verbatim a été faite en classifiant les différents discours en fonction des thèmes du guide d'entretien.

Tableau : Caractéristiques de l'échantillon

	Entretien 1 Sage-femme M	**Entretien 2 Sage-femme S**	**Entretien 3 Sage-femme I**	**Entretien 4 Sage-femme L**	**Entretien 5 Sage-femme C**	**Entretien 6 Sage-femme A**
Année du diplôme	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Statut professionnel lors de l'entretien	Congés de maternité (période prénatale)	CDD	CDD	En recherche d'emploi	CDD	CDI
Lieu de travail	Type III, type IIA, type I	Type III	Type III, type IIB	Type I, type II	Type II, type III, liberal, humanitaire	Type I
Rôle lors de la simulation	Actrice sage-femme	Spectatrice	Spectatrice	Spectatrice	Spectatrice	Actrice sage-femme
Expérience d'annonce lors des études	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Annonce de MFIU en tant que sage-femme	Oui, 2 fois, annonces par le médecin	Oui, 1 fois, annonce par une collègue sage-femme	Non	Non	Non	Oui, 1 fois, annonce faite par le médecin

RESULTATS

1. Organisation de la simulation

1.1. Le moment de la formation

L'avis des sages-femmes sur le moment de la formation durant les études initiales était variable selon la sage-femme et son vécu à l'annonce.

Pour la sage-femme M, la sage-femme I et la sage-femme A, la formation *« arrive à point nommé dans nos études »* (sage-femme M) : elles ont mis en avant la nécessité d'avoir toutes les bases théoriques et une certaine maturité pour faire face à cette simulation. « *Ça fait partie du peaufinement, entre guillemets, de la formation* » (sage-femme M).

En revanche, pour les sages-femmes S, L et C, elles auraient aimé avoir cette formation plus prématurément dans leur étude. Elles ont mis en avant le fait que les étudiants sages-femmes peuvent être confrontées à ce genre de situation dès leurs gardes de 3ème année. La sage-femme S a dit d'ailleurs *: « On est aux urgences dès la 3ème année […] On rencontre des personnes toutes seules dès le début de la 3ème année ».*

1.2. Une formation en pluridisciplinarité

Toutes les sages-femmes ont apprécié la pluridisciplinarité de cette formation par la simulation, avec la présence d'un interne de gynéco-obstétrique.

Pour la sage-femme M, I et A, la présence de l'interne était « *super intéressante* » (sage-femme M). En effet, l'annonce se fait souvent en duo avec le médecin comme l'expliquait la sage-femme I : « *Souvent, l'annonce se fait avec la sage-femme et le médecin* ».

Pour les sages-femmes S, C et L, la présence d'un interne pour cette simulation était « *super importante* » (sage-femme L). Pour ces trois sages-femmes, la présence d'un interne jouant le rôle du médecin lors de la simulation était nécessaire car « *c'est pas à nous d'annoncer* » (sage-femme S). La sage-femme L a dit d'ailleurs « *C'est super important parce que nous, de toute façon, on ne peut pas annoncer la mort aux parents ».* (cf 6. La responsabilité de la sage-femme à l'annonce de MFIU)

1.3. Les intervenants

Nos réactions en tant que soignant sont influencées lors de la simulation, notamment par la présence de caméras et la retransmission en direct dans une autre salle pour le groupe d'étudiants. Il y a aussi la présence d'intervenants, qui dans le cas de cette journée, sont des enseignants de l'école. Pour certaines sages-femmes, cela amenait un biais : il existait chez les étudiants une certaine peur du jugement, qui modifiait leurs réactions lors des simulations. La sage-femme C a dit d'ailleurs : « *je trouve que c'est un énorme biais que ce soit des formatrices qui nous évaluent dans d'autres contextes qui soient là […] ça enlève du potentiel à la simulation* ». La sage-femme L, est du même avis : « *elles nous jugent tout le temps au final […] donc je pense qu'il faut sortir de ça aussi ».* Pour la sage-femme I : *« je pense que ça peut bloquer certains que ça soit une personne de l'école en fait. »*

2. La patiente simulée

Lors de la première session, en 2016, de la simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro, la patiente, à qui on apprenait le décès de son bébé, était simulée par une sage-femme enseignante de l'école de sage-femme d'Angers, connue de tous les étudiants sages-femmes. Les sages-femmes diplômées de 2016 ont été assez unanimes pour dire que cela apportait un biais important à la simulation. La sage-femme M disait : *« Quand il y'a de l'affect […], je pense que c'est important que ce soit un acteur […] au lieu d'une personne que l'on connait ».* La sage-femme I ajoutait « *Je pense que ça peut bloquer certaines personnes que ça soit quelqu'un de l'école en fait* ». Pour la sage-femme C, c'était « *assez biaisé quoi* ». Pour elles, les réactions des étudiants ne seraient pas les mêmes si c'était une personne extérieure, qu'une sage-femme enseignante : la peur du jugement de la part de nos enseignantes.

En 2017, une actrice jouait la patiente. Pour les sages-femmes interrogées de 2017, la présence d'une actrice était l'un des atouts majeurs de cette simulation. La sage-femme S disait « *c'était vraiment réaliste ».* En effet, l'un des grands intérêts de l'actrice était qu'elle suscitait plus d'émotions de la part des sages-femmes, pouvant alors récréer un climat émotionnel proche de la réalité. Pour la sage-femme A *« c'était quand même émouvant, parce que la patiente pleurait ».* C'est de même pour la sage-femme S : « *On avait envie de pleurer avec elle* ». Pour la sage-femme E, l'actrice permettait aussi d'être plus à l'aise et de moins influencer nos réactions car « *nos référentes nous jugent tout le temps au final ».*

Ainsi, on pourrait dire que l'actrice permet à la simulation de gagner en réalisme car les réactions des sages-femmes sont plus proches que celles qu'elles pourraient avoir en réalité : plus d'émotions, et moins d'appréhension face à un jugement éventuel.

3. Le scénario

3.1. L'effet de surprise du scénario d'annonce

L'effet de surprise de cette simulation a été travaillé entre les 2 sessions de 2016 et 2017. Les sages-femmes interrogées trouvaient que l'effet de surprise était important dans cette simulation, car cela amenait plus de réalisme et que les étudiants ne préparaient pas leur réaction. Pour la sage-femme A : *« C'est important parce que tu ne réfléchis pas à ta conduite à tenir, tu ne réfléchis pas à comment tu vas jouer avant* ».

Les sages-femmes diplômées de 2016 n'ont pas eu d'effet de surprise. La sage-femme M disait « *on s'attendait à ce que le scénario qui arrive soit une MFIU.* » Ce qui est de même pour la sage-femme I : « *on savait d'avance* » et la sage-femme C : « *Ils l'ont évoqué que c'était une simulation à l'annonce* ». D'ailleurs pour cette dernière, il lui paraissait impossible d'avoir un effet de surprise : *« même si on l'apprend 30 secondes avant, bah on le sait…* » « *Je vois pas comment c'est possible d'avoir entièrement l'effet de surprise.* » En effet, les actrices sages-femmes avaient alors leur jeu influencé : *« je savais que je n'allais pas trouver de cœur* ». Pour la sage-femme C, l'actrice sage-femme *« a vite compris, alors que des fois, dans la vraie vie […] on cherche un peu » « elle anticipait ».*

En revanche, pour les sages-femmes ayant fait la simulation en 2017, la simulation à l'annonce les « *avait beaucoup surprise* » (sage-femme S). Pour la sage-femme S, l'effet de surprise venait aussi du fait que

ce n'était pas une simulation comme une autre : cette simulation touchait plus un domaine psychologique que médical et différait par rapport aux autres simulations comprises dans la journée. Elle a dit d'ailleurs *« on s'y attend pas du tout dans une simulation »*. Pour la sage-femme L, l'effet de surprise avait un intérêt parce que « *l'étudiante qui est passée et bah, elle ne s'y attendait pas du tout* » et que son jeu était donc plus réaliste. Néanmoins, la sage-femme A, qui a joué la sage-femme lors de la simulation, n'avait pas été surprise par la situation: « *après je m'en doutais que c'était ça avant que je rentre dans la pièce.* »

3.2. Axes d'amélioration du scénario proposé par les sages-femmes

3.2.1. Une situation de mort fœtale in utéro aux urgences d'une maternité de type I

Certaines sages-femmes ont soulevé qu'il serait plus judicieux de simuler une annonce dans un centre de type I. Lors de la simulation, l'interne est présent et joue le médecin de garde : c'est lui qui annonce.

Dans les maternités de type I, le médecin n'est pas forcément présent et les sages-femmes sont plus susceptibles d'annoncer, qu'en type III où les internes et les médecins sont plus facilement présents : « *On est beaucoup formé au niveau 3 et c'est bien aussi d'essayer de se former pour un, pour un autre niveau […]. Dans les niveaux 1, tu n'as pas le même personnel.* » (Sage-femme L).

La sage-femme I était du même avis : *« Je pense que pour les personnes qui ont travaillé en niveau 1 […] c'est pas du tout la même chose. Fin, t'as pas de médecin, […], t'es obligé de le dire toi-même. Là je pense que c'est plus utile effectivement. »*

D'ailleurs, pour elle, lors du scénario, elle avait trouvé l'arrivée du médecin très rapide, ce qui ne reflétait pas la réalité : « *L'interne était arrivé très rapidement, ce qui se fait rarement dans la vraie vie.* » Pour cette sage-femme, l'attente entre l'appel et l'arrivée du médecin était le moment le plus compliqué dans l'annonce : *« l'attente entre le fait que le médecin arrive et le fait de rester avec les gens, je trouve que c'est ça le plus long. Parce que, à ce moment là, faut accompagner les gens. »*

Il serait donc plus réaliste dans le scénario d'avoir quelques minutes entre l'appel du médecin et son arrivée *: « si faut en faire qu'une, la situation où y'a le médecin qui vient, mais qui ne vient pas tout de suite ».* (Sage-femme I)

3.2.2. La présence d'un couple simulé

La présence d'un accompagnant lors de l'annonce était source d'appréhension pour les sages-femmes. C'est un sujet qu'elles aimeraient plus aborder en général durant les études. Pour la sage-femme M : « *c'est la famille qui est en fait très difficile à gérer* ». Pour la sage-femme S : « *Il faut gérer le couple, la panique du couple*». Pour elle d'ailleurs, *« on est mauvais dans la gestion des papas de façon générale : le père c'est le grand oublié»*. A la sage-femme C de rajouter « *On en parle jamais et on est aussi là pour eux ».* La sage-femme C aurait aimé aborder le sujet du deuil paternel.

Pour certaines d'entre elles, avoir le conjoint simulé lors de la simulation apporterait plus de réalisme et amènerait à en discuter lors du débriefing. Pour la sage-femme M : *« ça pourrait être un abord intéressant »*. Même avis pour la sage-femme S : « *Ce qui serait vraiment intéressant […] ce serait de mettre 2 comédiens.* »

En revanche pour 2 autres sages-femmes, elles ne ressentaient pas le besoin d'en discuter : « *C'est un peu la même gestion que les patientes* » (sage-femme I).

Pour la Sage-femme A : « *je ferais pas trop de différence entre la patiente et son conjoint* ». Mais elle ne serait pas contre avoir le conjoint simulé *: « après oui, ça pourrait être pas mal si y'avait un conjoint. »*

4. Le ressenti des apprenants sages-femmes

L'un des biais majeur de la simulation à l'annonce était le ressenti émotionnel : celui-ci n'était pas le même que in vivo. Pour la sage-femme M, les émotions que le soignant peuvent ressentir lors d'une annonce ne pouvaient pas être simulées : *« il n'y a pas de simulations du désespoir, de l'incompréhension, de l'injustice, et c'est ce qui fait jaillir en nous des émotions ».* » Elle a rajouté : «*C'est le fait de se retrouver face à un enfant décédé, face à la tristesse d'une mère qui s'attendait à devenir mère mais qui en fait ne l'est pas, ça… c'est super dur à vivre […]. Et je pense que c'est là, la limite de la simulation. C'est que, comme y a pas réellement d'enfant, on s'engage pas de la même manière* ».

Pour la sage-femme S, qui avait eu quelques émotions face à la patiente simulée : *« Mes émotions étaient minimes par rapport à ce qu'on ressent dans la vraie vie. […] Et malheureusement après, ce qui est compliqué dans la vraie c'est que y a les émotions qui s'en mêlent et c'est (voix plus faible) hyper dur quoi.* »

Pour la sage-femme C, la simulation dans ce contexte là n'avait pas beaucoup d'intérêt : *« Moi ce qui m'apporte le plus clairement : le vivre et en discuter avec les gens qui vivent la même chose, qui l'ont vécu en vrai, qui le disent en vrai et qui peuvent échanger. Finalement, c'est nul à dire, mais faut mieux le vivre en vrai* ».

Cette simulation aborde l'humain. Elle ne peut pas être protocolisée comme une situation d'urgence médicale (arrêt cardiaque ou l'hémorragie de la délivrance) où le déroulement de la prise en charge est la même pour chaque patiente. C'était ce qu'ont relevé les apprenants sages-femmes. La sage-femme C a dit *« je trouve ça tellement personnel. C'est pas protocolisé*». Toutes les annonces de mort fœtale in utéro sont différentes : « *au final, y'a pleins de façons possibles que les patientes réagissent* » (sage-femme I). La sage-femme M a rajouté : *« En simulation, je pense que ça ne va pas apporter grand-chose, parce que chaque patiente est différente, chaque annonce va se faire dans un contexte différent ».*

Pour la Sage-femme S, malgré la simulation, l'appréhension restait la même : *« X simulations ne nous prépareront jamais » « On sait jamais faire en fait, parce que tous les couples réagissent différemment ».* C'était de même pour la sage-femme C : *« Pour moi, ce n'est pas en le faisant plusieurs fois, qu'on est meilleur, plus à l'aise. »*

5. Les apports de la simulation à l'annonce de MFIU

La simulation a globalement été bénéfique pour toutes les sages-femmes interrogées. Elles ont chacune retenu des éléments de la simulation, et notamment du débriefing pour leur pratique professionnelle.

5.1. Les mots et l'attitude à avoir

Pour la sage-femme I, cela lui a permis de moins appréhender cette situation si elle se présentait. La simulation l'a aidé pour « *Bien poser les mots et moins appréhender.* »

La sage-femme M a retenu de cette formation l'importance du contact physique, du respect du silence : « *C'est ce qui avait été mis en avant lors de ma simulation, l'importance de l'accompagnement non verbale* ».

Pour la sage-femme A, qui a eu une annonce de mort fœtale peu de temps après le diplôme, disait de la simulation : *« ça m'a aidé de savoir quoi dire à la patiente, comment me comporter et pas être non plus trop optimiste.* » Pour elle qui était actrice sage-femme lors de la simulation, cette première annonce lors de sa pratique professionnelle a été vécue comme une seconde annonce : *« J'avais plus ou moins vécue cette situation déjà, même si c'était en simulation […] J'avais l'impression que c'était ma 2ème annonce de mort fœtale».*

Pour la sage-femme S, qui a eu aussi le cas d'annonce de mort fœtale dans sa pratique professionnelle, la simulation l'avait *« aidé un peu » : « je me suis rappelée le côté de laisser un peu d'espoir ».*

5.2. Une prise de conscience des enjeux de l'annonce

Pour certaines sages-femmes, cette simulation ne leur a pas permis de moins appréhender l'annonce, mais de se rendre compte des enjeux de l'annonce en santé. Par exemple, la sage-femme A appréhendait plus cette annonce après la formation qu'avant : la simulation lui a permis de se rendre compte que les mots prononcés lors de l'annonce étaient inoubliables pour les parents *: « Ce qui m'inquiète le plus, c'est de dire le mot qu'elle retiendra toute sa vie. »*

Pour la sage-femme L, cela lui a permis de se projeter : *« Avant la simulation, j'y pensais pas […] j'appréhende énormément […] J'aurais besoin d'aide. »*

5.3. Le débriefing : le « réacteur » de la formation

Toutes les sages-femmes sont unanimes pour dire que le débriefing était le plus enrichissant et qu'il nécessitait la présence d'une psychologue, formée au débriefing post-simulation: *« sans débriefing, ça aurait servi à rien* » (sage-femme I). Pour certaines des sages-femmes, la simulation ne serait pas indispensable : « Ce *qui est le plus important c'est de faire des débriefings. Je pense que c'est pas une priorité la simulation* » (sage-femme A).

Pour d'autres, la simulation avait juste pour rôle de permettre de « *délier les langues* » (sage-femme S) pour le débat du débriefing. Pour la sage-femme M, la simulation était utile *« que si elle amène à réflexion* ». Pour la sage-femme L : « *C'est un duo. La simulation est indispensable ».*

Durant ce débriefing, le ressenti des actrices lors de la simulation et leur façon d'annoncer étaient abordés. Mais pour les sages-femmes, ce débriefing n'a pas répondu entièrement à leur attente : « *Ce qui serait*

intéressant c'est […] avoir des repères pour l'accompagnement, mais aussi pour se mettre à distance tout en restant dans l'empathie. » (Sage-femme M).

Outre le sujet de la prise en charge de l'accompagnant lors de l'annonce (cf paragraphe 3.2.2), les sages-femmes auraient aimé aborder l'accompagnement du couple après l'annonce. D'ailleurs, pour certaines des sages-femmes, l'annonce en elle-même ne se relevait pas si compliquée, mais c'est l'accompagnement à court, moyen et long terme du couple qui était le plus difficile. La sage-femme I a dit d'ailleurs : « *Je trouve que ce qui est le plus dur c'est de répondre aux questions de la patiente et de prendre en charge la patiente après […] C'est vrai que c'est l'accompagnement vraiment qui est le plus intéressant ».* Pour la sage-femme S, l'accompagnement post-annonce, c'était *« le flou total […] c'est ce qui manque le plus à la limite ».* La sage-femme C a ajouté : « *Être plus formées sur le côté global et à long terme en fait, plutôt que juste l'annonce ».* C'était aussi le cas de la sage-femme A *: « C'est vrai que là-dessus, ça pourrait être un peu plus développé ».*

L'autre sujet que les sages-femmes auraient aimé discuter était celui des émotions en tant que soignant : comment gérer ces émotions et rester dans l'empathie ? En effet, pour la moitié des sages-femmes interrogées, ce qu'elles appréhendaient le plus dans l'annonce, était de ne pas réussir à contrôler leurs émotions et rester des professionnelles neutres et bienveillantes. Pour la sage-femme M et S, elles ont été plus catégoriques, en insistant sur la notion de « peur » : « *c'est ma peur* » (sage-femme M), *« on a peur* » (sage-femme S). D'ailleurs, pour la sage-femme M, lors de l'annonce, elle fonctionnait en binôme : « *c'est ultra important pour nous quoi. C'est une manière de se protéger, mais aussi de se soutenir les uns les autres.* » Pour la sage-femme L, elle ressentait le même besoin d'être à plusieurs : « *j'appréhende énormément, et c'est pour ça que j'aurais besoin d'aide ».* Pour la sage-femme C, elle ressentait un manque de formation à ce sujet et aurait aimé avoir « *Des pistes pour se ressourcer […] parce qu'on est pas très bien préparé à ça en fait. C'est pas facile de trouver un équilibre entre sa vie privé et sa vie pro.* »

6. La responsabilité de la sage-femme à l'annonce de MFIU

Trois des sages-femmes interrogées avaient déjà eu des cas d'annonce de mort fœtale dans leur pratique professionnelle. Pour ces 3 sages-femmes, elles n'ont pas souhaité l'annoncer et ont fait appel au médecin : *« ce qui m'a aidé c'est le côté de ne pas dire » (sage-femme S), « je me sentais pas à l'aise de la faire toute seule » (sage-femme A), « le fait de ne pas être seul à l'annonce, c'est ultra important pour nous quoi » (sage-femme M).*

D'ailleurs, pour trois des sages-femmes interrogées, l'annonce n'était pas de la responsabilité de la sage-femme : « *dans le cas très précis de la mort fœtale, c'est pas à nous d'annoncer. Nous, on a pas à apprendre à l'annoncer* » (sage-femme S), « *Qu'il y ait un interne à la formation c'est important, parce que nous, on peut pas annoncer la mort aux parents* » (sage-femme L). Pour la sage-femme C, à la question de savoir si elle se projette dans l'annonce, elle a répondu : « *C'est délicat, parce que moi j'ai toujours dans la tête que c'est pas à nous d'annoncer […] J'oserais pas le faire».*

En revanche, pour la sage-femme I, elle se projetait à annoncer une mort fœtale *: « je pense que là ça sert à rien d'attendre de… que le médecin arrive et qu'il dise la même chose qu'on est capable de dire en fait ».*

On peut donc dire que même avec la simulation à l'annonce, les sages-femmes connaissent peu leur compétence d'annonce, et ne se sentent pas aptes à annoncer seule. Pour la sage-femme C, la simulation n'a pas eu beaucoup d'impact sur sa pratique professionnelle : « *il n'y a pas eu d'avant/ après simulation.* » La sage-femme I, a reconnu l'intérêt de la simulation lorsqu'elle a reçu le mail pour les entretiens : *« après la simulation, on s'était dit que ça avait pas servi à grand-chose »*. Ce qui n'est pas le cas de la sage-femme M : « *ça induit forcément la manière dont nous on va le faire plus tard ».*

Lors de la simulation, l'annonce était faite généralement par l'interne, qui jouait le médecin de garde. Cela influençait sûrement les sages-femmes et les questionnaient sur leur compétence d'annonce.

7. Le futur de la simulation à l'annonce de MFIU

7.1. Pour les étudiants sages-femmes

Dans l'ensemble, les apprenants sages-femmes interrogés ont trouvé la formation à l'annonce par la simulation enrichissante. Cependant la simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro ne répondait pas totalement aux besoins des sages-femmes concernant l'annonce et la prise en charge de mort fœtale in utéro. Les sages-femmes interrogées ont soulevé une proposition d'un nouveau format pour la formation théorique à l'accompagnement de la mort fœtale in utéro.

Les sages-femmes ont particulièrement apprécié la matinée d'échange sur les soins palliatifs réunissant de nombreux intervenants : médecins, sages-femmes, psychologues, associations de patients… Elles auraient souhaité avoir ce même type d'échange pour la prise en charge de mort fœtal in utéro. Pour la sage-femme L : « *peut* être *des petits débats, comme ce qu'on a eu sur les soins palliatifs ! Des petits exemples comme ça, des cas, alors ça, ça serait bien. Un peu plus de cas, un peu plus de débats et je pense que ça marquera plus les esprits.* ». Pour la sage-femme C, cette forme de cours était même plus enrichissante que la simulation : « *Et ça, j'ai trouvé ça plus enrichissant, fin… (réfléchit) c'est un peu dur ce que je vais dire, mais j'ai trouvé ça plus euh bah ça m'a plus apporté que la simulation. ».* Pour la sage-femme S, les cours de psychologie devrait être moins théoriques : *« Mettre plus de psychologie appliquée et applicable ».*

7.2. Pour les professionnels de santé

Il existe d'autres annonces difficiles en obstétrique. Pour la majorité des sages-femmes interrogées, il serait intéressant de proposer une formation à l'annonce de malformations fœtales pour les échographistes. Il en était de même pour les annonces de fausses couches, notamment les fausses couches tardives.

Toutes les sages-femmes pensaient qu'il serait bénéfique de proposer cette simulation aux professionnels : *« ça dérange énormément nos pratiques »* (sage-femme M), *« je pense que ce serait même intéressant »* (sage-femme I), *« oui, l'annonce je pense que ça s'apprend »* (sage-femme S), « *c'est quelque chose qui a été fait pour les étudiants, mais ça peut être fait aussi pour les sages-femmes* » (sage-femme L).

La sage-femme S proposait même une journée de simulation à l'annonce en obstétrique : « *on est mauvais ».* Pour elle, l'atout majeur de cette simulation était l'effet de surprise. Ainsi pour garder l'effet de surprise : « *Faut dire « journée de simulation à l'annonce », mais pas préciser les annonces que l'on va faire ».*

La sage-femme C avait un avis plus partagé *: « elle pourrait être proposée mais j'imagine qu'il n'y aurait pas beaucoup de participants ».* Pour elle, ce n'était pas en faisant plusieurs fois une simulation à l'annonce que les professionnels seraient meilleurs et plus à l'aise à l'annonce. De plus, elle rappelait que les formations se font généralement sur les temps de repos, et que les professionnels priorisent d'autres formations, notamment les simulations plus techniques et plus médicales, par exemple, la simulation à la réanimation néonatale.

DISCUSION

L'objectif de cette étude était de recueillir les opinions des sages-femmes diplômées de 2016 et 2017 afin de connaitre l'apport de cette formation par le biais de la simulation à leur pratique professionnelle et sa place dans les études initiales de sages-femmes.

8. Les Biais et Limites de l'étude

8.1. Au choix méthodologique

La méthode choisie était celle de l'entretien semi-directif. L'avantage de cette méthode est qu'elle permettait aux sages-femmes d'être plus libres dans leurs réponses et aller plus loin dans la réflexion. Ce que n'aurait pas permis une étude quantitative ou un entretien directif. Cependant, cette méthode est assez subjective. Les réponses obtenues ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble des promotions 2016 et 2017.

Peu de sages-femmes ont pu être interrogées, par rapport à l'objectif fixé qu'était d'interroger entre 8 et 10 sages-femmes. Les entretiens, se tenant à Angers et durant en moyenne une heure, dissuadaient certaines sages-femmes, qui pour la plupart, ne travaillent plus en Maine et Loire.

8.2. Aux circonstances

Six sages-femmes ont participé à l'étude sur les 50 étudiants sages-femmes, ayant participé à la simulation. L'échantillon étant très faible, il n'est pas représentatif de la totalité des étudiants sages-femmes.

Les sages-femmes, étant diplômées depuis peu de temps, avaient peu d'expérience d'annonce de mort fœtale in utéro. Il apparaît alors difficile, d'évaluer l'apport de la simulation à leur pratique d'annonce.

De plus, évaluer l'apport de cette formation est difficilement réalisable. Cette simulation relève du subjectif : chacun, par son histoire de vie, de parcours professionnel sera touché, avec plus ou moins d'émotion, par cette annonce. L'affectif a une grande place dans le vécu des apprenants à cette simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro. Chacun des apprenants a des attentes particulières qui lui sont propres. Leur opinion de cette formation dépend alors des réponses qu'ils auront obtenues, en rapport ou non avec leur attente personnelle.

9. Analyse et comparaison avec la littérature

9.1. La simulation : une approche réaliste

Ce qui a été mis en avant par les sages-femmes était le niveau de réalisme du scénario et de la mise en situation. La patiente simulée et l'effet de surprise sont les points forts de cette simulation et font que celle-ci s'apparente à une situation réelle, provoquant des émotions chez les apprenants. Il a été évoqué néanmoins quelques améliorations pour apporter encore plus de réalisme à cette simulation. Les sages-femmes trouvent important d'évoquer le conjoint, qui lui aussi, reçoit cette annonce de plein fouet : elles ont émis le souhait d'un

deuxième patient simulé. Il est aussi apparu au fil des entretiens que le scénario pourrait se dérouler dans une maternité de type I, où le médecin n'est pas toujours sur place, ou que le médecin met plus de temps à arriver : en effet plusieurs sages-femmes trouvent que cette formation est plus utile aux sages-femmes travaillant dans une maternité de type I, car elles ont plus de risque d'annoncer seules.

La thèse « *Simulation de consultation d'annonce complexe en dermatologie pédiatrique* » de Vinceneux-Talavande Blandine a montré que la totalité des 12 internes de pédiatrie ayant fait la simulation l'avait trouvée réaliste tant sur le scénario, que sur l'environnement (matériel, patients simulés) et sur le stress qu'ils ressentaient lors de l'annonce. Un interne a suggéré la présence de l'enfant pour apporter plus de réalisme à la situation. L'une des grandes différences, par rapport à la simulation à l'annonce faite par les apprenants sages-femmes, est qu'il n'y a pas d'effet de surprise : les internes de pédiatrie connaissaient le programme de leur journée de simulation. C'est ce qui s'apparente à la réalité : l'annonce d'un diagnostic aux parents d'un enfant se fait rarement en urgence. Les pédiatres ont un temps de préparation pour leur annonce, ce que ne bénéficie pas les sages-femmes ou les obstétriciens pour l'annonce de mort fœtale in utéro [17].

Dans la thèse de Breillard et Chapel « *Annonce de diagnostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation*», les médecins ayant participé à la simulation ont trouvé très réaliste le scénario de la simulation, le jeu des acteurs et l'environnement. Pour certains, ils ont même oublié que c'était une simulation. Néanmoins, ils ont montré une limite de la simulation : que la temporalité d'un vrai service n'était pas reflétée. C'est ce qu'ont relevé les apprenants sages-femmes, notamment avec le médecin qui arrive rapidement après que la sage-femme l'ait appelé [18].

Ainsi, la simulation par patient simulé est un atout majeur pour le réalisme de la situation, notamment pour les formations à la communication, telle qu'est la simulation à l'annonce de mauvaise nouvelle. C'est ce qui permet de créer un climat émotionnel comparable à la réalité.

9.2. Apport de la simulation à l'annonce

L'une des hypothèses de cette étude était que la simulation à l'annonce permettait aux sages-femmes de se projeter à l'annonce de mort fœtale in utéro lors de leur pratique professionnelle. Les différents entretiens réalisés ont montré que la simulation à l'annonce de mort fœtale a marqué les esprits et n'a laissé aucunes sages-femmes interrogées indifférentes. C'est d'ailleurs le scénario qu'elles se souviennent le mieux de la journée de simulation. La formation par la simulation les a aidé à prendre conscience des enjeux de l'annonce tant chez la patiente que chez le soignant, et surtout à réfléchir sur leur façon d'annoncer lors de leur pratique professionnelle.

Dans la thèse « *Simulation de consultation d'annonce complexe en dermatologie pédiatrique* » de Vinceneux-Talavande Blandine, la simulation d'annonce avait permis aux internes de pédiatrie de prendre conscience des comportements, et avaient eu une certaine influence sur leur savoir faire et savoir être durant une consultation d'annonce [17].

De même, dans l'étude « *L'apprentissage de l'annonce du diagnostic de cancer par simulation, expérience de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech* » de Dannoune S, 100% des 235 étudiants

en médecine interrogés, ont déclaré que la simulation à l'annonce les avait aidés à améliorer leur compétence relationnelle et d'annonce [19].

La simulation n'a pas pour autant diminuer l'appréhension des sages-femmes face à cette annonce. Elle a même pour certaines d'entres elles accentuer leur appréhension. Ce qui vient contredire la 2ème hypothèse qui est que la simulation permettait aux sages-femmes de moins appréhender l'annonce. S'entrainer par la simulation n'enlève pas la réalité de l'annonce : le décès d'un petit être en devenir et un couple qui ne devient pas parents.

En revanche, Breillard M. et Chapel S. ont montré dans leur thèse « *Annonce de diagnostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation*», que la simulation à l'annonce de diagnostic complexe avait permis à 10 médecins sur les 13 interrogés d'être plus à l'aise lors de l'annonce [18].

Dans l'étude de Peterson et Porter, « A simulation-based curriculum to address relational crises in medicine », la simulation à l'annonce a aidé les étudiants médecine en pédiatrie à se préparer et à moins appréhender l'annonce [20]. Cela nous tend à dire que la simulation à l'annonce permet aux apprenants d'être mieux préparer et à être plus à l'aise lors de l'annonce, quand celle-ci ne se fait pas en urgence. En effet, les études montrant que l'appréhension des apprenants a diminué grâce à la simulation, sont des formations pour des annonces de diagnostics de maladies potentiellement graves qui ne se font pas dans l'urgence et pour lesquelles le médecin peut se préparer psychiquement à annoncer. L'annonce de mort fœtale in utéro est une annonce qui ne peut pas être préparée en amont par l'équipe médicale : elle surprend le couple, et le soignant qui la découvre. Par ailleurs, ce n'est pas une annonce d'une maladie qui peut avoir un traitement, mais c'est l'annonce d'un décès d'un petit être qui n'a pas vécu. C'est une annonce brutale et l'on peut comprendre que la simulation, même si elle permet aux sages-femmes de se projeter à l'annonce, ne diminue pas leur appréhension.

9.3. Compétence d'annonce des sages-femmes

Ce qui ressort principalement de cette étude, c'est que la moitié des sages-femmes interrogées ne sont pas conscientes de leur compétence d'annonce et que 5 d'entres elles, ne se sentent pas capables d'annoncer seules, préférant l'aide d'une autre collègue ou du médecin, et cela, malgré la simulation d'annonce.

Or, d'après le référentiel métier et compétence des sages-femmes, publié par l'Ordre National des sages-femmes, les sages-femmes doivent être capables « d'annoncer avec tact et humanité des évolutions négatives (handicap, IMG, mort fœtale…) » [11].

De plus, dire le diagnostic et la prise en charge qui en découlent, et les causes de ce diagnostic, sont une obligation pour les professionnels de santé, et un droit du patient depuis la loi de démocratie sanitaire du 2 mars 2002 [5].

Dans le mémoire de Huard J., sage-femme, intitulé, « *La sage-femme face à l'annonce de mort fœtale in utéro* », sur les 30 sages-femmes interrogées, 9 faisaient appel au médecin pour l'annonce, soit car elles préféraient avoir une confirmation du diagnostic, soit car elles déclaraient que c'était plus de la compétence du médecin d'annoncer la mort fœtale in utéro [12].

Dans le mémoire de Chauchard P., *« L'annonce de mauvaise nouvelle : le cas de la mort fœtale in utéro »* elle a interrogé des obstétriciens, un interne et 4 sages-femmes sur leur façon d'annoncer la mort fœtale in utéro. Sur les 4 sages-femmes, 2 avaient en moyenne 30 d'expérience et affirmaient délivrer seules l'annonce, alors que la 3ème sage-femme, diplômée depuis 5 ans, faisait appel plus facilement au médecin pour l'annonce, ou à ses collègues. La 4ème sage-femme, diplômée depuis 15ans, faisait aussi appel au médecin [21].

On peut constater que, l'annonce de mort fœtale faite seule par la sage-femme dépend de ses années d'expérience professionnelle, et notamment de son aisance à l'échographie. En effet, avant l'annonce, il faut confirmer le décès par une échographie. Les sages-femmes nouvellement diplômées font appel au médecin pour réaliser cette échographie, alors que les sages-femmes anciennement diplômées, ont plus d'expérience en échographie et ne nécessitent pas la confirmation du médecin. C'est ce qui est aussi ressorti des entretiens semi-directifs de cette étude.

De plus, le fait de ne pas être le seul soignant lors de l'annonce, est plus rassurant pour les sages-femmes nouvellement diplômées.

Tout cela prouve encore la difficulté qu'est l'annonce de mort fœtale in utéro. On pourrait considérer ce besoin d'être avec un autre soignant lors de l'annonce ou de la déléguer au médecin, comme un mécanisme de défense de la part des sages-femmes, la fuite.

Pour certains professionnels et certains médecins, c'est au médecin d'annoncer le diagnostic de mort fœtale in utéro, ne connaissant pas les compétences de la sage-femme. Cela a d'ailleurs été le sujet du débriefing de la simulation pour un groupe en 2016 : pour la psychologue présente, la sage-femme n'avait pas la compétence d'annoncer. Cela a valu un débat entre les apprenants sages-femmes et la psychologue sur « qui doit annoncer ».

Néanmoins, dans les études des sages-femmes Huard et Chauchard P, aucune des sages-femmes interrogées ignoraient leur compétence d'annonce. On pourrait alors se demander si le fait de faire la simulation avec un interne et que ce soit lui qui annonce lors de la simulation, n'influencerait pas les sages-femmes dans ce sens [12, 21].

Il existe peu d'études sur les compétences d'annonce de la sage-femme et sur les annonces dans leur pratique professionnelle. Cela explique aussi qu'il y ait peu de simulation à l'annonce proposée aux sages-femmes et aux étudiants sages-femmes.

En 2008, l'HAS publie ses recommandations pour l'annonce de mauvaises nouvelles pour les professionnels de santé. Dans ce document, l'annonce de mort fœtale in utéro n'est pas mentionnée, ni l'apprentissage par la simulation [22]. En 2012, l'HAS met à disposition des professionnels de santé son guide pour la simulation [8]. L'HAS y reconnait l'intérêt de la simulation pour la formation à la communication patient-soignant. Il y ait mis d'ailleurs en annexes, des scénarios de simulations d'annonce d'un diagnostic de cancer, et l'annonce d'un diagnostic d'un décès.

En 2014, l'HAS aborde la simulation dans le cadre de l'obstétrique dans son Guide qualité et sécurité secteur naissance [23]. L'HAS préconise la formation par la simulation pour le DPC des professionnels de santé d'obstétrique. Elle met en avant plusieurs situations d'urgence en obstétrique qui nécessiteraient une formation par la simulation, comme l'hémorragie de la délivrance ou l'arrêt cardiaque chez une femme enceinte. Elle n'évoque pas la simulation à l'annonce de mauvaise nouvelle. Néanmoins, l'HAS cite que la formation continue

des professionnels de santé en obstétrique doit aborder de nombreux domaines, dont la formation à l'annonce de mauvaises nouvelles.

Ainsi dans les années à venir, la simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro se développera sûrement. De nos jours, cette formation est innovante. La simulation en santé se développe en France depuis peu.

9.4. L'après annonce : la prise en charge globale de la mort fœtale in utéro

Les sages-femmes interrogées accordaient de l'importance à la formation à l'annonce même si la majorité d'entre elles auraient souhaité aborder l'accompagnement post-annonce. Pour elles, l'accompagnement de ces couples endeuillés serait plus difficile à vivre que l'annonce.

C'est ce qu'a montré l'étude de Dumay A. « *Accompagnement des IMG, MFIU et FCT en salle de naissance* », où 81,3% des sages-femmes interrogées trouvent que ce qui est le plus difficile est l'accompagnement du couple endeuillé et notamment, à 59,57% des sages-femmes dans le cas de la mort fœtale in utéro. En revanche, dans cette étude, l'annonce n'a pas été abordée : l'annonce étant le plus souvent faite aux urgences gynécologiques-obstétricales, et non en salle de naissance. Cette étude abordait la prise en charge en salle de naissance [24].

Une autre étude « *La sage-femme face à l'annonce de mort fœtale* » a été menée par Huard J. Sur les 30 sages-femmes interrogées, 24 étaient d'accord pour dire que c'est l'annonce qui est la plus difficile dans la prise en charge de la mort fœtale in utéro [12].

Ce qui nous amène bien à dire que la prise en charge de la mort fœtale in utéro est difficile dans son ensemble pour les sages-femmes.

9.5. La place de la simulation dans les formations en santé

Les sages-femmes s'entendent toutes pour dire que la simulation est un bon outil pédagogique pour aborder l'annonce. En revanche, la simulation ne remplace pas la formation théorique : elles sont complémentaires. Les sages-femmes ont exprimé le besoin d'avoir un groupe d'échange lors de leur étude initiale sur les prises en charges compliquées vécues en stage, notamment de la mort fœtale in utéro. Elles souhaiteraient aussi un cours théorique sur la mort fœtale in utéro construit sur le même principe que celui sur les soins palliatifs : c'est-à-dire avec une équipe pluridisciplinaire (sages-femmes, médecins, psychologues), comprenant une partie axée sur la prise en charge médicale, et une autre sur le vécu des patients et des soignants, avec des retours d'expériences de professionnels.

Dans le mémoire *« Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité : enquête auprès de 123 sages-femmes »* de Morin Charlotte, environ 60% des sages-femmes souhaitaient plus de formation à l'école au sujet de la mort fœtale. Les sages-femmes proposaient d'avoir plus de cours de psychologie interactive, plus de rencontre avec des familles endeuillées et des sages-femmes pour leur retour d'expérience. En revanche, il n'a pas été proposé de simulation à l'annonce. L'interrogatoire étant plus axé sur l'accompagnement de la mort

fœtale in utéro par les sages-femmes et leur émotion, est un biais : l'annonce de la mort fœtale n'est mentionnée qu'une fois [25].

Dans la thèse de Dannoune S., *« L'apprentissage de l'annonce du diagnostic de cancer par simulation, expérience de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech »*, il a été demandé aux 235 étudiants en médecine, si la simulation à l'annonce de cancer était une meilleure forme d'apprentissage que les cours magistraux. Pour 216 étudiants, la simulation est plus formatrice que les cours magistraux, pour 17 d'entre eux, ils ne font pas de différence entre les deux types de formation, et seulement 2 étudiants préféraient l'apprentissage par cours magistraux [19].

Dans l'étude randomisée de Mabit Lise *« Intérêt de la formation par simulation des urgentistes aux annonces de mauvaises nouvelles»,* elle compare un groupe de médecins urgentistes ayant eu une formation à l'annonce par cours théorique, et par simulation avec un autre groupe de médecins urgentistes n'ayant eu qu'une formation théorique à l'annonce. Elle a évalué les connaissances sur l'annonce des 2 groupes à l'aide d'un questionnaire avant les formations et trois mois après. Il a été trouvé une différence significative entre les deux groupes, concernant les connaissances des recommandations sur l'annonce : le groupe, ayant eu les deux types de formation, a une meilleure connaissance des recommandations [26].

Cela confirme bien l'étude qui a été menée dans les années 1960 aux Etats-Unis par National Training Laboratories, Bethel : « une pyramide de l'apprentissage » a été mise en place. Elle regroupe les principales méthodes pédagogiques et leurs niveaux de rétention d'informations après 24 heures. Ainsi la simulation permettrait de retenir environ 75% des informations, alors que les cours magistraux seulement 5% [27].

On peut donc penser que la simulation est la meilleure méthode pédagogique pour travailler la communication soignant-patient et l'annonce, mais qu'elle n'efface pas le besoin de cours théorique de psychologie et d'échange entre étudiants et professionnels.

Conclusion

Cette étude présentait les ressentis et les opinions de six sages-femmes ayant participé à la simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro en 2016 et 2017. Des pistes d'amélioration ont été énoncées par les sages-femmes pour apporter encore plus de réalisme au scénario de la simulation à l'annonce (scénario dans une maternité de type I, la présence d'un couple simulé), ainsi que des thématiques qu'elles auraient souhaité aborder lors du débriefing post simulation.

Dans l'ensemble, les sages-femmes avaient été surprises par le thème du scénario à l'annonce dans le cadre de la journée de simulations aux urgences obstétricales. Elles avaient été plutôt satisfaites de la formation à l'annonce par le biais de la simulation. Les apports de la simulation à leur pratique professionnelle étaient variables d'une sage-femme à une autre, en fonction de leur attente de la simulation et de leur vécu à l'annonce. Les sages-femmes ayant participé à la simulation en 2017 ont eu un meilleur accueil de la simulation, notamment grâce à la présence d'une patiente simulée par une actrice formée à la simulation en santé. L'actrice amenait un certain réalisme au scénario et permettait de susciter certaines émotions chez les apprenants sages-femmes.

Cependant, la simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro n'enlève en rien l'horreur de l'annonce et le deuil qui en découle. Les sages-femmes, malgré une formation, redoute cette annonce dans leur pratique professionnelle et délèguent facilement l'annonce à un collègue, le plus souvent au médecin ou à une autre sage-femme.

Cette étude a d'ailleurs mis en évidence que les sages-femmes connaissaient peu leur compétence d'annonce de mort fœtale in utéro. L'annonce d'un diagnostic à un patient est une obligation professionnelle de la sage-femme et un droit du patient.

Les sages-femmes ont mis en avant le manque de formation des professionnels à l'annonce en général. Néanmoins, proposer cette formation à l'annonce par la simulation, dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé, peut s'avérer moins bénéfique aux professionnels qu'aux étudiants sages-femmes et aux internes de gynécologie-obstétrique. Les professionnels de santé ont plus d'expérience d'annonce et ont potentiellement une façon d'annoncer qui leur est propre, acquise par les différentes situations vécues au cours de leur carrière professionnelle. De plus, il serait intéressant de savoir si les professionnels de santé en obstétrique, notamment les sages-femmes libérales, sont demandeurs d'une formation à l'annonce de mort fœtale in utéro. En effet, les sages-femmes libérales réalisent des enregistrements cardiaques fœtales en cabinet ou à domicile, et peuvent diagnostiquer une mort fœtale in utéro. D'autres annonces en obstétrique et en gynécologie pourraient nécessiter une formation par la simulation et potentiellement plus intéresser les professionnels, comme notamment l'annonce de malformations fœtales lors des échographies anténatales.

En 2018, j'ai moi-même participé à cette simulation. J'ai trouvé cette simulation différente des autres simulations réalisées au cours de la journée. En effet, pour moi, c'est une formation où l'on ressort avec plus de questions que de réponses. Elle amène à une réflexion, à se projeter, à s'imaginer découvrir une mort fœtale lors d'une garde. Ce qui est au final, l'objectif de la simulation à l'annonce. En revanche, c'est dommage que ça soit que l'interne qui annonce : les sages-femmes ont la compétence pour annoncer.

Bibliographie

[1] : Buckman R. *S'asseoir pour parler : L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades,* Guide du professionnel de santé, Elsevier Masson, Paris, 2001.

[2]: Buckman R., *Breaking bad news: why is it still so difficult?,* British Medical Journal, n° 288, 1597-99, Londres, 1984.

[3]: Baile,W. F.,et al. *SPIKES - a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*, The Oncologist, USA, 2000.

[4]: OMS, *Guide pédagogique pour la sécurité des patients*, édition multiprofessionnelle, 2015, traduction française de Patient Safety Curriculum Guide de l'OMS, 2011, [cité en novembre 2017] Disponible sur le site de l'OMS et de l'HAS.

[5] : LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, titre II, chapitre 2 : Droits et responsabilités des usagers**,** Article L. 1111-2. [Internet] [cité le 23 octobre 2017] Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

[6] : Institut National contre le Cancer, Ligue contre le cancer. *Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé*, Mesure 40 du plan Cancer [Internet] Novembre 2005 [cité 4 septembre 2017] Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce/Un-temps-fort-du-parcours-de-soins

[7] : Institut National contre le Cancer, Ligue contre le cancer. *Plan cancer 2014-2019 : guérir et prévenir les cancers, donnons les mêmes chances à tous, partout en France*. [Internet] 2013 [Novembre 2017] Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf

[8] : HAS. Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins [Internet]. 2012 [cité le 21 avril 2018] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf

[9] : HAS, *Entretien avec …Dr José Hureaux*, DPC & Pratiques –n° 75- Spécial « Simulation en santé », [Internet], 2013, [cité 13 avril 2017]. Disponible sur : le webzine de la HAS.

[10] : Boet S., Savoldelli G., Granry JC. *La simulation en santé : de la théorie à la pratique*. Springer, 2013, Paris.

[11] : Ordre National Des Sages-femmes. *Référentiel métier et compétences* [Internet] Janvier 2010 [cité 24 octobre 2017]. Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf

[12] : *La sage-femme face à l'annonce de la mort foetale in utéro,* mémoire de Julie Huard, Université de Henri Poincaré, Nancy, Ecole de Sages-femmes Pierre Morlanne de Metz-Thionville, 2010.

[13] : Le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement, Le processus d'annonce d'un diagnostic : Description des pratiques innovantes et recommandations, annexes : pratique n°6 et 8, Belgique 2016, [Internet], [cité le 27 octobre] Disponible sur : https://www.health.belgium.be/fr/processus-dannonce-dun-diagnostic

[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 fœtus. [Internet]. [cité 24 oct 2017]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/07/cir_29111.pdf

[15] : Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, [Internet]. [cité le 24 octobre 2017]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825

[16] : Scénario 6 Annonce d'une MFIU aux urgences, simulation hybride. Page 1 : Objectifs, Cf Annexe 1.

[17] : Vinceneux-Talavande B. *Simulation de consultation d'annonce complexe en dermatologie pédiatrique* [Internet] Angers, 2017, [cité le 23 mars 2018] Disponible sur : http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20137747/2017MDEDE6860/fichier/6860F.pdf

[18] : Breillard, Chapel. *Annonce de diagostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par la simulation* [Internet] Grenoble, 2017 [cité le 1 avril 2018] Disponible sur : https://cel.archives-ouvertes.fr/UFR_MEDGRENOBLE/dumas-01671926v1

[19] : Dannoune S. *L'apprentissage de l'annonce du diagnostic de cancer par simulation, expérience de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech* [Internet] Marrakech 2017 [cité le 23 mars 2018] Disponible sur : http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2017/these52-17.pdf

[20] : Peterson. Porter. *A simulation-based curriculum to address relational crises in medicine* [Internet] Etats-Unis, 2012 [cite le 1er avril 2018] Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444190/

[21] : Chauchard P. *L'annonce de mauvaise nouvelle : le cas de la mort fœtale in utéro* [Internet] Limoges, 2017 [cité le 2 avril 2018] Disponible sur : *https://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-77325?lightbox=true*

[22] : HAS. *Annoncer une mauvaise nouvelle* [Internet] 2008 [cité le 16 août 2017] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle

[23] : HAS. *Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, Guide méthodologique* [Internet] 2014 [cité le 1er avril] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1729391/fr/qualite-et-securite-des-soins-dans-le-secteur-de-naissance

[24] : Dumay A. *Accompagnement des IMG, MFIU et FCT en salle de naissance* [Internet] Angers, 2017 [cité le 15 octobre 2017] Disponible sur : http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20110319/2017MFASMA6886/fichier/6886F.pdf

[25] : Morin C. *Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité : enquête auprès de 123 sages-femmes* [Internet]. Rouen; 2010 [cité 15 octobre 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00672383/document

[26] : Mabit L. *Intérêt de la formation par simulation des urgentistes aux annonces de mauvaises nouvelles* [Internet] Angers, 2016 [cité le 23 mars 2018] Disponible sur : http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20070148/2016MDEMG6808/fichier/6808F.pdf

[27] : National Training Laboratories, Bethel. *La pyramide d'apprentissage* [Internet] Maine, Etats-Unis, 1960 [cité le 23 mars 2018] Disponible sur : https://csaffluents.qc.ca/im/PDF2005/references/pyramide_apprentissage.pdf

Annexe I

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

CHU ANGERS
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT SONORE

Ville : Angers, le ……

Je soussigné(e) (nom, prénom) : …….

Demeurant (adresse et téléphone) :
……
……

Je certifie être majeur(e) et autorise **TRAVAILLE Caroline** à enregistrer sur bande son l'entretien, sans contrepartie de quelque nature que ce soit au sein de la Faculté de Santé d'Angers.
La bande son sera exploitée dans le cadre de son mémoire de fin d'étude puis détruites à la fin de l'étude.

Cette autorisation exclut toute autre utilisation de la bande son, notamment dans un but commercial ou publicitaire.

Signature

Annexe II

ECOLE DE SAGES-FEMMES RENE ROUCHY

CHU ANGERS CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE — PAYS DE LA LOIRE — université angers

INTITULE : Scénario 6 Annonce d'une MFIU aux urgences, simulation hybride

Apprenants

Etudiants sages-femmes : 1
Gynécologue-Obstétricien : 1
Anesthésiste réanimateur : 0

OBJECTIFS

1. Connaissance mobilisées
   - ☐ Prise en charge médicale d'une patiente présentant une MFIU
   - ☐ Prise en charge d'un enfant mort-né
     - i. Etat civil
     - ii. Autopsie
     - iii. Devenir du corps
2. Comportement
   - ☐ Communication : gestion d'une situation complexe en binôme
     - ☐ Améliorer la communication
     - ☐ Améliorer le soutien à la patiente et au couple
     - ☐ Accompagner le patient
     - ☐ Développer l'écoute empathique
     - ☐ Détecter les mécanismes psychiques mis en jeux
   - ☐ Sensibiliser aux recommandations de bonnes pratiques lors de l'annonce de mauvaise nouvelle en binôme
   - ☐ Utiliser un outil de communication soutenant la pratique de l'annonce de mauvaise nouvelle (DRAME ou SPIKES)
3. Médicaux
   - ☐ Réaliser l'examen clinique nécessaire
   - ☐ Réaliser les examens complémentaires diagnostic
   - ☐ Programmer la PEC pluridisciplinaire

Annexe III

GUIDE D'ENTRETIEN

Simulation à l'annonce de Mort fœtale in utéro : Vécu et opinions des apprenants sages-femmes

Présentation :

Je suis Travaillé Caroline, étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de sage-femme d'Angers. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'effectue une étude qualitative dans le but d'évaluer la formation par la simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro à laquelle vous avez participée lors de votre dernière année d'étude. Pour cela, l'objectif de cet entretien semi-directif est de recueillir votre vécu de cette formation et votre opinion quant à l'intérêt de cette simulation dans la formation initiale des sages-femmes et pour votre carrière professionnelle.

Cet entretien sera anonyme et enregistré à l'aide d'un dictaphone, si vous êtes d'accord. Il durera environ une heure.

Je vais aborder plusieurs thèmes durant cet entretien pour connaitre votre opinion sur l'organisation de cette formation, sur le scénario proposé, pour connaitre votre ressenti et ce que vous avez retenu de cette formation, ainsi que les bénéfices que cette formation vous a apporté ou non dans votre carrière professionnelle.

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ? Depuis quand êtes vous diplômée ? Où travaillez-vous (où avez-vous travaillé) ? Quand avez-vous participé à cette formation ?

Thème 1 : L'organisation de la simulation

Objectif : Interroger les apprenants sages-femmes sur l'organisation de la formation et leur avis sur cette organisation

Question inaugurale : Pouvez-vous m'expliquer comment s'est déroulée cette formation ?

Avez-vous été actrice ou spectatrice lors de la simulation ?

Qui étaient les intervenants ? Et quel était leur rôle ?

Combien d'étudiant étiez-vous ? Que pensez-vous du nombre d'étudiant ?

Combien d'étudiants sages-femmes ont-ils été acteurs de la simulation dans votre groupe ? Trouvez-vous cela pertinent ? Pourquoi ?

Quelle est votre opinion sur le fait que cette formation soit pluridisciplinaire avec l'interne de gynéco-obstétrique et l'interne d'anesthésie-réanimation ? Quel est le rôle des internes dans cette formation ?

Combien de temps a duré cette formation ? Qu'avez-vous pensé du temps consacré à cette formation ?

Quand s'est déroulée la formation ? Quel est, selon vous, le moment le plus adéquate de vos études pour faire cette formation ?

Comment se déroule le briefing (séance préparatoire, avant la simulation) ? Quels sont les sujets abordés ? Combien de temps dur le briefing ?

Comment se déroule le débriefing (bilan de la simulation) ? combien de temps ? Est-ce que tout le monde peut exprimer sur ce qu'il a vécu ?
Qu'avez-vous pensé du débriefing ?
Etait-il nécessaire pour vous d'exprimer votre ressenti ? Pourquoi ?
Etait-il pour vous nécessaire de connaitre le ressenti des autres étudiants ? Pourquoi ?

Thème 2 : la patiente simulée

Objectif : Consulter les sages-femmes à propos du rôle du patient simulé lors de formation par la simulation en santé

Question inaugurale : Comment vous êtes vous sentie face à la patiente simulée ?

Pouvez-vous me parler de votre expérience de formation avec un patient simulé ?
Quelle personne peut jouer le patient simulée selon vous?
Quel est le rôle du patient simulé ? (valeur du patient simulé par rapport à un vrai patient ?)
Qu'est ce que le patient simulé apporte à la formation ?
Quel est pour vous l'avenir du patient simulé dans les formations en santé ?

Thème 3 : Le scénario

Objectifs : Apprécier la réalité du scénario proposé. Développer d'autres scénarios

Question inaugurale : Pouvez-vous me parler du scénario de la simulation ?

Pouvez-vous me donner votre avis sur la réalité du scénario proposé ?
Pensez-vous que le scénario doit être amélioré ? Si oui, en quoi ?
Pensez-vous qu'en seul scénario est suffisant ?
Auriez-vous d'autres idées de scénario d'annonce, que vous aurez aimé traité avant votre diplôme?

Thème 4 : Les acquis de la formation

Objectif : Evaluer les apports théoriques de la formation

Question inaugurale : Qu'avez-vous retenu en termes de connaissances théoriques lors de la formation ? Avez-vous eu un questionnaire avant/ après à remplir ?

Quels ont été les points théoriques abordés ?
Y a-t-il certains points théoriques qui n'ont pas été abordés que vous auriez aimé discuter ? Quels sont-ils ?
Y a-t-il certains points théoriques abordés qui n'étaient pas nécessaires selon vous ? Quels sont-ils ?
Outil de communication DRAME / SPYKE : qu'est ce que c'est ? Qu'en avez-vous retenu ? Si vous avez à faire une annonce de MFIU trouver vous que c'est un bon ou un mauvais moyen de communiquer ? Pourquoi ? L'avez-vous utilisé lors d'une annonce de MFIU ou envisagez-vous d'utiliser ce moyen de communication si vous avez une annonce à faire ?

Quels sont les mécanismes appris lors de cette formation que vous pouvez mettre en place ? Comment les repérer vous ?

Thème 5 : Le ressenti

Objectif : recueillir les émotions que les sages-femmes ont pu ressentir lors de l'annonce simulée. Apprécier la réalité de la simulation.

Question inaugurale : pouvez-vous me dire ce que vous avez ressenti lors de la simulation ?

Voudriez-vous me parler de votre parcours d'étudiant à propos d'une annonce de MFIU ou d'une prise en charge ? Quel a été votre ressenti ? En avez-vous parlé par la suite à un autre professionnel de santé ? À quelqu'un de votre entourage ?

Avez-vous eu le même ressenti lors de la simulation ? Si non, en quoi était-ce différent ?

Comment avez-vous vécu cette formation ?

Thème 6 : La place de la sage-femme dans l'annonce de MFIU

Objectif : Comprendre le positionnement des sages-femmes face à leur compétence à l'annonce

Question inaugurale : Quelle est pour vous la responsabilité de la sage-femme vis-à-vis de l'annonce ?

J'ai pu lire des articles et des mémoires à ce sujet, notamment un qui mettait en avant le fait que les sages-femmes qui avaient une dizaine d'années d'expériences délivraient plus facilement seules l'annonce de MFIU, alors que les sages-femmes nouvellement diplômées allaient plus facilement faire appel à l'interne ou à l'obstétricien. Qu'en pensez-vous ? Que faites-vous ?ou Que feriez-vous ? Pourquoi ? Y-t-il une influence de cette formation à votre attitude ?

Thème 7 : Pratique professionnelle

Objectif : Définir les apports de cette formation à la pratique professionnelle

Question inaugurale : Qu'est-ce –que vous a apporté cette formation dans votre pratique professionnelle ?

Pouvez-vous me parler soit de votre expérience d'annonce, si vous en avez eu depuis que vous êtes diplômée, ou soit sur votre manière de l'envisager ?

Cette manière de procéder est-elle influencée par la formation que vous avez suivie? Si oui, comment votre manière de dire l'annonce à changer ?

Cette manière de procéder est-elle influencée par d'autres formations que vous avez eues par la suite ? Si oui, comment votre manière de dire l'annonce à changer ?

Seriez-vous intéressé par d'autres formations sur le thème de l'annonce et du deuil périnatal ? Vous êtes vous déjà renseigner ?

Qu'appréhendez-vous lors d'annonce de MFIU ? La formation a-t-elle changé ce sentiment ? Comment ? Ou pourquoi ne l'a-t-elle pas changé ?

Quels ont été les effets de cette formation sur votre vécue de l'annonce ?

Thème 8 : Avenir de cette simulation

Objectif : Développer la formation

Question inaugurale : Avez-vous des idées pour améliorer cette formation ? Quelles sont vos idées ?

Si vous n'aviez pas eu cette formation, et si cette formation ferait partie du DPC Formation continue, seriez-vous intéressées par cette formation, en tant que jeune diplômée ? Pourquoi ?

Souhaitez-vous participer à une autre formation de ce type lors de votre carrière professionnelle ? Pourquoi ?

Est-ce que cette formation pourrait être proposée aux professionnels?

Est-ce que selon vous, cette formation pourrait se développer et traiter d'autres types d'annonces en obstétrique ?

Annexe IV

Entretien 2

Samedi 16 décembre 2017, à 14h, salle confluence, CHU Angers.

- **C : Bonjour, aller, c'est partie. D'abord, est-ce que tu pourrais te présenter, et me dire où tu as travaillé et où tu travailles ?**
- *S : Je suis Mme M, je suis sage-femme depuis juin 2017. J'ai fait tout mon stage de fin de 5ème année à Angers et là je travaille au centre intercommunal de Créteil.*
- **Quand as-tu fait la simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro ?**
- *Euh (rigole) ça y est, je sèche dès la première question. La simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro, c'était... sur ma 5ème année, il me semble. C'est la dernière année, je crois en début d'année.*

- **Et est-ce que tu penses que c'est le bon moment pour faire cette simulation durant nos études ?**
- *Non (catégorique). Franchement non, parce que... En fait, on est confronté, on est aux urgences dès la 3ème année. Et il arrive, même si je sais que ce n'est pas le protocole, que l'on rencontre des personnes toute seule au début de la 3ème année. Et moi, j'ai été confronté à ça. Euh, le bébé n'était pas décédé, mais voilà, y avait une annonce à faire. Et je trouve qu'on a jamais bien appris comment faire et donc du coup…Je pense que ce serait pas mal d'y être sensibilisé dès le départ. Et c'est très déstabilisant quand on se retrouve dans cette situation la première fois. Dans la vraie vie, on est complètement, complètement perdu. Et ça ne m'est jamais arrivé dans mes études, du tout, donc je me rends pas compte. Mais je pense que ça peut arriver, et c'est arrivé à des copines dès la 3ème année. Et je pense que ça peut mettre en difficultés, donc c'est bien d'avoir vu au moins une fois en simulation. Ça met quand même en difficulté dans la vraie vie, mais au moins, on a désamorcé un peu le truc et on a déjà vu. Et quitte, après du coup, à l'enrichir avec notre expérience de chaque année*
- **Et revenir dessus chaque année ?**
- *Et éventuellement revenir dessus chaque année. Pas obligatoirement, mais éventuellement.*

- **D'accord, et comment elle s'est déroulée la simulation ?**
- *Bah je m'en rappelle très bien, parce que ça nous avait beaucoup surpris. On faisait une journée de simulations des urgences obstétricales, et euh on s'attendait pas du tout à ça. C'était pas, enfin je regardais le film de ma collègue qui passait. Et je me rappelle très bien qu'elle ne s'attendait pas du tout à ça. Fin, on s'attendait à une urgence obstétricale. En fait, c'est une patiente qui vient parce qu'elle ne sentait plus son bébé bouger. En tout cas, elle ne s'attendait pas du tout à ça. Elle était en train de se dire « Olalala » c'est un HRP, va falloir que je gère l'hémorragie… Ouai, elle était partie dans un truc super médical. Et euh on l'a trouvé complètement désarçonnée quand elle a posé le monito. Et on lui a dit « bah finalement tu ne trouves pas les bruits du cœur ». Et même nous on était surpris parce qu'on s'attendait pas du tout à ça. On avait été étonné que la personne qui faisait le mannequin était, entre guillemets, quelqu'un qu'on connaissait pas. Et euh on s'était dit, euh pourquoi ils ont invité une autre personne faire « oh j'ai un peu mal au ventre ». D'habitude c'est nos profs qui font ça. C'est étonnant. Et donc en fait on a été très vite très surprises et elle était déboussolée au début . Et en fait elle n'avait pas trop su comment réagir. Elle a bien mis 2-3 minutes à s'adapter, à se conduire comme si c'était une vraie patiente. Parce que, en fait au début*

on avait plus l'impression, qu'elle voulait se tourner vers nous et faire « ah mais je sais pas faire » parce qu'on sait gérer ce qui est médical, mais en fait ce qui est psychologique…En fait, on s'y attend pas du tout dans une simulation. Donc c'était vraiment une surprise pour nous. Après, maintenant, je pense que ça se sait que ça se fait, donc les gens seront moins déstabilisés, mais nous, c'était vraiment pffiou le truc dont on ne s'attendait pas, on n'avait pas du tout parlé.

- **Et c'était au tout début ou dans la journée de simulation ?**
- *C'était au milieu du déroulement de la journée. C'était ni au début ni à la fin, c'était pendant. C'était entre une hémorragie de la délivrance et une prise en charge de convulsions, un truc comme ça. C'était vraiment au milieu de la journée.*

- **Et il y a eu une seule actrice sage-femme ? Comment ça s'est passé ?**
- *Ouai, alors c'était pas…Une seule sage-femme, en fin une seule fille qui a été confrontée, euh par contre elle avait fait la, fait la, enfin elle avait géré comme elle a pu du coup. Et après on avait beaucoup débriefé ensemble. La psychologue était là pour discuter avec nous, de nos réactions, de comment nous, on aurait réagi. Enfin on l'a débriefé. Mais sur la situation, y avait qu'elle effectivement.*
- **D'accord, et il n'y avait pas d'interne de gynéco ?**
- *Si. Y avait une interne qui avait été appelé pour faire l'écho après. Elles se sont retrouvées toutes les 2, et l'interne et la sage-femme ont expliqué.*

- **Et toi tu en pense quoi que ce soit fait en pluridisciplinarité ? que l'interne participe à cette simulation ?**
- *Bah ça c'est bien. Parce que dans le cas très précis de la mort fœtale, c'est pas à nous de l'annoncer. Donc nous on a pas, entre guillemets, à apprendre à annoncer. On a surtout besoin à accompagner l'annonce et à gérer tout ce qui va être à côté. Euh, je trouve que c'était bien au contraire de savoir faire. C'est surtout d'alerter de façon à ce que la personne comprenne que, qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Et sans forcément…Fin au final, quand on pose le monito, on a pas de certitude, même si on a un fort doute, mais on a pas de certitude. Donc c'est pas à nous de poser le diagnostic. Donc le faire avec un interne, voir avec des médecins, c'est très intéressant parce que c'est à ce moment là qu'on apprend quoi. Après je pense que même si on avait été toute seule, et qu'on aurait dû l'annoncer… Dans la pratique, c'est plutôt nous qui l'annonçons plus ou moins parce que les gens sont pas crétins. Ils voient bien qu'il y a quelque chose qui va pas, mais voilà je pense que c'était bien. C'était intéressant.*

- **Et du coup tu m'as dit que vous avez eu un débriefing après avec une psychologue…**
- *Oui, oui. Ouai elle nous avait demandé, ouai moi je me souviens. Ça nous avait pas mal chamboulé, pas mal. Ca nous avait donné envie de pleurer parce que là, l'actrice qui jouait, fin elle jouait trop bien quoi. Elle était trop bien. Elle pleurait. Fin c'était vraiment réaliste. Enfin on y croyait. On avait l'impression qu'elle venait vraiment de perdre son gamin. Et du coup, ça a rappelé, rappelé des choses à des filles qui l'avaient vécu. Moi c'était pas mon cas. Moi, je pense que ça nous avait pas mal bouleversé, et on avait pu discuter autour de ça, de comment on accompagne les gens, et chacun bah avait apporté…Y'avait des filles qui avaient déjà vécu ça en stage et qui nous avaient apporté leur expérience. Et puis après, on était partie sur…Parce qu'en fait y a pas que l'annonce de mort fœtale. Y'a pas mal d'annonce, fin d'autres choses qui sont intéressantes, les malformations et tout. Les filles, chacune avait un peu son expérience et du coup c'était bien parce que le retour de la psy en fait ... Les psy, ils ont un regard extérieur. Ils y connaissent pas grand-chose en obstétrique,*

par contre ils savent… ils savent un peu comment les gens vont réagir face à ça. Et en fait c'était bien, parce que l'actrice qui jouait, elle avait pleuré et elle avait réagit un peu violemment. Fin elle a réagit comme une patiente à qui on annonce ça, mais vraiment en disant « mais c'est pas possible ?! Mais non, vous vous trompez ! ». Fin vraiment voilà, c'était pas caricatural. C'était réaliste. Ça ressemble vraiment à ce qu'on peut observer dans la vraie vie quoi. Et du coup ça nous a vraiment choqué, un peu comme dans la vraie vie. Donc on a réagit …Fin moi j'ai trouvé que c'était super, vraiment réaliste voilà.

- **Comment était tes émotions alors, si tu me dis que c'était réaliste ?**
- *Bah, mes émotions étaient, bon, minimes par rapport à ce qu'on ressent dans la vraie vie. Mais bon quand même, on avait tous eu quand même des réactions. Et du coup, c'est bien parce que la fille qui le fait bah euh c'est de la blague et voilà. Elle s'est dit, non il y a vraiment un truc à gérer et non je gère. Elle avait envie de consoler l'actrice et de l'accompagner et elle sentait, bah elle s'est pas dit ouai c'est du bidon et j'ai pas envie de la consoler. Je trouve que c'était vraiment l'intérêt d'avoir mi une actrice professionnelle dans le contexte et pas une prof qui nous aurait fait, enfin qu'aurait joué ça, qu'aurait surjoué le truc quoi. Donc ça c'était bien.*

- **Ok. Et dans le débriefing, tout le monde a-t-il peut s'exprimer ?**
- *Euh je me rappelle pas vraiment si tout le monde s'était exprimé. Mais sur les séances de simulation on était en petit groupe, et comme d'habitude, y a toujours les mêmes personnes qui parlent et celles qui écoutent. Mais dans l'ensemble je pense que ouai. Elle avait fait un petit tour de table, fin elle avait dit bon alors vous voilà. Bon après y a des filles qui disent juste « c'était bien », mais bon voilà. Chacun a pu, ouai je pense, que chacun a pu s'exprimer. Après y avait des filles qui avaient pas grand-chose à dire sur le sujet, et je pense que y a des personnes que ça a un peu bousculé et je pense qu'elles avaient pas forcément envie d'en parler et puis je pense que y a des filles qui sont vraiment très mal à l'aise avec ça, donc euh voilà elles avaient pas vraiment envie de se positionner. Mais moi j'ai trouvé ça très bien fait quoi.*
- **Tu t'étais exprimé toi ?**
- *Euh oui, bon je me souviens plus de ce que j'avais dit, mais j'avais dit que je n'y avais jamais été confronté et que c'était bien parce que ça nous faisait voir un petit peu, enfin surtout les réactions, enfin comment nous, on agit. On avait bien vu que X avait bien été déstabilisée. Parce qu'en fait dans la vraie vie, on ne s'y attend pas non plus. Enfin parfois on s'y attend et parfois pas du tout. Et que du coup elle avait été déstabilisée comme dans la vraie vie, bon pas pour les mêmes raisons, parce qu'elle s'attendait pas à avoir ça. Et un peu pareil, donc euh on avait, c'était agréable, fin agréable, intéressant de voir de l'extérieure ce qui se passe. Fin au début elle avait un peu reculé, ouh là bah qu'est ce qui se passe quoi et après aller de l'avant. Et ça on y pense : faut pas que je recule, faut pas que je m'éloigne. Faut que je reste. Non, moi je pense que j'avais dit que je trouvais ça intéressant. Fin après, y'avait pas grand-chose à débattre après, mais voilà on a trouvé ça intéressant.*

- **Et quels ont été les sujets abordés lors du débriefing ?**
- *Bah le sujet de comment ne pas se laisser déborder par nos émotions. Et puis réussir, fin oui on avait beaucoupp parler de ça, réussir à prévenir le médecin, sans poser de certitude au niveau du diagnostic, mais en même temps la psychologue nous avait expliqué que fallait pas, fin … fallait laisser de l'espoir mais fallait quand même faire comprendre aux gens que déjà, fin que déjà dans leurs pensées, ils commencent déjà à amorcer qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Fallait pas*

trop, fin je me rappelle grosso-modo du truc qu'il ne fallait pas trop rassurer non plus. Fallait pas dire aux gens : « ah bah c'est le monito qui fonctionne plus, je vais aller chercher le médecin ! » voilà. Fallait dire « bah là, j'entends pas les bruits du cœur du bébé, je vais aller chercher le médecin pour aller faire une échographie ». Vraiment quelque chose de neutre mais qui laisse quand même entendre. Voilà, on ne dit pas votre bébé est décédé, mais quelque chose qui laisse entendre qu'il y avait quelque chose peut être qui n'allait pas.

- **Donc si je résume bien, vous avez abordé les émotions du soignant et comment aborder le sujet avec les patientes.**
- *Oui, voilà, comment on devait aborder l'annonce et avec l'interne, on avait parlé de elle, comment elle doit l'annoncer. Mais nous, c'était plutôt quand t'es sage-femme et que tu es toute seule avec ta patiente, comment tu réagis quand toi dans ta tête tu dis « ouh là bah il est mort », comment tu réagis ? Comment tu fais pour ne pas te mettre à pleurer ? Pour pas …Ou pour pas, au contraire, totalement te fermer, voilà, pour rester dans la même empathie que tu avais avant de découvrir que malheureusement y'avait une mort fœtale. Et, par contre, comment tu fais avec ton collègue, pour passer à la fois le bon message à ton collègue et en même temps en transmettant, enfin en étant le plus neutre possible avec les parents. Je pense que c'était ça aussi, c'était sur ça que l'on avait surtout débattu, sur le message que l'on donne aux parents, sur ce qu'on peut leur dire et sur ce qu'on réussira à leur dire en fait. Parce qu'en fait y a ce qu'on devrait leur dire et ce qu'on réussit à dire sur le coup. Parce qu'après, bon là, l'actrice avait des réactions, elle avait tout de suite dit à la sage-femme « mais qu'est ce qu'il y a ? il est mort, il est mort ». Fin voilà, les gens réagissent tous différemment mais elle avait réagit très fort pour l'obliger à dire quelque chose, elle aurait pu dire « oui », mais elle dit « je vais appeler ma collègue ». Non mais voilà, ça c'était, c'était…c'était sur ça qu'on avait débattu. Comment on passe le message, et comment aussi on passe le message à nos collègues. Par exemple, si on doit les appeler au téléphone, est-ce qu'on sort de la pièce, comment on fait pour passer le message sans que les gens, sans que ça apporte aux gens quelque chose qui pourrait être interprété après quoi. Parce que, ce qu'elle nous avait expliqué, c'est que ce que l'on dit à ce moment là, les gens le retienne quoi. Ils gardent et ils oublient pas. Donc, faut faire très attention à ce qu'on dit, à l'asepsie verbale. Et malheureusement après, ce qui est compliqué dans la vraie, c'est que y a les émotions qui s'en mêlent et c'est (voix plus faible) hyper dur quoi. Et on a parlé un petit peu de ça, des émotions qu'on peut ressentir et comment fallait les gérer.*

- **D'accord. Et est-ce qu'il y a d'autres sujets qui n'ont pas été abordés que toi tu aurais aimé aborder ?**
- *Hmmm (réfléchit) non pas vraiment. Fin pour le contenu sage-femme, je trouve qu'on a abordé vraiment ce qu'il fallait. Après euh, on a pas beaucoup parlé de l'accompagnement après, mais bon ce n'était pas vraiment le sujet, on était sur l'annonce et l'accompagnement d'après c'est…Ca dépend tellement des gens que c'était pas…voilà. Mais à la limite, si il y avait quelque chose à rajouter, c'est de voir, voilà comment on fait après leur avoir annoncé, pour ne pas avoir l'impression de les laisser comme des vieilles chaussettes. Parce que nous on va gérer la technique à coté quoi.*
- **Oui, d'accord. Donc plutôt l'accompagnement après ?**
- *Oui, plutôt comment on les accompagne par derrière, enfin par derrière, après ça… Bah voilà, on a dit (tape sur la table) c'est une mort fœtale, donc on va faire le bilan de mort fœtale, on va prévoir votre accouchement tel jour. Non, euh se dire que ben je vais pas tout de suite les lâcher, leur donner des explications complémentaires, être présent. Mais après voilà, c'était pas non plus l'objet*

de la simulation mais c'est des choses qui pourraient être intéressantes si on en venait à y parler quoi. Comment on fait pour pas d'un coup « paf il est mort » et … Les gens ont besoin d'un temps, mais après, comment nous, on revient, comment on réussit à reprendre contact avec eux, leur expliquer comment ça va se passer par la suite, ça pfff c'est le flou total quoi.

- **Donc aborder plutôt l'accompagnement du coté psychologique après ?**
- *Ouai, parce que l'accompagnement médical, on sait faire. C'est nos cours. Ouai, comment faire pour ne pas être trop accompagnant durant l'annonce et après hop, on se retranche dans le médical, et rester accompagnant… Fin la solution facile c'est de dire (change de voix) « bon on va appeler la psychologue » bah oui mais bon comment NOUS (accentue sur le nous) on peut faire pour être un petit peu là, et après quoi, qu'on leur ait annoncé comment on fait. Est-ce qu'on s'éclipse ? Est-ce qu'on … Fin qu'est ce qu'on fait ? c'est plus ça qui manque à la limite, ouai.*

- **D'accord. Et toi dans ta pratique professionnelle ça a changé ta façon d'annoncer ?**
- *Alors moi j'ai peu, enfin 2 fois, enfin 1 fois et demi, eu la situation. Et récemment ça m'est arrivé, ça ne mettait pas arriver au début, enfin ça va je suis sage-femme depuis 6 mois. Mais ça m'est arrivé y'a un mois, et 2 fois coup sur coup. Et euh, en fait euh ,2 fois où je ne m'attendais pas à ça. Et en plus, ce n'était pas sur des fois…Parce qu'en fait, il y a pleins de fois où on s'y attend. « Olala il va être mort » et en fait, il est pas mort. Et puis, y a des fois où on se dit bah non tout va bien et puis là, PAF, on met le monito on l'entend pas, euh… ça m'a aidé…oui un petit peu. Dans le sens, que je me suis rappelée le côté « laisser un peu d'espoir », ça oui, je m'en suis vraiment rappelée de ce message « laisser de l'espoir » mais j'ai pas, j'ai rien dit. Après, je trouve que, fin ça après toutes les séances de simulations nous y prépareront jamais, c'est que, quand on découvre ça, on est submergé par l'émotion. On a peur. Voilà, moi, je suis toute jeune dans un hôpital que je connaissais pas. Donc ben quand je découvre ça, fin la grosse panique, qu'est-ce qu'il y a eu? Fin je me suis trompée ? est-ce que ? Fin voilà et comment on va communiquer avec ces collègues, ça c'est surtout le problème. Pour la première, ça allait. J'ai une patiente qui est restée très très neutre, quand on entendait pas les bruits du cœur de son bébé. Et du coup, au niveau de l'annonce, je me suis contentée de dire bah que « écouter, là je n'arrive pas à entendre le cœur du bébé, je vais appeler ma collègue pour qu'elle m'aide ». Et en fait, je suis allée chercher une sage-femme plus expérimentée, qui est venue m'aider à poser le monito. Fin, je suis passée par le biais d'une autre sage-femme pour l'annonce. C'est elle qui a dit qu'il fallait faire une échographie après. Donc euh bah je me suis un peu retranchée derrière ça. Après ce qui m'a aidé, c'était le côté de ne pas dire. Fin pour cette patiente, j'étais pas du tout sûre de moi, parce que y avait aucun signe avant coureur. C'était pas dire, euh, pas dire voilà, euh on a pas le cœur, fin être…Enfin si on entend pas le cœur, mais pas dire « bon je pense que votre bébé est décédé ». Voilà rester sur quelque chose de (réfléchit) neutre. Bon après bon, ça a ses défauts et ses avantages. Parce que là en l'occurrence, la patiente elle a mis un peu de temps à comprendre que son bébé était décédé en fait. Parce que moi, elle croyait que je ne l'entendais pas, parce que le monito fonctionnait pas bien, parce que voilà…Bon après, je me suis dit « est-ce que je lui ai dit assez clairement ? ». J'avais quand même ma part de doute dans cette histoire donc euh... J'allais pas lui dire « bon ben on entend pas le cœur de votre bébé » et en fait il était vivant derrière. Je savais pas comment faire. Donc euh … ça aide un peu. Mais en vrai je pense que l'on ne s'habitue jamais. Et j'ai bien vu ma collègue, qui avait bon pas plus d'expérience que moi, enfin un petit peu plus. Fin, je pense que ça fait 4 ou 5 ans qu'elle travaille. Elle a pas mieux annoncé que moi. On s'est un peu débrouillé comme on pouvait quoi.*

- **C'est peut être le fait d'être deux…**
- *Ouai par contre le fait d'être 2… On a pris la patiente par les bras, on a été dans une autre salle pour faire une échographie. Fin, on était plus entourante. Moi, toute seule, je sentais que je n'étais pas très loin de m'effondrer. Enfin, si la patiente m'avait posé trop de questions, fin, je me serais mise à pleurer. Fin, je euh…C'est trop à porter d'un coup quoi…Donc oui le fait d'être 2, ça aide vraiment. Et c'est vrai que pour la 2ème situation… Fin le bébé n'était pas décédé, mais son rythme était pré-mortem. Et j'ai appelé direct l'interne en fait qui est venu de suite. Et dès qu'on s'est retrouvé à 2 bah ça allait mieux. Quand j'étais toute seule, j'ai pleuré tout de suite, mais bon, c'était deux cas à 10 jours d'intervalle. Donc y a peut être un petit rapport mais euh voilà. A part ça…ouai, non mais en fait pour résumer, ça aide, mais je pense qu'on ne sait pas faire tant qu'on l'a pas fait euh… (réfléchit). Non on sait jamais faire en fait. Parce que tous les couples réagissent différemment. Tous les gens réagissent … Les situations sont très variées en fait. Des fois, on s'y prépare à fond et (tape sur la table) tout va bien. Et des fois, on se…Fin les 2 fois, moi je m'y attendais pas du tout, et voilà. Et du coup c'est compliqué. Mais par contre (réhausse la voix), c'était pas la première fois, enfin c'était la première fois pour moi, mais j'avais pas l'impression, dans le sens où j'avais déjà quelques notions de psychologie élémentaire et je m'en suis quand même rappelée au moment de la faire. Donc c'était pas mal.*

- **Ouai. C'est ce que j'avais lu dans quelques mémoires. Que les sages-femmes nouvellement diplômées, annoncer plus à plusieurs, et les anciennes sages-femmes délivraient plus facilement seule.**
- *Bah oui. Déjà la 2ème fois, je l'ai fait plus toute seule que la première fois. Bon après c'était compliqué, parce que c'était une bradycardie, c'était pas une mort fœtale. Donc on a fait une césarienne, on l'a sorti. Donc bon c'est pas pareil. Le contexte d'urgence n'était pas le même. On a pas eu le temps, on lui a dit en 3 secondes à la dame et puis voilà. Mais euh, voilà. Mais pour moi quand j'ai mis le monito, je pensais qu'il était décédé. Donc euh pour moi, au départ je suis partie sur le même mode. Mais moi, je pense que, fin si ça se reproduit, j'appellerais tout de suite l'interne ou le médecin. Parce que là, sur le monito que je n'arrivais pas à placer, c'était juste que ça me semblait tellement incroyable dans le tableau clinique que me décrivait la patiente que je voulais pas, j'y croyais pas quoi. Après je pense que si ça avait été une patiente qui venait me voir en me disant « ouai mon bébé bouge pas », et que j'entends pas les bruits du cœur, j'aurais pas autant tergiversé, j'aurais pas appeler une collègue. Je me serais dit « bon bah là j'appelle le médecin tout de suite ». Parce que là y avait tout le faisceau clinique. Là en l'occurrence, la patiente sentait son bébé bouger, donc euh…Ben voilà, j'avais pas de…points d'appel. Ça dépend aussi, c'est par rapport au contexte, on se sent plus ou moins sûr de soi. Fin pour pleins d'autres choses aussi quoi, y a des patientes qui vont être très franches cliniquement et il y en a d'autres non et …Donc, pour certaines, on va se dire « mince, c'est moi qui est laberlu ou qui me trompe ou voilà ». Là, c'était ça : le fait d'être à 2 pour l'annonce, c'était surtout que moi-même, je n'étais pas sûre du diagnostic. Pour la brady, j'étais sûre de mon diagnostic donc j'ai appelé. Fin en l'occurrence, j'étais sûre, mais je m'étais trompée d'ailleurs. Mais, j'ai appelé tout de suite le médecin dont j'avais besoin pour la prise en charge après du coup.*

- **Ok . est-ce que la psychologue vous a parlé d'un outil de communication qu'on appelle SPYKES ?**
- *Non. Fin ça me dit rien. J'écoutais peut être pas à ce moment là (sourire).*

- **Qu'est ce que tu as pensé du scénario de la simulation ?**
- *Bah, il était bien. Il était bien amené. On a pas vu venir euh, on a pas vu venir le truc. En plus, c'était un tableau, fin je me souviens pas précisément, mais elle décrivait pleins de choses. Elle avait mal au ventre, elle avait, elle avait…En fait, elle se présentait pour des douleurs lombaires. Enfin le truc quand t'as ça aux urgences, pffiou, c'est la millième avec des douleurs lombaires. Et en fait c'était pas un tableau franc et du coup, c'était intéressant. Parce qu'elle serait arrivée en disant « bah je sens pas mon bébé bouger », bah tout de suite ma collègue ce serait dit bon aller… Mais en fait, là elle disait « j'ai mal au dos nininin » et puis effectivement avec l'interrogatoire « oui il bouge moins quand même » (changement de voix). Fin c'était bien amené, parce que c'était plus réaliste que celle qui arrive et que leur bébé bouge pas. Parce que parfois il est mort, mais la plupart du temps c'est pas le cas. Moi, les 2 cas que j'ai eu, c'était pas ça. Les deux, elles sentaient leur bébé bouger et elles venaient pour un autre motif de consultation.*

- **Donc tu aurais des choses à améliorer dans le scénario ?**
- *Ben, y a un petit biais quand même parce que ça fait longtemps… Non, fin (réfléchit) Non, je pense pas. Franchement sur le coup, je mettais pas dit « olala non ça c'est pas réaliste ». Non j'avais trouvé que c'était réaliste.*

- **Aurais-tu aimé abordé d'autres scénarios d'annonce ?**
- *Alors ça, ouai. Ouai. Je trouve que l'annonce, de façon générale, en obstétrique, c'est difficile. Surtout c'est difficile, parce qu'en tant que sage-femme, on a pas le droit de le faire. Enfin, c'est pas qu'on a pas le droit, c'est pas de notre, c'est pas de notre… (réfléchit) c'est pas notre devoir. C'est pas à nous, c'est pas à nous de le faire. Et en plus, je pense qu'il faut faire attention, parce qu'on peut faire, fin on peut faire des erreurs…Non (revient sur son discours), parce que quand on voit que y 'a pas d'activités cardiaque à l'écho, on fait pas d'erreur. Mais euh, mais je veux dire euh…Voilà faut y faire attention. Je pense que c'est important. Bah là, ouai, ce que j'avais trouvé compliqué en annonce, c'est en stage d'échographie. Quand on doit annoncer des choses en échographie, c'est compliqué aussi. Annoncer aux parents que …J'avais eu ça en stage d'écho, bon c'était pas quelque chose de grave, une dilatation au niveau d'un rein. Et pour l'annoncer aux gens, je trouvais que c'était waouh. C'était pas à moi de l'annoncer, c'était à l'échographiste. Mais oui, je trouvais qu'une formation sur comment on dit les choses, qu'est ce, quels mots on emploie ? comment ? Est-ce qu'on s'entoure d'une autre personne ? Est-ce… même si, c'était quelque chose de pas grave, fin y'avait à recontrôler, mais y'avait rien de grave, dans la tête des gens c'est … Fin j'avais trouvé que ça avait été annoncé très maladroitement quoi. Ca n'a pas été fait de façon correcte, et que pour eux ça sera une peur pendant toute, fin ça m'étonnerait pas que ça soit des gens qui soient un peu inquiets de savoir comment vont les reins de leur bébé même si on les rassure. Parce que, au niveau de l'annonce, c'était trop inquiétant pour ce qu'il y avait je pense. Voilà, et après comment annoncer ? Comment annoncer des choses comme, fin de façon générale, l'annonce d'une pathologie, parfois il y 'a des trucs, on explique pas forcément bien, je trouve. Même sans parler annonce, juste explication. Je pense que ce serait intéressant d'être mieux formé à ce que les gens peuvent entendre de ce qu'on leur explique. Parce que …*

- **Ouai, je vois, dans mes stages, j'explique avec des mots assez médicaux.**
- *Ouai, voilà, on explique avec nos mots à nous. Mais c'est pas la question de savoir ou non. C'est, enfin c'est une science la psychologie, comment ils interprètent ce qu'on dit ? Plus dans la communication, tu vois ? Quelle attitude tu vas avoir quand tu leur parles ? Parce que y' a quand*

même des trucs, quand… Sans parler de décès, ou malformations, y'a diverses choses...Quand tu annonces à une patiente que son bébé à arrêter de grandir, et qu'il va falloir le faire naître. Bah comment tu lui dis en fait ? Parce que je suis sûre, y' a des choses qui sont hyper mal comprises… Parce que, ouai surtout, surtout sur le retard de croissance intra-utérin des choses comme ça. Y'a pleins de fois, où y'en a qui disent « votre bébé il mange pas assez » « votre bébé les échanges avec vous se font pas bien ». Et je pense que pour certaines patientes, bon pas toutes, parce que y'en a elles vont passer au-dessus, mais y'en a certaines, ça va être hyper violent qu'on leur dise ça. Genre « votre bébé mange pas assez », « votre bébé les échanges avec vous se font pas bien ». Tu vois ? Fin c'est… Fin moi j'y ai pensé, parce que y'a pas longtemps, j'ai eu une patiente comme ça qui me disait « ben de toute façon, je pouvais pas le garder, il ne mangeait pas assez » et je sentais que quand elle me disait ça, qu'elle avait pas, pas tellement compris. On ne lui avait pas expliqué que c'était pas, c'était pas ELLE (tape sur la table) qui nourrit pas assez son bébé, mais c'était pas elle, c'était euh, la maladie qu'elle a qui fait que son bébé est pas assez nourri. Elle avait une pré-éclampsie donc euh voilà. Donc je trouve que du coup, parfois le discours dans l'annonce, il est vachement culpabilisant pour les mères. C'est pareil pour le diabète, c'est pareil pour pleins de choses. Là, ma patiente avec sa mort fœtale, fin sa bradycardie machin là, ben ben il est mort. Euh quand on lui a dit, c'était très culpabilisant la façon dont on lui a dit. C'était vraiment… C'était une patiente qui était tombée sur le ventre, et les mots employés n'ont pas été habiles. Mais même moi quand je l'ai interrogée. Parce que moi au début je croyait qu'il était vivant, donc je parlais pas de façon… (change de voix) « ah bah vous êtes tombés, alalala vous vous êtes pas rattrapés » mais tu dit pas ça en mal, mais en fait… de façon générale, en obstétrique, je trouve que l'on ne fait pas assez attention à la façon dont on parle en fait. L'asepsie verbale, je pense que l'on devrait être plus formé à ça. En psychologie, avec des profs qui t'expliquent pas des grandes théories, mais juste en pratique dans ta communication, comment ça peut mieux passer avec les gens. Des trucs tout bêtes, s'assoir sur le lit, fin des gestes et des mots qu'il ne faut pas employer ou… Même si y'a pas de règles absolues, parce que les gens comprennent comme ils veulent, mais euh le truc important c'est d'au moins ne pas, essayer d'être le moins culpabilisant possible quoi. Même dans les cas, je sais pas moi, même dans la mort fœtale, dans les cas hyper graves, les mots que l'on va employer vont être inoubliables quoi.

- **Avoir des connaissances sur la communication non verbale aussi ?**
- *Ouai. Alors ça, on a eu un cours en 3ème année il me semble. Avec une prof super sympa. Et qui nous parle de communication, de groupe, de machin, c'est intéressant. En vrai, on en a besoin, parce que, bon je fais une petite discrétion, mais entre nous, fin je vois là où je bosse en ce moment, fin (tape sur la table). On sait pas communiquer quoi. Les messages passent pas. Fin voilà. Qu'est-ce qu'on doit dire quand on appelle ? Et est-ce qu'on doit se mettre d'accord sur les mots qu'on emploie pour qu'on soit le plus efficace possible? et qu'on puisse communiquer devant les patientes sans avoir l'air de gros péquenauds quoi ? Ouai, donc non je pense que ça serait intéressant d'avoir plus de choses sur l'annonce en général quoi.*

- **Des formations en simulation ?**
- *Bah en simulation, je trouve ça bien qu'il y ait une personne extérieure qui nous écoute. Là c'était intéressant parce que l'actrice bon, je sais pas si elle était rôdée à la simulation, si c'était une maman, je sais pas. Mais c'était une dame qui s'y connait pas en obstétrique. Si je t'explique à toi, avec mes mots à moi, même si tu fais semblant d'être la patiente, tu vas l'entendre avec ce que tu sais. De dire, bon bah c'est comme ci, c'est comme ça. Ce qui est bien, c'est d'avoir un regard*

extérieur. Pas forcément dans le cadre d'une simulation haute fidélité où on fait des scénarios et tout ça. Mais juste, fin c'est pour ça que je trouve ça bien et je crois qu'ils font ça à l'école maintenant, fin des consultations avec une fausse patiente et tout ça. Fin c'est intéressant, mais faudrait que ce soit avec une personne qui n'y connait rien, sinon c'est pas très réaliste. Pas quelqu'un qui oriente ses réponses en fonction de ce qu'il faut dire. C'est crétin. D'où l'intérêt de la simulation.

- **Ouai, je rebondis sur ce que tu dis. L'entretien que j'ai fait la semaine dernière avec une des tes collègues d'une autre promo. Elle, ce qu'elle regrettait c'était que la patiente simulée ait été une enseignante de notre formation.**
- *Ouai, nous c'est ce qu'on avait vraiment apprécié de la simulation quoi. Ouai, avoir un regard extérieur, entre guillemets, une personne qui n'y connait rien, et qui par contre, ne va pas rester dans le truc technique. Et puis c'était une actrice, une personne qui est habituée à, à raconter des conneries, enfin à se mettre dans la peau d'un autre quoi, d'un autre personnage, et je joue à fond cette personne. Elle s'est quand même mise à pleurer, fin… On aurait pas su que c'était une simulation, fin on aurait cru qu'elle venait de perdre son bébé. C'était vraiment euh pff c'était physique quoi. C'était pas euh « ah j'ai perdu mon bébé ». Non, on y croyait.*

- **C'était l'atout majeur de la simulation ?**
- *Ah bah ouai. Limite le monito qui fonctionne pas ça sert à rien… On aurait pu nous dire cette patiente vient de perdre son bébé… (réfléchit) Si ça servait à quelque chose, ça servait à créer la surprise. Mais à part ça voilà. On pourrait s'entrainer à l'annonce de malformations fœtales, à l'annonce de pathologie grave, à l'annonce d'un retard de croissance, juste avec une personne avec qui on discute autour d'un bureau. Et pour revenir là-dessus, l'annonce c'est quelque chose qu'il faut qu'on apprenne nous les sages-femmes, mais qu'ils apprennent eux aussi les médecins. Parce que j'ai vu en stage d'écho, j'ai vu certains médecins annoncer des choses, c'est violent quoi. (Mime un échographiste, siffle, tape la table) « oh bah c'est peut être une trisomie 18 » (tape la table). D'accord, donc toi t'es là, ok bon. Et je pense que c'est un manque d'un peu tout le monde. Et je pense à la limite, que nous les sages-femmes, on est peut être pas les pires. Parce qu'on a peut être plus de temps, on essaie de faire les choses avec plus d'empathie. Et comme c'est pas à nous d'avoir le mot final, c'est plus facile pour nous quand même. Mais d'amener les choses un petit peu plus en douceur quoi.*

- **Donc c'est pour ça que c'est bien que les internes fassent partie de la simulation.**
- *Bah oui, oui. De toute façon, en obstétrique, on travaille pas tout seul. Il faut travailler en équipe quoi, c'est important.*

- **Si cette formation tu ne l'aurais pas eu durant tes études initiales, et qu'elle serait proposée en formation continue, tu la ferais ?**
- *Je fais pas de formations continues. Bon en vrai, quand tu viens de terminer tes études, t'as plus envie de te former. Mais en théorie, oui ça aurait été susceptible de m'intéresser si ça m'avait été proposé. J'aurais pu dire oui. Après le problème, c'est que si on te propose cette formation, en te disant « ouai viens faire une formation en simulation à l'annonce de mort fœtale », je me serais dit « ok bon je vais faire une simulation d'annonce de mort fœtale ». Là ce qui était intéressant, c'était que c'était vraiment intégré dans d'autres choses. Et donc on se préparait pas déjà à ce qu'on allait dire. Parce que si on me dit, bah voilà, on va t'apprendre à répondre, à répondre, euh, l'effet de surprise était intéressant, parce que c'est ça le problème dans la mort fœtale. C'est que tu t'attends*

pas à ça. Et c'est pareil dans l'urgence obstétricale. Ce qui est intéressant dans la journée de simulation obstétricale, c'est que tu ne sais pas sur quoi tu vas tomber. Si tu me dit bah tu vas avoir une hémorragie de la délivrance à gérer, et bah tu vas tout préparer dans ta tête. Et déjà c'est beaucoup moins dur.

- **Il y a un biais ?**
- *Y'a un biais. Et donc je pense que le fait que cette simulation soit une réussite, c'est à la fois d'avoir eu quelqu'un qui parlait, et que ça se soit pointer comme ça en surprise. Ça avait surpris tout le monde et ça nous avait déstabilisés en fait, dans notre journée. Dans notre journée, qui était sensée être une journée de pratique, on va dire. Voilà, on s'attendait pas à quelque chose de plus, de plus psychologique quoi.*
- **Oui, voilà y' a pas de briefing avant ?**
- *Ah non*
- **Oui, c'est « Qui fait la prochaine scène ? » et vous enchainez ?**
- *Oui, c'était tout. On avait juste été un peu étonné de voir qu'il y'avait pas beaucoup de matériel. Mais à part ça, ça nous avait pas mis la puce à l'oreille, fin on y pensait pas. Après, savoir qu'il y a ça dans une journée de simulation, oui pourquoi pas. Parce que voilà, il y a 7, 8 scénarios possibles et paf, on sait pas sur lequel on va tomber. Mais au moins, avoir un petit effet de surprise, sur le type de ce qu'on va avoir à faire. Si, on fait une journée sur l'annonce, ou un truc comme ça, avoir des surprises sur les situations qu'on rencontre. Je sais pas moi, par exemple, lire un petit scénario, et expliquer à la patiente, voilà votre bébé il a ça. Ou lire des résultats d'échographie, ou des choses. Parce qu'aussi le problème, et c'est compliqué, c'est qu'il y a de l'immédiateté. On va pas dire au gens « bon bah écoutez, 2 minutes là, je vais prendre un temps pour préparer ce que je vais vous dire. » Et on revient pour leur dire, le message tout près que l'on a préparé. Le problème c'est qu'il faut s'expliquer en direct avec les gens. Quand on a pas le bébé au monito et qu'ils nous disent « Est-ce qu'il est mort ? » (bras tombent sur la table). Bah faut trouver une réponse immédiate. On a beau dire, c'est ce qu'on fait d'ailleurs (change de voix) « attendez, attendez… » Bon les gens, ils attendent plus, ils veulent le savoir tout de suite. Et c'est ça qui est intéressant, c'est le coté immédiat. Si on a un peu de temps pour se préparer, on aura une réponse qui sera pas conforme à la vraie vie quoi.*

- **Oui, les annonces en obstétrique se font souvent dans l'urgence.**
- *Ben ça se fait souvent dans l'urgence. Après c'est pas, enfin pour annoncer un retard de croissance intra-utérin, une décision de déclenchement, ce genre de chose. Bah non, au contraire, là on peut le préparer. Et je pense que là, d'où l'intérêt de travailler avec des médecins, de déterminer ce qui demande une annonce immédiate et ce qui peut être différé sans inquiéter en plus les parents. Voilà, une MFIU, un hématome rétro-placentaire, une bradycardie, ça demande une immédiateté. Par contre, les pathologies chroniques, même les pathologies fœtales, ça demande pas à être annoncer tout de suite. Par exemple, moi dans le cas de la trisomie 18, c'est pas la peine de dire à la dame, bon bah y'a ça, y'a ça, y'a ça. En fait, elle avait pas vraiment dit que c'était une trisomie 18 : elle avait énoncé tout ce qu'elle voyait : « Bah il a un petit estomac, il a des petits doigts, il a des petits… » Fin c'est hyper violent. Parce que faut quand même l'annoncer rapidement au gens que l'on va faire une échographie de contrôle. Voir même que l'on va faire une ponction de liquide amniotique ou une connerie comme ça. Mais il faut je pense, euh… ouai, voilà, c'est ça déterminer ce qui relève d'être annoncer tout de suite, et ce qui pourrait être dit un peu plus tard. Je pense que c'est intéressant. Et euh, ça me fait penser. Je suis une sacrée bavarde. Ça me fait penser à un truc*

sur lequel on est mauvais aussi. C'est l'annonce, mais vraiment dans l'urgence. Genre, quand tu as à annoncer à la patiente « bon on va passer en césarienne en urgence ». On est d'accord que tu n'as pas le temps d'aller la voir (tape sur la table, change de voix, parle lentement) « bon bah madame votre bébé est en bradycardie, donc là on va faire une césarienne, ça va se passer… » Non. Ça s'est sûr, y'a pas le temps de tout détailler. Mais par contre, on pourrait quand même être un petit meilleur, bien meilleur dans le message qu'on réussit à passer. Qui le passe, quand est-ce qu'on le passe, enfin quand est-ce, qui le passe surtout, et qu'est ce qu'on dit. […]Faire attention à ce qu'on dit de façon général, je pense que ce serait intéressant. Et du coup de réfléchir et pas forcément de faire une formation en simulation pour ça, mais au moins de réfléchir un peu à comment on fait, comment on dit. Après je me rappelle, quand on avait fait la simulation sur les urgences obstétricales, y'avait une petite part, enfin ils nous parlaient de comment fallait le dire à la personne de ce qui se passait. Quand on faisait l'hémorragie de la délivrance, en l'occurrence comment on expliquait à la dame, qu'est ce qu'on lui dit.

- **Oui, vous avez dérivé sur d'autres types d'annonce.**
- *Ouai, on a quand même un peu parler de ça. Comment on lui annonce « ça saigne beaucoup ! » (change de voix). Voilà, est-ce qu'on lui « bah voilà madame vous êtes en train de faire une hémorragie », quels mots on emploie ? Après c'est compliqué, y'aura des mots qui ne conviendront pas à tout le monde. Mais, au moins des choses qui vont pas blesser on va dire. Qui vont pas… Etre le plus objectif possible, le plus neutre possible.*

- **Ok. Donc durant le débriefing vous avez parlé de ça. Il a duré combien de temps ?**
- *Oh, pas si longtemps que ça. Dans une journée de simulation… oh 10 minutes. Je te dis peut être des conneries, mais pour moi c'était ça, de l'ordre d'une dizaine de minutes, un quart d'heure.*

- **T'aurais aimé que ça dure plus longtemps ?**
- *Non pas forcément. Parce que là pour le coup c'était suffisant. On était épuisé pour la situation. Mais ce qu'est, ce qui serait intéressant, ce serait de le répéter. Et de toute façon dans notre profession de façon générale, je trouve que l'on a pas assez d'accompagnement psychologique autour de ce qu'on vit en fait. Parce qu'on vit des choses hyper dures. Et ne serait-ce que dans le stress, durant nos stages, on a pas l'occasion d'en parler. De façon générale, je pense que ce serait bien de pouvoir invoquer un peu plus souvent les situations que l'on vit en stage et puis revenir dessus. Après sans dramatiser, mais juste voir ce qu'on a dit, comment on a dit ça aux gens, qu'est ce qu'ils ont vu ? Voilà, de façon générale, je pense que durant notre formation, on manque très lourdement de formation à la psychologie. On fait un métier, où on bosse que dans la psychologie. Tout ce qu'on nous apprend c'est (change de voix, voix d'enfant) « le cycle de développement de l'enfant ». Je trouve qu'on manque d'accompagnement autour de situations que l'on vit. Et c'est pas mieux dans la vie professionnelle : on se retrouve tout seul hein. Mais oui plus ça…Avoir plusieurs petits retours lors notre formation sur « est-ce que vous avez eu des situations particulières ? », je sais pas des entretiens où on pourrait discuter de ce qu'on fait en stage et comment on le vit. Et ça je pense que ça pourrait se faire avec nos profs, pas forcément toujours avec un psychologue. De temps en temps peut être. Mais au moins de discuter entre nous : hop chacun remonte ses expériences de stages. Mais c'est un peu ce qu'on fait de façon informelle entre nous. On le fait quand on discute entre nous. Mais peut être avec un regard un peu plus extérieur, voir parfois avec l'intervention d'un psychologue, parce que les psychologues voient pas du tout pareil. Ils sont plus dans la théorie, et je pense que c'est intéressant. Ouai, en l'occurrence, dans mon cas de la*

bradycardie, il y'a eu un gros souci de pris en charge, avec une réanimation super lourde… (voix plus basse). Et j'ai pu en parler avec une psychologue de mater et redébriefer ensemble.

- **C'est toi qui l'as voulu ?**
- *Non, c'était proposé par les pédiatres. Pour une réanimation de 27 minutes. Ouai, on avait besoin d'en parler tous ensemble. Et en fait de parler avec elle… Au début j'étais là « pfff, non ça soule, j'aime pas les psys ». enfin j'aime pas les psys, parfois je suis un peu à les regarder « bon qu'est ce que tu vas encore me raconter ». Et ce qui est intéressant sur la situation, c'est au lieu de dire « c'est pas de ta faute, c'est pas de ta faute », elle a su me dire autre chose, et voir en moi pourquoi j'étais bloquée sur cette situation. Et juste en quelques mots, elle m'a rassuré, beaucoup plus que tout le monde qui me disait « c'est pas de ta faute ». C'est judicieux quoi. Surtout des psychologues de mater, elles ont un regard … Elles sont déjà habituées à ce genre de situations, sans en connaitre les détails techniques. […] Heureusement qu'on a un beau réseau avec des copines et du soutien autour, mais ça c'est informel, c'est pas…*

- **Et ça vous en avez parlé dans le débriefing, du soutien aux professionnels ?**
- *Ouai, un petit peu. Qu'il fallait pas rester tout seul après ce genre de chose. Qu'il fallait en discuter, pourquoi pas avec les psychologues, mais bon… On a pas détaillé. De toute façon, dans ces situations d'urgence, y'a un moment, c'est super dur pour les professionnels. Parce que, bon y'a hémorragie de la délivrance et hémorragie de la délivrance, mais y'a des situations où tu flippes en fait. Et ça c'est pas pris en compte. C'est peut être pour ça que y'a autant de filles qui font sages-femmes et qui à un moment donné laisse tomber parce que y'a trop de pression. Et que t'as l'impression que derrière, bah il se passe rien. T'arrives pas à gérer ça. Ça en mater, c'est quelque chose qui manque, un groupe de parole. Je sais que là où je bosse, j'en ai un qui est mis en place. Bon je suis pas inscrite à celui-là. Mais ce qui est intéressant, c'est de discuter avec les autres. Moi dans mon histoire, j'ai mis 10 jours à m'en remettre, mais c'est en discutant avec les autres, de dire « ok, moi, j'ai vu ça comme ça, mais ce n'est pas le point de vue de tout le monde quoi ». Ça permet de te mettre un peu à l'extérieur de la situation et ça je pense que c'est important. Mais c'est ça qui est intéressant en simulation, c'est que t'es vachement à l'extérieur, tu te revois en film. Ça c'est …bon c'est très chiant de se revoir en film, mais au moins tu vois ce que tu as dit, ce qui s'est passé, et si tu acceptes la critique sur toi c'est intéressant. Faut accepter la critique. C'est ça qui est difficile en simulation : se voir et la critique. Parfois on se voit, on se dit « oh je suis trop naze » mais au moins ça nous met face à ses erreurs, enfin ses erreurs, nos imperfections on va dire.*

- **Tu avais déjà réfléchis à l'annonce dans tes études ?**
- *Oui. En 3ème année, j'avais un bébé qui n'allait pas bien du tout, et je mettais retrouver seule avec la patiente qui avait un hématome rétro-placentaire, et j'étais seule avec elle. Au départ. La sage-femme, elle a mis 3 secondes à arriver. Mais quand même, quand tu tiltes que euh…. Et je mettais dit « euh mais qu'est-ce qu'il fallait que je dise ? » euh, bon je me souviens plus ce que j'avais dit, mais... Bon après tu y as pensé. Parce que de toute façon, même si c'est pas des annonces de trucs très graves, quand tu commences à faire des stages, tu commences à dire à la dame « bon bah voilà le cœur de votre bébé ralentit ». Bon voilà, y'a des petites annonces, intermédiaires, donc tu t'es déjà posé la question de comment tu vas faire. Et puis surtout, ça fait flipper, parce que tu sais très bien qu'un jour, tu vas en découvrir un mort. Donc oui, j'y avais déjà un petit peu pensé, mais jamais « bon alors comment je le dit ? ». Tu y penses de façon formelle : genre si ça me tombe dessus, comment je dis quoi ? Et puis en vrai, dans la vraie vie, bon ça n'arrive pas tous les quatre matins*

heureusement, mais ça m'est déjà arrivé de dire à des amis qu'une personne était décédé en fait. Donc, tu te rends compte que c'est super compliqué. Donc cette annonce, dans un cadre familiale, familier, avec des gens que tu connais, euh bah…. (parle doucement) et juste dire à tes amis, même-si c'était attendu… Ou même quelqu'un qui t'annonce, enfin c'est ultra violent comme annonce. Et après on se dit, bah comment je l'aurais dit moi …

- **Tu penses que la formation peut aussi servir dans un autre contexte?**
- *Oh oui oui. Je me souviens quand j'étais petite, j'avais appris le décès du père d'un ami mais de façon horrible quoi, horrible. Ça m'avait été dit mais hyper mal. Et de façon générale, c'est hyper dur à dire. Et ouai, du coup ça pourrait servir, et dieu merci ça nous arrive pas 36 fois dans une vie, mais ça peut servir. Et même pour des choses un peu moins graves quoi. De toute façon, des notions de psychologie, ça sert toujours quoi. Sans devenir de grand psychologue. Ça sert toujours, à être plus…enfin dans ta relation avec les autres quoi. Je pense que ça peut être utile en général.*

- **Des notions de psychologie, on en a déjà en 2ème année…**
- *Oui, bah la psychologie, on en a depuis le début. Mais, moi je trouve, ce qui est critiquable (réfléchit) c'est les sujets des cours de psychologie je pense. Mettre plus de la psychologie appliquée, que de la psychologie théorique. […] Ouai, je pense que ce serait plus intéressant. Des trucs en concret : concrètement qu'est ce qu'on fait quoi ?*

- **Et faire des formations autour de la simulation autour de ça ou pas forcément ?**
- *Bah, la simulation c'est bien mais ça prend plein de temps en fait. Donc je préfèrerais… mais après la simulation en mini-entretien, ça pourrait être intéressant. Je sais pas, ça pourrait être, par exemple, d'imaginer que, sans qu'il y ait une personne extérieure, mais imaginer un entretien, ou même entre nous, voilà, vous avez tant de scénarios, vous les montez… Ca peut être intéressant. Parce que, entre nous, (se rapproche de moi) un cours magistrale de psychologie, c'est relou quoi. (se remet à sa place). Parce que moi la psychologie, ça m'intéresse … Faudrait des applications pratiques, ou peut être une petite partie théorique, et une partie pratique autour de ce qu'on peut faire. Je sais pas trop comment on peut faire mais… des cours un peu plus appliqués, enfin surtout applicables. Ou travailler sur des vidéos : est-ce que vous trouvez que cette façon d'annoncer, c'est bien…Ouai ça peut être bien. Pas forcément de la simulation. C'est un outil. Je pense que c'est un bon outil pour lancer le débat, mais après, on est pas forcément obliger de tout faire tourner autour de ça quoi. Au moins, pour mettre les pieds dans le plat, voir comment vous feriez.*

- **Si tu avais eu qu'un débat, sans simulation ?**
- *Déjà c'était bien, ouai. Après la simulation, ça permet de délier un peu les langues. Parce que si y'avait eu que le débat, on serait resté comme ça (mime une tête, regard dans le vague). Voilà, au moins là, ça nous a lancé dans le sujet. Parce qu'en vrai, fin y'a des filles, c'est un sujet qu'elles ont du mal à aborder, soit parce que ça les renvoie à une histoire personnelle, soit parce que… Tu sens bien que pour certaines personnes, c'est un sujet délicat. De comment on annonce ce genre de chose…Ouai, pour des raisons de croyances, tout ça, et puis y'a des filles qui sont plus timides et qui ont plus de mal à … Ouai, je pense que c'est un sujet sur lequel il faut insister. Parce que y'a plein de gens qui vont préférer pas en parler, en se disant « ouai ça m'arrive jamais ». Sauf que ça arrive en fait.*

- **Tu penses que cette simulation pourrait être proposée aux professionnels ?**

- *Ouai, je pense. Après, faut pas que ça soit dit « journée annonce mort fœtale », parce que les gens vont s'attendre à faire de la psychologie toute la journée. Ils ne vont pas être objectifs. Ils ne vont pas faire ce qu'ils feraient dans la vraie vie. je pense que le coté surprise est vraiment très important pour voir comment réagissent les gens. Parce qu'on fait un métier où il y a de la surprise. Ou alors faut dire voilà, « journée de simulation à l'annonce », mais pas préciser les annonces que l'on va faire. Et faire intervenir les comédiens pour avoir à chaque fois des situations nouvelles on va dire. C'est super intéressant. Et le faire en pluridisciplinarité. Ce serait pas mal. Et je redis, les médecins faut qu'ils s'y mettent à l'annonce. Il y en a certains, ils ne savent pas annoncer. Je pense que ça s'apprend. Bon après, il y a une prédisposition. Il y a des gens qui sont plus humains. Il y a des gens qui sont plus à l'aise. Mais je pense, que ça s'apprend. Mais si tu as les bons outils, même si t'es pas hyper à l'aise avec ça, que ça te rend triste, que tu as du mal à être objectif. Je pense que même si tu as tout ça, avec les outils, tu peux arriver à passer au dessus.*

- **Donc en résumé, les bons points sont : l'effet de surprise, la présence d'une actrice et de la psychologue ?**
- *Ouai, le réalisme. C'est parce que c'est réaliste : c'est une personne extérieure qui y connait rien et que ça nous tombe dessus à un moment où on s'y attend pas. C'est vraiment les 2 éléments qui font que pour moi cette formation est vraiment intéressante. C'est pour ça que cette formation, faut pas la faire avec un prof, et pas dans une journée de simulation où on aurait dit « Aujourd'hui, c'est la journée de l'annonce de mort fœtale ». Et puis, oui la présence du psychologue. Mais bon, ça me parait indispensable qu'il y ait une personne qualifiée pour nous parler de la situation après.*

- **Et pour le débriefing, sa durée ?**
- *Bah, faut pas qu'il y ait de temps limite. Une fois qu'on a plus rien à dire, on arrête. Mais je pense que ce qu'il pourrait être bien, c'est un retour par écrit. Parce que dans un groupe, tu as toujours les grandes gueules et les autres, qui s'expriment pas forcément sur ce qu'elles ont ressenti durant la formation en simulation. Elles ne s'exprimeront pas forcément mieux par écrit mais peut être. Donc, pourquoi pas laisser la possibilité de laisser par écrit nos ressentis, ce qu'on pense…Je sais pas si ce serait intéressant, mais pourquoi pas quoi. Pour que tout le monde puisse participer, au lieu de faire un tour de table, et qu'on dise « bah je sais pas, je sais pas »*
- **C'est le problème de l'effet groupe.**
- *Ouai, il y a toujours dans la simulation ceux qui participent et ceux qui se taisent quoi. Et la limite de ce truc, c'est qu'il y avait un seul scénario, et une seule personne quoi…*
- **Tu as trouvé ça dommage ?**
- *Oui, c'était dommage, mais après une fois qu'on savait le scénario. On était toutes prêtes. Mais on aurait pu rejouer. Ou avoir d'autres annonces en fait. Voir la même, mais avec d'autres personnes. Parce qu'après, on s'attendait tous à avoir une autre annonce, parce que du coup, ça faisait une seule personne directement impliquée dans cette situation. C'est ce qui est dommage. Donc mettre plusieurs scénarios d'annonce, pas forcément de mort fœtale, mais des trucs pas cool. Après, il y a toujours des annonces dans des scénarios, qui ne sont pas des scénarios de mort fœtale, mais d'hémorragie… Vraiment mettre l'accent de « qu'est ce qu'on fait avec la patiente, qu'est ce qu'on lui dit ». Et ça, pourquoi pas mettre une actrice extérieure lors du scénario de l'hémorragie au lieu de mettre une nos enseignantes. Parce que forcément, elle sait ce qui se passe. Donc du coup, bon je dis pas, elle est pas mauvaise actrice. Mais bon du coup, on n'y croit pas trop. La personne qui connait, ne va pas poser les mêmes questions qu'une personne qui ne connait pas poserait. Je sais pas moi mais « qu'est ce que vous allez faire avec votre grand gant, qu'est ce que vous allez faire ».*

Elle, elle connait très bien l'enchainement, donc elle sait très bien ce qu'on allait faire. Elle était juste là en train de dire « mais je saigne, mais je saigne ». Des fois, les patientes vont avoir des questions super bizarres, et avec des réactions beaucoup plus fortes que ce qu'elle nous avait fait quoi.

- **Donc généralisé à toute la journée de simulation le patient simulé extérieur.**
- *Oh ouai, c'est ce qui serait vraiment intéressant. Une vraie patiente entre guillemets quoi. Une patiente qui pourrait être une vraie patiente quoi. Et dans l'annonce de mort fœtale, (tape sur la table), le papa.*
- **Oui. Parce qu'il n'est pas présent dans le scénario ?**
- *Bah non. Parce que là, on avait qu'une seule actrice dans l'annonce. Et ce qui serait vraiment intéressant, ce serait de mettre 2 comédiens, un couple. Alors ce qu'on veut, un couple, parce que souvent les femmes viennent rarement seules. Elles sont souvent accompagnées, surtout pour ce genre de chose.*

- **Oui c'est vrai.**
- *Ouai, ça pourrait être intéressant. Tu vois, je n'y avais pas pensé sur le coup, mais ouai avoir une autre personne. Parce que dans l'annonce, ce qui est difficile, enfin extrêmement difficile à gérer…Bon moi pour la première annonce, la patiente était seule. Pour la 2ème, j'avais le couple. Et donc faut gérer le couple, la panique du couple, le monsieur qui ne va forcément… La femme ça se passe dans son corps, donc malheureusement elle sent que quelque chose ne va pas. Elle se rend compte plus vite. Mais parfois le père, il ne comprend pas, il peut devenir violent, un peu, il peut nous alpaguer… et du coup c'est intéressant d'apprendre à gérer les deux. Je pense.*

- **Et ça dans le débriefing, vous en aviez discuté des accompagnants ?**
- *Non, non, non, ça me vient là. Dans le scénario, on avait raconté que le mari était parti garer la voiture. Il était pas là, et on avait peut être évoqué qu'il faudrait gérer le couple. Mais encore une fois, on est mauvais dans la gestion des papas de façon globale. Pour pleins de choses : on sait jamais où les mettre. Je trouve que la question est plus générale : savoir nous ce qu'on fait de l'accompagnant. Par exemple lors de l'hémorragie de la délivrance, savoir ce qu'on en fait, quand on le fait sortir et qu'est ce qu'on lui dit ? […] Donc je pense que de façon générale, la place du papa faut qu'on en réfléchisse. Je pense que l'on néglige vraiment de savoir comment ils vivent les choses. Et je pense qu'ils vivent des choses hyper mal quoi. En l'occurrence sur la mort fœtale, c'est … Le père, c'est le grand oublié quoi. On se concentre sur la mère, surtout quand sa vie est plus ou moins en danger. Ou quand on se retrouve à l'avoir au téléphone à l'arrache pour lui annoncer. Pour le faire venir, on sait pas trop quoi dire. J'ai entendu le médecin appeler le papa dont j'ai eu la maman seule, pour lui annoncer, et j'ai admiré parce qu'elle a su rester très très neutre quoi. Je sais pas trop ce que j'aurais dit si c'était à moi de l'appeler.*

- **Dans ces cas là, ça fait limite double annonce ?**
- *Bah ouai, parce qu'il faut lui dire qu'il vienne, parce que y'a quelque chose d'important qui justifie qu'il vienne à la maternité sans pour autant lui dire « voilà votre bébé est mort », parce qu'on peut pas dire ça au téléphone. Et ce serait intéressant. En fait c'est un vaste sujet. Je pensais pas qu'on pouvait parler aussi longtemps sur ça. Ouai le couple. Oui, si d'un coup en simulation, il devienne super riche, ouai intégrer un couple : la mère-la fille, le père. Enfin, on peut imaginer tout ce qu'on*

veut, un couple lesbien. Tout ce qu'on veut, parce que l'accompagnant, ça reste un truc à gérer. Que ce soit la mère complètement hystérique… Enfin voilà.

- **On propose un scénario, mais il y a beaucoup de possibilités…**
- *Ouai, je pense qu'il y a pleins de scénarios possibles. Bon après, est-ce que c'est faisable, je sais pas, mais…Et puis il y a pleins de situations de mort fœtale. C'est vrai, que la plus classique c'est la dame qui arrive aux urgences et on découvre la mort fœtale. Après y'a pleins de scénarios possibles où y'a ce genre de choses à dire. Enfin plusieurs tableaux, des trucs un peu évident où on s'en doute, et puis d'autres où ça nous tombe dessus quoi.*

- **Ok, d'accord.**
- *Ouai, on a dû faire le tour là. Je pense que je t'ai tout dit. J'ai parlé beaucoup plus que ce que je pensais*.
- **Ouai, j'ai fait le tour. Merci beaucoup.**
- *Au revoir !*

Annexe V

Entretien 5

Par Skype

Le mercredi 24 janvier à 18H30

- **C : Alors pour commencer, est-ce que c'est possible que tu te présentes ? que tu me dises quand tu as été diplômée, où est-ce que tu as travaillé, et où-est-ce que tu travailles maintenant ?**

- *D : Alors, moi c'est D. j'ai été diplômée en juillet 2016. J'ai travaillé…J'ai fait un petit peu de libéral, un remplacement, j'ai fait une mission en Afrique ensuite au Tongo, après j'ai travaillé au Mans, et j'ai travaillé à Orsay. Et là actuellement je travaille à Fontainebleau, au sud-est de Paris en hospitalier. En fait, le Mans, Orsay et Fontainebleau c'est en hospitalier.*

- **D'accord. Et c'est des types ? enfin le Mans c'est un type 3, du coup.**
- *Le Mans c'est un type 3. Orsay, c'est un type II, mais avec 1400 accouchements, donc en dessous de 1500, tu es toute seule en salle. Donc en fait c'était ambiance niveau 1, mais avec les médecins sur place. Et un peu de pathos parce que c'est un niveau 2, donc c'est particulier.*
- **D'accord.**
- *Et Fontainebleau, c'est un type II avec 1900 accouchements, donc on est 2 en salles. Donc ça tourne bien quoi. En gros.*

- **Ok. Et du coup, est-ce que tu te souviens quand est-ce que tu as fait la simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro ?**
- *Ben je crois que…Je crois qu'effectivement c'était en janvier, avant les partiels. Je réfléchis (silence) c'était en décembre ou en janvier. Mais en tout cas, avant qu'on parte pour nos stages longs…Ouai, en janvier 2016. Je pense*

- **Qu'est-ce que tu penses du fait que ça soit fait à ce moment-là dans nos études ?**
- *(réfléchit) Moi je trouve que c'est un petit peu tard. Mais en même temps, il faut avoir un peu la maturité, euh (silence). Moi, je pense que c'est pas forcément…Enfin, la 5ème année, c'est déjà assez compliqué, on a beaucoup de choses à gérer. Et ce serait peut être intéressant de le faire en fin de 4ème année. Parce qu'en 4ème année, on voit la patho, on voit…et en fin de 4ème année, c'est un peu la même chose que si on le faisait en début de 5ème année, sauf en 5ème année, on a beaucoup de choses à gérer, le mémoire, tout ça …Fin ça fait beaucoup de choses à organiser sur la 5ème année, alors que en 4ème année, finalement, ben c'est complètement faisable de le caller. Et surtout de pouvoir avoir un… bon après on va sûrement en parler plus tard, mais d'avoir peut être un …Au lieu de le faire une fois comme ça, comme ci c'était, on fait ça une fois et puis débrouillez vous après. De faire une fois et de le refaire peut être 1 mois plus tard, une petite discussion sur des situations qu'on a vu en stage. Des choses, un petit peu, d'échange quoi. On a fait la simulation, on a vécu ça dans nos stages et puis on peut partager entre ce qu'on a vécu à la simulation et puis ce qu'on a pu vivre en stage et avoir un peu un retour d'expérience, de vécu que nous on a eu. Mais quelque chose, où y'a 2 rencontres, plutôt que une toute seule. Et juste avant qu'on parte en stage long.*

(Rigole) Mais je pense que tu vas avoir des questions après sur ce que je pense que l'on peut améliorer.

- **Ouai. On en reparlera tout à l'heure. (rigole)**
- *(rigole)*
- **Oui. Donc si je résume : plutôt faire la simulation en 4ème année, et en 5ème année, se voir pour échanger, plutôt sur la simulation, ou les vécus de l'annonce ?**
- *Plutôt du vécu. Ouai plus du vécu et de euh et des questions que l'on peut se poser sur la pratique de, bien des gens qui nous ont encadré, parce que souvent c'est pas nous. Enfin en tant qu'étudiante, c'est pas nous, on est au second plan. On est observateur. Et c'est vachement enrichissant. Parce que finalement les sages-femmes elles ont chacune leur façon de faire. Elles ont un peu chacune leur sensibilité, et du coup je sais pas d'avoir des groupes de discussion sur euh, bah des groupes de retour de stages en gros. Mais centré sur la mort fœtale. Bon après on ne l'a pas toute vécu. C'est pas des choses qui arrivent hyper hyper souvent. Mais, en général, en fin de 4ème année, on l'a forcément rencontré au moins 1 fois. Je pense. Fin au moins de près ou de loin. Soit à l'arrivé de la patiente, soit sur l'accouchement, soit en grossesse patho, fin on a été forcément en contact avec ça, avec ces dames là. Euh et couplé avec l'IMG. Je trouve que on n'est quand même pas très très accompagnées. Déjà sur, déjà sur notre vécu personnel, parce que ça peut être difficile, mais ça, voilà moi je trouve que sur toute nos études, on est pas du tout accompagné à ce niveau-là, sur comment on peut vivre le truc. Mais ça c'est un autre sujet. Mais aussi sur notre, tu vois sur l'analyse qu'on a de tout ce qui est fait par nos encadrants. Parce que finalement, c'est pas comme des protocoles, oui là y'a une pré-éclampsie, ils ont pas fait le protocole normal de l'hémorragie, bon ça on est toutes d'accord. Mais à chaque fois, on peut voir des façons de dire les choses, et des façons de présenter les choses qui sont différentes. Et du coup, en partageant, on peut se dire ben ça peut donner des clés quand on sera professionnel de dire « ah bah je m'en rappelle, on en avait parlé, la dame avait réagit comme ça et la fille elle lui a dit ça » et ça… parce qu'on peut être un peu en difficulté après. Je sais pas si tu vois ce que je veux dire. C'est plus un coté enrichissement d'expérience quoi.*

- **Oui. Parce que du coup après la simulation, est-ce que tu te rappelles avoir eu un débriefing** ?
- *Je me rappelle qu'on avait eu un petit débriefing. Mais on était, euh, toute la promo en fait. Donc on était 25, et … c'était pas des conditions pour que tout le monde dise quelque chose. C'était plus…Bah voilà qu'est-ce que vous en avez pensé ? et y'avait 2 3 personnes qui parlaient mais finalement, j'ai pas le souvenir…C'était plus les filles qui parlaient qui avaient eu la simulation, parce qu'il y'avait eu que 2 filles. Y'en avait une qui avait fait l'annonce. Et l'autre qui était aide-soignante ? Je sais plus. Et du coup ouai, y'avait seulement les 2 filles qui avait fait la simulation qui avaient beaucoup parlé, et nous, les gens qui avaient observé, je me rappelle, on avait pas tellement parlé après.*

- **Mais vous n'aviez pas fait la simulation en groupe ? vous étiez toutes ensemble ?**
- *Bah en fait, ils ont choisi 2 personnes pour faire l'annonce, donc une sage-femme, et son aide-soignante. Et nous, on a regardé la vidéo. Tout le reste de la promo était dans une salle, et on regardait la vidéo. Et après, et du coup, on l'a fait que une fois quoi. Je sais pas si vous vous aviez toutes passé mais …*

- **Bah nous il y en a qu' une qui le fait, mais on était par groupe de 6 quoi. On n'était pas toute la promo.**
- *Alors nous c'était peut être parce que c'était la première fois. Mais euh j'ai vraiment le souvenir, à moins que je dise vraiment n'importe quoi. Je sais pas si tu en as eu de ma promo. Mais j'ai vraiment le souvenir qu'on était beaucoup.*

- **Mais, c'est pour ça. Moi j'ai eu 2 de ta promo, et elles me disaient qu'elles étaient en petit groupe. C'est pour ça que ça me parait bizarre.**
- *Elles étaient en petit groupe ? (étonnée) (réfléchit silence) Franchement euh… ou alors on était la moitié de la promo, mais on était beaucoup. Au moins 15, fin… dans la pièce pour regarder, je me rappelle, on s'était entassé.*

- **Quand j'ai eu un entretien avec une des filles de ta promo, elles me disaient, que y'avait un groupe, comme la psychologue n'était pas là, ils avaient visionné la vidéo, et même la vidéo du débriefing ?**
- *Ah bah ça devait être mon groupe.*
- **Ouai**
- *Ouai. Mais j'ai vraiment ce type de souvenir que l'on était beaucoup. Peut être pas toute la promo, mais j'ai vraiment l'impression que si.*
- **Et le fait que vous soyez beaucoup, j'imagine que …**
- *Et puis, en plus, on nous avait pas prévenus de ce que c'était.*
- **D'accord**.

- *En fait, ils nous ont pas dit parce qu'ils voulaient que ça soit surprise, enfin surprise, de la vraie simulation, pour qu'on se prépare pas à ça quoi. Que ça soit un peu comme les conditions réelles, que ça te tombe dessus et tu te débrouilles. Mais du coup, on avait pas compris que c'était encore de la simulation. Fin, je sais plus, mais je crois qu'on était venus…Je crois le matin, on avait fait tout ce qui était urgences, hémorragie, l'arrêt cardiaque… et voilà. Et c'était peut être dans l'après-midi, ou en fin de journée, on avait fait ça. Et au début, on savait pas trop pourquoi fallait rester. Fin, c'est pour ça qu'il y avait un petit peu de confusion. On était plein à regarder l'écran et je me rappelle que, sur le moment, je m'étais dit quand j'avais vu le truc, je m'étais dit, bah je voyais pas l'intérêt de faire la simulation avec des situations comme ça. Parce que je trouvais ça vachement biaisé, euh ouai vachement biaisé, et le fait d'être filmée, euh que finalement, j'avais du mal à voir l'intérêt de la simulation là-dessus, parce que pour moi la simulation c'est vachement bien pour appendre des procédures, pour apprendre des choses que tu peux répéter, des choses qui sont protocolisées en gros. Et pour faire des erreurs, et pour se rappeler de ce qu'il ne faut pas faire, pour aller plus vite et être plus efficace. Mais finalement, moi je pense que c'est intéressant, mais ça demande tellement d'organisation, tu vois de faire des petits groupes, de bloquer une semaine pour faire que ça, de …Pour le bénéfice…Au final, faire des petits groupes, et essayer au moins d'avoir une psychologue présente, et de parler de notre vécu, de ce qu'on a vu en stage, et de …Moi, j'ai trouvé que les choses qui m'avaient le plus apportées, je sais pas si vous l'aviez eu, mais y'a une dame qui était venue de l'association…(réfléchit) à l'association des soins palliatifs.*

- **Ouai, on a eu.**

- *Elle est venue. Et du coup d'avoir un retour d'une dame qui l'a vécu, qui est engagé dans une association, qui, qui pouvait parler du vécu des parents mais à long terme. Et ça, j'ai trouvé ça plus enrichissant, fin… (réfléchit) C'est un peu dur ce que je vais dire, mais j'ai trouvé ça plus euh bah ça m'a plus apporté que la simulation. Dans ma pratique de tous les jours, dans ce que je peux dire aux patients…Bah finalement, les filles que l'on a vu à la simulation, bah elles c'est leur façon de faire pour annoncer. Et elles l'on fait sur le moment comme ça, parce qu'elles se sont adaptées à Y (l'enseignante sage-femme actrice). Fin, c'est assez biaisé quoi quand même. Parce que tu es face à l'une de tes formatrices, et comme c'est assez psychologique, c'est difficile de faire abstraction. Là, c'est quelque chose de purement relationnel, fin là en simulation de…On n'a pas de geste technique à faire. Et du coup, c'est difficile de faire abstraction du fait que c'est quelqu'un que tu connais.*

- **C'était difficile de se projeter, parce que c'était une de nos référentes en fait ?**
- *Ouai. Mais ça aurait été la même chose si on avait mis une fille de ma promo dans le lit qui devait jouer le rôle quoi.*

- **Est-ce que tu pense que y'aurait un intérêt à mettre quelqu'un que l'on ne connait pas ?**
- *Peut-être. Peut être. Déjà oui, quelqu'un que j'ai jamais vu, à la limite un acteur. Je sais que les étudiants en médecine, ils ont des acteurs sur certaines situations et du coup, oui je pense que ça, ça aiderait. Mais après ça complique encore plus l'organisation.*

- **Ok. En fait je te dis ça parce que depuis l'année dernière y'a une actrice. Et cette année aussi. Et tu vois quand je fais les entretiens avec celles qui ont eu l'actrice, bah elles me disent que ça joue sur le réalisme de la simulation. Par rapport à ce que me disait tes collègues de ta promo, à part une qui me disait que ça l'avait pas trop perturbé, mais une autre me disait qu'elle avait pas trop réussi à se mettre dedans parce que, elle me disait qu'on c'était une de nos référentes et qu'on savait pertinemment qu'il n'y avait pas de bébé, donc elle me dit « bah j'ai rien ressenti ». Alors que celles qui l'ont fait l'année dernière, elles m'ont dit bah peut être que la dame était enceinte, on le savait pas…**

- *Ouai, je pense que ça joue. Ça joue pas mal.*
- **Donc on ne vous a pas préparé à la simulation, donc y' a eu un effet de surprise ?**
- *Alors ils voulaient un effet de surprise pour que ce soit vraiment de la simulation sauf qu'on a appris que c'était ça, ils l'ont évoqué.*
- **Vous vous y attendez ?**
- *Ouai, en fait ils ont évoqués que c'était une simulation d'annonce…et bon y'a pas 36 simulations dans notre domaine. Fin, y' a pas d'annonce de cancer, y'a pas d'annonce de…C'est euh…Et du coup, on savait. Fin en regardant la vidéo, on savait très bien qu'on allait pas trouvé de cœur, et du coup les filles qui ont fait la simulation, enfin quand elles sont rentrées dans la pièce…Fin quand tu sais, quand tu rentres dans la pièce, que tu ne vas pas avoir de cœur, tu es pas dans le même stress. Fin tu gères différemment tes émotions. Quand tu n'arrives pas à capter le cœur. Mais après … (silence) après euh on va pas cacher ce qu'on va faire indéfiniment. Je vois pas comment c'est possible d'avoir entièrement l'effet de surprise. Même si on nous le dit 30 secondes avant, bah tu le comprends 30 secondes avant donc tu te mets dans l'état d'esprit.*

- **Et comment elle avait réagit l'étudiante qui faisait la sage-femme ?**
- *Elle avait bien joué. On voyait qu'elle jouait, qu'elle jouait son rôle. Mais après je me rappelle qu'elle avait témoigné en disant, « bah j'ai fait, j'ai essayé de faire, comme je savais que j'étais en exercice, j'ai essayé de faire comme-ci, et euh j'étais surprise de me mettre dans la situation, mais dans le fond, je savais que je n'allais pas trouvé de cœur. Je savais, même si la dame n'avait rien de particulier ». Fin, normalement dans la vraie vie, fin, on le garde dans un coin de la tête forcément, mais quand on accueille une dame aux urgences, on est pas tout le temps en train de se dire « je guette la mort fœtale » donc … Mais là, elle est rentrée dans la pièce avec dans le tête « le bébé est décédé ». Mais elle a essayé, dans l'optique « bah je sais pas, mais je vais faire comme-ci ». Mais au fond, elle était pas tout à fait surprise.*

- **Est-ce que tu l'as sentie déstabilisée ?**
- *Non, en fait on a sentie que …bah elle anticipait certains trucs. C'est que du coup par exemple, elle a cherché un peu le cœur, mais elle a pas cherché pendant 10 minutes quoi. Elle a rapidement cherché l'appareil d'écho, cherché le médecin. Elle a pas parlé à la patiente, mais elle s'est mis dans une attitude…enfin elle a vite compris quoi. Elle a vite compris, alors que des fois dans la vraie vie, il suffit de…On cherche un peu. Surtout que là, je crois que dans la situation, la dame elle venait pas pour ça quoi. Elle sentait son bébé bouger, y'avait pas de contexte, de points d'appel. Donc je sais que rapidement après, enfin rapidement…je sais que nous de l'extérieur, on a trouvé ça rapide, parce qu'on savait qu'elle savait mais, on se disait que comparer à la vraie vie, on aurait peut être cherché un peu plus. Voilà, je me rappelle de ça mais euh…*

- **Elle a appelé le gynéco ?**
- *Oui*
- **Et qui l'avait annoncé ? elle ou le médecin ?**
- *Non, elle a pas annoncé. Elle a pas annoncé. Je sais plus comment elle a formulé, mais elle a parlé d'une échographie qui était nécessaire parce qu'on n'arrivait pas à capter le cœur, qu'on avait besoin du médecin. Mais elle a pas, elle a pas annoncé, non.*

- **Donc durant le débriefing, c'est surtout les acteurs de la simulation, qui ont parlé. Quels étaient les intervenants ?**
- *Y'avait Mme R (réfléchit) peut être, Mme G mais je ne suis pas sûre… (réfléchit). Je pense pas que Dr L était là, il était là le matin…J'ai un doute. Moi je me souviens de Mme R. Peut être Mme G, mais c'est tout. Je sais pas ce qu'elles t'ont dit les filles.*

- **Est-ce que tu penses qu'il y'aurait eu besoin d'autres intervenants ?**
- *Oui, une psychologue effectivement. J'aurais trouvé ça intéressant. (silence) Je pense que…le problème, je sais pas si on en a déjà parlé…Mais je trouve pas ça super que ce soit notre directrice qui soit responsable de la simulation. Pour moi ça met un énorme biais, parce que même si elle a pas arrêté de nous dire que ça influait en rien sur notre diplôme, notre mémoire, on est constamment jugé tout le temps, par les sages-femmes, nos enseignantes, la directrice. Et là justement, dans la simulation, on est mise en situation et quand la simulation est bien faite, on n'est pas jugé sur nos qualités de professionnels, juste sur ce qu'on a fait à ce moment là. Ça n'influence pas sur nos autres évaluations, sur l'appréciation qu'ils ont de nous. Ca doit pas rentrer en compte. Et du coup, je trouve que c'est un énorme biais que ce soit des formatrices qui nous évaluent dans*

d'autres contextes qui soient là. Et je sais qu'elles vont dire « mais non on va faire abstraction et tout ça ». Mais moi je trouve que ça aide pas, ça aide pas. Et je sais que Mme R disait la même chose, mais n'empêche, qu'elle reste la directrice. Elle reste celle qui signe, celle qui est là pour nos conseils, enfin c'est elle qui décide si elle nous donne notre diplôme quoi en gros, pour faire simple. Donc euh c'est elle qui décide pur les mémoires, c'est elle qui décide de tout. Après malgré tout, je sais que je suis pas la seule à penser ça. J'ai quand même bien vécue la simulation. C'était quand même enrichissant.

- **Parce que si ça avait été une autre personne, vous auriez peut être pas réagit de la même façon en fait ?**
- *Ouai, Ouai.*

- **Et peut être que vous auriez dit des choses différentes si un autre professionnel était présent lors du débriefing ? parce qu'il y a que les actrices qui avaient parlé du coup ?**
- *Ouai, elles les avaient beaucoup interrogées. Et je me rappelle, on avait pas le temps de dire, de vraiment en rediscuter et…Bah c'était animé de façon à … « Pourquoi vous avez fait ça ?» « qu'est ce que vous avez ressentie ? et les autres qu'est-ce que vous en avez pensé? » Mais comme c'est assez personnel, et qu'on était beaucoup, et surtout que c'était animé par… Donc c'est vrai que si ça avait été une psychologue, qui apportait (réfléchit) qui reformulait ce qu'on avait dit, qui nous repousser dans nos retranchements, qui poussait un peu à la réflexion quoi, qui n'était pas juste dans le, juste dans le débriefing, ouai qui pousse le truc quoi. Et peut être à la limite, que la psychologue.*

- **Que la psy ?**
- *Ouai. Simplement la psy. Et ce serait intéressant qu'elle donne son analyse à elle, ce qu'elle a vu, ce qu'elle a ressenti, ce qu'elle a entendu. Et puis avoir un retour de l'actrice. Je sais pas si vous avez eu* ?

- **Oui.**
- *Ouai, je…C'était…Ouai pour moi ça aurait été intéressant*.

- **Et qu'est ce que vous avez parlé dans le débriefing ? est-ce que tu te souviens ?**
- *Ben on beaucoup parlé, fin elles ont beaucoup parlé de leur ressenti les actrices, comment elles se sont senties quand elles sont rentrées, qu'est-ce qu'elles ont anticipé ? Pourquoi elles ont utilisé certains mots, comment elles ont communiqué entre elles ? Parce que arriver à communiquer entre elles, sans faire paraitre à la patiente…Euh et puis, on a surtout parlé de ça. Ouai*

- **Et est-ce que tu aurais voulu parler d'autres choses ? Qu'attendais-tu du débriefing ?**
- *J'attendais (silence réfléchit)…Bah moi j'aurais, j'aurais, je sais pas, j'aurais fait un truc mélangé, peut être avec un petit peu plus de temps, avec à la fois les filles qui nous disent pourquoi elles ont fait ça, pourquoi elles ont dit ça, et derrière, je sais pas, on se met en petit groupe de 2 ou 3, avec chacun repense à une expérience qu'il a vécu, et comment il s'est positionné dans cette expérience en tant qu'étudiant ? Et raconter en gros l'histoire et puis voir… voir si y'avait des points communs entre la réaction des patientes et voir comment ça a été géré. (réfléchit) Je sais pas par exemple, quand on trouve pas le cœur, quelle phrase on dit, quel mot utilisé pour dire, pour informer que c'est, c'est inquiétant sans trop les inquiéter, ni annoncer ce qu'on a pas à annoncer…Et donc, je*

sais pas, des partages d'expériences en plus de la simulation. Moi je trouve que…comme je disais, je trouve ça tellement personnel. C'est pas protocolisé. Enfin je veux dire sur, on va pas partagé, on va pas faire des groupes comme ça sur une hémorragie de la délivrance, genre bah oui moi la semaine dernière j'ai plutôt fait ça, voilà, ou j'ai réagit comme ça et…Là je trouve que l'expérience, l'apport personnel, l'expérience individuelle est intéressante. Et du coup la mise en situation est intéressante mais le retour d'expérience est aussi intéressant que la simulation. Limite plus…enfin presque plus intéressant en fait. Parce que c'est biaisé quoi, c'est assez biaisé… euh (réfléchit) fin la mise en situation est assez biaisé, par rapport à … (silence réfléchit), par rapport à des trucs plus médicaux quoi. D'un coup elle se met à faire un arrêt cardiaque, tu ne l'avais pas prévu et tu es obligé de gérer. (silence)

- **Tu aurais préféré qu'il y ait un échange de pratique, d'expérience ?**
- *Oui.*

- **Et quand tu avais été étudiante, tu avais eu le cas d'annonce ?**
- *Euh, oui. Je l'avais eu je crois le mois d'avant. Et en fait c'était une dame pas très cortiquée on va dire. Qui comprenait pas tout et qui…On avait beau expliqué, on avait beau…ça lui avait été annoncé par le médecin. Et la sage-femme avait fortement, avant que ça soit posé, annoncé, avait fortement essayé de faire comprendre mais elle comprenait pas. Fin elle était …*

- **Dans le déni ?**
- *Ouai, dans le déni. Et en même temps, comme elle avait une petite difficulté intellectuelle, ça rajoutait un peu au truc quoi. Comme déjà pour des gens sans difficulté, c'est déjà difficile à entendre, à expliquer, à comprendre. Et puis souvent y'a pas d'explication. Mais là c'était … Et puis après, elle est arrivée aux urgences, et je l'ai suivie en salle, parce qu'elle s'était mise en travail, enfin elle était en tout début de travail. Et elle a réalisé au bout de plusieurs heures quoi. C'était particulier parce que l'annonce et la mise en travail avaient été vraiment à la suite. Elle arrivait pour accoucher, c'était à terme. Donc euh c'était spécial comme contexte. (chuchote) C'est toujours spécial comme contexte de toute façon.*

- **Tu en avais reparlé avec ta sage-femme de ça en fin de garde ?**
- *En fait je me rappelle que c'était une nuit. Et qu'on en avait discuté au début. Parce que, moi je suis arrivée en début de nuit et en fait, on a récupéré la dame, qui venait d'arriver en tout début de garde. Et on avait parlé d'elle durant la nuit, mais « comment on va faire pour qu'elle comprenne ? qu'est-ce qu'on peut faire pour la rassurer ? » et puis y'avait toutes les questions administratives, les obsèques. […] Enfin y'avait tout un contexte… […] Enfin c'était tout un truc en fait. En plus de l'annonce, il y avait toute la gestion autour. Et je crois qu'en fin de nuit, après d'autres accouchements, j'avais pas débriefé en fait… Surtout que quand on l'a laissé, elle allait accoucher dans les heures qui viennent. Ça a pris vachement de temps et on a pas fait l'accouchement. On a suivi tout le travail, on l'a eu toute la nuit. On a pas fait l'accouchement et euh (silence) C'est vrai que… c'est vrai que j'en ai pas reparlé. Ça aurait été pas mal.*

- **Tu penses que ça t'aurais fait « du bien » d'en reparler ?**
- *Ouai, peut être avec du recul. Tu vois après, si elle avait accouché, qu'elle était remonté dans sa chambre, euh ou peut être 2, 3 jours après je revois la sage-femme. Mais le problème c'est que, on*

retombe rarement avec la même sage-femme. Soit on peut lui demander son numéro de téléphone pour en rediscuter, mais c'est pas toujours, c'est pas toujours simple quoi en tant qu'étudiant de dire je veux re-débriefer de cette situation-là. Parfois, on tombe avec des sages-femmes qui le font d'emblée, avec qui on discute. Mais c'était pas le cas.

- **Et ce débriefing avec la sage-femme, est-ce que tu penses à d'autres personnes avec qui tu aurais pu débriefer de la situation ?**
- *Ben spontanément en tant qu'étudiante, on débriefe avec nos copines étudiantes (sourire). Les filles de la promo, enfin les gens de la promo. Ça on le fait… on le fait facilement. Après on peut pas parler de débriefing quand on en parle à nos proches. On a besoin d'en parler mais… (silence) Ouai, je … Moi je me serais pas vu en parler à nos formatrices, même si on pourrait débriefer, mais euh j'en avais pas envie et j'en voyais pas l'intérêt. Soit les étudiants de ma promo, soit des proches, mais c'est pas vraiment professionnel. (réfléchit) Et après je sais qu'on avait une super prof de psycho, et j'aurais bien discuté avec elle, mais vraiment de l'aspect psycho. Bah de comment on fait avec une patiente qui ne comprend pas bien, qui a un niveau de compréhension limité, et puis du coup tu as beau faire tout ce que tu peux, bah voilà quoi. Soit elle ne capte pas, soit elle capte. Donc peut être que avec, j'aurais trouvé ça intéressant. Il aurait fallu que je la contacte personnellement*.

- **Tu penses que ce serait bien qu'on ait le numéro de quelqu'un ou un mail, si on veut discuter, si on a des questions ?**
- *Oui, faut que ça profite à tout le monde. Soit le mail, mais bon elles sont assez occupées, les mails de nos profs de psycho. Que ce soit organisé quoi. Par exemple, qu'au milieu de 4ème année, ou fin de 4ème année, ou début de 5ème année, elle va revenir nous voir pour faire un retour d'expérience et que d'ici là, on sait que sur toute l'année, ou d'ici 6 mois, on peut lui envoyer un mail avec une expérience clinique qui nous a posé question. Soit on les note de notre coté, soit on renvoie le mail si c'est plus urgent. Mais sinon, on rassemble différentes situations cliniques, et on en reparle, comme ça on peut préparer éventuellement des choses, soit le thème de la mort fœtale, soit le thème du handicap, soit avec … Euh mais ça, elle avait fait ça un peu dans ces cours mais on était pas préparé. Je m'en rappelle, je sais pas, là on fait le deuil, le deuil périnatal…On se met en petit groupe et on réfléchit à une situation clinique et après… « Réfléchissez avec les pistes que je vous ai données. Et présenter votre cas à la classe ». Et ça on avait fait en cours, on avait pas de préparation chez nous.*

- **Tu penses que ça aurait été mieux pour vous d'avoir un temps de préparation avant ? mieux d'anticiper pour avoir plus de questions, plus d'échanges ?**
- *Ouai. Et puis avoir eu un cours, et puis savoir qu'on va la revoir mais vraiment sur des retours d'expérience. Genre on a eu cours sur les soins palliatifs et tout ça. On a discuté, on nous a présenté des cas pratiques. Et bah je ne sais pas que, dans 3 mois, on va se revoir pour un retour d'expérience. Donc d'ici ces 3 mois, on pense à nos cours, on pense à nos stages et tout ça, et du coup on est plus attentives, et on fait plus gaffes à noter certains trucs, à remarquer certains trucs, pour apporter quelque chose à ce retour d'expérience, à cet échange avec ce psychologue.*
- **D'accord.**
- *Fin je sais pas. Après c'est facile à dire comme ça la tête en l'air*.
- **Oui oui. Et tu penses que ça t'aurais plus apporté que la simulation dans ta pratique professionnelle ?**

- *Ouai.*

- **Et justement dans ta pratique professionnelle, qu'est-ce qu'elle t'a apporté la simulation ?**
- *(silence) Mmm… (silence) euh… (réfléchit) Finalement ce qui m'a peut être apporté, c'est peut être d'avoir vu la réaction de celle qui a fait la simulation en fait. De la fille de ma promo qui a été mis en scène. Ça m'a apporté parce que je me suis dit bon bah elle, elle a utilisé, bon je me rappelle pas des mots qu'elle a utilisé, mais dans l'attitude qu'elle avait, moi j'aurais peut être fait la même chose et … (réfléchit) En même temps, je me rappelle, elle avait gardé son calme, elle était très douce. Elle parlait tout doucement, elle chuchotait, alors que la patient, elle partait en crise. Mais c'était plus sur le moment où je m'étais dit « bah moi j'aurais fait sûrement comme ça » et de voir qu'on avait des façons de réagir commune. Et après dans ma pratique c'est … C'est dans ma pratique maintenant, c'est plus de partager avec mes collègues qui m'aide en fait. Enfin qui m'a aidé et qui m'aide, quand on discute de leur expérience, même de l'expérience du jour si on est en contact avec les collègues. Voilà elle m'a dit ça, j'ai fait si, j'ai fait ça. Moi, c'est ce qui m'apporte le plus clairement, le vivre et en discuter avec les gens qui vivent la même chose, qui l'ont vécu en vrai qui le vivent en vrai et qui peuvent échanger. Finalement, c'est nul à dire mais faut mieux le vivre en vrai. Même si c'est triste, c'est … Ouai.*

- **Et depuis que tu es diplômée, as-tu eu le cas d'annoncer la mort fœtale ?**
- *Non. Non. Je touche du bois mais non. Non moi j'ai pas eu. Non c'est plus d'autres situations, des fausses couches tardives… et du coup j'ai dû gérer l'après, ou elle avait déjà l'annonce et c'était à moi de gérer. Soit elles l'avaient eu aux urgences et moi je les avais en salle. Ou lors je les avais dans le service. Elles avaient eu l'annonce et elles étaient hospitalisées juste 2-3 jours, le temps d'être déclencher. J'ai été en contact effectivement avec des dames qui vivaient ça, mais c'est pas moi qui était…*

- **Présente au moment de l'annonce.**
- *Ouai.*

- **Et du coup est-ce que tu te projettes quand même à annoncer ?**
- *Bah c'est délicat. Parce que moi, j'ai toujours dans la tête que c'est pas à nous d'annoncer, enfin médicalement normalement c'est le médecin qui doit peser, qui doit dire…*

- **Mais pourquoi tu te dis ça ? On t'a dit que c'était pas notre rôle ?**
- *Mais parce que pour moi c'est légal, peut être que je me trompe, mais pour moi c'est légal. J'en avais rediscuté avec d'autres sages-femmes qui m'avaient dit si tu peux. Bah par exemple dans le cas de sages-femmes libérales qui font une visite à domicile, bah elles le disent. Dans certains cas c'est possible, mais dans ma tête en hospitalier, je n'oserais pas le faire. Parce que pour moi, c'est la responsabilité du médecin. Et tant que l'écho n'est pas faite…Ouai pour moi c'est légal. C'est comme constater un décès dans un service de médecine, faut qu'il y ait ouai une sorte de validation, même si nous on a vu. Mais c'est le côté aussi équipe, on est pas toute seule à annoncer, même dans l'accompagnement… Mais euh je me projette… Je sais que ça peut m'arriver et euh … et ça me fait … (silence) Après tout dépend du contexte. J'allais dire ça me fait pas peur parce que, avec un petit peu plus d'expérience, après avoir eu des situations tristes … Fin pour moi c'est pas plus dur d'accompagner une dame qui le sait déjà, accompagner le travail, accueillir l'enfant, le mettre en peau-à-peau, c'est pas plus dur que d'annoncer. Enfin, c'est tout le global,*

c'est tout l'accompagnement d'un enfant sans vie, d'un enfant qui né qui est non viable… (Silence) Je pense que … C'est pas que l'on peut pas se former, mais on est obligé de se former par l'expérience. On peut pas…C'est comme... mais c'est horrible parce que notre métier c'est beaucoup comme ça, mais on peut rien faire, enfin on ne peut pas remplacer le temps d'exercice. Ton expérience professionnelle qui vient avec les années en fait. Y'a rien qui peut le remplacer en fait. Tu peux faire tous les DU de la terre, c'est l'expérience humaine qui fait que, c'est ça qui fait grandir et qui fait que tu peux appréhender n'importe quelle situation.

- **Est-ce que la simulation a influencé ton vécu à l'annonce ? ta façon de te projeter ?**
- *(silence réfléchit) Pas tellement…Y'a pas tellement eu un avant après la simulation en fait. C'était plus un … C'est en 5ème année que l'on se projette un peu plus parce que, parce que y'a un peu plus de psycho. On aborde un peu plus le sujet et je trouve ça un petit tard, mais faut attendre d'avoir un petit peu d'expérience. C'est pour ça que je parlais de la 4ème année au lieu de la 5ème année. On aborde un petit peu plus le sujet. On est un petit peu plus sur le devant de la scène. Progressivement, on se projette un petit peu plus en en disant « bah oui c'est moi qui va être responsable ». On va devoir gérer. Parce que finalement, quand on est étudiante dans ces situations là, on est dans l'accompagnement, on est pas dans la responsabilisation de la situation. Enfin en général la sage-femme, elle ne te laisse pas toute seule avec la patiente. Euh rien que examiner, accompagner, enfin elle ne laisse pas seule. Alors que pour d'autres situations, lorsque que tu es étudiant, tu es rapidement autonome. Du coup, la 5ème année peut nous préparer à ces situations là précises à, à nous préparer à être toute seule à prendre des décisions…Ouai. J'avais jamais eu de fausse couche tardive avant d'être diplômée, et j'en ai eu une, où elle l'a su 2heures avant d'accoucher, enfin … Moi je me suis basée beaucoup plus sur mes cours de psycho que la simulation.*

- **D'accord.**
- *Parce que je me rappelle, je me rappelais de ce qu'elle nous avait dit. Je sais pas si vous avez eu la même prof, mais elle était assez pratique dans les outils que l'on pouvait avoir pour dialoguer. Euh pas hésiter à utiliser la reformulation. Pas hésiter à s'asseoir a côté de la personne, fin des choses assez pratique pour dialoguer avec quelqu'un en fait. Que finalement la simulation, c'est la mise en situation, vous avez ressenti quoi, on a ressenti ça. C'était juste ponctuel. Et puis derrière y'avait pas forcément de suivi ou de … ou de lien fait avec d'autres expériences, avec d'autres vécus.*

- **C'est ce qui t'a manqué durant la simulation ?**
- *Ou.,*
- **C'était « on en parle sur le moment T », et puis tu aurais voulu en reparler après ?**
- *Ouai, y'avait pas d'accompagnement dans le côté durable en fait.*
- **Un sentiment d'inachevée ?**
- *Bah même, bon c'est un peu méchant de dire ça, mais j'avais l'impression que comme y'avait un centre de simulation, fallait le mettre à profit. Et euh… la simulation c'est un peu le truc au top du top donc euh oui on fait déjà les trucs médicaux, la pédiatrie, l'obstétrique, et bah on rajoute ça et…C'est vrai que, je sais pas si tu fais le comparatif avec les étudiants en médecine qui ont la simulation d'annonce de cancer ou d'annonces…Bah, moi je trouve ça intéressant pour eux, parce que je sais qu'ils ont moins de formation psychologique, d'accompagnement…Ils ont beaucoup moins d'accompagnement dans leur stage … Ils sont pas évalué tous les jours, enfin…C'est pas du tout la même formation. Du coup, d'avoir des temps d'annonce, de formation à l'annonce, et puis*

pour le cancer c'est pas la même chose qu'une mort fœtale. Ca a des implications derrière un peu différente. Euh…Moi je trouve ça intéressant pour eux, en plus ils peuvent faire ça plusieurs fois. Nous, on fait ça juste avant de…En gros je trouve ouai, on fait ça trop tard.

- **Tu penses que ce serait bien de le refaire plusieurs fois ce scénario-là ?**
- (*silence) Ben je sais pas non. Parce qu'on l'a déjà fait. On s'y attend. (réfléchit) Non non c'est vraiment le retour d'expérience, le dialogue …*
- **Le plus important ?**
- *Ouai.*

- **Et qu'est-ce que tu avais pensé du scénario qui avait été fait ?**
- *(silence) Euh Moi je me rappelle vaguement que la dame venait pour autre chose. Elle venait pour des contractions je crois, et que du coup elle est partie complètement en vrille. Elle comprenait pas du tout. Elle était complètement excitée.). Bah, c'était un scénario qui était plausible. Ça c'est sûr. C'était quelque chose que l'on peut voir aux urgences. Ouai.*

- **Est-ce que tu penses que le scénario peut être amélioré ? au niveau du réalisme ?**
- *Bah euh…On pourrait avoir 2 patientes à gérer en même temps, un accouchement de l'autre côté… D'avoir la dame, la patiente pour discuter avec elle…Enfin non je sais pas si ça apporterait quelque chose mais euh (silence) D'un côté (silence) Ouai non…En gros, bon c'est pas représentable en simulation, mais en gros parfois t'es en train de gérer 3 patientes en même temps, et y'a ce côté-là aussi, tu peux pas passer 3 heures avec une patiente quoi. Mais ça, c'est pas la simulation qui peut aider.*

- **Oui, ça c'est un peu les limites de la simulation que ça reflétera jamais un vrai service.**
- *C'est ça. Ou alors faut faire une autre salle à côté où ça sonne et tu vas voir et elle fait un hématome rétro-placentaire et je sais pas, elle se met à saigner. Ou alors tu vas voir ta dame qui vient d'accoucher, et puis tu vas à ta consultation, et tu retournes dans la salle de simulation et c'est une grosse hémorragie, tu gères l'hémorragie, et puis tu reviens…Bon là c'est l'horreur. (rire)*
- **Oui (rire).**
- *Mais dans la vraie vie, ça peut être ça malheureusement.*

- **Est-ce que tu penses que tu l'aurais fait si on te l'avait proposé en dehors de tes études ?**
- *Ca m'aurait intéressé si y'avait un truc en plus, du genre (réfléchit), du genre une journée complète avec une mini conférence… Je ne sais pas, soit avec un psychologue, un psychiatre, sur un sujet lié, comme le deuil périnatal. Imaginons sur des patientes psychologiquement fragiles. Tu vois sur des sujets un peu spécifiques. Oui si y'avait un truc en plus, ou (réfléchit) si y'avait une discussion autour du deuil paternel aussi, comment on accompagne les papas…*

- **Tu trouves que ça t'a manqué durant la simulation ?**
- *Bah c'est pas du tout abordé. On en parle jamais et on est là aussi pour eux d'une certaine manière. Euh, malgré tout, on ne peut pas être là partout. Ouai, si on me l'avait proposée après mes études, effectivement, j'aimerai bien avoir un truc en plus. (silence) Soit une table ronde, soit de… Mais le truc c'est que si tu sais que tu fais une formation sur ça…A la limite faut venir sur une journée*

psycho et petite surprise, on fait une simulation. Et puis derrière, faut que ça débouche sur une discussion, dirigée par un psychologue…Ouai, ou même surtout avec des intervenants extérieurs, qui travaillent par forcément en hospitalier, mais en libéral et qui suivent les dames plus tard. On les accompagne 3 jours à l'hôpital, et les sages-femmes libérales, elles les accompagnent un peu plus, mais elles peuvent retourner les voir mais après...

- **En fait tu aurais voulu aborder la prise en charge globale, pas que l'annonce, et comment après suivre les patientes et puis les accompagnants, enfin le conjoint.**
- *Ouai, et puis surtout quoi leur dire exactement sur la suite des évènements. Et parfois ils ont besoin d'être rassurés sur des questions administratives, sur des aspects techniques, et nous, c'est pas notre soucis primordial, on peut leur donner des infos, mais finalement ils ont besoin de savoir vers qui se tourner, ouai être en contact avec des associations, comme celle des soins palliatifs. Euh y'a pleins d'associations de parents… Ouai je sais pas. Être plus formées sur le côté global et à long terme en fait, plutôt que juste l'annonce. Même, bon c'est difficile, on peut pas faire de la simulation là-dessus, mais sur l'accueil de l'enfant. Ça, on l'a en stage, enfin on l'apprend en pratique mais l'important c'est de bien dialoguer avec les parents sur qu'est-ce qu'ils veulent, de les laisser vivre, de leur laisser du temps, de ne pas juger si ils ne veulent pas voir leur enfant. D'accepter leur demande aussi, leur laisser le champ libre, faire du peau-à-peau, habiller, pas habiller… Voilà, et peut être aussi, si tu veux des trucs qui manque, c'est aussi le côté personnel…Parce que y'a des sages-femmes qui les accumulent quoi, ça leur tombe dessus durant une période, et comment on…Des pistes pour se ressourcer quoi.*

- **Ouai, je comprends. Et on a parlé de débriefer de ces situations en tant qu'étudiante, mais aussi en tant que professionnelle, ça peut être important.**
- *Mmm. C'est que finalement, je sais pas. Une piste avec une psychologue. J'en sais rien qui dit « bah voilà quand vous arrivez à tel stade », je sais pas quand vous avez des grands troubles de sommeil…Fin je sais pas ce qu'elles peuvent nous dire, mais d'avoir des pistes sur des choses à faire. Faut faire attention, faut prendre soin de soi, parce que, parce qu'on est pas très bien préparé à ça en fait.*

- **Ca te fait peur ça, tes réactions ?**
- *Ouai. Bah ça me fait pas peur dans le sens que par la force des choses, on est obligé de trouver des moyens, de prendre sur soi, de trouver des ressources, du soutien dans son entourage et tout. Forcément on est obligé de le faire, sinon on tient pas. Mais (silence, réfléchit) comment dire ? C'est pas facile de trouver un équilibre entre sa vie privée et sa vie pro. Parce que parfois, on est complètement vidé, vidé émotionnellement, c'est difficile. Et ça c'est un truc que l'on se rend pas compte quand on est étudiant. Et finalement, après quand on est dedans, on a la responsabilité qui est là en plus, euh …Et faut faire attention à soi et à son entourage. Et moi, c'est pas que ça me fait peur. Mais je me rends compte que par rapport à d'autres professions comme les psychologues, elles ont des temps de débriefing de leur stage, de ce qu'elles ont vécu, de comment elles l'ont vécu. Elles ont des entretiens assez perso hyper réguliers, et du coup elles ont des pistes, des réflexes. Bon après c'est pas miraculeux. Mais elles ont un entrainement dans la réflexion, où elles peuvent trouver de l'aide, que…Plutôt que juste en parler à ses copines quoi. Et du coup, une fois que t'es pro, tu en parles à tes collègues, à tes proches …Moi je le vois. Le système hospitalier est épuisé, on voit un certain épuisement professionnels dans certains hôpitaux, chez certains professionnels, tu vois… Après je pense que c'est le système qui est comme ça. Mais je pense que l'on est pas assez*

préparé, enfin on nous prépare par la force des choses, mais on nous accompagne pas. On est forcé de s'adapter, de le faire, d'être assez forte pour le faire mais on est pas accompagné. Enfin moi je ne me suis pas sentie accompagnée. C'est personnel.

- **Est-ce qu'il y a quelque chose en particulier que tu appréhendes dans l'annonce et l'accompagnement de ces situations là ?**
- (*silence, réfléchit) Moi j'appréhende…J'appréhende qu'il ne comprenne pas, enfin qu'ils soient dans le déni quoi. Pas la compréhension, c'est juste que c'est pas entendable quoi. Euh Ouai. C'est plutôt le déni que les grosses émotions. C'est sûr, c'est difficile à gérer mais je trouve que le déni c'est plus difficile. Après, l'agressivité aussi. On craint toujours l'agressivité des patientes, des proches. Euh après moi j'appréhende le plus, mais ça c'est le truc de toutes sages-femmes mais c'est le médico-légal. Ca c'est le truc …Je sais pas, imagine c'est une patiente que tu as vu y ' a 4 jours et qui revient aux urgences, et qu'est ce que tu as loupé quoi. Ou… c'est plus le côté euh…J'appréhende plus ça.*

- **OK. Et là je vais reparler de la simulation mais est-ce que tu penses qu'elle pourrait être proposée aux professionnels ?**
- (*silence) Bah (long silence) Bah elle pourrait être proposée mais j'imagine que (réfléchit) y'aurait pas beaucoup de participants. Parce que (silence) …Ouai sur le côté annonce, c'est pas que c'est le plus facile… Bah pour moi ce n'est pas en en faisant plusieurs fois, régulièrement, qu'on est meilleur, plus à l'aise. Ça enlève pas l'appréhension en fait. Ça reste une situation difficile, un évènement compliqué. Et pour moi, c'est pas en le répétant, en le refaisant en situation que ça enlève l'appréhension, que … Et comme c'est quelque chose qui n'est pas spécialement réjouissant, fin…On a déjà un métier difficile. Ce temps de formation là en général on le prend sur notre temps perso. Parfois c'est financé par l'hôpital. Mais c'est sur notre temps libre, donc finalement on donne pour notre boulot. Et…bah c'est pas forcément motivant, bah enfin si c'est motivant, mais moins que de la réanimation néonatale. Tu vois. C'est…Là on peut vraiment faire quelque chose, on nous met en situation. Là on est complètement impuissant et… que oui le fait de faire de la simulation, ça te fait réfléchir mais finalement pas plus que les situations réelles que tu as à gérer. Fin moi c'est mon point de vue.*

- **Et justement, dans le débriefing, vous avez parlé du ressenti des actrices, et toi, personnellement qu'as-tu ressenti ?**
- *Moi, je me mettais à la place de celle qui jouait. Euh, parce que je me retrouvais dans ce qu'elle faisait. Je me disais « ouai, j'aimerais pas être à sa place », parce que c'est le moment hyper délicat où …Enfin je ressentais son stress quoi. Enfin son stress simulé mais bien caché aussi. On voyait bien qu'elle essayait de cacher son… Il fallait cacher son angoisse et … je voyais qu'elle était, enfin je ressentais la difficulté de la réaction de la patiente qui, qui partait en vrille, pétait un câble, qui était complètement paniquée et qui en même temps ne voulait pas comprendre. Donc ça oui, j'avais ressenti la difficulté dans laquelle elle était de gérer la patiente, la réaction de la patiente. Je sais pas si ça répond à ta question mais…*

- **Si, si, en gros tu as ressenti ce que l'actrice ressentait, tu t'es mis à sa place…**
- *J'ai retenu qu'elle était restée hyper zen quoi. Parce qu'on la connaissait et on voyait qu'elle prenait sur elle. Mais qu'elle arrivait à rester calme et douce et entourante avec la patiente. Et qui lui laissait le temps d'atterrir. Parce que, quand on a des gens qui comprennent pas, , parfois ça donne envie d'être un peu…Bon bah c'est comme ça, c'est le truc et puis c'est tout. Ne pas… d'être un peu*

moins patiente. Mais là, elle a été hyper patiente, hyper à l'écoute aussi. Parce qu'évidemment, on laisse parler aussi. Ouai non non elle a pris le temps avec la patiente, même si elle comprenait pas, même si…elle était avec elle quoi.

- **D'accord. Et toi c'est ce que tu retiens pour ta pratique ?**
- *Ouai, ouai. L'actrice, elle est comme ça de base, c'est quelqu'un qui le prend le temps. Et oui moi je fais ça aussi parce que je le fais avec tout le monde, mais d'autant plus avec ces patientes qui vivent des choses difficiles.*

- **Ok. Je vais parler d'un autre truc. Mais qu'as-tu pensé du fait que la simulation soit fait en pluridisciplinarité avec l'interne de gynéco ?**
- *Alors oui, je trouve ça intéressant que plusieurs professions soient là parce qu'on travaille toujours avec eux. Donc avoir la simulation du dialogue en équipe, de comment je vais lui en parler et surtout comment je cautionne ce que lui va dire. Accepter que c'est lui qui va parler même si moi je ne l'aurais pas fait comme ça. Et ne pas dire les choses quand même…Mais sur cette simulation là, j'ai le souvenir qu'elle avait fait rapidement l'échographie. Et qu'elles avaient fait à 2, un discours à 2.*

- **En co-leadership ?**
- *Ouai.*

- **D'accord. Est-ce que y'a d'autres annonces dans notre métier qui pourraient être abordées autre que celle de l'annonce de mort fœtale in utéro ?**
- *(réfléchit) Bah…mais c'est pas nous encore une fois mais celle de malformations fœtales. Parfois on n'a pas le choix, mais celles qui sont découvertes à l'accouchement… Parfois, de toute façon on pose le bébé et elles le voient tout de suite donc euh… Ouai, peut être une formation sur ça…Y'a aussi l'annonce d'excision. Parce que parfois elles ne le savent pas qu'elles sont excisées. Ça je me rappelle que Dr M nous avait dit de vachement faire attention à ce qu'on disait. Parce que dire « ah bah vous êtes excisée » à quelqu'un qui ne le sait pas, euh c'est …Elles ont vécu une mutilation et c'est limite comme une annonce de, ouai c'est une annonce… (réfléchit) C'est comme une annonce de handicap, enfin c'est presque ça. Enfin il manque quelque chose quoi. Ouai, il nous avait sensibilisé sur ça, il nous avait dit de faire attention aux mots qu'on utilise. Après je ne pense pas qu'il y ait besoin de simulation pour ça … Parce que c'est plus d'avoir ça à l'esprit, de faire attention aux mots qu'on utilise, de savoir comment l'aborder. Et ça peut être très violent comme petite phrase ouai. Donc ça oui, ça pourrait être apporté aussi.*

- **Et est-ce que tu penses que tu aimerais de reformer à ce sujet de l'annonce de mort fœtale in utéro plus tard ?**
- *(silence réfléchit) Euh… Bah peut être, peut être pas l'annonce mais…peut être à l'accompagnent psychologique des femmes qui ont perdu leur bébés, ou si il y a une malformation, quelque chose qui demande une prise en charge lourde à la naissance. Peut être plutôt là-dessus. C'est quelque chose de plus complémentaire, d'accompagnement. L'idée de plus sur ce sujet là.*
- **Bon bah je pense que j'ai à peut près fait le tour. Merci beaucoup !**
- *De rien.*

Table des matières

SOMMAIRE **4**

INTRODUCTION **1**

MATERIEL ET METHODE **3**

1. Constitution de l'échantillon **3**
2. Procédure **3**
3. Retranscription des données **4**

RESULTATS **5**

1. Organisation de la simulation **5**
1.1. Le moment de la formation 5
1.2. Une formation en pluridisciplinarité 5
1.3. Les intervenants 5
2. La patiente simulée **6**
3. Le scénario **6**
3.1. L'effet de surprise du scénario d'annonce 6
3.2. Axes d'amélioration du scénario proposé par les sages-femmes 7
3.2.1. Une situation de mort fœtale in utéro aux urgences d'une maternité de type I 7
3.2.2. La présence d'un couple simulé 7
4. Le ressenti des apprenants sages-femmes **8**
5. Les apports de la simulation à l'annonce de MFIU **8**
5.1. Les mots et l'attitude à avoir 9
5.2. Une prise de conscience des enjeux de l'annonce 9
5.3. Le débriefing : le « réacteur » de la formation 9
6. La responsabilité de la sage-femme à l'annonce de MFIU **10**
7. Le futur de la simulation à l'annonce de MFIU **11**
7.1. Pour les étudiants sages-femmes 11
7.2. Pour les professionnels de santé 11

DISCUSION **13**

1. Les Biais et Limites de l'étude **13**
1.1. Au choix méthodologique 13
1.2. Aux circonstances 13
2. Analyse et comparaison avec la littérature **13**
2.1. La simulation : une approche réaliste 13
2.2. Apport de la simulation à l'annonce 14
2.3. Compétence d'annonce des sages-femmes 15
2.4. L'après annonce : la prise en charge globale de la mort fœtale in utéro 17
2.5. La place de la simulation dans les formations en santé 17

CONCLUSION **19**

BIBLIOGRAPHIE **20**

ANNEXE I **22**

ANNEXE II **23**

ANNEXE III **24**

ANNEXE IV **28**

ANNEXE V **44**

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis 2016, la simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro a été intégrée à la journée de simulations d'urgences obstétricales proposée aux étudiantes sages-femmes de 5ème année et aux internes de gynécologie-obstétrique d'Angers.

Objectifs : Recueillir les impressions et les opinions des apprenants sages-femmes par rapport à cette formation. L'objectif secondaire était d'obtenir des axes d'amélioration pour pouvoir développer cette formation dans les années ultérieures.

Matériel et méthode : cette étude qualitative a été réalisée entre le 5 décembre 2017 et le 14 février 2018 auprès de 6 sages-femmes diplômées de l'école de sage-femme d'Angers de 2016 et de 2017. Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs réalisés à la faculté de santé d'Angers, au CHU d'Angers, ou par Skype.

Résultats : Les sages-femmes ont apprécié le réalisme du scénario de la simulation notamment grâce à la présence d'une patiente simulée. Elles ont pris conscience des enjeux de l'annonce tant chez le couple, que chez le soignant, mais ne se sentent pas prêtes à annoncer seule la mort fœtale in utéro.

Discussion : La simulation à l'annonce est une méthode pédagogique plus formatrice que les cours théoriques. L'HAS préconise de développer la simulation dans le domaine de la gynécologie-obstétrique pour le DPC et de former les professionnels à l'annonce.

Conclusion : La simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro est un bon outil pédagogique pour former les sages-femmes à l'annonce. Elle pourrait être proposée à l'avenir aux professionnels de santé de gynécologie-obstétrique.

Mots-clés : Simulation - Annonce – Mort fœtale in utéro - Sage-femme

ABSTRACT

Introduction: Since 2016, the simulation at the announcement of in utero foetal death is integrated into the obstetrical emergency simulation day offered to 5th year midwife students and to junior doctors in gynaecology-obstetric from Angers.

Objectives: Collect the impressions and opinions of midwife students in relation to this training. The secondary objective was to get an improvement basis in order to further develop this training in the upcoming years.

Material and method: this qualitative study has been conducted between December 5th 2017 and February 14th 2018 with 6 midwives who graduated from the midwifery school of Angers in 2016 and 2017. The data has been collected through semi-directive interviews realized at the Angers faculty of health, at the teaching hospital of Angers and via Skype.

Results: The midwives have appreciated the realism of the simulation scenario, particularly thanks to the presence of a simulated patient. They became aware of the stake of the announcement, to the couple, and to the nursing staff, but they do not feel ready to announce alone the in utero foetal death yet.

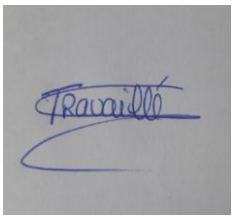
Discussion: The simulation at the announcement is a more effective teaching method than theoretical classes. The HAS recommends to develop the simulation in the field of gynaecology-obstetric for the CPD and to train professionals to the announcement.

Conclusion: The simulation to the announcement of in utero foetal death is a good teaching tool in order to train midwives to this announcement. It could be offered in the future to health gynaecology-obstetric professionals.

Keywords : Simulation – Announcement – In utero foetal death – Midwife

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) TRAVAILLE Caroline
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée 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 rapport ou mémoire.
signé par l'étudiant(e) le **30** / **04** / **2018**



Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint à tous les rapports, dossiers, mémoires.

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

université angers