2025-2026

Diplôme d'État de Sage-femme

Mémoire de fin d'études

LE VECU DES SAGES-FEMMES HOSPITALIERES DES PAYS DE LA LOIRE LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES MORTS FŒTALES IN UTERO

ELISA GUIBERT

Née le 31 décembre 2003

SOUS LA DIRECTION DE MALIKA BERNARD

ET LA CODIRECTION DE NOEMIE LEROY

Jury

Tateossian Mylène : présidente

Simmet Prost Isaline : membre

Placais Charline : membre

Boudier Sylvie : membre

Soutenu publiquement le mercredi 29 avril 2026

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

université angers


Salle
d'Echographie
SF
Thierry Guibert

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiants : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Elisa Guibert

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Guibert Elisa le 02/04/2026

REMERCIEMENTS

Je souhaite, à l'occasion de ce mémoire, remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce travail, mais aussi tout au long de mes études.

Je tiens à remercier Malika Bernard, ma directrice de mémoire, pour ses précieux conseils et son accompagnement, ainsi que Noémie Leroy, ma co-directrice, pour sa disponibilité, sa bienveillance et la justesse de ses remarques.

Je remercie chaleureusement l'équipe pédagogique de l'université d'Angers. Votre exigence et vos encouragements m'ont permis de développer des qualités essentielles pour ma pratique professionnelle. Je garde également une pensée reconnaissante pour tous les professionnels bienveillants rencontrés lors de mes stages, qui m'ont inspirée et guidée dans la construction de mon identité professionnelle.

Je remercie sincèrement les sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude. Sans la richesse de leurs témoignages, ce mémoire n'aurait tout simplement pas pu voir le jour.

Je souhaite adresser un mot tout particulier aux Mimanous et à toutes les personnes rencontrées au Bénin. Vous m'avez offert une nouvelle perspective et permis de gagner en confiance. Votre inspiration m'accompagnera durablement dans mon parcours.

À ma promotion, avec qui j'ai partagé ces années incroyables, je retiens avant tout la solidarité, la bienveillance et les nombreux souvenirs qui resteront gravés.

Lilou, Valentine, Lili, Madeleine, Amandine, Flavie, Marie et Julia, merci du fond du cœur pour votre présence tout au long de ces années. Entre les révisions, mon stress que vous avez su apaiser, et tous ces petits moments de vie partagés en dehors des études, vous avez été un soutien précieux et avez rendu ce parcours inoubliable.

Mes grands frères. Alex, merci de m'avoir guidée vers la rigueur et le sens du travail. Avec Morgan, merci de toujours croire en moi et de m'encourager. Juju merci de m'avoir transmis des valeurs telles que le respect, la bienveillance et la résilience, avec une force qui m'inspire chaque jour.

Papa, merci pour ton dessin qui illustre ce mémoire, mais aussi pour ton soutien constant tout au long de mon parcours. Ta présence discrète mais essentielle, ta bienveillance et ta confiance m'ont permis d'avancer avec sérénité.

Maman, merci pour le lien fort qui nous unit. Tu as toujours été présente dans les moments importants. Ta présence, ton écoute, ton énergie et ton amour m'ont accompagnée et soutenue dans chaque étape de ce parcours.

Merci, pour votre présence, votre patience et votre soutien indéfectible. Vous avez été un pilier essentiel dans la réalisation de ce mémoire, et j'en suis certaine, vous le serez encore pour la suite de mon parcours professionnel.

LISTE DES ABREVIATIONS

MFIU : Mort Fœtale In Utéro

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

CNGOF : Conseil National Des Gynécologues Obstétriciens

SPAMA : Soins Palliatifs et Accompagnement en Maternité

EPICES : Environnement, Perception, Invitation, Connaissance, Empathie, Stratégie et Synthèse

SPIKES : Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Strategy and Summary

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT **3**

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT **4**

REMERCIEMENTS **5**

LISTE DES ABREVIATIONS **6**

INTRODUCTION **9**

MATERIEL ET METHODE **11**

SCHEMA D'ETUDE 11
POPULATION 11
GUIDE D'ENTRETIEN 11
RECUEIL DES DONNEES 12
ANALYSE DE DONNEES 12
CONSIDERATIONS ETHIQUES 12

RESULTATS **13**

LES TEMPS MARQUANTS DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE MORT FŒTALE IN UTERO 13
L'annonce, un moment particulièrement éprouvant *13*
La confrontation à la détresse des parents *14*
L'accouchement dans un contexte de mort fœtale *15*
UNE FORTE CHARGE EMOTIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA MORT FŒTALE 15
Les émotions immédiates *15*
Les émotions liées au positionnement professionnel *16*
L'empathie dans la relation de soin *16*
Les émotions positives *17*
LES DIFFICULTES SPECIFIQUES RENCONTREES PAR LES SAGES-FEMMES 17
La confrontation au corps du fœtus *17*
L'influence du terme de la grossesse sur le vécu *17*
Le manque d'expérience en début de carrière *18*
Le contraste entre des situations opposées *18*
Des difficultés liées à une situation personnelle *19*
L'IMPACT DE LA MORT FŒTALE IN UTERO SUR LA VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE 19
Une situation intégrée à la pratique professionnelle *19*
Des accompagnements durablement marquants *19*
Des expériences formatrices *20*
Des frontières professionnelles parfois élargies dans l'accompagnement *20*
LES RESSOURCES MOBILISEES PAR LES SAGES-FEMMES 21
La formation, un pilier dans l'accompagnement *21*

Le protocole médical comme repère dans la prise en charge *21*
Le soutien des collègues et échanges au sein de l'équipe *22*
Le soutien de l'entourage personnel *22*
Un soutien extérieur peu sollicité *22*
La bonne prise en charge des parents comme ressource pour les sages-femmes *23*
Les besoins et pistes d'améliorations dans l'accompagnement des sages-femmes *24*

DISCUSSION **26**

RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE 26
FORCES DE L'ETUDE 26
LIMITES DE L'ETUDE 26
COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE 27
L'impact émotionnel de la mort fœtale in utero sur les sages-femmes *27*
La confrontation à la détresse parentale *28*
L'annonce *28*
Le paradoxe de l'accouchement dans un contexte de mort fœtale *29*
L'influence de l'expérience professionnelle *29*
Le contraste entre des situations opposéesl *30*
Le soutien des collègues *30*
Les ressources individuelles et les stratégies d'adaptation *31*
PERSPECTIVES 31

CONCLUSION **34**

ANNEXES **36**

ANNEXE 1 : AFFICHE DE RECRUTEMENT DES SAGES-FEMMES 36
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN 37
ANNEXE 3 : GRILLE EPICES 39
ANNEXE 4 : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AVEC UNE SAGE-FEMME 40

BIBLIOGRAPHIE **49**

RESUME **53**

ABSTRACT **53**

INTRODUCTION

La grossesse et la naissance sont communément associées à la vie, à la joie et à l'accomplissement d'un projet parental. Dans ce contexte, la sage-femme occupe un rôle central dans l'accompagnement des couples tout au long de ce parcours, et plus particulièrement lors de la naissance de leur enfant, moment souvent perçu comme fondateur. Néanmoins, cette représentation idéalisée peut être bouleversée par la survenue d'un événement dramatique : la mort fœtale in utero (MFIU). Dans ces situations, la sage-femme est amenée à accompagner les couples dans l'annonce du diagnostic, le vécu de la perte et l'accouchement d'un enfant décédé. (1)

L'Organisation mondiale de la santé définit la mort in utero comme le décès du fœtus survenant après 28 semaines de gestation, principalement dans un objectif de comparabilité internationale des données épidémiologiques (2). Toutefois, dans les pays à hauts revenus, dont la France, un seuil gestationnel plus précoce est retenu, permettant une meilleure prise en compte de ces situations dans les statistiques nationales.(3) En France mort fœtale correspond à l'arrêt spontané de l'activité cardiaque fœtale à partir de 14 semaines d'aménorrhées en l'absence d'expulsion du fœtus.(4)

À l'échelle mondiale, près de deux millions de morts fœtales surviennent chaque année. (2) Dans les pays à hauts revenus, la prévalence est estimée à environ 0,5 %. Le taux de mortinatalité en France reste globalement stable ces dernières années, autour de 8,8 pour 1 000 naissances (5) avec des données similaires en région Pays de la Loire.(6) Parmi ces situations, la mortalité spontanée représente une part importante des cas, distinguée des interruptions médicales de grossesse. Ces données soulignent que la mort fœtale constitue une réalité clinique non négligeable dans la pratique des professionnels de la périnatalité.(1)

En pratique, les sages-femmes sont en première ligne dans la prise en charge de ces situations. Elles peuvent être confrontées à la découverte d'une MFIU lors d'une consultation aux urgences obstétricales, à un décès survenant en cours de travail, ou encore à l'accompagnement d'un accouchement d'un fœtus décédé, ces situations, bien que non exhaustives, correspondent à celles explorées dans cette étude. Bien que le diagnostic soit confirmé par un médecin à l'aide d'examens complémentaires tels que l'échographie et le doppler, la sage-femme joue un rôle essentiel dans l'accompagnement global du couple.(7)

La mort fœtale in utero constitue un traumatisme majeur pour les parents, marqué par une détresse émotionnelle intense.(8) Si la souffrance parentale est largement reconnue et étudiée, la question du vécu des professionnels, et notamment des sages-femmes, reste moins explorée. Confrontées à leurs propres émotions tout en devant assurer un accompagnement adapté, ces professionnelles peuvent être mises en difficulté dans leur pratique.

Sur le plan étiologique, les causes de mort fœtale sont variées, dominées par les pathologies placentaires, suivies des anomalies chromosomiques, des malformations et des causes infectieuses. Les facteurs de risque identifiés incluent notamment l'âge maternel, le tabagisme, la surcharge pondérale, la primiparité, ainsi que certaines pathologies maternelles ou complications de la grossesse. Néanmoins, la survenue d'une MFIU reste souvent imprévisible, ce qui renforce la complexité de sa prise en charge.(9)

Par ailleurs, l'organisation du système de soins en France repose sur une classification des maternités en trois niveaux (types 1, 2 et 3), permettant d'adapter la prise en charge en fonction du niveau de risque obstétrical et néonatal.(10) Cette organisation implique des ressources humaines et matérielles différentes selon les structures, pouvant potentiellement influencer les conditions de prise en charge et le vécu des professionnels.

Dans ce contexte, la question du vécu des sages-femmes confrontées à ces situations se pose, notamment en lien avec la gestion de leurs émotions et leur posture professionnelle. L'objectif principal de cette étude est d'analyser le vécu des sages-femmes exposées à la prise en charge de morts fœtales in utero. Les objectifs secondaires sont d'identifier les difficultés rencontrées, d'explorer les modalités d'accompagnement mises en place par les professionnelles, et de repérer leurs besoins afin de proposer des pistes d'amélioration dans l'accompagnement des soignants.

MATERIEL ET METHODE

Schéma d'étude

Une étude qualitative descriptive multicentrique a été menée, reposant sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de sages-femmes exerçant en milieu hospitalier dans la région des Pays de la Loire. Cette approche qualitative a été choisie afin d'explorer en profondeur le vécu et les ressentis des professionnelles face à la prise en charge des morts fœtales in utero.

Les entretiens se sont déroulés entre septembre 2025 et janvier 2026. Ils ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien comportant des questions ouvertes, permettant aux participantes de s'exprimer librement tout en assurant une certaine homogénéité dans le recueil des données.

Population

La population étudiée était composée de sages-femmes hospitalières exerçant dans des établissements publics ou privés de la région des Pays de la Loire.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être titulaire du diplôme d'État de sage-femme
- Exercer en milieu hospitalier
- Avoir déjà été confrontée à au moins une prise en charge de mort fœtale in utero aux urgences obstétricales ou en salle de naissance
- Accepter de participer à l'étude

Les critères d'exclusion comprenaient :

- Les étudiantes sages-femmes
- Les sages-femmes exerçant exclusivement en libéral
- Les situations d'interruption médicale de grossesse ou d'arrêt précoce de grossesse

Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré afin d'explorer l'expérience des sages-femmes. Il était composé de questions ouvertes et de relances permettant d'approfondir les réponses.

Le guide était structuré en plusieurs parties :

- Une première partie portant sur les caractéristiques professionnelles des participantes (ancienneté, type d'exercice, parcours professionnel)
- Une deuxième partie centrée sur la description d'une situation marquante de prise en charge de mort fœtale in utero

- Une troisième partie explorant les ressentis, les émotions et les difficultés rencontrées
- Une dernière partie portant sur l'organisation institutionnelle et les dispositifs de soutien existants.

Les participantes avaient la possibilité d'ajouter tout élément qu'elles jugeaient pertinent.

Recueil des données

Le recrutement des participantes a été réalisé par diffusion d'une affiche dans plusieurs établissements de la région (Cholet, Angers, La Roche-sur-Yon et Les Sables-d'Olonne), ainsi que par envoi d'un courrier électronique aux cadres des maternités publiques et privées.

Les sages-femmes intéressées prenaient contact de manière volontaire via les coordonnées indiquées. Un recrutement complémentaire a été réalisé selon la méthode dite « boule de neige », consistant à recruter de nouvelles participantes via les contacts des premières.

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence via l'application « Teams », pour des raisons de praticité. Ils ont été enregistrés avec l'accord des participantes, pour une durée comprise entre 19 et 60 minutes, avec une moyenne d'environ 40 minutes.

Le recueil des données a été poursuivi jusqu'à saturation des données, définie par l'absence d'émergence de nouveaux éléments lors des entretiens.

Analyse de données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement puis analysés selon une méthode d'analyse thématique.

Une première lecture a permis une imprégnation du contenu, suivie d'un codage des données. Les thèmes émergents ont ensuite été regroupés en catégories, permettant d'identifier les principaux axes d'analyse en lien avec les objectifs de l'étude.

Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a été validé par le comité scientifique du CHU d'Angers le 20 janvier 2025. Le consentement des participantes a été recueilli préalablement à chaque entretien. L'anonymat a été garanti par la modification des prénoms et la suppression des enregistrements audio après retranscription.

Afin de limiter les biais, aucune participante ne faisait partie de l'entourage personnel de l'autrice de l'étude.

RESULTATS

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

Numéro d'entretien	Identité	Age	Expérience professionnelle	Lieu d'exercice	Type
1	A	27 ans	5 ans	CHU Mans	3
2	S	31 ans	8 ans	CHU Angers	3
3	S	26 ans	16 mois	CHU Mans	3
4	M	23 ans	5 mois	Clinique St Charles- La Roche sur yon	1
5	J	40 ans	17 ans	CH Château Gontier	1
6	B	34 ans	10 ans	CH Château Gontier	1
7	M	43 ans	18 ans	CH Cholet	2b
8	C	40 ans	17 ans	CH Château Gontier	1

Les temps marquants de la prise en charge d'une mort fœtale in utero

L'annonce, un moment particulièrement éprouvant

L'annonce de la mort fœtale in utero est décrite par la majorité des sages-femmes interrogées (6 sur 8) comme l'un des moments les plus difficiles de la prise en charge. Ce temps est fréquemment associé à une impression de brutalité, tant pour les parents que pour les professionnelles présentes. Bien que le diagnostic soit posé par un médecin, la sage-femme est souvent présente au moment de l'annonce et impliquée dans cet instant.

Une participante évoque ainsi : *« Parce que pour moi il y a ce côté un peu brutal de l'annonce »* (P2). Une autre précise : *« Une fois que le diagnostic est fait, la prise en charge est difficile, mais c'est encore plus difficile d'être présent au moment de l'annonce, au moment où tout bascule »* (P1).

Plusieurs sages-femmes rapportent également la difficulté d'être confrontées à la suspicion de l'absence d'activité cardiaque sans pouvoir poser le diagnostic. L'une d'elles décrit cette situation : *« En fait elle attendait que je dise quelque chose […] il y avait une espèce de forme de mensonge »* (P5).

La réaction des parents au moment de l'annonce est également décrite comme un élément marquant de cette étape. Une participante souligne : *« Dans tous les cas il y a une violence inhérente à l'annonce »* (P7).

Le vécu de ce moment peut varier selon les modalités de l'annonce et la posture du professionnel qui la réalise. Certaines sages-femmes rapportent des expériences perçues comme adaptées : *« Le gynéco avait dit […] malheureusement le cœur de notre bébé s'est arrêté de battre. Je trouvais que c'était une façon assez douce et assez réaliste en même temps »* (P1).

À l'inverse, d'autres décrivent des annonces jugées plus directes : *« Il l'a annoncé à la dame de but en blanc […] moi je suis à côté »* (P7).

Cependant, une seule manière de faire ne fait pas consensus et souligne la nécessité d'adapter le discours à chaque situation. Une sage-femme explique : *« Il va falloir être super direct […] il faut aller droit au but […] je trouve que c'est ça qui est à adapter »* (P6).

Enfin, deux participantes rapportent avoir été amenées à annoncer la nouvelle au conjoint, notamment par téléphone, ce qui a été vécu comme une situation difficile : *« Elle me dit : vous lui dites […] sauf que par téléphone […] on improvise un peu »* (P8).

Ainsi, l'annonce apparaît comme un moment central de la prise en charge, impliquant fortement les sages-femmes malgré leur rôle indirect dans la confirmation diagnostique.

La confrontation à la détresse des parents

L'ensemble des sages-femmes interrogées exprime la confrontation à la souffrance parentale comme une dimension marquante de la prise en charge des morts fœtales in utero. Les réactions décrites sont variées, allant de manifestations émotionnelles intenses à des attitudes plus silencieuses.

Les récits rapportent des réactions de détresses importantes, comme l'illustre l'une d'elles : *« La dame a hurlé et je n'ai jamais entendu quelqu'un hurler comme ça »* (P8).

La situation peut être vécue comme particulièrement difficile lorsque la patiente est seule. Une sage-femme relate : *« Elle était toute seule […] on a senti que le poids de sa souffrance était un peu sur nous »* (P4).

Plusieurs professionnelles décrivent également des différences dans leur ressenti en fonction des réactions parentales. L'expression des émotions, notamment par les pleurs, est parfois présentée comme facilitant l'accompagnement : *« C'était plus facile de les prendre en charge parce qu'ils manifestaient des émotions […] plutôt que s'ils avaient été sidérés »* (P1).

À l'inverse, l'absence de réaction ou la sidération est évoquée comme une situation plus difficile à appréhender : *« Sur une patiente qui aurait été vraiment vide d'émotion […] ça aurait été dur de l'accompagner »* (P4).

Ainsi, la confrontation à la détresse parentale constitue un élément constant de ces prises en charge, avec des modalités d'expression variées selon les situations.

L'accouchement dans un contexte de mort fœtale

L'accouchement dans un contexte de mort fœtale in utero est décrit comme un moment marquant par cinq sages-femmes sur huit. Les données recueillies illustrent le déroulement de cet événement dans un contexte particulier, marqué par l'absence de vie à la naissance.

Certaines sages-femmes soulignent la spécificité de cet accouchement, notamment dans les consignes données à la patiente : *« Le fait de demander à pousser en sachant que personne ne va crier à la sortie »* (P6).

L'ambiance en salle de naissance est également décrite comme pesante. Une participante rapporte : *« L'expulsion se fait plutôt rapidement […] elle a continué à beaucoup pleurer, c'était assez dur »* (P4).

Des situations particulières sont également évoquées, notamment lorsque les patientes expriment le souhait d'un accouchement se rapprochant d'un accouchement physiologique classique. Une sage-femme relate : *« Elle voulait un accouchement […] comme si son bébé était encore vivant […] j'ai envie de pousser sur le côté »* (P2).

Dans ce contexte, certaines professionnelles rapportent l'importance accordée à l'accompagnement de cet accouchement, comme en témoigne une réflexion rapportée : *« La dame […] devient mère à ce moment-là donc ça reste son accouchement »* (P2).

Ainsi, l'accouchement constitue un temps clé de la prise en charge, avec des modalités spécifiques liées au contexte de la mort fœtale in utero.

Une forte charge émotionnelle dans la prise en charge de la mort fœtale

Les émotions immédiates

La tristesse est une émotion fréquemment rapportée par les sages-femmes interrogées, évoquée de manière explicite dans quatre entretiens. Elle traduit l'implication émotionnelle importante des professionnelles dans ces situations.

Elle apparaît comme un ressenti prédominant dans certaines situations de prise en charge. Une participante indique ainsi : *« Le ressenti majoritaire c'était la tristesse »* (P1).

Dans certains cas, cette émotion peut être décrite comme envahissante. Une sage-femme relate : *« Je suis sortie de la salle et je me suis effondrée »* (P7).

Le stress est également mentionné par plusieurs participantes, notamment en amont ou au moment de certaines étapes de la prise en charge. Trois entretiens décrivent une appréhension liée à ces situations. Une participante rapporte : *« Quand j'ai vu la patiente, j'étais un peu stressée »* (P4).

D'autres rapportent ce ressenti lors de l'annonce, parfois associé à des manifestations physiques : *« Il y avait des réactions dans ma tête […] mon corps parlait, mon cœur s'est accéléré »* (P7).

Les émotions liées au positionnement professionnel

Un sentiment de solitude est évoqué par cinq sages-femmes sur huit. Celui-ci peut survenir à différents moments de la prise en charge, notamment lors de certaines tâches spécifiques. Une maïeuticienne affirme : *« Le sentiment le plus fréquent quand tu es sage-femme, c'est de te sentir seule »* (P5). Ce ressenti est particulièrement décrit dans certaines situations : *« Quand tu emmènes la patiente à la morgue […] tu te sens terriblement seule »* (P5).

Le sentiment d'impuissance est retrouvé dans quatre entretiens. Les sages-femmes décrivent la difficulté à agir sur la situation et à soulager la souffrance des parents. Une participante exprime : *« Tu ne pourras rien faire et quoi que tu fasses, tu ne vas pas améliorer la situation de la patiente »* (P1). Certaines évoquent des éléments pouvant accompagner ce ressenti. L'une d'elles précise : *« Je me suis rendu compte à quel point le fait d'être dans l'action […] c'est salvateur »* (P6).

La culpabilité est évoquée par plusieurs participantes, selon des modalités variées. Certains récits rapportent un sentiment de culpabilité lié au fait de ressentir des émotions dans ces situations.

L'une d'elles indique : *« J'ai culpabilisé d'être comme ça parce que ce n'était pas à moi d'être comme ça »* (P7). Une deuxième sage-femme exprime un sentiment similaire : *« Je me trouve autocentrée […] alors que concrètement c'était elle qui vivait ça »* (P5). À l'inverse, un ressenti de culpabilité lié à l'absence d'émotion est rapporté : *« Un peu coupable […] de ne pas être triste »* (P2).

L'empathie dans la relation de soin

L'empathie est décrite dans plusieurs entretiens comme un élément central de la prise en charge. Elle est explicitement mentionnée par trois participantes et transparaît dans l'ensemble des récits. Une sage-femme affirme : *« J'étais dans l'empathie »* (P7), tandis qu'une autre relate : *« Une empathie qui décuple dans ce moment-là »* (P5).

Cette empathie peut s'exprimer de différentes manières. Elle peut passer par les paroles : *« C'est difficile des fois de trouver les mots, mais on lui dit qu'elle est forte »* (P4).

Elle peut également se manifester par des gestes, notamment lors de l'annonce : *« Je lui ai touché le bras […] c'est quelque chose qui est rassurant »* (P7), ou pendant l'accouchement : *« Elle me tenait les mains pendant l'accouchement »* (P4).

Le silence est également évoqué comme une modalité d'accompagnement : *« Si vous avez envie de parler, on peut […] si vous avez envie de rien dire, on peut aussi »* (P5).

Une autre sage-femme se questionne sur ce sentiment : *« Est-ce que ce n'est pas le propre du soignant empathique que de vivre les choses par procuration […] je ne sais pas ? » (P5)*

Les émotions positives

Des émotions positives sont également rapportées par certaines sages-femmes, notamment un sentiment de gratitude lié à leur implication dans l'accompagnement. Une professionnelle exprime : *« Aussi de la gratitude […] je me suis sentie quand même assez fière de l'avoir accompagnée jusqu'au bout »* (P4).

Les sages-femmes décrivent également un sentiment d'utilité dans ces situations : *« Ce sont probablement les situations où je me suis sentie le plus utile »* (P6).

Les difficultés spécifiques rencontrées par les sages-femmes

La confrontation au corps du fœtus

La confrontation visuelle au corps du fœtus est évoquée par quatre sages-femmes sur huit comme un moment particulièrement difficile de la prise en charge. Cette confrontation survient le plus souvent au moment de l'expulsion ou lors de la découverte du corps.

Une participante souligne : *« Visuellement c'est quand même un des trucs les plus difficiles »* (P2).

Certaines sages-femmes décrivent des situations marquantes liées aux conditions de naissance. L'une d'elles rapporte : *Le corps s'est arraché et la tête est restée à l'intérieur de l'utérus »* (P7).

Un recueil de données met en évidence la crainte liée à l'intégrité du corps lors de l'expulsion : *« Ils avaient quand même très peur qu'il sorte en morceaux »* (P6).

Plusieurs sages-femmes insistent sur la dimension particulièrement marquante de ces situations sur le plan visuel. L'une d'elles décrit : *« Tu vois le bébé qui naît mort depuis plusieurs semaines […] je ne sais même pas si dans les films d'horreur tu as des trucs aussi trash »* (P6).

L'influence du terme de la grossesse sur le vécu

Cinq sages-femmes sur huit soulignent l'influence du terme de la grossesse sur leur ressenti face à la prise en charge d'une mort fœtale in utero.

Certaines participantes rapportent que les situations survenant à un terme avancé de la grossesse sont vécues comme plus difficiles. Une sage-femme indique : *« Celles qui étaient proches du terme […] j'ai trouvé ça plus dur à accompagner »* (P2).

La dimension visuelle est également évoquée dans ce contexte : *« Quand on est proche du terme, c'est plus difficile parce que c'est vraiment un bébé »* (P2).

Toutefois, plusieurs expériences nuancent cette perception en soulignant que la souffrance parentale peut être importante quel que soit le terme de la grossesse : *« J'ai trouvé ça plus dur à accompagner alors que ça ne devrait pas […] chaque couple vit [la grossesse] d'une façon différente »* (P2).

Le manque d'expérience en début de carrière

Quatre sages-femmes sur huit évoquent les difficultés rencontrées lors des premières confrontations à la mort fœtale in utero, en lien avec leur manque d'expérience.

Certains entretiens décrivent une appréhension importante au début de l'exercice professionnel. L'une d'elles rapporte : *« Au bout d'un mois de diplôme j'allais avoir ma mort fœtale toute seule »* (P4).

Le sentiment d'insécurité est également mentionné : *« Au début on se demande toujours si on va réussir à accompagner correctement les parents »* (P4).

La difficulté est décrite comme portant à la fois sur la prise en charge et sur la relation avec les parents, notamment dans le choix des mots : *« On ne sait pas toujours quoi dire, surtout quand on débute »* (P7).

Certaines sages-femmes soulignent le caractère marquant de ces premières expériences : *« Parce que c'est la première à laquelle j'ai été confrontée »* (P2).

Par ailleurs, plusieurs participantes indiquent que l'expérience et le soutien des collègues permettent progressivement de développer des repères : *« Avec les années on apprend à prendre du recul »* (P7).

Le contraste entre des situations opposées

Plusieurs maïeuticiennes mettent en lumière la difficulté liée à l'alternance entre différentes situations de soins au cours d'une même garde. Elles décrivent la nécessité de s'adapter rapidement à des contextes variés, parfois opposés.

Une participante illustre cette diversité des prises en charge : *« On a en même temps l'IVG […] la dame qui a sa MFIU […] la dame qui va accoucher […] et une fausse couche […] on n'est peut-être pas assez préparé à cela »* (P8).

Certaines sages-femmes décrivent également la nécessité d'adopter des postures professionnelles différentes selon les situations rencontrées, ce qui se traduit concrètement dans leur manière de se présenter et de communiquer auprès des patientes. L'une d'elles rapporte : *« Tu dois appliquer ton masque […] super votre bébé va bientôt naître »* (P6).

La coexistence de situations opposées au sein d'un même service est également évoquée : *« La dame qui est en salle trois […] elle va bientôt accoucher […] alors que celle d'à côté […] elle a mal à l'intérieur »* (P6).

Cette adaptation permanente est décrite comme exigeante, notamment dans un contexte d'activité soutenue : *« Il y eu beaucoup d'activités et c'était un peu plus compliqué parce que je voulais rester avec cette patiente, je sentais que le temps accordé n'était pas la hauteur de ce que j'aurais aimé faire »* (P1).

Des difficultés liées à une situation personnelle

Des récits relatent des difficultés en lien avec leur situation personnelle. Deux sages-femmes rapportent avoir été confrontées à la prise en charge d'une mort fœtale in utero alors que des professionnelles étaient elles-mêmes enceintes.

L'une d'elles décrit : *« Elle était enceinte […] je regardais que son ventre […] en me disant comment elle va faire »* (P2). Une autre précise : *« Moi j'étais enceinte […] mes collègues ont pris le relais pour l'expulsion »* (P6).

Une seconde rapporte également avoir été confrontée à la découverte d'une mort fœtale chez une collègue : *« Une des plus marquantes […] c'est la découverte de la MFIU pour une collègue »* (P8).

Enfin, certaines sages-femmes évoquent l'influence de leur propre rapport à la mort dans leur vécu de ces situations. L'une d'elles indique : *« La seule personne que j'avais vue décédée jusque-là […] c'était mon grand-père […] c'était quelque chose qui me faisait peur »* (P2).

L'impact de la mort fœtale in utero sur la vie professionnelle et personnelle

Une situation intégrée à la pratique professionnelle

La majorité des sages-femmes décrivent la mort fœtale in utero comme une situation qui, malgré sa difficulté, s'inscrit dans leur pratique professionnelle.

L'une d'elles indique : *« Finalement la mort in utero, elle fait partie de notre travail »* (P5).

Certaines participantes rapportent également la nécessité d'aborder ces situations au cours de la formation initiale des sages-femmes : *« Ça doit faire partie de la formation initiale »* (P6).

Des accompagnements durablement marquants

Bien que considérées comme faisant partie de leur pratique, les situations de mort fœtale in utero sont décrites comme particulièrement marquantes par les participantes.

Quelques sages-femmes rapportent que ces expériences peuvent réémerger lors d'autres prises en charge : *« Je suis sortie, j'étais hyper inquiète, ça me faisait penser à la première situation »* (P2).

D'autres soulignent la persistance de souvenirs à distance de l'événement : *« Tous les ans à cette date c'est compliqué, même 15 ans plus tard »* (P8).

Une participante exprime son incompréhension face à la persistance de ces souvenirs : *« Je ne comprenais pas pourquoi ça me restait comme ça »* (P2).

Des répercussions sont également décrites dans la perception d'autres situations cliniques, notamment concernant les nouveau-nés vivants. Une professionnelle raconte avoir été déstabilisée lors d'une garde en suite de naissance lors de sa prise en charge de nouveau-nés bien portants : *« Peut-être que tous les autres bébés que je vois dormir […] ça va s'arrêter »* (P2).

Sur le plan personnel, certaines sages-femmes rapportent une modification de leur regard sur leur vie familiale. Trois participantes décrivent une tendance à relativiser leur quotidien : *« Quand tu rentres […] tu vas les embrasser […] et te dire que tu as vraiment de la chance »* (P5).

Comme le résume une participante : *« Même si ça ne nous concerne pas directement, on n'en sort pas indemne »* (P2).

Des expériences formatrices

L'ensemble des sages-femmes interrogées décrit ces situations comme difficiles sur le moment, mais contributives à leur expérience professionnelle.

Une participante résume : *« Ça donne de l'expérience »* (P6).

Certaines relatent une amélioration progressive de leur capacité d'accompagnement : *« Plus je vais voir des situations comme ça, plus je vais être adaptée »* (P2).

Une jeune diplômée souligne l'effet de la première expérience sur la suite de sa pratique : *« Ça désacralise la mort fœtale […] de l'avoir vécue tôt dans le diplôme »* (P4).

D'autres participantes évoquent un impact plus global sur leur pratique, notamment dans la gestion de situations obstétricales complexes : *« Ça permet peut-être de relativiser des situations qui ne sont pas faciles »* (P7).

Des frontières professionnelles parfois élargies dans l'accompagnement

Quatre sages-femmes sur huit soulignent l'importance de la continuité dans l'accompagnement des patientes.

Des professionnelles décrivent avoir prolongé leur présence au-delà de leur temps de travail : *« J'ai décidé de continuer la garde jusqu'à ce qu'elle accouche »* (P4).

D'autres racontent que des liens se prolongent après la prise en charge hospitalière, notamment par la réception de courriers : *« Elle m'a écrit une lettre après »* (P5).

Enfin, des gestes symboliques sont décrits, témoignant de la relation construite avec les patientes et leurs familles. Une sage-femme relate : *« quand j'ai couru la course j'avais mis son prénom sur mon dossard […] les parents l'ont gardé comme souvenir »* (P8).

Certaines participantes rapportent également des rencontres en dehors du cadre professionnel : *« J'ai bu un café à l'extérieur avec une maman que j'ai accompagnée »* (P8).

Les ressources mobilisées par les sages-femmes

La formation, un pilier dans l'accompagnement

Quatre sages-femmes ont indiqué que la formation initiale constituait un socle important pour accompagner les couples confrontés à la mort fœtale in utero. Une jeune sage-femme explique : *« Je trouve que la formation des étudiants est hyper riche donc déjà ça donnait un appui. »* (P3)

Des professionnelles plus expérimentées ont également souligné l'importance de se confronter à ces situations pendant les études, lorsque les étudiants peuvent bénéficier d'un accompagnement : *« Alors c'est peut-être par rapport à mon expérience mais je trouve que ce serait plus à faire au niveau des étudiants sages-femmes… là elle serait accompagnée par la sage-femme… »* (P7)

Plusieurs participantes ont mentionné des formations continues sur le deuil, qui ont apporté des connaissances utiles, notamment sur le plan administratif, permettant de mieux gérer la charge émotionnelle : *« J'étais très contente d'avoir cette formation-là pour ce côté administratif qui m'enlevait un poids émotionnel de me dire, je vais pouvoir répondre aux gens peu importe la situation dans laquelle ils se trouvent. »* (P2)

Une sage-femme a également participé à une formation institutionnelle sur l'annonce du décès : *« On a une formation institutionnelle sur l'annonce, l'annonce du décès, c'est une formation qui est proposée par l'hôpital… qui n'est pas forcément liée que à la maternité. »* (P7)

Le protocole médical comme repère dans la prise en charge

Toutes les sages-femmes interrogées (8/8) ont mentionné le protocole médical comme une ressource facilitant la prise en charge de ces situations. Ce protocole permet de structurer les actions à mener sur le plan médical, une participante précise :*« De façon pratique, on a un protocole donc du coup tu n'as pas trop à réfléchir sur ce que tu as à faire avec ta patiente de manière médicale (…) donc ça du côté médical c'est plutôt pratique. »* (P1)

Certaines sages-femmes ont souligné que ce cadre pouvait également être un soutien dans un contexte émotionnellement chargé : *« Tu es déjà bouleversée, tu as les émotions du couple qui sont fortes. »* (P1)

Les participantes ont noté que l'aide apportée par le protocole variait selon les établissements, certains abordant plus ou moins le volet psycho-social. Elles ont insisté sur le fait que l'accompagnement psychologique ne pouvait être entièrement protocolisé : *« L'accompagnement psychologique on ne peut pas le protocoliser »* (P8)

Le soutien des collègues et échanges au sein de l'équipe

Quatre sages-femmes sur huit ont identifié le soutien des collègues comme une ressource importante dans la gestion de ces situations. Les échanges informels durant la garde permettent de partager l'expérience vécue et d'exprimer les émotions associées :*« Dès que tu sortais de la pièce (…) j'allais voir d'autres collègues. »* (P1)

Certaines participantes ont souligné l'importance de pouvoir échanger rapidement avec l'équipe : *« Il y a toujours quelqu'un dans le bureau donc tu as toujours moyen de discuter avec les collègues, dire ben enfin il s'est passé ça. »* (P3)

Le soutien des collègues peut également prendre la forme d'une entraide concrète dans la prise en charge :*« C'est un collègue qui me l'a fait. »* (P3)

Le soutien de l'entourage personnel

Toutes les sages-femmes ont mentionné leur entourage personnel comme ressource, notamment le conjoint pour trois participantes, dont deux exercent également dans le domaine de la santé : *« Je vais beaucoup en parler… avec mon conjoint… j'ai la chance que mon conjoint soit aussi dans le milieu médical, il va peut-être plus comprendre et pouvoir en discuter »* (P1)

Une sage-femme a notamment indiqué préférer discuter avec des proches qui ne sont plus concernés par la parentalité :*« Tu vois une amie qui voudrait des enfants, je n'ai pas envie de lui mettre ça dans la tête et que je crée un traumatisme pour rien, tu vois ma maman, je sais que je peux tout lui confier, et puis elle a un âge où on a plus d'enfants »* (P2)

Les amies sages-femmes restent les interlocutrices privilégiées pour la majorité des participantes : *« Mais surtout sur mes collègues et mes amis sages-femmes »* (P1)

Un soutien extérieur peu sollicité

Bien que toutes les sages-femmes aient indiqué pouvoir demander un soutien à la coordinatrice ou à la psychologue du service :*« Je sais que si je suis face à une situation difficile je suis assez à l'aise avec ma cadre et je n'hésiterai pas à lui en parler et puis on a des psychologues dans le service. »* (P7)

Aucune participante n'a eu recours à ces soutiens, estimant ne pas en ressentir le besoin : *« j'avoue que je n'en ai jamais ressenti le besoin. »* (P7)

Sept participantes ont précisé qu'aucune proposition de soutien spontané n'était faite : *« Directement comme ça il n'y a rien qui nous est proposé. »* (P4)

À Cholet, un groupe de parole ouvert aux professionnels existait pour débriefer des situations difficiles, y compris des morts fœtales. Une sage-femme a participé par curiosité, mais pas spécifiquement pour la situation vécue :*« Au départ moi j'ai intégré ce groupe de parole un peu par curiosité, pour échanger et je me souviens que j'en avais parlé du coup. »* (P7).

Trois participantes ne savaient pas quels soutiens psychologiques étaient disponibles dans leur établissement :*« Je ne sais pas ce qui serait proposé. »* (P1)

Aucune des sages-femmes interrogées n'a eu recours à un soutien psychologique extérieur en lien avec les situations de mort fœtale in utero vécues au travail.

La bonne prise en charge des parents comme ressource pour les sages-femmes

Trois sages-femmes sur huit ont indiqué que le déroulement de la prise en charge des parents influençait leur propre vécu de la situation. Lorsque l'accompagnement était apaisé pour le couple, les professionnelles décrivaient également un vécu plus serein :*« Je pense que ça va être le contact avec les couples et tu sais que ce que tu leur apportes va faire que la situation va être plus légère ensuite. »* (P1)

Les sages-femmes décrivent ces accompagnements comme porteurs de sens : *« Ce sont quand même de belles situations d'accompagnement […] tu peux apporter quelque chose de positif dans ce malheur »* (P1). Elles expliquent que, malgré leur charge émotionnelle, les situations de mort fœtale in utero ne sont pas nécessairement celles qui les mettent le plus en difficulté.

Certaines participantes ont décrit leur rôle comme un soutien pour les parents :*« J'ai l'impression d'avoir une posture de soutien ou de pilier. »* (P5)

Deux sages-femmes ont souligné que la croyance des parents pouvait constituer un élément de soutien dans l'accompagnement :*« Je crois que la chance que j'ai eu sur les deux prises en charge c'est qu'il y avait des gens qui étaient assez croyants. Et du coup c'était hyper salvateur dans l'accompagnement. »* (P6)

Le vécu des sages-femmes peut être impacté par des limites organisationnelles, comme le manque de légiste pour réaliser des autopsies, signalé par les trois participantes de Château-Gontier : *« Ça veut dire qu'elles s'engagent à ce qu'il n'y ait pas d'autopsie et ça c'est vraiment super dur pour nous à assumer en fait. »* (P5)

Ainsi, la qualité de l'accompagnement proposé aux parents, adapté à chaque couple et chaque situation, constitue un élément central dans le vécu des sages-femmes.

Les besoins et pistes d'améliorations dans l'accompagnement des sages-femmes

Plusieurs sages-femmes ont exprimé des besoins complémentaires aux ressources actuellement mobilisées, mettant en évidence des pistes d'amélioration de leur accompagnement face aux situations de mort fœtale in utero.

Plusieurs participantes suggèrent la possibilité de disposer de temps dédiés permettant d'évoquer les situations difficiles rencontrées dans leur pratique. Ces espaces ne seraient pas nécessairement systématiques, mais accessibles en fonction des besoins :*« Avoir un point où tu viens si tu en as besoin chaque semaine […] il n'est pas obligé de se tenir s'il n'y a personne. »* Ces temps d'échange pourraient concerner différents types de situations, au-delà des seules morts fœtales, incluant notamment des situations d'urgence ou des difficultés relationnelles.

Certaines sages-femmes soulignent également le risque d'isolement des professionnelles, en particulier lorsque celles-ci n'expriment pas spontanément leurs difficultés :*« Si une collègue ne l'exprime pas […] elle peut se retrouver isolée dans cette situation. »*

La possibilité de bénéficier d'un accompagnement psychologique est évoquée par certaines participantes, notamment sous la forme d'entretiens avec une psychologue formée à ces situations. Cependant, cette proposition est nuancée. Plusieurs sages-femmes expriment une préférence pour un soutien apporté par des professionnelles ayant une expérience de terrain similaire : *« Je préférerais quelqu'un qui a vécu ces situations-là […] plutôt qu'un psychologue. »* L'idée d'un accompagnement par une sage-femme expérimentée, disposant de compétences complémentaires, est également évoquée :*« Une sage-femme […] qui comprend vraiment les enjeux. »*

La formation apparaît comme un levier central d'amélioration. Plusieurs participantes insistent sur la nécessité de renforcer les apports théoriques concernant l'accompagnement du deuil, ainsi que sur l'importance d'une exposition à ces situations au cours de la formation initiale.

Plusieurs sages-femmes soulignent l'intérêt de mieux comprendre le vécu des patientes afin d'adapter leur accompagnement :*« Savoir ce qu'ils ressentent […] pour avoir les mots adaptés. »* L'acquisition de repères dans la communication et l'accompagnement est également décrite comme facilitante dans la gestion émotionnelle de ces situations.

Certaines participantes proposent la mise en place de dispositifs de soutien facilement mobilisables, sans caractère obligatoire. L'idée d'un accès à une personne ressource en cas de besoin est notamment évoquée :*« Un numéro à contacter […] si tu rencontres des difficultés. »*

Plusieurs sages-femmes soulignent les difficultés liées à l'organisation des services, notamment le manque de temps et de personnel, qui peuvent limiter la mise en place de ces pistes d'amélioration. Certaines participantes expriment des doutes quant à la faisabilité de dispositifs réguliers :*« On n'a déjà pas de réunions de base […] alors un débriefing […] ça paraît difficilement réalisable. »*

Ainsi, les propositions d'amélioration doivent s'adapter aux réalités du terrain, en tenant compte des contraintes existantes.

Enfin, les participantes mettent en évidence une variabilité des besoins selon les professionnelles. Certaines sages-femmes expriment le besoin de partager leurs expériences, tandis que d'autres indiquent ne pas ressentir la nécessité d'un accompagnement particulier.

Ces résultats présentés mettent en évidence la complexité de l'accompagnement des situations de mort fœtale in utero par les sages-femmes. À travers les différents temps de la prise en charge, les professionnelles décrivent des expériences marquées par une forte implication émotionnelle, des ajustements constants dans leur posture, ainsi que des répercussions sur leur vie professionnelle et personnelle. Elles soulignent également l'importance des ressources mobilisées, qu'elles soient institutionnelles, professionnelles ou personnelles, tout en mettant en lumière certaines limites et des besoins d'accompagnement complémentaires. Ces éléments invitent désormais à être mis en perspective avec les données de la littérature, afin de mieux comprendre les enjeux de ces situations et d'ouvrir une réflexion sur les possibilités d'amélioration de la prise en charge des sages-femmes confrontées à la mort fœtale in utero.

DISCUSSION

Résultats principaux de l'étude

Les résultats principaux de cette étude mettent en évidence que la prise en charge d'une mort fœtale in utero constitue pour les sages-femmes une expérience profondément marquante, qui peut être mise en évidence lors de différents temps clés, notamment l'annonce, la confrontation à la détresse parentale et l'accouchement. Cela se caractérise par une forte implication émotionnelle.

Cette expérience s'accompagne de difficultés spécifiques, liées à la brutalité des situations, à la confrontation visuelle à la mort et à la complexité de l'accompagnement. Pour y faire face, les sages-femmes mobilisent diverses ressources, à la fois professionnelles et personnelles, leur permettant de s'adapter à ces situations exigeantes.

Cependant, malgré l'existence de ces stratégies d'adaptation individuelles, les ressources institutionnelles apparaissent insuffisamment mobilisées : elles sont peu visibles, mal connues des professionnelles et, de ce fait, rarement sollicitées.

Forces de l'étude

La principale force de l'étude est l'approche qualitative par entretiens semi-directifs qui a permis d'explorer en profondeur le vécu des sages-femmes confrontées à la mort fœtale in utero. Elles ont pu se livrer librement sur des expériences vécues en étant guidée par la grille d'entretien.

Le cadre était libre et bienveillant ce qui mettait les professionnelles en confiance et les aidait à exprimer leurs émotions et leur vécu. Les expériences recueillies étaient diverses et variées autant sur le plan professionnel que sur le plan psycho-social.

Par ailleurs, les entretiens ont permis de recueillir des données riches et détaillées, illustrées par de nombreux verbatims, offrant une meilleure compréhension de la complexité du vécu des sages-femmes dans ces situations.

Enfin, la diversité des expériences professionnelles des participantes a permis d'obtenir des points de vue variés sur la prise en charge des morts fœtales.

Limites de l'étude

Cette étude présente tout d'abord un biais d'échantillonnage, au regard du nombre de participantes, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la profession. De plus, il existe aussi un biais d'auto-sélection, par le fait que les témoins se soient portées volontaires pour participer à l'étude. On peut donc supposer une certaine uniformité qui fausserait les données.

Il faut noter que les participantes exercent dans une zone géographique restreinte, ce qui peut limiter la transférabilité des résultats à d'autres contextes hospitaliers.

Par ailleurs, les données reposent sur des récits d'expériences passées, ce qui peut introduire un biais de mémoire.

Ensuite, on retrouve un biais de formulation, dans le sens où l'intervieweuse réalisait cet exercice pour la première fois et a pu, par son ton, ses mots, ses relances, influencer les réponses des professionnelles interrogées. Au fur et à mesure des entretiens elle construisait son expérience en laissant place aux récits des sages-femmes en suivant le cadre de la grille d'entretien.

Enfin il peut y avoir un biais de désirabilité sociale. Le fait que les entretiens étaient menés par une étudiante de la même profession ainsi qu'enregistrés et retranscrits pouvait conduire les sages-femmes à dire ce qu'il était convenable de dire et non ce qu'elles pensaient réellement. Un maximum d'entretien a été réalisé afin de varier les points de vue et de diminuer ce biais.

Comparaison avec la littérature

L'impact émotionnel de la mort fœtale in utero sur les sages-femmes

Les résultats de notre étude mettent en évidence une forte charge émotionnelle associée à la prise en charge d'une mort fœtale in utero, se traduisant par des sentiments de tristesse, de stress et d'impuissance face à la souffrance parentale. Ces résultats rejoignent les travaux de Marie-Frédérique Bacqué, qui décrit, dans le contexte du deuil, une *« charge empathique »* importante chez les soignants, particulièrement lorsqu'il s'agit de la mort d'un enfant attendu.(11) Cette implication émotionnelle, inhérente à la relation de soin, expose les professionnelles à une forme de vulnérabilité psychique.

Les recommandations professionnelles du Conseil National Des Gynécologues Obstétriciens soulignent que le soignant est lui-même confronté à ses propres émotions, qu'il convient d'exprimer avec retenue. L'indifférence professionnelle ne peut ainsi être justifiée par la posture soignante : « Il s'agit d'un juste équilibre à trouver, l'émotion du soignant est légitime mais ne doit pas altérer sa capacité à prendre en charge sa patiente. Au contraire, il est probable qu'une approche dénuée d'affect puisse majorer la détresse des parents » (10).

Dans ce contexte, différents mécanismes d'adaptation peuvent être mobilisés. Si certains participent à une mise à distance nécessaire pour préserver l'équilibre psychique du professionnel, d'autres peuvent s'avérer inadaptés lorsqu'ils entravent la relation de soin. En particulier, des attitudes telles que la fuite, l'évitement, le mensonge ou la fausse réassurance peuvent altérer la qualité de l'accompagnement proposé. Ainsi, les sages-femmes doivent continuellement ajuster leur posture, entre protection de soi et maintien d'une présence authentique et soutenante.

Enfin, il apparaît que cette charge émotionnelle ne se limite pas au temps de la prise en charge, mais peut s'inscrire dans la durée et déborder sur la sphère personnelle des soignants. Les effets négatifs

associés à ces situations peuvent persister au-delà du lieu d'exercice et être ressentis de manière prolongée, témoignant de l'impact profond de ces expériences sur les professionnelles.

La confrontation à la détresse parentale

La confrontation à la détresse parentale constitue un résultat central de notre étude, les sages-femmes décrivant une difficulté particulière face à des réactions intenses ou à la sidération.

Ces éléments font écho aux travaux de Monique Bydlowski, qui décrit la grossesse comme un état de *« transparence psychique »,* rendant la perte périnatale particulièrement violente pour les parents. Les soignants, témoins de cette souffrance, se trouvent alors confrontés à une émotion brute difficile à contenir.(12)

Par ailleurs, la notion de travail émotionnel, développée par Arlie Russell Hochschild, permet d'éclairer les résultats de notre étude : *« les sages-femmes doivent ajuster leurs propres émotions tout en accompagnant celles des parents »*. (13) Cela apparaît particulièrement complexe dans les situations de sidération évoquées par les professionnelles interrogées, également décrites dans la littérature comme déstabilisantes pour les professionnels.

Ainsi, la confrontation à la détresse parentale met en tension les compétences relationnelles des sages-femmes, les obligeant à faire preuve d'une grande capacité d'adaptation émotionnelle, dans un contexte marqué par l'incertitude et la singularité de chaque situation.

L'annonce

Les participantes ont abordé les moments de l'annonce et de la naissance comme des moments charnières et intenses émotionnellement. On retrouve cette notion dans une étude Italienne qui décrit que : *« Communiquer le diagnostic de décès a été considéré comme la tâche la plus difficile, suivie de l'aide à la rencontre avec le bébé »* (14)

En France, bien que les sages-femmes disposent d'une autonomie professionnelle encadrée par le Code de la santé publique, (15) la confirmation diagnostique d'une mort fœtale relève le plus souvent de la responsabilité médicale. Ainsi, l'annonce officielle est généralement réalisée par un médecin, le plus souvent un gynécologue-obstétricien. Toutefois, dans la pratique clinique, les sages-femmes peuvent être directement impliquées dans cette annonce, notamment lorsqu'elles sont en première ligne lors de la réalisation d'examens ou en situation d'urgence. Les recommandations du CNGOF et de la Haute Autorité de Santé soulignent l'importance d'une annonce progressive, claire et empreinte d'empathie, ainsi que la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire. (4) Dans ce contexte, la sage-femme occupe une place centrale dans le soutien des parents, assurant une continuité relationnelle essentielle. Les dernières recommandations du collège nationale des gynécologues obstétriciens disent : « *Il n'existe pas de donnée qui permette de recommander quel type de professionnel (médecin, sage-femme) peut faire l'annonce. »* (4)

Cependant les sages-femmes interrogées disent ne pas avoir le droit d'annoncer une mort fœtale in utero. Cette réalité de terrain met en évidence un certain flou dans la répartition des rôles, pouvant exposer les sages-femmes à une charge émotionnelle, une insécurité importante et interroger leur sentiment de légitimité dans l'annonce de situations aussi critiques.

Le paradoxe de l'accouchement dans un contexte de mort fœtale

Par ailleurs, les participantes décrivent un décalage entre le processus d'accouchement, inscrit dans une dynamique physiologique habituellement orientée vers la naissance et la vie, et la réalité de la mort fœtale. Si l'accompagnement de la mort fait partie intégrante du rôle de la sage-femme, le paradoxe réside ici dans le fait que celle-ci survient au sein d'un processus corporel et médical conçu pour donner la vie.

Ce paradoxe peut être éclairé par les travaux de Françoise Molénat, qui souligne l'intensité des enjeux psychiques en période périnatale. En effet, la naissance constitue un moment de transformation profonde pour les parents comme pour les professionnels, marqué par un investissement affectif et symbolique important. Comme le rappelle le Plan périnatalité inspiré de ses travaux, cette période nécessite une attention particulière aux dimensions émotionnelles et relationnelles, celles-ci influençant directement le lien attendu entre parents et enfant.(16) Dès lors, lorsque survient une mort fœtale, cette dynamique est brutalement interrompue, créant un écart entre les représentations liées à la naissance et la réalité vécue. Ce décalage vient heurter les repères habituels du soin en maternité, habituellement orientés vers la vie, ce qui contribue au malaise exprimé par les sages-femmes. Ce décalage peut être source de dissonance émotionnelle pour les professionnelles.

Cependant, les résultats de notre étude montrent que certaines sages-femmes parviennent à dépasser ce paradoxe en recentrant leur accompagnement sur les parents, en reconnaissant notamment la dimension symbolique de l'accouchement, indépendamment de l'issue vitale. Cette capacité d'ajustement témoigne de la mobilisation de compétences relationnelles et d'une adaptation de la posture professionnelle, permettant de redonner du sens à la prise en charge malgré le contexte de perte. Cette approche s'inscrit dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé, qui préconise que : *« la prise en charge doit être individualisée, respectueuse des souhaits des parents et de leur vécu, en tenant compte de leurs besoins psychologiques et émotionnels ».* (17)

L'influence de l'expérience professionnelle

Les résultats de notre étude suggèrent que les premières confrontations à la mort fœtale sont particulièrement marquantes. Cela rejoint les travaux de Claude Dubar, pour qui *« l'identité professionnelle se construit au fil des socialisations et des expériences vécues tout au long de la trajectoire »(18)*, en particulier lors de situations marquantes qui viennent reconfigurer les repères des professionnels.

Dans nos entretiens, cette dimension est particulièrement saillante. Plusieurs participantes évoquent le caractère durablement marquant de leur première confrontation à une mort fœtale : « *c'est une situation tellement dure.* (P1), ou encore *« cette histoire-là elle me reste »* (P2). Ces propos illustrent la manière dont ces expériences s'inscrivent dans la mémoire professionnelle et participent à structurer les représentations du métier.

Dans le contexte spécifique de la mort fœtale in utero, ces premières confrontations prennent une dimension singulière, car elles viennent heurter les attentes initiales liées à la profession, souvent centrées sur la vie et la naissance.

Le contraste entre des situations opposées

Les sages-femmes mettent en lumière la difficulté de passer rapidement d'une situation de deuil à une naissance, soulignant la violence de cette alternance émotionnelle. Cette réalité est décrite dans la littérature récente sur le deuil périnatal, qui rappelle que les maternités sont avant tout des « lieux de vie », au sein desquels l'accompagnement de situations de perte constitue une rupture majeure dans la dynamique habituelle du soin.(19) Cette coexistence de situations opposées confronte les professionnelles à des exigences émotionnelles particulièrement intenses, les obligeant à ajuster en permanence leur posture entre soutien au deuil et accompagnement de la naissance.

Le soutien des collègues

Dans notre étude, le soutien des collègues apparaît comme une ressource centrale, permettant aux sages-femmes de partager leur vécu et de débriefer les situations difficiles. Ce soutien informel semble jouer un rôle essentiel dans la régulation émotionnelle. Il s'inscrit également dans une relation aux pairs pouvant avoir une fonction rassurante, certains professionnels pouvant avoir le sentiment d'être mieux compris par ceux qui vivent des situations similaires, comme une forme de reconnaissance implicite de l'expérience partagée. Dans plusieurs travaux de recherche cela est expliqué par : *« la conviction que l'autre le comprendra aisément du fait même de son habitude de situations ou d'épreuves similaires. »* (20)

Ces résultats s'inscrivent dans les travaux de Christophe Dejours, pour qui : *« la psychodynamique du travail met l'accent sur les dynamiques intra et intersubjectives qui se jouent dans les rapports sociaux que les travailleurs entretiennent avec leur travail, et c'est dans ces échanges que se construisent régulations, significations et mouvements défensifs face aux contraintes organisationnelles. »*(20)

Dans le champ périnatal, plusieurs études confirment que les temps d'échange, formels ou informels, constituent un facteur protecteur majeur face à la charge émotionnelle liée au deuil périnatal. (21) Toutefois, nos résultats montrent que ce soutien repose principalement sur des échanges informels,

ce qui peut en limiter l'efficacité. La littérature souligne en effet l'intérêt de dispositifs plus structurés, tels que les groupes de parole ou les débriefings systématiques, permettant une élaboration plus approfondie du vécu professionnel.(22)

Les ressources individuelles et les stratégies d'adaptation

Ainsi, les stratégies individuelles, lorsqu'elles sont conscientes, diversifiées et régulièrement mises en pratique, constituent une ressource essentielle pour maintenir l'équilibre émotionnel et l'efficacité professionnelle. Toutefois, ces stratégies reposent essentiellement sur les individus, ce qui peut en limiter la pérennité et l'efficacité à long terme.

Dans cette perspective, les résultats de notre étude permettent également de nuancer la perception de la difficulté des situations rencontrées. Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, les situations de mort fœtale in utero ne sont pas systématiquement perçues par les sages-femmes comme les plus difficiles de leur pratique. Certaines participantes rapportent en effet que d'autres contextes, notamment les situations d'urgence vitale ou celles impliquant une réanimation maternelle ou néonatale, peuvent générer une charge émotionnelle plus intense.

Ce résultat met en évidence la complexité du vécu professionnel, qui ne dépend pas uniquement de la nature de l'événement, mais également du contexte de prise en charge, du sentiment de maîtrise de la situation et de la possibilité d'agir. En effet, selon le modèle du coping développé par Richard S. Lazarus et Susan Folkman, le stress ressenti dépend en grande partie de l'évaluation cognitive de la situation, notamment en termes de contrôle perçu et de ressources mobilisables. (23)

Dans le cas de la mort fœtale in utero, bien que la dimension émotionnelle soit particulièrement marquée, certaines sages-femmes décrivent un cadre d'accompagnement plus « contenu », dans lequel elles peuvent mobiliser pleinement leurs compétences relationnelles. À l'inverse, les situations d'urgence, souvent imprévisibles et marquées par un enjeu vital immédiat, peuvent générer un sentiment de perte de contrôle plus important. Ainsi, une situation objectivement dramatique peut être vécue comme moins éprouvante qu'une situation imprévisible dans laquelle le professionnel se sent démuni.

Ces éléments suggèrent que la difficulté d'une situation ne repose pas uniquement sur sa gravité intrinsèque, mais sur l'équilibre entre charge émotionnelle, capacité d'action et repères professionnels disponibles.

Perspectives

Les résultats de cette étude permettent d'identifier plusieurs pistes d'amélioration pour la prise en charge des morts fœtales in utero.

Tout d'abord, le renforcement de la formation initiale et continue des sages-femmes sur l'accompagnement du deuil périnatal apparaît comme un enjeu majeur. Une meilleure préparation des étudiants pourrait permettre de réduire l'impact émotionnel des premières confrontations à ces situations. La simulation à l'annonce de mort fœtale in utéro est un bon outil pédagogique pour former les sages-femmes.

Dans cet optique, certaines participantes évoquent l'importance d'intégrer les étudiants sages-femmes dans la prise en charge de ces situations durant leurs stages, s'ils sont prêts, afin de leur permettre de développer progressivement les compétences nécessaires à cet accompagnement lorsqu'ils ont encore la possibilité d'être encadrés.

Le protocole médical apparaît également comme une ressource essentielle, mobilisée par l'ensemble des sages-femmes. Il semble donc nécessaire que celui-ci soit régulièrement actualisé au sein des établissements.

La formation continue constitue enfin un levier important, permettant aux professionnelles de rester au fait des recommandations, mais aussi d'échanger entre pairs sur les pratiques et les modalités d'accompagnement des patientes.

Dans cette dynamique, des ressources extérieures peuvent également être mobilisées. Les associations Petite Emilie et SPAMA proposent notamment des formations reposant sur l'intervention conjointe d'un parent et d'un professionnel de santé. Ce format apparaît particulièrement pertinent au regard des résultats de notre étude. En effet, certaines participantes expriment le besoin de mieux comprendre le vécu des parents afin d'ajuster leur accompagnement, soulignant que cette compréhension leur permettrait de se sentir plus légitimes et de diminuer leur charge émotionnelle. Le croisement entre savoir expérientiel et savoir professionnel, proposé dans ces formations semble ainsi répondre directement à ces attentes, en offrant à la fois des repères concrets, des « phrases clés » et une meilleure appréhension des besoins parentaux.

Ensuite, la mise en place d'espaces d'échange ou de débriefing au sein des équipes pourrait permettre aux professionnels de partager leur vécu et de prévenir l'épuisement émotionnel. La création d'une cellule ressource identifiée, pouvant être sollicitée en cas de situations difficiles, constituerait un appui pour les sages-femmes. Ce dispositif gagnerait à ne pas se limiter aux situations de mort fœtale in utero, mais à s'étendre à l'ensemble des situations émotionnellement éprouvantes. Par ailleurs, il apparaît essentiel que toutes les sages-femmes soient informées des possibilités existantes pour débriefer ces situations.

Concernant l'annonce de la mort fœtale in utero, il apparaît nécessaire de mieux encadrer les pratiques afin de limiter le flou ressenti par les sages-femmes. En l'absence de désignation explicite du professionnel en charge dans le Code de la santé publique, des protocoles locaux pourraient être élaborés pour clarifier les rôles, tout en respectant l'organisation propre à chaque service. Selon les

recommandations du CNGOF, il pourrait être intéressant d'utiliser la grille EPICES. Cette grille est une adaptation du modèle SPIKES développé par l'oncologiste Buckman dans les années 90, pour l'annonce de mauvaises nouvelles (24). Il serait pertinent que les sages-femmes puissent se l'approprier, et envisager la création d'une version adaptée à la périnatalité, spécifiquement centrée sur l'accompagnement des situations de mort fœtale et de deuil périnatal.

Le développement de formations spécifiques à l'annonce des situations graves en pluridisciplinarité constituerait un levier essentiel pour renforcer les compétences et le sentiment de légitimité des professionnelles impliquées.

Ces résultats mettent en évidence un enjeu central qui dépasse la seule organisation des ressources : celui de la reconnaissance du travail émotionnel des sages-femmes comme une composante à part entière du soin. En effet, l'accompagnement du deuil périnatal ne repose pas uniquement sur des compétences techniques, mais mobilise une implication émotionnelle forte, encore insuffisamment reconnue et encadrée sur le plan institutionnel.

Dans cette perspective, l'intégration de dispositifs structurés, tels que des formations expérientielles, des espaces d'élaboration collective ou des temps de supervision, apparaît essentielle. Elle permettrait non seulement de soutenir les professionnels, mais aussi de faire évoluer les pratiques vers une approche plus globale du soin, intégrant pleinement les dimensions relationnelles et émotionnelles. Toutefois, la mise en place de ces dispositifs reste étroitement dépendante des ressources propres aux établissements, qu'elles soient humaines, organisationnelles ou financières, ainsi que du type de maternité. En effet, les maternités de niveaux différents ou disposant de moyens plus limités peuvent rencontrer davantage de difficultés à instaurer ces espaces formalisés, ce qui peut accentuer les inégalités dans l'accompagnement des soignants face à ces situations complexes.

Ainsi, l'enjeu ne serait plus seulement d'aider les sages-femmes à "faire face", mais de reconnaître et de valoriser cette dimension du travail, afin d'améliorer durablement la qualité des soins et la santé des professionnels. Cette reconnaissance constitue un enjeu majeur pour l'évolution des pratiques en périnatalité.

CONCLUSION

Ce travail de recherche s'est attaché à explorer le vécu des sages-femmes hospitalières confrontées à la prise en charge des morts fœtales in utero, dans un contexte où la naissance, habituellement associée à la vie, se trouve brutalement confrontée à l'accompagnement de la mort. Les résultats mettent en évidence que ces situations constituent des expériences profondément marquantes, structurées autour de temps clés tels que l'annonce, la confrontation à la détresse parentale et l'accouchement, et caractérisées par une forte implication émotionnelle.

Au-delà de leur intensité, ces prises en charge révèlent des mécanismes complexes d'enjeux relationnels. La sage-femme y occupe une position singulière, à l'interface entre accompagnement technique et soutien émotionnel, dans une relation de soin marquée par l'incertitude, la singularité des situations et la violence symbolique de la perte. L'ajustement de la posture professionnelle apparaît alors comme un processus dynamique, nécessitant de composer en permanence avec les réactions parentales, qu'elles soient fortement exprimées ou au contraire marquées par la sidération, souvent plus déstabilisante pour les professionnelles.

Ces situations mettent également en lumière un équilibre subtil entre forces et fragilités. Les sages-femmes mobilisent de nombreuses ressources : formation, protocoles, soutien des pairs, expérience qui constituent des repères essentiels dans la prise en charge. Toutefois, ces appuis coexistent avec des limites, notamment liées à la confrontation visuelle au corps du fœtus, au manque d'expérience en début de carrière ou encore à la faible mobilisation des dispositifs de soutiens institutionnels.

L'enjeu ne réside pas tant dans l'absence de ressources que dans la capacité à les articuler entre elles, afin de soutenir une pratique à la fois sécurisante sur le plan technique et ajustée sur le plan relationnel.

Par ailleurs, la place centrale des manifestations émotionnelles, qu'elles soient exprimées ou tues, apparaît comme un élément fondamental de ces accompagnements. Les sages-femmes décrivent une co-présence émotionnelle avec les parents, marquée par des sentiments de tristesse, d'impuissance mais aussi, parfois, de gratification et de sentiment d'utilité.

Dans ce contexte, elles mobilisent différents mécanismes de défenses psychiques, permettant une mise à distance nécessaire face à la charge émotionnelle. Cependant, lorsque ces mécanismes deviennent trop rigides, ils peuvent entraver la relation de soin, soulignant la nécessité d'un ajustement constant entre implication et protection de soi.

Des mécanismes d'identification peuvent également participer à cette dynamique, favorisant possiblement l'empathie et la compréhension de l'autre, tout en exposant les professionnelles à des

résonances personnelles susceptibles d'intensifier leur vécu. Ces processus témoignent de l'engagement subjectif inhérent à la relation de soin en périnatalité, et contribuent à la complexité de ces situations.

Ainsi, ce travail met en évidence que l'accompagnement des morts fœtales in utero ne peut être réduit à une dimension technique. Il repose sur une capacité d'ajustement psychique et relationnel, mobilisant des compétences souvent implicites et encore insuffisamment reconnues. La reconnaissance du travail émotionnel comme composante à part entière du soin apparaît dès lors comme un enjeu central, nécessitant le développement de dispositifs structurés de formation, de soutien et d'élaboration collective.

Dans cette perspective, il semblerait pertinent d'approfondir l'analyse de la co-expérience émotionnelle entre parents et soignants, afin de mieux comprendre les interactions qui se jouent au cœur de la relation de soin.

ANNEXES

Annexe 1 : Affiche de recrutement des sages-femmes



Annexe 2 : Guide d'entretien

Parcours professionnel

- En quelques mots, pouvez-vous vous présenter ?
- Quel âge avez-vous ?
- Depuis quand êtes-vous diplômée ?
- Dans quels services avez-vous exercé (SDN, urgences, autres) ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans votre service actuel ?

Description d'une situation

Pouvez-vous me raconter une situation d'accompagnement de MFIU aux urgences ou en salle de naissance ?

- À quel moment de votre carrière cette situation s'est-elle produite ?
- Dans quel service étiez-vous ? Quelle était l'ambiance ou la charge de travail ce jour-là ?
- Quelle était votre place ou votre rôle dans l'équipe à ce moment-là ?
- Quel était le terme de la grossesse ?
- Comment la MFIU a-t-elle été découverte et annoncée ?
- Comment se sont passées les premières étapes de la prise en charge (annonce, accueil du couple, organisation de l'accompagnement) ?
- Comment s'est déroulé l'accompagnement (accouchement, relation avec le couple, interactions avec l'équipe) ?
- Les parents ont-ils souhaité voir leur enfant ? Réaliser des souvenirs (empreintes, photos, etc.) ?

Analyse de la situation

- Pourquoi avoir choisi cette situation particulièrement ?
- Quels facteurs ont pu être aidants dans cette situation ? Des ressources sur lesquelles vous avez pu vous appuyer ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans cette prise en charge ?
  Avez-vous rencontré des difficultés similaires lors d'autres accompagnements de MFIU
- Existe-t-il un protocole dans votre service ?

- Si oui, l'avez-vous trouvé aidant ?

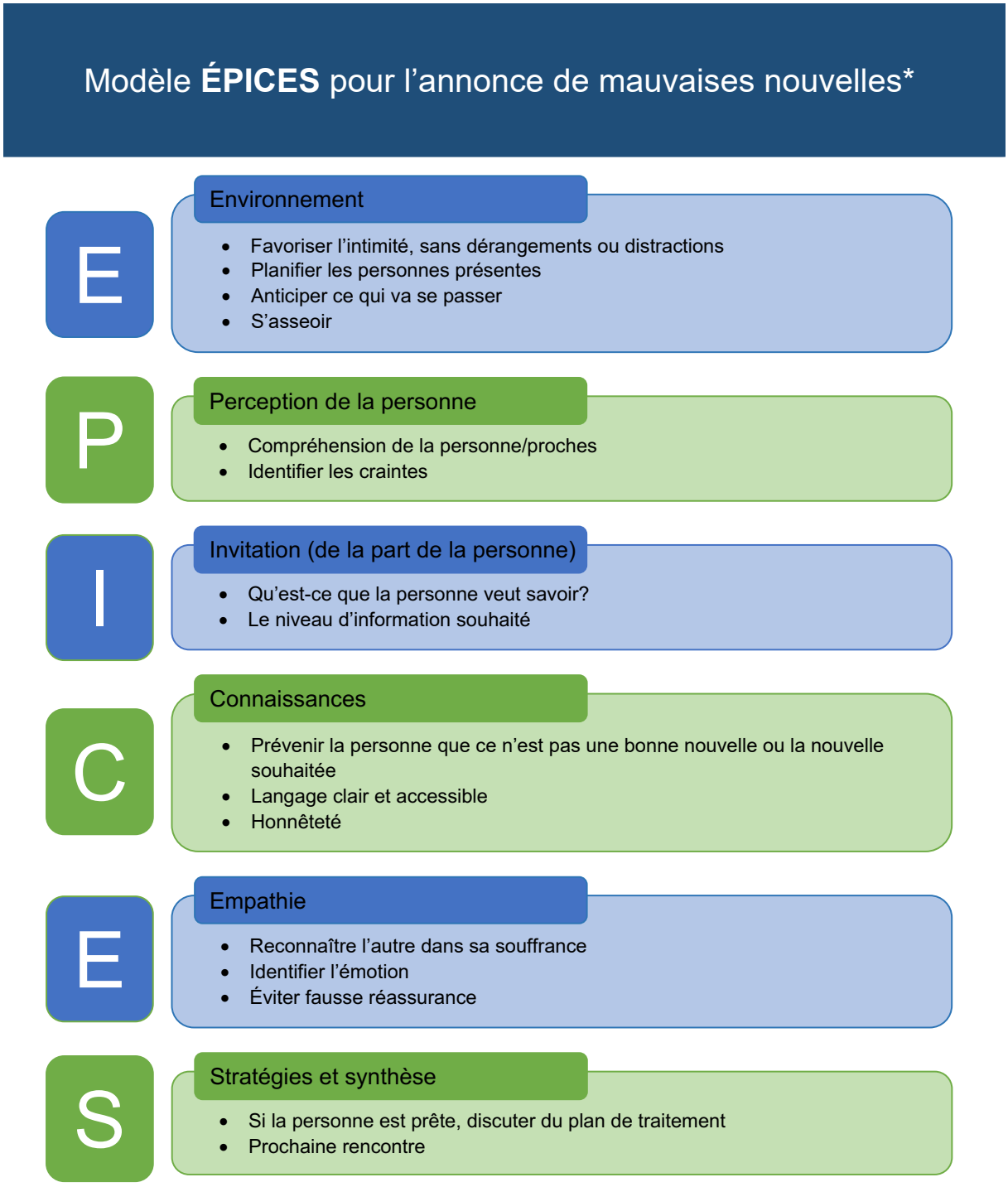
Ressenti personnel et émotionnel

- Quels ressentis avez-vous éprouvés pendant cette situation ?
- Et après coup, avec du recul ?
- Dans quelle mesure l'état émotionnel du couple/famille a-t-il influencé votre façon d'accompagner ?
- Dans quelle mesure ces situations ont-elles un impact positif ou négatif sur votre vie professionnelle ?
- Et sur votre vie personnelle ?
    - De quel type de répercussion s'agit-il ?
    - Selon vous, qu'est-ce qui explique ces répercussions ?
    - Comment gérez-vous ces répercussions au sein de votre vie ?
- Quelles ressources ou stratégies mobilisez-vous pour y faire face ?
    - Appui auprès des collègues ?
    - Débriefings formels ou informels ?
    - Posture particulière auprès des familles ?

Organisation

- Comment percevez-vous la prise en charge actuelle des MFIU dans votre établissement ?
- Quelles ressources vous sont proposées ?
    - Débriefings collectifs ou individuels ? Groupes de parole ? Formels, informels, ponctuels ?
    - Documents de référence ?
    - Formations spécifiques ?
    - Suivi psychologique ?
- Avez-vous déjà eu recours à un soutien extérieur ?
- Selon vous, quelles pistes pourraient améliorer l'accompagnement des sages-femmes face à ces situations difficiles ?
- Souhaitez-vous ajouter d'autres éléments ou remarques ?

Annexe 3 : Grille EPICES



***Ce modèle est une adaptation du modèle SPIKES développé par l'oncologiste Buckman dans les années 90. Il a été jugé utile par les cliniciens**

Buckmann, R. (2000), SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer, *The Oncologist* 2000; 5:302-311.

Teike Luthi,F., Cantin, B. (2011). Annonce de mauvaises nouvelles : une pointe d'ÉPICES dans l'apprentissage. *Revue Médicale Suisse. 12 janvier*, 85-87.

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Québec

Annexe 4 : Entretien semi-directif avec une sage-femme

Lieu : Visioconférence ; application « Teams »

Date : 14 novembre 2025

Durée : 35 minutes

Nom virtuel : Mme M, Sage-femme diplômée en 2025 exerçant à la clinique Saint Charles-La Roche sur Yon

Âge : 23 ans

Intervieweuse : Elisa Guibert, étudiante sage-femme

Question : « Est-ce que tu peux te présenter professionnellement en quelques mots ? »

Réponse : « Oui, alors je suis diplômée de l'école de Reims, donc de juin 2025. Et en stage pré-pro, j'avais fait tout mon stage en salle de naissance et en maternité à la clinique Saint Charles à la Roche. Et en fait ils m'ont proposé un CDD du coup à la suite de mon diplôme qui s'est transformé en CDI. Là, début octobre, donc j'ai toujours été à la clinique. »

Question : « Tu es en salle de naissance et suite de naissance ? Tu fais un peu tous les services ? »

Réponse : « Oui c'est les deux c'est, bon là on fait un peu plus de salles mais parce que on était encore en CDD, donc on avait plus de garde de salles, mais sinon c'est plutôt bien c'est réparti. »

Question : « Et tu as quel âge ? »

Réponse : « 23 ans. »

Question : « Est-ce que tu pourrais me raconter une situation d'accompagnement de mort fœtale que tu as suivi soit aux urgences, soit en salle de naissance ? »

Réponse : « Alors c'était début août donc de cette année, j'étais diplômée depuis un mois à peu près. Et j'arrive un matin, et j'ai vu les boîtes de souvenirs de mort fœtale, donc je savais très bien ; c'est qu'il y en avait une qui allait arriver ou qui était déjà là. Et donc ma collègue que je relève m'explique que c'est une dame, qui était le jour de ma garde, à 23 semaines et trois jours. Qui était venue deux jours auparavant pour diminution de MAF, et donc il n'y avait plus d'activité cardiaque. Donc elle devait revenir le matin, je pense qu'elle est arrivée sur les coups de 7h30 pour sa prise en charge en salle de naissance, pour qu'on l'accompagne jusqu'à l'accouchement.

Et bien ce n'était pas, enfin, je n'étais pas vraiment contente de me dire qu'au bout d'un mois de diplôme j'allais avoir ma mort fœtale toute seule. J'en avais déjà eu au CHU, mais c'était accompagné. Enfin on était quand même plutôt bien protégés et on n'était jamais allés jusqu'à l'expulsion. En général, les expulsions, c'était plus avec la relève de nuit. Donc je les avais suivies sur la journée, mais pas forcément jusqu'à l'expulsion.

Et c'était un cas psychologique, particulier, parce que la dame était toute seule, c'était un papa qui n'avait pas voulu reconnaître l'enfant. Elle était toute seule, du coup, ça aurait dû être un deuxième enfant. Il me semble que sa première avait quelque chose comme quatre ans ou cinq ans, et elle avait peu de famille proche, il y avait sa maman et sa meilleure amie et c'est tout. C'était sa maman qui gardait sa première, et sa meilleure amie, ne se sentait pas capable d'être présente en salle. Donc se posait la question de qui allait l'accompagner ? Jusqu'à quel point ? Donc on l'a accueillie avec ma collègue auxiliaire. Et ben tout de suite, elle s'est mise à pleurer, c'est un peu difficile à gérer, surtout qu'elle ne nous connaît pas encore. On l'a déjà accompagnée dans sa chambre, on l'a bilantée. Enfin tout ce qu'il fallait faire avant qu'elle rentre en salle.

Et après, une fois qu'on a eu les conduites à tenir du gynéco, on l'a passée en salle de naissance pour avoir sa péridurale avant de commencer le déclenchement pour qu'elle soit bien soulagée et que ça ne soit pas ça en plus. Et on a été beaucoup, beaucoup, beaucoup avec elle. On a refusé un déclenchement qui devait être fait le même jour, je ne sais plus pour quelle raison, mais c'était un déclenchement qui pouvait être décalé. Pour essayer d'avoir vraiment qu'elle, si possible, en salle, ce qui a été le cas parce que dans la journée on n'a même pas eu de consultations donc on a pu la prendre en charge vraiment de A à Z. On a été à 100 % avec elle, on a beaucoup, beaucoup discuté. Ça a été très très long aussi à se mettre en route, les contractions, tout ça c'était vraiment compliqué. Et je pense qu'on a dû passer un bon trois quarts de la journée dans la salle avec elle, elle ne voulait vraiment quasiment jamais rester toute seule.

Et s'est posée la question en fin de journée aux alentours de 15 heures, je dirais, de qui allait être là pour l'expulsion ? Et elle ne savait pas trop encore, elle hésitait. Est-ce qu'elle faisait un échange de garde entre sa maman et sa meilleure amie ? Pour que ça soit du coup la meilleure amie qui garde sa première et que sa maman puisse être là, mais ça voulait dire que logistiquement parlant, fallait que ça se passe rapidement. Ou est-ce qu'elle se sentait capable de le faire toute seule ? Donc on lui a laissé la possibilité de réfléchir et aux alentours de 17 heures, elle nous a dit qu'elle préférait être toute seule finalement. Elle se sentait bien, c'est avec l'équipe et que pour elle c'était ok de faire ça avec nous, sauf qu'il était déjà 17 heures et que le col ne bougeait pas trop, je pense que j'avais un col à un doigt large, je crois, c'était un peu compliqué. Donc on a demandé de l'aide par téléphone à une de nos collègues qui fait de l'acupuncture, qui n'était pas présente dans l'établissement, mais qui nous a répondu rapidement pour qu'elle puisse nous donner des points d'acupuncture pour essayer de faire avancer le travail. Et on lui a posé ses points vers 18 heures quelque chose comme ça, et nous, on quitte notre garde à 19h30. Et donc à ouais, je pense qu'à 19 heures, quand je voyais que ça ne bougeait toujours pas, j'ai décidé de continuer la garde jusqu'à ce qu'elle accouche. Et donc de faire quand même un relais avec la collègue de nuit, puisque que si ça durait jusqu'à 1h du matin, je serais partie, mais jusqu'à un certain point, j'étais capable de rester.

Et donc, 19h30, la relève arrive, avec ma collègue qui t'avait déjà répondu. Et le col avait un peu bougé, on était à 6 cm, quelque chose comme ça donc il ne manquait pas grand-chose pour que ça lâche. Donc avec ma collègue, on a pris le relais toutes les deux, donc l'auxiliaire de jour est partie et l'auxiliaire de nuit n'a pas participé. Donc on est restées toutes les deux dans la salle avec elle. Et de 19h30 jusqu'à, je pense 22 heures, on est restées avec elle dans la chambre à discuter. Elle, elle n'avait pas forcément peur du après, enfin sur le coup, mais ce qu'elle ne voulait pas, c'était l'expulsion. Donc forcément on allait y venir à un moment donné, donc on a beaucoup discuté. Elle savait qu'elle préférait ne pas être toute seule lors de l'expulsion, donc on lui avait dit qu'on resterait de toute façon jusqu'au bout, que si elle sentait quelque chose qui se modifiait, il fallait qu'elle nous appelle tout de suite. Et elle s'est mise à beaucoup bailler, à être fatiguée donc on lui a dit bon ça fait déjà presque deux heures qu'on est avec vous dans la chambre, on va vous laisser un peu vous reposer. Et à peine arrivées dans le bureau, elle nous a rappelé et en fait la tête était sortie donc du coup c'est ma collègue qui a mis les mains pour faire l'accouchement et moi elle, elle me tenait les mains pendant l'accouchement.

Donc elle faisait que de pleurer, et donc c'est difficile, des fois, de trouver les mots, mais on lui dit qu'elle est forte et que, ça va bien se passer, qu'elle est en bonne santé, que l'expulsion est bientôt finie, qu'on va après faire en sorte de faire des belles photos, de lui présenter l'enfant, si elle le souhaite. Donc l'expulsion se fait plutôt rapidement. Le bébé est né dans sa poche. Et donc après, ma collègue est partie faire toutes les photos nécessaires et moi je suis restée avec elle jusqu'à la délivrance. Donc elle a, enfin, continué à beaucoup pleurer, c'était assez dur, mais elle était à la fois très contente de nous avoir eu toute la journée et d'avoir eu la même équipe. Donc ça l'a beaucoup touchée de ne pas avoir eu de changement d'équipe en fait ou d'avoir eu un changement d'équipe, mais partiel parce que j'étais toujours là et que je l'avais suivie depuis 7h30 et qu'au final la naissance, je pense que c'était 22h05 quelque chose comme ça. Donc elle était quand même contente d'avoir eu la même équipe et elle n'a pas souhaité voir l'enfant. Ni avoir forcément de souvenir, donc nous, on a quand même rempli la boîte avec de belles photos. Les photos qu'on peut montrer aux parents facilement : donc les mains, les pieds pas forcément enfin le visage, mais un peu tourné parce que les yeux un peu ouverts, la bouche pas très bien formée et ouverte donc un visage qui n'est pas forcément très beau à montrer aux parents.

Question : « La patiente a voulu voir les photos des mains des pieds ou pas du tout ? »

Réponse : « Elle n'a pas voulu sur le moment. Par contre dans la boîte souvenir qu'on lui a donné donc avec les empreintes, l'heure de naissance, enfin le petit carton prénom. Je lui ai glissé sous les papiers d'informations, je lui avais dit que je lui glisserais parce que comme on n'avait pas encore de référente cadre à l'époque. On ne savait pas si dans les archives toutes les photos, en tout cas jolies qui avaient été imprimées, pourraient rester. Donc on lui a demandé si elle était d'accord qu'on les mette en dessous pour qu'elle puisse quand elle ouvre la boîte, ne pas les voir. Mais en tout cas savoir

qu'elles sont là. Donc ça, elle était d'accord avec ça et puis elle est retournée après dans sa chambre. Moi je suis partie avant qu'elle rentre dans sa chambre mais c'était moi le lendemain. Donc ça a quand même encore fait un lien et à côté de ça après elle a remis une lettre pour ma collègue, moi et l'auxiliaire de jour. Dans laquelle, elle nous remerciait d'avoir été là toute la journée, que ça avait été bénéfique pour elle. Et qu'elle n'aurait pas, entre guillemets, aussi bien vécu l'expulsion que si on n'avait pas été, tout le temps-là, empathique, enfin à prendre soin d'elle. Donc voilà, et après, elle est rentrée chez elle avec sa maman, on a eu quelques nouvelles après, quand elle est rentrée chez elle parce qu'on a reçu l'acte de naissance, enfin l'acte d'enfant né sans vie, donc savoir si elle voulait venir le récupérer ou si elle préférait qu'on lui envoie par la poste. Pour qu'elle ne soit pas surprise d'avoir un courrier de la clinique et de tomber directement sur le certificat, on a eu quelques nouvelles avec ça, où elle avait déjà entamé un suivi psychologique, elle était rentrée chez elle avec sa fille, ça lui faisait du bien, que c'est quand même de pouvoir rentrer chez elle et d'être avec sa première qui allait bien quoi. »

Question : « Sur ta garde de jour, vous étiez deux toi et l'auxiliaire il n'y avait pas d'autres personnes ? »

Réponse : « Il y avait la gynécologue sur place, mais qui n'est pas forcément venue, on lui a fait les transmissions par téléphone. »

Question : « Pourquoi est-ce que t'as choisi de me raconter cette situation particulièrement ? »

Réponse : « Bon alors déjà effectivement, c'est la seule pour le moment qu'on ait eu, on a eu une autre mort fœtale, mais pour le coup ce n'est pas moi qui l'ai suivie et je trouve que c'était une situation qui était particulièrement touchante, parce que les autres que j'avais pu suivre quand j'étais étudiante, c'était souvent, enfin, c'était même tout le temps, le couple qui était présent. Donc le co-parent, en fait c'était plus facile pour lui aussi ou pour elle de prendre la place en fait, de support. Même si on est là nous aussi pour supporter les deux, mais souvent ils étaient beaucoup en binôme et on sentait qu'ils avaient aussi envie de se retrouver à deux. Alors que là au contraire, elle était toute seule, elle avait que nous et on a bien senti que, en fait le poids de sa souffrance était sur nos épaules, qu'il fallait qu'on gère, entre guillemets, pour elle. À la fois le côté médical, mais surtout le côté psychologique. »

Question : « Est-ce qu'il y a des facteurs qui ont pu être aidant pour toi dans cette situation, des ressources sur lesquelles tu as pu t'appuyer, que ce soit plutôt du côté médical avec des protocoles ou d'autres ressources pour toi dans cette situation ? »

Réponse : « Alors oui, le côté protocole, c'était on va dire le plus facile pour le côté médical. Parce que du coup, les collègues qui l'avaient accueillie, avaient fait des photocopies, des protocoles surlignés, ce qui était à faire pour elle au terme où elle était, les médicaments utilisés, les doses. Tout le côté administratif, les certificats à faire et ce qu'on doit inscrire sur le livret de famille ou pas, est-ce qu'on est obligés de donner un prénom ou pas ? Donc tout ça c'était beaucoup plus facile, ça a retiré un

côté dans mon cerveau, je n'avais pas à penser, à réfléchir vraiment à ce qu'il fallait faire. J'avais juste à lire bêtement en fait le protocole et à être là présente avec elle sur l'aspect psychologique. Parce qu'au final, hormis donner le comprimé, après, médicalement parlant, il n'y avait pas grand-chose à faire. Et on était quand même un bon binôme de jour avec une collègue avec laquelle je m'entends bien donc c'était facile aussi de discuter toutes les deux après. Voir ce qu'elle pense, ce qu'il faudrait dire, ce que moi j'aimerais dire à la patiente. Et puis même en dehors des collègues présentes sur place, il y avait aussi les copines de promo à qui j'ai pu parler un peu de la situation. Mon conjoint, en rentrant à la maison, voilà on essaye de décharger, entre guillemets, au maximum, comme on peut avec qui on a sous la main quoi. »

Question : « On a déjà un petit peu parlé, mais si tu peux redire les difficultés principales que toi tu as rencontrées dans cette prise en charge ? »

Réponse : « La difficulté principale c'était surtout là, ce qui était un peu indépendant de nous, c'était le col qui ne bougeait pas. Ça n'avançait pas, on pensait que ça allait être un peu plus rapide parce que 23 semaines au final, on va dire que pour l'expulsion ça nous semblait bien, c'est plus simple que faire un bébé à terme. Mais c'est vrai que le col ne bougeait pas du tout, alors je pense qu'il y avait à la fois un facteur sans doute physique, qui faisait que le col ne se modifiait pas, mais aussi je pense un blocage psychologique de la patiente qui ne voulait pas expulser. La solution qu'on a eu à ce problème, ça été l'acupuncture. Enfin c'est la seule chose qui a fait que ça a changé quelque chose. »

Question : « Est-ce que dans d'autres prises en charge, peut-être entre étudiantes tu as rencontré des difficultés similaires ou d'autres difficultés ? »

Réponse : « Je dirais que dans les prises en charge, je n'ai pas eu tant de difficulté parce que déjà c'était en niveau trois. Donc on va dire que tous les professionnels sont sur place donc souvent le gynéco est là et puis il repose quelques questions dans la journée pour voir comment ça va. Et c'étaient très souvent des morts fœtales et des suivis de travail, on va dire que ça se passait normalement. On ne commençait pas très tôt non plus les mises en travail de morts fœtales. Souvent ça commençait après le staff, donc on était plus aux alentours de 9h-10h heures. Ce qui faisait que forcément après la prise en charge découlait un peu sur la nuit. Mais il n'y avait pas tant de difficultés, généralement ça roulait plutôt bien, et on essayait toujours de faire en sorte que la sage-femme qui prenne en charge la mort fœtale n'ait pas d'autres patientes à prendre en charge ce jour-là. Évidemment, il y a des jours où c'est un peu plus compliqué que d'autres, mais en majorité on essayait quand même de faire en sorte que ça ne soit pas le cas. Donc non, je n'ai pas eu l'impression d'avoir eu de difficultés particulières sur d'autres prises en charge. »

Ce qui a été le plus difficile, c'est de me dire que j'étais jeune diplômée. Et est-ce que j'allais réussir à aussi bien l'accompagner que ce que je voudrais ? Parce qu'on avait eu quelques cours sur les annonces difficiles, sur les mots à employer. Mais ça reste que du théorique, donc en pratique c'est difficile parfois de mettre ça en place. Donc non, la difficulté principale, c'était surtout de me faire

confiance, je pense dans la prise en charge et de me dire que j'étais apte à accueillir un enfant né vivant, donc j'allais forcément être capable de le faire sur un enfant mort-né. Mais est-ce que la patiente serait assez accompagnée pour elle, vivre, entre guillemets, au mieux son expulsion ?»

Question : « Tu m'as dit qu'il y avait un protocole dans le service ? Est-ce que tu l'as trouvé aidant ? Et est-ce que dans ce protocole il y a le côté médical et le côté psychosocial ? »

Réponse : « Non c'était surtout médical pur, c'est-à-dire elle prend sa Myfégyne à telle date, 24 à 48 heures plus tard, on l'hospitalise, on démarre le Misoprostol après pose de péridurale. Les doses du Misoprostol jusqu'à quel dosage on peut par jour, donc non, non, c'était vraiment purement médical et pas du tout psychosocial. »

Question : « Tu as trouvé quand même aidant d'avoir quelque chose sur quoi te baser au niveau médical ? »

Réponse : « Oui par contre oui, oui, c'est aidant parce qu'en soi, on l'apprend à l'école le protocole, mais c'est vrai qu'on se dit toujours qu'on ne va pas forcément l'avoir tout de suite. Donc les choses qu'on utilise le moins souvent, on est beaucoup moins à l'aise dessus. Donc le fait d'avoir un protocole médical sur lequel s'appuyer, c'est bien, c'est plus simple. »

Question : « Est-ce que quand tu repenses à cette situation, tu arrives à te rappeler le ressenti que tu avais pendant cette garde face à cette situation ? »

Réponse : « Oui alors, quand je suis arrivée et que j'ai vu la boîte, je me suis dit : oh merde, ce n'est pas très bien à dire, mais ouais pourquoi ça va me tomber dessus, sur le coup, je me suis dit, j'espère qu'elle n'est pas là aujourd'hui. Enfin j'espère que ce n'est pas pour moi. Bon, au final quand j'ai vu la collègue arriver et qu'elle avait l'air un peu mitigée à me dire les choses, j'ai très bien compris que c'était pour moi. Après, quand j'ai vu la patiente, j'étais un peu stressée. De, ben voilà de tout ce qui allait se passer dans la journée de sa prise en charge. À certains moments dans la journée, franchement avec ma collègue, on est sorties de la salle avec les larmes aux yeux parce qu'on sentait que c'était un peu dur quand même. Mais je dirais qu'après l'expulsion, il y avait une sorte de soulagement, mais aussi de gratitude. On, enfin, je me suis sentie quand même assez fière de l'avoir accompagnée jusqu'au bout. Et je me suis dit bon, ce que j'ai fait ça n'a pas été pour rien, et pourtant après il y a certaines collègues le lendemain, enfin hyper gentiment, mais qui, des fois m'ont dit tu n'aurais peut-être pas dû rester jusqu'au bout, tu aurais pu passer la main tout ça, mais à chaque fois j'ai expliqué que c'était une situation qui était quand même particulière, que s'il y avait eu un co-parent, je serais partie à 19h30, mais que la sachant toute seule et complètement déboussolée… »

Question : « Et avec du recul, tu as commencé un petit peu à en parler avec la gratitude, mais là maintenant quand tu repenses à cette situation est-ce que c'est toujours le même ressenti que tu as ? »

Réponse : « Non je pense c'est toujours le même et quelque part, je me souviendrai toujours d'elle, autant je me souviendrai toujours de mon premier accouchement de diplômée. Mais pour le coup, là

cette patiente-là, il y a eu quelque chose de particulier, enfin je pense que si je la revoyais dans un contexte extérieur, je ne pourrais sans doute pas m'empêcher d'aller lui dire bonjour quoi. Mais d'un côté je me dis bon peut-être qu'un jour, je la reverrai aussi en salle de naissance, pour une belle, pour une belle naissance, mais bon je pense que je suis toujours autant contente de l'avoir fait. Je n'ai plus de tristesse ou de stress par rapport à la prise en charge, mais la fierté et la gratitude elles sont toujours là, oui. »

Question : « Dans quelle mesure l'état émotionnel du coup de la patiente a-t-il influencé ta façon de l'accompagner ? »

Réponse : « Oui, la patiente était tellement stressée, attristée aussi dans l'incompréhension, que forcément on adapte notre ressenti et notre façon de parler à la patiente qu'on a en face de nous. Donc sur une patiente qui aurait été vraiment vide d'émotion, par exemple ça aurait été dur de l'accompagner et de savoir trouver les mots, parce que quand on se prend un mur en fait d'émotion face à nous ben, c'est difficile de rentrer dans une relation, alors que là de la voir stressée, anxieuse, triste, et elle posait beaucoup de questions sur la prise en charge tout ça, donc c'était facile en fait de rentrer avec elle, dans ses émotions, donc ça a influencé toujours ses émotions à elle en tout cas ont influencé toute notre journée. »

Question : « Dans quelle mesure ces situations ont un impact positif ou négatif sur ta vie professionnelle ? »

Réponse : « Je pense que ça a surtout un impact positif, on va dire que le négatif des choses c'est d'avoir un enfant mort-né. Et ça, ça reste négatif pour tout le monde. Il n'empêche que la sage-femme elle ne fait pas non plus que des choses plaisantes durant sa carrière. Donc le fait d'avoir eu quand même une mort fœtale et, aussi tôt dans le diplôme, ça désacralise un peu l'enfant mort-né. On se dit bon ben, je l'ai eu très tôt donc maintenant je sais ce que ça fait, je sais comment j'ai réussi à gérer l'annonce enfin du coup non pas l'annonce, mais la discussion et la prise en charge durant tout le travail, l'expulsion tout ça donc ça je sais faire. Donc vraiment ça désacralise vraiment la mort fœtale, et l'expulsion en salle et de l'avoir surtout fait tôt dans le diplôme. »

Question : « Est-ce que ces situations peuvent avoir un impact positif ou négatif sur ta vie personnelle dans ton quotidien ou pas forcément ? »

Réponse : « Je pense que ça a un impact sur les 24 à 48 heures qui ont suivi la prise en charge, parce que j'y ai beaucoup pensé, et puis forcément on se demande si les mots qu'on a utilisés, c'était les bons, est-ce que j'ai bien fait le travail ? Est-ce que j'aurais pu mieux faire ? Mais passer ces 48 heures et puis enfin c'est bête à dire mais de faire d'autres naissances qui se passent bien, c'est derrière. On oublie la prise en charge, on oublie un petit peu ce que ça nous a fait sans oublier la patiente, mais on passe à autre chose quoi. »

Question : « Et pendant ces 24-48 heures comment est-ce que t'as géré fait d'y repenser ? Est-ce que t'as utilisé des ressources, des stratégies pour faire face à ça ? »

Réponse : « Je dirais que j'en ai surtout parlé avec ma famille proche, mes parents, mon conjoint, mais après forcément on en a parlé un petit peu en garde. Mais plus sur les bons souvenirs de la patiente. Donc en discuter, ça a été le plus simple. Après je n'ai pas utilisé vraiment des ressources spécifiques. »

Question : « Comment est-ce que tu perçois la prise en charge actuelle des morts fœtales dans la structure où tu travailles ? »

Réponse : « Ben je pense que pour les patients c'est bien parce que on est une petite structure donc on a un peu moins de 400 naissances par an. Donc le fait d'avoir peu de naissances, ça garantit plus ou moins quand même à la patiente d'être presque seule, le jour où elle vient pour expulser. Évidemment, il y a des jours où ce n'est pas le cas, il y a des jours où on va avoir quatre naissances par jour et si la dame elle tombe sur ce jour-là, ben c'est, entre guillemets, pas de chance, et je pense que pour le coup, elle vivrait peut-être son expulsion différemment, mais je pense que c'est quand même une chance pour les patientes de pouvoir être prise en charge dans des petits centres, parce qu'on a plus le temps que dans les gros centres, même si dans tous les gros centres, je pense, ils essayent au maximum de passer du temps avec la patiente et de faire en sorte que l'équipe qui la prend en charge n'a pas 300 dossiers à suivre dans la journée. Mais je pense que pour elle, c'est mieux d'être dans des petits centres où on puisse passer vraiment du temps avec elle. Et même si c'est des patientes parfois qui ne nécessitent pas forcément de temps parce qu'elles ne le souhaitent pas, mais au moins d'avoir la possibilité, de quand on sonne à la sonnette, de venir tout de suite répondre et de pouvoir passer deux heures dans la chambre sans se dire qu'il faut que j'aille vite examiner l'autre patiente parce qu'elle est à complète, et qu'elle est en train de pousser. Je pense que c'est bénéfique quand même. »

Question : « Est-ce que tu sais s'il y a des ressources qui sont proposées à la clinique, soit des débriefings collectifs, des groupes de paroles, des documents de référence, des formations, des suivis psychologiques ? »

Réponse : « Ça, je ne sais pas vraiment, je pense que les formations à la prise en charge de la mort fœtale, que ce soit l'annonce ou la prise en charge en salle sur le deuil, ça ce sont des formations je pense qu'on peut demander, mais comme à peu près dans beaucoup de centres après. Je pense que la formation ne serait pas forcément au sein de l'établissement, mais on pourrait être formés ailleurs. Mais après en ressources en tant que telle, en tout cas pour nous, pas vraiment sûre qu'il y ait quelque chose qui soit mis en place. Je pense que de nous-mêmes si on le demande, si on demande à consulter la psychologue de la maternité, on pourrait. Directement comme ça il n'y a rien qui nous est proposé. »

Question : « Est-ce que tu as déjà eu recours à un soutien en extérieur par rapport à une situation de mort fœtale ou une situation difficile au travail ? »

Réponse : « Non pas du tout. »

Question : « Est-ce que tu as des idées de pistes qui selon toi pourraient améliorer l'accompagnement des sages-femmes si vous en aviez besoin au sein de l'établissement, dans l'idéal ? »

Réponse : « Bah là, à la clinique, on n'a pas non plus 50 morts fœtales à l'année, mais par exemple une réunion avec la psychologue tous les six mois, par exemple où on regroupe les morts fœtales qui ont eu lieu sur les six mois. Bon si on n'a pas eu, il n'y a pas, mais s'il y en a eu une ou deux ou trois, avec juste l'équipe qui était présente. Je pense que ça pourrait toujours être bien, juste d'en discuter pas forcément parce qu'on en a besoin mais pour avoir d'autres pistes aussi. Ça pourrait être elle qui nous aide à vivre un peu un choc si on a été choqué de la situation. Ou elle qui nous donne d'autres pistes pour mieux accompagner ou pour mieux gérer après. Je pense que ça pourrait être bien, c'est d'avoir des réunions de temps en temps. Peut-être pas forcément tout reprendre de A à Z, mais plus axé sur notre psychologique et le psychologique de la patiente. Donc tous les sentiments qu'on a ressentis, comment on pourrait, je ne sais pas, les développer pour que ça devienne encore plus une force ou qu'elle nous donne des exercices ou des conseils pour mieux les appréhender, pour mieux gérer avec la patiente, plus ce côté-là. »

Question : « Très bien, est-ce que tu avais d'autres choses que tu voulais rajouter par rapport aux prises en charge de morts fœtales, que l'on n'a pas abordé là pendant l'entretien ? »

Réponse : « Non c'était complet. »

BIBLIOGRAPHIE

1. CNPSF. Fiches-CNPSF-2022-03-23-8. [Internet] [En ligne]. 2022; Disponible: https://www.cnp-maieutique.fr/index.php?Itemid=101
2. MSD Manuel professionnel. Mort fœtale tardive - Gynécologie et obstétrique. [Internet] [En ligne]. Disponible: https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/complications-prénatales/mort-fœtale-tardive
3. EM-Consulte [En ligne]. Masson E. Morts fœtales in utero; [cité le 5 janv 2025]. Disponible: https://www.em-consulte.com/article/942057/morts-f?tales-in-utero
4. Garabedian C, Sibiude J, Anselem O, Attie-Bittach T, Bertholdt C, Blanc J, et al. Mort fœtale : consensus formalisé d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie [En ligne]. oct 2024 [cité le 20 mars 2026];52(10):549-611. Disponible: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468718924002617
5. Santé publique France. Mortinatalité en France [En ligne]. Disponible: https://odisse.santepubliquefrance.fr/explore/dataset/mortinatalite-france/table/?sort=-tx_morti
6. Réseau Naissance. Activités des maternités 2024. 2025;Réseau Naissance. Disponible: https://www.reseau-naissance.fr/medias/2025/12/Activites-maternites-2024.pdf
7. Garabedian C, Sibiude J, Anselem O, Attie-Bittach T, Bertholdt C, Blanc J, et al. Mort fœtale : consensus formalisé d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Gynécol Obstet Fertil Sénol [En ligne]. 2024;549-611. Disponible: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718924002617
8. Dumoulin M, Valat AS. Morts en maternité : devenir des corps, deuil des familles. Études Sur Mort Centre International des Etudes sur la Mort (CIEM) [En ligne]. 2001;77-99. Disponible: https://shs.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2001-1-page-77
9. Masson E. Morts fœtales in utero. EM-Consulte Internet [En ligne]. :Masson E. Disponible: https://www.em-consulte.com/article/942057/morts-f?tales-in-utero
10. Réseau Naissance. Les maternités [En ligne]. Disponible: https://www.reseau-naissance.fr/les-maternites/
11. Samacher R. Bacque (M.-F.). — Le deuil à vivre. Editions Odile Jacob, Paris 1991. Persée - Portail des revues scientifiques en SHS; 1994 [cité le 20 mars 2026]; Disponible: https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1994_num_47_415_14329_t1_0412_0000_1
12. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. Carnet Psy [En ligne]. Le Carnet Psy; 2001 [cité le 20 mars 2026];63(3):30-3. Disponible: https://shs.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-3-page-30
13. Hochschild AR. The managed heart: commercialization of human feeling. 20. anniversary ed., [Nachdr.], with a new afterword. Berkeley : Univ. of California Press; 2007. 327 p.

14. Ravaldi C, Carelli E, Frontini A, Mosconi L, Tagliavini S, Cossu E, et al. The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. Women Birth J Aust Coll Midwives. févr 2022;35(1):48-58.
15. [En ligne]. Titre V : Profession de sage-femme (Articles L4151-1 à L4152-9) - Légifrance; [cité le 20 mars 2026]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155060/
16. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Plan Natalité. 2007 2005;
17. reco411_grossesse_vulnerabilite_recommandations_cd_2024_01_11_vd.pdf [En ligne]. [cité le 20 mars 2026]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco411_grossesse_vulnerabilite_recommandations_cd_2024_01_11_vd.pdf
18. Hédoux J. Dubar (Claude). — La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Persée - Portail des revues scientifiques en SHS; 1992 [cité le 20 mars 2026]; Disponible: https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1992_num_100_1_2509_t1_0117_0000_2
19. Romano H. L'importance des rituels de deuil en maternité. Sages-Femmes [En ligne]. 1 mai 2020 [cité le 20 mars 2026];19(3):18-21. Disponible: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408820300468
20. Gardien E. L'accompagnement par les pairs: Une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap.
21. Adandogou HG. Christophe Dejours, Situations du travail. Lectures [En ligne]. 2015 [cité le 20 mars 2026]; Disponible: https://journals.openedition.org/lectures/21042
22. Ravaldi C, Levi M, Angeli E, Romeo G, Biffino M, Bonaiuti R, et al. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? Midwifery. sept 2018;64:53-9.
23. Raybaud-Macri F. Le groupe de parole:Un soutien thérapeutique. Cah Dyn [En ligne]. érès; 16 nov 2017 [cité le 20 mars 2026];71(1):162-6. Disponible: https://shs.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2017-1-page-162
24. Chapelle F. 18. Modèle de Lazarus. Dans: Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail [En ligne]. Dunod; 2018 [cité le 20 mars 2026]. p. 119-25. Disponible: https://stm.cairn.info/risques-psychosociaux-et-qualite-de-vie-au-travail--9782100781447-page-119
25. Fiche_EPICES.pdf [En ligne]. [cité le 24 mars 2026]. Disponible: https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/Employes_medecins/Formation/Fiche_EPICES.pdf

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT **3**

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT **4**

REMERCIEMENTS **5**

LISTE DES ABREVIATIONS **6**

INTRODUCTION **9**

MATERIEL ET METHODE **11**

SCHEMA D'ETUDE 11

POPULATION 11

GUIDE D'ENTRETIEN 11

RECUEIL DES DONNEES 12

ANALYSE DE DONNEES 12

CONSIDERATIONS ETHIQUES 12

RESULTATS **13**

LES TEMPS MARQUANTS DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE MORT FŒTALE IN UTERO 13

L'annonce, un moment particulièrement éprouvant *13*

La confrontation à la détresse des parents *14*

L'accouchement dans un contexte de mort fœtale *15*

UNE FORTE CHARGE EMOTIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA MORT FŒTALE 15

Les émotions immédiates *15*

Les émotions liées au positionnement professionnel *16*

L'empathie dans la relation de soin *16*

Les émotions positives *17*

LES DIFFICULTES SPECIFIQUES RENCONTREES PAR LES SAGES-FEMMES 17

La confrontation au corps du fœtus *17*

L'influence du terme de la grossesse sur le vécu *17*

Le manque d'expérience en début de carrière *18*

Le contraste entre des situations opposées *18*

Des difficultés liées à une situation personnelle *19*

L'IMPACT DE LA MORT FŒTALE IN UTERO SUR LA VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE 19

Une situation intégrée à la pratique professionnelle *19*

Des accompagnements durablement marquants *19*

Des expériences formatrices *20*

Des frontières professionnelles parfois élargies dans l'accompagnement *20*

LES RESSOURCES MOBILISEES PAR LES SAGES-FEMMES 21

La formation, un pilier dans l'accompagnement *21*

Le protocole médical comme repère dans la prise en charge *21*
Le soutien des collègues et échanges au sein de l'équipe *22*
Le soutien de l'entourage personnel *22*
Un soutien extérieur peu sollicité *22*
La bonne prise en charge des parents comme ressource pour les sages-femmes *23*
Les besoins et pistes d'améliorations dans l'accompagnement des sages-femmes *24*

DISCUSSION **26**

RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE 26
FORCES DE L'ETUDE 26
LIMITES DE L'ETUDE 26
COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE 27
L'impact émotionnel de la mort fœtale in utero sur les sages-femmes *27*
La confrontation à la détresse parentale *28*
L'annonce *28*
Le paradoxe de l'accouchement dans un contexte de mort fœtale *29*
L'influence de l'expérience professionnelle *29*
Le contraste entre des situations opposées *30*
Le soutien des collègues *30*
Les ressources individuelles et les stratégies d'adaptation *31*
PERSPECTIVES 31

CONCLUSION **34**

ANNEXES **36**

ANNEXE 1 : AFFICHE DE RECRUTEMENT DES SAGES-FEMMES 36
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN 37
ANNEXE 3 : GRILLE EPICES 39
ANNEXE 4 : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AVEC UNE SAGE-FEMME 40

BIBLIOGRAPHIE **49**

RESUME **53**

ABSTRACT **53**

RESUME

Le vécu des sages-femmes hospitalières des Pays de la Loire lors de la prise en charge des morts fœtales in utero

Introduction : La mort fœtale in utero constitue une situation particulièrement éprouvante en périnatalité, tant pour les parents que pour les professionnels de santé. Les sages-femmes, en première ligne dans ces prises en charge, sont confrontées à des enjeux techniques et émotionnels complexes, encore peu explorés dans la littérature.

Objectifs : Identifier le vécu des sages-femmes confrontés à la prise en charge des morts fœtales in utero, ainsi que les difficultés rencontrées, les ressources mobilisées et les besoins perçus.

Matériel et Méthode : Étude qualitative, descriptive, multicentrique. Entre septembre 2025 et janvier 2026, huit entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de sages-femmes exerçant en milieu hospitalier dans la région des Pays de la Loire. Les données ont été analysées selon une approche thématique.

Résultats : Les sages-femmes décrivent ces prises en charge comme des expériences marquantes, caractérisées par une forte implication émotionnelle, notamment lors de l'annonce, de l'accompagnement du travail et de l'accouchement. Les principales difficultés concernent la confrontation à la mort, le manque d'expérience et la gestion des émotions parentales. Les professionnels mobilisent des ressources telles que les protocoles médicaux, le soutien des collègues et l'entourage personnel. Toutefois, les dispositifs institutionnels de soutien apparaissent limités et peu sollicités.

Discussion : Ces résultats soulignent l'importance du travail émotionnel dans la pratique des sages-femmes. Le développement de formations spécifiques et de dispositifs de soutien institutionnels apparaît nécessaire afin d'améliorer leur accompagnement et leur bien-être professionnel.

Mots-clés : mort fœtale in utero ; sages-femmes ; vécu ; émotions ; accompagnement

ABSTRACT

Experiences of hospital-based midwives in the Pays de la Loire region in the management of intrauterine fetal death

Introduction: Intrauterine fetal death is a particularly challenging situation in perinatal care for both parents and healthcare professionals. Midwives, who are on the front line of care, face complex technical and emotional issues that remain insufficiently explored in the literature.

Objective: To identify the experiences of midwives involved in the management of intrauterine fetal death, as well as the difficulties encountered, the resources mobilized, and the perceived needs.

Materials and Methods: A qualitative, descriptive, multicenter study was conducted. Between September 2025 and January 2026, eight semi-structured interviews were carried out with hospital-based midwives in the Pays de la Loire region. Data were analyzed using a thematic approach.

Results: Midwives described these situations as highly impactful experiences, characterized by strong emotional involvement, particularly during diagnosis disclosure, labor support, and childbirth. Main difficulties included confrontation with death, lack of experience, and management of parental emotions. Professionals relied on resources such as medical protocols, peer support, and personal networks. However, institutional support systems were found to be limited and underutilized.

Discussion: These findings highlight the importance of emotional labor in midwifery practice. The development of specific training and structured institutional support systems appears necessary to improve both care quality and professional well-being.

Keywords: intrauterine fetal death; midwives; experience; emotions; care