



UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MAÏEUTIQUE DE STRASBOURG
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

**LA MORT FOETALE IN UTÉRO DANS LE VÉCU EN STAGE DES ÉTUDIANTS
SAGES-FEMMES : UNE EXPÉRIENCE INCONTOURNABLE ?**
Étude semi-quantitative

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

AKKARI Faten

Née le 4 janvier 1998 à Sarreguemines

Président du jury : Mme Céline BOSCO

Directeur de mémoire : Mme le Docteur Dominique MERG-ESSADI

Co-directeur de mémoire : Mme le Docteur Mathilde REVERT



UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MAÏEUTIQUE DE STRASBOURG
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

**LA MORT FOETALE IN UTÉRO DANS LE VÉCU EN STAGE DES ÉTUDIANTS
SAGES-FEMMES : UNE EXPÉRIENCE INCONTOURNABLE ?**
Étude semi-quantitative

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

AKKARI Faten

Née le 4 janvier 1998 à Sarreguemines

Président du jury : Mme Céline BOSCO

Directeur de mémoire : Mme le Docteur Dominique MERG-ESSADI

Co-directeur de mémoire : Mme le Docteur Mathilde REVERT

*« À la vie, qui reste formidable
et au bonheur qui est là en nous,
à aimer, à inspirer, à déguster ...
À cette vie qui ne sera plus jamais pareille,
ni mieux, ni moins bien, mais différente. »*

Jacqueline, maman d'Erwann, décédé à l'accouchement à 39 semaines

Extrait du livret « *De nous à vous : paroles de parents confrontés à la perte d'un bébé* » réalisé avec le soutien du réseau périnatal « Naître en Alsace »

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à l'aide de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude et remercier.

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements à Madame le Docteur MERG-ESSADI Dominique, directrice de mémoire et Madame le Docteur REVERT Mathilde, co-directrice pour leur temps consacré à mes questions, le partage de connaissances et d'expérience ainsi que pour leur accompagnement tout au long de l'élaboration de ce travail de recherche.

Je tiens à remercier également mes collègues de l'École de Sages-Femmes pour leur participation volontaire à ce mémoire permettant son aboutissement.

Un grand merci à tous les professionnels de santé qui m'ont encadré, accompagné, et donné de bons conseils tout au long de ma formation de sage-femme, ce qui m'a grandement apporté dans la construction de ma future identité professionnelle.

Merci à l'équipe pédagogique de l'École de Sages-femmes de Strasbourg, pour leur écoute, leur patience, leur pédagogie, et leur accompagnement durant ces quatre années d'études.

Je remercie enfin ma famille et mes amies pour leurs encouragements et tout le soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de mes études de sage-femme.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	5
A. Question de recherche.....	10
B. Objectifs de l'étude	10
C. Hypothèses.....	10
1. Hypothèse 1 : Acquisition d'une nouvelle compétence par l'expérience en stage	10
2. Hypothèse 2 : Réorientation	10
3. Hypothèse 3 : Vocation	10
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	11
A. Type d'étude.....	11
B. Population étudiée	11
C. Déroulement de l'étude.....	11
1. État des lieux.....	11
2. Recrutement de la population	12
D. Critères d'inclusion	12
E. Critères de non-inclusion et d'exclusion.....	13
F. Modalités de l'entretien	13
G. Aspects réglementaires et législatifs	14
H. Grille d'entretien	15
I. Analyse des données	16
III. RÉSULTATS.....	17
A. Étude quantitative : état des lieux	17
B. Étude qualitative : entretiens semi-directifs	21
1. Caractéristiques et descriptif de la population.....	21
2. La narration du récit.....	21
3. L'expérience de la mort fœtale in utéro en stage.....	23
4. Besoins des étudiants	36
IV. ANALYSE ET DISCUSSION	37
A. Rappel des principaux résultats.....	37
B. Analyse.....	37
1. La communication non verbale et paraverbale.....	38
2. La communication comme "thérapie"	40
3. La communication pour permettre le partage d'expérience	42

4. Les compétences et savoir-faire de la sage-femme mobilisés	42
C. Hypothèses.....	43
1. Validation ou infirmation des hypothèses de départ	43
2. Hypothèses émergentes	44
D. Forces et limites.....	44
E. Biais	45
F. Propositions	46
G. Ouverture.....	47
V. CONCLUSION	49
VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
ANNEXES	
ANNEXE I : Storytelling Portfolio	
ANNEXE II : Formulaire de consentement	
ANNEXE III : Grille d'entretien	
ANNEXE IV : Guide d'analyse des entretiens	
ANNEXE V : Questionnaire d'état des lieux	

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Répartition de la rencontre d'une situation de MFIU par année de formation .	18
Figure 2 : Rencontre d'une MFIU en stage selon le service	19
Figure 3 : Diagramme de flux.....	20
Tableau I : Récapitulatif des circonstances de la découverte de la MFIU par les ESF ...	23
Tableau II : Récapitulatif des circonstances des suivis de MFIU par les ESF	24
Tableau III : Classification des sentiments ressentis par les ESF face à la MFIU.....	25

GLOSSAIRE

BDC : Bruits du cœur

CAMUS : Centre d'Accueil Médico-psychologique Universitaire de Strasbourg

CE : Comité d'Éthique

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CRIH : Centre Régional d'Informatique Hospitalière

CTG : Cardiotocographe

DRCI : Département de la Recherche Clinique et des Innovations

ESF : Étudiant(e)s Sage(s)-femme(s)

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MFIU : Mort Foetale In Utéro

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaines d'Aménorrhées

SF : Sage(s)-femme(s)

SIG : Surveillance Intensive de Grossesse

RMC : Référentiel Métier et Compétences

I. INTRODUCTION

Bien que la majorité des grossesses se déroulent de manière physiologique, il existe des situations particulières durant lesquelles la grossesse aboutit au décès de l'enfant à venir. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le décès périnatal se définit par la mort d'un fœtus pouvant survenir au cours de la grossesse, à la naissance, dans les heures qui suivent ou durant les sept premiers jours de vie. Le décès périnatal comprend les interruptions médicales de grossesse (IMG), notamment suite à des anomalies fœtales incurables, les morts fœtales in utéro (MFIU) mais aussi les décès néonataux durant la première semaine de vie, suite à un accompagnement de fin de vie par des soins palliatifs ou suite à un échec de réanimation néonatale (1).

D'après le rapport EURO-PERISTAT de mai 2013, le taux de mortinatalité – défini par le nombre de naissances d'enfants sans vie à partir de 22 semaines d'aménorrhées (SA) sur une année donnée rapporté à l'ensemble des naissances - était de 9,2 pour 1000 naissances en France (2). Dans l'édition 2021 de l'ouvrage « La France et ses territoires » rédigé et publié par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), société savante, il a été recensé que la mortalité périnatale représentait 10,5 enfants pour 1 000 naissances durant la période 2016/2018. La mortinatalité – définie par les enfants nés sans vie par mort fœtale spontanée ou interruption médicale de grossesse -, elle, représentait 84% de la mortalité périnatale (3).

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), société savante, la MFIU se définit par l'arrêt spontané de l'activité cardiaque, à partir de 14 semaines d'aménorrhées (SA). Le moment de l'arrêt de l'activité cardiaque peut être en pré-partum – avant la mise en travail -, per-partum – pendant le travail -, ou parfois indéterminé. À partir d'un terme de 28 SA ou d'un poids fœtal de plus de 1000 grammes, les MFIU surviennent dans près de 2% des grossesses dans le monde et dans 5 pour 1000 naissances dans les pays à haut revenu (4). D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, 0,6 % de mort-nés ont été recensés en France (1).

La mort fœtale in-utéro est un accident brutal et inattendu et constitue un traumatisme inacceptable (5). Les facteurs de risques prédominants dans la survenance d'une MFIU sont l'âge maternel élevé, la surcharge pondérale, le tabagisme, la primiparité, un antécédent de MFIU, le retard de croissance intra-utérin, l'hématome rétro-placentaire, l'hypertension artérielle chronique ainsi que le diabète (6).

Pour les soignants, les situations de MFIU sont difficiles à aborder. À chaque étape, et selon ce que le soignant a déjà pu vivre et expérimenter, ces situations peuvent être délicates à prendre en charge. Il n'est jamais simple d'accompagner le couple pour l'accouchement dans un premier temps, mais aussi dans le processus de deuil. Cela reste donc une situation compliquée à accompagner, tant sur le plan médical que sur le plan psychologique et personnel. Des protocoles restent à disposition concernant le versant technique et des formations professionnelles sont mises à disposition par les établissements hospitaliers (7). Ces formations ont pour but d'accompagner les soignants sur la posture à avoir concernant la situation et leur permettre une meilleure prise en charge des couples, mais aussi pour libérer leur parole et partager leur expérience. Des interventions par d'autres professionnels de santé expérimentés et spécialistes dans le deuil périnatal sont également organisées. Néanmoins, nous n'avons trouvé que très peu de littérature permettant d'aider les soignants à accompagner les couples durant ce moment difficile de leur vie, notamment sur le plan psychique.

Ainsi, bien que les progrès médicaux permettent d'agir sur la douleur physique notamment avec l'existence de la péridurale, la douleur psychique, elle, est plus difficile à prendre en charge. Lors d'un processus de deuil, plusieurs étapes interviennent notamment l'annonce, la compréhension, l'acceptation et la discussion. Selon Magalie DELAHAYE, sage-femme (SF), ces quatre étapes permettent le deuil et l'atténuation des douleurs psychiques (8).

En France, le soutien des parents dans le deuil de leur enfant est relativement récent. De nos jours, dans la plupart des maternités françaises, un dialogue est entrepris avec les parents, notamment autour de l'accueil de l'enfant. Les maternités proposent un accompagnement adapté à chaque couple, en s'adaptant à leurs demandes et en essayant de limiter l'irréversible encore possible (ne pas voir l'enfant, ne pas procéder à ses funérailles, ne pas garder de témoignages de sa venue au monde) (9).

Afin d'accompagner ces parents dans le processus de deuil, des associations d'usagers ont vu le jour, d'une part pour entretenir la mémoire de l'enfant décédé, d'autre part pour le partage d'expérience avec d'autres couples ayant vécu la même situation. Elles s'adressent donc aux parents et représentent une source d'informations, de documentation, de soutien et d'accompagnement individuel ou en groupe. La plupart de ces associations françaises se réfèrent à la "loi 1901". Cette loi fonde le droit d'association en préservant la liberté et les droits des individus tout en permettant leur action collective. (10). Parmi elles se trouve l'association « Agapa » qui organise des rencontres, des groupes de paroles et suivis individuels. Elle organise également des formations pour les professionnels concernant l'accompagnement d'un deuil périnatal (11). L'association « Nos Tout-Petits d'Alsace », elle, accompagne les parents endeuillés, travaille sur la sensibilisation des soignants et la reconnaissance médiatique, juridique et administrative du deuil périnatal. Leur site internet propose de nombreuses ressources comme des témoignages et podcast (12). Enfin, l'association « Petite Emilie » propose des formations aux professionnels et accompagne surtout les parents confrontés au deuil périnatal, que ce soit autour d'une interruption médicale de grossesse ou d'une MFIU. Ils ont également réalisé un ouvrage constitué de témoignages de parents intitulé « De nous à vous » (13).

Dans les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF, concernant les pertes de grossesse, il est indiqué qu'un meilleur vécu psychologique pour les parents est associé à une attitude empathique et respectueuse de l'équipe médicale et paramédicale, lors de la prise en charge. Ces recommandations soulignent également le fait que, dans le cadre d'une MFIU, présenter spontanément l'enfant aux parents est associé à un meilleur ressenti maternel, plutôt que de laisser le choix de le voir ou non. Par ailleurs, selon des études cas-témoins, lorsqu'une grossesse a lieu après avoir vécu une MFIU, il est observé une augmentation de symptômes dépressifs chez la mère (1).

Le soignant, en l'occurrence la sage-femme, prenant en charge le couple après la découverte et l'annonce de la MFIU se doit de trouver un juste milieu afin d'accompagner le couple au mieux. De plus, la sage-femme prenant en charge une MFIU peut être amenée à s'occuper en parallèle d'un travail physiologique d'une autre patiente, pour qui l'accouchement aboutira à la naissance d'un enfant en bonne santé. Il faut donc apprendre à adopter la juste distance psychique et physique. Ces compétences s'acquièrent par ailleurs avec l'acquisition de compétences transversales, qui sont nécessaires pour agir dans l'intérêt du couple mais aussi dans l'intérêt du soignant lui-même (14).

Durant la formation des sages-femmes, plusieurs enseignements abordent la prise en charge du deuil périnatal : l'obstétrique, la pédiatrie, la législation, les sciences humaines et sociales, notamment la psychologie. Chacun de ces domaines aborde ce sujet d'un aspect différent : l'obstétrique, par exemple, par le côté technique, la législation par le versant procédural tandis que la psychologie le fait au travers de réflexions qui mènent l'étudiant à s'interroger sur sa future identité professionnelle. Ces différents enseignements n'en restent pas moins complémentaires et permettent un équilibre dans la prise en charge de l'enfant mort-né et du couple (14).

Par ailleurs, lors d'une pré-enquête menée par Laureen VEILLAUD en 2018 pour son mémoire, en vue de l'obtention de son diplôme de sage-femme, il a été mis en évidence que pour la majorité des étudiants sages-femmes (ESF) interrogés (au total 114 ESF en 2^{ème} cycle interrogés), la MFIU était une situation déjà rencontrée en stage. Parmi ces étudiants, environ 70% n'avaient pas pu prendre en charge les couples concernés par la MFIU suite à un refus de la part de l'équipe soignante. Néanmoins, environ 20% des ESF avaient formulé leur souhait de ne pas vouloir participer à la prise en charge de ces patients. Les ESF avaient également exprimé leur ressenti quant à leur formation initiale, la jugeant insuffisante dans environ 55% des cas. Pour la minorité ayant eu l'occasion de participer à la prise en charge d'un couple en situation de MFIU, 62% des étudiants exprimaient globalement un ressenti de mal-être et d'impuissance face à cet événement (15). La place en tant qu'étudiant sage-femme dans une situation de MFIU n'est donc pas toujours facile à avoir et amène à se poser des questions.

De tous les services hospitaliers, la maternité est celui dans lequel où la confrontation avec la mort est la moins attendue (8). Durant son cursus, un étudiant sage-femme ne s'attend pas forcément à être confronté à une telle situation, ou du moins pas très tôt dans sa formation. La précédente enquête de Laureen VEILLAUD avait d'ailleurs mis en évidence que presque 90% des ESF ayant une situation d'IMG/MFIU en stage n'accompagnait pas la patiente et pour la minorité des ESF ayant pu le faire, un sentiment général de mal-être s'en dégageait (15).

De plus, lors des recherches bibliographiques menées sur cette thématique, il a été constaté que ce sujet est rarement abordé du côté étudiant. En effet, très peu d'articles scientifiques existent sur cette thématique et la population étudiante reste peu étudiée. Une expérience personnelle, en ayant fait la découverte d'une MFIU lors d'un contrôle de rythme cardiaque fœtal, nous a également poussé à questionnement. De plus, ce sujet constitue la thématique de notre portfolio – dossier constitué afin de présenter notre travail sur une expérience vécue en stage – réalisé en 4^{ème} année. (ANNEXE I)

A. Question de recherche

Nous rappelons que très peu de littérature concernant les étudiants sages-femmes et la MFIU a été trouvée. La rare littérature portant sur ce sujet concerne les professionnels de santé. La population étudiante mérite alors d'être étudiée en tant que soignant à part entière, étant donné que celle-ci peut être en première ligne dans l'accompagnement des couples traversant cette situation difficile.

De ce fait, c'est de ce constat et suite à une expérience personnelle vécue en stage qu'a émergé notre question de recherche suivante :

Quels impacts pourraient avoir le vécu en stage d'une situation de MFIU chez les étudiants sages-femmes de l'École de Sages-Femmes de Strasbourg ?

B. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence le potentiel impact psychologique et professionnel d'une MFIU chez les ESF.

L'objectif secondaire de ce travail de mémoire était de proposer un livrable : la mise en place d'une activité ou d'un support de communication visant à accompagner les étudiants, au sein de l'École de Sages-Femmes de Strasbourg.

C. Hypothèses

Pour répondre à notre question de recherche, trois hypothèses avaient été retenues.

1. Hypothèse 1 : Acquisition d'une nouvelle compétence par l'expérience en stage

L'étudiant sage-femme ayant vécu la découverte et/ou la situation de MFIU en stage, serait amené à changer son comportement au moment de l'accueil d'une patiente en salle de naissances.

2. Hypothèse 2 : Réorientation

Après avoir vécu une MFIU en stage, certains ESF penseraient à changer de filière professionnelle ou à abandonner les études de sages-femmes.

3. Hypothèse 3 : Vocation

Pour l'ESF, se retrouver face à une situation de MFIU lui permettrait de renforcer son choix de filière et d'affiner son futur projet professionnel.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Type d'étude

Pour répondre au mieux à la question de recherche et aux objectifs de cette étude, il semblait pertinent d'effectuer une étude semi-quantitative basée sur un questionnaire d'état des lieux et à but de recrutement et sur une analyse d'entretiens semi-directifs. En effet, ce travail de recherche nécessitait de recueillir, par le biais d'entretiens, et d'analyser des données qualitatives, faisant appel à l'expérience passée des ESF durant leur stage. De ce fait, le recueil d'expériences passées des étudiants semblait être la méthode la plus appropriée, par la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs. Ainsi, le choix des entretiens individuels a été fait car le sujet de notre travail de recherche concerne le vécu intime de l'étudiant en stage, qu'il ne voudrait pas forcément évoquer devant un groupe. Les entretiens étant semi-directifs, cela permettait de les standardiser avec un guide d'entretien.

B. Population étudiée

Les étudiants sage-femme de l'École de Sages-Femmes de Strasbourg étaient la population étudiée. Les ESF ayant rencontré une MFIU en stage représentaient l'échantillon de l'étude.

C. Déroulement de l'étude

1. État des lieux

Dans un premier temps, un état des lieux concernant l'École de Sages-Femmes de Strasbourg a été réalisé en recueillant :

- Le nombre d'étudiants ayant déjà rencontré une situation de MFIU en stage en précisant l'année de formation durant laquelle l'événement s'est déroulé ;
- Le nombre d'étudiants ayant déjà participé activement au suivi et à l'accompagnement d'un couple dans une situation de MFIU en précisant l'année de formation durant laquelle l'événement s'est déroulé ;
- Le nombre d'étudiants ayant fait eux-mêmes la découverte de la MFIU ;
- Le service dans lequel la MFIU a été rencontrée.

Ces données collectées représentaient ainsi des variables quantitatives discrètes.

Le recueil de ces données avait été fait par le biais d'un questionnaire (ANNEXE II) diffusé par la directrice de l'École, après avoir fait une demande auprès d'elle. Ce questionnaire avait été réalisé sur Limesurvey, outil sécurisé pour l'élaboration et la diffusion de questionnaire, mis à disposition par l'Université de Strasbourg et à destination des étudiants. Le questionnaire d'état des lieux avait donc été diffusé informatiquement, par le biais d'un e-mail envoyé à l'ensemble de l'École de Strasbourg, toutes promotions confondues, afin d'avoir un aperçu global des étudiants ayant rencontré une MFIU en stage sur le total des étudiants de l'établissement.

Le questionnaire avait été clôturé après un mois d'ouverture.

2. Recrutement de la population

À la fin du questionnaire, il avait été demandé aux étudiants volontaires pour participer à l'étude, de laisser leurs coordonnées afin de pouvoir les recontacter par la suite. Ce questionnaire avait donc également servi à recruter les sujets de l'étude.

D. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude les ESF répondants aux critères suivants :

- ESF de l'École de Strasbourg ;
- ESF de 3ème année ou plus ;
- ESF ayant vécu la découverte d'une MFIU en stage de salle de naissances ;
- ESF ayant participé au suivi d'une MFIU en stage de salle de naissances.

Le choix de l'expérience en salle de naissances avait été fait, car c'est en salle de naissances que l'étudiant serait susceptible d'avoir un suivi global et entier de la patiente, plutôt qu'en consultation, par exemple, celle-ci étant limitée dans le temps.

E. Critères de non-inclusion et d'exclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude les ESF de 2ème année, notamment pour la réalisation d'entretiens semi-directifs, ceux-ci n'ayant pas encore effectués de stage au moment du recrutement. Ont été exclus les ESF ayant rencontré une MFIU prise en charge dans un autre service que celui de salle de naissances, ne permettant pas un suivi global dans le temps.

F. Modalités de l'entretien

Dans un second temps, les étudiants volontaires avaient été contactés afin de convenir d'une rencontre. Les entretiens s'étaient déroulés selon les choix des personnes interviewées (dates, lieux, présentiel ou distanciel). Par ailleurs, les gestes barrières avaient été respectés au vu du contexte sanitaire actuel (port du masque, distanciation sociale).

Avant de démarrer l'entretien, un rappel des objectifs et des modalités de celui-ci avait été fait de manière orale. De plus, un document d'information faisant également office de formulaire de consentement (ANNEXE III) avait été distribué et co-signé par les deux parties avant le début de l'échange, avec un exemplaire destiné à l'étudiant et un exemplaire conservé par l'investigateur.

Toutes les interviews avaient été intégralement enregistrées par un dictaphone, afin de faciliter la retranscription écrite et de permettre l'analyse ultérieure. Tous les entretiens menés en présentiel avaient été réalisés uniquement en présence de la personne interrogée et de l'investigateur, dans une pièce isolée. Il en avait été de même pour les entretiens téléphoniques, qui avaient été effectués compte tenu des contraintes géographiques et du contexte sanitaire actuel. La durée d'entretien estimée était d'environ une heure.

Afin de collecter les données nécessaires à l'élaboration de l'étude, un guide d'entretien avec des questions semi-directives avait été réalisé dans le but de structurer les interviews et de les standardiser. Les étudiants interrogés avaient la possibilité de s'exprimer librement et de faire part de leurs questions ou remarques s'ils le souhaitaient.

Au moment de la retranscription, tous les entretiens ont été anonymisés : les notions de lieu et de temps, les noms des établissements hospitaliers dans lesquels se sont déroulés les situations de stage évoqués, les noms/prénoms des sage-femmes citées ont été remplacés par des données neutres.

Un tableau de correspondance avait été réalisé afin de faire correspondre les verbatims avec l'étudiant interrogé, conservé de manière confidentielle. Seuls le sexe, l'âge et l'année d'étude des sujets ont été conservés pour étudier les caractéristiques des personnes interrogées.

Les interviews enregistrées seront détruites à la fin du travail de recherche et sont stockées de manière sécurisée en attendant. La retranscription écrite, quant à elle, est disponible et est stockée informatiquement, notamment sur le réseau interne des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS).

G. Aspects réglementaires et législatifs

Plusieurs outils et éléments ont été mis en place pour respecter la réglementation en vigueur concernant l'élaboration d'entretiens dans le cadre d'une étude.

Dans un premier temps, un protocole de recherche avait été présenté auprès du jury du comité scientifique du 21 janvier 2021, au cours duquel une validation du protocole avait été obtenue afin de débiter ce travail de recherche.

Il est rappelé que la population d'étude était constituée des étudiants sages-femmes de l'École de Strasbourg. Ce travail de recherche entrait donc dans la réglementation MR004 qui stipule que *“ L'identification des personnes incluses dans une étude ne peut être réalisée, dans les bases de données comportant des données de santé à caractère personnel constituées pour la réalisation de la recherche, qu'au moyen d'un numéro d'ordre ou d'un code alphanumérique, établi conformément à l'article 2.2.3 et à l'exclusion de toute donnée à caractère personnel directement identifiante. Seuls les professionnels et ses collaborateurs intervenant dans la recherche dans un centre peuvent conserver le lien entre l'identité codée des personnes concernées par la recherche et leurs nom(s) et prénom(s) (table de correspondance conservée de façon sécurisée).”*

L'accord du Département de la Recherche Clinique et des Innovations (DRCI) a été également demandé, auprès de Monsieur le Docteur CHAYER, chef de projets, afin de faire la démarche auprès du Comité d'Éthique à des fins de publication. Au moment de la rédaction de ce manuscrit, cette demande est en cours d'étude.

Il est rappelé également que les sujets de l'étude avaient donné leur consentement libre et éclairé pour la participation à l'étude et l'enregistrement de l'entretien, notamment par le biais du formulaire de consentement qui avait été signé par les deux parties, comprenant un exemplaire pour l'investigateur et un pour l'étudiant.

Les données collectées avaient été anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de cette étude.

Pour protéger les données recueillies, l'ensemble des entretiens retranscrits sont archivés dans R/échange, réseau interne des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Pour obtenir l'accès à cet outil, une demande d'accès avait été réalisée auprès du Centre Régional d'Informatique Hospitalière (CRIH).

H. Grille d'entretien

Il est à noter que la collecte de certains renseignements généraux (nom, prénom, année de formation) avait été réalisée notamment par le biais du questionnaire d'état des lieux, afin de pouvoir contacter les étudiants volontaires. Ces renseignements généraux avaient été complétés par des questions fermées concernant l'âge de l'étudiant et l'observation du sexe de la personne.

L'entretien débutait avec une question amenant les étudiants interrogés à raconter la situation de MFIU vécu en stage, afin de les immerger dans le thème de l'interview et d'instaurer une relation de confiance. Après obtention de la réponse à cette question, s'en suivait d'autres questions ayant pour but de nous permettre de répondre à notre question de recherche.

Une fois la grille d'entretien construite (ANNEXE IV), celle-ci avait été testée à trois reprises lors d'entretiens exploratoires auprès de collègues étudiants en médecine, en études d'infirmière et en études de sage-femme. Après ces entretiens, des modifications minimales avaient été apportées à la grille d'entretien afin de la rendre plus précise. Ces entretiens exploratoires n'ont pas été pris en compte dans les résultats.

La grille d'entretien avait été réalisée afin d'aborder différents angles autour de la rencontre en stage d'une MFIU. Tout d'abord, le ressenti personnel de l'étudiant vis-à-vis de cette situation était évoqué, puis la relation avec le couple concerné par cette MFIU. Ensuite, des questions étaient posées concernant les potentielles réflexions que l'étudiant avait pu avoir suite à cette expérience en stage. Le rôle de l'équipe soignante dans le vécu de cette situation était également abordé. Les dernières questions concernaient le versant psychologique, notamment avec des questions concernant la consultation d'un professionnel et le recours aux ressources mises à disposition par l'Université et l'École de Sages-Femmes de Strasbourg. Ces questions finales avaient également pour but de faire ressortir les besoins des étudiants sage-femmes de Strasbourg, afin de répondre au mieux à l'objectif secondaire de cette étude.

I. Analyse des données

Pour les entretiens, un codage avait été mis en place, attribué aux différents étudiants sages-femmes ayant participé à ce travail de recherche au moment de l'anonymisation des données. Les entretiens étaient donc codés "ESF" suivi d'un numéro afin que nous puissions les distinguer les uns des autres.

Une fois les entretiens retranscrits, ils ont été analysés par unité de sens. En effet, le codage permettait d'interpréter les propos de la personne interviewée, sans les déformer. Il permettait également de comparer les différents propos des personnes interviewées, qui avaient parfois dit la même chose mais avec des mots différents. Enfin, les différents thèmes retrouvés étaient identifiés dans les discours enregistrés, afin de dégager les différents axes permettant de répondre à notre question de recherche. Le guide d'entretien, catégorisant les questions posées selon les thèmes, les données à recueillir et le lien avec les hypothèses et objectifs de l'étude, nous avait permis de mettre en avant le but recherché en les rattachant aux hypothèses et objectifs concernés. (ANNEXE V)

III. RÉSULTATS

A. Étude quantitative : état des lieux

Il convient de rappeler que ce questionnaire d'état des lieux (ANNEXE II) était réalisé dans un but :

- de recrutement des volontaires pour participer à l'étude ;
- descriptif, en recueillant le nombre d'étudiants ayant déjà rencontré une situation de MFIU en stage ainsi que certains détails tels que l'année de formation au cours de laquelle la situation a été rencontrée, s'ils ont participé à prise en charge, s'ils en ont fait la découverte eux-mêmes et le service dans lequel la MFIU a été rencontrée.

Le questionnaire avait été diffusé à l'ensemble des étudiants de l'École de Sages-Femmes de Strasbourg (ANNEXE II). Tous les étudiants avaient été invités à répondre à ce questionnaire, même ceux n'ayant pas rencontré de MFIU, afin d'obtenir un résultat global sur le nombre total des étudiants de l'école. Durant l'année universitaire 2020-2021, les étudiants sage-femmes étaient au nombre de 132.

Un taux de participation au questionnaire (ANNEXE II) à hauteur de 55% était observé avec 73 réponses complètes obtenues sur 132 étudiants inscrits à l'École de Sages-Femmes pour l'année universitaire 2020-2021.

Afin d'obtenir une vue d'ensemble quant à la rencontre d'une MFIU en stage, une première question avait été posée à ce sujet en demandant aux ESF s'ils avaient déjà rencontré cette situation sur un terrain de stage. Au vu des réponses obtenues, nous pouvions constater qu'il y a presque autant d'ESF ayant rencontré une MFIU (34 ESF/73) que d'ESF n'en ayant pas rencontré (39 ESF/73).

Une deuxième question permettait de visualiser en quelle année de formation les ESF avaient été confrontés à une situation de MFIU. Nous pouvions alors constater que la majorité des étudiants avaient rencontré cette situation principalement durant leur stage de 3^{ème} année (Figure 1).

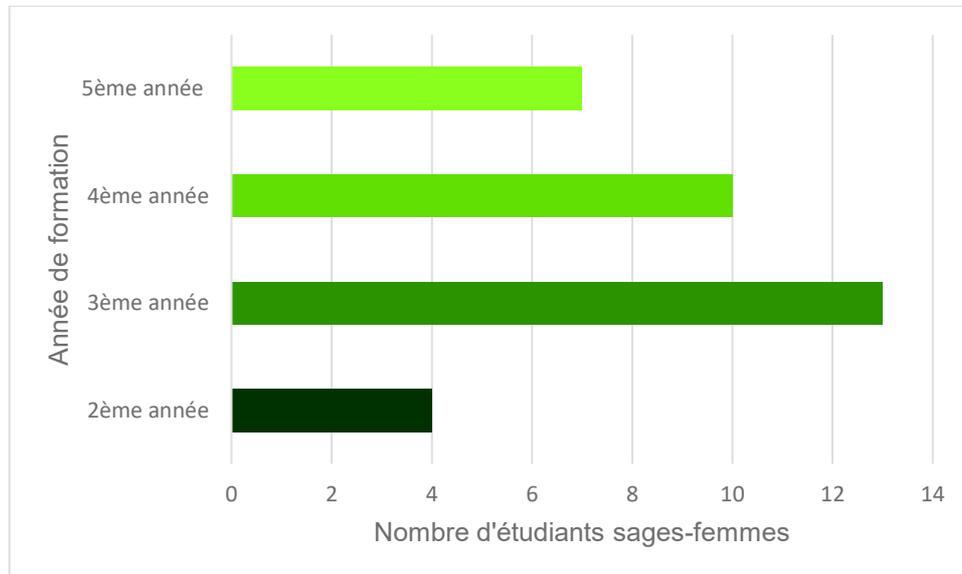
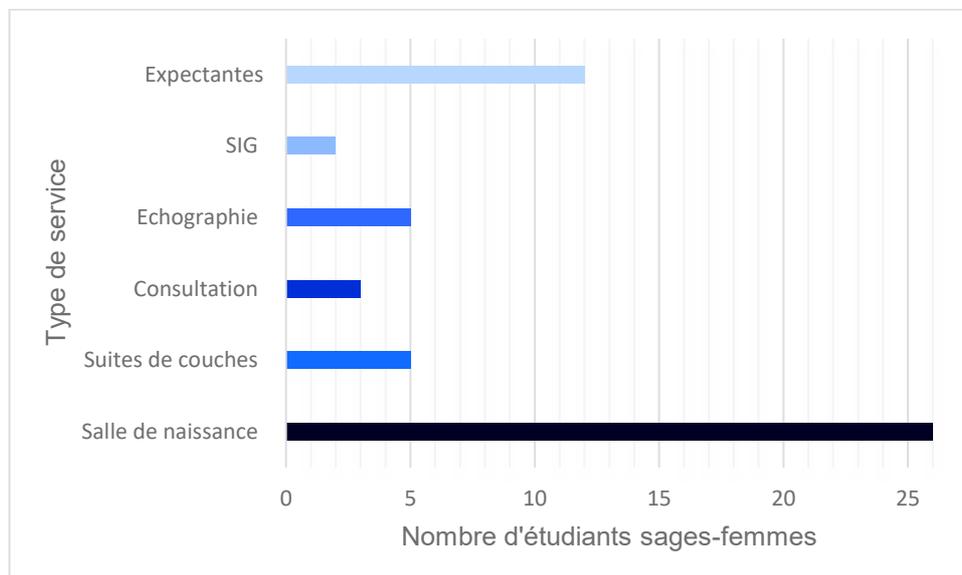


Figure 1 : Répartition de la rencontre d'une situation de MFIU par année de formation

Une prochaine interrogation permettait de visualiser que parmi les 34 ESF ayant vécu une situation de MFIU en stage, 6 ESF avaient eux-mêmes fait la découverte du décès fœtal. Les autres ESF n'étaient pas en première ligne au moment de la découverte et étaient déjà en connaissance de la situation de MFIU avant de prendre en charge la patiente et procéder à son suivi.

La question numéro quatre du questionnaire d'état des lieux (ANNEXE II) démontrait que la majorité des étudiants (21 ESF/34) ayant été confrontés à une situation de MFIU en stage ont pu participer activement à la prise en charge du couple dans ce cadre.

Une prochaine interrogation questionnait les ESF sur la nature du service dans lesquels ils avaient rencontré une MFIU. Cette question permettait de mettre en évidence que les ESF rencontreraient le plus souvent des situations de MFIU en service de salle de naissances (Figure 2).



SIG : Surveillance Intensive de Grossesse

Figure 2 : Rencontre d'une MFIU en stage selon le service

Dans le cadre de leurs stages, des étudiants ont pu rencontrer des situations de MFIU dans plusieurs services différents, cela expliquant l'obtention de 53 réponses à cette question (tandis que le questionnaire présentait 34 ESF ayant rencontré une situation de MFIU en stage).

Une dernière interrogation permettait le recrutement des étudiants volontaires pour participer à l'étude en demandant aux ESF s'ils accepteraient de participer à ce travail de recherche : 25 étudiants s'étaient portés volontaires pour participer à l'étude. Les coordonnées des volontaires avaient été recueillies et les étudiants avaient été contactés. Le premier contact avait alors été effectué par le biais d'un e-mail afin de rappeler l'objet de l'étude réalisée et de convenir d'une date pour réaliser un entretien. Après la réalisation des entretiens test, le temps estimé d'entretien était réduit à 45 minutes. Après réponses à ce mail, 13 entretiens ont été menés (car certains ESF n'avaient pas donné de réponse ou avaient changé d'avis quant à la participation à l'étude).

En somme, huit entretiens avaient été retenus pour le versant qualitatif de ce travail de recherche, les entretiens exclus ne correspondant pas aux critères d'inclusions. Ils étaient au nombre de 5 (Figure 3).

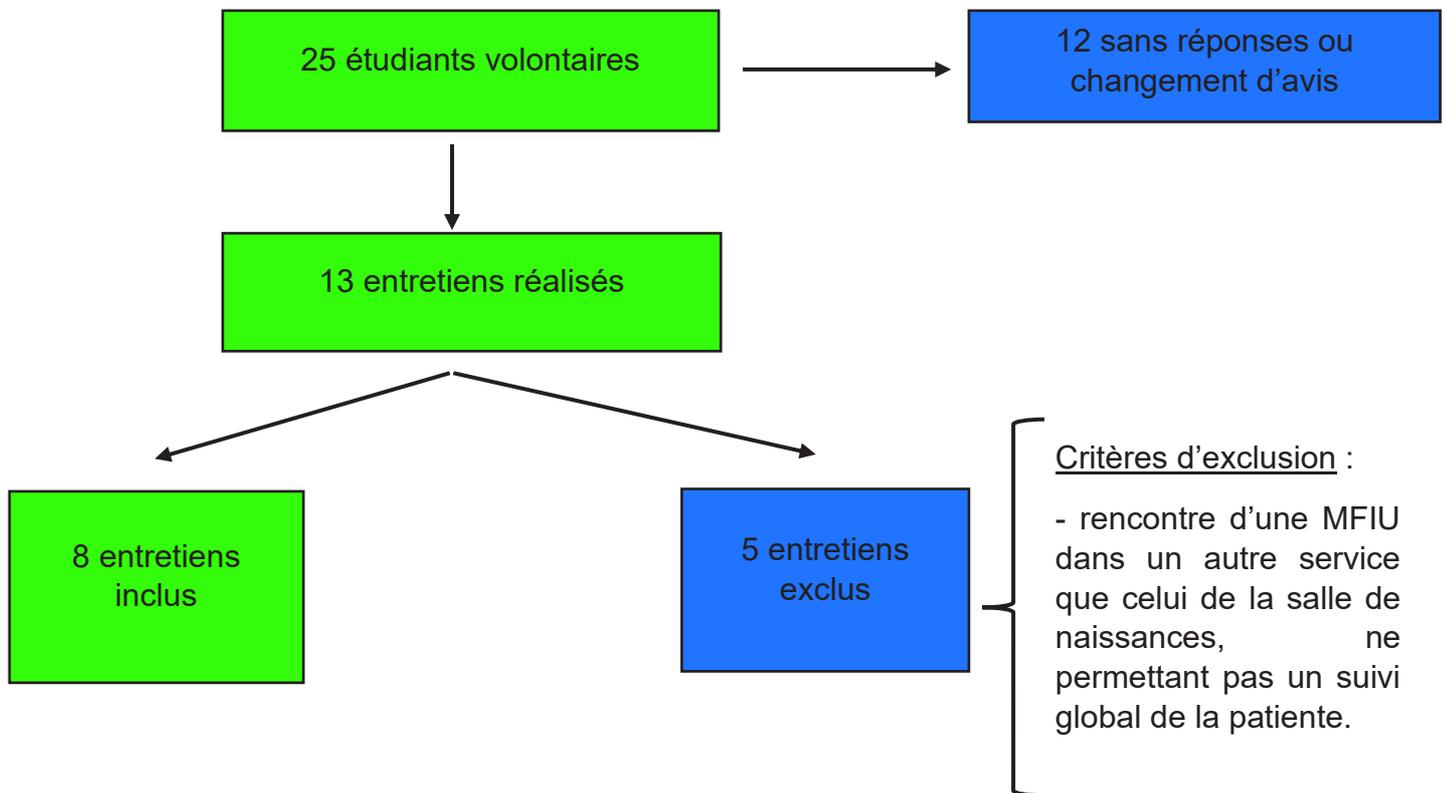


Figure 3: Diagramme de flux

Des entretiens semi-directifs avaient donc été réalisés afin de recueillir le témoignage des étudiants quant à la rencontre d'une MFIU sur leurs terrains de stage.

B. Étude qualitative : entretiens semi-directifs

1. Caractéristiques et descriptif de la population

Les huit entretiens retenus avaient duré entre 8 minutes 46 et 39 minutes 47, pour une durée moyenne sur l'ensemble des entretiens d'environ 20 minutes. Uniquement des femmes avaient été interrogées. La moyenne d'âge était de 23 ans, les personnes les plus jeunes ayant 21 ans et les plus âgées ayant 25 ans au moment des entretiens.

Les étudiantes interrogées, pour l'année universitaire 2020-2021, étaient composées de :

- trois étudiantes en 5ème année
- trois étudiantes en 4ème année
- deux étudiantes en 3ème année.

Il est à noter que 50% des entretiens retenus avaient été réalisés en présentiel, 50% en distanciel compte-tenu des contraintes géographiques et du contexte sanitaire.

Nous rappelons que nous avons cherché à évaluer l'impact de la mort fœtale in utéro dans le vécu en stage des étudiants sages-femmes de Strasbourg. Pour cela, nous les avons interrogés sur leur expérience passée en stage en salle de naissances. Nous les avons également questionnées quant à leurs besoins vis-à-vis de cette situation rencontrée sur le terrain afin de les identifier et répondre au mieux à notre objectif secondaire qui était le suivant : proposer un livrable avec la mise en place d'une activité ou d'un support de communication visant à accompagner les étudiants, au sein de l'École de Sages-Femmes de Strasbourg.

2. La narration du récit

i. La gestuelle

Durant les entretiens menés en présentiel, plusieurs signes non verbaux avaient marqué notre attention. En effet, sur les quatre entretiens menés en présentiel, la moitié des personnes interrogées avaient les jambes qui bougeaient en continu. De plus, des baisses de regards (4 ESF/4) et des mouvements et gestes des mains (2 ESF/4) avaient été remarqués.

ii. La diction

Concernant la narration du récit, elle était majoritairement fluide. Néanmoins, dans la plupart des récits des étudiants, des pauses de quelques secondes ainsi que des silences étaient retrouvés, notamment avant la narration de moments suscitant de la tristesse et précédant l'expression de sentiments personnels de l'étudiant devant la situation de mort fœtale in utero. Les passages suivants illustrent ces notions :

« *C'était ce qui m'a le plus marquée parce que je ne pensais pas que... *pause*, moi qui suis habituée à une naissance avec des cris puis l'émotion des parents* » - ESF5 ; « *ce n'était pas... *pause* c'était... *pause* des fois, encore maintenant, quand *le prof* nous fait des interventions [...], j'ai limite envie de repleurer* » - ESF4 ; « *J'étais plus active dans tout ce qui est gestes techniques et ... *pause* mais franchement je ne savais pas trop où me mettre j'avoue, je ... *silence** ».

Dans les récits d'expériences vécues en stage des ESF 4, 5 et 6, il avait été remarqué qu'un rire nerveux était émis à des moments où l'étudiant abordait la situation dans laquelle il se trouvait ou bien quand il parlait de la mort fœtale en elle-même, voire même lorsqu'il évoquait ses sentiments vis-à-vis de la situation, comme en peuvent témoigner les passages suivants :

- Verbatim 4 : « *je me suis retrouvée dans cette pièce avec ce bébé mort *rire** » / « *j'ai tout de suite vu que le cœur ne battait plus *rire** » / « *en fait, le bébé était mort depuis longtemps *rire** » / « *Là, elle s'est mise à hurler de douleur. Je n'ai jamais entendu un hurlement comme ça *rire** »

- Verbatim 5 : « *c'était son premier jour de garde dans cet hôpital aussi, elle (la sage-femme encadrante) a été mutée en fait *rire** » / « *c'était super dur pour moi *rire** » / « *j'avais limite les larmes aux yeux *rire** » / « *je suis rentrée dans la voiture et pouf je me suis effondrée *rire** »

- Verbatim 6 : « *c'était le matin et quand je lui ai pris la tension elle faisait des pics à 18/10, enfin des trucs un peu hauts *rire** » / « *j'ai quand même vite mis les BDC (Bruits du cœur) et là je ne les trouvais pas mais je ne me suis pas trop inquiétée encore *rire** » / « *elle a vu qu'il n'y avait pas de battements du cœur et elle était silencieuse, c'était trop bizarre *rire** »

3. L'expérience de la mort fœtale in utéro en stage

i. Contexte

Sur l'ensemble des entretiens menés, quatre entretiens portaient sur le suivi d'une mort fœtale in utéro (verbatim 3, 4, 5, et 8) et cinq sur la découverte d'une mort fœtale in utéro (verbatim 1, 2, 4, 6, 7). En effet, l'ESF 4 avait raconté spontanément les 2 situations de MFIU qu'elle avait rencontrée en stage : une portant sur la découverte d'une MFIU, l'autre sur le suivi d'une MFIU.

- Circonstances de la découverte

Tableau 1 : Récapitulatif des circonstances de la découverte de la MFIU par les ESF

	ESF 1	ESF 2	ESF 4	ESF 6	ESF 7
Année de formation du récit	4 ^{ème}	4 ^{ème}	2 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}
ESF seule au moment de la découverte ?	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Terme	38/39 SA	« A terme »	27 SA	37 SA	20 SA
Motif de la consultation en urgence	Diminution des MAF MFIU découverte au CTG	Début de travail MFIU découverte au CTG	Diminution des MAF (fœtus trisomique) MFIU découverte à l'échographie	Hospitalisation pour TA haute + surveillance tracée MFIU découverte au CTG de contrôle durant l'hospitalisation	Gêne au niveau du vagin MFIU découverte suite à un examen clinique
1 ^{ère} MFIU rencontrée ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

ESF : Etudiant Sage-Femme ; MAF : Mouvements Actifs Fœtaux ; CTG : cardiocotographe ; MFIU : Mort Fœtale In Utéro ; SA : Semaines d'Aménorrhées

Parmi les ESF ayant fait la découverte d'une MFIU, deux d'entre elles avaient également effectué le suivi et l'accouchement de la patiente : l'ESF 2 et l'ESF 7.

- Suivi d'une MFIU

Concernant le suivi global d'une MFIU, quatre étudiantes avaient partagé leur expérience. Contrairement aux autres étudiantes, au moment de prendre en charge la patiente, celles-ci avaient connaissances de la MFIU et n'en avaient pas fait la découverte.

Le tableau suivant permet une visualisation globale sur les suivis MFIU par les ESF.

Tableau 2 : Récapitulatif des circonstances des suivis de MFIU par les ESF

	ESF 3	ESF 4	ESF 5	ESF 8
Année de formation du récit	5 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	3 ^{ème} année
Terme	6 ^{ème} mois	21 SA	37 SA	18 SA
Suivi du travail avec ou sans accouchement ?	Avec	Avec	Avec	Avec
1 ^{ère} MFIU rencontrée ?	Oui	Non	Oui	Oui

MFIU : Mort Fœtale In Utéro ; SA : Semaines d'Aménorrhées

Dans les verbatims, il en était ressorti que dans toutes les situations de stage rencontrées et dont un suivi avait été réalisé par l'étudiante, celui-ci avait toujours fait suite à la demande de l'étudiante elle-même. Les motivations étaient multiples. Certains étudiantes le faisait car elles se sentaient légitimes de le faire étant donné qu'elles étaient présentes auprès de la patiente au moment de la découverte, mais également à des fins d'apprentissages comme dans le verbatim 5 où l'étudiante nous confiait que « *c'est peut-être égoïste mais je me suis dit heureusement que ça s'est passé quand j'étais étudiante parce que déjà je n'avais pas tout le côté administratif à gérer et en plus si je fais une boulette, ce n'est pas que je suis couverte mais j'apprends donc ce n'est pas là qu'on va pouvoir me le reprocher* ».

- Ressenti global des étudiants sages-femmes face à la MFIU

Les étudiantes en stage étaient confrontées à de multiples sentiments et émotions lors de la rencontre d'une mort fœtale in utéro.

Nous remarquons une évolution au niveau des sentiments et émotions ressentis et verbalisés. En effet, dans le cadre de la découverte de la MFIU, l'étudiante accueillait tout d'abord la patiente de manière habituelle comme en témoigne, par exemple, le verbatim numéro 1 : « *Du coup, moi je l'ai accueillie et j'aime bien combler les blancs et tout, et j'avais demandé [...] si c'était une petite fille ou un petit garçon, [...] le temps d'arriver dans la salle du monitoring* ». S'en suivait alors des émotions telles que l'anxiété tout d'abord vis-à-vis de la recherche des bruits du cœur au CTG. Ensuite, un sentiment d'anxiété se poursuivait, s'ajoutant à cela un sentiment de difficulté et d'impuissance. Enfin, des émotions plus positives ressortaient en fin de narration. Ainsi, nous observons de la satisfaction chez certaines étudiantes, mais celle-ci se voyait accompagnée d'un sentiment de culpabilité ou de tristesse.

Tableau 3 : Classification des sentiments ressentis et verbalisés par les ESF face à une situation de MFIU rencontrée en stage

Dans ce tableau, les mots-clés et citations concernant les sentiments verbalisés tout au long des récits avaient été catégorisés.

	Anxiété	Tristesse	Difficulté	Impuissance	Culpabilité	Satisfaction
ESF1	-“flipper” -avoir un coup de chaud	-se sentir pas bien	-compliqué -difficile	- « <i>j’avais envie d’être partout sauf ici</i> »	-s’en vouloir	- « <i>c’est chouette aussi de les accompagner dans ce genre de moment</i> »
ESF2	-panique -déstabilisée -mise en retrait	-pleurer	-ne pas savoir où se mettre -ne pas comprendre ce qui se passait -incompréhension	-ne pas savoir quoi faire -être démunie - « <i>je n’arrivai à rien</i> »		- « <i>se rendre compte de notre importance dans la prise en charge de la femme en tant que sage-femme</i> » -affirmation en tant qu’ESF -être capable/avoir les épaules pour
ESF3	-appréhension -faire attention à ce qu’on dit -pas le droit au faux pas -être prudent	- « <i>c’était difficile émotionnellement</i> »	-difficile -pas évident -délicat			-être contente de la prise en charge et de l’accompagnement du couple et être intégrée -sentiment de satisfaction -se sentir capable -considération de la part du couple - « <i>bon souvenir quand même</i> »

ESF4	-retrait	-pleurer -lâcher prise	-bizarre	- « <i>je n'ai rien dit</i> »		-impliquée - « <i>ils me regardaient moi aussi</i> »
ESF5	-appréhension - questionnement -faire attention à ce qui est dit -crispée	-triste -larmes aux yeux -émouvant -effondrée -deuil	-difficile	-ne pas savoir quoi dire, quoi faire -ne pas savoir comment se comporter	-regret	-beau moment -confiance
ESF6	-peur -inquiétude	- « <i>ce n'est pas possible</i> »	-bizarre	-ne pas savoir quoi faire -ne pas savoir quoi lui dire (à la patiente)		- « <i>je pourrai le faire et j'ai pu le faire par la suite et je me dis que ça fait partie du métier</i> »
ESF7	-bloquée -dépourvue	-triste	-compliqué -incapacité à nouer un lien	-ne pas réussir à parler -ne pas savoir quoi dire -être démunie	-regret	-garder le contrôle
ESF8	-démunie	-difficile à encaisser	-compliquer	-impuissance		-beauté de l'accompagnement d'une naissance, même dans le cadre d'une MFIU

ii. Relation ESF/patient - couple

- Impact de l'émotion/du vécu du couple sur les émotions de l'ESF

Dans la majorité des récits, nous pouvions remarquer un lien entre l'émotion ressentie par les ESF et celles ressenties par la patiente ou le couple qu'ils accompagnaient dans le cadre d'une MFIU : nous pouvions dire que les sentiments de l'ESF et de la patiente étaient "en miroir". L'expression des sentiments était par ailleurs exacerbée par les patientes au moment de la découverte de la MFIU, se traduisant notamment par un mutisme, un hurlement ou un effondrement complet dans les différents récits, comme le démontraient les passages suivants, issus des différents verbatims :

- Verbatim 6 : « *elle a vu qu'il n'y avait pas de BDC et elle était silencieuse* » ; « *elle s'était effondrée [...] le papa s'est effondré* »

- Verbatim 1 : « *on a échangé quelques phrases de temps en temps mais il y a eu des gros moments de blanc* »

- Verbatim 4 : « *là elle s'est mise à hurler* »

- Verbatim 7 : « *elle ne pleurait pas, elle ne parlait pas non plus, elle était froide* »

- Notion de ne jamais oublier

Dans certains récits, malgré le fait que certaines situations s'étaient passées il y a quelques années, des étudiantes parlaient de faits très précis, notamment de certains détails qu'elles disaient ne jamais oublier dans le futur. Par exemple, l'ESF 4 énonçait : « *c'est le cri de douleur de la mère (ce qui m'a marqué), que j'entends toujours en fait, comme si c'était hier et je pense que ça ne partira jamais* ».

Dans le cadre du suivi d'une MFIU en salle d'accouchement, les ESF évoquaient l'acceptation du couple vis-à-vis de la situation et la maîtrise de leurs émotions. C'était notamment au moment de la rencontre avec leur bébé que les émotions ressenties par la patiente ou le couple étaient les plus marquants pour les étudiantes. Pour illustrer cette notion, nous pouvions citer le verbatim 5 : « *C'est délicat à dire *rire* mais c'était un moment très beau et très triste à la fois parce que tu voyais le regard entre la mère finalement et la fille, même si elle est décédée et c'était juste... enfin il y avait cette émotion là où y avait le silence absolu dans la salle et j'ai reculé de deux pas* » et le verbatim 3 : « *je trouve que ça a été peut-être le plus difficile parce que c'est là que... enfin c'était le moment de la rencontre avec leur enfant* ».

- Place de l'ESF auprès des patients dans le cadre d'une MFIU

- Place que la sage-femme (SF) lui donne :

Nous remarquons que les ESF marquaient l'importance de la place que lui donnait la SF qui l'encadrait. Cette place accordée les valorisait dans cette situation de stage qui n'était pas toujours facile à vivre pour les étudiantes. Le passage suivant illustre cette notion, issu du verbatim 3 : « *la SF a tout de suite accepté que je prenne en charge cette dame. Je dirai que c'était plus une question rhétorique pour elle. [...] Déjà j'ai trouvé que ça, le fait que ce soit une normalité et que mon encadrement ne soit pas un poids pour la SF c'était réconfortant. Pour l'auxiliaire de puériculture, c'était aussi normal pour elle que je sois là donc elle ne m'a pas fait sentir comme une charge pour elle non plus. [...] ça met à l'aise je trouve dans une situation qui est déjà compliquée. [...] elle m'a laissé les prendre en charge comme les autres couples, elle nous laisse une place de collègue plus qu'une place d'étudiante* ».

- Reconnaissance de l'ESF en tant que professionnel de santé par le patient :

La reconnaissance de l'ESF en tant que professionnel de santé par le patient était également un élément valorisant pour elles, leur permettant de prendre confiance en elles, comme le démontrait les passages suivants : « *la SF me prenait vraiment à côté d'elle, les parents me regardaient aussi quand ils avaient des questions, ils me regardaient moi aussi et pas juste la SF* » - ESF4 ; « *elle se confiait beaucoup plus facilement à moi et directement à moi au fil des heures* » - ESF5 ; « *quand je me suis présentée à eux, ça leur semblait évident que j'accompagne la SF parce qu'ils n'ont pas sourcillés ou quoi pour me dire oui. Ils ont tout de suite dit bien sûr pour que je les accompagne. [...] Je trouve que j'ai tout de suite été intégrée dans la prise en charge : moi en tant qu'étudiante, ils me regardaient autant que la sf, ils me considéraient autant que la SF* » - ESF3

- Notion de place privilégiée auprès des patientes et au sein de l'équipe :

Il en ressortait souvent que le fait d'avoir rencontré cette situation en tant qu'étudiante représentait un réel avantage notamment car, en tant qu'étudiante, il n'y avait pas de préoccupation concernant le côté administratif : l'étudiante pouvait se concentrer sur la prise en charge médicale et psychologique de la patiente. L'importance également d'assister aux soins dispensés à l'enfant mort-né était notifié. Les étudiantes énonçaient le fait que ça leur permettait d'appréhender moins le cas d'une MFIU rencontrée en tant que jeune diplômée sans avoir eu d'expérience auparavant.

- Retrait complet :

Bien que des points positifs en ressortaient, certaines étudiantes exprimaient un retrait constant, tout au long de la prise en charge de la patiente et du couple, notamment par la peur de mal agir ou de dire quelque chose qu'il ne faudrait pas, mais aussi par la peur de ne pas avoir l'attitude adaptée. Cette notion pouvait être illustrée par la citation du verbatim 7 : « *En fait, moi je n'ai pas vraiment fait d'action, j'ai juste fait la prise de sang et même pendant la prise de sang, je n'arrivais pas à m'exprimer.* » et du verbatim 8 : « *je ne faisais rien de particulier mais je pense qu'ils m'ont vu un peu au pire moment* ».

- Importance de la communication (avec l'équipe et le couple) :

Les entretiens menés avaient permis de mettre l'accent sur l'importance de la communication, autant avec l'équipe qu'avec le couple. En effet, l'ESF7 avait été confrontée à une situation de MFIU où la patiente ne parlait pas. De ce fait, elle énonçait que la relation avec la patiente n'avait pas évoluée car elles ne communiquaient pas ensemble. Cette même étudiante partageait également le fait qu'elle avait été encadrée sur le côté technique par la gynécologue de garde mais aucun encadrement psychologique avait été réalisé. Elle énonçait aussi qu'avoir reparlé de cette situation avec la SF par après aurait pu l'aider, ce qui n'avait pas été fait : « *parce qu'après ça, on n'en a plus jamais parlé de cette histoire, on en a plus du tout parlé.* ».

L'importance de la communication avec l'équipe était d'autant plus démontrée, par exemple, par le verbatim 8 où l'étudiante disait que : « *ils (les membres de l'équipe) ont été vraiment super entourant. Ils étaient vraiment très pédagogues. Ils ont vu que cette garde a été très compliquée, notamment vis-à-vis de cette mort fœtale. [...] Elles ont contacté la cadre pour qu'elle m'envoie un mail en me disant qu'on pouvait en discuter s'il le fallait* ». L'ESF 2 partageait également : « *j'ai eu toute l'aide qu'il fallait. Voilà, je suis sortie, je n'étais pas bien, y a tout de suite des SF qui sont venues vers moi, qui m'ont rassurées, m'ont dit que je n'y étais pour rien.* »

iii. Impact professionnel

- Réflexion sur le métier

Toutes les étudiantes citaient l'idée reçue que le métier de sage-femme était le plus beau métier du monde. De cette idée reçue, les personnes interrogées faisaient le constat que le métier de sage-femme était très idéalisé et que la mort fœtale in utero faisait partie intégrante de la profession comme en peut le témoigner le passage suivant « *je me suis dit, oui on ne fait pas forcément le plus beau métier du monde* ».

Cette partie du métier était peu connue par les étudiantes, notamment au moment leur entrée en formation de sage-femme. Bien qu'elles sussent que cela existait, la MFIU finissait par être une expérience en stage qui les poussaient à réfléchir sur leur future profession, non pas dans un but d'abandon, mais plutôt dans le but du rôle de la SF auprès des couples, et sur comment elles pouvaient les accompagner au mieux, comme le montre ce passage issu du même entretien que la citation précédente : *« Après, finalement, c'est chouette de les accompagner aussi dans ce genre de moment. On se rend compte aussi que le rôle de la sf est d'autant plus important dans ces moments-là ».*

- Réflexion sur soi-même

La majorité des étudiantes passaient par un moment de réflexion sur soi-même, notamment concernant leur capacité émotionnelle de prendre en charge un couple vivant une situation de MFIU. Avec du recul, à cette réflexion en ressortait systématiquement une affirmation : elles sont capables de le faire et elles veulent le faire comme le montre ce passage : *« je me suis demandée si j'étais capable de faire ce genre de chose toute seule. Et oui, je me sens capable de prendre en charge des patientes avec ce genre de situation ».* Cette situation avait permis aux étudiantes interrogées de se rendre d'autant plus compte de l'importance d'une sage-femme dans la prise en charge des couples vivant une MFIU.

- Changement d'attitude et de pratique

Ces expériences vécues en stage induisaient des changements chez les étudiantes sages-femmes. Les principaux changements portaient notamment sur l'écoute des patientes, comme peuvent en témoigner les passages suivants :

- ESF 7 : *« être plus dans l'écoute, même si pour une patiente tout se passe bien pour elle. [...] Là par exemple, la patiente, ça m'a vraiment fait bizarre qu'elle ne parle pas. Du coup, même si moi j'aurai aimé dire des choses, ça n'aurait servi à rien parce qu'on ne peut pas savoir ce qu'elle, elle ressent. Maintenant, dans ma prise en charge, je suis plus dans l'écoute des patientes : prendre en considération ce qu'elles disent, ce qu'elles ressentent et ce qu'elles pensent. »*

- ESF 5 : *« De prendre en compte énormément la parole des patientes et surtout sur le plan psychique ».*

Des changements concernant l'implication personnelle auprès des patientes avaient également été constatés :

- ESF 4 : « *j'ai senti des changements sur le fait de l'implication personnelle parce que je pense que c'est cette expérience-là qui m'a aidé à mettre plus de barrières entre guillemets au moment des accouchements que j'ai eu que ce soit MFIU ou IMG* ».

- ESF 8 : « *Je me suis dit qu'il fallait quand même que je prenne du recul et que je garde un œil un peu extérieur à tout ça parce que sinon psychologiquement ça allait être trop compliqué* ».

Des changements de pratique étaient également mis en évidence, notamment sur l'accueil des patientes aux urgences et sur l'analyse des tracés :

- ESF 1 : « *La diminution des MAF, je la prends en charge très rapidement et pas du tout de la même manière, je le prends plus du tout à la légère comme je le prenais* ».

- ESF 6 : « *C'est vrai que depuis, avec les tracés des dames, je suis beaucoup plus stressée que d'autres SF qui ne stressaient pas pour ce genre de choses* ».

L'ESF 3 exprimait également un changement quant à sa posture auprès des patientes : « *je trouve que je suis un peu plus posée avec les femmes, et je suis moins dans l'urgence quand il n'y a pas d'urgence, je suis moins dans "le faire vite"* ».

- Vocation

Toutes les étudiantes n'avaient émis aucun doute quant à leur projet de devenir sage-femme. Pour la plupart, cette expérience avait même pu consolider leur souhait de devenir sage-femme et leur rendre compte de leur importance auprès des couples, d'autant plus dans le cadre d'une situation de MFIU.

Cette notion était illustrée par les passages suivants :

- ESF 2 : « *je ne me suis jamais dit c'est trop dur j'arrête* »

- ESF 4 : « *je me suis dit que ça me confortait de faire encore plus, parce que pouvoir accompagner les parents dans ces moments-là aussi [...] c'est aussi quelque chose qui me plaît [...] limite je me sens plus utile dans ces moments-là que quand ça se passe bien* »
- ESF 8 : « *je trouve que c'est tout aussi beau que d'accompagner une naissance, du moins c'est tout aussi important.* »
- ESF 5 : « *ça n'a pas changé ma vision sur le métier de SF* »
- ESF 6 : « *ça ne m'a pas freiné dans le fait que je veuille être sage-femme [...] Je pourrai le faire et j'ai pu le faire par la suite et je me dis que ça fait partie du métier* »
- ESF 3 : « *À l'heure d'aujourd'hui c'est une question qui ne se pose pas pour moi, je pense que le métier de SF c'est quelque chose que ... enfin on doit être autant capable d'accueillir la vie que la mort et d'accompagner la femme, peu importe l'épreuve qu'elle traverse, on doit accompagner la femme et le couple. [...] Je ne m'étais jamais vraiment posée la question avant mon entretien d'embauche parce que pour moi c'est évident quoi, tu accompagnes les femmes, peu importe ce qu'elles vivent* ».

iv. Impact psychologique et personnel

Bien que cette expérience marquante vécue par les étudiantes sages-femmes ait été douloureuse et compliquée d'un point de vue émotionnel, il en ressortait globalement un retour très positif mais majoritairement après avoir mis des mots dessus. Ces entretiens avaient également démontré le bénéfice des travaux de l'École de Sages-Femmes, comme le portfolio du partage d'expériences, notamment avec les collègues de promo, ou alors le fait d'en parler avec ses proches. L'importance de la communication avait donc été mis en évidence. Ainsi, certaines étudiantes avaient partagé que la libération de la parole leur avait permis de faciliter leur processus de deuil. Certaines ESF en discutaient avec leur famille comme par exemple l'ESF 1 « *Moi, ma psy pendant mes études c'était ma maman. J'en ai très rapidement parlé mais pas tout de suite* ».

D'autres en discutaient avec leurs amis, mais n'attendaient rien à retour car n'ayant pas vécu une situation similaire, ceux-ci ne pouvaient pas réellement les reconforter et comprendre : « *Par exemple, j'en parlé à X. Je lui en ai parlé bien après et au moment où je lui ai raconté mon expérience, je lui ai dit "j'ai quand même mis énormément de temps à passer à autre chose" mais c'était pas du tout dans l'espoir d'avoir du réconfort* » - ESF5 ; « [...] *c'est bien parce qu'ils m'entendent mais ils ne peuvent pas trop me comprendre* » -ESF4.

Certaines en discutaient avec la sage-femme encadrante ou la cadre de service, ce qui leur avait permis de se sentir entouré.

v. Encadrement des ESF en stage dans le cadre d'une MFIU

Concernant l'encadrement des ESF en stage, dans le cadre d'une MFIU, les retours étaient globalement positifs. Les quelques retours négatifs étaient notamment causés par la jeunesse de la sage-femme encadrante, par l'activité en salle de naissances ce jour ou alors "l'indifférence" de la sage-femme encadrante par rapport à la situation, dues à ses années d'expérience et l'habitude de rencontrer cette situation sur le terrain comme le montrait par exemple le passage suivant : « *J'avais l'impression que c'était toujours comme ça, que ça arrivait souvent et que c'était limite normale. Quand elle (la sage-femme) m'a encadrée, elle reflétait comme si elle avait l'habitude [...] je ne sais pas comment expliquer mais c'était banal en fait* ». Le vécu de la situation d'une MFIU en stage était donc en parti dépendant également de l'encadrement des étudiants sur le terrain.

vi. Ressources mobilisées

Toutes les étudiantes avaient déclaré ne pas avoir eu recours aux ressources disponibles pour discuter de leur ressenti vis-à-vis de la MFIU rencontrée en stage. En effet, aucune étudiante n'avait suivi de psychothérapie, n'avait eu recours au Centre d'Accueil Médico-psychologique Universitaire de Strasbourg (CAMUS) proposé par l'Université ou au groupe de parole proposé par l'école. En effet, toutes disaient que le partage d'expérience avec les sages-femmes ou les collègues de promo notamment lors des sessions de retour de stage ou avec les membres de leur famille était suffisante. Par exemple, l'ESF 1 nous avait confié « *je sais que cette situation, c'est une situation que j'avais raconté pendant les retours de stages à l'école mais le reste non, [...] je n'en ai pas forcément ressenti le besoin* ».

4. Besoins des étudiants

Parmi les besoins des étudiants, plusieurs points et remarques ont été partagés. Dans la majorité des entretiens, il en ressortait que les étudiantes sentaient un manque de préparation. En effet, les enseignements concernant la MFIU étaient majoritairement dispensés en dernière année de formation. Or, comme le questionnaire avait pu le mettre en évidence, la majeure partie des étudiants rencontraient une situation de MFIU bien avant la 5^{ème} année de la formation de sage-femme. Ces enseignements et interventions sur la MFIU avaient manqué aux ESF ayant rencontré une situation de MFIU plus tôt dans le cursus comme en témoignaient les passages suivants : « *On a eu un cours bien après. On n'y peut rien si ça nous arrive avant mais peut-être avoir eu le cours sur le deuil périnatal ça aurait pu m'aider à ce moment-là* » - ESF6 ; « *Moi, ce qui m'a un peu gêné, c'est le fait qu'on n'ait pas eu de cours sur ça, qui expliquait la prise en charge, comment prendre du recul par rapport à ça, etc...* » - ESF7. Néanmoins, quasiment toutes les étudiantes avaient mis un point d'honneur concernant les sessions de retour de stage dispensées à l'école et l'élaboration du travail du portfolio, qui avaient présenté un réel bénéfice pour les ESF dans le processus de deuil : « *J'ai fait mon travail de portfolio sur ça [...] ça m'a permis d'approfondir et ça a été bénéfique pour moi* » - ESF6 ; « *L'histoire du storytelling [...] avec le portfolio, [...] c'est un truc qui m'a servi dans le fait de passer à autre chose dans cette situation-là, de mettre des mots sur ce qui s'est passé, sur ce que j'ai ressenti, [...] ça m'a fait un bien fou !* » - ESF5.

Les remarques concernant les cours et la formation avaient été transmises à la directrice de l'école durant une réunion concernant le retour d'expérience des étudiants en 5^{ème} année sur les années de formation à l'École de Sages-Femmes de Strasbourg.

L'avis des étudiantes avait été pris en compte concernant notre objectif secondaire ayant pour objectif de proposer un support ou une activité à mettre en place à destination des étudiants ayant vécu une MFIU ou alors en tant que préparation à la rencontre éventuelle d'une MFIU en stage.

Plusieurs idées ont émergé de ces entretiens que nous développerons dans la prochaine partie : la mise en place d'un étudiant référent et la mise en place de jeux de rôle.

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

A. Rappel des principaux résultats

Les résultats du questionnaire d'état des lieux démontraient que l'expérience de la mort fœtale in utéro en stage était marquante et souvent rencontrée en stage par les étudiantes sages-femmes.

Les résultats des entretiens, eux, mettaient en évidence que la situation de MFIU engendrait chez les étudiantes tout un cheminement de pensées en traversant diverses émotions allant de l'angoisse à la satisfaction finale d'avoir été présentes au côté du couple pour l'accueil de cet enfant né sans vie. La plupart du temps, une relation de confiance se construisait avec l'équipe soignante et le couple, relation importante dans le vécu en stage des ESF. Ces situations de MFIU amenaient alors l'étudiant à se questionner quant à sa future identité professionnelle, sur soi-même, et sa pratique professionnelle. Toutes les étudiantes, sans exceptions, en tiraient un bénéfice de cette expérience, bien qu'elle ne fût pas toujours bien vécue sur le moment.

B. Analyse

Durant l'analyse des entretiens menés et des résultats obtenus, la communication était une notion mise en évidence à plusieurs reprises. Bien que la définition consensuelle consiste en l'action de communiquer, comme un échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse, nous allons ici aborder plusieurs déclinaisons de la communication dans l'analyse des résultats obtenus (16). Notre analyse s'articulera donc autour de la communication

1. La communication non verbale et paraverbale

Dans un premier temps, lors de la réalisation des différents entretiens, plusieurs éléments ont suscité notre attention. En effet, sur la totalité des interviews réalisées en présentiel, nous avons pu remarquer que la moitié des personnes interrogées avaient les jambes qui bougeaient en continu. De plus, des baisses de regards et des mouvements et gestes des mains, couramment qualifiés de "jouer avec les mains" ont été constatés. Ces éléments sont par ailleurs désignés comme des signes non verbaux.

D'un point de vue psychologique et au travers d'un article de Agnieszka Hennel-Brzozowska portant sur la communication verbale et paraverbale, ces signes non verbaux sont définis comme étant des mouvements du tronc, des jambes, des gestes de mains et des mouvements de tête, appelés aussi comportements cinétiques (17).

Contrairement à la définition consensuelle proposée dans le dictionnaire, la communication non verbale n'emploie pas la parole. Certains auteurs comme Argyle préfèrent nommer ce type de communication comme le langage de corps ou "bodily communication", car plusieurs signes non-verbaux sont exprimés à travers les gestes et les mouvements des parties déterminées du corps. Différents processus vastes et hétérogènes constituent la communication non-verbale tout en ayant des propriétés communicatives. Ceux-ci sont visibles, en passant par les comportements les plus flagrants comme l'aspect extérieur, les relations spatiales avec les autres et les mouvements du corps, jusqu'aux comportements les plus discrets comme les expressions visibles sur le visage, les regards et contacts visuels et les intonations de la voix. Les intonations de la voix qui accompagnent les expressions verbales, elles, sont qualifiées de communication paraverbale mais appartiennent néanmoins aux signes non verbaux. Il est important de retenir qu'une bonne partie de ces signes sont inconscients (17). Dans le cadre de notre étude, ces signes non verbaux sont intimement liés à l'expression d'une expérience difficile en stage. Ainsi, ces signes non verbaux ou comportements cinétiques sont la traduction dans ce cas de l'expression inconsciente d'un sentiment de mal-être ou d'inconfort vis-à-vis de la situation vécue en stage par les ESF. Ces signes seraient alors le reflet de la difficulté émotionnelle que l'étudiant a traversé dans le cadre de sa situation de stage.

Par ailleurs, le silence et la pause peut être également qualifiés comme un instrument de communication, bien que difficile à interpréter. Près de la moitié de nos entretiens présentent des moments de silence, comme par exemple les passages tels que « *tu voyais le regard entre la mère finalement et la fille, même si elle est décédée et c'était juste ...* » - ESF5, « *quand ils arrivent en salle d'accouchement et qu'on provoque l'accouchement, parce que j'ai eu pas mal de ...* » - ESF 1, « *ce n'était pas... c'était... oui...* » - ESF 4 . Goldman-Eisler, psychologue, a notamment étudié les fonctions communicatives du silence. La pause, selon lui, dans la narration précède la présentation d'informations en grande quantité ou alors des énoncés complexes.

Une classification du silence à l'intérieur d'une conversation a été développée en 1974 par H. Sacks, E. Schegloff et G. Jefferson, tous trois sociologues. Ainsi, la distinction entre une pause dite "gap" – quand un parlant prend son tour -, un silence dit "lapse" – quand aucun des interlocuteurs ne parle et la conversation s'interrompt – , un silence dit "pause" qui dénote un retard du partenaire à la suite d'une demande, d'une question, d'un salut, peut être réalisée (17- 18). Néanmoins, l'analyse des silences reste complexe car ce qui n'est pas dit est d'autant plus difficile à interpréter. Cependant, dans le cadre de notre étude, les entretiens abordent l'expérience passée et le vécu parfois très difficile pour ces ESF d'une MFIU. Le silence ou la pause serait alors un mécanisme de défense quant à l'expression des sentiments ou alors une pause nécessaire pour continuer l'histoire et rassembler les informations à transmettre à l'investigateur, voire même un silence pour réfléchir aux mots à employer (19).

Enfin, dans trois entretiens, il a été constaté que les étudiantes riaient brièvement en évoquant la mort ou la difficulté dans laquelle elles se trouvaient comme dans les passages "*en fait, le bébé était mort depuis longtemps *rire**" – ESF4, "*je suis rentrée dans la voiture et pouf je me suis effondrée *rire**"- ESF5 et "*j'ai quand même vite mis les BDC et là je ne les trouvais pas mais je ne me suis pas trop inquiétée encore *rire**"- ESF6. Nous pouvons interpréter ces rires comme étant un rire qui leur permet de se détacher de la situation difficile dans laquelle se trouve l'ESF qui est confrontée à la mort, mais aussi comme un rire représentant un mécanisme de défense. Ce rire reste donc non intentionnel et non contrôlé (17).

2. La communication comme "thérapie"

Rappelons que l'ensemble des étudiantes interrogées n'avaient pas eu recours à une psychothérapie, ni à une ressource disponible telle que le CAMUS proposé par l'Université de Strasbourg, ni le groupe de parole proposé par l'École de Sages-Femmes. D'après les réponses des étudiantes à la question "suite à cet événement, en avez-vous parlé ?", l'importance de mettre des mots sur cette situation vécue en stage, auprès d'un proche, d'une collègue, de l'équipe soignante, ou de la cadre a été systématiquement relevée. Ainsi, c'est souvent après avoir mis des mots sur ce qui s'est passé que les ESF se sentaient mieux.

Par ailleurs, une étudiante, l'ESF5, cite le mot "deuil" à plusieurs reprises dans ses réponses, et énonce « *avec ma mère, j'en ai vraiment parlé pour faire mon deuil* ». Le deuil, par définition, est la douleur éprouvée à la suite du décès de quelqu'un (20). Ainsi, au travers de la question de recherche elle a relevé un deuil personnel qu'elle avait besoin d'élaborer, bien que cela ne concerne pas un proche. Freud, psychanalyste, avait introduit pour la première fois la notion de travail du deuil, en 1915, dans un article intitulé « deuil et mélancolie ». Il est d'avis que le deuil surviendrait à la suite de la disparition d'un objet d'amour, que ce soit un individu ou une abstraction comme un idéal. Bowlby, psychanalyste, en 1969, avait élargi cette définition de travail de deuil, en soulignant l'importance de l'acceptation de changements. C'est cette acceptation qui permettrait à l'endeuillé d'aboutir au renoncement de l'objet perdu et d'effectuer un deuil dit "sain". Bien sûr, chaque deuil est unique et dépend de la liaison entre l'endeuillé et la personne disparue. Les différentes étapes du deuil ne pas linéaires et dépendent de chacun, ainsi que de leurs expériences de pertes et de deuils antérieurs (21). Ainsi, d'une part les parents vivent un deuil, d'autre part le deuil du soignant existe aussi. Dans le contexte du décès périnatal, la mère perd à la fois ce que Lewis nomme « le bébé intérieur » et le « bébé extérieur » (21).

Une recherche portant sur la "gestion du deuil des soignants" confrontés à la mort, notamment dans une unité de soins palliatifs, avait démontré qu'une rupture des liens avec leur vie privée était à supposer mais n'est pas facile à réaliser. Dans les situations où le soignant était confronté à la mort, si l'accompagnement avait été réalisé jusqu'à la fin, ce cheminement facilite son propre deuil.

Cette recherche mettait également en évidence que ce n'est pas la mort en elle-même qui heurte les soignants, mais plutôt la confrontation à la souffrance de l'entourage du défunt (22). Il est à noter que les conditions de travail, la nature des relations patients-soignants, la représentation que le soignant se fait de son rôle ainsi que ses expériences personnelles peuvent avoir des répercussions sur leur processus de deuil (21).

De plus, un article intitulé « le deuil des soignants » met en évidence l'importance de prendre soin de soi en tant que soignant, en plus du patient. Cet article montre également l'importance de s'exprimer sur la situation vécue et sur les formations des équipes autour du deuil périnatal (23). En lien avec ce que les ESF nous ont partagé concernant le fait de se sentir mieux après avoir communiqué au sujet de l'expérience de la MFIU vécue en stage, cela démontre bien l'importance de la parole dans son deuil en tant que soignant pour surmonter cette épreuve. Les résultats obtenus ont également mis en évidence que les ESF se retrouvent face à un conflit émotionnel au moment où elles font face à la MFIU.

De l'angoisse, de la tristesse, des sentiments de difficulté, d'impuissance et de culpabilité étaient ressortis des interviews. La gestion des émotions était parfois compliquée pour ces étudiantes, essayant de les contenir afin d'être présente et laisser la place aux émotions des parents face à la perte de leur enfant. C'est d'ailleurs une fois la prise en charge terminée que les ESF laissaient leurs émotions ressortir comme le démontre ce passage : « *je me suis retenue mais quand je suis arrivée dans ma voiture j'ai tout sorti* ». Dans une revue intitulée « Devenir », un article intitulé « Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? », les sages-femmes sont unanimes quant à la reconnaissance de la responsabilité que leur confrère la prise en charge des couples confrontés à la MFIU. Cet article met en lumière que cet événement douloureux réside dans le fait que cet événement ne peut être anticipé. Bien que la MFIU représente une part minime de l'activité des sages-femmes, celles-ci décrivent une souffrance d'autant plus grande (24). Dans cet article, les sages-femmes décrivent les mêmes sentiments que ceux exprimés par les ESF ayant participé à notre travail de recherche. Cette expérience ne restant pas anodine pour ces ESF, futures professionnelles de santé, leur permet de renforcer leur caractère et leur apportant une expérience quant à la posture et l'attitude à avoir auprès de ces couples.

Un sentiment final de satisfaction était exprimé par les ESF, quant à leur prise en charge et l'apport bénéfique de cette expérience vécue en stage, leur permettant de se positionner en tant que futur professionnel et leur apporter une première expérience tout en étant accompagné par l'équipe sur le terrain.

3. La communication pour permettre le partage d'expérience

La communication en sa définition primaire permet l'échange orale, notamment le partage d'expérience dans le cadre de notre travail. Dans cette partie, nous souhaitons aborder la relation interviewer-interviewé. Globalement, une relation de confiance s'était rapidement installée entre l'étudiant et l'investigateur. Néanmoins, une certaine distance était ressentie et présente vis-à-vis d'une seule étudiante avec des moments où l'étudiante interrompait son discours afin de demander si le contenu de son récit était suffisant pour l'étude menée avec des passages comme par exemple "*ça suffit ?*", après avoir raconté sa situation de mort fœtale in utéro. Le ressenti de l'investigateur était tel qu'une légère barrière était présente pour l'expression des sentiments de l'étudiante, une impression qu'elle ne voulait pas trop mettre de mots dessus ou les développer. Ce serait sans doute une manière de se protéger sentimentalement parlant vis-à-vis de la narration de cette situation difficile vécue en stage.

Il est à noter que toutes les étudiantes étaient très enthousiastes à l'idée de participer à ce travail de recherche et ont veillé à être la plus précise possible dans leur récit.

4. Les compétences et savoir-faire de la sage-femme mobilisés

Dans le Référentiel Métier et Compétences (RMC) de la sage-femme, il est stipulé que la sage-femme doit être capable d'annoncer avec "tact et humanité" des évolutions négatives (handicap, IMG, MFIU, ...) dans le cadre du savoir-faire d'information et de communication avec les femmes et leur entourage. De plus, elle doit avoir acquis la connaissance des dispositions législatives et/ou juridiques liées à la naissance (déclaration de naissance, accouchement dans le secret et/ou des adolescentes, signalements, décès in utéro ou du nouveau-né) (25). Ce savoir-faire d'annonce de diagnostic est notamment lié à la compétence transversale de communication, notion sur laquelle a été basée toute notre analyse.

L'expertise professionnelle, la collaboration, la responsabilité, la gestion et l'organisation ainsi que le respect des droits, des besoins, et des attentes sont également des compétences transversales qui ont été mobilisées par les étudiantes sages-femmes dans le cadre de l'accompagnement et de la prise en charge d'une mort fœtale in utéro.

Par ailleurs, les ESF ont également acquis et amélioré des savoir-faire techniques en perpartum, la prise en charge de la patiente en travail étant technique et psychologique.

En se référant au RMC, nous avons donc pu constater que les étudiantes sages-femmes ont toutes acquis des compétences concernant la prise en charge du couple dans le cadre d'une MFIU, et qu'elles ont pu avoir une approche distale des éléments administratifs (25). C'est d'ailleurs un élément qui a été mis en évidence par certaines étudiantes qui énoncent cet avantage de rencontrer une MFIU pendant le cursus de formation, leur permettant de se concentrer davantage sur la patiente et pouvant faire l'impasse sur les obligations administratives.

C. Hypothèses

1. Validation ou infirmation des hypothèses de départ

La première hypothèse supposait que l'expérience d'une MFIU vécue en stage amenait l'ESF ayant découvert ou ayant participé à la prise en charge d'un couple dans le cadre d'une MFIU serait amené à changer son comportement au moment de l'accueil d'une patiente en salle de naissances. Nous pouvons valider cette hypothèse. En effet, nos entretiens ont permis de mettre en évidence des changements de la part des ESF quant à l'accueil des patientes, notamment lors des consultations en urgence pour des motifs spécifiques comme la diminution des MAF ou lorsque l'ESF met du temps à trouver les BDC au monitoring. Ainsi, les ESF ont une prise en charge plus active et rapide de ces patientes. D'autres changements ont été mis en évidence par nos entretiens notamment sur l'écoute des patientes ou encore sur l'implication personnelle en tant que soignant.

Notre deuxième hypothèse supposant qu'après avoir vécu une MFIU en stage, certains ESF songeraient à changer de filière professionnelle ou à abandonner les études de sages-femmes n'est pas validée. En effet, dans tous les entretiens, il n'a en aucun cas été sujet de remise en question concernant la filière professionnelle. Bien au contraire, cette expérience en stage leur avait même permis de renforcer leur choix de filière en se rendant compte notamment de l'importance du rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des couples traversant cette épreuve. Notre troisième hypothèse est donc validée.

2. Hypothèses émergentes

Durant l'élaboration de ce travail de recherche, plusieurs hypothèses avaient émergé.

Dans un premier temps, l'hypothèse suivante était ressortie : dans le cas d'une MFIU ou une IMG, l'accompagnement d'un étudiant sage-femme représenterait un réel soutien pour les parents. En effet, nous avons pu voir que les ESF avaient exprimé l'avantage de rencontrer une MFIU en tant qu'étudiante, leur permettant ainsi de se concentrer totalement au suivi du couple, et faire l'impasse sur les obligations administratives.

Une deuxième nouvelle hypothèse s'était distinguée : le vécu en stage d'une situation de MFIU par les ESF serait directement impacté par son encadrement sur le terrain par l'équipe soignante. En effet, selon l'expérience de la sage-femme encadrante, l'encadrement ne serait pas le même.

Une nouvelle hypothèse concernant l'équipe soignante avait, de ce fait, apparu : certains soignants éprouveraient des difficultés à encadrer des ESF dans le cadre d'une situation de MFIU.

D. Forces et limites

Durant la revue de la littérature, aucun écrit concernant le vécu propre des étudiants vis-à-vis de la MFIU n'a été retrouvé : ce travail serait alors le premier se focalisant sur ce point, ce qui présente une réelle force quant à la mise lumière du vécu, parfois difficile, de certaines situations comme la MFIU sur les terrains de stage.

La population étudiée était représentée par les étudiants sages-femmes de l'École de Strasbourg, ce qui représente une réelle force pour ce travail de recherche étant donné que cette population était facile à atteindre. Une relation de confiance s'installait rapidement due à nos liens confraternels.

Ce travail représente également un réel apport dans l'expérience de constitution d'une étude semi-quantitative pour nous-mêmes.

Par ailleurs, il existe certaines limites dans l'élaboration de ce travail. Certains entretiens avaient dû être réalisés par téléphone en raison de l'emplacement géographique de certains étudiants. Le contexte sanitaire avait également représenté une limite dans l'élaboration de nos entretiens, notamment par le port du masque, ne permettant pas de visualiser tout le visage de la personne en face : certains signes paraverbaux auraient pu être ignorés par cette cause.

E. Biais

Notre travail de recherche présente néanmoins certains biais.

Tout d'abord, au moment du recueil des résultats du questionnaire d'état des lieux, il a été constaté que certaines personnes ont commencé le questionnaire sans l'avoir terminé. Nous avons donc été contraints de ne pas comptabiliser ces réponses incomplètes afin d'avoir des données exactes à exploiter.

Ensuite, le délai entre la rencontre de la situation de MFIU et l'entretien réalisé peut représenter un biais. Pour certaines étudiantes en cinquième année interrogées, par exemple, les récits portaient sur leur expérience en stage datant de la deuxième ou troisième année. Au vu du recul pris sur la situation avec le temps et l'expérience acquise en stage par la suite, le récit pourrait être biaisé, notamment sur l'expression des sentiments avec des émotions moins "vives" et l'oubli de certains détails. Toutefois, pour l'inconscient, les événements marquants ne sont pas affectés par le temps.

Enfin, la population étudiée représente nos collègues, alors nous pouvons supposer que certaines émotions ou détails ont été mis volontairement sous silence par peur de jugement par exemple.

F. Propositions

En plus de réaliser cette recherche basée sur le témoignage des étudiants au sujet de leur vécu par rapport à la MFIU et mettre en évidence les impacts qu'elle peut induire, nous aimerions également proposer un livrable pour les étudiants rencontrant des situations de stage difficiles afin de les accompagner et, éventuellement, de les préparer.

Plusieurs idées ont émergé de ces entretiens. La communication et le partage d'expérience avec des personnes ayant déjà rencontré cette situation était un réel bénéfice pour l'étudiant ayant vécu une MFIU en stage. Une étudiante avait notamment verbalisé l'apport bénéfique qu'aurait pu lui apporter un étudiant référent à qui elle aurait pu se confier directement, en sachant que cet étudiant était là pour ça : *« s'il y a des volontaires au sein de la promo de dire "moi je suis là, peu importe le problème tu peux m'en parler", un avis extérieur mais tout en restant dans le milieu médical. Parce que les personnes qui veulent en parler à leurs amis de la promo le font, [...] mais celles qui ont du mal à en parler, elles vont vers qui ? »*.

De cette idée, nous pourrions proposer la mise en place d'un groupe de trois ou quatre étudiants référents au sein de l'École de Sages-Femmes de Strasbourg. La nomination de ces étudiants référents serait faite par les votes des étudiants de l'École. Les étudiants nommés se présenteraient sur le principe du volontariat. Il serait idéal que ces étudiants soient en 4^{ème} ou 5^{ème} année de formation, ce qui leur permettrait d'avoir du recul et de l'expérience acquise en stage, avec notamment la rencontre de pathologies ou de situations difficiles telles que la MFIU, afin de comprendre au mieux les ESF qui se retourneront vers eux. Leur rôle consisterait donc à écouter ces étudiants qui ont besoin d'être entendus et de mettre des mots sur ces situations compliquées qu'ils rencontrent en stage. Nous sommes convaincus que cette relation entre camarades pourrait avoir un réel bénéfice, certains étudiants n'osant peut-être pas se confier aux professeurs de l'école. Ces étudiants référents seraient, bien sûr, tenus au secret professionnel et auraient également un rôle dans le repérage des ESF nécessitant éventuellement un entretien avec un professeur ou les rediriger vers les ressources déjà disponibles telles que le CAMUS par exemple, proposant une psychothérapie aux étudiants de l'Université de Strasbourg.

Une formation rapide par une psychologue serait éventuellement nécessaire pour les étudiants référents afin de savoir comment agir face à ces étudiants.

Notre 2^{ème} proposition serait la mise en place de jeux de rôle sur certaines thématiques concernant des pathologies spécifiques telles que l'hémorragie de la délivrance ou la prise en charge d'une MFIU par exemple, mais focalisés sur le plan psychique. Nous pourrions éventuellement faire intervenir des parents ayant vécu une MFIU ou une IMG afin de partager leur expérience et ce qu'ils auraient aimé/voulu éviter vis-à-vis des professionnels de santé qu'ils ont croisé dans leur parcours de soin. Cela permettrait également de travailler sur les mots à employer ou non, la posture à adopter auprès des couples vivant une situation difficile.

Ces jeux de rôles pourraient être dispensés à raison de 4 par semestre par exemple, notamment lors la 3^{ème} année, étant donné que nos résultats avaient permis de voir que c'est durant cette année de formation que les ESF sont davantage confrontés à des situations telles que la MFIU. Ces jeux de rôles pourront être réitérés en 4^{ème} et 5^{ème} année à la demande des étudiants sur des thématiques demandées. Il serait intéressant de faire intervenir, lors de ces sessions, des psychologues qui prennent en charge justement des patientes après avoir vécu des situations difficiles dans le cadre d'une pathologie, notamment à l'accouchement. Des psychologues et/ou des professionnels de santé sensibilisés au versant psychologique de la prise en charge des patientes pourraient également intervenir dans le cadre de ces sessions, accompagnés de l'expérience des sages-femmes enseignantes de l'école afin d'avoir un encadrement global et un regard maïeuticien. Ces sessions auraient non seulement un rôle préparatoire, mais également pédagogique.

G. Ouverture

Nous pourrions poursuivre ce travail en explorant différents points liés à ce sujet, afin de répondre à nos hypothèses émergentes. Il serait intéressant d'interroger les parents quant à leur vécu d'une MFIU ou d'une IMG et qui avaient été accompagnés par un étudiant sage-femme. Cette exploration permettrait de démontrer le rôle que l'étudiant avait eu dans le vécu et le processus de deuil des parents. En effet, nous avons pu voir que les ESF avaient exprimé l'avantage de rencontrer une MFIU en tant qu'étudiante, leur permettant ainsi de se concentrer totalement au suivi du couple, et faire l'impasse sur les obligations administratives.

Nous pourrions également explorer le vécu en stage des étudiants dans le cadre de situations pathologiques, en se concentrant sur l'encadrement des étudiants par les professionnels de santé sur le terrain. En effet, nos résultats avaient permis de mettre en évidence que le vécu en stage des ESF de la MFIU était intimement lié à leur encadrement sur le terrain. De cette exploration, il serait intéressant de mettre en évidence ce qui est mis en place concernant l'encadrement des étudiants en cas de situations pathologiques et comment cela impacte les étudiants en stage.

Il serait également intéressant d'explorer les difficultés que rencontreraient les soignants à encadrer les ESF sur le terrain, dans le cadre d'une MFIU ou une IMG. Ce sujet avait déjà été exploré notamment par Laureen VEILLAUD, dans le cadre de son mémoire en vue de l'obtention de son diplôme d'état de sage-femme.

V. CONCLUSION

Dans ce mémoire, nous avons voulu mettre en évidence l'impact que pourrait avoir le vécu en stage d'une situation de MFIU chez les étudiants sages-femmes de Strasbourg. Grâce à la mise en œuvre d'un questionnaire d'état des lieux à but descriptif et de recrutement, nous avons pu montrer que c'est une situation fréquemment rencontrée en stage, déjà très tôt dans le cursus de formation.

L'analyse d'entretiens semi-dirigés démontrait que la rencontre d'une MFIU en stage pour les ESF représente dans tous les cas une expérience marquante dans leur cursus de formation de sage-femme. Cette rencontre amène les étudiants à passer par plusieurs émotions et questionnements. En effet, qu'elle soit inopinée ou déjà connue, cette rencontre avec la MFIU laisse un souvenir marquant pour tous les étudiants. Elle les amène à se confronter à un conflit émotionnel intérieur en passant par l'anxiété, la tristesse, la difficulté, l'impuissance, la culpabilité et la satisfaction finale d'avoir accompagné ces couples endeuillés. Ces émotions sont liées notamment au bouleversement lié au diagnostic mais aussi à l'accompagnement des parents, duquel les étudiants en tirent beaucoup de positif. En créant des liens forts pour la plupart des étudiants avec les parents qu'ils accompagnent, ces ressentis sont d'autant plus exacerbés par ceux exprimés par ces patients endeuillés qu'ils prennent en charge.

Le vécu en stage des ESF vis-à-vis de la MFIU est visiblement lié à leur encadrement sur le terrain et à la place que lui donne la sage-femme et le couple dans la prise en charge de la MFIU, comme le démontre les verbatims des entretiens semi-directifs menés.

Bien que l'ESF est amené à se questionner sur sa formation après la confrontation à la réalité sur le terrain de ces parents endeuillés, tous les étudiants en tirent un bénéfice, qu'il soit humain – avec l'accompagnement des couples -, formateur – avec l'acquisition de nouvelles compétences - ou avec la confirmation de son choix de filière.

Il existe un impact psychologique et personnel, cette expérience en stage ne restant pas anodine. En effet, beaucoup d'étudiants ont vécu cette situation comme un deuil personnel, nécessitant de libérer la parole auprès de leur proche ou de leurs collègues.

Ainsi, la communication est un élément clé, leur permettant d'accepter cette situation vécue en stage et aller de l'avant. Toutefois, le recours à un professionnel qualifié en psychologie n'a pas été nécessaire pour les étudiants interrogés.

Par ailleurs, les entretiens ont permis de mettre en évidence un réel besoin des étudiants quant à la préparation psychologique sur ce qu'ils pouvaient être amenés à rencontrer sur le terrain, que ce soit pour la MFIU ou la rencontre d'autres pathologies. Des points positifs quant à la formation initiale ont également été mis en évidence comme l'apport bénéfique des travaux de portfolio – dossier de présentation sur une expérience vécue en stage - demandé par l'école et l'intervention sur la MFIU ou l'IMG dispensés à l'École de Sages-Femmes de Strasbourg par une cadre des HUS (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg), arrivant néanmoins tardivement dans le cursus, les ESF ayant déjà été confrontés à cette situation en stage déjà dès leur premier stage d'obstétrique pour certains.

L'impact professionnel, lui, se traduit par des changements de comportement quant à l'accueil des patientes consultants en urgence par exemple. La rencontre de la MFIU en stage a également permis aux ESF de se former davantage et d'acquérir de nouvelles compétences nécessaires à la profession de sage-femme, profitant de leur statut d'étudiant leur permettant de se concentrer totalement à prise en charge du couple et de laisser de côté les obligations administratives parfois chronophages.

Ces résultats nous ont donc permis de répondre à la question de recherche, en mettant en évidence l'impact psychologique et professionnel que la rencontre d'une MFIU en stage peut avoir sur les ESF.

Il serait intéressant de poursuivre ce travail de recherche en questionnant les parents sur leur vécu et leur accompagnement fait par un étudiant, le versant soignant sur l'encadrement des ESF dans le cadre d'une MFIU ayant déjà été exploré.

VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) | Recommandations pour la pratique clinique - Les pertes fœtales. 2014 [cité 24 oct 2020].
2. EURO-PERISTAT | Communiqué France - Rapport européen sur la santé périnatale [Internet]. 2013 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur : <https://presse.inserm.fr/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale-la-france-dans-une-position-moyenne-mais-avec-le-taux-de-mortalite-le-plus-eleve-deurope/8283/>.
3. Institut National de la Statistique et des Etudes Economique (INSEE) | La France et ses territoires [Internet]. 2021 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5040030>.
4. Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) | Pertes de grossesse. 2014 [cité 18 mars 2022].
5. Nguyen A | Pronostic des grossesses après antécédent de mort fœtale in utero : A propos de 110 grossesses suivies à l'hôpital Saint Antoine [Thèse d'exercice]. [UPEC, France] : Université Paris-Est Créteil Val de Marne ; 2009. [cité 22 fév 2022]
6. Masson E. Morts fœtales in utero [Internet]. EM-Consulte. 2014 [cité 18 fév 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/942057/morts-f?tales-in-utero>
7. DEMBI C. | La sage-femme face à la mort fœtale in utero : la sage-femme confrontée à la découverte d'une MFIU et à l'accompagnement du couple de l'annonce à l'accouchement. [Mémoire] 2018 [cité 19 oct 2020].
8. DELAHAYE M. | L'accompagnement à la mort autour de la naissance. Etudes sur la mort. 2001 ;119(1) :47. [cité 20 fév 2022]
9. Bacqué M-F, Merg-Essadi D. | Des corps immémoriaux... Devenir du corps de l'enfant mort autour de la naissance. Deuils social et psychologique des parents. Corps. 2013 ;11(1):57-67. [cité 18 mars 2022]

10. La loi du 1er Juillet 1901 et la liberté d'association [Internet]. Associations.gouv.fr. 2022 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.associations.gouv.fr/liberte-associative.html>
11. Association Agapa | Accueil, écoute et soutien [Internet]. [cité 20 fév 2022]. Disponible sur : <https://association-agapa.fr/>
12. Nos Tout Petits d'Alsace | Association proposant un soutien aux parents touchés par le décès d'un tout petit [Internet]. [cité 20 fév 2022]. Disponible sur : <http://nostoutpetitsdalsace.org/>
13. Association Petite Émilie | Pour les personnes confrontées à une interruption médicale de grossesse et à un deuil périnatal [Internet]. [cité 20 fév mars 2022]. Disponible sur : <https://petiteemilie.org/>
14. RENOUF C. | Deuil périnatal : état des lieux de la formation initiale des étudiants sages-femmes. [Mémoire] :78. 2014 [cité 19 oct 2020]
15. VEILLAUD L. | Encadrement des étudiants sages-femmes en salles de naissances dans les situations d'interruptions médicales de grossesses et de morts fœtales in utero. [Mémoire] :76. 2018 [cité 19 oct 2020]
16. Larousse | Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 fév 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>
17. Hennel-Brzozowska A. | La communication non-verbale et paraverbale - perspective d'un psychologue-. 2008;10. [cité 29 janv 2022]
18. Bonu B. | L'analyse de conversation : une discipline de l'action sociale. Quaderni. 1992;17(1):51-62. [cité 20 fév 2022]
19. Haas V. | De l'incommunicable à l'intransmissible : la gestion du silence dans l'entretien de recherche. :11. 2007 [cité 20 fév 2022]
20. Larousse | Définitions : deuil - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 fév 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/deuil/24893>

21. Fontaine E, Wendland J. | Analyse de la relation infirmière-bébé et du deuil des soignants en néonatalogie. Devenir. [Revue] 2015;27(1):31-52. [cité 18 mars 2022] Disponible sur : https://www.cairn-int.info/article-E_DEV_151_0031--analysis-of-the-nurse-baby-relationship.htm
22. Jenny P. | La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs.[Internet] 2007;22(1):3-12. [cité 18 mars 2022] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2007-1-page-3.htm>
23. Prieur-Bertrand M. | Etudes sur la mort - Le deuil des soignants. [Internet] 2001;119(1):147-53. [cité 18 mars 2022] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2001-1-page-147.htm>
24. Wailly-Galembert D de, Vernier D, Rossigneux-Delage P, Missonnier S. | Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? [Revue] Devenir. 2012;24(2):117-39. [cité 28 mars 2022] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2012-2-page-117.htm>
25. Ordre des sages-femmes - Conseil national |Référentiel Métier et Compétence des sages-femmes [Internet]. 2010 [cité 20 fév 2022].

Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

ANNEXES

ANNEXE I : Storytelling Portfolio

ANNEXE II : Formulaire de consentement

ANNEXE III : Grille d'entretien

ANNEXE IV : Guide d'analyse des entretiens

ANNEXE V : Questionnaire d'état des lieux

ANNEXE I : Storytelling Portfolio – « Le jour où ma voie a été remise en doute »

Garde de jour peu chargée - début d'après-midi

Ça sonne en salle de naissances (SDN) : un jeune couple se présente pour un contrôle cardiotocographique (CTG). La garde étant très calme, c'est moi qui les accueille. J'ouvre la porte de salle de naissances : « Bonjour, Faten étudiante sage-femme, c'est moi qui vais m'occuper de vous aujourd'hui ». Le couple m'informe alors que c'est la première fois qu'ils font un contrôle CTG et qu'ils viennent en SDN (*car la maternité dans laquelle j'étais faisait les contrôles CTG en SDN*).

Un petit retour sur le dossier... : c'était une patiente primigeste, nullipare à 37 semaines d'aménorrhées (SA) chez qui a été découvert un diabète gestationnel tardivement, ce qui fait l'objet du contrôle CTG, qui sera suivie d'une échographie.

Ayant le temps et le couple étant plein d'interrogations, je pris alors naturellement l'initiative de leur expliquer ce que nous allons faire : « Dans un premier temps, nous allons vous demander d'uriner dans un gobelet afin d'effectuer une bandelette urinaire et de s'assurer que tout est bon. Ensuite, nous allons vous installer pour le monitoring, qui durera environ 30 minutes. Nous allons écouter le cœur du bébé et éventuellement voir si vous avez des contractions. Nous allons également vérifier votre tension et votre température. Une fois tout cela effectué, vous irez voir le gynécologue afin de faire un contrôle échographique pour contrôler la croissance du bébé ». Le couple acquiesce, pose quelques questions sur la configuration de la salle de pré-travail « c'est ici qu'on accouche ? à quoi sert cette machine ? (*en parlant du monitoring*) ». Une fois la bandelette urinaire effectuée et les constantes prises, la patiente s'installe sur le lit, tenant la main de son conjoint. Palpation abdominale, prise de la hauteur utérine, « est-ce que vous sentez bien le bébé bouger ? », la patiente répond « oui, je l'ai senti ce matin ». Rien ne présageait la suite...

Vint le moment d'installer le monitoring : je pose le capteur des bruits du cœur (BDC) tout en expliquant les différents nombres qui s'affichent à l'écran « ça c'est votre pouls; ça, un indicateur des contractions, et ici on aura le rythme cardiaque du bébé que je suis en train de chercher ». Je place le capteur au niveau du moignon de l'épaule (selon ma palpation) : rien. Uniquement le pouls maternel.

Je le déplace alors à gauche, puis à droite... toujours le pouls maternel. Puis je me dis « mais peut-être que c'est un siège et que ma palpation était fautive ? », et je demande alors « le bébé avait-il la tête en bas lors de la dernière échographie ? – Oui ». Le couple se regardait en souriant, tout en se tenant la main, “comme dans les films”... je me dis soit, je vais quand même essayer de mettre le capteur plus haut. Je le bouge encore et encore, les minutes défilent, je commence à comprendre mais je garde un espoir.

Après quelques minutes : « j'ai du mal à capter le cœur de votre bébé, je vais appeler la sage-femme pour qu'elle vienne m'aider – Oui, pas de soucis » me répondirent-ils avec un grand sourire. Je sortis de la salle, mon cœur battait fort et vite, « non, ce n'est pas possible ».

Je me retrouve littéralement à courir dans les couloirs, cherchant la sage-femme qui m'encadrerait ce jour-là afin de lui faire part de la situation. « Je n'arrive pas à capter le cœur du bébé, je pense qu'il ne bat plus... ». La sage-femme se mit à courir également, me demanda de ramener l'échographe et nous rejoignirent le couple.

« Bonjour, je suis X la sage-femme. Faten m'a expliqué ce qu'il se passe, nous allons regarder ça ensemble ». Le couple, toujours aussi souriant, acquiesça et n'avait qu'une seule hâte : écouter le cœur de leur bébé. La sage-femme essaya dans un premier temps avec le monitoring... Pas de BDC... Elle me demanda alors de brancher l'échographe et le jeune couple commença à se regarder d'un air inquiet... La sonde sur le ventre, un cœur sur l'écran mais pas de mouvements cardiaques...

J'ai compris. Je me suis retenue au maximum pour ne rien laisser paraître face à ce couple fixant cet écran montrant un cœur inerte... : ils ont compris. Plus de sourire, ni sur le visage du couple, ni sur le mien, ni sur celui de la sage-femme : il a laissé place aux regards inquiets... La sage-femme leur expliqua alors qu'il faut aller voir le gynécologue. « Il est mort ? » demanda le conjoint. « Le gynécologue a un échographe plus performant, il va tout vous expliquer » répondit la sage-femme.

Nous sortons de la salle tous les quatre pour aller voir le gynécologue, mais je n'ai pas eu le courage de les suivre plus loin : c'est ici que nos chemins se sont séparés, devant la salle de pré-travail numéro 1.

Une fois qu'ils ont passé la porte de la salle de naissances, mes émotions m'ont submergée et je me suis effondrée... Je n'étais pas prête ! Je n'étais pas prête... Je me sentais tellement coupable...d'avoir tellement investi le bébé en parlant avec le couple, à avoir pris tellement de temps à leur expliquer tellement de choses concernant la prise en charge pour au final trouver un cœur qui ne bat pas... Je m'en veux d'être partie la première fois de la salle de pré-travail en les laissant plein d'espoirs alors que je savais au fond que c'était fini... Je m'en veux de ne pas avoir eu le courage de les accompagner jusqu'au bout...

La sage-femme X revint et me vit en train de pleurer, me prit dans ses bras et me rassura en me disant que j'ai très bien agi. Mais non, Mme X, je me sens coupable...

Nous prîmes alors le temps d'en parler ensemble. Elle essayait de me rassurer comme elle le pouvait, mais pour moi c'était un réel échec car je n'ai pas eu le courage de les accompagner dans cette épreuve... C'est le regard vide et le cœur qui pleure que j'ai achevé cette garde et que j'ai fini par accompagner une autre patiente pour un début de travail. Il m'a fallu plusieurs mois pour essayer "d'oublier cette garde", que je n'oublierai finalement jamais. Chaque soir, je me demandais comment cette patiente allait. J'ai su par la suite qu'elle a accouché trois jours après la découverte de la mort fœtale in utéro et que l'accompagnement a été compliqué, surtout du côté du conjoint...

Je n'oublierai jamais cette garde. Je n'oublierai jamais ce couple. Je n'oublierai jamais cette sage-femme.

ANNEXE II : Questionnaire d'état des lieux

Chers camarades,

Je suis AKKARI Faten, étudiante en 4^{ème} année à l'École de Sages-Femmes de Strasbourg. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'État, j'effectue un travail de recherche sur l'impact de la mort fœtale in utero dans le vécu en stage des étudiants sages-femmes de notre école.

Pour cela, j'aimerais réaliser un état des lieux via le questionnaire suivant. Merci de bien vouloir prendre 3 minutes pour y répondre, que vous ayez été confronté à cette situation ou non.

Je vous remercie pour votre participation.

AKKARI Faten.

1 - Avez-vous déjà rencontré une situation de MFIU en stage ?

OUI NON

- **Si non** : fin du questionnaire
- **Si oui** :

- en quelle année ? 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème}

- avez-vous fait vous-même la découverte de la MFIU ? OUI NON

- avez-vous participé activement au suivi et à l'accompagnement du couple dans cette situation ? OUI NON

- dans quel service ? **salle de naissances**

suites de couches

consultation

échographie

SIG

Autre (préciser) : _____

2 – Pour réaliser mon étude, il m'est essentiel d'élaborer des entretiens sur le vécu en stage d'une mort fœtale in utero. Votre participation consistera à échanger sur cette situation de stage lors d'un entretien d'une durée maximale d'une heure.

- accepteriez-vous de participer à mon travail de recherche ?

OUI NON

- **Si oui**, pouvez-vous renseigner vos coordonnées afin que je puisse vous contacter ultérieurement ?

Nom/prénom : _____

Adresse mail : _____

Numéro de téléphone : _____

- **Si non**, fin du questionnaire

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire et d'avoir contribué à l'élaboration de mon mémoire.

ANNEXE III : Formulaire de consentement à participer à l'étude

Étude de l'impact d'une mort fœtale in utero dans le vécu en stage des étudiants sages-femmes de Strasbourg.

Réalisée par AKKARI Faten, étudiante à l'École de Sages-Femmes de Strasbourg dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme.

Cher(e) camarade,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude portant sur l'impact de la mort fœtale in utero dans le vécu en stage des étudiants sages-femmes de Strasbourg, il m'est essentiel d'élaborer des entretiens.

Votre participation consiste à accepter d'échanger sur une situation de stage lors d'un entretien, d'une durée maximale de 45 minutes. Pour faciliter le travail, l'entretien sera enregistré par un dictaphone.

Les données recueillies seront traitées de manière entièrement confidentielle. Votre identité n'apparaîtra dans aucun des documents de retranscription. L'ensemble des fichiers seront enregistrés dans une base de données sécurisée et protégée par un mot de passe. Les résultats seront inclus dans le mémoire, sans moyens de vous identifier.

Si vous acceptez de participer à mon étude, vous avez le droit de vous retirer à tout moment, et cela sera sans conséquences pour vous.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon étude et de me permettre d'avancer dans mes recherches.

Si vous avez des questions concernant mon étude, vous pouvez prendre contact avec moi-même au *numéro de téléphone* ou par mail : *adresse e-mail*.

Je soussigné(e) _____ déclare avoir accepté librement et de façon éclairée de participer comme sujet à l'étude citée ci-dessus.

Date et signature du participant :

Fait en 2 exemplaires

ANNEXE IV : Grille d'entretien

- 1 – Pouvez-vous me raconter votre situation de MFIU vécue en stage ?
- 2 – À partir de cette situation de stage, qu'est-ce qui vous a marqué ?
- 3 – Quel a été votre place, votre fonction et votre ressenti lors de cet événement ?
- 4 – Comment a évolué votre relation avec le couple ?
- 5 – Suite à cette expérience, quelles ont été vos réflexions ? (*sur vous-même, votre métier, votre orientation, votre projet professionnel*)
- 6 – Quels changements avez-vous pu constater sur votre manière de travailler (*s'il y en a*) ?
- 7 – Suite à cette expérience, quels changements avez-vous repéré dans votre vie personnelle ? sous quelles formes ? quelles ont été leurs manifestations ?
- 8 – De quelle manière l'équipe soignante a-t-elle joué un rôle dans cette situation de stage ?
- 9 – Suite à cet événement, en avez-vous parlé ? si oui, à qui ? Avez-vous consulté ? Et qu'est-ce que cela vous a apporté ?
- 10 – Avez-vous eu recours aux ressources mises à disposition par l'École de SF (Groupe de paroles) ou l'université (CAMUS) ? Si non, pourquoi ? Si oui, cela vous a-t-il aidé ?
- 11 – Qu'est-ce qui aurait pu vous aider à ce moment-là ? à postériori ?
- 12 – Selon vous, quelle ressource/activité peut être mise en place au sein de l'école, qui pourrait être utile aux ESF rencontrant cette situation ?
- 13 – Si une activité/un support était proposé par l'école afin d'accompagner les ESF, est-ce que vous y auriez recours ?

ANNEXE V : Guide d'analyse des entretiens

Thème	Questions à poser	Données à recueillir	Lien avec hypothèse/objectifs
Contexte	- Pouvez-vous me raconter votre situation de MFIU vécu en stage svp ?	- expérience en stage	
Environnement	- A partir de cette situation de stage, qu'est-ce qui vous a marqué ? - Quel a été votre place, votre fonction et votre ressenti lors de cet événement ? - Comment a évolué votre relation avec le couple ?	- relation patient/ESF - impact des parents sur l'ESF - place de l'ESF dans cette situation en stage	Hypothèse 1
Impact professionnel	- Suite à cette expérience, quelles ont été vos réflexions ? (<i>sur vous-même, votre métier, votre orientation, votre projet professionnel</i>) - Quels changements avez-vous pu constater sur votre manière de travailler (<i>s'il y en a</i>) ?	- réflexion sur la profession - changements de pratiques	Hypothèses 1, 2 et 3
Impact psychologique	- Suite à cette expérience, avez-vous repéré des changements dans votre vie personnelle ? si oui, sous quelles formes ? quelles ont été leurs manifestations ? - De quelle manière l'équipe soignante a-t-elle joué un rôle dans cette situation de stage ?	- impact dans la vie personnelle - processus de deuil en tant que soignant - distance patient/soignant - gestion des émotions	Hypothèses 2 et 3
Ressources mobilisées	- Suite à cet événement, en avez-vous parlé ? si oui, à qui ? - Avez-vous consulté ? Dans les 2 cas : qu'est-ce que cela vous a apporté ? - Avez-vous eu recours aux ressources mises à disposition par l'École de SF (Groupe de paroles) ou l'université (CAMUS) ? Si non, pourquoi ? Si oui, cela vous a-t-il aidé ?	- ressources disponibles et sollicitation	Objectif secondaire : proposer un livrable
Demande des ESF	- Qu'est-ce qui aurait pu vous aider à ce moment-là ? à posteriori ? - Selon vous, quelle ressource/activité peut être mise en place au sein de l'école, qui pourrait être utile aux ESF rencontrant cette situation ? - Si une activité/un support était proposé par l'école afin d'accompagner les ESF, est-ce que vous y auriez recours ?	- besoin des ESF	Objectif secondaire : proposer un livrable

RÉSUMÉ

Introduction : La mort fœtale in-utéro (MFIU) est un accident brutal et inattendu constituant un traumatisme inacceptable pour les parents. Sur le terrain, les soignants, notamment les sages-femmes, sont en première ligne dans la prise en charge des couples faisant face à la perte de leur enfant. Les étudiants sages-femmes peuvent également expérimenter au cours de leur stage, des annonces de MFUI et des accompagnements parfois rendus difficiles de situations de deuil périnatal. Quels impacts pourraient avoir le vécu en stage d'une situation de mort fœtale in-utéro chez les étudiants sages-femmes de l'École de Sages-Femmes de Strasbourg ? L'objectif principal de ce travail était de mettre en évidence l'impact psychologique et professionnel d'une mort fœtale in-utéro chez les étudiants sages-femmes.

Matériel et méthodes : L'étude réalisée est de type semi-quantitative basé sur un questionnaire d'état des lieux, à but descriptif et de recrutement des volontaires pour participer à l'étude, et sur une analyse d'entretiens semi-directifs. Notre échantillon de population concerne les étudiants sages-femmes de l'École de Sages-Femmes de Strasbourg ayant rencontré une situation de mort fœtale in-utéro en stage.

Résultats : Un taux de participation au questionnaire d'état des lieux à hauteur de 55% a été observé. Ce questionnaire a permis de se rendre compte que la majorité des étudiants sages-femmes sont confrontés déjà très tôt, en troisième année de formation, à la mort fœtale in utéro en stage, et davantage en service de salle de naissances. Les 8 entretiens menés ont permis également de constater que cette expérience est marquante pour ces étudiants. Face au décès périnatal, les étudiants sont confrontés à un conflit émotionnel intérieur et sont amenés à changer leur comportement vis-à-vis des patientes. L'analyse des entretiens a d'ailleurs démontré une articulation centrale autour de la communication : la communication avec le couple, avec l'équipe mais aussi la communication pour partager son expérience et faire le "deuil" de l'expérience vécue en stage.

Conclusion : Il existe un impact psychologique et professionnel pour les étudiants ayant vécu une situation de mort fœtale in-utéro en stage. Bien que ces situations aient été difficiles à vivre, il en ressort systématiquement un apport positif.

Mots-clés : « vécu des étudiants sages-femmes », « MFIU », « deuil périnatal »