

Faculté de Médecine
Ecole de Sages-Femmes

Diplôme d'Etat de Sage-femme

2017

L'annonce d'une mauvaise nouvelle : le cas de la mort fœtale in utero

Présenté et soutenu publiquement le 12 mai 2017

par

Pauline CHAUCHARD

Directeur : Nicolas PICHON

Guidant : Valérie BLAIZE-GAGNERAUD



*« N'être ou naître,
Peut-on envisager l'un sans l'autre. Naître ou n'être. On ne peut naître de rien, mais quand
l'être se constitue-t-il?
Sans naissance pas d'existence juridique, sociale ou administrative, mais avant la naissance,
il y a déjà une existence, une présence dans le cœur de celle qui porte cette promesse et
l'expérience prouve qu'il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité de ce sentiment et le
développement anatomique du fœtus.
Au fil du temps, le corps de l'enfant se concrétise, s'amplifie, prend une place réelle mais
lorsque le désir d'enfant n'est pas exaucé, la souffrance qu'entraîne sa perte n'est pas
liée au stade du développement physique de cet enfant »*

Mourir avant de n'être, R. Frydman, M. Flis-Trèves, 1997



Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier le Docteur Pichon, directeur de mon mémoire, pour son implication tout au long de ce travail.

Un immense merci à Valérie Blaize-Gagneraud, guidante de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils, ses encouragements et son soutien sans failles dans la réalisation de ce travail. Merci d'avoir su me redonner confiance quand je n'y parvenais plus.

Merci également à Marie-Christine Do Esperito Santo, infirmière d'annonce, d'avoir cru en mon projet et de m'avoir encouragé.

Je tiens à remercier les sages-femmes, médecins et internes qui ont eu la gentillesse de m'accorder de leur temps pour mener à bien cette étude.

Aux membres de ma famille parce qu'ils ont cru en mon désir de devenir sage-femme. Maman pour m'avoir transmis ces passions que sont le soin et l'accompagnement. Papa pour tes nombreuses relectures, ton dévouement et ton humour.

A ma grande sœur, qui a été, tout au long de mes études, une source d'optimisme et qui a fait preuve d'un soutien inconditionnel.

Merci à mes camarades de promotion, et plus particulièrement à Mathilde et Audrey, avec qui j'ai tissé une relation forte. Ces années passées ont été, grâce à vous, pleines de bonne humeur et de partage.



Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : «**Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Tables des matières

Introduction.....	1
Première partie : L’annonce de la mort fœtale in utero	3
1. Les intervenants : leur rôle et leur responsabilité.....	3
2. Les difficultés des professionnels face à l’annonce	3
2.1 Le vécu de la situation par les soignants	3
2.2 La souffrance des patients	4
3. Les émotions du soignant	5
4. Des outils pour la réalisation de l’annonce	5
Deuxième partie : Méthodologie de recherche	7
1. Description de l’étude	7
2. Population étudiée.....	7
3. Variables de l’étude	7
4. Organisation de la recherche	8
Troisième partie : Analyse de discours et discussion	9
1. Présentation de l’étude	9
1.1 Caractéristiques de la population.....	9
1.2 Les points forts	9
1.3 Les difficultés	10
2. Des outils pour annoncer : CAHIER.....	10
2.1 Le cadre	10
2.1.1 Le lieu	11
2.1.2 Les participants.....	11
2.2 L’anticipation.....	12
2.2.1 Consultation du dossier.....	12
2.2.2 La préparation de l’annonce	12
2.3 L’harmonie	13
2.3.1 Le choix des mots	13
2.3.2 La volonté de ne rien cacher	15
2.3.3 L’observation	16
2.3.4 La réassurance.....	16
2.4 L’invitation	16
2.4.1 Progression dans l’annonce	17
2.4.2 Le respect du rythme de la patiente	18



2.4.3 Les silences	18
2.4.4 Laisser le choix	19
2.4.5 La disponibilité	19
2.5 Les émotions, l'empathie	20
2.5.1 La verbalisation des émotions de la patiente, du couple.....	21
2.5.3 L'empathie	22
2.5.4 Les gestes ou le contact physique	24
2.5.5 Les émotions et sentiments des professionnels.....	25
2.6 Le résumé, la synthèse	26
2.6.1 Terminer l'entretien	26
2.6.2 La continuité de la prise en charge	27
2.6.3 Devenir de la patiente	28
3. Rôle de l'expérience professionnelle, de la formation et de la confrontation à la mort	29
3.1. L'expérience professionnelle	29
3.1.1 Les sages-femmes	29
3.1.2 Les médecins et internes	33
3.2 La formation	33
3.2.1 Les sages-femmes	33
3.2.2 Les médecins et internes	34
3.3 La confrontation à la mort	36
3.3.1. L'identification projective	36
3.3.2 La fuite	37
3.3.3 Les émotions ressenties par les professionnels.....	37
3.3.4 Les difficultés	39
3.3.5 Impacts sur la vie professionnelle et personnelle	41
3.3.6 Besoin d'en parler	43
Conclusion.....	45
Références bibliographiques	48
Annexes	51



Introduction

Selon le docteur Moley-Massol, « il n'existe pas de "bonnes" façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres ». (1)

L'annonce constitue un moment clé dans la relation médecin-patient et occupe le quotidien des médecins, qu'ils soient formés ou non pour cela.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est encadrée par la loi Kouchner du 4 mars 2002 du code de Santé Publique et stipule que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». (2) De plus, l'article 35 du code de déontologie aborde le droit à l'information et à la compréhension du patient. (3) La maladie cancéreuse a été pionnière en matière de prise en charge des patients, notamment avec le plan cancer 2003-2007. L'aspect relationnel y est largement abordé et des dispositifs d'annonce du cancer ont été mis en place. (4)

Dans le domaine obstétrical, certaines situations sont problématiques pour les professionnels de santé. C'est notamment le cas en l'absence d'activité cardiaque à l'auscultation.

De nombreux témoignages de professionnels ont prouvé que l'annonce était un moment très difficile, techniquement et humainement souvent redouté. Actuellement, il existe plusieurs outils mis à leur disposition pour les aider à affronter l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Au niveau de la formation médicale, « l'annonce de mauvaise nouvelle » est au programme de l'Examen National Classant depuis 2004. (5) Pour les sages-femmes, l'apprentissage du savoir-être est développé dans plusieurs enseignements au cours des quatre années d'études : la psychologie, l'éthique et l'anthropologie médicale.

La Haute Autorité de Santé aborde les points majeurs pour réaliser au mieux une annonce. Ces recommandations ont été instaurées en 2008. (6) Nous avons cherché à vérifier si les professionnels de santé (gynécologue obstétricien, interne, sage-femme) les connaissent et les respectent. [Annexe I]

Des formations professionnelles continues sont également proposées aux professionnels. Elles resituent le contexte théorique mais également pratique, à travers des jeux de rôles, des études de cas, des mises en situation, sur la manière d'annoncer une



mauvaise nouvelle. Elles permettent les échanges entre professionnels confrontés aux mêmes situations et sont ouvertes à tout professionnel de santé. (7)

Dans certains services sont établis des groupes de paroles où les professionnels de santé échangent sur leur propre vécu de situations difficiles. Ils permettent donc de verbaliser des souvenirs douloureux avec pour objectif un meilleur vécu de ces derniers.

Ainsi nous pouvons nous demander si différents critères comme la formation, l'expérience professionnelle et la confrontation à la mort jouent un rôle sur le positionnement professionnel et les conséquences de l'annonce de la mort fœtale in utero sur les soignants.



Première partie : L'annonce de la mort fœtale in utero

Bien que la grossesse ne soit pas associée à l'idée de mort, la mort fœtale in utero est une situation à laquelle sont susceptibles de faire face les professionnels. L'annonce d'une mauvaise nouvelle peut donc devenir réalité dans le suivi d'une grossesse. (8)

1. Les intervenants : leur rôle et leur responsabilité

Les professionnels de l'obstétrique (gynécologue obstétricien, sage femme, interne), à l'instar des cancérologues, se doivent d'annoncer, expliquer, accompagner le couple, faire face à leurs émotions et les écouter. (9) Ils interviennent à différents moments et ont des rôles distincts.

2. Les difficultés des professionnels face à l'annonce

2.1 Le vécu de la situation par les soignants

L'annonce est un moment que beaucoup de professionnels appréhendent et ces derniers la décrivent généralement comme une expérience douloureuse. (5)

L'annonce est vécue comme « une véritable épreuve ». (10) Elle a été désignée comme la tâche la plus difficile à réaliser par les onco-pédiatres, dans leur pratique clinique. (11) Les professionnels auront donc un rôle de « messenger de mauvaise nouvelle ». (4)

Face à la mort fœtale in utero, les soignants se retrouvent en première ligne. Elle marque leur psychisme de manière traumatique. Une sage femme raconte l'empreinte laissée : « certains accompagnements ont été si intenses qu'ils se rappellent à moi tous les ans ». (10)



La volonté première du soignant est d'aider la patiente, d'aider le couple. Et pourtant, dans le cas d'une mort fœtale in utero, « il faut annoncer l'impensable ». (10) Il existe souvent un désir de fuir, d'éviter l'annonce dans le but de se protéger.

Les sentiments d'échec, d'impuissance, peuvent être à l'origine d'une réactivation d'une blessure narcissique profonde. Là où la vie est attendue, la mort prend le dessus... (10)

« Immanquablement, je resterai l'annonceur de la catastrophe ». (10) Il est difficile de trouver sa place et certains professionnels ressentent « une certaine solitude ». (10)

Les professionnels de santé soulignent leurs craintes, leurs peurs face à la réalisation de l'annonce. Ces craintes peuvent prendre plusieurs dimensions :

- Le rapport à la mort : en médecine, la mort est souvent associée au sentiment d'échec ce qui renforce les difficultés.
- Etre maladroit.
- Contenir ses émotions : il existe également la crainte d'exprimer ses émotions.
- La perte de contrôle de la situation.
- L'attachement au patient : les professionnels craignent d'être trop émotifs par rapport à la souffrance du patient et donc trop impliqués.
- L'identification au patient. (12)

2.2 La souffrance des patients

Les professionnels se retrouvent en première ligne face aux réactions des patients. Une part de leur crainte est la difficulté à gérer leurs réactions émotionnelles. (13)

Une autre crainte est évoquée par les professionnels : la peur de faire mal, de faire souffrir le patient. Les professionnels ne possèdent aucune solution pour le soulager de la douleur psychique de l'annonce. (4)

Enfin, il existe la peur d'être tenu pour responsable de la mauvaise nouvelle. Ce sont les compétences du professionnel qui sont directement visées, ce qui est d'autant plus déroutant pour ce dernier. (4)



3. Les émotions du soignant

La gestion d'une mauvaise nouvelle génère des émotions comme le stress, l'anxiété, etc. Mais d'autres émotions sont possibles, notamment :

- La culpabilité : un sentiment d'échec personnel de ne pas être arrivé à guérir le patient, de la colère contre soi ou envers les autres et une dévalorisation de soi font souvent partie des émotions que ressentent les soignants. (4)

- La tristesse, le chagrin : ce sentiment est croissant en même temps que le nombre d'annonces réalisées augmente : il y a un sentiment de défaites successives qui vient rendre l'annonce encore plus difficile pour le soignant. Lorsque le professionnel s'est attaché au patient et qu'un processus d'identification a été fait, la tristesse va être d'autant plus intense. (4)

- L'inconfort : toutes les mauvaises nouvelles n'entraînent pas nécessairement une détresse émotionnelle chez le soignant mais souvent elles donnent lieu à un sentiment de malaise et d'embarras. (4)

4. Des outils pour la réalisation de l'annonce

L'annonce de la mort fœtale in utero est source d'angoisse pour les professionnels. Il n'existe pas une « bonne » méthode pour annoncer puisque personne n'est assuré des effets qu'une parole peut avoir sur la patiente et son compagnon. L'annonce ne peut s'improviser. Des outils ont été proposés afin de gérer au mieux la situation et être le moins traumatique possible pour le couple.

Ces outils peuvent être résumés sous la forme d'un acronyme CAHIER : (14)

- Cadre : la consultation doit être réalisée dans un lieu calme.
- Anticiper : il est nécessaire de s'interroger sur ce que la patiente a perçu, sur ce qu'elle sait ou non.
- Harmonie : l'utilisation d'un vocabulaire simple permettra de s'adapter à la patiente et ainsi faciliter sa compréhension. L'écoute est fondamentale.
- Inviter la patiente à réfléchir, laisser la place aux questions, respecter son rythme en marquant des silences. Le silence est partie prenante de l'annonce.



- Emotions/empathie : laisser aller les émotions de la patiente, les nommer va permettre de reconnaître sa souffrance. Il est important de ne pas juger et d'utiliser des gestes simples afin de favoriser l'empathie.
- Résumer : terminer la rencontre en réalisant un résumé de ce qui a été dit et des éléments de la prise en charge. Il est aussi important de mettre en lien avec les personnes qui prendront en charge le couple par la suite. (14)

A l'aide de cet outil, nous allons voir quel est le positionnement des professionnels de l'obstétrique (gynécologue obstétricien, interne, sage-femme) face à l'annonce d'une mort fœtale in utero.



Deuxième partie : Méthodologie de recherche

1. Description de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs menés auprès des professionnels de santé ayant été confrontés à l'annonce de la mort fœtale in utero.

2. Population étudiée

Elle est composée de gynécologues obstétriciens, d'internes de gynécologie-obstétrique et de sages-femmes confrontés à l'annonce de la mort fœtale in utero, dont le terme était supérieur à 22 semaines d'aménorrhée. L'enquête a été menée auprès des professionnels de l'Hôpital Mère Enfant de Limoges et des autres maternités du Limousin (Tulle, Guéret). Elle porte sur 10 professionnels répartis comme suit :

- cinq gynécologues obstétriciens,
- un interne,
- quatre sages-femmes.

Nous nous sommes aidés du registre recensant tous les cas de mort fœtale par le service de diagnostic anténatal pour définir un échantillon de janvier à décembre 2016. Nous avons pris en compte les dossiers selon un ordre inversement chronologique : du plus récent au plus ancien, pour limiter au maximum le biais de mémorisation.

3. Variables de l'étude

Dans un premier temps nous avons cherché à décrire les caractéristiques de notre population : le genre, le statut professionnel, l'expérience professionnelle.



Puis nous nous sommes intéressés aux recommandations de la Haute Autorité de Santé : le cadre, l'anticipation, l'harmonie, le respect du rythme de la patiente, les émotions/l'empathie, le résumé (CAHIER).

Les réactions des professionnels ont également été prises en compte : les mécanismes de défense (la fuite en avant, l'esquive, l'identification projective, l'évitement, la dérision, le mensonge par omission, la rationalisation), les ressources utilisées comme aide au cours de l'annonce.

Enfin, nous avons pris en considération la confrontation à la mort ou non, à travers la prise en charge active d'un défunt dans son parcours professionnel ou dans sa famille.

4. Organisation de la recherche

Après avoir répertorié l'identité des professionnels confrontés à l'annonce d'une mort fœtale in utero, une rencontre avec ces derniers a été planifiée au sein de l'hôpital Mère-Enfant de Limoges ou dans les maternités périphériques. Le but a été d'expliquer le sujet du mémoire et de leur proposer de participer à l'étude. Après accord, une date a été fixée pour la réalisation des entretiens.

Chaque entretien a été réalisé à l'aide d'un guide dans le but de d'harmoniser le contenu et de permettre les relances. [Annexe II]

Les entretiens se sont déroulés en face à face, ils ont eu une durée d'une demi-heure à une heure et demie. Le lieu de l'entretien a été laissé au choix du soignant : bureau de consultations, bureau personnel, office de grossesses pathologiques, dans une chambre de patient, dans une salle de réunion. Ils ont été enregistrés après accord du professionnel et retranscrits dans leur intégralité sous Word[®]. Ils ont été anonymisés.

Le contenu a été ensuite classé par thème, en prenant comme base les objectifs de recherche. De plus, une analyse lexicale du contenu a été réalisée. Elle prend en compte le statut professionnel, le genre, l'ancienneté des soignants, les recommandations de santé, les réactions des professionnels et la confrontation ou non à la mort.



Troisième partie : Analyse de discours et discussion

1. Présentation de l'étude

Nous avons réalisé dix entretiens. Les dix participants regroupent cinq gynécologues obstétriciens, un interne en obstétrique et quatre sages-femmes, comme décrit précédemment.

1.1 Caractéristiques de la population

Leurs caractéristiques sont résumées sous la forme du tableau suivant :

	Sexe	Statut	Ancienneté	Lieu d'exercice
A	Féminin	Sage-femme	30 ans	HME Limoges
B	Féminin	Sage-femme	5 ans	HME Limoges
C	Féminin	Sage-femme	35 ans	HME Limoges
D	Féminin	Sage-femme	15 ans	CH Guéret
E	Féminin	Médecin	25 ans	HME Limoges
F	Féminin	Médecin	10 ans	HME Limoges
G	Masculin	Médecin	25 ans	HME Limoges
H	Féminin	Médecin	30 ans	HME Limoges
I	Masculin	Médecin	10 ans	CH Tulle
J	Masculin	Interne	5 ans	HME Limoges

1.2 Les points forts

Cette étude a bénéficié d'une bonne adhésion des professionnels. Aucun refus n'a été recensé, certains ont même montré leur volonté de participer spontanément à l'enquête sans y avoir été invité. De plus, les professionnels de santé ont pu s'exprimer en toute liberté. Contrairement à ce que nous avons pensé, le biais de mémorisation est très limité dans la



population des sages-femmes. En effet les situations ont été exposées avec de nombreux détails. Nous avons constaté que ces situations « compliquées » marquent une carrière professionnelle et les souvenirs demeurent souvent intacts.

Nous n'avons retrouvé dans la littérature aucune étude sur le respect des recommandations concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

1.3 Les difficultés

Un seul interne a été confronté à l'annonce d'une mort fœtale in utero. De ce fait, nous ne pouvons pas conclure sur la population des internes. De plus, nous pouvons évoquer un biais de mémorisation pour les médecins. Enfin, les entretiens ont parfois déclenché des émotions ou bien une remise en question de leurs pratiques de professionnels.

2. Des outils pour annoncer : CAHIER

Comme dit précédemment, les recommandations de la Haute Autorité de Santé ont été reprises sous la forme de l'acronyme CAHIER par le Dr. Bailleux : le C correspondant au cadre, le A à l'anticipation, le H à l'harmonie, le I à l'invitation, le E à l'empathie, aux émotions et enfin le R au résumé, à la synthèse. Nous nous sommes donc servis de cette trame pour vérifier si les professionnels suivaient les recommandations en matière d'annonce d'une mauvaise nouvelle. (14)

2.1 Le cadre

Tout d'abord, le premier point à respecter correspond au cadre : il est défini par le lieu et le choix des participants, c'est à dire le nombre de personnes présentes ou bien le choix d'une personne « repère », qui est toujours présente et qui permet de donner un point « d'attache » à la patiente. (14)



2.1.1 Le lieu

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, la lieu doit être adapté mais non exclusivement dédié aux annonces. Dans notre étude, seul un médecin, docteur E, dont l'expérience professionnelle est riche de par sa formation et le service où il exerce (Diagnostic anténatal), parle de l'importance du lieu de l'annonce : *« Et c'est pour ça aussi que j'avais souhaité qu'il y ait une salle d'entretien, un petit peu à part »*.

Pour les autres professionnels, le lieu n'est pas mentionné, mais il faut souligner que la majorité des professionnels interrogés exercent à l'HME de Limoges. Il n'existe pas d'espace dédié aux annonces. De plus, la configuration des locaux et la séparation géographique des secteurs peuvent rendre difficile la création d'une salle dédiée à cela.

La Haute Autorité de Santé évoque le cadre de l'annonce et inclus également la notion d'environnement calme : pas de dérangement, pas de téléphone. Seule madame D, sage-femme cadre, explique qu'elle prend en compte l'environnement du service, qu'elle veille à ce que le service reste calme tant que la patiente est présente : *« dans ce cas là on évite de piailler, de glousser dans les couloirs à ce moment là parce que moi en tant que patiente je n'aurai pas aimé qu'on me fasse cela. C'est tout bête. »*

2.1.2 Les participants

D'autre part, le choix des participants apparaît dans quatre entretiens sur dix. La sage femme A, 35 ans d'ancienneté, explique l'importance d'être seule avec la patiente afin que cette dernière soit plus à l'aise et qu'elle réussisse à parler : *« elle te parlera à un moment donné quand tu seras seule, faut toujours être seule, pas avoir 3-4 personnes en face d'elle, t'imagines ? Déjà l'annonce c'est ...mais si en plus elle a... tu vois ? »*. La sage-femme D explique également qu'il est important qu'une seule et même personne se rende auprès de la patiente : *« Et puis on évite que ce soit plusieurs personnes qui s'y rendent. C'est important »*.

Cette idée est également retrouvée chez les médecins. Madame E évoque l'idée de « repère » : *« ça leur permet d'avoir un repère parce que quand on est complètement perdu par quelque chose qui nous sidère, on a l'impression qu'on perd pied. Beh il faut remettre un sol, remettre un cadre »*. Le médecin F a acquis de l'expérience dans l'annonce en



cancérologie, il évoque aussi cette notion : « *C'est aussi important qu'il y ait le moins de monde possible qui rentre dans la salle et si possible toujours les mêmes, oui.* ».

Les autres professionnels n'évoquent pas la notion du choix des participants.

2.2 L'anticipation

L'anticipation résume le fait de se préparer à l'annonce. Elle consiste en l'étude préalable du dossier mais aussi à s'interroger sur ce que sait ou a déjà perçu la patiente. (14)

Le docteur Véronique Mirlesse insiste sur le fait que « *l'annonce doit être anticipée, préparée pour atténuer le choc et la brutalité* ». (9)

2.2.1 Consultation du dossier

Dans un certain nombre de situation, le dossier est consulté avant de rencontrer la patiente et donc de poser le diagnostic de la mort fœtale in utero. Ainsi madame F, médecin, dit : « *donc je connaissais un peu le dossier, mais oui j'ai regardé le dossier avant d'aller voir la dame.* » ou bien le médecin I : « *Ah je regarde le dossier ! [...] Je regarde le dossier parce qu'après euh.. [...] enfin quand c'est des coups de fils que tu as avec suspicion de mort fœtale, parce que diminution des MAF etc, quand tu sais qu'elles vont arriver, beh tu regardes un petit peu* ». Ce dernier insiste d'ailleurs sur ce point et mentionne une de ses craintes. Il verbalise la peur de son manque de connaissances du dossier et de conscience professionnelle : « *enfin tu vois tu peux vite te faire piéger, tu peux passer un peu pour un branquignole si tu sais pas* ».

2.2.2 La préparation de l'annonce

Le médecin E, expérimentée dans l'annonce, explique la nécessité de se préparer à l'annonce : « *Donc souvent je continue un petit peu l'examen parce que ça me permet moi de me préparer aussi, de me dire qu'est ce que je vais leur dire et puis de me dire peut être,*



quelques minutes, ils vont s'en rendre compte, et ils vont m'interpeller et vont me dire [...] j'ai besoin, je regarde, je vais regarder un petit peu tout le reste. Je sais que quand je vais annoncer quelque chose ça va être sidérant ». Ce discours montre qu'une annonce reste, quelle que soit l'expérience, une tâche extrêmement compliquée. Malgré l'ancienneté, l'expérimentation, la difficulté demeure : *« J'ai besoin d'avoir un petit temps pour me ressaisir, pour me dire comment je vais leur dire à eux, comment je vais leur dire... »*. De plus, un questionnement existe sur l'état d'esprit, les connaissances de la patiente sur la situation, le médecin cherche à s'adapter : *« Alors nous, médecins, on peut trouver des facteurs de risques mais les patientes ne sont pas forcément conscientes des facteurs de risques dont elles sont porteuses. »*. Elle a pris beaucoup de recul.

Un médecin, de sexe masculin, s'interroge également sur la perception de la patiente. Il connaît les réactions potentielles des patientes, et prend conscience du risque de sidération de la patiente suite à l'annonce. Il explique l'intérêt d'une annonce en plusieurs temps par des personnes différentes : *« je lui avais dit « mais si vous voulez je peux demander au médecin de garde de venir jeter un coup d'œil à l'échographie ? Malheureusement il vous donnera certainement la même conclusion que moi... Au moins vous aurez eu deux médecins qui confirment. » »*.

2.3 L'harmonie

La Haute Autorité de Santé parle de l'harmonie. Elle consiste au fait de s'adapter à la patiente : grâce à l'utilisation d'un langage simple, adapté, mais aussi le fait d'être à l'écoute de la patiente, de l'observer, de la rassurer et de vérifier en permanence sa compréhension.
(14)

2.3.1 Le choix des mots

En effet, la tendance de la population des médecins est d'utiliser majoritairement un langage médical. L'interne J : *« Mais à priori, un diabète gesta équilibré, alors certes elle était obèse, elle fumait, il y avait tout ça donc c'est sur qu'après coup il y en a qui arrivent*



qui te disent peut être que je l'aurai déclenchée, mais au final on l'aurait déclenché à 39 tu vois ? ». La patiente est assimilée à des facteurs de risques : diabète gestationnel, tabac,... Il semble être à la recherche d'une étiologie. La recherche de facteurs de risques est pour lui une priorité. Il explique notamment : *« Je leur dis qu'il faut que j'évalue, que je vais essayer de regarder si je vois une cause à l'échographie, et puis surtout qu'il faut que j'estime le poids du bébé, [...] que je regarde s'il y a assez de liquide, tu vois, pour voir s'il y a pas une cause évidente, parce qu'un bébé en anamnios, tu vois, on peut se dire que voilà, si t'arrive à voir un bout du cordon, c'est quand même difficile à voir [...] Après, ça te permet de voir la situation, s'il a pas grossi depuis l'écho T3, il y a peut-être eu un problème, un gros RCIU qui est passé inaperçu, tu vois, ou un truc comme ça. »*. Lorsqu'il décrit son positionnement lors de l'annonce, il aborde très vite les examens médicaux complémentaires et utilise toujours un langage très médical. Cette rationalisation et cette logorrhée peuvent éventuellement être le signe de difficultés dans la réalisation de l'annonce. Nous pouvons peut-être y voir une tentative d'auto-protection. Nous n'avons pas identifié dans ce discours une prise en compte des connaissances du couple.

Cette même notion est retrouvée dans d'autres entretiens : *« un bilan, l'écho, une autopsie... »*.

Nous avons constaté que ce sont tous les deux des hommes, mais il est tout de même difficile de conclure à un lien entre le sexe masculin et un positionnement médical particulier car cette tendance n'est pas adoptée par monsieur I.

La majorité des professionnels (cinq), deux médecins ainsi que trois sages-femmes emploient un vocabulaire adapté avec des mots simples, compréhensibles par la patiente : *« pas se cacher derrière le savoir médical parce que du coup leur déblatérer un cours ça ne sert à rien, ils vont rien comprendre [...] ils vont péter une pile quoi parce qu'ils vont avoir l'impression d'être pris pour des idiots donc il faut être compatissant, leur expliquer avec des mots simples »*. Madame C, sage-femme, a également fait ce constat : *« Il y a des professionnels qui sont baignés dans leur milieu professionnel et ils ne se rendent pas compte qu'ils utilisent un jargon médical »*. Ils sont tous les deux lucides sur leurs pratiques. Nous avons noté le rôle de l'expérience professionnelle et la capacité de remise en question.

Le choix des mots devient dans certains cas une priorité : *« Et j'hésite pas à dire « naitre » moi, j'essaie de ne pas trop utiliser le terme « expulsion » »*. Monsieur I partage le



même point de vue : « *Par contre je ne pars jamais d'une salle sans leur dire que le bébé est mort, enfin, c'est le mot que j'emploie. Je l'utilise. [...] Je pense qu'il faut qu'ils entendent que le bébé il est mort. On peut pas, à terme, dire : « la grossesse est arrêtée ». C'est pas possible, enfin à mon sens. Eux c'est un bébé, le bébé, il est vivant ou il est mort.* ». Mesdames A et B, sages-femmes, parlent même de progression dans l'annonce: « *Tu vois plutôt que dire « votre bébé est mort » comme ça, bam... de dire beh « là je vois plus de battements cardiaques » vraiment ou « son cœur s'est arrêté de battre » ; « Je parle pas du mot autopsie tout de suite » ; Madame C, sage-femme, relate le caractère délétaire, choquant de certaines annonces : « *Quand il y a un accident funiculaire à mon sens, quand on en est sûr, il faut parler de compression du cordon.* ». Il y a ici une certaine volonté de ne pas choquer la patiente et que la vision des parents est celle d'un étranglement par le cordon ombilical.*

Parmi les sages-femmes, seule la cadre a recours à un discours médical et très administratif. Elle aborde très vite les formalités administratives à remplir pour les examens, etc. : « *il y a un risque pour la femme de déclarer une CIVD consécutive donc rapidement il va y avoir les papiers à faire signer pour provoquer l'accouchement, donner la mifégyne et initier l'accouchement* ». Le mot « consentement » apparaît très régulièrement dans l'entretien et à de multiples reprises. Nous pouvons l'expliquer par des préoccupations plus réglementaires que les autres sages-femmes probablement en lien avec son poste de cadre.

2.3.2 La volonté de ne rien cacher

L'analyse des entretiens montre une volonté d'informer le couple de manière exhaustive, loyale : « *Il faut dire les choses : ça m'inquiète, j'appelle un médecin. Et oui, parce que c'est vrai. C'est pas en ne le disant pas que tu vas la rassurer quoiqu'il en soit. Ça il m'a fallu des années tu vois ... parce qu'on était pas formé comme ça [...] il fallait pas dire « je ne sais pas »* ». Madame A partage cet avis et n'hésite pas à solliciter un médecin pour avoir un avis : « *tu dis « je suis inquiète, il faut que j'aille voir à l'échographie comment ça se passe et si je suis pas sûre de moi j'irai chercher un collègue médecin »* ».



2.3.3 L'observation

L'observation de la patiente fait également partie de l'harmonie. Elle permet au professionnel de s'adapter, d'adapter son discours en fonction de son observation. Seules deux sages-femmes l'évoquent explicitement lors de l'entretien. Madame B explique « *Pour l'annonce, le truc je pense qu'il n'y a pas une règle directrice, c'est tellement en fonction de gens mais justement, c'est essayer de cerner plus vite les gens pour savoir, pas ce qu'ils veulent entendre parce qu'on ne peut pas leur dire ce qu'ils veulent entendre* ». Sa collègue, madame A, réagit de la même manière : « *C'est un peu le couple qui va te le dire ça. Tu vois si tu sens qu'ils veulent que tu restes avec eux, ou au contraire ils veulent être seuls [...] Oui, et alors ça dépend des couples ça* ».

2.3.4 La réassurance

La réassurance de la patiente peut également faire partie prenante de l'harmonie. Le médecin E tente de rassurer le couple : « *Leur dire que leur bébé n'a pas souffert, des choses comme ça, je ne peux pas forcément bien le savoir, mais bon il y a quand même des éléments, en fonction de ce qu'il s'est passé, un bébé qui s'affaiblit de plus en plus, etc. On dit non il s'en est pas rendu compte, il s'est éteint tout doucement* ». Elle est la seule professionnelle à évoquer spontanément cette réassurance. Nous pensons que cette attitude est expliquée par son expérience professionnelle.

2.4 L'invitation

Le quatrième critère des recommandations de la Haute Autorité de Santé est l'invitation : inviter la patiente à récupérer, à réfléchir, à aller plus loin, etc. Il consiste précisément en le respect du rythme de la patiente.

L'annonce d'une mort fœtale reste, quoiqu'il en soit, un événement tragique. Cependant une annonce progressive qui respecte le rythme de la patiente, peut permettre un meilleur vécu de ce moment par les parents. L'invitation consiste également à laisser de la place aux interrogations de la patiente ou du couple mais aussi aux silences. (14)



2.4.1 Progression dans l'annonce

Quatre professionnels respectent le rythme de la patiente en marquant une certaine progression dans leur annonce afin de préparer psychologiquement le couple. L'annonce est donc rendue moins brutale. Madame C nous dit : « *« Euh... oui oui, effectivement, écoutez, j'arrive pas bien à voir. » Enfin des trucs comme ça, tu essaies de te donner un peu de champ. Et puis tu dis « je suis désolée mais je n'arrive pas à voir, je ne vois pas son cœur battre ». Et ça elles non plus ne vont pas l'entendre « je ne vois plus son cœur battre ». « Qu'est ce qu'il y a ? » « Son cœur ne bat plus madame c'est parce qu'il est décédé. » » ». Le médecin I utilise également la même méthode : « *euh j'essaie de mettre de la couleur, vous voyez là normalement il y a de la couleur, là j'en vois pas... Je suis désolée madame mais malheureusement le cœur du bébé là il bat pas... votre bébé est mort. » » ». Il explique qu'il montre directement l'écran de l'échographe à la patiente afin que la patiente soit impliquée dans le diagnostic, il se met à sa portée : « *Des fois je leur montre, je leur dis « beh regardez, le cœur il est là, je mets du doppler, normalement j'ai... et là vous voyez je l'ai pas » ou alors je leur fais avec le doppler couleur « normalement ça fait bleu-rouge et là il ne se passe rien... » » ». Cette manière de procéder favorise une prise de conscience par les parents et les implique dans le processus de l'annonce.***

Par ailleurs, deux médecins (I et F) réalisent une annonce en deux temps : « *après je prends le temps de tout leur expliquer [...] Je les laisse souffler d'abord, je leur explique vaguement les choses, je les laisse souffler, et je reviens secondairement [...] expliquer tranquillement, quitte à leur répéter deux fois, trois fois, quatre fois la même chose. »* (médecin F). Ils partagent un point commun : leur expérience en cancérologie, ce qui peut nous laisser penser que cette d'expérience leur a permis d'acquérir une certaine méthode basée sur le respect du rythme de la patiente par l'intermédiaire d'une annonce progressive.

Au contraire, deux professionnels se différencient par une annonce sans étape. Cette façon de procéder semble un peu abrupte. Monsieur I raconte : « *Et moi je suis arrivé, j'ai refait l'écho et donc je lui ai annoncé que...il y avait une mort fœtale »*. Il en est de même pour le médecin G lorsqu'il explique comment il fait : « *Comme d'habitude, en disant que je suis désolé, qu'il n'y avait plus d'activité cardiaque et que son enfant était mort. *silence* »*. Cette attitude laisse penser à une forme de détachement, le discours est assez brutal. Nous



pouvons aussi nous demander si cela correspond à un mal-être et quelque part une manière de se protéger de la difficulté de la situation.

Enfin, madame D, sage-femme, aurait tendance à multiplier les étapes à l'annonce : *« j'ai appelé ma collègue de garde et je lui ai dit « viens » et on a amené l'échographe. Et à deux sages-femmes on a fait la première échographie [...] Et le médecin est allé voir un de ses confrères pour avoir un deuxième avis gynécologique. »*. La patiente bénéficie de trois échographies avant que le médecin lui annonce la mort fœtale in utero. Elle explique ce nombre d'étapes important par la crainte d'annoncer une mort fœtale qui n'en est pas une.

2.4.2 Le respect du rythme de la patiente

L'invitation se caractérise également par le respect du rythme de la patiente. Majoritairement ce critère est respecté, à l'exception de trois participants. Il prend différentes formes comme par exemple : *« Faut la laisser, faut lui laisser du temps »* comme le raconte la sage-femme A ou bien le médecin I qui connaît les étapes du deuil dont la sidération : *« Parce que c'est une annonce qui est tellement difficile que, les dames elles vont avoir besoin qu'on leur répète plusieurs fois pour l'intégrer »*.

Au contraire, d'autres ne respectent pas le rythme. Monsieur J, interne, dit : *« et puis voilà qu'il va falloir déclencher l'accouchement »*. Il se justifie en expliquant que la femme n'est pas à même de comprendre : *« de toute façon elle n'était pas à même que je lui explique quoique ce soit donc on a laissé passer le coup et puis après on l'a passée en salle de naissances pour tout le bilan... »*.

2.4.3 Les silences

Les silences font partie du respect du rythme de la patiente. Pourtant, seuls deux participants l'évoquent : la sage-femme C qui dit : *« Je crois qu'il faut respecter le silence »*



mais indiquer qu'on est là quoi...on les laisse mais on est à coté et qu'elle nous appelle tout de suite. ». Monsieur I rajoute : *« quand tu sais laisser des temps... les blancs mine de rien ça aide, alors il ne faut pas non plus rester comme ça pendant 5 minutes au pied du lit en tapant des ongles, mais rien que des petits blancs de quelques secondes, ça permet de fragmenter un petit peu le discours, leur laisser le temps d'intégrer ».* Ces deux participants ont acquis une certaine expérience, ont pris du recul probablement parce qu'ils ont été confrontés à plusieurs reprises à des annonces de malformations, de cancers. L'expérience semble donc avoir une place importante dans l'utilisation des silences comme moyen de communication.

2.4.4 Laisser le choix

Par ailleurs, nous avons pu constater que trois médecins laissent le choix au couple, par rapport aux examens, et parfois les aident dans leur prise de décision : *« je leur demande ce qu'ils souhaitent, est ce qu'elle souhaite se rhabiller tout de suite, est ce qu'elle souhaite que je regarde un peu plus le bébé pour trouver une cause, est ce qu'ils souhaitent rester un petit peu tous les deux ensemble si elle est avec son conjoint, si elle est seule je lui demande si elle veut appeler son conjoint ou si elle veut appeler un proche pour venir voilà. ».* Ces deux médecins laissent le choix à la patiente ou au couple. Ils permettent l'expression des questions, de la discussion et témoignent d'une certaine adaptabilité : *« vous préférez souffler un petit peu avec votre mari etc. et je repasse toute à l'heure et on rediscute, soit vous voulez que je vous explique tout maintenant ? ».* Ils insistent bien sur le rôle des parents et sur leurs choix, leurs décisions et cherchent à les impliquer : *« Bien leur dire qu'on oblige en rien tous les examens, que c'est conseillé mais que c'est eux qui décident et prendre du temps pour tout, voilà être présent. ».*

2.4.5 La disponibilité

Etre et se rendre disponible pour la patiente ou le couple font également partie intégrante des recommandations, concept auquel les sages-femmes sont très sensibles. La sage-femme B, comme la sage-femme A, se rendent très disponibles, elles prennent en charge le couple en globalité et non seulement la patiente. Elles se mettent à leur disposition : *« le*



monsieur je lui demande s'il a des questions, s'il a besoin de quelque chose, s'il veut boire quelque chose tout simplement, s'ils ont besoin que j'appelle, qu'on appelle quelqu'un pour eux [...] si la dame a envie qu'on reste avec elle, de leur expliquer le déroulement des choses, de leur dire comment ça peut se passer, d'essayer de les reconforter du mieux que je peux. ».

La sage-femme D se montre également très disponible, elle prend en compte l'entourage de la patiente : « *On s'est permise de lui demander le numéro de son conjoint pour prévenir le conjoint pour qu'il vienne avec elle rapidement.* ». Madame A le fait sous une autre forme : « *Tu lui dis que tu es là, que tu n'es pas simplement une technicienne [...] Des fois tu peux leur dire « est ce que je vous laisse seuls pour le moment ? Je reviens quand vous voulez » [...] Puis tu y reviens, tu lui dis « est ce que je peux faire quelque chose pour vous ? Est ce qu'il y a des questions qui vous viennent ? »* ». Elle revient à plusieurs reprises car elle a l'expérience et sait que les questions ne viennent généralement pas tout de suite après l'annonce mais parfois des heures après. Elle montre au couple qu'elle est attentive à leurs besoins, cela permettra de les mettre à l'aise.

Mais le fait d'être disponible pour la patiente n'est pas spécifique aux sages-femmes. Un médecin raconte : « *si jamais elle souhaite un contrôle écho par quelqu'un d'autre ou que je revienne plus tard, il n'y a pas de problème.* ».

Malgré tout, il nous semble que les sages-femmes développent tout particulièrement cet aspect de la prise en charge, probablement du fait de leur rôle en salles de naissances notamment. Soutenir la patiente et le couple fait partie de leur mission dans le cadre de la mort fœtale in utero.

2.5 Les émotions, l'empathie

Laisser de la place aux émotions de la patiente ou du couple, à l'expression de leurs sentiments, comprendre leurs réactions et les respecter, utiliser des gestes simples, accepter ses propres réactions en tant que soignants, tous ces critères sont retrouvés dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Il s'agit de développer une empathie envers les patientes ou les couples. (14)



2.5.1 La verbalisation des émotions de la patiente, du couple

2.5.1.1 La verbalisation de la souffrance

La compréhension et le respect des émotions jouent un rôle central dans l'accompagnement et l'écoute du couple.

Madame D, sage-femme, explique qu'il faut être présente lors de la manifestation de la douleur et de développer les capacités de communication : *« On amène la parole « je peux entendre, voilà, j'entends votre souffrance » [...] Mais là il faut prendre sur toi, il faut rester, il faut être là, il faut accepter les larmes, les cris, l'incompréhension, « et si on m'avait fait une échographie, et si.. et si.. et si... ».*

Le médecin E utilise au cours de l'entretien un vocabulaire très riche concernant les sentiments ressentis par la patiente ou le couple vis à vis de la mort fœtale in utero. Nous avons retrouvé de manière répétée certains mots : *« violentes », « sidérant », « traumatisant », « craintes qui surgissent », « culpabilité », « colère », « douloureux ».* Nous voyons à quel point ces mots relatent la détresse, l'état d'esprit des femmes, des couples confrontés à la mort fœtale in utero. Elle explique également : *« Souvent les gens ils ont un moment bien sûr de panique, de sidération, de larmes qu'il faut respecter ».* Les émotions sont identifiées et permettent une adaptation au ressenti de la patiente.

Selon le docteur I, elles doivent être respectées : *« il ne faut pas chercher trop non plus à les empêcher d'exprimer cette colère, cette rage. ».* Le mécanisme de deuil est connu, notamment la sidération qui apparaît souvent précocement : *« il y a l'effet de 2-3 annonces différentes, le premier voilà c'est pas que tu ne le crois pas mais tu te dis merde c'est un cauchemar, faut me réveiller. Quand tu commences à avoir 2-3 personnes qui te le disent, là déjà c'est un peu plus concret. ».*

2.5.1.2 La gestion de la culpabilité

Un point important souligné par nos interviewés est la levée de la culpabilité, une réaction relativement fréquente. Trois des participants ont insisté sur l'importance de déculpabiliser la patiente. Madame D explique : *« et en disant « vous n'y êtes pour rien ! ». C'est important. ».* Le médecin E le fait également : *« Et puis notre travail souvent ça va être de les déculpabiliser ces mamans, de leur dire, voilà que, de leur expliquer que voilà, même si au niveau des facteurs de risques, enfin voilà... On les déculpabilise ».*



2.5.1.3 La verbalisation de la colère

La colère fait également partie des réactions rencontrées suite à l'annonce d'une mort fœtale. Face à cela, il existe un véritable consensus des participants qui expliquent tous de la même manière comment gérer ce genre de situation. Selon le docteur E, l'attitude calme, la compassion permettent de canaliser la colère : *« Je crois qu'il faut essayer dans la mesure du possible d'être très très calme, de ne pas élever la voix et... à mon avis il faut maintenir un dialogue que ce soit avec la maman, que ce soit avec le papa en disant « je comprends que vous soyez mal »... « votre colère elle est très, elle est très dure, elle est très agressive ». Voilà, on l'entend, on peut la comprendre, elle doit respecter quand même, [...] je vois ce que vous dites et je ne peux pas me mettre à votre place mais j'entends combien c'est violent pour vous »*. Ce médecin insiste sur la verbalisation de cette colère mais qui ne doit pas se transformer en violence : *« je vous comprends, j'entends. Attention ! Restez dans la norme, respecter les gens mais... j'entends que vous puissiez réagir comme ça parce que c'est très dur et que c'est normal que vous trouviez les choses dures »*.

Un de nos enquêtés évoque la possibilité d'une fuite : *« Oui, euh, ça peut arriver, mais ... moi je m'en vais s'ils sont vraiment agressifs. »*. Ce professionnel aborde la fuite dans l'objectif de se protéger.

2.5.3 L'empathie

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé, l'écoute, l'empathie, contribuent à une annonce mieux vécue par la patiente. Il s'agit d'être attentif aux paroles de la patiente, de reformuler, d'accompagner le couple, etc. Les entretiens montrent, qu'au décours de l'annonce, l'accent est mis sur l'un de ces moyens de prise en charge.

Pour madame B, c'est une priorité, même si nous pouvons noter qu'elle insiste d'avantage sur l'accompagnement que sur le respect des émotions : *« là où je me concentre, moi, c'est sur l'accompagnement des gens. Oui, je vais essayer de les accompagner du mieux que je peux [...] C'est toujours horrible. [...] Là où je me conforte, c'est dans l'accompagnement, être la plus adaptée pour eux et les accompagner parce qu'ils ont besoin d'être aidés à ce moment là, pas d'être soutenus parce que pour moi le soutien c'est l'entourage qui l'apporte, mais de prendre soin d'eux tout simplement, voilà... »*. Nous



remarquons que les sages-femmes ont une attitude d'écoute et d'accompagnement développée ce qui peut être justifié par leur statut. Elles occupent une place importante dans l'accompagnement des femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Une autre sage-femme utilise la reformulation des émotions ou des paroles de la patiente : « *vous trouvez ça injuste et... c'est injuste, c'est injuste, vous n'avez rien fait qui mérite ça* ». Il s'agit ici d'une forme d'empathie. Sa collègue en fait de même : « *je suis là, je sais que c'est un drame, c'est un tsunami qui vous arrive, on est là. Alors bien sûr qu'on ne pourra pas vous rendre la vie à votre bébé mais on est là pour vous aider, pour vous soutenir. Hein nous on est des béquilles qui vont vous aider à avancer, marcher, monter une marche puis deux* ».

Un des médecins donne une définition de l'empathie : « *tu exprimes une empathie, tu es présent tu les écoutes mais le but ce n'est pas de... voilà on est pas là pour pleurer avec eux et eux ils ne sont pas là pour qu'on pleure. Ils sont là pour qu'on les écoute, qu'on les soutienne, qu'on leur explique ce qu'il faut faire [...] Beh d'écouter... [...] de laisser parler. Voilà beaucoup les laisser parler, répondre à leurs questions, de ne pas les couper, [...] ouais il n'y a pas besoin tellement de leur en dire plus à ce moment là.* ». Nous avons constaté que les professionnels sont très majoritairement empathiques à l'exception de deux d'entre eux.

L'expérience permet a priori de développer un certain « feeling » supplémentaire, qui permet au professionnel de ressentir ce que souhaite la patiente ou le couple sans avoir à le formuler. Monsieur H, qui fait des annonces en cancérologie, l'explique : « *il y en a qui ont besoin que tu sois très présents, d'autres te montrent clairement « laissez moi tranquille ». Voilà, donc je m'adapte.* ». Une sage-femme, madame C, avec près de 30 ans d'expérience professionnelle, notamment en médecine fœtale et grossesses pathologiques, s'autorise à annoncer des malformations. Elle explique : « *Enfin je pense qu'il faut savoir rester là silencieux et savoir s'en aller. Il faut le sentir.* ».



2.5.4 Les gestes ou le contact physique

2.5.4.1 Le contact physique

L'empathie regroupe aussi les gestes simples, les regards que chaque professionnel peut avoir envers la patiente ou le couple. Les gestes sont utilisés par les sages-femmes. Ils sont différents selon le secteur d'activité de la sage-femme. Pour madame A, sage-femme : « *tu t'approches d'elles juste en t'asseyant sur le lit tu vois ? [...] mais tu vois tu mets ta main sur son bras, sur sa jambe [...] ou tu leur prends le bras, tu vois, tu essaies de créer un lien physique aussi, c'est important ça aussi je pense, un contact physique.* ». Madame C, sage-femme également, raconte la manière de réaliser une échographie : « *Je ne fais pas comme les autres, jamais je mets le gel machin et je pose ma sonde. Jamais ! J'ai toujours le geste avant de soulever le vêtement et j'ai toujours le geste de passer ma main avant sur l'utérus. Voilà, je passe ma main, je la touche, je la touche [...] Quand j'annonce un truc pas sympa, c'est très fréquent que je touche les gens aussi.* ». Pour elle, cela supprime la distance que peut occasionner la sonde d'échographie. C'est un geste simple qui permet le contact avec la patiente, d'établir une certaine proximité et qui permet d'atténuer en quelque sorte l'annonce faite. Pour ces deux sages-femmes, le contact physique est important.

D'autres stratégies sont utilisées, la sage-femme B utilise aussi le contact corporel. Lorsqu'elle ne trouve pas de bruits du cœur au monitoring, elle réalise à plusieurs reprises le palper afin de déterminer la position du bébé mais également pour garder un contact corporel avec la patiente en attendant le médecin qui fera le diagnostic : « *J'ai cherché, tout en faisant le palper, et là au moment où...[...] j'étais certaine de là où je mettais le capteur, je l'ai mis à un autre endroit il n'y avait rien. Puis, c'est surtout qu'on entendait pas le bruit habituel des mouvements du bébé et sachant que j'avais stimulé le ventre juste avant [...] j'ai essayé de meubler, j'ai refait mon palper, je touchais son ventre pour justement pas qu'elle se rende compte que je ne posais pas de monito quoi... ».*

2.5.4.2 Les regards

Deux praticiens utilisent le regard pour communiquer. Madame C explique qu'elle regarde la patiente ou le couple pour communiquer et décrypter ce qu'ils souhaitent : « *Et*



d'ailleurs la communication se fait... silencieusement, par les regards, par les gestes. Et un moment donné, tu proposes par le regard, « je vais vous laisser quelques instants maintenant ou vous préférez que je reste un peu avec vous ? » tu vois ce genre de chose ? ». Un médecin utilise aussi le regard pour impliquer la mère comme le père : « aller chercher le regard de l'un de l'autre ou même si on ne le cherche pas, regarder le visage de l'un de l'autre sans forcément trop s'attache à choper le regard mais faut que les deux ils aient l'impression d'être pris à part entière de façon égale quoi. ».

2.5.4.3 Garder une certaine distance

Deux médecins ont une attitude différente. Ils pensent qu'une distance par rapport au couple est nécessaire : *« il faut pas rentrer trop non plus dans le « je suis désolé », parce que, nous, on n'y est pour rien, faut pas non plus s'aplatir, il faut rester un petit peu distant [...] il faut rester quand même assez distant, pas trop s'investir, pour soi, tu vois, il faut aussi se protéger soi »* (monsieur J), *« on préférerait que tout aille bien. A la fois pour la famille et aussi un peu pour soi »*. (Madame G).

De même ils n'utilisent pas le recours à des gestes : *« Non, il n'y a pas de rituel. *silence* »*. Tout au long de l'entretien, le discours sur les émotions n'est pas très riche, ponctué par des silences comme si une réflexion, un questionnement avait lieu sur leurs pratiques.

2.5.5 Les émotions et sentiments des professionnels

L'expression et la compréhension de ses émotions reste un sujet peu évoqué par les professionnels. Une sage-femme raconte ce qu'elle éprouve lors du diagnostic d'une mort fœtale in utero : *« C'est sûr, ce n'est pas agréable. Mais en même temps il y a de l'empathie, moi ça me rend triste »*.

Deux sages-femmes ont dit qu'elles s'autorisaient à pleurer avec la patiente. La sage-femme D explique la raison : *« Parce que tu as beau être sage-femme, moi ça m'est arrivé de pleurer avec certaines patientes : « j'entends votre douleur, ça remue des choses » [...] Oui,*



tu as le droit d'avoir les larmes aux yeux, tu as le droit de trouver ça difficile, c'est pas facile d'emmener un enfant mort-né dans tes bras quand tu dois le présenter aux parents mais c'est à toi de le faire... ». Une autre sage-femme se justifie également : « *Oui, cela dit tu vois si tu as envie de pleurer avec eux, tu pleures avec eux. C'est pas grave, alors ça, je suis persuadée que ce n'est pas grave. Ca veut aussi dire que tu es humaine, tu vois ?* ».

Au contraire, le médecin I, pense qu'il n'est pas concevable de montrer un signe de faiblesse à la patiente. Il se montre tout de même compatissant : « *Le professionnel de santé doit être compatissant, à mon avis hein, compatissant mais pas être... pas être plus malheureux que la patiente, ou alors au pire tu as l'œil qui chauffe mais il faut essayer, ou si tu vois vraiment que tu vas basculer, tu prends une porte de sortie. Tu leur dis « écoutez, je vous laisse un petit peu tous les deux, je reviendrai toute à l'heure », pour toi aller craquer dans ton coin, mais voilà. Après, je pense qu'il faut de l'empathie [...] pour du coup rassurer les gens et être, enfin leur montrer qu'on comprend et en même temps, euh, pas rester de marbre mais être suffisamment stable émotionnellement pour ne pas leur laisser entrevoir une faille et qu'ils aient l'impression d'avoir quelqu'un qui est fébrile face à eux* ».

Il existe donc une disparité sur la façon d'exprimer ses émotions auprès de la patiente ou pas.

2.6 Le résumé, la synthèse

Enfin, le dernier point des recommandations de la Haute Autorité de Santé concerne le fait de terminer l'entretien en faisant un résumé des points abordés de la conduite à tenir et rester en lien avec la patiente. (14)

2.6.1 Terminer l'entretien

Seul le médecin E termine l'entretien en abordant la prise en charge et le début du parcours que va suivre le couple : « *Et bien je termine l'entretien en leur disant qu'on va faire le maximum pour essayer de trouver ce qu'il s'est passé, pourquoi ça s'est passé, est ce qu'il*



y a, voilà, une cause particulière. Ce qui est nécessaire, ça n'est pas obligatoire mais je leur conseille bien sûr d'accepter les examens complémentaires qu'on va leur proposer, l'examen du corps du bébé. On va tout reprendre, tout le dossier, voir éventuellement avec les généticiens et puis je termine en leur disant que voilà, on va, je vais les confier à la sage-femme qui va reprendre avec elle aussi sa prise en charge, les modalités de sa prise en charge, les examens complémentaires, les lui expliquer, que à tout moment on est là pour entendre leur demande, pour voilà... ».

2.6.2 La continuité de la prise en charge

Quatre professionnels ont recours à des collègues pour la continuité de la prise en charge. Deux stratégies se développent : certains font appel à une tierce personne, que ce soit le psychologue, la cadre, etc ; d'autres utilisent les coordonnées téléphoniques pour assurer la continuité de la prise en charge.

La sage-femme D explique ce point : *« on leur propose tout de suite de pouvoir rencontrer quelqu'un aussi, dont c'est le métier, un psychologue ou l'équipe de liaison et quelqu'un puisse recevoir leur douleur »*. Pour certains professionnels, la continuité de la prise en charge est une priorité : *« Enfin, je m'assure qu'elle ait eu l'entretien, qu'elle ait les coordonnées de la psychologue, souvent c'est le week-end où il y a personne sur place, donc au moins qu'ici tout lui soit remis et qu'il y ait une bonne prise en charge. »*. Le médecin H raconte : *« Beh de finir en laissant ouvert en leur donnant les coordonnées ou bien si ils ont besoin de rappeler, s'ils ont des questions, en leur laissant un numéro de téléphone. Voilà, pour ne pas les laisser dans la nature, de leur dire que l'on est à leur disposition, et leur donner les infos dont ils ont besoin donc soit un numéro de téléphone à rappeler, soit d'autres formes d'informations »*. Enfin un autre explique qu'elle délègue au psychologue : *« Alors moi je pense qu'il ne faut pas hésiter à faire passer des psychologues »*.



2.6.3 Devenir de la patiente

Certains professionnels s'inquiètent du devenir de la patiente. Toutes les sage-femmes essaient de prendre des nouvelles de la patiente par différents moyens : psychologue qui suit le couple, logiciel du service, etc., comme l'explique madame B : *« elles sortent assez tôt souvent ces dames. J'essaie de repasser les voir souvent quand elles sont là. Si bien sûr c'est moi qui aie fait l'annonce et que je suis là le jour où elles doivent accoucher, j'essaie de les reprendre aussi. »*. Une sage-femme souligne la difficulté pour avoir des nouvelles de la patiente : *« Sauf les femmes qui viennent me voir. Elles viennent souvent me voir. Sinon, j'ai pas de retour. Soit je vais chercher l'info sur filemaker, soit, démerde toi. »*.

Un médecin se renseigne sur le plus long terme : *« Oui, quand même j'essaie de prendre des nouvelles, de voir si elles ont consulté »*.

Deux professionnels se préoccupent de la patiente de manière inadaptée. Ils ont une certaine difficulté à trouver le juste positionnement : *« Après cette patiente, elle s'occupe d'une association avec laquelle on travaille ici, et du coup j'ai renoué un lien via des mails, voilà... via, elle m'a demandé d'être amis sur Facebook et ça ne me pose pas de problème. Voilà, c'est devenu quelqu'un... c'est plus qu'une patiente, c'est quelqu'un que je rencontre régulièrement. Ce n'est pas encore une amie mais voilà, ça a fait son chemin. Elle a su revenir vers moi »*. Monsieur J explique également : *« tu vois, il faut leur dire « écoutez si vous avez des questions vous pouvez les noter sur un papier et me le donner la prochaine fois, ou m'écrire un mail, je vous répondrai » »*. La juste distance praticien-patient semble être rompue, ce qui peut porter confusion sur la place de l'un et de l'autre.



3. Rôle de l'expérience professionnelle, de la formation et de la confrontation à la mort

Chaque professionnel adopte un positionnement propre à lui lors de la réalisation de l'annonce d'une mort fœtale in utero. Nous allons voir que ce positionnement varie en fonction de l'expérience professionnelle, la formation de chacun et la confrontation à la mort.

3.1. L'expérience professionnelle

L'expérience semble jouer un rôle crucial dans la réalisation d'une annonce. Dans notre étude, nous avons pu faire ressortir deux types de positionnement en fonction du nombre d'années d'exercice : les professionnels ayant moins de 20 ans d'expérience puis ceux ayant plus de 20 ans d'exercice. Nous allons aborder l'expérience selon le statut professionnel.

3.1.1 Les sages-femmes

Pour les sages-femmes de notre étude, l'expérience va de paire avec l'ancienneté. Plus la sage-femme exerce depuis longtemps, plus elle a de l'expérience.

La différence d'expérience joue un rôle dans la prise en charge de l'annonce et sur l'attitude des professionnels auprès de la patiente.

3.1.1.1 La prise en charge de l'annonce

Les sages-femmes peuvent être confrontées à l'absence de bruit du cœur au monitoring, ce qui est généralement synonyme d'une mort fœtale in utero. Le code de déontologie des sages-femmes ne stipule pas la conduite à adopter dans cette situation.



Cependant, une échographie, afin d'affirmer le diagnostic, est nécessaire avant de réaliser l'annonce aux parents. (15)

Pendant leurs études, les sages-femmes sont formées sur les bases de l'échographie et peuvent donc réaliser l'échographie de diagnostic. Ensuite, seul un médecin ou une sage-femme échographiste peut réaliser l'échographie pour rechercher une éventuelle étiologie à la mort fœtale in utero.

Ici deux positionnements apparaissent. Les jeunes sages-femmes font le choix de différer l'annonce tout en sachant qu'il s'agit d'une mort fœtale. Elles préfèrent attendre l'échographie faite par un médecin. Par contre les sages-femmes avec une ancienneté plus importante font le choix d'annoncer.

Tout d'abord, les sages-femmes moins expérimentées ont un point commun. Elles utilisent les limites du monitoring pour expliquer à la patiente l'absence de bruits du cœur. La sage-femme D, diplômée depuis environ 15 ans, raconte : « *Alors, soit tu expliques que ton appareil a des limites et que peut être que simplement le bébé est mal tourné et que tu ne peux pas percevoir les bruits du cœur. Mais dire tout de suite « mort fœtale » on ne peut pas.* ».

Madame B exerce depuis 5 ans environ. Elle essaie d'anticiper au maximum le diagnostic afin de ne pas se retrouver en difficulté : « *dès qu'il y en a une [patiente] qui vient pour diminution des MAF, qui passe la porte, je la mets direct dans une salle d'examen et je demande à quelqu'un d'approcher l'appareil d'écho et de rester avec moi et je lui dis « beh branche moi l'appareil d'écho » et le temps qu'elle branche si je trouve pas de bruits du cœur, je lui dis, appelle moi le médecin.* ». Elle utilise des stratégies pour couvrir le temps de l'attente avant l'arrivée du médecin et l'annonce : « *je sais que dans ces cas là il faut meubler [...] et ça... franchement c'est compliqué donc du coup je lui ai demandé depuis quand elle ne le sentait pas bouger, j'ai fait l'interrogatoire classique qu'on peut faire en salle pour meubler [...] donc j'ai essayé de meubler tout en posant le monito et en me rendant compte qu'il n'y avait rien. J'ai essayé de meubler en attendant que le médecin arrive* ». Elle fait tout pour éviter d'avoir à fournir des explications. Ce n'est pas de son diagnostic de mort fœtale in utero dont elle doute mais faire l'annonce n'est pas envisageable pour elle. Elle raconte : « *enfin maintenant je me dis au moment où on pose le capteur, là j'étais quasi sûre de mon palper, j'étais certaine de là où je mettais le capteur, je l'ai mis à un autre endroit il n'y avait*



rien, puis c'est surtout qu'on entendait pas le bruit habituel des mouvements du bébé et sachant que j'avais stimulé le ventre juste avant. Je le savais ». Ainsi, elle a développé une stratégie pour éviter les questions de la patiente ou du couple devant l'absence de bruit du cœur au monitoring. Le fait de parler, poser des questions le temps de l'attente, même si elle a conscience du caractère inapproprié de son questionnement, permet d'éviter qu'elle soit confrontée aux interrogations du couple : *« bon après j'ai arrêté de lui demander depuis combien de temps elle ne sentait pas son bébé bouger pour pas...c'est horrible mais pour pas qu'elle me pose forcément la question « pourquoi il y a quelque chose qui ne va pas ? »*.

Les sages-femmes avec plus d'expérience semblent annoncer quand elles n'ont pas de doutes. Les sages-femmes A et C ont en moyenne 30 ans d'expérience. Elles disent avoir appris à travailler sans l'aide de l'interne et faisaient appel aux chefs qu'en cas de besoin. Elles ont appris à travailler seules. C'est l'explication qu'elles fournissent pour expliquer le fait qu'elles annoncent. Ainsi, madame A dit : *« Ah oui. Oui puis de toute façon tu vois il faut être courageux quoi. Quand on est, quand on est sûre, pourquoi déléguer à l'autre quoi, tu vois ? »*.

3.1.1.2 L'attitude des professionnels

L'expérience, la maturité, jouent également un large rôle dans l'attitude des sages-femmes avec les patientes, les couples. Madame D, sage-femme, explique : *« Après il y a l'âge qui va rentrer en ligne de compte, quand tu as 25 ans, que tu viens d'avoir ton diplôme et quand t'en as 40 et que tu as déjà des enfants, ton contact aux patientes est différent....maintenant je peux me permettre de mater certaines patientes, notamment lors de l'annonce de... d'une mort fœtale, chose que je ne m'aurais pas permise à 25 ans, tu ne peux pas »*. L'expérience semble donner une attitude plus enveloppante de la sage-femme envers la patiente. La sage-femme A l'explique également : *« La maturité, l'expérience... Tu n'as pas plus d'empathie avec l'expérience mais tu ... de fait comme tu es plus mûre, tu es pas plus soutenante mais c'est l'image que tu donnes tu vois ? »*.



Nous avons pu constater que l'expérience donne une maturité aux professionnels : ils développent une certaine sagesse : *« T'es plus sage. Et puis je pense que tu renvois une espèce de sérénité que t'as pas à 20 ans ».*

Nous avons pu noter une certaine forme de solidarité entre les sages-femmes. Lorsqu'une sage-femme moins expérimentée prend en charge une mort fœtale in utero, ses collègues plus expérimentées l'aident et la soutiennent : *« et c'était M qui était là avec moi et L, qui restait avec moi parce que quand elles ont vu que ça prenait tant d'ampleur, elles restaient avec moi dès que j'allais voir la famille ».*

Le soignant est soumis au devoir d'information, de posséder des connaissances en rapport avec les données médicales. Il existe une forme d'injonction où il doit savoir, on parle parfois de « pouvoir médical ». La sage-femme C, avec 30 ans d'expérience, explique qu'elle a mis du temps à oser dire « je ne sais pas » à une patiente mais a compris l'intérêt de le dire. La médecine n'a pas tout élucidé et il reste des événements, comme la mort fœtale in utero, qui font partie de la vie et dont la cause et les mécanismes restent ignorés. Elle insiste sur le fait qu'il est important de le dire à la patiente : *« Je ne sais pas pourquoi il est mort ? Et qu'est ce qu'il s'est passé ? Et pourquoi il est mort ? C'est là, « je ne sais pas. Je ne sais pas. On fera des analyses pour essayer de comprendre, on aura peut être un réponse ou peut être qu'on en aura pas. Je ne sais pas. » ; « mais comment ça vous ne savez pas ? », « je ne sais pas ». il faut penser à dire « je ne sais pas » ».* L'expérience lui a permis de prendre du recul et de remettre en causes des pratiques qui auparavant étaient de coutume.

3.1.1.3 Les limites de la médecine

Les « anciennes » prennent conscience des limites de la médecine et osent dire que la nature est parfois plus forte que la médecine pour expliquer l'absence de cause de la mort foetale, comme l'explique madame A : *« quelques fois on ne trouve pas parce que la nature elle est plus forte que nous, parce qu'il y a plein de choses qu'on ne sait pas encore ».* A l'opposé, nous avons pu remarquer que madame B, jeune sage-femme, n'a pas fait le deuil de la toute puissance médicale : *« au XXIème siècle, on a encore des morts fœtales, des morts*



fœtales qu'on arrive pas forcément à expliquer en plus. Et que c'est un drame quoi et que personne ne mérite ça [...] Vraiment d'être impuissant et qu'on a rien pu faire avant. ».

3.1.2 Les médecins et internes

Pour les médecins, ce n'est pas l'ancienneté qui détermine la manière de prendre en charge une annonce.

3.2 La formation

3.2.1 Les sages-femmes

3.2.1.1 Absence de formation

Nous pouvons noter qu'aucune sage-femme n'a bénéficié de formation sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Cependant elles se montrent disponibles et accompagnent la patiente ou le couple. Nous pouvons penser que la formation initiale des sages-femmes les prépare à ce rôle d'accompagnement du deuil périnatal, probablement grâce aux cours de psychologie, aux cours d'éthique, aux stages en grossesses pathologiques, au diagnostic anténatal... De plus, le cœur du métier de sage-femme est axé sur l'accompagnement de la patiente et du couple dans l'accès à la parentalité. Il nous semble que l'expérience influence d'avantage le positionnement des sages-femmes que la formation.

La formation à l'annonce peut apporter des connaissances supplémentaires sur les mécanismes du deuil des patientes mais les sages-femmes s'accordent pour dire que cela ne résout pas totalement la problématique de l'annonce. Certaines en ont tout de même émis le souhait : *« J'avais demandé une formation sur le deuil périnatal »* ou *« Je sais qu'il y en a une sur le deuil périnatal, ouais j'aimerais bien franchement la faire. »*.

3.2.1.2 Formations ou expériences complémentaires

Deux sages-femmes ont cependant des expériences complémentaires qui influencent leur attitude lors de la prise en charge d'une mort fœtale in utero.



Madame D est cadre sage-femme dans une maternité de niveau 2. Nous avons constaté des difficultés à garder la bonne distance avec la patiente. Il peut paraître difficile de garder la juste attitude face au sentiment d'injustice ressenti. Cependant, il nous semble important de souligner que le positionnement doit rester strictement professionnel.

Madame C possède des diplômes universitaires et a longtemps exercé dans le service dédié à la surveillance des grossesses à haut risque. Elle recourt à cette expertise pour anticiper l'annonce de l'absence de bruits du cœur au monitoring. Afin de réduire le temps d'attente de la femme elle explique qu'elle réalise un contrôle échographique : *« et j'ai longtemps fait mes consults dans une salle où j'avais un échographe en permanence »*. Forte de ses expériences, elle prend l'initiative d'annoncer : *« C'est le fait d'être échographe. C'est que quand je fais l'écho et qu'il est mort, il faut bien dire quelque chose, donc voilà quoi... »*. Le diplôme d'échographe lui permet cette autonomie.

Cette expertise l'aide dans la manière de faire et dans le choix des mots : *« On annonce le décès de l'enfant et je le prononce [...] « écoutez madame je ne le vois pas bouger » [...] « je ne le vois pas bouger... je ne vois pas son cœur battre...votre enfant est décédé »*. Et des fois ça ne suffit pas. *« Ca veut dire quoi votre enfant est décédé, ça veut dire quoi ? »*, *« Ca veut dire qu'il est mort madame... »*. Nous pouvons noter une annonce très progressive avec des silences, ce qui est conforme aux recommandations, et une réflexion sur les mots utilisés, ce qui permet une préparation de la femme.

3.2.2 Les médecins et internes

Nous avons pu constater des différences de positionnement dans la réalisation d'une annonce selon les expériences professionnelles. Ainsi, avoir exercé dans des services de cancérologie change la manière de prendre en charge. Deux médecins expliquent que cette pratique aide à l'annonce : *« Après je pense que quand on fait des annonces en cancéro, ça nous aide pas mal parce qu'on annonce aussi des mauvaises choses, donc ça aide pas mal »*. En effet, monsieur I, jeune praticien, décrit le juste positionnement, ceci grâce à une expérience d'annonce en cancérologie.



Au contraire, un médecin plus ancien éprouve des difficultés dans l'annonce et passe le relai aux sages-femmes en raison de son mal-être. Ce dernier exerce essentiellement dans un secteur de consultations spécialisées.

Il en ressort donc que le domaine d'exercice influe le positionnement que peuvent avoir les professionnels lors d'une annonce de mort fœtale in utero.

Ces expériences sont une aide pour le choix des mots utilisés : *« j'ai travaillé en hémato pour annoncer des leucémies, des cancers, machin, je leur ai toujours dit « c'est un cancer » et pas « oh les cellules ne sont pas tout à fait normales machin ». Non un cancer, c'est un cancer. Il est vivant, il est mort. »*. Pour ces médecins, il est primordial de prononcer le mot « mort » au moins à un moment afin que le couple comprenne la gravité de la situation. Ce point est commun avec madame C, sage-femme.

Mais ces expériences prouvent qu'elles peuvent aider dans le recours à un professionnel formé au deuil périnatal, tout particulièrement le psychologue : *« parce qu'on a les mêmes soucis dans les pathologies cancéreuses où c'est un déni initial [...] on fait passer rapidement les psychologues »*. Le psychologue joue un rôle primordial dans la prise en charge du couple et pour cheminer dans les étapes du deuil.

Un médecin souligne l'importance de reparler des situations difficiles psychologiquement. Il fait référence aux réunions de discussions, d'échange en cancérologie : *« Enfin moi j'ai fait 10 mois d'hémato, quand il y avait des situations un peu difficiles, enfin voilà le médecin qui s'occupait de l'aile, il réunissait les infirmières, les aides soignantes, l'interne, la psychologue etc et on débâtait du cas »*. Cette organisation est, de son point de vue, essentielle et pour palier ce manque lors de l'annonce d'une mort fœtale in utero, il éprouve le besoin d'en discuter avec toutes les personnes présentes à ce moment.

Un seul médecin a bénéficié d'une formation sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Durant l'entretien, son discours est riche et non stéréotypé : « panique » ; « sidération » ; « phases préparatoires » ; « craintes aussi qui surgissent » ; « maintenir un dialogue » ; « processus de parentalisation » ; « raisons aussi médicales et psycho-psychiques » ; « une fatalité » ; « inéluctable ». Ce médecin est apparu à travers son positionnement comme un véritable expert de l'annonce car il respecte les temps de l'annonce défini par le CAHIER.

(14)



Tous les médecins sont intéressés pour faire une formation sur l'annonce de la mort fœtale à l'exception de l'interne : « *Non. Non, je pense que ça m'intéresse pas* ».

3.3 La confrontation à la mort

La psychologue-psychanalyste M.Ruszniewski en 1999 expliquait que « toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui » permettent au soignant de se préserver « d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse ». (16) Les professionnels développent fréquemment des mécanismes de défense pour se protéger.

3.3.1. L'identification projective

Par l'identification, le soignant essaie de diminuer la distance entre le patient et lui : ils vont créer une forme de symbiose. Mais cela peut entraîner une certaine autorité affective de la part du soignant et va empêcher le patient d'exprimer ses émotions, ses craintes comme il le voudra. Cela peut donc générer de la souffrance pour le patient. (17)

Nous avons constaté que deux sages-femmes se sont identifiées aux patientes : « *Je pense que des collègues enceintes qui ont des enfants, enfin je ne sais pas je verrai mais je pense que c'est plus compliqué, que c'est plus compliqué parce que forcément on s'identifie, c'est affreux quoi.* »

De son côté, le sage-femme D s'identifie pleinement et a même développé une véritable angoisse lors de ses propres grossesses : « *Alors moi les morts fœtales m'ont toujours inquiétées à chacune de mes grossesses* ». Elle semble hantée par la peur de perdre son propre bébé. En quelques minutes, le mot « angoisse » est cité à cinq reprises, cela témoigne d'une certaine obsession pour elle. Cela s'est traduit par la mise en place de moyens de surveillance pendant ses grossesses : « *J'écoutais les bruits du cœur au stéthoscope classique, ça marche très très bien, pendant mes grossesses [...] Mais jusqu'à ce que*



j'accouche, c'était une vraie angoisse chez moi. ». Ces situations semblent avoir un impact sur la vie professionnelle mais aussi personnelle.

3.3.2 La fuite

La volonté première du soignant est d'aider sa patiente, d'aider le couple. Et pourtant, dans le cas d'une mort fœtale in utero, « il faut annoncer l'impensable ». ((10) p.2) Il existe souvent un désir de fuir, d'éviter l'annonce dans le but de se protéger.

Une sage-femme le verbalise : « *Et le plus dur en tant que sage femme, c'est que tu as envie de fuir, tu as envie de sortir de la chambre.* ». Cette réaction renvoie à la difficulté de la situation.

3.3.3 Les émotions ressenties par les professionnels

Selon Eve Collas, Daniel Metge et Laurent Puyuelo (10), chaque situation de mort fœtale in utero est unique et porteuse d'inconnu. Mais toutes sont « un moment d'intense émotion ». ((10) p.9)

De part l'analyse des entretiens, nous avons pu constater deux grands types d'émotions décrits : des émotions internes et des émotions physiques.

Les sages-femmes ont décrit avec précision les émotions ressenties. Madame C exprime son désarroi et a conscience de la nécessité de rapidement savoir se positionner : « *tu te dis « punaise, merde », tu te dis « merde ». Honnêtement dans ta tête, tu dis « merde, il y a pas de bruits du cœur ». Il faut être clair, il faut arrêter de dire « aah... », tu philosophes pas à ce moment là. Et tu te dis « comment je vais l'annoncer ? ».* »

Certaines se sentent submergées par les émotions qui évoluent au fur et à mesure de la prise de conscience de la réalité : « *je me souviens d'un stress pas possible, pour moi [...] Tu te dis : « Eh merde, putain comment je vais lui dire ». Et merde. D'abord tu n'en crois pas tes yeux, tu ne veux pas croire tes yeux. Et la première chose t'es emmerdé quoi...[...] Mais en*



même temps il y a de l'empathie, moi ça me rend triste [...] Oui...oui ça touche, j'ai pas envie... J'ai pas envie que le bébé soit mort, j'ai pas envie ce couple ait ça, j'ai pas envie que cette femme soit obligée d'accoucher d'un enfant mort, j'ai pas envie, j'ai pas envie, j'ai pas envie... J'ai envie de tout sauf de ça. Tu vois ? J'ai pas envie, j'ai pas envie ça me fait mal ».

Le vocabulaire de la douleur est très présent dans le discours de madame D : « *grande douleur* », « *très mauvaise nouvelle, c'est terrible* », « *fatalité* ». D'autres utilisent plutôt un vocabulaire qui décrit la violence de l'annonce. Elle utilise des mots forts : « *difficile* », « *sidérante* », « *tsunami* », « *un drame* », « *injuste* », « *une injustice* ». Nous ressentons à quel point la situation est difficile à vivre pour les professionnels eux mêmes.

Certaines sages-femmes étaient dans l'émotion à l'évocation, même à distance de l'annonce : « *et puis une vague d'émotions un peu triste en fait qui monte ouais, et on se dit fffou *les yeux humides* [...] Je n'ai jamais pleuré avec eux ni devant eux, mais par contre en sortant de la salle, fffou... *les larmes aux yeux* Faut se ressaisir vite* ». A deux reprises, ses yeux se sont emplis de larmes.

Un seul médecin a décrit les émotions internes: « *Enfin à chaque fois que j'en eu une c'est vraiment, tu as un peu d'effroi quand même, surtout quand tu t'y attends pas.* ».

D'autres professionnels parlent d'émotions physiques : « *Ouais, le sentiment là ouais c'est surtout, je sais plus avec qui j'étais une fois, elle m'a dit « même avant que tu parles, ça s'est vu sur ton visage* ». *Le sentiment c'est vraiment la décomposition interne, c'est, tu as l'impression que tout part, tout se vide.* » C'est un ressenti très fort, qui montre encore la difficulté de cette tâche.

Une sage-femme nous dit : « *C'est du stress, un petit peu nerveuse aussi, je sens mon cœur battre tu vois, ouais je tachycarde en principe* ». Madame D raconte également ce qu'elle ressent : « *Une décharge d'adrénaline. Tu sens que ton cœur s'accélère* ».

Ces phénomènes ont été clairement prouvés par une recherche conduite par Van Dulmen, Tromp Grosfeld, Ten Cate, et Bensing. (18) Cette étude, auprès d'étudiants en médecine, est basée sur un jeu de rôle d'annonce de bonne nouvelle, mauvaise nouvelle, ou



une situation de contrôle. Elle montre que les étudiants annonçant une mauvaise nouvelle avaient une pression sanguine, un rythme cardiaque et un taux de cortisol plus élevés que les étudiants ayant réalisé l'annonce d'une bonne nouvelle ou d'une situation de contrôle.

Ces émotions physiques peuvent même être détectées par le couple. Une étude abordant le vécu des couples face à l'interruption de grossesse relate que les patientes, avant même l'annonce, savent, à travers l'attitude du praticien, que la grossesse n'évolue pas normalement. (19)

Ces manifestations physiques présentes, d'après nos interviewés, des conséquences sur le plus long terme : « *Ca fatigue, ça me prend de l'énergie. Ca me prend de l'énergie, je le garde en moi [...] J'ai besoin moi même de faire le deuil de cet enfant aussi. J'en ai besoin* ». Nous pouvons dire que les soignants sont bousculés émotionnellement lors d'une annonce de mort fœtale in utero.

Une seule personne, monsieur J semble être moins touché : « *J'avais pas d'investissement pour cette dame, personnel, tu vois, j'étais là, certes c'est triste, mais bon* ». Il essaie d'établir une distance avec la patiente : « *il faut pas rentrer trop non plus dans le « je suis désolé », parce que , nous, on n'y est pour rien, faut pas non plus s'aplatir, il faut rester un petit peu distant* ». Nous pouvons nous demander si cette attitude correspond à une auto-protection. Une étude d'Espinosa et al. a démontré que la peur à l'identification au patient peut conduire certains médecins à mettre de la distance vis-à-vis du patient. Ceci pouvant nuire à la relation thérapeutique. (20)

3.3.4 Les difficultés

Trois grandes difficultés ressortent principalement de l'analyse des entretiens : la difficulté à gérer les émotions de la patiente, la difficulté à gérer l'entourage et enfin la banalisation des annonces.



3.3.4.1 Les émotions de la patiente

Une seule sage-femme raconte la difficulté à gérer les émotions de la patiente : « *je peux dire que quand je lui ai annoncé ça, elle s'est mise à hurler, à hurler. A hurler [...] et la culpabilité qui est sortie : « je le savais, c'est de ma faute ! » Et ça été ça tout de suite, c'est à dire mon enfant est mort, [...] C'était de sa faute. [...] et c'est ce qui est compliqué dans l'annonce comme ça dans celles faites à terme.* ». La connaissance des différentes phases par lesquels passe la patiente peut faciliter la gestion des émotions.

3.3.4.2 La gestion de l'entourage

Les professionnels sont parfois confrontés à une double difficulté. D'une part, la gestion de l'urgence et d'autre part, la gestion de l'entourage. La gestion de l'entourage fait partie de la prise en charge de l'annonce de la mort fœtale in utero et représente une difficulté pour les professionnels. Madame C, sage-femme, relate : « *On dit « écoutez, il y a un problème, votre femme est en salle d'opération. Voilà, on lui fait une césarienne.* », « *Mais pourquoi ? Mais qu'est ce qu'il y a ? Mais pourquoi ?* ». *Il y eu le mari et la belle-deuche et il y avait les deux gosses, les deux aînés, je m'en souviendrai toute ma vie...* ».

C'est parfois le sentiment d'injustice, la souffrance, qui font partie des éléments, à gérer dans le même temps que l'annonce. En effet madame B, sage-femme, retranscrit les propos du couple : « *Face à eux en fait je les écoutais [...] je ne pouvais rien répondre parce qu'il me disait « oui mais de toute façon on aurait été « fille de » ou « femme de » » [...]*; « *On aurait été de la famille d'un médecin machin, on nous aurait plus pris au sérieux, vous auriez gardé ma fille. Là elle perd son bébé, maintenant elle se retrouve en réa, c'est pareil, on aurait été des gitans, on aurait tapé du poing sur la table, on vous aurait tout défoncé, beh pareil vous nous auriez pris au sérieux. Et là forcément vu qu'on est de simple ouvrier beh vous nous écoutez pas [...] Non non, l'entourage a gérer j'ai trouvé ça même plus dur que de gérer le couple* ».



3.3.4.3 La banalisation

Ce phénomène semble apparaître lorsque la réalisation d'annonce devient presque quotidienne. Le docteur H réalise fréquemment des annonces de cancers. Il explique qu'il a connu une certaine lassitude dans la réalisation d'annonces : « *Beh l'expérience ça aide jusqu'au moment où, tu peux avoir un peu le trop plein... Moi je l'ai eu sur le cancer [...], il y a eu un moment où je... je sais pas, j'ai passé une période un peu difficile... J'avais l'impression d'annoncer des cancers [...] sans empathie, un peu comme t'annonce n'importe quoi d'autre... [...] j'annonçais ça comme une banalité mais j'arrivais pas à faire autrement.* ». Cette prise de conscience l'a conduit à prendre du recul et à réagir. Ce praticien s'est alors appuyé sur l'équipe paramédicale et sur la psychologue.

3.3.5 Impacts sur la vie professionnelle et personnelle

3.3.5.1 Impacts sur la vie professionnelle

L'annonce d'une mort fœtale in utero marque une carrière professionnelle. Les sages-femmes racontent leurs expériences avec une grande précision, les souvenirs sont intacts, elles se rappellent parfaitement du contexte : ces situations marquent les esprits.

Ainsi une sage-femme retrace avec précisions une situation : « *Le matin je lui ai fait un monito qui n'était pas bon, et tu vois j'ai voulu lui faire un monito, je sais pas, tu vois peut-être vers 17h, et il y avait plus de bruit du cœur* ». Le contexte reste également en mémoire : « *C'est une femme qui est charmante, c'était une primi, et euh... elle me dit « oh la la », elle avait fait la « tra-tra » quelques jours avant ou deux jours avant, elle avait fait une petite fête, en disant « je vais avoir un gosse, je pourrais plus faire la fête » et elle était sorti, tu vois elle avait un peu dansé « tatatitata » avec des amis, très bien, bon. Et bon elle me dit « oh la la, ça se fait pas avec mon gros ventre » etc.* ». Nous voyons ici que la situation est très détaillée.

Certains professionnels développent une certaine forme de stress post-annonce. Une étude réalisée par Ramirez et al. auprès de 396 oncologues a montré que pour 26% des participants, l'annonce de mauvaise nouvelle participait au stress ressenti au travail. (21)



Dans notre étude, madame B relate un stress post-annonce. Elle raconte qu'après chaque expérience elle a besoin de se rassurer : « *c'est à dire qu'on a vite envie de poser le monito, d'être rassurée, c'est plus pour nous que pour elle. Mais ça dure* ». Elle a développé la crainte de ne pas trouver les bruits du cœur du bébé à chaque fois qu'elle utilise un monitoring. Cette volonté de se rassurer donne l'impression qu'elle a besoin de reprendre confiance.

Enfin, nous avons constaté que tous les médecins rencontrés passent rapidement le relai à d'autres professionnels dans le but de se protéger d'éventuelles questions, ou de gérer les réactions du couple. Les psychologues, les sages-femmes, jouent donc un rôle prépondérant dans l'accompagnement. Le médecin G l'explique : « *Et puis, après je me suis un peu défaussé sur l'élève sage-femme, la sage-femme qui était là, donc oui je la laisse faire les choses* ».

3.3.5.2 Impacts sur la vie personnelle

Dans « Vie et mort à la maternité. Témoignages de soignants. » (10), une sage-femme raconte l'empreinte laissée sur elle par ce genre de situation et l'accompagnement qui s'en suit : « certains accompagnements ont été si intenses qu'ils se rappellent à moi tous les ans. » ((10) p.6). Certains professionnels partagent ce point de vue. Monsieur I, médecin, raconte : « *mais bon tu ne peux pas empêcher les choses de revenir, de ressasser un petit peu ça* ».

Une sage-femme explique les répercussions que cela prend dans sa vie quotidienne : « *Beh ça travaille, enfin moi ça me travaille [...] Mais j'ai pas dormi pendant plusieurs mois...* ». La mort fœtale in utero est donc une situation difficile à « digérer », à oublier. Il semble qu'un processus de deuil soit nécessaire.



3.3.6 Besoin d'en parler

Tous les professionnels expriment le besoin d'en parler pour pouvoir continuer à avancer : « *Pour dédramatiser, déculpabiliser, tu as besoin d'en reparler, tu as besoin.* » Ils utilisent différentes manières de faire pour en parler.

La majorité en parlent à leurs proches malgré l'obligation du secret professionnel. Tous ont conscience que cela est interdit. Plusieurs médecins expliquent : « *enfin moi j'en ai besoin, pour vider le... bon après j'en parle à la maison* ».

D'autres en parlent à l'équipe soignante : « *Oui ta relève, ton aide soignante, une autre collègue que tu trouves ici, la psychologue.* » ou encore : « *Beh oui j'essaie avec des collègues, oui, avec des collègues qui sont autour de moi et puis avec la psychologue* ».

La mise en place de groupes de paroles afin de reparler avec les membres de l'équipe présente lors du diagnostic et de l'annonce de la mort fœtale in utero, et la participation d'un psychologue si besoin, a été suggérée. Tous y sont favorables à l'exception d'un médecin qui explique : « *Enfin les groupes de paroles, ça serait plus en onco-pédiatrie ou en réanimation ...* ».

Le lieu où les professionnels évoquent la mort fœtale in utero est variable. Certains préfèrent : « *se retrouver autour d'un café pour parler de ça, débriefer de ça autour d'un café hors HME, enfin tu vois ce que je veux dire, hors lieu hospitalier, c'est du coup amener dans la vie privée, c'est amener l'hôpital dans la vie privée* ». A l'inverse, la sage-femme C explique : « *j'ai besoin de débriefer en fait. De sortir de ma garde, d'en discuter avec les collègues, d'aller boire un verre, ouais de me vider la tête puis souvent dans ce genre de situations difficiles* ».

Ils reconnaissent malgré tout l'intérêt d'un groupe de paroles au sein de l'hôpital : « *c'est vrai que je trouve que c'est mieux de faire dans l'esprit que tu dis, enfin un groupe de travail au sein de l'hôpital même si ça doit être fait comme je te dis juste par les protagonistes à qui s'est arrivé et se retrouver 5-10 minutes dans une salle voilà juste pour en parler et juste voilà rien que ça.* ».

La sage-femme B fait le parallèle avec son activité de pompier volontaire. Après des interventions compliquées, ils débriefent avec tous les intervenants. Le but recherché étant que chacun parvienne à verbaliser ce qu'il a vu, son ressenti, mais également analyser ce qui



a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. Elle explique l'intérêt que pourrait avoir ces groupes de paroles : « *Franchement c'était un excellent moyen [...] je ne l'ai pas mieux vécu mais je me suis sentie plus entourée, que là des fois en garde quand il arrive des trucs comme ça, quand il arrive des trucs affreux. Et effectivement un groupe de parole je trouve que ce serait bien* ». Il semblerait que ces groupes de paroles représentent une aide non négligeable pour les professionnels soumis à des situations traumatisantes. Nous pouvons, au vue des discours des professionnels, dire que la mort fœtale in utero en est une.



Conclusion

Cette étude nous a permis de faire un état des lieux sur les connaissances des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'annonce.

Le cadre est respecté par une minorité de professionnels, et généralement de manière incomplète. Les professionnels de sexe féminin font du cadre un élément important de leur prise en charge.

Nous avons constaté que plus le médecin est expérimenté, plus l'anticipation est présente : il prend connaissance du dossier, essaie de percevoir le ressenti de la patiente, etc.

L'harmonie est un point des recommandations contrasté. D'un côté les médecins ont plutôt tendance à médicaliser leur discours à l'exception de deux d'entre eux. Un médecin a une formation sur l'annonce et le deuil périnatal. Un autre a une expérience en oncologie, qui lui a probablement permis de développer une certaine capacité d'adaptation au couple. Les sages-femmes ont globalement un discours plus empathique à une exception près, celle de la sage-femme cadre, qui garde un positionnement orienté vers le versant administratif.

L'invitation est totalement respectée par trois professionnels. Les autres participants ne le respectent que partiellement. Deux participants masculins se démarquent profondément avec une annonce sans étape et sans silence.

L'empathie est respectée dans la majorité de nos entretiens. Deux professionnels se différencient des autres. Ils semblent avoir une attitude moins à l'écoute et ne verbalisent pas d'actes faisant référence à l'empathie.

Le résumé est respecté totalement par un seul médecin. Les autres professionnels le font de manière partielle en s'assurant de la continuité de la prise en charge ou bien en s'intéressant au devenir de la patiente. Ce sont plutôt les professionnels de sexe féminin qui abordent ce point.

Pour conclure, nous pouvons donc dire qu'un seul médecin respecte l'ensemble des recommandations. Sa grande expérience dans la réalisation d'annonces et les formations auxquelles elle a participé contribuent très certainement à son expertise dans ce domaine. Il nous a paru intéressant de la questionner pour savoir lequel de ces deux facteurs était le plus important. Elle explique que c'est principalement son expérience au diagnostic anténatal qui



l'a aidé. Mais elle raconte également que sa formation d'éthique lui a transmis une réflexion particulière en ce qui concerne l'accompagnement et le deuil périnatal.

Deux médecins ne respectent pas les recommandations. A travers leur discours n'émerge pas une bonne connaissance de ces recommandations.

Pour les autres professionnels, certains critères ne sont pas respectés mais l'harmonie, l'empathie et le respect des émotions, le sont et ces critères apparaissent essentiels.

Cette étude aura permis de montrer l'influence de l'expérience professionnelle, de la formation et de la confrontation à la mort sur le positionnement des professionnels.

Pour les sages-femmes, l'expérience mais également l'ancienneté influencent leur positionnement : elles développent un regard d'expert au fil des années. Pour les médecins, il est plus difficile d'établir un lien entre l'ancienneté et leur positionnement.

Les sages-femmes n'ont pas bénéficié de formation spécifique sur l'annonce donc il est difficile d'établir un lien entre la formation et le positionnement. Cependant, les formations complémentaires (diplôme de médecine fœtale, échographe, etc) peuvent contribuer à l'expertise des sages-femmes en raison d'une confrontation plus fréquente aux situations pathologiques.

Pour les médecins, nous pouvons constater que les formations ou les expériences en cancérologie permettent d'adopter un positionnement d'écoute et d'empathie. Elles sont donc importantes et font partie prenante de l'apprentissage de la réalisation d'une annonce.

Le fait d'être confronté à la mort provoque des difficultés, des émotions, une identification, une envie de fuite. Ces expériences ont un impact à la fois sur la vie professionnelle mais également personnelle. Tous les professionnels sont d'accord sur l'importance de pouvoir en parler à une tierce personne.

Un groupe de discussion à la suite d'un cas de mort fœtale représente un réel souhait de la part des professionnels. Sous forme d'un débriefing de situation, ce groupe réunirait l'ensemble des protagonistes ayant eu un rôle dans l'annonce et la prise en charge du couple.



Il comprendrait sage-femme, gynécologue obstétricien, internes, anesthésiste, aide soignante, étudiants. Ainsi, il aiderait les différents professionnels à verbaliser leur ressenti. La participation de la psychologue du service pourrait être bénéfique. Ce type de réunions pourrait d'ailleurs être étendu à toutes les situations compliquées rencontrées en obstétrique (réanimation néonatale, mort fœtale per partum, réanimation maternelle, etc.).

La visite post-mort fœtale in utero a lieu un mois après l'accouchement et regroupe le couple et un médecin afin de remettre les résultats des différents examens réalisés sur le corps de l'enfant. Il serait intéressant que le médecin réalisant cette visite soit le médecin annonceur, afin que ce dernier soit en mesure d'écouter, en connaissance de cause, le vécu du couple. De plus, il serait intéressant que la sage-femme présente lors du diagnostic et de l'annonce soit présente afin de finaliser la prise en charge.

Les étudiants sages-femmes n'ont pas été inclus dans cette étude. Pourtant, ils peuvent arriver en première ligne lors d'un diagnostic de mort fœtale in utero. Il serait donc judicieux de les interroger.

L'étude menée a permis de mieux comprendre les difficultés auxquelles pouvaient faire face les professionnels et de mieux comprendre leur positionnement. Il nous apparaît aujourd'hui intéressant de réaliser une enquête sur la base du témoignage des femmes ayant vécu une annonce de mort fœtale in utero. Cela permettrait d'avoir leur point de vue sur la prise en charge et de proposer des améliorations.



Références bibliographiques

(1) Moley-Massoli. L'annonce de la maladie, une parole qui engage. DaTeBe éditions, 2004.
[Consulté le 10 août 2015]

(2) Article L.1111-2 al.1 du code de Santé Publique

(3) Conseil de l'Ordre des médecins. « Article 35 - Information du patient. » *Conseil de l'Ordre des médecins*.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>.

[Consulté le 24 juillet 2015]

(4) DESAUW, Armelle. « Stratégies de régulation émotionnelle des praticiens lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie », s. d. Page 58

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01124239/document>.

(5) Dufouleur, Cécile, Vincens Marie-Eve, Doré Michel, et Vallée Jean-Pierre. "L'annonce de La Mauvaise Nouvelle En Médecine Générale Peut-On, et Comment, S'y Préparer?" *Médecine* 7, no. 3 (March 1, 2011): 131–35. doi:10.1684/med.2011.0676.

(6) HAS. "Annoncer Une Mauvaise Nouvelle - HAS," février 2008.

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

[Consulté le 15 juillet 2015]

(7) CEGOS. « Formation annonce de la mauvaise nouvelle - Cegos. »

<http://www.cegos.fr/formation-annonce-mauvaise-nouvelle/p-20157491-2015.htm>. [Consulté le 30 juillet 2015]

(8) Delahaye, Magalie. « L'accompagnement à la mort autour de la naissance. » *Etudes sur la mort* 119, n° 1 (2001): 47. doi:10.3917/eslm.119.0047.

(9) Mirlesse, Véronique. "Les annonces anténatales." *Devenir* 19, no. 3 (2007): 223. doi:10.3917/dev.073.0223.



- (10) Collas, Ève, Daniel Metge, et Laurent Puyuelo. « Vie et mort à la maternité. Témoignages de soignants. » *Empan* n° 97, n° 1 (12 mars 2015): 94-103. Pages 2-3-6.
- (11) Stenmarker, M., Hallberg, U., Palméus, K., & Márky, I. (2010). Being a messenger of lifethreatening conditions: experiences of pediatric oncologists. *Pediatric blood & cancer*, 55(3), 478-484.
- (12) VIVIER, Jonathan. « L'annonce d'une maladie grave Enquête auprès de médecins généralistes de la région nancéenne. » Lorraine, s. d.
http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_VIVIER_JONATHAN.pdf
- (13) Teike Lüthi, Fabienne. « Annonce de mauvaises nouvelles : une pointe d'EPICES dans l'apprentissage - revmed. » *Articles thématiques : nouveautés en médecine 2010 (première partie)*, Revue Médicale Suisse, n° 277 (2011).
<http://rms.medhyg.ch/numero-277-page-85.htm>.
- (14) Bailleux, B. « L'annonce de la mort foetale in utero. » 2015.
<http://www.gen-nord-pas-de-calais.fr/fmc/>.
- (15) Professeur Franck Perrotin. « Urgences en gynécologie obstétrique - Les 6 CHRU de la Région Ouest », 2005. <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/urgences/chap23.pdf>.
- (16) RUSZNIEWSKI, Martine. *Les mécanismes de défense*. Dunod., s. d.
- (17) Gros, Mathilde. « Autour de la relation soignant-patient dans le cas de maladie grave - Une réflexion centrée sur le soignant. » Text. *Cerap*, 1 janvier 2010.
<http://www.cerap.org/sant%C3%A9-soin-formation/autour-de-la-relation-soignant-patient-dans-le-cas-de-maladie-grave-une>.



(18) Van Dulmen, Sandra, Fred Tromp, Frans Grosfeld, Olle ten Cate, et Jozien Bensing. « The Impact of Assessing Simulated Bad News Consultations on Medical Students' Stress Response and Communication Performance. » *Psychoneuroendocrinology* 32, n° 8-10 (novembre 2007): 943-50. doi:10.1016/j.psyneuen.2007.06.016.

(19) Perriot, Delphine. *Le couple face à l'interruption médicale de grossesse*. Mémoire étudiante sage-femme Limoges, 2015.

(20) Espinosa, E., Gonzalez Baron, M., Zamora, P., Ordonez, A., & Arranz, P. (1996). Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Supportive care in cancer*, 4(1), 61-63.

(21) Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., Gregory, W. M., Leaning, M. S., ... Timothy, A. R. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British journal of cancer*, 71(6), 1263 - 1269.



Annexes

[Annexe I] : Recommandations HAS

HAS. "Annoncer Une Mauvaise Nouvelle (synthèse) - HAS," mai 2008.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf)

[10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf).

- « Se poser des questions AVANT la rencontre avec le patient
 - Me concernant

Les questions suivantes peuvent m'aider en tant que professionnel, lorsque je prépare ma rencontre avec le patient, à comprendre mes propres difficultés.

- Ai-je des difficultés à dire et pourquoi ?
- Quelles représentations, quelles expériences personnelles (positive, négative) ai-je de cette maladie et de ses conséquences ?
- Quel rôle vais-je avoir dans la prise en charge du malade (traitement, accompagnement) et quelles en sont les limites ?
 - Concernant la maladie

Afin de donner au patient des perspectives réalistes, je dois disposer de suffisamment d'informations sur la maladie et les options thérapeutiques qui peuvent être proposées.

- Que sais-je de la situation clinique du patient ?
- Que sais-je de la maladie et de son évolution naturelle (survenue de handicap, mise en place de traitements de plus en plus contraignants...)?
- Que sais-je des options thérapeutiques, des prises en charge possibles et de leurs conséquences ?
- Que sais-je du rapport bénéfice-risque de chacune de ces prises en charge ?
- Quelle est la part d'incertitude du pronostic, de la variabilité de l'expression de la maladie ?
- Que puis-je prévoir de l'évolution de ce patient ?
- Qu'est-ce qui va changer dans la vie du patient ? Qu'est-ce qui sera probablement le plus difficile pour lui ?
- Quelle est la filière de prise en charge (structure d'accueil lorsque le handicap ou les difficultés surviennent ?



- Obtenir des informations LORS de la rencontre avec le patient

- Concernant le patient

Je dois m'efforcer d'obtenir des informations le concernant afin d'adapter l'information que je lui donne à ses besoins au moment où je le rencontre et éviter de détruire les constructions intellectuelles et psychiques qu'il a élaborées pour se protéger.

- Ce que le patient attend de cette consultation.
- Les personnes qu'il a déjà rencontrées, l'information qu'il a déjà reçue, ce qu'il en a compris.
- Ce qu'il souhaite savoir, aujourd'hui.
- Les représentations qu'il a de cette maladie et de ses conséquences.
- Les expériences personnelles (famille, proches), qu'il a de cette maladie et de ses conséquences.

- Concernant l'environnement du patient

Afin de donner au patient des perspectives réalistes, je dois disposer de suffisamment d'informations sur la maladie et les options thérapeutiques qui peuvent être proposées.

- Sa situation familiale personnelle (enfant, personne à charge, isolé ou entouré).
- Les soutiens possibles.
- Sa situation matérielle, professionnelle, sociale.
- La représentation qu'a son compagnon/ses enfants/son entourage de la maladie.
- L'information qu'il souhaite que l'on donne à ses proches, s'il préfère qu'on l'aide à informer ses proches.
- Les besoins ou les souhaits d'aide ou de soutien (psychologique, social) pour lui ou ses proches. Les professionnels peuvent utiliser cette approche pour évaluer et améliorer leurs pratiques professionnelles.

- Se poser des questions EN FIN de rencontre avec le patient

- Lui ai-je laissé la possibilité de poser toutes ses questions ?
- Suis-je en mesure de savoir ce qu'il a compris ?
- Qu'a-t-il retenu de la consultation ? Pour la prochaine consultation : que me reste-t-il à lui dire ? »



[Annexe II] : Grille d'entretien

Bonjour, je m'appelle Pauline Chauchard, je suis étudiante sage-femme à Limoges. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse à la manière dont vous réalisez l'annonce d'une mort fœtale in utero, les informations que vous donnez dans ce contexte ainsi que les réponses que vous apportez au couple. Cet entretien durera environ une heure et si vous êtes d'accord je l'enregistrerais. Votre nom ne sera mentionné nul part ; l'anonymat sera respecté à toute étape de l'utilisation des données.

- 1) Pouvez-vous me raconter votre dernière confrontation à une mort fœtale in utero ?
 - Comment vous organisez vous d'un point de vue matériel pour réaliser cette annonce ?
 - Changez vous de salle pour la réalisation de l'annonce ?
 - Comment procédez vous pour réaliser l'entretien ?
 - Avez vous consulté le dossier de la patiente au préalable ?
 - Comment préparez vous psychologiquement le couple à l'annonce ?
 - Comment expliquez vous au couple l'absence de bruit du cœur au monitoring ou à l'échographie ? Quelles phrases utilisez vous ?
 - Comment vous positionnez vous si le couple reste dans le silence ?
 - Expliquez moi ce que vous dites si le couple évoque leurs inquiétudes, pose des questions sur la raison de l'absence de bruit du cœur de leur bébé ?
 - Quelle attitude adoptez vous si la patiente ou son conjoint a des propos agressifs ? Que dites vous alors ?
 - Quelle attitude adoptez vous si le couple ne communique pas, qu'ils ne parlent pas, comment réagissez vous ?
 - Comment terminez vous l'entretien ?



- Suivez vous une procédure pour terminer l'entretien ?
- 2) Avant cette expérience, aviez vous déjà été confronté à l'annonce d'une mort fœtale in utero ou d'une mort auparavant ? En quoi cela vous a-t-il aidé ? En quoi cela n'a pas été aidant ?
 - 3) Pouvez vous me décrire les émotions ressenties lorsque vous avez constaté la mort fœtale in utero ? Quel a été votre ressenti ensuite tout au long de l'annonce ?
 - 4) Comment vous sentez vous face à la réalisation d'une annonce de mort fœtale in utero ?
Pour vous, quelles sont les qualités requises pour favoriser l'empathie ?
Quel est, selon vous, le positionnement idéal à avoir ?
 - 5) De quelle manière cette situation prend de la place dans votre vie quotidienne ?
Y repensez vous après votre journée de travail ?
 - 6) Vous inquiétez vous du devenir de la patiente ? Comment, par quel moyen ?
Vous intéressez vous à la prise en charge de la patiente après l'annonce ?
 - 7) Quelles ressources mobilisez vous comme aide pour vivre au mieux la situation ?
 - Est ce vous abordez le sujet en équipe ou bien avec des collègues ? Pour quelles raisons l'abordez vous ?
 - Pensez vous que des groupes de paroles entre soignants pourraient être intéressants ? En quoi ?En quoi ces ressources sont elles importantes pour vous ?
 - 8) Avez vous une formation particulière ? En souhaiteriez vous une ? En quoi pourrait elle aider ?
 - 9) Selon vous, existe-t-il un intérêt à la présence d'une personne coordinatrice lors de l'annonce de la mort fœtale in utero afin qu'elle soit un relai dans la prise en charge du couple ?



10) Est ce que cette situation vous a amené à vous questionner sur votre métier, sur l'exercice de votre profession ?



[Annexe III] : Entretien médecin E

E : le médecin E

P : Pauline

Entretien réalisé dans son bureau de consultation.

« P : Donc la première question c'est pouvez vous me raconter votre dernière confrontation à la mort fœtale in utero, ça remonte un peu ?

E : Alors pas tant que ça parce que la dernière fois que j'ai été confronté, comme je vous le disais précédemment, à l'occasion d'un bébé qui était porteur d'une anomalie échographique et d'un syndrome génétique rare qui s'est aggravé de consultations en consultations, d'échographies en échographies. Euh... alors j'ai pas été directement confronté là, ce jour là, enfin j'ai vu la patiente et une heure après le bébé était mort alors qu'elle voyait un autre de mes collègues pour une échographie cardiaque. Moi je l'ai vu en pré-mortem.

P : C'était récemment ?

E : C'était tout à fait récemment. Donc c'était ce cas de cette patiente, donc il s'attendait finalement au fur et à mesure à une évolution défavorable. Quand je les ai vu le dernier jour où monsieur B devait me succéder ou m'a succédé. Moi, on était dans une situation catastrophique mais le cœur battait et une heure après, il les a vu le cœur était arrêté. Voilà...

P : Ca a été quand même préparé un peu ici ?

E : Oui oui, ça a été une préparation assez rapide parce que malheureusement les choses se sont quand même enchaînées en l'espace deux trois semaines.

P : Ah oui d'accord. Du coup vous n'avez pas fait véritablement l'annonce.

E : Non mais j'ai annoncé quand même que ça ne se passait pas bien et que ça allait mal se passer.

P : D'accord. Et comment vous vous organisez d'un point de vue matériel dans les cas d'annonce de mort fœtale in utero mais du coup vous plutôt dans le cas de l'échographie ?

E : Oui alors, en fait alors comment ça peut se passer quand on est plutôt échographiste, dans une pratique d'échographiste. Soit je constate une mort fœtale in utero alors là on va dire, du fait de ma pratique, on va dire si c'est du premier trimestre, et bien je vais faire une échographie à des gens qui s'attendent à voir une grossesse évolutive, qui sont etc... et puis moi lorsque je fais l'échographie je constate qu'il y a un arrêt de l'activité cardiaque. Donc souvent je continue un petit peu l'examen parce que ça me permet moi de me préparer aussi, de me dire qu'est ce que je vais leur dire et puis de me dire peut être, quelques minutes, ils vont s'en rendre compte, et ils vont m'interpeller et vont me dire. Et puis très rapidement, puis ça permet aussi d'avoir une vision d'ensemble du petit fœtus ou du petit embryon, et de me dire : peut être que je vais trouver une cause et que je vais pouvoir leur dire ce qu'il se passe aussi. Et donc là souvent je vais pas non plus plus loin, je vais pas faire plusieurs minutes et je m'arrête et je leur dit : « écoutez je suis désolée mais je dois vous dire quelque chose, il n'y a plus d'activité cardiaque, la grossesse s'est arrêtée. »

P : D'accord...

E : Donc souvent ça, ça peut être aussi le cas aussi d'une grossesse un petit peu plus tardive si on me demande de venir dans une salle, ce qu'on me demandait avant, de venir dans une salle pour confirmer un arrêt d'activité cardiaque. Donc je fais l'échographie, je suis considéré comme échographiste référent, arrêt d'activité cardiaque. Souvent les gens ils ont un moment bien sûr de panique, de sidération, de larmes qu'il faut respecter ; et en fonction des cas, c'est pas toujours possible, mais la plupart du temps c'est quand même possible, je leur dit, je leur demande s'ils souhaitent que je continue un petit peu l'échographie pour essayer de voir si je trouve une cause, voilà. Et la plupart du temps ils le souhaitent, même s'ils regardent ou s'ils regardent pas l'écho mais souvent en leur expliquant ils vont aller dans cette démarche là.

P : Ok. Donc souvent vous connaissez le dossier j'imagine de la patiente dans le cas des consultations. Comment préparez vous psychologiquement le couple à l'annonce ?

E : Euh... alors préparer le couple à l'annonce c'est compliqué parce que là on est dans un laps de temps court. Soit on est dans un suivi de diagnostic anténatal et donc il y a toutes... il y a des phases préparatoires parce qu'on les revoit souvent, on leur explique que le pronostic est peut être réservé, que les choses peuvent se dégrader, qu'on est de plus en plus soucieux, que, éventuellement une mort fœtale in utero peut survenir et qu'à chaque fois qu'ils vont venir, même la sage femme regardera s'il y a une activité cardiaque. Donc là c'est une phase préparatoire. Mais la plupart du temps les morts fœtales in utero, il n'y a pas de phase préparatoire, c'est quelque chose d'extrêmement brute et donc c'est ce qui en fait la violence. Un petit peu à la différence des interruptions médicales de grossesse, une interruption médicale de grossesse c'est certes violent mais c'est toujours quelque chose qui a été discuté, même si les choix ne sont pas toujours faciles, etc. Il y a eu quand même cette période de temps de réflexion, voilà, de questionnement, pourquoi etc. Là la mort fœtale, la plupart du temps, à part si on est dans le contexte du diagnostic anténatal, elle survient brutalement. Alors nous,



médecins, on peut trouver des facteurs de risques mais les patientes ne sont pas forcément conscientes des facteurs de risques dont elles sont porteuses.

P : Oui.

E : Donc c'est toujours quelque chose qui est traumatisant.

P : Du coup, quand vous constatez à l'échographie comment vous expliquez l'absence de bruit du cœur ou l'absence d'activité cardiaque à l'échographie ?

E : Alors je leur dis déjà, au départ, soit ils s'en sont rendus compte mais c'est rare, c'est vrai qu'en général ils attendent que je parle, donc en général je leur dis, je leur dis voilà... ce que je vous ai dit toute à l'heure, en leur disant « beh écoutez je suis vraiment désolée mais je dois vous dire que je ne vois pas d'activité cardiaque, que je regarde depuis un petit moment », alors en fonction de l'âge de la grossesse, des difficultés de l'examen ou pas voilà, « mais si je vous le dis c'est que j'en suis sûre, il n'y a pas d'activité cardiaque. »

P : D'accord... et comment vous vous positionnez si le couple reste dans le silence ?

E : Euh... beh je leur demande ce qu'ils souhaitent, voilà toujours pareil, je leur demande ce qu'ils souhaitent, est ce qu'elle souhaite se rhabiller tout de suite, est ce qu'elle souhaite que je regarde un peu plus le bébé pour trouver une cause, est ce qu'ils souhaitent rester un petit peu tous les deux ensemble si elle est avec son conjoint, si elle est seule je lui demande si elle veut appeler son conjoint ou si elle veut appeler un proche pour venir voilà. Et c'est pour ça aussi que j'avais souhaité qu'il y ait une salle d'entretien, un petit peu à part, où, indépendamment, donc moi je ne suis pas en salle de naissance, donc il y a aussi les annonces en salle de naissance mais quand ça se passe ici en consultations, où les patientes puissent être un petit peu à l'écart des autres patientes, des autres couples familles, dans un lieu où elles peuvent éventuellement pleurer si elles ont envie de pleurer, être avec des proches et qu'on ne soit pas forcément autour d'elle à les regarder etc. Et je leur propose souvent, si elles ont été d'accord pour avoir ce petit moment aussi tranquille, de revenir les voir quelques minutes après.

P : Donc toujours leur laisser la liberté de choisir ?

E : Oui, de choisir. Bon moi... On les garde on les fait pas partir comme ça donc de toute façon après ce moment là quand même, souvent il y a quand même ce moment où elles ont besoin de pleurer, beh soit seule en fonction des circonstances, soit avec des proches. Et après beh que ce soit moi ou avec la sage-femme, on revient les voir aussi pour... pour écouter leur plainte et puis progressivement pour leur dire bon oui voilà « on va vous prendre en charge, vous inquiétez pas, vous êtes pas seule » mais on explique les choses, il ne faut pas non plus je pense tout expliquer d'un bloc, il faut, il y a des étapes.

P : Oui il faut laisser le temps aux émotions aussi ?

E : Oui... les rassurer aussi, alors il peut y avoir des craintes aussi qui surgissent, peut être que vous en parlez après, d'avoir un bébé mort dans le ventre, du risque pour soit...

P : Oui, ou aussi la culpabilité que peut avoir la patiente... souvent la patiente demande « pourquoi ? Qu'est ce que j'ai fait de mal ? ».

E : Oui, oui oui mais souvent les... alors ça oui c'est souvent le cas, souvent les patientes, mères ont une culpabilité, elles portent leur enfant, alors soit elles viennent à l'hôpital parce qu'elles sentent plus bouger son bébé mais des fois, non elles ont rien remarqué ou elles l'ont moins senti mais elles sont pas venue puis elles arrivent et puis là on leur annonce et là c'est la grosse culpabilité parce que « je le porte et je m'en suis pas rendu compte » ou « je suis pas venue assez tôt » ou « j'avais un doute hier mais bon finalement j'ai été rassurée je ne suis pas venue ». Euh... Le conjoint peut être dans la culpabilité aussi à ce moment là, souvent le conjoint est aussi dans la colère d'une grossesse mal suivie où on s'est pas rendu compte, il y a quelque chose, ou on leur avait dit une semaine, deux jours avant, un mois avant que tout allait bien, que voilà, ne pas s'inquiéter, donc il y a en général, à ce moment là, il n'y a pas de ressenti à l'égard des soignants, de la part de la patiente, ça peut être le cas du conjoint, pas systématique.

Et puis notre travail souvent ça va être de les déculpabiliser ces mamans, de leur dire, voilà que, de leur expliquer que voilà, même si au niveau des facteurs de risques, enfin voilà... On les déculpabilise. Alors après la deuxième étape, ce que je remarquais quand je revoyais ces patientes à postériori en consultation post-mort fœtale in utero, je les vois moins maintenant parce que je fais que des consultations post-IMG, c'est qu'elles étaient très différentes des consultations post-IMG, les post-mort fœtale parce qu'en fait, là on les déculpabiliser mais il y a forcément une raison parce que ce bébé il est mort donc il y a une raison, alors soit on retrouve une maladie génétique, une malformation, mais c'est rare quand même, on ne trouve pas toujours des choses, et bien forcément, enfin forcément, souvent, la culpabilité elle change d'objet et c'est le soignant, c'est l'équipe, c'est le suivi de grossesse, et c'est à ce moment là que s'expriment des choses violentes et puis aussi parce que ça a peut être été renforcé par l'entourage, par ceci par cela, par quelque chose qui était anodin en consultation, en échographie, euh... une échographie qui n'a pas duré suffisamment longtemps, la sage-femme qui n'a pas pris attention à ce qu'elle disait en consultation ou elle était resté trop longtemps en salle d'attente, c'était dur elle avait des contractions... Voilà tout prend une importance à ce moment là importante pour essayer de trouver ce qu'il s'est passé, et pour dire qu'il y a quand même une faute.

P : Oui c'est humain de vouloir savoir..



E : Oui oui on cherche, donc les consultations post-mort fœtale, je trouve sont beaucoup plus douloureuses pour le couple, pour le...

P : Les soignants ?

E : Pour le soignant aussi qui les reçoit, beaucoup plus... violentes parce que voilà l'interruption médicale de grossesse, il s'est passé quelque chose mais on en avait parlé avant, on l'a pas voulu, ça a été douloureux etc. Mais voilà cet enfant, à un moment, on a dit que, on était d'accord, tout le monde était d'accord pour l'interruption médicale de grossesse, donc on a programmé, il y a eu des examens complémentaires, on attend des choses, voilà. C'est douloureux mais c'est pas pareil.

P : Il y a eu une réflexion...

E : Il y a eu une réflexion, un accompagnement, il y a voilà... et c'est un enfant différent. Alors que l'autre n'était pas forcément différent, peut être mais pas forcément. Est ce que c'était un cordon, est ce que c'était le placenta, est ce que c'était euh...

P : Un dépassement de terme aussi parfois, il y a eu un cas...

E : Oui, il y a eu un cas.

P : Et justement vous parliez du conjoint agressif, qu'est ce qu'on fait dans ce moment là ? Mettons un des deux ou le couple global se met à être agressif ?

- Beh je pense que ce qu'il faut faire, beh ça dépend des modalités de l'agression quand même hein mais en général c'est plutôt quand même verbal et c'est pas... voilà. Souvent ces papas ils ont conscience du fait qu'ils dépassent la mesure et ils vont partir de la pièce en claquant la porte, ils vont aller etc, parce qu'ils, parce qu'ils supportent plus, même pour eux c'est très très violent. Je crois qu'il faut essayer dans la mesure du possible d'être très très calme, de ne pas élever la voix et... à mon avis il faut maintenir un dialogue que ce soit avec la maman, que ce soit avec le papa en disant « je comprends que vous soyez mal »... « votre colère elle est très, elle est très dure, elle est très agressive ». Voilà, on l'entend, on peut la comprendre, elle doit respecter quand même, voilà, les gens et « sachez que voilà... je vois ce que vous dites et je ne peux pas me mettre à votre place mais j'entends combien c'est violent pour vous ». Déjà, le fait de dire, de verbaliser et de dire « je vous comprends, j'entends. Attention ! Restez dans la norme, respecter les gens mais... j'entends que vous puissiez réagir comme ça parce que c'est très dur et que c'est normal que vous trouviez les choses dures. »

P : D'accord... et comment vous terminez l'entretien à la fin, après l'annonce ?

E : Et bien je termine l'entretien en leur disant qu'on va faire le maximum pour essayer de trouver ce qu'il s'est passé, pourquoi ça s'est passé, est ce qu'il y a, voilà, une cause particulière. Ce qui est nécessaire, ça n'est pas obligatoire mais je leur conseille bien sûr d'accepter les examens complémentaires qu'on va leur proposer, l'examen du corps du bébé. On va tout reprendre, tout le dossier, voir éventuellement avec les généticiens et puis je termine en leur disant que voilà, on va, je vais les confier à la sage-femme qui va reprendre avec elle aussi sa prise en charge, les modalités de sa prise en charge, les examens complémentaires, les lui expliquer, que à tout moment on est là pour entendre leur demande, pour voilà...

P : Donc vous n'en parlez pas trop dans l'annonce de la prise en charge ?

E : Non, c'est vrai que j'ai la chance de travailler aussi avec la sage femme du diagnostic anténatal, [...], et c'est vrai que non... enfin j'évoque un petit peu, parce que les gens me posent des questions, mais très rapidement je vais lutter, voilà on va vous faire ça mais... parce que les gens vont vous dire souvent aussi vous avez aussi, face à une mort fœtale in utero, comme pour l'interruption médicale de grossesse, là les gens vous disent « oh je veux qu'on m'endorme tout de suite, et je veux qu'on me retire le bébé tout de suite, je veux rien voir, je veux une césarienne » etc. Donc il faut aussi, prendre le temps de leur expliquer pourquoi on ne peut pas accéder à leur désir, que ce n'est pas pour être méchant avec eux, qu'il y a des raisons médicales et donc...

P : Oui et puis ça été démontré apparemment que faire accoucher voie basse, ça serait..

E : Oui dans le processus de parentalisation, de leur dire aussi, que même s'ils n'ont pas d'autres enfants, ils sont des parents et que cet enfant va naître et qu'on va les accompagner aussi dans la gestion de l'accouchement, du confort, etc, mais qu'il y a des raisons aussi médicales et psycho-psychiques qui font que le temps est court mais il y a quand même un petit temps entre le moment où ce bébé va naître. Et j'hésite pas à dire « naître » moi, j'essaie de ne pas trop utiliser le terme « expulsion ».

P : C'est vrai que c'est dur le terme « expulsion » .

E : Oui je trouve que « expulsion » c'est dur

P : Ca « chosifie » un peu...

E : Ca rend un peu le fait que ce n'est pas une personne. Alors vous me direz que quand c'est une mort fœtale in utero, il n'a pas respiré, ce n'est pas une personne juridique mais ça reste un être humain et dans l'imaginaire des parents, ça a été un enfant jusque là. Donc je trouve que parler d'expulsion c'est un petit peu dur. Je ne dis pas que ça ne m'est pas arrivé de le dire mais j'essaie de moins en moins d'utiliser ce terme dans ce cadre là en tous les cas et d'utiliser « naissance », « naissance d'un enfant né sans vie » « enfant né sans vie ».

P : Oui... Quand on utilise le terme « expulsion » ça peut les choquer ?

E : Oui je trouve que c'est choquant, c'est choquant.



P : D'accord. Oui du coup ma question c'était « avant cette expérience, avez vous déjà été confronté à l'annonce d'une mort fœtale in utero ou d'une mort globalement auparavant ?

E : Plusieurs fois !

P : Et en quoi est ce que ça vous a aidé d'avoir eu d'autres expériences ?

E : Beh parce que tous les parents sont différents... euh voilà que des fois j'ai été confronté à des morts fœtales in utero avec des gens que je ne connaissais pas, on me demandait d'intervenir simplement pour annoncer, parfois je les connaissais, je connaissais leur histoire. C'est toujours un petit peu plus facile quand même quand on connaît l'histoire, qu'on a noué une relation de confiance aussi avec le couple, mais c'est tout à fait possible même si on ne les connaît pas à condition qu'ils comprennent qu'on les respecte. Moi je pense que les respecter, c'est d'une part avoir un langage adapté et approprié et c'est aussi respecter leur état psychologique et bien c'est à dire, voilà, les pleurs, c'est pas uniquement les pleurs c'est ce que je vous disais, des fois quelque chose qui est très difficile pour nous, c'est la colère... mais en général elle vient plus après quand même enfin voilà. La respecter à condition qu'on nous respecte, il faut qu'on nous respecte aussi. Autrement si vraiment l'échange n'est pas possible, il faut respecter que l'échange n'est pas possible et dire aux gens, à ce moment là, « Ecoutez c'est trop difficile, c'est trop difficile pour vous ». Euh, il faut toujours laisser les portes ouvertes : « Je suis là, on peut en reparler. On peut en reparler aujourd'hui un petit peu plus tard, on peut en reparler, je peux vous voir ce soir en fin d'après midi, je peux vous voir demain », voilà. « Sachez que je suis là ». Il faut toujours qu'ils se sentent soutenu et pas lâchés... Et je pense que dans mon expérience, je trouve que c'est quand même important de les, de leur garder aussi ce statut de parents, quand même... qu'ils ne se sentent pas tout d'un coup désinvesti de tout la grossesse, c'est terminé et puis voilà...

P : D'accord et ces expériences vous ont toujours été ? Est ce que parfois il y a des expériences qui ne vous ont pas aidé ?

E : Ah beh non, les expériences elles aident toujours ! Après, certaines on se dit, bon ça aurait pu peut être mieux se passer mais donc c'est formateur, ça aide pour la suite en se disant bon beh finalement dans ce cas là ou moi je pense que quand j'étais interne, ou surtout chef de clinique, bon beh je conserve, quand même encore maintenant quelques souvenirs un peu douloureux quand même, euh... mais ça m'a servi aussi, ça m'a servi aussi dans ma façon d'annoncer, de pratiquer.

P : D'accord. Est ce que vous pouvez me décrire les émotions ressenties lorsque vous constatez une mort fœtale in utero ?

E : Des parents ?

P : Non de vous.

E : Ah... euh... la dernière fois, beh la dernière parce que c'était quelque chose de plus en plus c'était un peu une fatalité, une fatalité, quelque chose d'inéluctable qui allait arriver et puis... et puis je sentais que ces parents trouvaient que c'était injuste parce qu'on était dans une pathologie rarissime où il y a que 7 ou 8 décrits dans le monde, etc. Et... et ils l'ont dit, ils disaient « c'est injuste », je pouvais que leur dire que « oui, c'est injuste » voilà, c'est comme ça... c'est injuste. Et donc une certaine fatalité, d'acceptation peut être de ma part, en même temps j'essaie d'être empathique, d'entourer les gens et puis je me dis, j'essaie de, aussi, de les rassurer sur des choses qui, moi, peut être en tant que parent, seraient importantes. Leur dire que leur bébé n'a pas souffert, des choses comme ça, je ne peux pas forcément bien le savoir, mais bon il y a quand même des éléments, en fonction de ce qu'il s'est passé, un bébé qui s'affaiblit de plus en plus, etc. On dit non il s'en est pas rendu compte, il s'est éteint tout doucement. Euh voilà, j'essaie alors ça c'est peut être tout simplement des choses qui me feraient plaisir à moi aussi si j'étais dans ce cas là, que j'aimerais qu'on me dise.

P : D'accord... comment vous vous sentez face à la réalisation d'une annonce de mort fœtale in utero ?

E : Beh toujours en difficultés, même les années passants parce que voilà, il n'y a pas de, il n'y a pas de... il y a des expériences mais tous les cas sont différents et puis on est jamais préparé à... Je ne me sens pas désarmée, ce n'est pas ce que je veux dire, parce qu'effectivement, j'ai un peu plus de bouteille, mais on peu jamais se préparer à une mauvaise annonce. Une mauvaise annonce reste une mauvaise annonce, euh... donc quand ça m'arrive, c'est vrai que j'aime bien avoir un tout petit temps de réflexion dans ma tête, me dire, bon... en fonction de comment ça s'est passé, comment je les ai accueilli, comment ils ont répondu. Parce que des fois ça m'est arrivé aussi donc sur des interruptions spontanées de grossesse, un petit peu précoce, vers 12-13 semaines [coup de téléphone ...]. Oui oui des fois, dans ce cadre là, j'ai des couples qui arrivent tout joyeux, qui sont vraiment très très joyeux de la grossesse, voilà... et là c'est pas facile donc j'ai besoin d'avoir un petit temps pour me ressaisir, pour me dire comment je vais leur dire à eux, comment je vais leur dire...

P : Oui... parce qu'au contraire, le cas que vous avez eu avec le Dr B., le couple s'y préparait ?

E : Oui... Même s'ils essayaient de penser que ça allait bien se passer quand même.

P : Ils l'avaient toujours dans un coin de leur tête que ça pouvait mal se passer mais c'est vrai qu'un couple qui vient pour une première échographie, ou pour une deuxième et que la grossesse se passe très bien...

E : Oui, même l'écho de 22 il n'y a rien de particulier c'est... bon après souvent il nous arrive des morts fœtales in utero bien sûr au 3^{ème} trimestre, il y en a, mais souvent les mamans elles viennent elles sont un peu inquiètes quand même parce que ça bouge moins, elle le sente pas, donc voilà... 2^{ème} trimestre aussi c'est sidérant, 22



semaines elles s'y attendent pas... Donc là moi je trouve que d'avoir un petit temps où, où je me ressaisi moi aussi où je me dis... bon ça me fait pareil quand je vois une anomalie fœtale. Je peux pas annoncer d'un seul coup, j'ai besoin, je regarde, je vais regarder un petit peu tout le reste. Je sais que quand je vais annoncer quelque chose ça va être sidérant. L'écho va s'arrêter. Peut être qu'elle pourra reprendre en expliquant aux gens mais donc j'ai besoin d'en savoir un petit peu plus moi. Bon la mort fœtale in utero, j'aime bien, si elle est un petit plus avancée que le premier trimestre, j'aime bien faire un petit tour pour voir si je ne vois pas quelque chose éventuellement qui pourrait expliquer, une anomalie c'est pareil, est ce que je vois pas autre chose. Bon très rapidement je vais quand même revenir aux parents et puis je vais leur dire... Et ça permet moi, de réfléchir à la façon dont je vais le dire.

P : Oui parce qu'en fonction aussi du couple...

E : Oui oui ça dépend vraiment beaucoup.

P : Pour vous quelles sont les qualités requises pour favoriser l'empathie ?

- Heu... alors déjà je pense que l'empathie, il y a des gens qui sont plus empathiques que d'autres et ça après c'est peut être une personnalité ! Après ça peut être se développer chez les gens qui ont moins d'empathie, mais encore faut il qu'ils le veulent et qu'ils en trouvent un bénéfice aussi. Donc je pense que globalement l'empathie ce n'est pas non plus quelque chose de purement artificiel. Je pense qu'il y a des gens qui sont naturellement plus empathiques que d'autres. Et après on peut artificiellement peut être tendre vers un petit peu plus d'empathie. Le piège de l'empathie c'est que, être empathique, et quand on est soignant pour moi c'est quelque chose qui doit aider l'autre. Etre empathique ce n'est pas faire un transfert, c'est à dire s'assimiler...

P : Oui en faisant une annonce, s'effondrer avec les parents ?

E : Oui ! Là non non... là vraiment les annonces, même si elles sont difficiles, si elles nous touchent, on peut montrer qu'on est quand même affecté, on reste humain, mais en même temps je pense que sur le temps de l'annonce ce n'est pas bien pour la personne à qui on fait une « mauvaise annonce » entre guillemets, de pas sentir qu'en face la personne est un petit peu soutenante et prend un tout petit peu de distance, il faut pas être trop distant mais il y a une juste distance, oui.

P : Quel est, selon vous, le positionnement idéal à avoir, c'est un peu ce qu'on vient de dire ?

E : Oui.

P : De quelle manière cette situation prend de la place dans votre vie quotidienne ?

E : Oh alors dans ma vie personnelle, quotidienne, je dirais relativement peu parce que j'essaie de prendre un petit peu de distance mais il est illusoire de penser que ça ne m'affecte pas un petit quand même et que j'y pense pas même quand je suis chez moi, etc. mais j'essaie, j'essaie quand même, je m'efforce par l'expérience de prendre un petit peu de distance. Et puis au niveau professionnel, c'est... c'est ma formation, voilà donc j'essaie d'être, même si on est jamais prête, mais d'être plus à même d'accompagner les gens qui vivent ce type de situation, de les accompagner, de les soutenir sur le plan psychique avec l'aide de nos collègues psychologues et puis de les soutenir je pense... psychiquement, mais par mes données médicales, par ce que je peux leur apporter aussi. C'est jamais très agréable, c'est pas une bonne journée quand on fait une annonce...

P : J'imagine... Est ce que vous vous inquiétez du devenir de la patiente ?

E : Oui, alors bon ça c'est souvent par l'intermédiaire de... soit on a des patientes qui reviennent et on les revoit, autrement, souvent on est en lien avec les psychologues [...], etc. Je pense que tout le monde demande effectivement des nouvelles.

P : D'accord... Est ce que vous vous intéressez du coup à la prise en charge de la patiente après l'annonce ?

Donc oui un peu avec le suivi psychologique ?

E : Oui tout à fait.

P : Quelles ressources mobilisez vous comme aide pour vivre au mieux la situation ? Est ce que vous abordez le sujet en équipe ?

E : Oui, pour moi oui.

P : Avec des collègues ?

E : Beh oui j'essaie avec des collègues, oui, avec des collègues qui sont autour de moi et puis avec la psychologue.

P : Et pour quelles raisons vous l'abordez ?

E : Beh pour essayer de... Je sais pas si c'est dans mon intérêt, j'ai l'impression de pas le faire dans mon intérêt, mais certainement c'est aussi peut être dans mon intérêt aussi, c'est à dire pour être mieux. Mais c'est aussi pour voir comment eux... puisqu'on a tous nos personnalités différentes et on aborde les gens d'une façon différente, comment eux ils ont ressenti le couple, et comment ils voient l'évolution. Est ce que l'évolution paraît plutôt satisfaisante ou on est sur quelque chose qui devient très pathologique etc. puis partager en équipe voilà ? Moi j'aime bien le travail pluridisciplinaire donc mais certainement... c'est aussi pour moi quelque part.

P : Parce que si on est affecté je pense qu'on a aussi besoin d'en parler...

E : Beh oui on a besoin d'échanger, de déverser...

P : Est ce que vous avez une formation particulière sur l'annonce du coup ?



E : Alors euh... j'ai participé... alors une formation ? J'ai fait de la médecine fœtale, voilà échographie, euh... j'ai une formation en éthique mais ça vous le savez, et j'ai participé à quelques congrès, journées de formation sur l'annonce où j'étais plus, comment dire, j'étais plus communicant mais ça m'a permis d'écouter les autres qui parlaient aussi.

P : Vous pensez que la formation éthique aide pour la prise en charge ?

E : Oui, oui oui.

P : Ok, et est ce que vous pensez qu'il y a un intérêt à la présence d'une personne coordinatrice lors de l'annonce de la mort fœtale in utero et qui permettrait de faire un relai dans la prise en charge ?

E : Beh moi je pense que ça serait typiquement la place de la sage-femme, c'est vraiment ça. C'est ce qu'il se passe un petit peu quand même.

P : Dans le cadre du diagnostic anténatal la sage femme arrive très tôt après l'annonce ?

E : Oui oui.

P : Et après elle suit pour la prise en charge ?

E : Oui oui, je trouve que ça se fait quand même pas mal.

P : Et puis ça permet aussi peut être de donner un repère au couple ?

E : Oui, pour les couples, pour la patiente aussi, ça leur permet d'avoir un repère parce que quand on est complètement perdu par quelque chose qui nous sidère on a l'impression qu'on perd pied. Beh il faut remettre un sol, remettre un cadre.

P : Oui et puis ils sont dans un lieu qu'ils ne connaissent pas forcément, avec des gens qui défilent et qui ne connaissent pas forcément non plus donc c'est vrai que ça permet...

E : Alors il ne faut pas aussi oublier, on l'a pas abordé, mais dans les annonces comme ça qui sont difficiles, très très difficiles, très très douloureuses, il faut pas sous estimer le temps de sidération des parents, de la mère, du père, etc. et du fait qu'on peut leur donner un certain nombre d'informations au début même si on essaie de ne pas en dire trop, mais ils n'entendent rien. Donc il faut savoir qu'il faut tout reprendre, oui il faut tout répéter...

P : Pour terminer l'entretien ?

E : Voilà, ou la sage femme elle va les revoir et elle va s'apercevoir qu'il faut souvent tout reprendre même ce qui a été dit parce qu'ils ont pas entendu.

P : A partir de l'annonce ?

E : Voilà il y a comme un clivage, le cerveau n'entend plus... ou il retient plus en tous les cas.

P : Est ce que ce genre de situation vous a amené à vous questionner sur l'exercice de votre profession ?

E : Oui.

P : Dans quel sens ?

E : Sur le sens de la vie... alors oui, c'est peut être un peu plus vrai avec les interruptions médicales de grossesse, par rapport au handicap etc, mais aussi enfin le sens de la vie. Non sur la vie en général, la vie, la mort, la mort qui côtoie la vie, qui fait partie de la vie pour moi, voilà, sur des bases de respect, de morale. Finalement de se dire qu'il y a des choses qui sont très importantes, il y en a qui le sont moins. Voilà, mais ça fait parti aussi de la démarche que j'ai entreprise dans le cadre de mon activité aussi au diagnostic anténatal, en éthique aussi.

P : D'accord. Merci beaucoup ! »



Université de Limoges

Ecole de sages-femmes

Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-femme

CHAUCHARD Pauline

« L'annonce d'une mauvaise nouvelle : le cas de la mort fœtale in utero »

Présenté et soutenu publiquement le 12 mai 2017

Directeur de mémoire : Dr PICHON

Guidante de mémoire : BLAIZE-GAGNERAUD Valérie

Résumé :

L'annonce de la mort fœtale in utero a été abordée dans le cadre d'une étude qualitative. Dix entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de sages-femmes, interne et gynécologues obstétriciens.

Nous avons souhaité vérifier que les professionnels de santé respectaient les recommandations de la Haute Autorité de Santé en ce qui concerne l'annonce. Ils font majoritairement preuve d'empathie.

Nous n'avons pas conclu sur le rôle de l'expérience professionnelle et de la formation. La confrontation à l'annonce améliore le positionnement professionnel dans cette situation. Enfin, une annonce de mort fœtale nécessite d'être partagée et marquée durablement.

Mots-clés : Annonce, mort fœtale, professionnels de l'obstétrique



