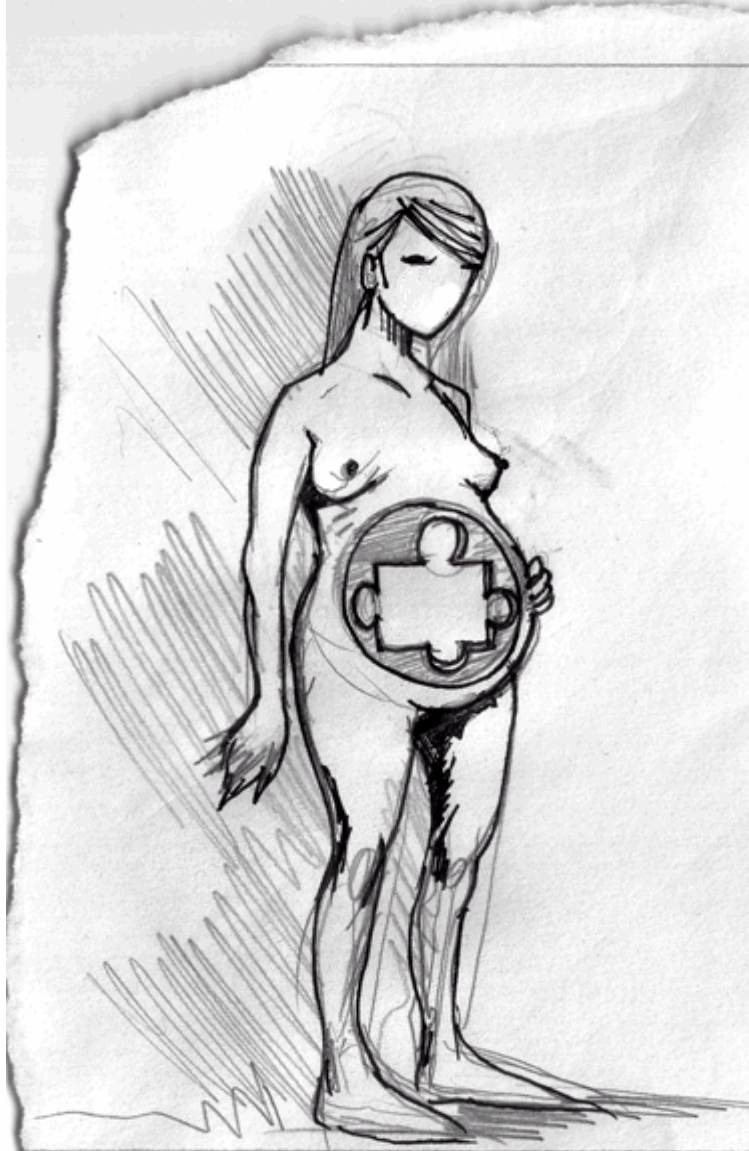


Lucie Talar
Promotion 2003-2006

*Accompagnement des soignants
face au deuil maternel d'un enfant
décédé dans ses premiers moments de
vie.*

*Travail de Fin d'Études
Diplôme d'État d'Infirmier*



LA PIÈCE MANQUANTE...

NOTE AUX LECTEURS :

**« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI
Théodore Simon et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans
l'accord de son auteur et de l'IFSI. »**

REMERCIEMENTS :

Je remercie en premier lieu Mme Dubray, ma superviseuse de travail de fin d'étude qui a su parfaitement m'accompagner et me rassurer aux moments voulus.

Merci à toute ma famille qui m'a soutenue : Michael, mes parents, mon frère, Nicolas pour son illustration « la pièce manquante », mes grands-mères....

Merci aux services de m'avoir accueillie pour mes entretiens.

Je dédicace ce travail de recherche à tous ces parents qui ont perdu un enfant dans les premiers moments de vie, Claire et Frédéric j'ai beaucoup pensé à vous durant mon cheminement. En hommage à tout le personnel qui accompagne la vie et la mort dans les maternités, et à tous ceux qui favoriseront l'écoute du soignant dans le monde hospitalier.

A cette profession si humaine...

Sommaire

SOMMAIRE

Introduction	pages 1-2
Problématique	pages 3-6
Cadre conceptuel	pages 7-17
<u>1^{ère} partie : la mort et le deuil</u>	pages 7-10
I/ la mort	page 7
1. définitions	page 7
2. histoire	page 7
II/ le deuil	pages 7-10
1. définitions	page 7
2. les étapes du deuil	pages 8
A. selon Élisabeth Kubler Ross	page 8
B. selon Jean Mombourquette	page 8
C. selon Jean Luc Héту	pages 8
III/ le deuil périnatal	page 9
1. définition	page 9
2. les difficultés	page 9
A. le déni social	page 9
B. un enfant fantasmé	pages 9-10
C. un deuil difficile	page 10
<u>2^{ème} partie : la relation d'aide et l'accompagnement</u>	pages 10-14
I/ définitions	pages 10-11
II/ histoire	page 11
III/ concepts de la relation d'aide	pages 11-12
1. la congruence	page 11
2. la considération positive inconditionnelle	pages 11-12
3. l'empathie	page 12
4. la confiance en les capacités des autres	page 12
IV/ les phases de la relation d'aide	page 12

V/ les obstacles a la relation d'aide	pages 12-13
1. le contre transfert	page 13
2. la fuite et l'évitement	page 13
3. la non écoute	page 13
VI/ accompagner une personne endeuillée	pages 13-14
1. l'aidé	page 13
2. le soignant	pages 13-14
VII/ Législation	page 14
<u>3^{ème} partie : le groupe de parole</u>	pages 14-17
I/ définitions	page 14
II/ Intérêts	pages 14-15
III/ conditions	pages 15-16
IV/ les émotions a l'hôpital	pages 16-17
1. les émotions du soignant	page 16
2. gérer ses émotions	page 17
Méthodologie	page 18
Analyse et interprétation des données	pages 19-28
I/ Analyse question par question	pages 19-26
II/ Analyse globale	page 26-28
Conclusion	page 29
Bibliographie	
Annexes	
Annexe I : Guide d'entretien	
Annexe II : Charte des droits des endeuillés	
Annexe III : Schémas des étapes du deuil	
Annexe IV : manifestations comportementales du deuil et interventions	
Infirmières recommandées	
Annexe V : extraits du décret de compétences infirmières du 29 juillet 2004	

Annexe VI : souhaits parents endeuillés

INTRODUCTION

A l'issue de notre troisième année à l'institut de formation en soins infirmiers, un travail de fin d'études nous est demandé, dans le but d'amorcer et d'approfondir un travail de recherche autour d'une réflexion personnelle.

Ma démarche a dès lors été la suivante : orienter ma réflexion autour de situations, de phénomènes que j'ai été amenée à rencontrer durant mes différents stages. L'un de ces événements a été pour moi une étape forte dans la construction de ma conscience professionnelle. Il a bouleversé mon approche de la mort et, par la même, ma vision du monde paramédical.

En effet, dans tous les services rencontrés, j'ai été à un moment donné confrontée à l'idée de mort et, dans sa perspective la plus terrible, en faisant face au décès d'une personne. La mort est cet événement envers lequel j'ai eu de nombreuses difficultés à maîtriser mes émotions et à garder ma place de professionnelle. Je me suis alors souvent sentie démunie face à elle.

Dans ce cadre, j'ai effectué durant ma deuxième année de formation en soins infirmiers, un stage en Maternité durant lequel j'ai été confrontée plusieurs fois aux décès d'enfants dans les 1ers moments de leur vie. La mort d'un enfant à peine sortie du ventre de sa mère est une situation très difficile à vivre pour la parturiente mais aussi pour le soignant. C'est ce vécu qui a amorcé toute ma réflexion.

On a tendance à oublier que, malgré les nombreux progrès de la médecine, l'issue d'une grossesse se solde parfois par un échec. L'illustration même est qu'il est difficile de trouver des statistiques de ces décès. L'INSEE¹, estime à 2.6 % la mortalité infantile avant 28 jours en 2004 en France. Je n'ai pu trouver aucune statistique pour les tous premiers jours. En questionnant différentes maternités j'ai pu estimer à environ 1 décès pour mille naissances dans les maternités type II, et 4% dans les maternités type III, chiffres à vérifier.

En tant qu'étudiante, je me suis naturellement sentie affectée et désorientée face à ce genre de drame. Mais au-delà de mon ressenti personnel, j'ai pu m'apercevoir d'une certaine gêne dans l'équipe soignante. Gêne vis-à-vis de la mère endeuillée bien sur, mais également face à un père victime de son impuissance lors de complications.

Suite à ces situations de crise, j'ai pu remarquer une tendance forte des soignants à « fuir » la chambre, dans l'impossibilité de pouvoir trouver les « bons mots » à adresser à une mère en proie à une profonde tristesse, ou encore, à des réactions de rejet. Il est clair que, face au décès d'un enfant,

¹ Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques ; <http://www.insee.fr/Statistique> et des Études Économiques

en tant que soignant, nous sommes confrontés à nos propres angoisses de mort, mais également à un sentiment d'échec et d'impuissance. Ce qui peut nous conduire à nous sentir réellement vulnérables. Ce soin relationnel présente, de ce fait, une grande difficulté car il implique un investissement personnel de l'infirmière, mais aussi un certain détachement de celle-ci envers un évènement qui reste, de toute manière, une tragédie. Notre culture commune, place la mort d'un enfant comme étant, sans conteste, la plus dure à supporter pour l'être humain. L'implication du soignant devrait ainsi être naturelle.

Cette fuite traduit-elle alors un manque d'expérience professionnelle de la part du personnel soignant? Cela voudrait-il dire qu'en tant qu'être humain, nous serions, à priori, fragilisés par de telles situations? Mais alors, le côté humain du métier subordonnerait-il l'action du soignant? En d'autres termes, dans le cadre d'un soin relationnel, où se trouve le carrefour entre l'empathie du professionnel soignant et la compassion, qui est un sentiment humain? Peut-on reprocher aux professionnels de fuir, sous quelque forme que ce soit, ce terrible évènement afin de ne pas se l'approprier davantage? En outre, le fait de se préserver a-t-il une incidence significative sur l'accompagnement de la mère endeuillée?

Nous sommes alors en droit de nous interroger sur l'origine de ces difficultés, mais également et surtout comment y faire face dans un service pour être au mieux avec soi-même et donc auprès de la parturiente?

C'est pourquoi le choix d'un tel travail de recherche m'est important, tant au niveau personnel que professionnel. Sa finalité étant, à mes yeux, de me forger un regard constructif et abouti sur le sujet. La mort fait partie de la vie, elle est omniprésente dans la structure hospitalière, la comprendre et se comprendre permettrait assurément de mieux accompagner ces mères.

Ainsi, j'ai donc construit ce travail autour d'une problématique illustrée par différents concepts m'ayant permis d'asseoir ma réflexion, pour ensuite confronter ceux-ci à la réalité d'une maternité.

PROBLÉMATIQUE

Comment l'infirmière peut elle accompagner une nouvelle parturiente dont l'enfant est décédé dans les premiers moments de vie, avec toute la difficulté que ce soin relationnel implique ?

Comment accompagner au deuil, si gérer ses propres émotions est déjà difficile?

La difficulté majeure vient du fait que le soignant est, dans cette situation, confronté à ses angoisses de mort. La mort sera toujours une expérience douloureuse que celle-ci nous touche de près ou de loin. Ainsi comme le dit J. Saranos :

« Notre attitude à l'égard de nos mourants est la projection, l'ébauche de notre vaillance ou de notre lâcheté devant notre propre mort »² Celle-ci ne doit pas signifier l'échec mais est un évènement à prendre en compte et le début de nouveaux soins. L'infirmière en se laissant dépasser par ses émotions, tristesse, angoisse, impuissance, n'est plus capable d'assurer un réel accompagnement et s'expose elle-même à des difficultés. La mort d'un nouveau-né est une expérience douloureuse pour la parturiente mais aussi pour le soignant censé accompagner le début de vie dans une maternité :

« C'est l'exigence éthique qui est convoquée dans un exercice particulièrement complexe. Comment intégrer l'expérience de mort dans le cadre de l'espace hospitalier d'une maternité ? Par quelles médiations permettre que puissent cohabiter dans un même lieu la détresse absolue et la joie parfaite ? »³

Une autre difficulté vient du fait que ce décès touche un enfant.

La mort d'un enfant apparaît, aussi, plus insupportable que la mort d'un adulte dans notre culture.

Elle heurte nos valeurs et nos sentiments. La mort d'un enfant peu paraître injuste car elle survient au début de la vie.

« La perte d'enfant est un deuil qu'il est difficile de dépasser, car souvent l'enfant est investi comme étant celui qui nous permet d'espérer à notre propre mort. »⁴

De plus, le soignant peut alors passer de l'empathie à l'identification en tant que parent ou futur parent face à ce drame. Ce contre-transfert possible engendre une nouvelle difficulté dans le fait que l'infirmière pourra être amené à agir inconsciemment pour elle et non par rapport au bien être et au vouloir du patient.

² Médecin devant la mort 1983 p21

³ Maryse Dumoulin, le diagnostic prénatal : aspect psychologique, paris ESF, 1996

⁴ Marie Thérèse Bal-Craquin, conférence prononcé à rennes, comment s'accompagner et accompagner les personnes éprouvées

Il est facile de ressentir un contre-transfert par rapport à un deuil, personnel ou professionnel ou, par le reflet de sa propre mort.

« Lorsque les sentiments de contre-transfert sont marqués ils peuvent nuire à la relation. Le soignant doit être à l'affût de ses réactions et chercher ce qui le pousse à s'intéresser à certains malades ou ce qui lui fait éprouver de la difficulté. De toute manière, les liens induisant un contre-transfert sont non souhaitable sur un plan déontologique »⁵

L'infirmière se heurte donc à ses propres limites et peut ressentir une grande vulnérabilité.

On peut s'interroger sur ce qui est mis en place dans les services face à ces difficultés.

Dans une telle situation, existe-t-il des protocoles, des directives de soins ?

Mais comment envisager un protocole quand on parle de relation. Le relationnel ne relève pas d'un plan préétabli mais est adapté à chacun et évolue à chaque instant. Il apparaît difficile de protocoler un accompagnement au deuil.

Parallèlement, on pourrait s'appuyer sur des directives de soins quant à certaines procédures de soins telles que par exemple la prise de photo du nouveau-né décédé, la cérémonie, l'appel à d'autres professionnels... bien que cela reste encore très personnel au patient et individualisé.

On retrouve, en 1978, une étude⁶ à l'hôpital Royal Victoria de Montréal où une équipe interdisciplinaire du service d'obstétrique avait mis en place une ligne de conduite à suivre en cas de décès périnatal : le jeune couple doit être immédiatement adressé au service social, la parturiente doit être vue par un membre de l'équipe dans les 48h pour assurer soutien et écoute empathique, les parents peuvent tenir leur bébé dans leurs bras si ils le souhaitent, ils peuvent obtenir des photos, les dispositions funéraires sont respectées, les parents doivent être encouragés à exprimer leurs questions et angoisses au Docteur, un livret sur le deuil et ses étapes sera donné. Enfin on retrouvait dans cette ligne de conduite la mise en place d'un groupe de parole dans l'équipe pour favoriser sa mise en place et son bon déroulement.

Cette expérience a su prouver le bienfait de cet accompagnement méticuleux des parents ainsi que sur l'importance d'accompagner les soignants parallèlement pour une meilleure prise en charge.

Le personnel est-il armé face à ces événements durant son parcours professionnel ?

Existe-t-il, des formations sur l'accompagnement, sur la manière de gérer ses sentiments et de les comprendre ?

⁵ M Phaneuf ; Communication, entretien, relation d'aide et validation, 2002, p372

⁶ Y Gauthier, S Lebovici, P Mazet, JP Visier ; Tragédies à l'aube de la vie et répercussions sur les familles ; pages 56 à 65

« La prise en charge de cet accompagnement par les soignants leur cause des difficultés auxquelles ils n'ont pas été préparés. Les progrès dépendront des ressources que la société pourra mobiliser pour former et soutenir les professionnels »⁷

Il existe en effet des formations qui ont prouvé leur bénéfice autant sur les émotions que sur l'accompagnement au deuil. Ces formations privilégient la parole du soignant.

Une formatrice explique : *« nous travaillons sur ce qui se joue pour chacun, sur ce que les professionnels peuvent projeter qui concerne leur propre histoire. A la fin, ils doivent être capables de réagir en fonction de l'autre et non pas d'eux même, et d'identifier ce qui leur fait mal en tant que soignants. Donc, de mieux accompagner. »⁸*

On peut se demander si ces formations sont suivies, nombreuses et applicables.

L'infirmière a-t-elle le temps nécessaire pour accompagner ces femmes ?

Le temps est un outil précieux de travail de l'infirmière, en entretien l'une d'entre elles me confiait :

« Un accompagnement au deuil est un soin qui nécessite beaucoup de temps et qui ne peut se faire entre deux portes. Il nous manque souvent ce temps indispensable à une bonne relation d'aide avec la mère endeuillée. Ce manque de temps est dû au nombre insuffisant d'infirmière, au nombre important de femmes et aussi à la courte durée d'hospitalisation. »

A Manoukian et A Massebeuf approuvent aussi :

« La durée des hospitalisations s'est raccourcie sous l'effet des progrès techniques, ce qui rend les rencontres plus rares, d'autre part, la relative pénurie d'infirmière dans beaucoup de services pousse à l'exécution des tâches techniques avant tout et parfois au détriment des relations et, enfin, une certaine résistance du monde médical devant un rôle nouveau qui lui échappe. »⁹

La disponibilité est en effet très importante dans la relation d'aide et le manque de temps de l'infirmière est un problème d'actualité.

« Cependant, même lors d'une courte hospitalisation, une rencontre sincère et un réel soutien peuvent être réalisés »¹⁰

Plus encore que le manque de temps, j'ai pu ressentir un manque de moyens personnels pour faire face à ses situations.

J'ai pu remarquer durant mon stage que les soignants, soit parlaient beaucoup de leurs difficultés et de leurs réactions, soit s'isolaient dans le silence.

Selon Pierre Rousseau :

⁷ Pierre Rousseau, Les pertes périnatales, la famille, les soignants, la société p31 à 60

⁸ Jocelyne Goût, difficultés périnatales, les parents décrochent la lune ; Revue Infirmière Magazine ; septembre 2005, numéro 208, p14-15

⁹ A Manoukian et A Massebeuf ; La relation soignant-soigné, 2001, p48

¹⁰ A Manoukian et A Massebeuf ; La relation soignant-soigné, 2001, p48

« La connaissance des réactions du deuil a permis de développer des attitudes d'accompagnement qui ont commencé à remplacer le rituel de la conspiration du silence »¹¹

Il apparaît alors important de s'interroger sur l'utilité d'un groupe de parole pluridisciplinaire au sein du service pour permettre ainsi de s'exprimer et de se confronter à ses angoisses, ses valeurs et ses sentiments.

« Un lieu doit permettre de laisser venir, de partager ce qui suscite en nous l'informulable de la mort et en en disant quand même quelque chose, en échangeant à partir d'elle, de déjouer l'accumulation du stress »¹²

Ceci permettant ainsi un échange bénéfique entre soignants pour amener à mieux se comprendre soi-même pour mieux accompagner la patiente.

« De découvrir ainsi la souffrance de l'autre et de découvrir l'autre à travers la particularité de la souffrance qu'il exprime »¹³

Le groupe de parole a pour intérêt d'offrir un endroit où les soignants peuvent laisser libre cours à l'expression du vécu au travail avec leurs désirs, leurs émotions, de développer des compétences pour soi, les patients et l'entourage et encourager les échanges au sein de l'hôpital.

J'ai donc été amené à poser l'hypothèse suivante :

La mise en place d'un groupe de parole au sein d'un service de maternité permet au personnel infirmier de mieux gérer ses émotions face à la mort et ainsi de développer une attitude relationnelle adéquate pour l'accompagnement des mères endeuillées face à cette situation de crise.

¹¹ Pierre Rousseau ; Les pertes périnatales, la famille, les soignants, la société ; p31 à 60

¹² RW Hiccins, Revue Soins Psychiatrie n°91, 1988, La souffrance des soignants face à la mort p27

¹³ MJ Protin, Revue Laennec n°1, octobre 1990, entendre la souffrance des soignants p8

CADRE CONCEPTUEL

1ère PARTIE : La Mort et le Deuil

I/ la Mort

1. Définition

Selon le Larousse médicale ¹⁴:

« Cessation complète et définitive de la vie. La mort correspond à l'arrêt de toutes les fonctions vitales, avec cessation définitive de toute activité cérébrale. En France, la mort cérébrale définit la mort légale. »

2. Histoire¹⁵

La mort au Moyen Age est acceptée paisiblement, sans drame excessif : c'est la mort apprivoisée. Entre la fin du XVe et le XVIIIe siècle, la mort devient une rupture violente et perd sa familiarité. Au XXe siècle, la mort devient un tabou : elle ne doit pas troubler ce bonheur constant qu'est la vie. Au XXe siècle, on ne meurt plus chez soi mais à l'hôpital et souvent seul. L'initiative de la mort n'appartient plus ni au mourant, ni même à sa famille, mais aux médecins. Le deuil est estompé et toute manifestation excessive est jugée comme une anormalité morbide.

II/ Le Deuil

1. Définitions

Deuil de sa racine latine « dolus » et « dolere » signifie souffrir.

Le deuil pour Miche Hanus¹⁶, est :

« Une réponse physiologique de l'individu suite à la perte d'un être, d'un objet ou d'un idéal significatif. Il s'agit d'un processus d'une durée et d'une intensité variable touchant l'individu dans sa globalité physique, psychique, socioculturelle et spirituelle. Tout en étant sain, incontournable et indispensable au développement humain, le deuil engendre une souffrance englobant l'être entier avant d'aboutir à une résolution. Cette résolution signifie l'acceptation de la perte et la reconnaissance du gain. »

Faire son deuil exprime le cheminement, le travail d'élaboration psychique que la personne touchée par une perte va devoir réaliser pour surmonter et dépasser cet événement. C'est un travail, en partie conscient, de réorganisation de l'investissement.

¹⁴ Larousse Médical nouvelle édition 2005

¹⁵ Philippe Ariès, Essai sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Age à nos jours, 1975

¹⁶ Michel Hanus, Les deuils dans la vie, 1994.

« La perte d'une personne importante sur le plan affectif est celle qui crée le plus de stress et constitue la crise la plus grande pour l'être humain. »¹⁷

2. Les étapes du deuil

Nous allons voir ici les étapes du deuil selon trois concepts qui se rejoignent plus ou moins.

A. Selon Élisabeth Kübler Ross

Le Docteur psychiatre Élisabeth Kübler Ross¹⁸ décrit cinq étapes qui sont les suivantes :

Le déni est un mécanisme de défense inconscient qui consiste pour la personne à se comporter comme si elle n'avait pas intégré l'information qu'on lui a donnée et ne supporte pas qu'on la ramène à la réalité. C'est le désir compréhensible d'éviter la prise de conscience de la perte de l'être cher.

La colère reflète le sentiment d'injustice. La personne prend conscience de la perte et en souffre bruyamment. Cette colère est une forme d'expression importante et une forme de soulagement de la douleur aussi.

Le marchandage ou la tentative de minimiser la perte. Elle se raccroche à l'imaginaire pour intégrer ce qui s'est passé mais en imaginant un autre scénario. C'est une période de grande vulnérabilité à prendre en compte.

La dépression est le moment structurant du processus de deuil. L'évidence de la perte s'est imposée et ses conséquences apparaissent concrètement. Cette dépression est synonyme d'une amélioration psychique face au deuil.

Enfin, **l'acceptation** est la dernière étape. La personne s'autorise à vivre sans l'absent et peut réapprendre à vivre. La restructuration intérieure s'achève

B. Selon Jean Monbourquette

Le prêtre et psychologue Jean Monbourquette¹⁹, grand spécialiste de l'accompagnement des personnes endeuillées décrit sept étapes : le choc, le déni, l'expression des émotions et des sentiments, l'accomplissement des tâches inhérentes au deuil, la découverte d'un sens à la perte, la réconciliation et « l'héritage ou le cadeau » (discernement du vrai niveau d'attachement qu'on avait à l'autre. Il devient alors source de bienveillance dans l'être).

C. Selon Jean Luc Héту²⁰

Il définit 4 étapes, voir schéma en annexe²¹.

III/ Le Deuil Périnatal

¹⁷ Holmes et Rahe, the social readjustment rating scale, journal of psychosomatic research, 1967 ; cité par Jean Watson, le Caring, 1985

¹⁸ Schéma Annexe III

¹⁹ Jean Monbourquette, Aimer, perdre et grandir : assumer les difficultés et les deuils de la vie, 1995

²⁰ Les étapes du deuil selon Jean Luc Héту, Psychologie du Mourir, 1994, page 120

²¹ Schéma annexe III

1. Définition

La périnatalogie, selon le Larousse Médical ²²est « *l'étude du fœtus à partir de la 28^{ème} semaine de grossesse et de l'enfant pendant ses huit premiers jours de vie.* »

Nous traiterons ici, dans le souci du sujet, du deuil de l'enfant décédé dans les 1ères minutes de sa vie.

2. Les Difficultés

A. Le déni social

On pense en général que les « véritables » deuils ne surviennent qu'après la mort de proches qui ont vécu avec l'endeuillé. Aristote disait : « *moins aura vécu, selon l'endeuillé, celui qui vient de mourir, plus sa vie sera à ses yeux une vie en puissance* ». Le deuil de cet enfant à peine né n'est reconnu que depuis peu, ce qui représente une avancée pour tous ces parents. « *Une des souffrances les plus vives des parents est en effet la non-perception de la mort périnatale comme perte d'un enfant ; le non-événement que cette perte représente souvent pour l'entourage, qu'il soit médical ou familial.* »²³ Disait Geneviève Delaisi de Parseval, psychanalyste en gynécologie. La loi française du 8 janvier 1993 a modifié de façon importante les règles de déclaration de naissance des enfants morts en Maternité : un certificat d'enfant né vivant et viable doit être établi même si l'enfant n'a vécu que quelques minutes : la viabilité n'étant entendue qu'en termes de durée de gestation et non d'aptitude à vivre. " *Le deuil se fera d'autant mieux que les parents auront des traces. C'est pour cela qu'actuellement des rituels se mettent en place là où il y avait du déni. Un accompagnement s'organise où il y avait de la dénégation.* "²⁴

B. Un enfant fantasmé

Le décès d'un bébé est particulièrement difficile à vivre parce que les parents envisagent une vie entière pour leur enfant dès le moment de la confirmation de la grossesse, et parce que leurs attentes et leur vision se sont formées avec le temps ; « *Avec la perte d'un enfant, l'endeuillé ne perd pas seulement un être aimé mais aussi et surtout, tout ce que potentiellement l'enfant aurait pu lui donner, s'il avait vécu.* »²⁵

Cette dimension, dans la mort d'un fœtus ou d'un nourrisson, du non-accomplissement d'une vie, ce thème de la perte, non pas d'un passé commun mais surtout de ce que, potentiellement, l'enfant aurait pu donner s'il avait vécu, est caractéristique de la souffrance des parents.

²² Dictionnaire Larousse Médical 2005 nouvelle édition

²³ Geneviève Delaisi de Parseval ; La part de la mère ; 1997

²⁴ Geneviève Delaisi de Parseval ; Revue Études, n°387-5, novembre 1997

²⁵ Françoise Jandrot-Loukat ; Déchiffrement du deuil d'enfant, Revue du Littoral, hors série, novembre 1995, pages 63 à 78.

C. Un deuil difficile²⁶

La théorie psychanalytique classique sur le deuil montre que plusieurs facteurs en seraient responsables : Pour que le deuil se fasse, il faut que mort il y ait, avec un corps identifié. Il faut également un rituel, c'est-à-dire une cérémonie, une tradition et un entourage. Il faut aussi que les générations psychiques soient suffisamment différenciées, que les images familiales ne soient pas brouillées. Or, on constate que ces trois facteurs sont troublés dans les morts périnatales.

K Kowalski affirme que « *le décès périnatal représente de multiples pertes pour les parents, y compris la perte d'un être cher, d'un certain aspect de soi, d'objets externes, d'une étape de la vie, d'un rêve et de la création.* »

La mère est atteinte dans son intégrité physique, elle ressent des sensations kinesthésiques de vide, de manque. Elle connaît aussi les transformations corporelles de la mère, ce qui lui rappelle sa douleur : bassin élargi, montée de lait... son corps lui rappelle chaque jour cette absence d'enfant. « *Mutilation narcissique puisque la perte de son enfant est la perte d'une partie d'elle-même* »²⁷

2^{ème} PARTIE : La Relation d'aide, l'accompagnement

I/ Définitions

- **La Relation**, selon le Dictionnaire le Robert 1998 est :

« *Tout ce qui, dans l'activité d'un être vivant, implique une interdépendance, une interaction dès lors qu'une modification de l'un entraîne une modification de l'autre.* »

- **L' Aide**, est selon le Dictionnaire le petit Larousse grand format 2000 :

« *Aider c'est apporter son soutien ou son secours à quelqu'un. C'est contribuer au mieux-être de l'autre.* »

- **La Relation d'aide**, selon Jacques Chalifour²⁸ « *consiste en une interaction particulière entre deux personnes, chacune contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez ce dernier.* »

Selon Carl Rogers²⁹:

« *J'entends, par ce terme de relation d'aide, des relations dans lesquelles un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité à affronter la vie.* »

- **L'accompagnement** est une Présence physique, psychologique et professionnelle d'un intervenant dans une phase d'adaptation, de réadaptation ou d'intégration sociale dans le but d'assurer le bon déroulement de cette phase.

²⁶ Annexe IV

²⁷ M Bydlowski ; La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité, 1998

²⁸ Jacques Chalifour, la relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique humaniste, 1991

²⁹ Carl Rogers, le développement de la personne, 1968, p 27

II/ Histoire³⁰

La relation d'aide prend son essor à partir de 1930 ou elle est définie comme s'articulant autour d'une démarche relationnelle faite de solidarité, de sympathie et de collaboration.

A partir de la seconde moitié du XXème siècle, la méthode de relation d'aide se développe grâce aux travaux de Carl Rogers (1902-1987). Celui-ci étudie la complémentarité de la psychologie et de la pédagogie où l'on met en commun le savoir-faire du thérapeute et les compétences du client.

III/ Concepts de la relation d'aide

Carl Rogers retient trois attitudes à la relation d'aide, la congruence, la considération positive inconditionnelle et l'empathie. Je développerai ici, un autre concept qui est la confiance des capacités des autres.

1. La congruence

On parle de congruence lorsqu'il existe un accord entre ce que dit l'interlocuteur et ce qu'il pense. Entrer en relation d'aide c'est s'exposer soi-même comme outil de soins.

Selon Jean Watson dans sa théorie du Caring :

« Pour l'infirmière, la congruence est fondée sur la concordance entre ce qu'elle est vraiment et ce qu'elle donne à voir d'elle-même, sincère et sans façade ou masque professionnel. »³¹

Être congruent suppose un travail d'introspection afin que l'aidant soit conscient de ses émotions.

2. La considération positive inconditionnelle

Le soignant doit manifester l'attention qu'il porte à la personne sans aucune condition. C'est la volonté de considérer l'autre dans son humanité. Le thérapeute fait l'expérience d'une attitude positive, exempte de jugement, acceptante envers ce que le patient est sur le moment.

3. L'empathie

Empathie en latin signifie « souffrir de l'intérieur ».

C'est une attitude d'écoute active excluant affectivité et jugement. C'est le garant du respect de la personne.

Selon Carl Rogers c'est :

« L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si" on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue. Si cette

³⁰ Tirée d'Alain Raoult, Démarche relationnelle, relation d'aide et relation d'aide thérapeutique, 2004, p 45

³¹ Jean Watson, le Caring, 1985, p38

dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification. »³²

4. La confiance en les capacités des autres

L'aidant reconnaît les capacités de l'aidé. Selon ML Lamau³³:

« L'être humain a en lui toutes les possibilités de faire face aux épreuves et aux crises qu'il traverse. Les crises sont en elles même l'occasion de découvrir et de développer des ressources internes insoupçonnées. Il y a donc en l'homme un principe de croissance. La relation d'aide se propose d'être la médiation entre l'être humain en crise et ses ressources psychiques. »

IV/ Les phases de la relation d'aide³⁴

M. Phaneuf distingue quatre phases dans la relation d'aide :

- La phase de préparation : recueil de données, objectif et cadre organisationnel.
- La phase d'orientation : création du climat de confiance
- La phase d'exploitation de la relation : intériorisation, approfondissement et prise de conscience de la difficulté tant par la personne que par l'aidant. Puis meilleure acceptation de la difficulté et meilleure adaptation de la personne à sa situation, changement dans son état affectif et évolution vers un mieux être et une autonomie.
- La fin de la relation d'aide.

V/ Obstacles à la relation d'aide

1. Le contre transfert

*« Émotion et sentiments que l'aidant développe en réponse au comportement de l'aidé. Négatif ou positif, il porte le soignant à s'interroger. Lorsque ces sentiments sont marqués, ils peuvent nuire à la relation. Le soignant doit être à l'affût de ses réactions et chercher ce qui le pousse à s'intéresser à certains malades ou ce qui lui fait éprouver de la difficulté. De toute manière, les liens induisant un contre transfert sont non souhaitables sur le plan déontologique. »*³⁵

2. La fuite et l'évitement

Attitude consciente ou non qui reflète un mécanisme de défense par rapport à une situation trop difficile à aborder pour le soignant

3. La non-écoute

Attitude moins apparente, le soignant par peur de s'impliquer ne saisira pas l'opportunité de certains mots ou regards afin de comprendre et d'aider la personne à exprimer son vécu et son angoisse. Contournement de conversation, flot de paroles rassurantes et donc isolement de la personne.

³² Carl ROGERS, Psychothérapie et relations humaines, 1962 Vol. 1, p. 197

³³ ML Lamau, manuel de soins palliatifs, 1994, p338

³⁴ M Phaneuf ; communication, entretien, relation d'aide et validation ; 2002

³⁵ M Phaneuf ; communication, entretien, relation d'aide et validation ; 2002 ; page 372

VI/ Accompagner une personne endeuillée

1. L'aidé

Devant la complexité d'un deuil, l'aidant peut ressentir un sentiment d'impuissance. L'endeuillé est souvent demandeur de solitude face à son deuil et il est alors difficile d'accompagner sans pour autant s'imposer.

Selon Barbara Dobbs et Rosette Poletti³⁶, il existe cinq caractéristiques pour un bon accompagnement, caractéristique que l'on peut recouper avec celles vu précédemment : la présence paisible, la capacité d'écoute, la capacité d'offrir une aide pratique, la capacité d'empathie et la patience.

Il existe une charte des droits des endeuillés³⁷ datant de 1985

« Les parents endeuillés n'oublient jamais la compréhension, le respect et l'empathie authentique qu'ils reçoivent des dispensateurs de soins, et qui peuvent devenir tout aussi impérissables et importants que les autres souvenirs reliés à une perte de grossesse ou à la courte vie de leur bébé. »³⁸

2. Le soignant³⁹

« Accompagner le deuil n'est pas une chose facile pour chaque soignant. Il faut bien se connaître, savoir ses potentialités et ses limites, garder sa confiance en soi-même, savoir ce qu'on veut pour soi et accepter de se faire aider par autrui. Pouvoir clarifier les valeurs qui donnent un sens à sa vie, qui puissent être mises à la disposition du malade et se demander ce que l'on fait pour soi, pour recharger son énergie. Le double risque est de trop vouloir se protéger, ce qui amène à l'évitement, au déni, ou à l'identification au malade. »⁴⁰

Aider une personne à affronter la mort renvoie le soignant à sa propre mort et ses propres deuils.

L'intériorisation permanente des traumatismes, la pudeur à les exprimer, l'absence de dialogue ou simplement l'importance des deuils successifs finissent par épuiser les ressources psychologiques des soignants. Le soignant doit donc être armé théoriquement mais surtout psychologiquement pour accompagner une personne endeuillée sans altérer sa propre santé psychique.

VIII/ Législation

La relation d'aide, le soin relationnel est abordé dans le décret de compétence du 11 février 2002 "relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier récemment abrogé et remplacé par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, article R. 4311-2 et article R. 4311-5.

³⁶ Barbara Dobbs et Rosette Poletti ; vivre son deuil et croître ; 1993 ; page 144

³⁷ Annexe II

³⁸ IG Leon ; périnatal loss : a critique of current hospital practices ; clin pediatri ; 1992

³⁹ Annexe IV

⁴⁰ H Harel-Biraud ; Manuel de psychologie à l'usage des soignants ; 1995, page 152

⁴¹ Annexe V

Le programme officiel des études de soins infirmières aborde la relation aide dans les soins infirmiers module 3.

3^{ème} Partie : Le groupe de parole

I/ Définitions

La parole, selon le Dictionnaire hachette encyclopédique 1992 est :

« Un mot ou ensemble de mot servant à exprimer la pensée ; la faculté de parler, d'exprimer la pensée au moyen de la voix ; l'utilisation, la mise en acte du code qu'est la langue par les sujets parlant, dans les situations concrètes de communication. »

Le groupe, selon le Dictionnaire Le Petit Robert 2002 est :

« Une réunion de plusieurs personnes dans un même lieu, formant une unité. »

Le groupe de parole, selon plusieurs définitions issues de Martine Ruzniewski ⁴²est :

« Un lieu de soutien susceptible de prendre en compte la souffrance des soignants et de faciliter la régulation des fonctionnements internes ; un espace d'échange, un espace où la parole des soignants s'exprime sur un mode différent ; un espace de libre expression qui concerne la mise en mot du vécu, la verbalisation ; c'est une parole dynamique, en mouvement ; un temps de partage proposé à la réflexion, propre à rétablir une communication ; Un lieu de soutien structuré par la présence d'un intervenant extérieur de formation psychologique. »

II/ Intérêts

La finalité du groupe de parole est avant tout l'amélioration de la relation soignant soigné par l'atténuation de la souffrance des soignants. Il aide les soignants à analyser leurs réactions face aux malades et ainsi à développer un réel accompagnement.

« L'organisation du travail qui peut être plus ou moins souple, voire extrêmement rigide, conditionne la qualité des relations dans le service hospitalier, et par là même la gestion de la mort [...] la régulation collective de la souffrance, en raison de la survenue de la mort, est fonction de la place faite à la parole dans l'organisation du travail. »⁴³

Martine Ruzniewski, Psychologue clinicienne et psychanalyste exerçant à la pitié salpêtrière, dans une unité de soins palliatifs a beaucoup développé cette notion de groupe de parole autant en théorie qu'en pratique, je m'appuierai donc beaucoup sur ce qu'elle a pu écrire.

« C'est un espace qui fonctionne au sein d'un service dans une logique non médicale. Sa principale incongruité est d'inciter les soignants, pendant leur temps de travail, à quitter leur logique professionnelle – avec ses critères d'évaluation, sa hiérarchie, ses résultats- et à entrer dans un

⁴² Définitions issues de Martine Ruzniewski, les groupes de parole de soignants, une aventure à vivre, 1999

⁴³ Vilatte et Logeay, étude psychopathologique des soignants et la mort, 1989

espace où la parole s'exprime sur un mode différent. C'est mettre de côté les habitudes et pratiques du métier pour mieux l'exercer. Il amène le soignant à parler en tant que sujet »⁴⁴

Le groupe de parole est une pause qui permet au soignant de prendre du recul, de partager ses émotions. Cela permet pour le personnel de mettre des mots sur des moments difficiles rencontrés, de se décharger.

III/ Conditions

Selon Villate et Coll (1989), il existe plusieurs conditions sans lesquelles ce groupe ne peut exister :

- les soignants pour y participer doivent en exprimer eux même le désir, tous les membres du service sans exclusion peuvent y assister. les supérieurs hiérarchiques, tels que le cadre infirmier ou le chef de service pourront en demander la constitution.
- la présence d'un leader ou animateur ayant une solide formation en psychologie est indispensable, il ne doit pas être soignant.
- le travail réalisé au sein du groupe doit n'appartenir qu'au groupe afin que celui-ci puisse rester un espace de liberté.

Martine Ruzniewski soulignait aussi plusieurs modalités indispensables au bon fonctionnement :

- s'assurer de l'accord de principe du responsable hiérarchique, s'il n'est pas le demandeur.
- Choisir une plage horaire qui puisse, autant que faire se peut, convenir à tous et définir la durée et la périodicité du groupe, une ou deux heures par semaine ou quinzaine. Le groupe de parole devra avoir sa place dans le planning et sur une feuille de communication aux soignants signée par le chef de service et la surveillante.
- Convenir du lieu le plus convivial possible, à proximité des malades, afin d'éviter aux soignants de s'angoisser à l'idée des les laisser sans surveillance.

IV/ Les émotions à l'hôpital

La définition de Christophe André et François Lelord ⁴⁵ est : « *Les émotions sont une sorte d'intelligence préverbale, qui s'enclenche en réaction aux situations avant même que nos mécanismes de décodage et de compréhension n'aient eu le temps de s'effectuer.* »

« *C'est aussi un trouble intense de l'affectivité : elle comporte donc des aspects objectifs observables de l'extérieur et des aspects subjectifs accessibles seulement à celui qui est le sujet de l'émotion ressentie.* »⁴⁶

1. Les émotions du soignant

⁴⁴ Martine Ruzniewski, le groupe de parole à l'hôpital, 1999, pages XVII et XVIII

⁴⁵ La force des émotions de Christophe André et François Lelord ; 2001

⁴⁶ Cours de Mme Bénédicte Boucoiran, formatrice à l'IFSI Theodore Simon dans le cadre du module soin infirmier module 3

Les soins prodigués à un patient engendrent une mise en relation qui provoque, comme chez tout être humain, de nombreuses émotions. Toutes ces émotions au sein de l'hôpital permettent d'humaniser chaque soin. Or certaines émotions ne sont pas acceptables au sein de cette structure, le patient devant être préservé et le soignant devant être « armé » face à chaque situation.

« Les normes émotionnelles à l'hôpital : le silence. C'est pour maintenir cette norme que les soignants mettent en œuvre un travail émotionnel arc-bouté sur la maîtrise des affects [...] toutes les émotions sont normées au sein de l'hôpital. »⁴⁷.

« ca ne se fait pas à l'hôpital de craquer, de montrer sa fragilité. L'infirmière doit toujours faire bonne figure. »⁴⁸.

« A considérer le travail infirmier dans un service hospitalier, il peut sembler que le travail émotionnel consiste précisément à en faire disparaître la trace »⁴⁹

Face à la mort, le soignant ressent des émotions d'injustice et d'échec. Les progrès de la médecine peuvent entraîner un sentiment d'impuissance voire de culpabilité. Mais la mort entraîne bien souvent de la tristesse, car elle nous renvoie souvent à notre propre vie.

« La mort affecte par elle-même, parce qu'elle est l'anéantissement de l'Homme : la mort de l'autre renvoie à notre futur plus ou moins proche, mais inéluctable. »⁵⁰

2. Gérer ses émotions

L'émotion est une chose importante, cependant il est important de ne pas subir ses propres émotions c'est pourquoi, apprendre à les gérer, c'est maîtriser ses réactions.

La maîtrise n'est en aucun cas la répression des émotions :

« La maîtrise des émotions passe plus par l'appivoisement que par la domination de la sphère émotionnelle. »⁵¹

« Laisser se dérouler les émotions, sans s'identifier à elles. Être à la fois dans ses émotions, et au centre de soi-même [...] c'est ainsi que l'on peut jouir de ses émotions, sans être le jouet de celles-ci. »⁵²

Maîtriser ses émotions c'est⁵³ ainsi ne pas provoquer celles du patient, ne pas se laisser submerger et offrir un visage professionnel digne et maître de lui.

L'utilisation du vocabulaire professionnel neutralise les perceptions ainsi que la protocolisation des soins. Mercadier désigne les gants, masques, pinces... comme des filtres sensoriels.

⁴⁷ C Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 2002, page 170

⁴⁸ Barbara Lucas, l'infirmière aux portes de la mort, 1996, page 88

⁴⁹ M Drulhe, le mourir et le lien social, Revue internationale d'action communautaire, 23/63, 1990

⁵⁰ C Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 2002, page 119

⁵¹ M Michel et JF Thirion, La gestion des conflits à l'hôpital, 1996 ; page 61

⁵² M Michel et JF Thirion, La gestion des conflits à l'hôpital, 1996 ; page 63

⁵³ C Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 2002, page 210

« Gérer ses émotions, c'est aussi veiller à ce qu'elles ne dépassent pas un certain seuil, un seuil de tolérance au-delà duquel le soignant risque d'être embarqué dans la violence ou écrasé par l'impuissance. »⁵⁴

Les émotions jouent un rôle de signal d'alarme pour nous indiquer un évènement positif ou négatif, la raison doit ensuite reprendre le contrôle pour déterminer de la réponse appropriée à cet évènement ;
« Ainsi ne s'agit-il pas de s'affranchir des émotions au profit de la raison, mais plutôt de trouver l'harmonie entre les deux. Avoir une vie relationnelle satisfaisante, tout en restant fidèle à soi-même, suppose de réussir à maintenir ce toujours fragile équilibre. »⁵⁵

Les émotions tendent à se dissiper dans les situations pour lesquelles nous possédons suffisamment d'information, ce qui souligne l'importance pour le soignant de connaître les concepts sur lesquels ils s'appuient.

La parole est un catalyseur important des émotions et permet de mieux se comprendre soi-même.

⁵⁴ C Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, 2002, page 209

⁵⁵ Cité par Dominique Pir et consulté le 31 janvier 2006 sur http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/bien_avec_les_autres/ps_3114_ecoute2.htm

MÉTHODOLOGIE

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai choisi d'utiliser comme outil, les entretiens semi directifs⁵⁶. Choix motivé par le fait que mon travail de fin d'étude traite de la parole au sein des services et du ressenti du personnel, sujet bien peu appréciable au travers d'un questionnaire.

J'ai utilisé cet outil au sein de différentes maternités de la région parisienne, la maternité comprenant salles de naissance mais aussi services de gynécologie, m'étant rendue compte lors de mes entretiens que ces femmes y étaient souvent adressée directement après l'accouchement.

Mon enquête a été réalisée une première fois au début d'écriture de mon travail afin de me rendre compte réellement de la situation mais surtout au cours de l'hiver 2005-2006 pour y confronter ma question de recherche. J'ai pu assurer ces entretiens après un simple rendez vous sur appel téléphonique dans les différentes maternités, ayant été pour l'ensemble plutôt bien accueillie.

Mes entretiens se sont déroulés auprès de cadres de service, personne reflétant souvent la mentalité du lieu ; auprès d'infirmières, avec un souci d'interroger des personnes avec des niveaux d'expérience différents ; auprès de sages femmes, tout aussi concernées par ma recherche et enfin auprès d'une psychologue ayant mis en place un groupe de parole au sein d'une maternité.

Au fur et a mesure de mes premiers entretiens j'ai pu me rendre compte que la situation de crise que représente mon sujet était très peu rencontrée en maternité de type II, celles-ci ne recevant pas les parturientes de moins de 32 semaines ou les accouchements dits à risque. Il restait tout de même important de voir comment ces maternités pouvaient gérer ces situations dramatiques.

L'inconvénient de l'entretien peut être qu'il donne un échantillon limité, mais je pense avoir réussi a ciblé un champ assez large de personnel avec différentes opinions. Cela prend aussi beaucoup de temps et il faut parfois s'armer de patience face à un personnel souvent très occupé. L'autre difficulté peut venir du fait qu'il n'est pas toujours aisé de poser toutes ces questions dans l'ordre prévu, les réponses survenant au cours de la conversation.

Durant mon enquête, il m'est arrivé de douter face à certains professionnels peu convaincus de mon sujet ce qui, je pense s'est révélé très enrichissant pour ma recherche par la suite.

⁵⁶ Annexe I

ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

J'ai procédé à 8 entretiens dont deux cadres de service, trois infirmières, deux sages-femmes et une psychologue encadrant des groupes de parole en périnatalité.

I/ Analyse question par question

1. Question numéro 1

Présentation du soignant : fonction, années d'expérience, âge, sexe

Entretien n°1, C1: femme, cadre infirmière depuis 6 ans dans cette maternité, 45 ans.

Entretien n°2, C2 : femme, cadre infirmière dans ce service depuis 12 ans, 47 ans.

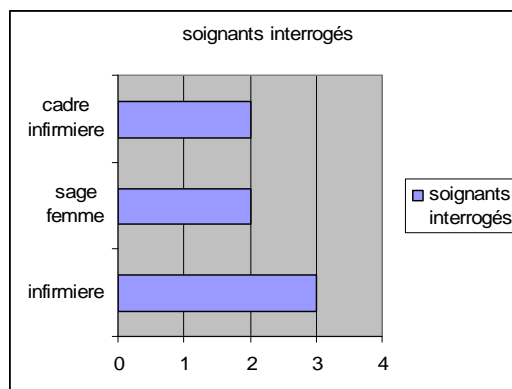
Entretien n°3, IDE1 : femme, infirmière depuis 15 ans et depuis 10 ans en maternité, 40 ans.

Entretien n°4, IDE2 : femme, infirmière depuis 1 an, 23 ans.

Entretien n°5, IDE3 : femme, infirmière depuis 5 ans et depuis 3 ans en maternité, 31 ans.

Entretien n°6, SF1 : femme, sage femme depuis 25 ans, 48 ans.

Entretien n°7, SF2 : femme, sage femme depuis 3 ans, 26 ans.



2. Question numéro 2

Avez-vous des difficultés à accompagner ces femmes dans ces situations de crise ?

C1 : les cas rencontrés sont tellement rares que je ne pourrais vraiment citer de difficultés. C'est un événement triste, oui, mais le personnel est armé face à ces situations.

C2: je pense qu'il y aura toujours un malaise face a ce drame par rapport a la mort, à cette mère démunie et a son vécu personnel. Il n'est pas « normal » d'avoir de l'appréhension à parler à ces

femmes, mais c'est compréhensible et surtout humain. Dans mon service, je pense qu'à ce jour aucune infirmière n'a de problèmes pour entrer dans la chambre.

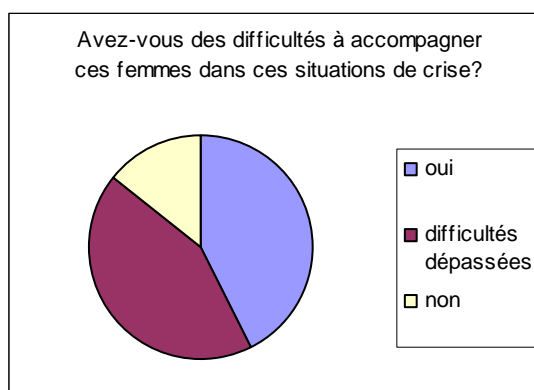
IDE1 : je pense avoir eu de grandes difficultés en effet à mes débuts de carrière mais aujourd'hui l'expérience me permet de ne plus vraiment en avoir. La mort en maternité reste un évènement bien plus tragique que dans d'autres services mais on apprend avec le temps à s'y confronter sans s'atteindre.

IDE2: j'avoue « redouter » encore ces situations ou j'éprouve pas mal de difficultés à gérer mes émotions. Accompagner ces femmes est loin d'être aisé, que leur dire ? Comment leur dire ? Comment ne blesser personne... ? J'ai encore beaucoup de choses à apprendre dans ce domaine.

IDE3: oui ces situations sont dramatiques pour la femme mais aussi souvent pour les soignants se trouvant alors démunis. L'expérience aide à surmonter cette situation et surtout à nous donner les bons outils pour éviter le contre transfert et pour un bon accompagnement.

SF1: oui bien sur il existe des difficultés. Même si on apprend à bien accompagner le deuil de ces mères, ces situations exceptionnelles restent très différentes les une des autres et se confronter au deuil et à la souffrance de l'autre sera toujours difficile. C'est se persuader que de répondre non.

SF2: oui je ne pense pas que les pertes à la naissance soient un évènement maitrisable pour le soignant. Les formations aident beaucoup à accompagner ces femmes mais peu à s'accompagner soi-même face a ces situations. De plus, dans le service on se sent souvent coupable de la mort de cet enfant, ce qui ne facilite rien.



On constate donc une majorité de soignant ayant eu ou ayant toujours des difficultés face a ces situations.

3. Question numéro 3

Quels sont les moyens mis à votre disposition pour mieux accompagner le deuil de la parturiente ?

C1 : c'est la même mise en œuvre que pour les interruptions grossesse et autres deuils périnataux : des protocoles, des fiches de suivi, un psychologue.

C2 : une formation qui a été demandée par le personnel et qui est très bénéfique en deux sessions d'une semaine, des livrets d'accueil et d'information pour les parents endeuillés, des protocoles de service, des fiches de suivi de la parturiente, dans notre service le psychologue fait l'intermédiaire parents-soignants en ce qui concerne les questions et réactions délicates.

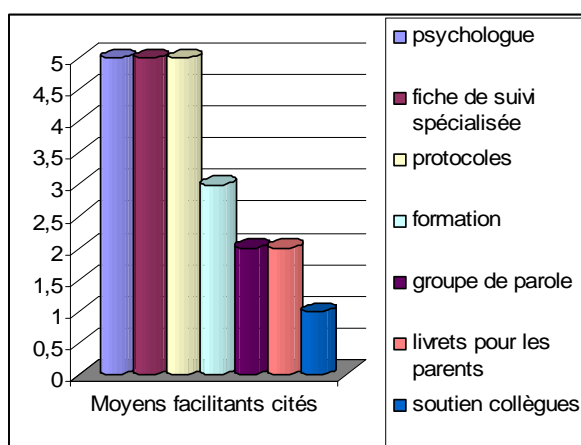
IDE1 : protocoles, formations sur le deuil périnatal, fiches de suivi et le soutien des collègues, pluridisciplinarité.

IDE2 : protocoles médicaux incluant un psychologue, formations sur le deuil périnatal.

IDE3 : une « conduite à tenir » avec des feuilles de soins particulières, des psychologues, des livrets d'information destinés aux parents, et des groupes de parole exceptionnels lors de ces situations.

SF1 : des fiches spécifiques de suivi dans les dossiers de soins, les psychologues, des groupes de parole pour les soignants dits « exceptionnels ».

SF2 : mise à part les psychologues qui interviennent, je ne vois pas d'autres moyens



Les moyens mis en place sont divers, on retrouve majoritairement la présence d'un psychologue, les fiches de suivi spécialisées et les protocoles. Certains soignants ont aussi été formés à ces accompagnements.

4. Question numéro 4

Qu'est ce qui selon vous pourrait vous aider dans cet accompagnement, non présent dans votre service?

C1 : je ne pense pas, vu le peu de cas rencontrés, qu'il soit utile de mettre quelque chose de supplémentaire en place. Je ne vois pas l'utilité de mettre des choses en place pour si peu de situations.

C2 : sans réponse

IDE1 : instaurer des temps de parole entre équipe ce qui n'est parfois pas facile surtout pour les nouvelles diplômées.

IDE2 : des brochures ou livrets pour les parents, nous sommes en train d'y travailler.

IDE3 : des référents deuil périnatal pour nous accompagner auprès des parents.

SF1 : sans réponse

SF2 : des réunions pour discuter de la situation et échanger, des indications de conduite à tenir et une formation.

On retrouve majoritairement parmi les soignants ayant répondu, la demande de parole et d'accompagnement ou d'outils pour aider à cet accompagnement (livrets pour les parents).

5. Question numéro 5

Existe-t-il des groupes de parole pour gérer cette situation de crise?

Si oui, comment se déroule-t-il ? Quand ? Où ? Avec qui ?



IDE3 : ils sont mis en place par une psychologue suite à une situation difficile au sein de la maternité soulignée par moi-même ou par un autre soignant. Le groupe est exceptionnel et non obligatoire. La parole est libre et encadrée par la psychologue. Nous informons tout le personnel de la date prévue et la tranche horaire se situe lors des transmissions. ces groupes sont de plus en plus suivis.

SF1 : chaque soignant est convié mais ce n'est pas obligatoire. Il y a beaucoup d'échanges et de discussions. Une psychologue aide la parole à circuler. Le groupe est formé dans une salle de réunion neutre dans le service souvent pendant les transmissions.

Un seul lieu en possède un, donc deux soignantes. La description de ceux-ci me permet d'affirmer le fait que ce sont bien des groupes de parole.

6. Question numéro 6

Les groupes de parole sont/ seraient ils utiles selon vous ? Pourquoi ?

C1 : non le groupe de parole serait alors une contrainte pour les soignants.

C2 : les groupes de parole sont trop institutionnalisés. Nous n'avons pas forcément envie de revenir sur ces faits tout de suite après mais parfois plusieurs mois voire années plus tard. La parole doit restée a la demande et informelle.

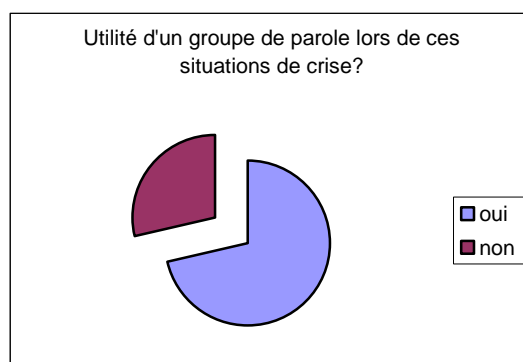
IDE1 : cela pourrait être intéressant en effet surtout si le soignant a eu du mal a géré la situation. Il ne faut pas qu'il soit obligatoire par contre.

IDE2 : oui je pense que ce serait très utile. Bien sur, ces groupes ne devraient pas être obligatoire car la parole pourrait se trouvée bloquée. Je ressens ce besoin d'en parler et le domicile n'est pas le lieu idéal pour le faire. Ces pertes d'enfants a la naissance et la difficulté a accompagné ces mère me reviennent souvent en mémoire et j'éprouve parfois de l'appréhension devant des situations d'accouchements délicats. Il est difficile de vraiment parlé aux collègues, on survole souvent le sujet, ce qui n'aide personne je pense.

IDE3 : je pense que c'est primordial pour l'équipe. Ils sont très utiles dans notre service, ce qu'on ne se rend pas compte avant de les avoir... ces échanges aident vraiment à se comprendre et à passer a autre chose. La crise passe plus vite et mieux.

SF1 : oui ils sont très utiles pour le moral de l'équipe, la cohésion et ils permettent a chacun de mieux gérer l'accompagnement de ces femmes. J'ai 25 ans d'expériences, les plus jeunes en profite surement plus mais je commence a vraiment apprécier ses groupes durant certains épisodes difficiles.

SF2 : dans notre service nous faisons des réunions mais nous n'arrivons pas forcément à dire ce que l'on souhaite et la conversation s'égare souvent. Il manque cet animateur présent dans les groupes de parole c'est vrai.



Les groupes de parole sont en général qualifiés d'utiles, la volonté d'échange au sein du service est alors exprimée.

7. Question numéro 7

J'ai posé l'hypothèse que : « la mise en place d'un groupe de parole au sein d'un service permet au personnel infirmier de mieux gérer ses émotions face a la mort et ainsi de développer une attitude relationnelle adéquate pour l'accompagnement des mères endeuillées face a cette situation de crise. ». Qu'en pensez-vous ?

C1 : non ce ne serait pas la bonne solution, s'il en fallait une réellement...un groupe de parole ne peut être mis en place pour si peu de situations rencontrées. Les infirmières arrivent très bien à gérer ces situations. Je pense que votre problématique est basée sur un faux problème.

C2 : votre hypothèse me paraîtra plus pertinente si les groupes de parole étaient des temps de parole à la demande.

IDE1 : je pense qu'un groupe de parole libre peut être très bénéfique, surtout pour les jeunes ayant peu d'expérience. Ou je dirai même, lorsqu'on vient d'être mère par exemple, où la situation est très difficile même avec de l'expérience.

IDE2 : il existera toujours chez chaque infirmière une attitude relationnelle, mais est elle adéquate ? Je pense votre hypothèse très utopique dans nos services ou la mise en place d'un groupe de parole s'heurterai à de nombreux problèmes. Pourtant je suis convaincue que ce ne serai que positif lors de telles situations.

IDE3 : exactement.

SF1 : oui ces groupes sont très utiles. Même si on ne sait pas toujours très bien pourquoi on en a besoin (contre transfert, idées de mort comme vous le citez), ils sont très bénéfiques.

SF2 : j'aimerais que les choses soient vues ainsi.



Mon hypothèse est en générale approuvée par les soignantes, qui la trouve cependant, pour certaines, difficile a mettre en place.

8. Analyse de l'entretien avec la psychologue

M'entretenir avec une psychologue était capitale pour valider ou non mon hypothèse. J'ai d'ailleurs eu beaucoup de mal à trouver une psychologue animant des groupes de parole en maternité... Cela fait 5 ans qu'elle anime ses groupes de parole et leurs bienfaits au sein de l'équipe pluridisciplinaire ne lui fait aucun doute

Le groupe permet, pour elle, au soignant de prendre une distance juste par rapport à ses affects ; de parler pour être au plus près de son contre-transfert, de mettre en place un travail d'équipe de qualité avec une réelle interaction, de réajuster ses réactions par introspection et surtout d'humaniser les soignants dans chacun de leurs soins.

Bien sur, elle m'a souligné le fait qu'un groupe de parole est difficile à mettre en place et à se faire accepter, car il heurte parfois les pratiques hospitalières.

Toujours est-il que son expérience a pu lui montrer toute son utilité au sein de ses services, lors de ces situations dites de crise.

Le groupe de parole est aussi un moyen pour chacun de trouver sa place, sa force et ses faiblesses. Un exemple est né d'un des groupes de parole où la mort pour être mieux accepter a été ritualisé par un geste anodin mais symbolique pour chacun, ouvrir la fenêtre. Geste rituel qui permet de mieux avancer, m'a-t-elle dit.

II/ Analyse globale

Mes entretiens ont tous eu lieu avec des femmes, résultat venant du fait d'une majorité féminine au sein de l'hôpital et surtout au sein des maternités. Les niveaux d'expérience étant très différents, ils me permettront ainsi de les analyser.

Les soignants reconnaissent, en grande majorité, que le fait qu'accompagner ces deuils puisse être perçu comme difficile, comme une situation de crise. On remarque cependant que 43% des soignantes disent ne plus avoir de difficultés, ceci en lien avec leur expérience. J'ai pu remarquer, réciproquement, que les soignants ayant le moins d'expérience étaient ceux qui ressentaient le plus de difficultés.

On peut alors se demander si la pratique du métier d'infirmier joue un rôle important dans la gestion de ses émotions en situation de crise ou si l'expérience anesthésie les sentiments ?

La seule infirmière ayant de l'expérience qui dit ressentir des difficultés est aussi celle qui dispose d'un groupe de parole dans son service. Ce qui amène encore à se poser la question précédente.

J'ai été confrontée également à un déni total de cette situation, estimée comme trop rare pour être prise en compte par la cadre du service. Ce déni m'a d'abord remise en question par rapport à mon hypothèse, intervenant comme mon 1^{er} entretien, pour ensuite solidifier mon sujet et lui donner encore plus de sens.

Il existe de nombreux moyens dans les services pour faciliter cet accompagnement, ce qui reflète le fait qu'il puisse être ardu. Ces moyens sont en grande partie pour faciliter le deuil aux parents : ne pas leur poser plusieurs fois des questions délicates grâce à des feuilles de suivi spécialisées, les informer par des livrets, assurer leur prise en charge globale, les accompagner du mieux possible grâce à des « conduite à tenir »... Ne pas être dans l'inconnu facilite la gestion des émotions, tous ces outils d'accompagnements aux parents aident donc le soignant à mieux accompagner. Cependant, mise à part les formations, reconnues par le personnel comme très bénéfiques, il existe peu de moyens aidant le personnel à affronter cette crise, peu de moyens reconnaissant la difficulté personnelle que ces situations peuvent engendrer chez chacun. Une infirmière a cité « le soutien des collègues » soulignant ainsi la recherche d'aide à l'accompagnement. J'ai rencontrée un seul service prenant en compte cet aspect du soignant et ayant mis en place des groupes de parole. Ces groupes de parole étant alors cités ici comme moyens facilitant pour les deux soignantes concernées.

La question suivante reflète mon commentaire puisque 43% des soignantes sont en demande de temps de parole autour de ces situations par le biais de réunions, de temps ou encore de référents... sachant que 28.5% disposent et se rendent déjà dans ces « temps de parole » au sein de leur service.

Soient 71.5% en demande d'écoute.

Il n'y a donc qu'un seul service où se déroulent des groupes de parole pour gérer ces situations de crise. J'ai pu, par le biais de mon cadre conceptuel, affirmer le fait que ces temps de parole cités par les deux soignantes étaient bien des groupes de parole : présence d'un animateur, pas d'obligation de présence, programmé... Il est à souligné ici le fait que j'ai d'abord recherché une maternité où étaient mis en place des groupes de parole avant de mener des entretiens, ceci pour alimenter mon travail de recherche. Ces groupes présents en maternité sont rares et il était alors utile de comparer avec toutes les autres maternités dépourvues de groupe de parole.

Quant à l'utilité de ceux-ci, elle a été reconnue à 71%. J'ai déjà pu remarquer une méconnaissance de ce qu'est réellement un groupe de parole, les soignants soulignant le fait qu'il ne devait pas être obligatoire ou encore qu'il serait une contrainte. Il n'existe rien à ma connaissance dans les programmes officiels des IFSI sur les groupes de parole. Il est alors intéressant de se poser la question : comment vouloir et accepter ceux-ci s'ils sont méconnus du personnel ?

Ce temps de parole serait donc apparemment apprécié par les soignants de part cet aspect non obligatoire et devant la difficulté de cet accompagnement. Les jeunes diplômées sont les plus en demande, et se sont montrées les plus intéressées face à ma question. Quant à celles qui souhaitaient la présence de ces groupes, elles en soulignaient surtout l'importance pour les jeunes diplômées. Il serait alors utile de se demander, une fois encore, si le manque d'expérience accroît la difficulté de ces situations ou si, au contraire, il ne masque pas le déni des soignants face à une crise. Cette crise, les soignants ont beaucoup de mal à la reconnaître pour eux-mêmes, j'en reviens à mon cadre conceptuel et le « masque professionnel » du soignant. Je citerai mon entretien n°4 : « Il n'est pas normal d'avoir de l'appréhension à parler à ces femmes, mais c'est compréhensible et surtout humain. ». De la même manière, on peut s'interroger sur la différence de formation au sein des IFSI durant ces dernières années. Est-on formé de la même manière maintenant, sommes-nous plus incités à faciliter la parole et l'échange, ou sommes-nous moins bien préparés à ce genre de situations ?

Il est étonnant de remarquer que les soignants ne reconnaissant pas l'importance des groupes de parole sont les deux cadres interrogés. Ainsi, ces cadres se représentent-elles bien le ressenti de leur équipe, sont-elles aussi dans un déni ou face au déni de leur équipe ?

Il est important de revenir sur l'aspect trop institutionnalisé des groupes de parole souligné par l'une d'entre elles. Il me paraît très juste de dire qu'un soignant n'aura pas forcément envie de parler au moment même de ce groupe mais plus tard par exemple. Or, encourage-t-on alors à faire circuler cette parole au moment voulu ? Ainsi, une soignante révélait que lors de leurs réunions la parole s'égarait souvent et que finalement aucun ressenti n'était vraiment exprimé.

La présence d'un psychologue paraît important pour tous, aussi bien pour les parents que pour les soignants... ce psychologue se veut neutre et présent au besoin. Au sein de notre IFSI nous sommes accueillis au retour de stage par un psychologue pour libérer la parole. L'obligation de présence n'en fait pas un groupe de parole, or au fur et à mesure du temps la parole s'est libérée et chacun y trouve son bénéfice même si ce n'est pas forcément reconnu. Pourquoi après 1 mois de stage pense-t-on que nous nécessitons ce temps d'échange et pas pour toute une vie de travail en milieu hospitalier ?

La psychologue interrogée en entretien libre m'a reflétée tout le bien être au sein du service que procure ces groupe de parole. Son objectivité peut paraître limitée puisqu'elle est au centre de ce mécanisme mais pourtant placée en animatrice elle reconnaît aussi la difficulté de certains groupes à commencer. Notre entretien a aussi souligné la difficulté de ce groupe à s'imposer dans le silence de l'hôpital. Comme le disait mon entretien : « ils sont très utiles dans notre service, ce qu'on ne se rend pas compte avant de les avoir.. ».

J'ai souhaité présenter mon hypothèse durant mes entretiens pour recueillir leurs réactions.

Mon premier entretien m'a resitué dans mon « faux problème », pourtant si vrai et si réel d'après mes recherches et mon expérience de stage. Il apparaît comme le seul entretien ne souhaitant pas de temps de parole.

Il est vrai qu'ensuite, chacune s'est sentie visée par cette hypothèse, comme si j'allais la proposer a leurs supérieurs. Ainsi la parole se déliant, les groupes de parole sont apparus comme utopiques, ou préférés en tant que temps de parole. La plupart étaient en accord avec mon hypothèse, 71%, mais la mise en place des groupes de parole paraissait difficile pour toutes au sein de leur service. D'où vient ce blocage de l'échange ?

CONCLUSION

Le métier d'infirmière est un métier de soins techniques mais avant tout, je pense, un métier de soins relationnels. Le soin technique apparaît souvent comme un vecteur à cette relation. Ce métier demande une implication personnelle importante puisqu' il existera forcément des répercussions sur le soignant. Dans la limite de ses répercussions il me paraissait important d'accompagner le personnel.

La mort en maternité est et restera un évènement violent, une situation de crise. Cette souffrance possible du soignant ne me semble pas vraiment prise en considération aujourd'hui. Pourtant c'est un métier qui demande une qualité essentielle : être humain. Cette humanité n'est pas reconnue car on assiste souvent à un déni des difficultés personnelles.

Ce travail de recherche, m'a démontré qu'accompagner le deuil est un soin difficile qui fait appel à de nombreuses capacités personnelles et à un travail sur soi important.

L'expérience aide sûrement à affronter ces situations de crise plus sereinement, mais au-delà de l'expérience il m'est apparu important de souligner la demande de formation et de parole.

En effet favoriser la verbalisation de ces situations est apparu comme très important.

Ainsi l'accompagnement du soignant serait primordial mais peu présent. La parole, au sein de groupes de parole, d'entretiens avec des psychologues est un moment d'échange et de communication bénéfique. Les émotions face à la mort et le deuil sont propres à chacun et importantes à exprimer.

Au-delà de ces groupes, la formation est essentielle et heureusement de plus en plus développer.

Cette recherche permet une approche pour un meilleur accompagnement dans ce monde qui est le notre. Ainsi j'ai pu remarquer lors d'autres stages en Inde et en Afrique que les deuils d'enfant décédés à la naissance engendraient une prise en charge différentes puisque ces situations reflétaient une certaine fatalité, loin du tabou de la mort occidental. La mort comme une étape de la vie simplement. Ce qui souligne la différence de cheminement de chacun et l'individualisation importante des accompagnements.

Ce travail de fin d'étude m'a permis un enrichissement important et m'a conduit à une meilleure compréhension des émotions engendrées par la mort et le deuil. Être soignant est une évolution de chaque jour, qui j'espère sera de mieux en mieux accompagnée pour permettre à chacun l'expression de ses maux.