

h e d s

Haute école de santé
Genève

Anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique et vécu parental après une mort in utéro : impact de l'accompagnement et des modalités de rencontre entre le couple et son enfant mort-né

Mémoire de Fin d'Etudes
Travail de Bachelor

RACAUD Marie

Numéro de matricule : 4070011007

SNIDER Laura

Numéro de matricule : 4070016603

ZBINDEN Laura

Numéro de matricule : 4070016610

Directrice de mémoire : Chantal Razurel, professeur HES

Genève, septembre 2015

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques ».

Le 2 août 2015

Marie Racaud, Laura Snider, Laura Zbinden

REMERCIEMENTS

Nous remercions notre directrice de mémoire Chantal Razurel pour son encadrement.

Nous remercions Amy Leather d'avoir accepté de nous accompagner en tant qu'experte de terrain et d'avoir partagé avec nous son expérience.

Nous remercions les correctrices et les correcteurs de notre travail d'avoir pris le temps de nous relire.

Nous remercions de tout cœur nos familles et nos amis pour leur soutien et leur encouragement tout au long de notre formation.

Nous remercions chaleureusement Alexandre, Lorenzo et Sébastien pour leur présence, leur patience et leur persévérance.

« La mort des parents, c'est la perte du passé ;
La mort d'un enfant, c'est la perte de l'avenir »

(Proverbe chinois)

ABSTRACT

Objectif : Évaluer les impacts de l'accompagnement et des modalités de rencontre entre le couple et son enfant mort-né sur l'anxiété, la dépression, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et le vécu parental.

Méthode : Revue de la littérature basée sur l'analyse descriptive et critique de quatre articles quantitatifs et d'un article qualitatif.

Résultats : Voir, porter et passer suffisamment de temps avec son enfant semblent avoir un effet bénéfique sur la santé psychique maternelle. Cependant, lors d'une grossesse ultérieure ainsi qu'à une année post-partum de la grossesse suivante, les effets positifs d'avoir vu et/ou porté son enfant peuvent s'inverser et amener à de moins bons résultats sur la santé psychique des mères. De plus, le vécu de la rencontre peut être influencé par l'aspect physique de l'enfant. En effet, des malformations et des dommages corporels peuvent rendre plus difficile le vécu de la mère lors de la rencontre avec l'enfant. Certaines variables semblent être également corrélées à plus de problèmes de santé psychique tels qu'un antécédent d'interruption de grossesse, la multiparité ainsi qu'un intervalle de temps important avant une nouvelle grossesse. De manière générale, la complexité de la mortinaissance rend l'impact de variables isolées difficile à évaluer. Ces résultats sont donc à considérer avec précaution.

Conclusion : Un modèle unique d'accompagnement des couples n'existe pas. En tant que soignants, il est important de soutenir les parents dans un choix éclairé et de les accompagner selon leurs besoins et leurs demandes.

Mots-clés : Mortinaissance, santé psychique, rôle professionnel, sage-femme, accompagnement.

Background : Assessing the impact that nursing care and meeting procedures for the parents and their dead infant can have on depression, anxiety, PTSD and parental experience.

Methods : Literature review based on descriptive and critical analysis of four quantitative studies and one qualitative study.

Results : Seeing and holding the stillborn child as well as spending enough time with him seems to have a positive impact on mothers' psychological health. Nevertheless, the effect may be reversed during a subsequent pregnancy and one year after the subsequent birth. The way a mother will experience the meeting with her baby may be influenced by his physical appearance. Actual damages and deterioration of the baby's body may lead to a more difficult experience.

Some other variables seem to be linked with bad psychological outcomes such as previous abortion, multiparity or a too long time-slot before a subsequent pregnancy.

Broadly speaking, the complexity of stillbirth makes it difficult to evaluate the impact of single variables. Consequently, the results should be considered with caution.

Conclusion : An ideal nursing care of the parents does not exist. As professionals, it seems to be important to support and lead them to choices based on clear and reliable information and to adapt our cares to their needs and personal requirements.

Key words : Stillbirth, psychological health, professional role, midwife, professional care.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
ABSTRACT	5
ABREVIATIONS.....	9
I. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL.....	10
II. CADRE DE REFERENCE	13
1. La mortinaissance	13
1.1 Définition.....	13
1.2 Prévalence.....	13
1.2.1 Statistiques mondiales	13
1.2.2 Statistiques suisses	14
1.2.3 Les étiologies.....	14
1.3 La perte	15
1.3.1 Le deuil	15
1.3.2 Les étapes du deuil.....	15
1.3.3 Le deuil périnatal.....	15
1.3.3.1 Définition.....	15
1.3.3.2 La complexité du deuil	15
1.4 Le vécu du couple.....	16
1.5 Les répercussions.....	16
1.5.1 A court terme	16
1.5.2 A long terme	17
2. La santé psychique.....	18
2.1 Les troubles anxieux et le syndrome de stress post-traumatique	18
2.2 Les troubles dépressifs	18
2.3 Le deuil pathologique.....	19
2.4 Les échelles.....	19
3. L'accompagnement	20
3. 1 L'historique de la prise en charge	20
3.1.1 Première moitié du 20e siècle	20
3.1.2 Deuxième moitié du 20e siècle	20
3.1.3 De nos jours.....	20
3.2 L'accompagnement des professionnels	21
3.3 L'accompagnement du deuil	21
3. 4 Le soutien social	22
3.4.1 Définition.....	22
3.4.2 Les types de soutien	22
3.4.3 L'impact du soutien social	22
3.4.4 Le soutien du père, soutien de la famille	23

3.4.5 Le soutien des professionnels.....	23
4. Question de recherche	23
III. DIMENSION ETHIQUE	25
IV. MÉTHODOLOGIE.....	27
V. TABLEAU RECAPITULATIF DES ETUDES.....	30
VI. ANALYSE DESCRIPTIVE	32
Étude 1.....	32
Étude 2.....	34
Étude 3.....	35
Étude 4.....	36
Étude 5.....	38
VII. ANALYSE CRITIQUE DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	41
1. Le contact visuel.....	41
2. Le contact tactile.....	42
3. Le temps passé avec l'enfant	44
4. L'accompagnement	44
5. Les variables démographiques et les facteurs de risque.....	45
VIII. DISCUSSION.....	48
1. Le contact visuel.....	48
2. Le contact tactile.....	49
3. Le temps passé avec l'enfant	49
4. L'accompagnement	50
5. Les variables démographiques et les facteurs de risque.....	50
6. Le père, le couple, la famille	51
FORCES ET LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE	52
1. Les limites et faiblesses.....	52
2. Les forces.....	54
IX. RETOUR DANS LA PRATIQUE.....	55
1. Préparer la rencontre avec l'enfant.....	55
2. Prise en soin de la mortinaissance	56
3. Prise en soin au post-partum	57
4. Grossesse ultérieure.....	58
5. Professionnels	59
X. CONCLUSION	60
XI. BIBLIOGRAPHIE	62
XII. ANNEXES.....	74

ABREVIATIONS

BDI : Beck Depression Inventory

CES-D : Center for Epidemiological Studies Depression Scale

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HONselect : Health On The Net Foundation selection

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

IC : Intervalle de Confiance

IES : Impact of Event Scale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MeSH : Medical Subject Headings

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OFS : Office Fédéral de la Statistique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

p : valeur p / p value

SA : Semaines d'Aménorrhées

SSA : Spielberger State Anxiety Scale

SSPT : Syndrôme de Stress Post-Traumatique

I. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

La naissance d'un enfant vivant s'inscrit dans la société comme un événement heureux. « Et, soudain, dans ce contexte de transmission de la vie, la mort surgit » (Métrailler, 2006). La société actuelle prime la réussite, le progrès et le bien-être. Il y a donc une tendance à rejeter la mort, d'une part, en banalisant la terminologie et les images relatives à la mort et, d'une autre part en essayant de la maîtriser grâce aux progrès de la médecine et de la médicalisation (Bacqué, 2012, p. 8). Dans ce contexte culturel, qu'en est-il alors de la mort périnatale?

En 1990, DeFrain désigne la mortinaissance sous le nom de « mort invisible ». Malgré l'avancée de la recherche thanatologique, la mortinaissance reste l'une des pertes les plus marginalisées et les plus incomprises (Cacciatore, 2013, traduction libre).

De plus:

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. À la mort de leur bébé, les parents perdent tout un avenir. (Ryan, 1997)

Pour mieux comprendre l'ampleur de cet évènement, il est important de souligner que la mortinaissance touche une partie non négligeable de la population. En effet, dans le monde, plus de 7300 mortinaissances ont lieu chaque jour (Froen, Cacciatore, McClure, Kuti, Jokhio, Islam & Shiffman, 2011). En Europe, à l'heure actuelle, les décès périnataux représentent 6.3 naissances sur 1000 malgré la forte diminution de ces dernières décennies (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2011). En 2014, l'Office Fédérale de la Statistique (OFS) dénombre 368 mortinaissances (0.43 %) pour 85 287 naissances vivantes, en Suisse. La mortinaissance fait donc partie intégrante de la société et de la réalité obstétricale suisse.

Comme toute perte, les conséquences de la mortinaissance touchent plusieurs aspects de l'être humain tels que l'émotionnel, le cognitif, le psychologique, le social et le spirituel (Engelhard, Van den Hout & Schouten, 2006).

De plus, le traumatisme qu'est la mortinaissance peut avoir des répercussions persistantes à long terme. 1/5 des mères souffre de dépression prolongée (Forrest, Standish & Baum, 1982) et 1/5 des femmes développera un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) durant la grossesse suivante (Turton, Hughes, Evans & Fainman, 2001). D'autres retentissements sur la santé psychologique des parents ont été mis en évidence dans

plusieurs recherches tels que l'apparition de troubles obsessionnels compulsifs, de conflits conjugaux, de consommation de drogues ainsi que l'apparition de sentiments de culpabilité et de honte (Barr & Cacciatore, 2008; Cacciatore, Rådestad & Froen, 2008; DeFrain & al., 1990; Vance & al., 2002).

Par conséquent, les parents peuvent se sentir socialement isolés et avoir un soutien social particulièrement absent (Cacciatore, 2013). Or, le soutien social a un rôle prépondérant sur le bien-être psychique de l'individu (Dennis & Creedy, 2004; Liabsuetrakul, Vittayanont & Pitanupong, 2007; Xie, He, Koszycki, Walker & Wen, 2009).

Durant ce moment difficile qu'est la mortinaissance, où l'ordre logique de la nature est bouleversé, l'accompagnement de la sage-femme influence le vécu des parents. En effet, selon Métrailler (2006) :

Les attitudes et les comportements des professionnels se gravent dans les esprits et sont soit source de réconfort soit source de souffrance supplémentaire. Être à l'écoute, reconnaître les émotions et accueillir la souffrance sans vouloir la verbaliser à tout prix à sa manière, tel est le rôle que les parents attendent d'un soignant.

Une incompréhension du personnel soignant envers les femmes vivant un décès périnatal peut engendrer un stress supplémentaire et entraver le processus de deuil. Au contraire, un accompagnement adapté peut améliorer le vécu de l'accouchement ainsi que du post-partum. « En d'autres termes, un accompagnement professionnel est un outil de prévention » (Métrailler, 2006).

De plus, en tant que professionnel de la santé, le rôle d'accompagnant est dominant. La prise en soin actuelle est basée sur le paradigme humaniste. Selon Davis-Floyd (2014), ce modèle bio-psycho-social envisage que les soins soient personnalisés et basés sur l'interaction. Être auprès de la femme, du couple, de la famille est primordial tant dans les situations physiologiques que pathologiques. Mais comment maîtriser à la fois ses émotions et garder sa place de professionnel dans une situation aussi complexe ?

Dès nos premiers stages, nous avons été confrontées à la mortinaissance. Nous avons remarqué que lorsqu'une situation de deuil périnatal se présente, une sensation de malaise est perceptible au sein de l'équipe. Certains soignants se trouvent parfois démunis face à un décès. D'autres le prennent en charge avec plus d'aisance.

Une mortinaissance demeure une situation complexe à gérer. Il est donc essentiel d'avoir des clés afin d'améliorer la pratique soignante dans le but de favoriser un accompagnement

adéquat auprès du couple et de sa famille et ainsi prévenir les répercussions négatives sur la santé psychique des parents à court, moyen et long terme.

II. CADRE DE REFERENCE

1. La mortinaissance

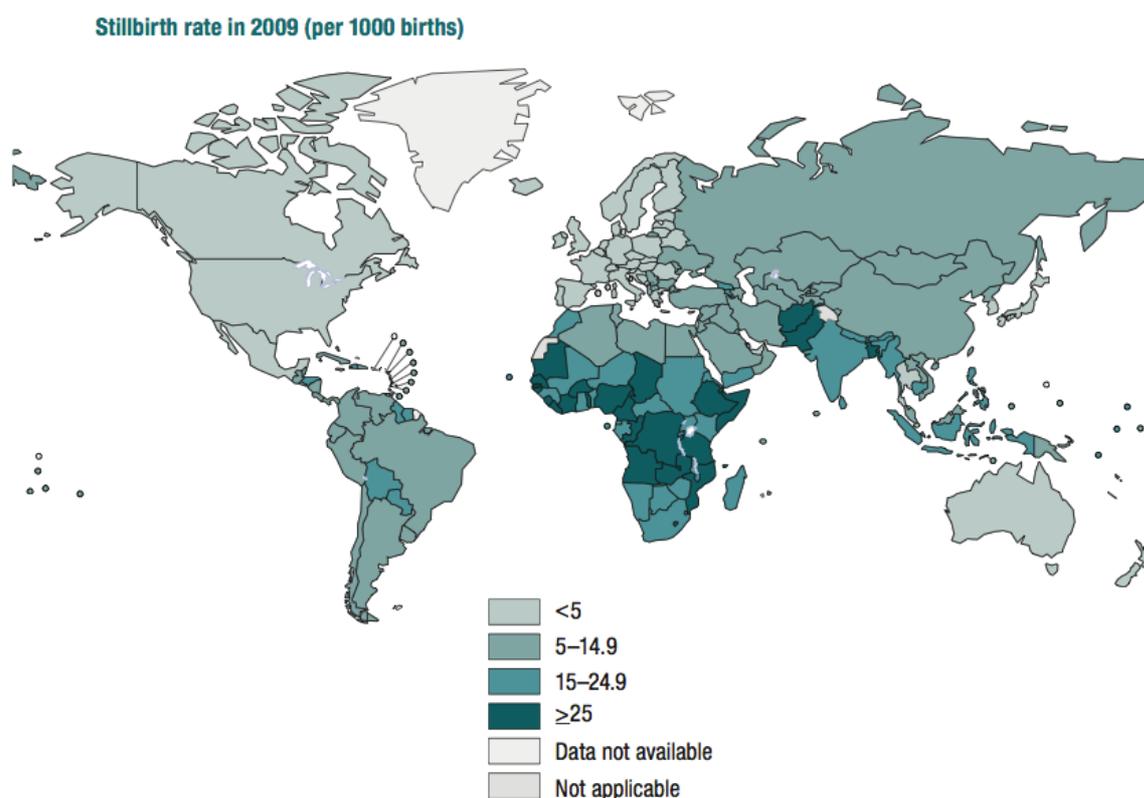
1.1 Définition

Dans la littérature, la définition de la mortinaissance diverge selon les auteurs. La limite de viabilité, qui différencie une fausse couche d'une mort in utéro, n'est pas précise. Elle varie généralement entre 20 et 24 semaines d'aménorrhées (SA) dans les pays occidentaux (Williams Obstetrics, 2009, p. 1269). L'OMS, quant à elle, considère une mortinaissance à partir de 28 SA. En effet, les limites de viabilité peuvent être plus élevées dans les pays en voie de développement de par un manque de moyens.

En Suisse, selon l'article 9 de l'ordonnance sur l'état civil du 28 avril 2004, « un enfant est désigné en tant que mort-né s'il ne manifeste aucun signe de vie à la naissance et si son poids est d'au moins 500 grammes ou si la gestation a duré au moins 22 semaines entières ».

1.2 Prévalence

1.2.1 Statistiques mondiales



Taux de mortinaissance pour 1000 naissances en 2009 (OMS, 2009)

Selon l'OMS (2009), le taux de mortinatalité dans le monde a diminué de 14 % entre 1995 et 2009. Cependant, la baisse du taux de mortinatalité est moindre dans les pays en voie de développement contrairement aux pays occidentaux. En Europe, en 2009, il y a eu 67 910 mortinaissances ce qui correspond à un taux de 6.3 pour 1000 naissances (OMS, 2009).

1.2.2 Statistiques suisses

	2010	2011	2012	2013	2014
Total des naissances vivantes	80 290	80 808	82 164	82 731	85 287
Total des mortinaissances	346	349	350	402	368
Taux sur 1000 naissances	4.3	4.3	4.3	4.8	4.3

Taux de naissances et de mortinaissances (OFS, 2014)

1.2.3 Les étiologies

La cause d'une mortinaissance « n'est clairement déterminée que dans 40 % des cas » (Williams Obstetrics, 2009, p. 1269) :

Les causes maternelles	Les causes placentaires	Les causes fœtales
<ul style="list-style-type: none"> • Hypertension • Diabète • Hyperthyroïdie • Traumatismes physiques • Abus de substances • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Décollement placentaire • Infarctus du placenta • Accident du cordon • Syndrome du transfuseur/transfusé • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Malformations • Infections • ...

1.3 La perte

1.3.1 Le deuil

Le deuil est « l'affliction, la douleur que cause la mort d'une personne chère, d'un parent proche » (Académie Française, 1986).

1.3.2 Les étapes du deuil

Selon les théories issues du modèle de Kubler-Ross (1969), très répandues dans le monde de la santé, le deuil se fait en 5 étapes:

- Le *choc* : débute au moment de l'annonce de la perte.
- Le *déni* : mécanisme de protection d'une réalité trop dure, tentative d'éviter la prise de conscience de la perte.
- La *colère* : conscientisation de la perte amenant des sentiments de révolte, de culpabilité et d'injustice.
- La *dépression* : étape centrale du deuil, expression des émotions et des pleurs.
- L'*acceptation* : intégration et acceptation de la perte permettant la reprise des activités de la vie quotidienne.

1.3.3 Le deuil périnatal

1.3.3.1 Définition

Le deuil périnatal est le processus faisant suite à une mort périnatale. D'après l'OMS (2014), la mort périnatale survient en cours de grossesse, à la naissance ou durant les 7 premiers jours de vie du nouveau-né.

1.3.3.2 La complexité du deuil

« La particularité du deuil périnatal réside dans le fait que la mort intervient à un instant qui était destiné à l'arrivée de la vie » (Weber, Girard, Canuto, Torna, Bonnet, & Epiney, 2014).

Il est de croyance populaire que les parents ayant vécu une mortinaissance traversent un processus de deuil plus rapide et moins pathologique que ceux confrontés à un décès néonatal ou infantile. Or, les recherches menées sur cette conviction la réfutent totalement, notamment l'étude de L. Huang, Sauve, Birkett, Fergusson et Van Walraven, (2008) indiquant qu'une perte subie à n'importe quel moment de la grossesse peut être aussi intense qu'une perte d'un être cher ayant vécu. De même, en 2004, la société canadienne de pédiatrie publie également sur le deuil périnatal, ainsi :

La perte d'un enfant est une variable à haut risque qui favorise l'apparition d'un chagrin complexe. Il est documenté que, par rapport aux autres types de deuil, le

chagrin parental est particulièrement intense, complexe et persistant Tous les parents endeuillés partagent bien des sentiments similaires, que l'enfant ait 2 jours, 2 ans ou 22 ans.

Une étude de Bennett, Litz, Lee et Maguen (2005) expose la complexité de cette perte par cinq concepts:

- « L'imprévisibilité » du décès, car « aucun parent n'est préparé à perdre un enfant avant ou après sa naissance ».
- « Le lien affectif avec le bébé » qui s'établit bien avant la naissance de l'enfant pour la majorité des parents.
- « Les pertes multiples » telles que la « perte du statut lié à la maternité », du « rôle parental » ou encore la « perte des projets et d'un avenir ».
- « L'absence de souvenirs concrets » pouvant rendre la perte irréaliste et « être donc plus difficile à surmonter pour les parents ».
- « Le manque de reconnaissance sociale » après la perte de l'enfant. Le couple peut avoir « l'impression qu'il n'y a aucune trace de leur bébé » pour leurs propres souvenirs et ceux de leur entourage.

1.4 Le vécu du couple

Si la naissance d'un enfant est une expérience bouleversante entraînant des modifications intenses (Razurel, Desmet & Sellenet, 2011), qu'en est-il de la naissance d'un enfant mort-né ? Dans la littérature, la perte d'un être cher est vécue comme l'événement de vie le plus stressant et son impact psychologique est particulièrement marqué (Gouy-Masure, 2012). Cette douloureuse épreuve qu'est la mortinaissance combine alors ces deux événements stressants, la naissance et la perte.

Plusieurs études démontrent que les événements entourant une mortinaissance peuvent influencer le processus de deuil chez la mère (Fox, Porter & Gil, 1997; Rådestad, Nordin, Steineck & Sjogren, 1996). Les répercussions sont multifactorielles ayant un impact tant au niveau psychologique, émotionnel, spirituel, physiologique que social (Bar & Cacciatore, 2007; Kersting, Kroker, Schlicht, Baust & Wagner, 2006; Turton, Badenhorst & Pawlby, 2009).

1.5 Les répercussions

1.5.1 A court terme

De retour à domicile, le couple est confronté au matériel de puériculture (chambre, vêtements, couches, peluches, etc.). Le corps de la mère subit également les changements

physiologiques du post-partum, mais l'enfant n'est pas là. Ces facteurs peuvent être déstabilisants pour les mères et les pères endeuillés (Erlandsson et al., 2013).

Plusieurs études démontrent une incidence supérieure d'anxiété, de dépression et de SSPT chez les personnes ayant vécu une mortinaissance par rapport à celles ne l'ayant pas vécue (Rådestad et al., 1996; Turton et al., 2009). L'état psychologique des mères, la douleur physique ressentie ainsi que le fait d'accoucher d'un enfant mort-né augmentent le risque d'un vécu traumatique de l'accouchement et, par la suite de développer un SSPT (Erlandsson, Warland, Cacciatore & Rådestad, 2013).

1.5.2 A long terme

Une étude de Rådestad et al. (1996) relève que, trois ans après la mortinaissance, les mères endeuillées sont deux fois plus susceptibles de présenter des symptômes anxieux par rapport aux mères ayant donné naissance à un enfant vivant. De plus, la pression sociale à oublier, la pression familiale de passer à autre chose et le fait d'avoir un autre enfant renforcent la solitude des mères dans leur deuil (Cacciatore, 2010).

L'expérience de la mortinaissance pourrait aussi avoir un risque sur la santé des parents endeuillés. En effet, des recherches ont démontré que vivre un deuil périnatal augmente le taux de morts prématurées des parents et cela jusqu'à 25 ans après l'évènement (Calderon-Margalit, Friedlander & Yanetz, 2007; Harper, O'Connor & O'Carroll, 2011). D'autres études associent l'expérience d'une mortinaissance à la dépression, l'anxiété, la culpabilité, la honte, l'abus de substances, aux idées suicidaires, aux troubles obsessionnels compulsifs, aux conflits conjugaux et au SSPT et ce durant plusieurs années, faisant suite au décès (Barr et al., 2008; Condon, 1986; DeFrain, Martens, Stork & Stork, 1990; Hughes, Turton & Hopper, 2001; Hutti, 2005; Lovell, 1983; Vance, Boyle, Najman & Thearle, 2002).

De plus, la mort d'un nouveau-né est une crise à traverser pour les couples. En effet, ces derniers peuvent ne pas vivre les différentes étapes du deuil au même rythme ou avec la même intensité (Agence de la Santé Publique du Canada, 2000). Ainsi, selon Shreffler, Hill & Cacciatore (2012), les couples confrontés à une mortinaissance seraient plus à risque de se séparer. Les mères percevant une discordance dans la douleur sont réticentes à se dévoiler à leur partenaire, augmentant ainsi leurs sensations d'isolement (Cacciatore, 2012).

Néanmoins, pour les parents qui trouvent leur partenaire aussi engagé et touché par la mortinaissance, cela pourrait renforcer leur union (Hutti, 2005). Le décès d'un bébé peut également toucher l'intimité sexuelle des couples. Ces derniers peuvent éprouver moins de

désir ou même craindre une autre grossesse et ainsi, la possibilité de perdre un autre enfant (Swanson & al., 2003).

Une grossesse qui suit une mortinaissance peut aussi être altérée. Plusieurs conséquences peuvent en découler telles qu'une mauvaise compliance au suivi de grossesse, du stress, une consommation de substances ou encore un suicide (Surkan, Rådestad, Cnattingius, Steineck & Dickman, 2008).

La littérature décrit aussi des problèmes d'attachement mère-enfant pour les grossesses ultérieures. La réaction au deuil des parents peut passer d'un surinvestissement à une disponibilité moindre dans la relation avec leurs enfants (Société Canadienne de Pédiatrie, 2001).

2. La santé psychique

2.1 Les troubles anxieux et le syndrome de stress post-traumatique

Les troubles anxieux sont caractérisés par la peur, l'anxiété excessive et les troubles du comportement. La peur est une réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue et l'anxiété, une anticipation à une menace future (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM], 2013, traduction libre, p.189).

Durant le post-partum, 10 à 16 % des femmes souffrent de troubles anxieux. Parmi ces 10 à 16 %, 2 à 4 % sont reliés à une pathologie dépressive (Dayan, 2005).

Le SSPT fait partie des troubles anxieux. Ce phénomène apparaît après quelques semaines voire plusieurs mois chez une personne témoin ou ayant vécu une expérience traumatique majeure (accident grave, séisme, attaque terroriste, perte brutale d'une personne proche, etc). La personne concernée sera prise d'un sentiment de peur intense, de terreur ou d'impuissance (Société Suisse de Thérapie Comportementale et Cognitive, 2015).

A 6 semaines post-partum, 1.5 à 5.6 % des femmes présentent un SSPT (Kaiser, 2015).

2.2 Les troubles dépressifs

La dépression se définit comme une maladie grave affectant le ressenti ainsi que la manière de penser et d'agir. Les troubles dépressifs incluent entre autre les troubles dépressifs persistants et les troubles dépressifs majeurs (DSM, 2013, traduction libre, p.155).

La prévalence de la dépression au post-partum chez les femmes est de 13 % (O'Hara & Swain, 1996).

2.3 Le deuil pathologique

Le deuil pathologique est l'apparition de troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles de la personnalité) pendant le processus de deuil physiologique. Son diagnostic est complexe en raison de la similitude entre les manifestations cliniques du deuil physiologique et du deuil pathologique (Hardy, 2006).

2.4 Les échelles

Plusieurs types d'échelles sont utilisés pour évaluer la sévérité ou le risque d'être atteint de ces troubles psychiques. Ci-dessous, une liste des échelles utilisées dans les articles sélectionnés pour la revue de littérature :

- **BDI** (Beck Depression Inventory)
Ce questionnaire à choix multiples a été réalisé afin de mesurer la sévérité de la dépression clinique à 12 mois post-partum. Il est composé de 21 questions (Hughes, Turton & Hopper, 2002).
- **CES-D** (Center for Epidemiological Studies Depression Scale)
Cette échelle recherche les symptômes les plus fréquents lors d'une dépression. Elle contient 20 questions (Surkan, Rådestad, Cnattingius, Steineck & Dickman, 2007).
- **EPDS** (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
C'est un questionnaire évaluant l'état dépressif post-natal d'une personne. Ce dernier a aussi été validé pour la période de la grossesse. Cette échelle est composée de 10 items. Les points totaux se comptabilisent entre 0 (pas de symptômes) et 30 (Hughes, Turton & Hopper, 2002).
- **SSA** (Spielberger State Anxiety Scale)
Cette échelle évalue le niveau d'anxiété durant la réalisation du test. Elle se compose de 20 items (Hughes, Turton & Hopper, 2002).
- **IES** (Impact of Event Scale)
Cette échelle permet de mesurer le degré subjectif de détresse psychologique après un événement traumatique et de tenter d'anticiper un SSPT. Elle est constituée de 15 items (Gravensteen, I.K., Helgadottir, L.B., Jacobsen, E.M., Rådestad, I., Sandset, P.M. & Ekeberg, O., 2013).

3. L'accompagnement

3. 1 L'historique de la prise en charge

3.1.1 Première moitié du 20^e siècle

Selon Lasker & Toedter (1994), jusqu'à la moitié du 20^e siècle, les professionnels de la santé prenaient en charge l'organisation et les rituels de la mortinaissance. Les parents n'avaient pas l'opportunité de voir leur enfant dans le but de minimiser les traumatismes psychologiques suite à cet évènement dramatique.

3.1.2 Deuxième moitié du 20^e siècle

Ce n'est que vers les années 1970-1980 que la prise en soin lors d'une mortinaissance commence à changer. En 1978, Lewis est un des premiers à critiquer les pratiques courantes de l'époque. De nombreuses recherches ont alors été réalisées. L'auteur a rapporté dans son étude des récits de mères regrettant de ne pas avoir eu de contact avec leur enfant mort-né. Elles souffraient de pathologies psychologiques sur le long terme ainsi qu'un deuil prolongé. D'autres études ont montré que le contact des parents avec leur enfant mort-né, pouvoir lui dire adieu ou encore le considérer comme un enfant vivant en terme de respect et de tendresse, ont des résultats positifs sur l'expérience des parents, sur la dépression et l'anxiété (Lewis, 1979; Rådestad et al., 1996).

En 1985, le renommé Royal College des Obstétriciens et des Gynécologues a publié les lignes directives pour la prise en soin de la mortinaissance. Ces dernières encouragent les parents à voir/tenir leur enfant mort-né, à effectuer des funérailles et à garder des souvenirs.

Les années qui suivent aboutissent à l'émergence d'un certain nombre d'études dont les résultats démontrent moins de symptômes dépressifs et anxieux ainsi qu'une amélioration du bien-être psychologique des mères lorsqu'un contact a été établi avec leur enfant, appuyant ainsi la recommandation du Royal College (Rådestad & al., 1996; Trulsson & Rådestad, 2004).

3.1.3 De nos jours

En 2002, un groupe de chercheurs effectue une nouvelle recherche dans l'optique d'évaluer l'impact de ces pratiques. A la suite de la publication des résultats s'installe un débat quant à la prise en charge la plus adéquate. Il semblerait que voir et porter l'enfant mort-né soient corrélés à des taux de dépression et d'anxiété plus élevés chez les mères (Hughes et al., 2002). Les résultats de l'étude ainsi que les recommandations des auteurs ont suscité de nombreuses contestations. De cette étude controversée ont découlé diverses recherches

s'intéressant à la prise en charge de la mortinaissance et à son impact sur la santé psychologique de mères (Kavanaugh & Hershberger, 2005; Saflund, Sjögren & Wredling, 2004).

3.2 L'accompagnement des professionnels

Le renommé NICE (National Institute for Health and Care Excellence) recommande de discuter avec la mère, le père et la famille. Leur proposer de faire une photo de l'enfant et de la leur montrer, de porter le bébé ou de garder un souvenir de ce moment doit être facilité par l'accompagnement d'un professionnel ayant de l'expérience dans ce domaine. Un entretien au post-partum doit également leur être proposé. Si l'enfant est décédé in utéro, cette discussion doit avoir lieu avant l'accouchement et continuer au post-partum si nécessaire (NICE, 2014, traduction libre).

Il n'existe, jusqu'à présent en Suisse, pas de guideline unique sur lequel les différents hôpitaux se basent.

3.3 L'accompagnement du deuil

L'accompagnement du deuil s'est développé au fil des années et continue à s'améliorer dans le but de favoriser un suivi adapté aux personnes touchées par la perte (Tournebise, 2011). Cependant « peut-on trouver un modèle de deuil aujourd'hui, un protocole type du travail de deuil normal ? » (Marie-Frédérique Bacqué, 2000, p.120).

Selon Poletti et Dobbs (1993), la relation de soutien envers une personne endeuillée est favorisée par cinq comportements : la présence paisible (accepter le chagrin de l'autre et être présent pour la personne), la capacité d'écoute (écouter et encourager à s'exprimer), la capacité d'offrir une aide pratique (accompagner dans les démarches administratives, aider à l'organisation), l'empathie (se mettre dans la peau de l'autre) ainsi que la patience (respect du rythme de l'autre). Cependant, il est tout de même important de se rappeler que « chaque deuil est unique Chacun va vivre le chemin d'un deuil de manière personnelle, car chaque relation entre le défunt et les divers membres de la famille est vécue d'une manière unique » (Poletti & Dobbs, 2001, p.22). En effet, la durée et l'ordre des phases du deuil peuvent varier.

3. 4 Le soutien social

Le soutien social tient une place fondamentale dans le vécu du deuil. Suite à la mort d'un être cher, l'individu a besoin d'être entouré, informé, ressourcé, encouragé et guidé par des personnes autour de lui (Zech, 2013, p.30).

3.4.1 Définition

Le concept de soutien social est apparu pour la première fois dans les années 1970. Depuis son apparition, il n'y a pas eu de consensus sur sa définition. Toutefois, on trouve une entente sur le fait que le soutien social est un concept multidimensionnel (Beauregard & Dumont, 1996). Plusieurs auteurs soumettent trois catégories afin de décrire ces multiples dimensions. Ainsi, Barrera (1986), Streeter et Franklin (1992), Vaux (1992), Pierce, Sarason et Sarason (1996) distinguent le réseau social (nombre de personnes entourant la personne), le soutien social reçu (soutien effectif) et le soutien perçu (perception subjective du soutien).

3.4.2 Les types de soutien

La classification la plus fréquemment utilisée est celle de House (1981). Il distingue quatre types de soutien : émotionnel (manifestation de confiance, d'empathie, d'amour, de bienveillance), instrumental (prêt d'argent, assistance, transport), informationnel (information, avis, conseils) et d'estime (rassurer la personne sur ces compétences) (Beauregard & Dumont, 1996).

3.4.3 L'impact du soutien social

Le soutien social permet de diminuer le stress perçu ainsi que l'affectivité négative, il augmente les ressources perçues et permet une élaboration des stratégies de coping plus efficaces (Terry, Longe & Callan, 1995). Lazarus et Folkman (1984) définissent les stratégies de coping par « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ».

Une étude de Berkman et Syme, en 1985, démontre que le taux de mortalité et de morbidité est « 2 à 5 fois supérieur chez les personnes isolées socialement, et ce indépendamment de l'état de santé et des autres facteurs de risque ». Diverses recherches exposent également une forte relation entre « la prévalence de la symptomatologie psychiatrique, sa sévérité et la qualité du social disponible » (Cohen & Wils, 1985; Kessler & McLeod, 1985). De plus :

Les interactions sociales négatives (par exemple, conflits, critiques, demandes excessives, etc.) avec l'entourage (conjoint, famille et amis) sont significativement et

plus fortement associées avec la présence d'épisodes d'anxiété et de dépression que les interactions de soutien positives (par exemple, appréciation, attention, aide pour résoudre des problèmes, etc.) » (Bertera, 2005).

Une corrélation a été également démontrée entre le soutien social et la santé psychique des mères. En effet, il existe des effets bénéfiques significatifs du soutien social sur le bien-être de la mère. Glazier, Elgar, Goel et Holzapfel (2004) exposent que les femmes ayant des niveaux élevés de soutien social ont moins de symptômes anxieux. De même, en 1993, Collins met en évidence que les mères avec des niveaux de soutien social importants développent moins de dépression au post-partum.

3.4.4 Le soutien du père, soutien de la famille

Le rôle important du soutien du père et de la famille est exposé dans plusieurs recherches. De Ville, O'Reilly et Callahan (2013) démontrent que lors d'une fausse couche, associée dans de nombreuses études à une perte (Le Grand-Séville, 2001), le « soutien reçu de la part du conjoint serait un facteur qui influencerait positivement [la perte] ». Quant à Capponi et Horbacz (2007), ils relèvent le fait que « la majorité des femmes ... comptent sur leur conjoint et sur leur famille (respectivement 78 % et 61 %), puis une minorité cite la sphère amicale (34 %) ou professionnelle (26 %) ».

3.4.5 Le soutien des professionnels

Selon Métrailler (2006), « la manière dont les parents et leur famille sont soutenus au moment du décès de l'enfant influence considérablement leur travail de deuil ». L'importance du soutien des professionnels est mise en évidence dans les témoignages autour du deuil périnatal. Le langage utilisé par les professionnels est souvent évoqué par les parents. Ainsi « les mots deviennent parfois des maux » (Métrailler, 2006). De plus, les attitudes et les comportements des professionnels se gravent dans la mémoire des parents et deviennent une source de réconfort ou une source de souffrance supplémentaire.

4. Question de recherche

Pour cet événement aussi complexe qu'est la mortinaissance et au vu de notre pratique professionnelle, il serait intéressant de mieux comprendre les répercussions émotionnelles survenant lors de cette naissance et comment nous pouvons, en tant que professionnels de la santé, les prendre en charge de façon optimale.

L'intérêt envers cette thématique nous a permis de formuler notre question de recherche :

« Anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique et vécu parental après une mort in-utéro : impact de l'accompagnement et des modalités de rencontre entre le couple et son enfant mort-né ».

III. DIMENSION ETHIQUE

Selon Larousse (2015), l'éthique se définit comme « l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un ». Elle regroupe divers concepts tels que le droit, le devoir, la loi, la morale et les valeurs (Nkoum & Feugang, 1996).

Beauchamp et Childress (1979) exposent, dans « Principles of Biomedical Ethics », quatre principes fondamentaux de l'éthique médicale :

1. Le *respect de l'autonomie* : le soignant, en fournissant les informations nécessaires, donne la capacité à la personne de penser et agir librement de son plein gré.
2. La *bienfaisance* : l'action entreprise par le professionnel doit chercher le bien d'autrui.
3. La *non-malfaisance* : cette notion met en avant le fait de ne pas nuire, d'éviter le mal pouvant être causé.
4. La *justice* : le devoir de traiter l'individu de manière équitable en considérant ses besoins, sa contribution et ses différences.

Afin que notre travail soit en adéquation avec une dimension éthique, nous nous référerons aux textes fondamentaux et aux textes de loi tels que le Code International de Déontologie des Sages-Femmes de la Fédération Suisse des Sages-Femmes (1994), le Code de Nuremberg (1947) et la Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale (1964).

De plus, afin de conserver une certaine éthique tout au long de notre travail, nous explorerons notre sujet de recherche en manifestant de la bienséance et nous chercherons à rester dans une dynamique de réflexion constructive afin d'amener des éléments utiles et pertinents à la pratique sage-femme. De même, nous considérerons l'ensemble des éléments de la littérature en intégrant les points divergents afin de conserver une certaine neutralité. Nous veillerons aussi à ce que les principes éthiques soient respectés dans les articles sélectionnés (consentement éclairé, comité éthique, information adéquate aux personnes concernées, etc.).

Lors de la rédaction, nous référencerons les divers écrits et citations avec attention et précision dans le but de respecter la propriété intellectuelle des auteurs. Nous ferons également preuve de nuance et de modération dans notre discours en prenant garde à ne pas faire de généralités.

Dans le cadre de notre problématique de recherche qu'est la mortinaissance, diverses notions éthiques s'opposent (Dumoulin, 2003). En effet, accompagner une mortinaissance

est une expérience difficile pour le professionnel. Cet événement le confronte à des émotions fortes et des questionnements éthiques. Selon Van Aerde (2001) :

Les soignants doivent étudier leurs propres attitudes face à la mort et au chagrin et les percevoir selon la perspective de leur propre culture, y compris leurs valeurs, leurs convictions, leurs traditions et leurs attitudes face à la santé et à la maladie.

En conséquence, le professionnel devra trouver un équilibre entre ses valeurs personnelles, les valeurs morales et les valeurs institutionnelles afin de prendre en charge chaque femme, chaque couple de façon équitable.

IV. MÉTHODOLOGIE

1. Bases de données utilisées

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons débuté notre travail en utilisant la banque de données MEDLINE via PubMed, qui est en anglais. Ayant trouvé suffisamment de références par ce biais, nous n'avons pas eu recours à d'autres bases de données.

2. Sélection et traduction des mots-clés

Nous avons ensuite ciblé les champs d'intérêt en nous basant sur notre question de recherche, tels que « l'accompagnement du couple », la « mortinaissance », le « vécu des parents » et « l'impact psychologique ».

La plupart des bases de données sont en anglais, nous avons donc utilisé le HONselect (Health On The Net Foundation selection) afin de traduire les mots clés du français à l'anglais et ainsi trouver une correspondance correcte dans les mots MeSH (Medical Subject Headings).

Ce processus nous a permis de retenir les mots MeSH suivant: « stillbirth », « fetal death », « psychological adjustment », « grief », « staff support » et « midwifery ».

3. Recherche d'articles pour la revue de la littérature

Les deux principaux critères d'inclusion ont été les femmes ayant vécu une mortinaissance et les impacts psychologiques de cette perte. Ont également été incluses, les recherches faites dès les années 2000 afin d'obtenir des résultats récents et mobilisables pour la revue. Les études exclues de notre recherche ont été celles réalisées hors de l'Europe, pour se rapprocher au plus près de la population suisse, ainsi que celles ne traitant pas du contact avec l'enfant mort-né.

4. Modalités de sélection des articles

Une première sélection a été faite en lisant les titres des articles. Par la suite, la lecture de l'abstract nous a permis de faire une sélection ultérieure selon nos critères d'exclusion. Le choix final de l'étude s'est fait en lisant son contenu, notamment l'aspect éthique, la pertinence de la recherche pour notre revue de la littérature ainsi que la correspondance entre la question de recherche des auteurs et le contenu de leur étude.

5. Utilisation des bases de données

Dans la base de données PubMed, nous avons associé avec le mot booléen AND les mots MeSH « stillbirth » et « mental health ». Nous avons ainsi obtenu 4 résultats. Une étude a été sélectionnée parmi ces résultats.

Pour élargir les recherches, nous avons utilisé une nouvelle combinaison de MeSH : « stillbirth » AND « grief ». Cette recherche a donné 71 résultats, dont l'étude précédemment sélectionnée. Nous avons également retenu un article.

En observant les MeSH des articles sélectionnés, nous avons relevé le major topic «stillbirth/psychology*». Une troisième recherche a donc été effectuée en utilisant ce major topic. Nous avons obtenu 165 articles, dont les deux premiers articles, puis nous avons choisi une troisième étude. Nous avons essayé d'autres combinaisons en utilisant les MeSH cités auparavant, mais, suite à cela, aucun autre article n'a été retenu.

Les articles triés par le biais de PubMed seront, par la suite, nommés respectivement dans cette revue de la littérature : « étude 2 », « étude 3 » et « étude 5 ». Ci-dessous les références complètes:

2) Surkan, P.J., Rådestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G. & Dickman, P.W. (2008). Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: a brief report. *Birth*, 35(2), 153-157.

3) Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J. & Rådestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mother's feelings in relation to how their babies were presented to them after birth - Findings from an online questionnaire. *Midwifery* 29, (3), 246-250.

5) Ryninks, K., Robert-Collins, C., McKenzie-McHarg, K. & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *Biomed Central*. Doi:10.1186/1471-2393-14-203.

6. Screening des bibliographies

Une autre technique de sélection d'articles a été la lecture des références bibliographiques des différentes études. L'étude 5 a permis de trouver une recherche (« étude 4 ») que nous avons intégrée dans la revue:

4) Gravensteen, I.K., Helgadóttir, L.B., Jacobsen, E.M., Rådestad, I., Sandset, P.M. & Ekeberg, O. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for

long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ Open*.
Doi:10.1136/bmjopen-2013-003323.

Les 4 articles choisis font référence, dans leur contenu, à une même étude contradictoire, remise en question dans la littérature. Nous avons donc trouvé pertinent de la rechercher et de l'utiliser pour notre revue (« étude 1 ») :

- 1) Hughes, P., Turton, P. & Hopper, E. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet*. Doi: 13;360(9327):114-8

7. Recherche d'ouvrages et d'articles pour le questionnement professionnel, le cadre de références théoriques et la discussion

Le processus de sélection des articles nous a amenées à lire diverses études. Celles répondant aux critères, mais que nous avons jugées moins pertinentes pour cette revue de littérature ont été conservées pour le questionnement professionnel, le cadre de référence ainsi que la discussion. Au fur et à mesure de l'avancée du travail, d'autres recherches ont été faites de façon spécifique pour les différentes parties de la revue. Nous avons ainsi utilisé PubMed avec d'autres MeSH tels que « fathers » et « pregnancy » mais aussi Google Scholar et d'autres références bibliographique de divers articles et ouvrages consultés. Une sélection de ces ouvrages a été faite à l'aide du catalogue du réseau des bibliothèques Genevoises (RERO), d'autres nous ont été conseillées.

8. Limites

Le choix d'utiliser une seule base de données, d'appliquer les MeSH cités auparavant et le temps limité de la recherche ont abouti à la sélection de certains articles. L'utilisation d'autres bases de données, d'autres combinaisons de MeSH ainsi que la perpétuelle mise à jour des données auraient peut-être fait ressortir d'autres articles plus adéquats pour compléter cette revue, qui n'est donc pas exhaustive. Une remise à jour doit être envisagée.

V. TABLEAU RECAPITULATIF DES ETUDES

Article	Méthode	Population ciblée	Principaux résultats	Limites et Points forts
1. Hughes, P., Turton, P. & Hopper, E. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. <i>Lancet</i> .	Type : quantitative Echantillon : n=125 (65 index, 60 contrôle) Recrutement : analyse de dossiers des hôpitaux Forme : questionnaire et entretien Analyse : utilisation des échelles EPDS, SSA, BDI, SSP	• Mortinaiissance >18SA • Enceintes	• Issues plus favorables (p <0.05) pour les mères n'ayant pas vu l'enfant • Moins de symptômes anxieux et de SSPT au 3 ^{ème} trimestre de la grossesse (p <0.05) pour les mères n'ayant pas porté l'enfant • Moins de SSPT à une année post partum (p <0.05) pour les mères n'ayant pas porté l'enfant	• Petite taille d'échantillon • Le groupe index a déjà vécu une grossesse
2. Surkan, P.J., Rade stad, I., Cnattingius, S., Steineck, G. & Dickman, P.W. (2008). Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: a brief report. <i>Birth</i> .	Type : quantitative Echantillon : n=314 Recrutement : base de données du registre médical des naissances Forme : questionnaire Analyse : utilisation de l'échelle CES-D	• Mortinaiissance ≥28 SA • Enceintes ou pas	• 6.9 fois (IC 95% = [2.4 – 19.8]) plus de risque de s'exposer à des symptômes dépressifs 3 ans plus tard si temps passé avec l'enfant jugé insuffisant • 2.8 fois (IC 95% [0.9 – 8.4]) plus de risque de développer des symptômes dépressifs chez les femmes n'ayant eu aucune grossesse durant les 3 ans suivant la mortinaiissance • 6.7 fois (IC 95% [2.2 – 20.5]) plus de risque de développer des symptômes dépressifs chez la mère si l'enfant est le 4ème ou plus de la fratrie.	• Petite taille de l'échantillon • Petit nombre de variables concernant les actions des parents étudié • Les souvenirs du couple peuvent s'être modifiés au fil du temps et selon le vécu personnel • Manque de certaines variables (ex. actions du personnel) • Population représentative
3. Eriandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J. & Rade stad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mother's feelings in relation to how their babies were presented to them after birth - Findings from an online questionnaire. <i>Midwifery</i> .	Type : quantitative Echantillon : n=840 Recrutement : autorecurement en ligne Forme : questionnaire en ligne	• Mortinaiissance >22 SA • Enceintes ou pas	• Entre 2008 et 2010 la plupart es mères ont vu (91%) et tenu (81%) leur enfant • La plupart des mère a trouvé bien et naturel comment l'enfant leur a été présenté et/ou donné	• Auto recrutement des participantes • Accès a un ordinateur pour participer à l'étude • Les souvenirs du couple peuvent s'être modifiés au fil du temps

Article	Méthode	Population ciblée	Principaux résultats	Limites et Points forts
<p>4. Gravensteen, I.K., Heigadottir, L.B., Jacobsen, E.M., Radestad, I., Sandset, P.M. & Ekeberg, O. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. <i>BMJ Open</i>.</p>	<p>Type : quantitative Echantillon : n=101 Recrutement : dans les archives de deux hôpitaux Forme : questionnaire Analyse : utilisation de quatre échelles évaluant le SSPT, la qualité de vie, les symptômes de dépression et le bien-être maternel</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mortinaissance ≥ 23 SA ou poids de naissance ≥ 500gr Pas enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> Moins de risque de SSPT si âge maternel > 27 ans ($p < 0,05$) ou suivi post partum adapté ($p < 0,05$). Porter l'enfant diminue les risques de SSPT ($p < 0,05$) Diminution du risque de SSPT si temps passé avec l'enfant est de 2-4x/jour ($p < 0,05$) Un antécédent d'IVG augmente le risque de développer un SSPT ($p < 0,05$) 	<ul style="list-style-type: none"> Petite taille d'échantillon Absence d'analyse des symptômes Les souvenirs du couple peuvent s'être modifiés au fil du temps Appuie les résultats d'autres études
<p>5. Ryninks, K., Robert-Collins, C., McKenzie-McHarg, K. & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. <i>Biomed Central</i>.</p>	<p>Type : qualitative Echantillon : n=21 Recrutement : dans 9 hôpitaux par l'intermédiaire des sages-femmes Forme : entretien semi-structuré à domicile Analyse : chaque entrevue a été analysée en utilisant le même processus et par tous les auteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mortinaissance ≥ 24 SA Pas enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> Importance d'avoir du temps avec leur enfant Expérience émotionnelle (fierté vs chagrin) Expérience irréalité (incrédulité, dissociation, déconnexion) Satisfaction de la décision (vs regret de ne pas avoir pris l'enfant dans les bras) 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de femmes n'ayant pas vu l'enfant et peu ne l'ayant pas tenu Les souvenirs du couple peuvent s'être modifiés au fil du temps Réactions positives des participantes aux entretiens Participation de chaque auteur de l'étude au processus d'interprétation

VI. ANALYSE DESCRIPTIVE

Étude 1 : « *Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study* » (Hughes et al., 2002)

But : Évaluer si la prise en charge actuelle de la mortinaissance influence positivement la santé psychique de la mère et de l'enfant suivant.

Méthodologie : C'est une étude quantitative réalisée au Royaume-Uni à l'aide d'un questionnaire et d'un entretien. Cette étude naît d'une démarche indépendante.

En examinant régulièrement les dossiers de consultations prénatales dans trois hôpitaux universitaires du pays, les auteurs ont ainsi sélectionné les éventuelles participantes à l'étude. Ces dernières, contactées par lettre, ont été invitées à participer à l'étude durant le 3^e trimestre de leur grossesse. Plusieurs échelles, telles que l'EPDS, SSA et BDI, sont utilisées pour évaluer les symptômes de la dépression, de l'anxiété et du SSPT pendant la grossesse en cours et un an après. Une autre échelle, la SSP, évalue le type d'attachement de la diade mère-enfant, douze mois après la naissance.

Échantillon : La sélection des participantes à l'étude s'est basée sur plusieurs critères. Les femmes sélectionnées dans le groupe index ont vécu une perte de grossesse spontanée après 18 SA, n'ont pas d'enfant vivant et leur grossesse actuelle est d'évolution favorable. De plus, toutes les participantes ont plus de 19 ans, ont une grossesse unique, sont en couple et parlent bien anglais. Les femmes ayant des traitements pour des maladies physiques ou mentales et celles dont la mortinaissance résulte d'une interruption thérapeutique de grossesse sont exclues de l'étude. Les femmes participant au groupe contrôle sont recrutées dans les mêmes hôpitaux à la différence qu'elles sont enceintes de leur premier enfant. Sur les 30 000 dossiers analysés par les auteurs, 65 femmes ont répondu aux critères d'inclusion à l'étude et ont donné des informations utiles pour la recherche. Sur ces 65 participantes, 55 se sont rendues à la rencontre à une année post-partum. Concernant le groupe contrôle, 60 femmes ont accepté de participer pendant la grossesse et 53 d'entre elles se sont rendues à la rencontre à une année post-partum. Une différence significative ($p < 0.05$) quant au niveau social entre le groupe index et le groupe contrôle a été relevée par les auteurs. Elle a été considérée dans l'analyse des données.

Critères éthiques : Cette recherche a été approuvée par le comité régional d'éthique. Chaque participante a signé un consentement éclairé.

Résultats : Les résultats sont présentés sous la forme de 4 tableaux.

Le tableau 1 compare les résultats obtenus à l'aide des différentes échelles entre le groupe index et le groupe contrôle. Les femmes ayant vécu une mortinaissance ont des taux significativement plus élevés ($p < 0.05$) de symptômes de dépression, d'anxiété et de SSPT dans le 3^e trimestre de leur grossesse par rapport aux mères n'ayant pas vécu une mortinaissance. Aucune différence significative concernant les différents symptômes n'est rapportée à un an post-partum.

Le tableau 2 compare l'apparition de symptômes de dépression, d'anxiété et de SSPT au cours du 3^e trimestre de la grossesse et à un an post-partum entre les femmes n'ayant pas vu leur enfant mort-né, les femmes l'ayant vu mais pas tenu ainsi que les femmes l'ayant tenu. Deux résultats significatifs peuvent être mis en avant : les mères n'ayant pas vu leur enfant mort-né ont moins de symptômes dépressifs durant le 3^e trimestre de la grossesse que les femmes ayant vu/tenu leur enfant ($p < 0.05$) et ont en général des issues plus favorables ($p < 0.05$). Les autres résultats exposent que le taux d'apparition de symptômes anxieux et de SSPT durant le 3^e trimestre de la grossesse et à un an post-partum est moins fréquent chez les mères n'ayant pas vu leur enfant mort-né. Cependant, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($p > 0.05$).

Le tableau 3 compare l'apparition de symptômes dépressifs, anxieux et de SSPT au cours du 3^e trimestre de la grossesse et à un an post-partum entre les femmes ayant vu leur enfant mort et celles ne l'ayant pas vu ainsi qu'entre les mères ayant tenu leur enfant mort-né et celles ne l'ayant pas tenu. Certains résultats sont étroitement significatifs. De manière générale, les femmes ayant vu l'enfant mort-né sont plus à risque de développer des symptômes dépressifs, mais ce résultat n'est pas significatif ($p > 0.05$). Cette tendance est par contre significative pour les symptômes anxieux au cours du 3^e trimestre de la grossesse ($p < 0.05$) ainsi que pour le SSPT une année après la mortinaissance ($p < 0.05$). Les mères ayant pris dans les bras leur enfant possèdent un risque plus élevé de développer des symptômes anxieux au 3^e trimestre de la grossesse ($p > 0.05$), cependant ce résultat n'est pas significatif. Les taux de SSPT sont quant à eux significativement plus élevés à la fois au 3^e trimestre ($p < 0.05$) et à une année post-partum ($p < 0.05$).

Le tableau 4 évalue l'apparition des différents symptômes selon plusieurs variables démographiques. L'unique variable favorisant l'apparition de symptômes anxieux durant le 3^e trimestre de la grossesse est un niveau social défavorable ($p < 0.05$). Il est à noter que l'impact de l'âge maternel $<$ ou \geq à 30 ans n'est pas significatif ($p > 0.05$). De plus, les auteurs soulignent qu'il n'y a pas de différence significative avec les femmes ayant un antécédent d'interruption volontaire de grossesse (IVG) (valeur p inconnue).

Étude 2 : « *Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: a brief report* » (Surkan et al., 2008)

But : Évaluer si les actions des mères et du personnel soignant durant la mortinaissance sont corrélées à des symptômes dépressifs maternels sur le long terme.

Méthodologie : C'est une étude quantitative réalisée en Suède sous forme d'un questionnaire. La sélection des éventuelles participantes de l'étude s'est faite en utilisant la base de données du registre médical des naissances de la population suédoise. Le contact s'est établi 3 ans après l'événement de la mortinaissance. Pour leur étude, les auteurs ont utilisé l'échelle CES-D.

Échantillon : L'échantillon est composé de femmes de langue maternelle suédoise ayant donné naissance, en 1991, à un enfant mort-né après au moins 28 SA. 380 femmes ont répondu aux critères d'inclusion et 314 femmes ont accepté de participer.

Critères éthiques : L'étude a été approuvée par le comité régional d'éthique. Les données étant reprises d'une étude antérieure, il n'est pas spécifié par les auteurs si les participantes avaient signé un consentement éclairé.

Résultats : Les résultats sont présentés sous forme de tableau démontrant la relation entre les soins, la gestion de la mortinaissance et le risque de symptômes dépressifs chez la mère.

Les résultats de l'étude mettent en avant trois événements statistiquement significatifs.

Le premier événement concerne le temps passé avec l'enfant mort-né. Les mères n'ayant pas passé autant de temps que souhaité avec leur enfant ont 6.9 fois (IC 95% = [2.4 – 19.8]) plus de risque de s'exposer à des symptômes dépressifs trois ans plus tard par rapport aux femmes ayant passé le temps souhaité avec leur nouveau-né.

Le deuxième événement statistiquement significatif se rapporte au temps écoulé entre la mortinaissance et une grossesse ultérieure. Le risque de développer des symptômes dépressifs est 2.8 fois (IC 95% [0.9 – 8.4]) plus important chez les femmes n'ayant eu aucune grossesse durant les 3 ans suivant la mortinaissance que chez les femmes ayant eu une grossesse dans les 6 mois suivant l'accouchement. A noter que plus le temps entre les deux grossesses est grand, plus le risque de développer des symptômes dépressifs semble être plus élevé.

Enfin, le troisième point souligné dans les résultats de cette étude est l'ordre de naissance. En effet, plus il y a d'enfants nés vivants avant l'enfant mort-né, plus le risque de développer

des symptômes dépressifs chez la mère est élevé. Les résultats démontrent qu'il y a 6.7 fois (IC 95% [2.2 – 20.5]) plus de risque de développer des symptômes dépressifs chez la mère si l'enfant est le 4^e ou plus de la fratrie.

Les auteurs ont aussi évalué l'impact de porter ou pas l'enfant, mais les résultats ne sont pas significatifs.

Étude 3 : « *Seeing and holding a stillborn baby: Mother's feelings in relation to how their babies were presented to them after birth - Findings from an online questionnaire* » (Erlandsson et al., 2012)

But : Étudier si la façon de proposer aux mères de voir et porter leur enfant a un impact sur le vécu.

Méthodologie : C'est une étude quantitative réalisée en Suède sous forme d'un questionnaire web. Le questionnaire a été mis en ligne sur la page d'accueil de la Fondation Infantile National Suédoise du 27 mars 2008 au 1er avril 2010. Les participantes se sont auto-recrutées après avoir été informées de l'étude par les journaux, les sites de médias sociaux ainsi que par bulletins d'information de la fondation.

Échantillon : Les critères d'inclusion de l'étude sont les suivants: femmes ayant eu une mortinaissance après 22 SA prêtes à répondre à des questions concernant leurs sentiments en voyant/en tenant leur enfant. 840 femmes répondant aux critères ont été incluses.

Critères éthiques : L'étude a été approuvée par le comité régional d'éthique. Les femmes ont été avisées de l'objectif de l'étude et ont signé un consentement éclairé en ligne.

Résultats : Les résultats sont présentés sous la forme de 4 tableaux.

Le tableau 1 représente les facteurs démographiques des participantes.

Le tableau 2 expose les sentiments des mères voyant leur enfant selon la manière dont ce dernier leur a été présenté. 54 % des professionnels ont demandé aux mamans si elles voulaient voir leur bébé. La majorité des mères ont trouvé « très bien » (69 %) et « très naturel » (61 %) la façon dont leur enfant leur a été présenté. 32 % des professionnels ont montré le bébé sans le demander à la mère. 78 % des femmes ont trouvé « très bien » et 73 % « très naturel ». De plus, 80 % d'entre elles n'ont pas ressenti de peur et 86 % n'ont pas ressenti de malaise ce qui est statistiquement et significativement plus élevé par rapport aux mères auxquelles cela a été demandé ($p < 0.05$).

Le tableau 3 met en évidence les sentiments des mères tenant leur enfant selon la façon dont ce dernier leur a été présenté. 51 % des professionnels ont demandé aux mères si elles voulaient tenir leur bébé. 69 % d'entre elles ont trouvé cela « très bien » et 77 % « très naturel ». Seulement 26 % des professionnels ont donné le bébé sans le demander à la mère. 81 % des mères ont trouvé cela « très bien » et 77 % « très naturel ». De plus, une large majorité d'entre elles se sont senties à l'aise (90 %) et n'ont éprouvé aucune peur (81 %). Cependant, la différence de résultats entre les deux groupes n'est statistiquement pas significative.

Le tableau 4 permet de mettre en évidence, qu'entre 1955 et 1990, 42 % des femmes ont vu leur nouveau-né et seulement 20 % les ont tenus. En comparaison, entre 2008 et 2010, 91 % des femmes ont vu leur nouveau-né et 81 % les ont tenus.

Étude 4 : « *Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study* » (Gravensteen et al., 2013)

But : Investiguer les expériences des femmes ayant vécu une mortinaissance et leur appréciation de la prise en soin hospitalière ainsi qu'évaluer le niveau de SSPT à long terme et en déterminer les facteurs favorisants.

Méthodologie : C'est une étude quantitative réalisée dans deux hôpitaux universitaires de Norvège sous forme d'un questionnaire. Pour recruter les participantes, les auteurs ont identifié, par l'intermédiaire du système administratif des deux hôpitaux de l'étude, les femmes ayant eu une mortinaissance entre le 1^{er} janvier 1990 et le 31 décembre 2003. Ces femmes ont été contactées via une invitation postale. Le questionnaire comprend quatre échelles évaluant le SSPT, la qualité de vie, les symptômes de dépression et le bien-être maternel. Il est spécifié que le SSPT a été évalué avec l'échelle IES.

Échantillon : Les critères d'inclusion de l'étude sont une mort fœtale à ≥ 23 SA ou un poids de naissance ≥ 500 gr lors d'une grossesse unique ou d'une grossesse gémellaire. De plus, aucune patiente n'était enceinte au moment de répondre au questionnaire qui a été réalisé 5 à 18 ans après la mortinaissance. Parmi les 379 femmes répondant à ces critères, 101 ont accepté de participer à l'étude.

Critères éthiques : L'étude a été approuvée par le comité d'éthique régional. De plus, une autorisation pour l'utilisation des informations des archives médicales a été obtenue par l'autorité compétente. Toutes les participantes ont signé un consentement écrit.

Résultats : Les résultats de l'étude sont exposés sous forme de 5 tableaux.

Le tableau 1 expose les facteurs socio-démographiques et les facteurs liés à la grossesse de l'échantillon étudié. Les auteurs précisent qu'aucune différence significative n'a été trouvée entre les participantes de l'étude et celles n'ayant pas répondu au questionnaire.

Le tableau 2 expose les questions posées aux mères afin de mettre en évidence leur vécu avant, pendant et après l'accouchement.

Le tableau 3 décrit le contact des femmes avec leur enfant, leur expérience durant la naissance et leur ressenti sur l'accompagnement des professionnels lors de la mortinaissance. 94.1 % des mères ont souhaité voir leur enfant et 98 % l'ont vu. Pour 30.5 % de celles qui ont vu l'enfant, le personnel soignant ne leur a pas demandé si elles le souhaitent. Alors que pour 34.7 % d'entre elles, les professionnels de la santé l'ont fait. 25.3 % des mères ont été encouragées à le voir et 10 % ont elles-mêmes demandé à le voir. Les mêmes critères ont été investigués pour le portage de l'enfant. 84.2 % des femmes souhaitent porter l'enfant et 82.2 % l'ont porté. Le personnel a donné l'enfant à la mère sans le lui demander dans 22.5 % des cas. La plupart du temps, porter l'enfant a été proposé aux mères (43.8 %) et 12.5 % d'entre elles ont pris l'enfant de leur propre initiative. Les auteurs ajoutent que lors de cette rencontre, aucune femme ne s'est sentie forcée par les soignants à voir/porter l'enfant et toutes ont apprécié le soutien apporté par les professionnels. Le temps passé avec l'enfant était supérieur à 12h (ou égale à 2-4 rencontre par jour) dans la majorité des situations (48 %). Pour 77.9 % des mères, le temps passé avec leur enfant était suffisant et une moyenne de 81.5 % s'est sentie bien lors de ce face à face malgré la tristesse éprouvée suite à la perte. Dans la description du vécu de la rencontre avec l'enfant, les mères parlent d'une expérience bouleversante, mais elles disent aussi s'être senties bien, calmes et naturelles. Concernant l'accompagnement des professionnels, une très grande majorité d'entre eux ont encouragé les mères à voir (96.8 %) et à tenir (87.9 %) leur enfant. 78.7 % et 75.6 % des professionnels ont encouragé les femmes à choisir de voir/tenir ou non leur enfant. Une minorité des femmes (24.7 %) ont exprimé le fait que les soignants auraient dû être plus actifs dans les propositions des actions à faire avec leur enfant.

Le tableau 4 relève les différents résultats de l'IES.

Le tableau 5 analyse les facteurs de risque d'une IES >20 durant la période étudiée. Les résultats démontrent que, lors d'une mortinaissance, une femme âgée de plus de 27 ans est moins à risque de SSPT ($p < 0.05$) ainsi qu'une femme primipare, cependant ce dernier résultat n'est pas significatif ($p > 0.05$). Les auteurs décrivent que l'interaction entre l'âge maternel (> 27 ans) et la parité est significative ($p < 0.05$). Cependant, aucune corrélation n'est démontrée entre une IES >20 et la multiparité pour les femmes âgées de moins de 27

ans. Le fait de porter l'enfant influence positivement le vécu de la femme et limite les risques de SSPT ($p < 0.05$), tout comme le temps passé avec lui ($p < 0.05$). De plus, le fait d'avoir un suivi post-partum diminue significativement le risque d'avoir une IES > 20 ($p < 0.05$). Avoir expérimenté une IVG avant la mortinaissance augmente significativement le risque d'avoir un IES > 20 ($p < 0.05$), ce résultat n'est pas significatif en cas de fausse couche spontanée ($p > 0.05$). De même, il n'y a pas de résultats significatifs entre le temps de la mortinaissance et l'apparition de SSPT ni par rapport à l'âge gestationnel au moment de la mortinaissance.

Étude 5 : « *Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis* » (Ryninks et al., 2014)

But : Étudier l'expérience des mères par rapport au temps passé avec leur enfant et comment ces dernières se sont senties après avoir pris la décision, ou non, de voir et de tenir leur nouveau-né.

Méthodologie : C'est une étude qualitative utilisant l'analyse interprétative phénoménologique (IAP). Très employée dans les recherches qualitatives, l'IAP est, selon les auteurs, l'outil le plus approprié pour cette étude. L'étude a été réalisée dans 9 hôpitaux nationaux du Royaume-Uni. C'est par l'intermédiaire des sages-femmes que les participantes ont eu connaissance de l'étude. Les sages-femmes ont reçu, au préalable, une formation et un soutien de la part des auteurs afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'étude et par conséquent de garantir leur aisance pour expliquer le but de l'étude. Les mères intéressées et répondant aux critères d'inclusion ont eu du temps pour décider de participer à l'étude. Les auteurs ignoraient les coordonnées des potentielles participantes jusqu'à ce que ces dernières prennent contact avec le bureau d'étude afin de signer un consentement. Le bureau d'étude était à leur disposition pour plus d'informations si les mères le demandaient. Ce n'est qu'une fois le formulaire de consentement reçu que la participante était contactée personnellement par les chercheurs et ce par le moyen qu'elle désirait. Le délai des entrevues a eu lieu trois mois après la mortinaissance, avec plus ou moins une semaine. Tous les entretiens ont été enregistrés sous forme audio et ils n'ont pas excédé 30 minutes. Les entrevues étaient semi-structurées afin d'obtenir des informations sur l'expérience des femmes et des détails de leur choix en regard du contact avec l'enfant. Chaque participante a reçu une liste de ressources suite à ces entretiens. Cette liste regroupait les coordonnées de groupes de soutien, d'organismes de bienfaisance ainsi que des sites internet pouvant leur offrir des aides supplémentaires. Pour l'analyse, les entrevues ont été transcrites de manière anonyme en utilisant des pseudonymes afin d'assurer la

confidentialité et protéger la vie privée des participantes. Les entretiens ont été écoutés plusieurs fois et les transcriptions relues à plusieurs reprises par les chercheurs dans le but de se familiariser le plus possible avec celles-ci. Chaque entrevue a été analysée en utilisant le même procédé.

Échantillon : Les critères d'inclusion de l'étude sont les femmes âgées de plus de 18 ans ayant connu une mortinaissance après 24 SA et n'étant pas enceinte trois mois après la mortinaissance. Au total, 21 mères ont participé à l'étude.

Critères éthiques : L'étude a été approuvée par 9 comités régionaux. Chaque participante a signé un consentement éclairé. La déontologie a été respectée tout au long du recrutement.

Résultats : L'analyse a abouti à l'émergence de 6 thèmes principaux et de 15 sous-thèmes. Chaque thème et sous-thème abordé est détaillé et illustré par des citations directes des participantes.

Le thème 1 détaille deux caractéristiques du contact avec le nouveau-né : l'importance d'avoir pu passer du temps avec leur bébé et de partager ces souvenirs avec le partenaire et la famille. Les auteurs relèvent que l'implication de l'entourage proche auprès de la mère est une partie importante du processus de deuil lors d'une mortinaissance.

Le thème 2 fait référence au physique. Toutes les mères ont fait part de leur préoccupation concernant l'apparence physique de leur enfant, mais également de leur peur et de leur appréhension de voir un corps mort. Certaines d'entre elles ont exprimé un sentiment de soulagement quand elles ont vu que leur enfant était bien formé. De plus, elles ont considéré cette expérience comme étant positive, leur permettant ainsi d'apaiser leurs craintes sur l'apparence physique de l'enfant. L'identification de traits de famille leur a permis, le temps d'un instant, de passer outre le fort sentiment de désespoir et de chagrin et ainsi laisser place à un sentiment de fierté devant l'enfant qu'elles avaient conçu. Cependant, le fait de le voir a eu un effet néfaste sur l'expérience des mères dont l'enfant avait un corps endommagé.

Le thème 3 explicite l'expérience émotionnelle. Chaque participante a longuement parlé de l'impact émotionnel de la mortinaissance. L'expérience est décrite comme un ascenseur émotionnel entre la fierté de devenir mère lorsqu'elles tiennent pour la première fois leur enfant dans les bras, le chagrin ressenti, le processus positif de la rencontre avec leur enfant et la création de souvenirs.

Le thème 4 décrit l'incrédulité et la dissociation des mères face à cet événement surréaliste. Certaines mères expriment la sensation de se sentir déconnectées, «d'être dans

un rêve». D'autres mères ne veulent pas tenir leur enfant, car cela infirmerait l'illusion qu'il soit vivant.

Le thème 5 concerne la finalité de la perte. Pouvoir dire au revoir à son enfant a contribué, pour beaucoup de mères, à la reconnaissance de la perte et leur a permis d'aller de l'avant dans le processus de deuil. Parmi elles, certaines ont indiqué que le fait de voir son enfant aide à faire face à la réalité et ainsi accepter sa mort.

Le thème 6 aborde la satisfaction de la décision. La plupart des mères a déclaré se sentir satisfaite de leur décision de voir et de passer du temps avec leur bébé. Cette décision était même cruciale, contribuant à l'acceptation de cet événement tragique et accordant la capacité d'aller de l'avant. Les regrets qu'éprouvent certaines femmes, trois mois après la mortinaissance, concernent le fait de ne pas avoir pris l'enfant dans les bras ou encore de ne pas avoir partagé ce moment douloureux avec le partenaire et l'entourage.

VII. ANALYSE CRITIQUE DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

1. Le contact visuel

L'étude 3 précise que seulement 42 % des femmes ont vu leur nouveau-né entre 1955 et 1990 alors qu'elles sont 91 % entre 2008 et 2010. Cette augmentation flagrante s'explique certainement par l'évolution de la prise en charge de la mortinaissance par le personnel soignant, comme cité dans l'ensemble des articles.

Les études 3 et 4 montrent qu'une très large majorité (respectivement 80.9 % et 94.1 %) des mères ont vu leur enfant. Ce point est aussi explicité dans les études 1 (74 %) et 5 (100 %). L'étude 4 précise que 78.7 % des professionnels ont encouragé les femmes à choisir de voir ou non leur enfant. De plus, aucune femme ne s'est sentie forcée par les soignants à voir l'enfant et toutes ont apprécié le soutien apporté par les professionnels. Ces résultats sont à considérer avec précaution. En effet, comme spécifié par les auteurs dans les biais de l'étude, le bas taux de participation (31 %) peut impliquer qu'une plus grande proportion de femmes, avec un niveau élevé de symptômes d'évitement, ait refusé de participer.

L'étude 5 expose les préoccupations des mères avant le contact visuel. Leurs craintes sont essentiellement axées sur l'apparence physique de leur enfant. Elles se disent soulagées à la vue d'un corps bien formé et l'identification de ressemblances avec la famille leur procure une « fierté de l'enfant conçu ». Par contre, les dommages corporels ont une répercussion négative sur l'expérience des mères à la vue de leur enfant mort-né. Cette variable, qu'est l'apparence physique, n'est pas toujours considérée dans l'ensemble des articles. En effet, les auteurs de l'étude 1 spécifient que 6 mères (9.2 %) ont rapporté des malformations congénitales, mais aucune corrélation avec le vécu n'est recherchée dans l'analyse. Les autres articles, quant à eux, ne spécifient pas si les enfants étaient porteurs de malformations ou de dommages corporels.

L'étude 1 démontre que les issues sont plus favorables pour les mères n'ayant pas vu leur enfant ($p < 0.05$). En effet, les femmes ayant vu leur nouveau-né sont plus à risque, lors du 3^e trimestre de la prochaine grossesse, de développer des symptômes anxieux ($p < 0.05$) et ont tendance à développer des symptômes dépressifs. Cependant, ce dernier résultat est étroitement non significatif ($p > 0.05$). Un taux significativement plus élevé de SSPT ($p < 0.05$) à une année post-partum, mais au contraire non significatif ($p > 0.05$) durant le troisième trimestre de la grossesse est noté pour les mères ayant vu leur enfant.

Plusieurs facteurs peuvent nuancer ces résultats. Premièrement, le groupe de femmes ayant vu l'enfant comprend à la fois les femmes n'ayant pas porté l'enfant et celles l'ayant porté. Pourtant, des différences significatives quant au vécu sont explicitées dans l'étude pour ces deux populations. Deuxièmement, l'aspect physique de l'enfant, qui dans l'étude 5 semble avoir un impact sur le vécu parental, n'est pas considéré dans l'analyse des résultats. Troisièmement, la taille de l'échantillon est réduite, ce qui diminue la puissance statistique des résultats. Pour finir, l'étude 1 est la seule à étudier une population de femmes enceintes et de mères à une année post-partum. Par conséquent, une généralisation des résultats à toute la population des femmes ayant vécu une mortinaissance est difficile.

Il est important de relever que le critère de l'âge gestationnel varie entre >18 SA pour l'étude 1 et \geq 28 SA pour l'étude 2, cela pourrait se répercuter sur les résultats des études. Une autre variable pouvant modifier les résultats est l'utilisation d'études rétrospectives avec une temporalité variable de 3 mois à 53 ans entre la mortinaissance et la recherche. Plusieurs auteurs affirment que certains souvenirs peuvent avoir été modifiés ou déformés avec le temps et que ceci n'est pas négligeable. De plus, l'utilisation de différentes échelles pour évaluer la santé psychique maternelle rend la comparaison des résultats entre les études délicate.

2. Le contact tactile

L'étude 3 précise aussi que seulement 20 % des femmes ont tenu leur nouveau-né entre 1955 et 1990 alors qu'elles sont 81 % entre 2008 et 2010. De nouveau, cette augmentation flagrante s'explique certainement par l'évolution de la prise en charge de la mortinaissance par le personnel soignant.

Les études 3 et 4 montrent également qu'une très large majorité des mères (respectivement 69 % et 84.2 %) ont tenu leur enfant, ce qui est également décrit dans l'étude 5 (90.5 %). Ces dernières éprouvent une fierté en tenant pour la première fois l'enfant et ainsi, devenir mère. Cependant, il est possible que le faible nombre de femmes (2 sur 21) n'ayant pas tenu leur enfant, dans l'étude 5, réduise la puissance statistique quant à l'analyse de leur vécu à court et à long terme.

L'étude 4 montre qu'une plus grande proportion de soignants (78.7 %) a demandé aux mères si elles voulaient tenir leur enfant et précise que 75.6 % des professionnels ont encouragé les femmes à choisir de le tenir ou non. La réaction des mères suite à la façon dont leur enfant leur a été donné est également décrite. De nouveau, ces résultats sont à interpréter avec prudence en considérant le bas taux de participation (31 %).

Les résultats de l'étude 4 démontrent que le portage de l'enfant mort a une influence positive sur le vécu des femmes et une diminution des risques de SSPT est prouvée ($p < 0.05$).

A l'inverse, l'étude 1 démontre que tenir l'enfant est associé à de moins bons résultats sur l'apparition de symptômes psychiques. En effet, les mères ayant tenu leur enfant ont plus de SSPT ($p < 0.05$) au 3^e trimestre de la prochaine grossesse, plus de SSPT à une année de la naissance d'un enfant vivant ($p < 0.05$) ainsi que plus de symptômes anxieux. Ce dernier résultat est par contre étroitement non significatif ($p > 0.05$). A nouveau, il est important de souligner que les moments de vie étudiés par les auteurs de l'article 1 (3^e trimestre d'une grossesse ultérieure et une année après la naissance d'un enfant vivant) ne sont pas similaires à ceux de l'article 4 (femmes non enceintes au moment de l'étude, pas de notions quant à d'autres enfants). De par ces différences, un biais dans les résultats peut avoir lieu rendant une comparaison difficile. De plus, les échelles utilisées pour évaluer le SSPT ne sont pas identiques dans l'étude 1 et 4.

L'étude 2 ne met pas en évidence de résultats statistiquement significatifs entre l'apparition de symptômes dépressifs et les actions telles que porter l'enfant, l'embrasser, le caresser ou encore l'habiller ($p > 0.05$). Malgré le taux élevé de participation à l'étude (82.6 %), minimisant le biais de sélection, les auteurs soulignent que la petite taille de l'échantillon diminue la possibilité de trouver des associations significatives.

Les études 4 et 5 décrivent le vécu des mères lors de la rencontre avec leur enfant. L'étude 4 spécifie que 81.5 % des femmes se sont senties bien lors de ce face à face malgré la tristesse éprouvée. L'étude 5 est la seule étude qualitative retenue dans la revue de littérature. De par sa méthodologie ainsi que de son analyse des résultats rigoureuses, elle permet d'avoir un autre point de vue plus descriptif des thématiques étudiées. Cependant, il est important de souligner un biais dans l'échantillon de l'étude 5. En effet, une grande majorité des femmes étaient mariées (66.7 %) et très peu d'entre elles avaient un revenu inférieur à 30 000 livres par année (9.52 %). Par conséquent, la transposition des résultats sur les mères célibataires et les familles à faible revenu peut être limitée.

Comme explicité pour le contact visuel, il est important de tenir compte, dans l'analyse des résultats, des différences au sein de l'échantillon (âge gestationnel, intervalle de temps entre la mortinaissance et l'étude) ainsi que de la méthodologie (différentes échelles utilisées pour évaluer la santé psychique maternelle).

3. Le temps passé avec l'enfant

Alors que les études 2, 4 et 5 exposent l'importance du temps passé avec l'enfant pour les mères, l'étude 2 précise à quel moment les mères ont vu pour la première fois leur enfant (le jour de la mortinaissance versus les jours suivants) et le temps passé avec l'enfant à l'accouchement. Aucun impact significatif n'a été mis en évidence avec ces variables ($p > 0.05$). Cette même recherche met en évidence que les mères n'ayant pas passé autant de temps qu'elles l'auraient souhaité avec leur nouveau-né ont 6.9 fois (IC 95% [2.4 - 19.8]) plus de risques de développer des symptômes dépressifs par rapport à celles ayant passé autant de temps souhaité. L'étude 4 précise que le temps idéal influençant positivement le vécu de la femme et diminuant le risque de SSPT ($p < 0.05$) est de plus de 12h par jour ou à raison de 2 à 4 rencontres par jour.

Plusieurs facteurs sont à considérer lors de l'interprétation de ces résultats. En effet, les auteurs de l'étude 2 mettent en avant le fait suivant : les mères ayant plus de difficultés à accepter la perte ou souffrant de dépression, pour d'autres raisons, lors de la réalisation du questionnaire peuvent être influencées dans leurs réponses, notamment concernant le souhait de vouloir rester plus longtemps avec leur enfant après la mortinaissance. De plus, comme déjà cité auparavant la petite taille d'échantillon de l'étude 2 ainsi que le faible taux de participation à l'étude 4 (31 %) peuvent constituer un biais dans les résultats.

4. L'accompagnement

Dans l'article 4, les soignants sont décrits par les femmes comme respectueux (94.9 %) et tendres (94.8 %) envers leur enfant. A nouveau, il est important de considérer le faible taux de participation à l'étude 4 (31 %) comme un possible biais à la représentativité de l'échantillon étudié.

Les études 3 et 4 montrent qu'une plus grande proportion de soignants a demandé aux mères si elles voulaient voir leur enfant (respectivement 54 % et 34.7 %). L'étude 4 précise que 78.7 % des professionnels ont encouragé les femmes à choisir de voir ou non leur enfant. L'étude 3 spécifie qu'une minorité des soignants (32 %) a montré le nouveau-né sans le demander à la mère. 78 % des femmes ont trouvé cela « très bien » et 73 % « très naturel ». De plus, 80% d'entre elles n'ont pas ressenti de peur ($p < 0.05$) et 86 % n'ont pas ressenti de malaise ($p < 0.05$) ce qui est statistiquement et significativement plus élevé par rapport aux mères auxquelles on l'a demandé. Cependant, la méthode de sélection pourrait être un biais quant aux résultats. En effet, l'étude 3 a utilisé l'autorecrutement pour constituer son échantillon. Or, certaines participantes ont peut-être eu plus d'enclins à répondre à

l'étude du fait d'une expérience positive. D'autres, au contraire, n'ont pas participé à cause d'une mauvaise expérience.

Les études 3 et 4 montrent aussi qu'une plus grande proportion de soignants (respectivement 51 % et 43.8 %) a demandé aux mères si elles voulaient tenir leur enfant. L'étude 4 précise que 75.6 % des professionnels ont encouragé et soutenu les femmes dans le choix de tenir ou non leur enfant, les auteurs mettent en évidence qu'une minorité des femmes (24.7 %) a exprimé le fait que les soignants auraient dû être plus actifs dans les propositions des conduites à tenir avec leur enfant. L'étude 3 spécifie qu'une plus petite proportion du personnel de santé (26 %) a donné l'enfant sans le demander au préalable, conduisant la majorité des femmes à souligner cette initiative de « bien » (81 %) et « naturel » (77 %). De plus, une large majorité de celles-ci ne se sont pas senties mal à l'aise (90 %) et n'ont éprouvé aucune peur (81 %), ce qui n'est ni statistiquement ni significativement plus élevé par rapport aux mères auxquelles on leur a demandé ($p > 0.05$). Le biais de sélection de l'étude 3 est aussi à considérer lors de l'interprétation des résultats. De plus, la réaction des mères suite à la façon dont leur enfant leur a été donné n'est décrite que dans les études 3 et 4, ce qui limite une comparaison de ces résultats. En effet, malgré des résultats similaires, plusieurs différences dans la méthodologie des deux études (critères d'inclusion, modalités de recrutement, collecte des données, échelles d'analyse) ainsi que le faible taux de participation à l'étude 4 (31 %) peuvent rendre la comparaison des résultats compliquée.

L'étude 5 spécifie le regret des mères face à leur décision de ne pas avoir pris leur enfant dans les bras ou ne pas avoir partagé ce moment avec leurs proches. Cependant, il est important de nuancer les résultats de l'étude 5. En effet, les auteurs soulignent que seule une minorité des mères (2 sur 21) n'a pas tenu leur enfant, ce qui peut ne pas être représentatif.

De manière générale, il est important de signaler que trois populations différentes sont représentées dans les études. Il s'agit des populations suédoises, norvégiennes et anglaises. Les philosophies de prise en soin peuvent diverger entre ces pays ce qui peut influencer le vécu des parents et se refléter dans les résultats.

5. Les variables démographiques et les facteurs de risque

Plusieurs variables démographiques influençant l'apparition de troubles psychiques sont analysées dans les différentes études.

L'étude 1 expose qu'un niveau social défavorable favorise l'apparition de symptômes anxieux durant le 3^e trimestre de la prochaine grossesse ($p < 0.05$).

L'étude 2 démontre que les mères ont 6.7 fois (IC 95% [2.2 - 20.5]) plus de risque de développer des symptômes dépressifs si l'enfant est le 4^e ou plus de la fratrie. Quant à l'étude 4, elle montre qu'une femme nullipare a moins de risque de développer un SSPT, mais ce résultat est étroitement non significatif ($p > 0.05$).

L'étude 2 met en évidence que le risque de développer des symptômes dépressifs est 2.8 fois (IC 95% [0.9 - 8.4]) plus important chez les femmes n'ayant eu aucune grossesse durant les 3 ans suivant la mortinaissance que chez celles ayant eu une grossesse dans les 6 mois suivant le tragique évènement. Par conséquent, plus le temps entre les grossesses est grand, plus le risque d'apparition de symptômes dépressifs chez la mère est important. Néanmoins, l'étude 4 expose le fait qu'avoir un enfant vivant après une mortinaissance n'impacte pas de manière significative le taux de SSPT ($p > 0.05$).

L'étude 4 démontre que les femmes ont moins de risque de SSPT si elles ont un âge supérieur à 27 ans ($p < 0.05$), si un suivi régulier au post-partum précoce et tardif ainsi qu'un suivi supplémentaire après les 6 semaines post-partum sont mis en place ($p < 0.05$). Par contre, les auteurs explicitent que l'évaluation de la variable de l'âge maternel n'était pas prévue initialement dans l'étude, ce qui diminue l'authenticité de ce résultat. Les auteurs de l'étude 1 n'ont pas mis en évidence de résultats significatifs ($p > 0.05$) quant à l'impact de l'âge maternel (<30 ans, ≥30 ans).

L'étude 4 démontre, par contre, une interaction significative ($p < 0.05$) entre l'âge maternel (>27ans) et la parité (>1 enfant) quant à l'augmentation des SSPT. Cependant, la corrélation entre la nulliparité et un âge inférieur à 27 ans n'est pas statistiquement significative ($p > 0.05$).

De plus, selon cette étude, un antécédent d'IVG augmente significativement le risque de développer un SSPT ($p < 0.05$), mais aucun impact significatif n'a été relevé lors d'un antécédent de fausse couche ($p > 0.05$). Au contraire, dans l'article 1, les auteurs expliquent qu'il n'y a pas de différence significative avec les femmes ayant un antécédent d'IVG, mais sans spécifier la valeur p ni quelles conséquences psychiques ils ont considéré.

Une dernière variable évaluée dans l'étude 4 est l'âge gestationnel lors de la mortinaissance, aucune relation significative avec le taux de SSPT n'a été mise en évidence ($p > 0.05$).

Tous ces résultats sont à considérer avec prudence. Comme précédemment discuté, la petite taille de l'échantillon des études 1 et 2 ainsi que le faible taux de participation à l'étude

4 (31 %) diminuent la fiabilité des résultats ainsi que la possibilité de trouver des associations significatives. Il est également important de considérer que l'étude 1 analyse les variables en fonction de l'anxiété, de la dépression et du SSPT alors que l'étude 2 se concentre uniquement sur la dépression et l'étude 4 intégralement sur le SSPT. De plus, l'utilisation de différentes échelles pour évaluer la santé psychique maternelle rend une comparaison adéquate des résultats entre les études plus difficile.

VIII. DISCUSSION

1. Le contact visuel

La plupart des soignants a encouragé les mères dans le choix de voir leur enfant. Malgré le bon vécu exprimé par la majorité d'entre elles, l'impact de cette action sur la santé psychique n'a pas été intégré aux statistiques, réalisées par les auteurs. Une étude de Rådestad (2011), évaluant les soins donnés après une mortinaissance, montre que les mères étaient reconnaissantes d'avoir été encouragées à voir leur enfant ainsi que de passer du temps avec ce dernier. Cependant, il serait nécessaire de faire des recherches supplémentaires pour confirmer ces résultats.

De manière générale, les effets du contact visuel semblent positifs, mais ils peuvent s'inverser lors d'une grossesse ultérieure ainsi qu'à une année post-partum.

Un « état de transparence psychique » est décrit par Bydlowski (2001) chez la femme enceinte. Cet état particulier fait apparaître « des souvenirs habituellement refoulés » notamment ceux du deuil, ce qui pourrait expliquer l'inversion des effets lors d'une grossesse ultérieure, sans que cela soit pathologique.

Quant à l'impact à une année post-partum, George (2005) relève les facteurs de risque d'un accouchement traumatique tels qu'un antécédent d'accouchement traumatique, le sentiment d'avoir été seule et la peur pour la survie de l'enfant. L'accouchement lors de la mortinaissance est potentiellement traumatique et pourrait donc influencer négativement le vécu de la rencontre de la mère avec son enfant mort-né. De plus, un accouchement traumatique peut influencer le vécu d'une prochaine naissance en augmentant les risques de répétition du traumatisme. Selon Creedy et al. (2000), Murphy et al. (2003), 25 à 33 % des femmes présentent des symptômes de traumatisme suite à leur accouchement.

Il serait alors percutant d'investir ces deux variables.

Les préoccupations quant à l'aspect physique de l'enfant ont été décrites mais l'évaluation de leur impact n'est pas évidente. Il est probable que la présence de malformations ou le terme de la grossesse auquel la mortinaissance a eu lieu puisse influencer le vécu de la mère. Une étude d'Oulai (2007) énonce que « les malformations congénitales majeures [chez les nouveau-nés vivants] provoquent un traumatisme psychique douloureusement vécu par les mères ». Des moyens devraient être mis en place afin d'améliorer cette rencontre lors de malformations ou de dommages corporels.

Une variable qui semble ne pas avoir d'impact sur le vécu mais qui serait néanmoins intéressante à investiguer de façon plus approfondie est l'intervalle de temps entre la

mortinaissance et la rencontre de la mère avec son enfant. En effet, le cadavre de l'enfant subit de nombreux changements (Rådestad et al., 2009). Il est alors possible d'imaginer que les changements de son aspect physique puissent influencer le vécu maternel.

2. Le contact tactile

Alors que plusieurs façons de présenter l'enfant aux mères sont exposées dans les articles, leur impact n'a pas pu être démontré. Il semble important de discuter avec les mères pour mieux comprendre leurs besoins quant à l'accompagnement de cette rencontre avec l'enfant.

En général, il semble que le portage de l'enfant mort-né ait une influence positive sur le vécu ainsi que sur la santé psychique des mères. De même, une recherche de Cacciatore et al. (2008) démontre les bénéfices du contact mère-enfant après une mortinaissance alors qu'une femme ayant refusé de voir/tenir son nouveau-né a des issues moins favorables au niveau de sa santé psychique. Corrélativement, plusieurs études rapportent des récits de la part des mères regrettant de ne pas avoir eu de contact avec leur enfant et souffrant ainsi de problèmes psychiques à long terme dont un processus de deuil prolongé (Bourne, 1984; Kennell & al, 1982; Lewis, 1978; Lovell, 1983).

Néanmoins, les effets positifs du contact avec l'enfant semblent s'inverser lors d'une grossesse ultérieure et à une année post-partum. Des résultats similaires sont relevés par Cacciatore en 2012. En effet, l'auteur démontre que voir et tenir le bébé mort-né semblent être associés à moins de symptômes d'anxiété et de dépression bien que cet effet bénéfique puisse être temporairement inversé au cours d'une grossesse ultérieure. A nouveau, ce phénomène pourrait s'expliquer par l'état de transparence psychique traversé par les mères, relevé auparavant. Quant à l'impact à une année post-partum, il serait, de nouveau, intéressant d'investiguer comment ces mères ont vécu leur accouchement afin de mieux comprendre ces effets négatifs.

3. Le temps passé avec l'enfant

Les résultats des articles de cette revue de littérature indiquent que le temps passé avec l'enfant est non seulement considéré comme important par les mères, mais a aussi un impact bénéfique sur la santé psychologique maternelle.

Malheureusement, la recherche est pauvre sur ce thème, peu d'études analysent cette variable. Au vu des résultats obtenus, il serait intéressant d'approfondir la relation du temps et du vécu de la mère lors de nouvelles recherches.

4. L'accompagnement

La plupart des mères a apprécié la prise en charge des soignants. Cependant, les impacts des modalités de présentation de l'enfant mort à la mère de la part des soignants n'ont pas été prouvés. En tenant compte des différentes approches (demander ou non aux mères de voir/tenir leur enfant), il serait intéressant de mieux identifier les facteurs qui ont permis aux mères d'avoir des vécus positifs, mais aussi d'évaluer leurs impacts à long terme. Il peut être supposé que l'accompagnement des soignants lors de cette rencontre ait un impact sur le vécu de la mère. En effet, Raphael, Minkov et Dobson (2001) démontrent que le soutien de la part du personnel soignant et de la famille après une mortinaissance est associé à un taux d'anxiété et de dépression plus bas chez les mères.

Un meilleur pronostic est relevé lorsqu'un suivi au post-partum précoce et tardif est mis en place. De même, selon Sisay, Yirgu, Gobeze et Sibley (2014), une psychothérapie spécialisée ainsi que des groupes de parole de parents peuvent améliorer les issues psychologiques parentales suite au deuil périnatal, mais peu de données sont disponibles à ce sujet. Il serait donc intéressant d'étudier d'autres types d'accompagnement pouvant être proposés aux parents suite à la mortinaissance afin d'améliorer la prise en charge du deuil périnatal.

5. Les variables démographiques et les facteurs de risque

Plusieurs variables ont été mises en lien avec des répercussions sur la santé psychique des mères notamment la gestité, la parité et le temps entre la mortinaissance et la grossesse suivante.

Il est peut être supposé qu'un sentiment de culpabilité, voir un sentiment de punissement, peut être ressenti par les femmes suite à la réalisation d'une IVG dans le passé.

L'impact de l'ordre de naissance sur le vécu maternel pourrait être mis en lien avec le temps à disposition de la mère. En effet, il est possible qu'une femme n'ayant pas encore connu de maternité ait plus de temps à consacrer à l'enfant décédé. A l'inverse, nous pouvons également supposer qu'une mère ayant des enfants puisse avoir des moments plus restreints pour se consacrer à sa peine et faire son deuil. Elle peut également avoir de la difficulté à parler ou à expliquer ce douloureux évènement à ses enfants, ce qui peut amplifier sa détresse.

Quant à la temporalité, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une grossesse survenant dans les mois suivant la mortinaissance a moins d'impact au niveau de la santé psychique en raison d'un travail de deuil terminé chez la mère. La perte subie est devenue une perte acceptée. Ainsi, la femme est prête à s'investir dans une nouvelle grossesse. Inversement, nous pouvons aussi supposer que la grossesse peut survenir pour combler la perte. Il serait alors judicieux d'investiguer les conséquences de « l'enfant réparateur » sur la santé psychique de la mère, sur l'enfant à naître ainsi que sur le couple à plus long terme.

Des auteurs se sont intéressés au moment opportun d'une nouvelle grossesse après une mortinaissance. Il semble qu'une temporalité idéale n'existe pas mais elle est propre au processus de deuil de chaque femme et de chaque couple. C'est pourquoi, certains chercheurs conseillent aux parents « d'attendre jusqu'à ce qu'ils jugent eux-mêmes se sentir prêts à s'engager dans une nouvelle grossesse » (Rådestad et al., 2010 cité par Institut National de Santé Publique Québec, 2015).

De manière générale, la difficulté d'évaluer l'impact d'une seule variable lors d'un événement aussi complexe qu'est la mortinaissance pourrait expliquer pourquoi ces différents facteurs sont, en général, peu développés dans la littérature. Néanmoins, il serait intéressant de s'y pencher afin d'avoir des résultats plus probants.

6. Le père, le couple, la famille

Dans cette revue de la littérature, il n'y a aucune référence ni au couple ni au père.

Cependant, dans la littérature, il est décrit que les couples ayant vécu une mortinaissance ont plus de risques de se séparer (Shreffler, Hill & Cacciatore, 2012). De plus, selon Geberowicz et Barroux (2005), le chamboulement provoqué par l'arrivée d'un enfant vivant est complexe. Il s'exerce à plusieurs niveaux : non seulement à l'intérieur du couple, mais aussi dans la relation au sein de la famille proche. Il est probable que ces chamboulements soient autant présents lors d'une mortinaissance.

L'expérience difficile des pères lors de la mortinaissance est aussi décrite dans la littérature. Selon Cacciatore (2012), leur douleur est négligée en raison de la pression sociale les obligeant à être forts et protecteurs. De plus, un besoin de reconnaître leur vulnérabilité et leur détresse psychologique, lors d'une grossesse qui suit une mortinaissance, est démontré par Turton, Badenhorst, Hughes, Ward, Riches et White (2006).

Il vaudrait donc la peine d'investiguer l'impact de la mortinaissance sur le père, le couple ainsi que sur la famille proche (grands-parents, frères et sœurs) dans le but de mieux comprendre ce phénomène au sein de la famille et de pouvoir mettre en place des accompagnements adaptés.

FORCES ET LIMITES DE LA REVUE DE LITTERATURE

1. Les limites et faiblesses

Nous avons conscience que notre expérience est novice dans le domaine de la recherche. Ce travail peut donc comporter certaines imprécisions.

Une grande part de la littérature faisant référence à la mortinaissance est en anglais. N'étant pas anglophones, des possibles biais de traduction et d'interprétation peuvent être présents au cours de la revue.

Le nombre d'articles imposés dans cette revue de la littérature limite les résultats obtenus. La mortinaissance étant un évènement complexe, il est difficile de répondre à notre question de recherche avec les 5 articles analysés. Par ailleurs, bien qu'étant complexe, la littérature est abondante sur le sujet de la mortinaissance.

La complexité de la mortinaissance associée à la diversité des facteurs influençant le vécu, rend les résultats de cette revue de la littérature difficiles à généraliser. La prise en charge de la naissance peut varier d'un pays à l'autre. Les études analysées dans la revue ont été réalisées dans les pays d'Europe du Nord. Ainsi les pratiques de soin ou de prise en charge peuvent différer de ce qui est proposé en Suisse. Un autre élément rend également une généralisation des résultats compliquée. En effet, l'ensemble des études a sélectionné un échantillon de femmes maîtrisant la langue du pays. Qu'en est-il des populations migrantes ou étrangères faisant partie intégrante de la population suisse?

Un biais de sélection des articles peut être cité. Ingela Rådestad est l'auteur de trois recherches sélectionnées (2, 3 et 4). Cela peut être justifié par sa grande expérience et connaissance de la thématique de la mortinaissance. En effet, infirmière, sage-femme et docteur en sciences médicales, elle s'investit, depuis plus de 20 ans, dans la recherche visant à réduire le taux de mortinaissances ainsi qu'à améliorer sa prise en charge par les soignants (Sophiahemmet Högskola, 2013). Il peut être mis en avant que les trois études dont fait partie Rådestad diffèrent dans leurs buts, à savoir le vécu des mères, l'évaluation du niveau de SSPT à long terme et l'impact des actions des soignants sur l'apparition de symptômes dépressifs. Le choix de l'article 2 peut être un second biais de sélection. Les données utilisées proviennent d'une autre recherche, datant de 1996. Nous pouvons nous interroger quant à la pertinence des résultats étant donné que les informations ont été recueillies pour un objet d'étude différent.

Il est probable, qu'à ce jour, la sélection des articles pour cette revue serait faite différemment.

Nous pouvons également discuter de l'hétérogénéité des échantillons. Les critères d'inclusion du terme de la grossesse à partir duquel la mortinaissance a eu lieu, le temps passé entre l'évènement et la réalisation de l'étude ainsi que l'état de la femme au moment de l'étude empêchent une confrontation directe des résultats de la revue. En effet, nous pouvons imaginer que de tenir un enfant de 18 SA dans les bras peut être vécu différemment, en relation à l'apparence physique, si l'enfant naît proche du terme. De plus, la temporalité plus ou moins grande entre la mortinaissance et l'étude peut amener à des souvenirs erronés ou des changements de prise en soin non transposables à la société actuelle. Pour terminer, une des études se concentre sur les femmes enceintes, deux autres ne les concernent pas. Les deux dernières ne spécifient pas si les femmes sont gravides ou non. Or, nous avons spécifié dans les résultats de la revue que le bien-être et le vécu psychique peuvent être modifiés pendant une grossesse pouvant ainsi fausser certains résultats.

Une autre limite à mettre en avant est le manque de référence au père, qui est pourtant lui aussi confronté à la perte d'un enfant et aux émotions que cet évènement implique. Au fil de nos recherches, nous avons constaté l'absence du père dans les études consultées. De ce fait, nous aurions pu modifier notre question de recherche en la ciblant non pas sur le couple mais sur la mère uniquement.

Divers résultats énoncés par les auteurs ne sont pas significatifs ou sont à considérer avec attention en raison des biais. Les résultats mêmes de la revue de littérature sont ainsi à étudier avec précaution. En effet, la volonté de comprendre l'impact d'une action spécifique, comme voir et toucher, peut être réductrice face à la complexité du thème étudié. Le facteur humain présent dans l'accompagnement, l'histoire de vie de chaque personne ayant vécu la mortinaissance ou l'ayant accompagnée ainsi que les variables temporelles et géographiques peuvent avoir des conséquences. Étudier une action sans le contexte dans lequel elle est amenée peut rendre son évaluation difficile, surtout lorsqu'elle touche au vécu subjectif et psychologique de la personne.

Après l'analyse des différents articles, une question éthique peut être abordée. En effet, en répondant au questionnaire, les mères se remémorent l'expérience douloureuse de la mortinaissance et pourraient être à nouveau éprouvées psychologiquement. A l'exception de l'étude 5, aucune étude n'évoque la proposition d'un soutien psychique aux mères ayant

participé à la recherche alors que l'impact psychologique de participer à une étude de ce type n'est pas connu.

2. Les forces

Bien qu'Ingela Rådestad ait participé à la rédaction de trois articles de la revue, l'ensemble des auteurs sont reconnus dans le domaine de la mortinaissance. Infirmiers, sages-femmes, docteurs, psychologues spécialisés font partie de l'équipe de chercheurs permettant la validité des résultats ainsi qu'une possible application dans la pratique. De plus, l'ensemble des articles est publié au sein de revues scientifiques pertinentes dans le domaine médical et reconnues internationalement par la communauté scientifique.

Ce travail nous a permis de prendre conscience de la complexité de la mortinaissance. Des débats ont jailli au sein du groupe et de nouvelles pistes de réflexions ont émergé de ce travail. Nous avons hâte de les explorer dans notre avenir professionnel.

Cette recherche nous a permis également de mieux comprendre le vécu des parents. Leurs témoignages ainsi que certains résultats inattendus nous ont permis de nous questionner sur les représentations que nous avons de la mortinaissance. La mort, et plus particulièrement celle d'un nouveau-né, est une thématique que nous appréhendions. Ce travail nous a, entre autre, aidé à nous projeter dans une prise en charge de la mortinaissance, en nous donnant des clés qui nous permettront d'aller à la rencontre de ces familles avec un peu plus d'aisance.

IX. RETOUR DANS LA PRATIQUE

Comme déjà mis en évidence auparavant, la mortinaissance est un événement complexe. L'histoire de vie de chaque couple, la singularité de chaque situation et la personnalité de chaque soignant requièrent une prise en charge individuelle et unique. Les résultats de la revue ont permis, malgré des différences, de relever certains points communs. C'est dans cette perspective de réflexion que nous allons développer des hypothèses de conduite à tenir pour l'accompagnement de la mortinaissance par les sages-femmes afin qu'elles soient réalisables et applicables à la plus grande majorité des mères, en dehors des situations d'urgence. Certains résultats de nos recherches appuient des pratiques déjà existantes dans plusieurs structures. Nous les avons donc intégrées à notre travail afin d'apporter un regard plus global sur la prise en charge d'une mortinaissance.

1. Préparer la rencontre avec l'enfant

Les émotions éprouvées lors de la rencontre avec un enfant mort-né ne sont pas négligeables. En tant que professionnel, il est important de préparer ce moment particulier en partenariat avec le couple.

Après l'annonce du diagnostic de mortinaissance, le processus de deuil commence. Nous pouvons supposer qu'un délai entre le moment du diagnostic et le début de la prise en charge serait favorable. Ce délai, s'adaptant au couple, permettrait aux parents de dépasser leur état de choc initial et de s'engager dans la procédure de prise en charge de la mortinaissance. D'autre part, un temps de discussion avec le couple serait à privilégier avant le début de la procédure de prise en soin.

Au vu des résultats de nos recherches, il nous semble important d'aborder systématiquement avec eux certains aspects tels que leur éventuelle appréhension de la rencontre avec leur enfant, leur ressenti ou encore leurs besoins.

Afin de faire face à l'appréhension de la rencontre, le soignant pourrait donner au couple des explications complémentaires quant à l'enfant à naître en cas, par exemple, de malformations visibles. Après la naissance de l'enfant, une description plus précise de ce dernier pourrait être proposée aux parents. Dans ces deux situations, ils pourraient alors s'imaginer leur enfant de manière moins abstraite et de se projeter dans la rencontre.

Ces démarches pourraient être une première étape dans la prévention des répercussions psychologiques chez la mère lors d'une mortinaissance.

2. Prise en soin de la mortinaissance

A la suite de notre revue de littérature, malgré le fait qu'il semble avoir des effets plutôt bénéfiques pour la mère, l'impact du contact visuel et tactile avec l'enfant n'a pas été clairement mis en évidence. De ce fait, il serait difficile d'encourager toutes les mères à voir/tenir leur enfant.

Les études encouragent les soignants à l'accompagnement et au soutien du choix des parents. Ce choix serait rediscuté selon leurs besoins, tout en respectant le rythme de chacun. En tant que professionnel, il serait donc important de favoriser l'autonomie des parents et de les informer des différentes modalités de rencontre avec leur enfant, leur permettant un choix éclairé.

Pour pallier à la difficulté des parents d'intégrer les nombreuses informations qui leur seront données ainsi qu'au sentiment d'isolement, il nous semble judicieux de leur fournir des brochures à consulter. Ces documents pourraient contenir des informations sur les étapes du deuil, les différentes prises en charge de la mortinaissance, le réseau à disposition des parents ainsi que diverses lectures utiles pour les parents et la fratrie. Une telle brochure nommée « A vous qui venez de perdre un bébé » (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2015) est distribuée à Genève. D'autres brochures équivalentes existent également dans les autres hôpitaux de Suisse romande.

Au vu des résultats de notre revue, les éventuels malformations ou dommages physiques pourraient être dissimulés au moment de la rencontre avec l'enfant, en l'habillant ou en le couvrant, tout en laissant aux parents le choix de découvrir l'enfant par la suite. Cette démarche pourrait influencer positivement le vécu des parents.

En réponse au manque de propositions des soignants relevé dans une étude, il serait intéressant de donner des exemples d'actions. Nous nous sommes inspirées de ce qui est appliqué par les professionnels dans différents hôpitaux de Suisse romande. Néanmoins, ces pratiques ne sont pas issues de résultats scientifiques. Parmi ces actions, on distingue les propositions de faire des empreintes des pieds ou des mains de l'enfant, de conserver une mèche de cheveux, de faire des photos de l'enfant seul ou avec la famille, de lui écrire une lettre ou encore de l'habiller avec des vêtements choisis par les parents.

Un autre aspect de la prise en charge souligné par les études serait le temps passé avec l'enfant. Il semblerait favorable de laisser le choix aux parents du moment adéquat pour la rencontre avec le nouveau-né ainsi que de la durée du temps passé avec ce dernier. Nous

nous sommes donc interrogées sur la possibilité de laisser l'enfant auprès des parents autant de temps que souhaité. Cela leur éviterait ainsi de devoir demander régulièrement aux soignants de voir l'enfant et de dépendre de leur disponibilité, dans un service parfois surchargé. En faisant des recherches plus approfondies, nous avons découvert l'existence du « cold cot », un couffin relié à un système réfrigérant permettant de maintenir l'enfant dans un environnement froid et donnant l'opportunité aux parents de le garder près d'eux plus longtemps. Ces berceaux sont déjà utilisés dans divers pays comme l'Angleterre et l'Australie et commencent également à être introduits en Suisse. Étant conscientes de l'investissement financier de ces couffins (environ 2500 francs suisses), des fonds pourraient être levés en collaboration avec différentes associations, pour en permettre l'achat par les hôpitaux.

Malgré l'absence des pères dans nos recherches, d'autres études soulignent l'intérêt de les intégrer à la prise en charge. Il serait par exemple possible de leur proposer de dormir avec leur compagne, pratique faite dans plusieurs maternités lors d'une naissance, leur évitant ainsi de rentrer seuls à leur domicile. De plus, sachant que le processus de deuil peut être vécu différemment entre la mère et le père, un espace de parole pourrait être mis à disposition du couple pour lui permettre d'exprimer son ressenti et l'accompagner au mieux dans cette étape de vie.

3. Prise en soin au post-partum

Des hypothèses de prise en soin au post-partum peuvent émerger suite à la revue de la littérature. Lors du séjour à la maternité, il semblerait important d'investiguer le réseau social, et particulièrement la satisfaction du soutien social, pour proposer une prise en soin adaptée au couple. En effet, un accompagnement de la mère et du père à court et à long terme pourrait limiter les impacts négatifs sur leur santé psychique.

Dans les différentes études, certains facteurs de risque ont été mis en évidence tels que la multiparité, un bas niveau social et un antécédent d'IVG. Malgré certains biais amenant à ces résultats, il nous semble important de les considérer lors de l'organisation de la prise en soin.

Le vécu des parents est subjectif. Comme mis en évidence par les études, une même action peut avoir des impacts différents sur chaque mère. Nous trouverions donc judicieux d'investiguer ce vécu parental et la satisfaction du suivi afin d'accompagner le couple selon ses besoins. Pour formuler ces hypothèses, nous nous sommes donc inspirées des pratiques hospitalières de Suisse romande, sans pour autant pouvoir nous appuyer sur des résultats scientifiques.

Discuter de la manière dont les parents ont vécu l'accouchement ainsi que les moments passés avec leur enfant mort-né pourrait influencer leur bien-être. Cependant, le moment idéal pour en parler est difficile à déterminer, car chaque couple expérimente le deuil de manière différente.

Suite à l'accouchement, le corps de la femme subit, malgré tout, les modifications du post-partum. Avant son retour à domicile, un rendez-vous devrait être envisagé dans les 6 semaines post-partum. Il nous semble pertinent de combiner la consultation gynécologique à l'entrevue pour discuter des résultats de l'autopsie et échanger autour du vécu, selon le désir du couple.

De plus, une visite par une sage-femme libérale pourrait être envisagée pour réaliser les surveillances habituelles et amener du soutien à la mère, au couple dans les premiers jours suivant le retour à domicile.

Un appel téléphonique pourrait être fait dans les premières semaines suivant l'accouchement afin de reprendre contact avec le couple et déterminer ses besoins et éventuellement de convenir un rendez-vous intermédiaire à la consultation des 6 semaines post-partum afin de garder une continuité dans l'accompagnement.

Dans la période du post-partum, les soignants pourraient également proposer aux parents de revoir les différents professionnels s'étant impliqués dans la prise en charge de la mortinaissance afin d'échanger sur les événements passés et le vécu du couple.

4. Grossesse ultérieure

Comme le met en évidence la revue de la littérature, une grossesse ultérieure est un facteur de risque pour la santé psychique des mères. L'impact d'une mortinaissance sur le vécu psychologique des mères est donc un élément à ne pas banaliser et à anticiper pour la prise en charge d'une nouvelle grossesse.

Dans le cadre d'une grossesse physiologique, un suivi plus rapproché ne serait pas à proposer systématiquement. Nous pouvons imaginer qu'un suivi plus important pourrait induire un stress supplémentaire chez les parents l'associant à une grossesse à risque. Il serait, par contre, important d'informer les parents des possibilités de suivi pour cette nouvelle grossesse et d'être à l'écoute de leur demande. Il serait également intéressant de développer la collaboration avec les sages-femmes libérales pour un suivi à domicile plus personnel.

Lors de la première consultation prénatale, il nous semble toutefois important d'aborder la possibilité d'une psychothérapie qui, combinée à un état de transparence psychique, pourrait permettre à la mère de faire le point sur son état psychologique.

5. Professionnels

Suite à notre réflexion autour de la mortinaissance enrichie par le travail que nous avons effectué, nous nous sommes questionnées sur la pratique professionnelle et sur notre positionnement en tant que soignant. Cette démarche nous a permis de mieux nous approprier cette thématique et d'émettre certaines propositions mobilisables pour notre corps de métier.

Nous trouverions important de renforcer le sentiment de confiance chez les soignants afin de favoriser une certaine aisance dans la prise en soin de la mortinaissance. Les soignants devraient avoir des connaissances plus approfondies sur les notions légales et biologiques de base, en plus du processus de deuil, telles que les aspects légaux (congrés et allocations) et les différentes étapes de dégradation du corps de l'enfant. Une autre proposition pourrait être l'intégration de pratiques simulées et de jeux de rôle dans le cadre de la formation de sages-femmes. Ces méthodes didactiques permettraient aux étudiants de se confronter à cette situation complexe dans un cadre de sécurité et de bienveillance.

Il est important de noter que certaines actions visant à augmenter la confiance du personnel soignant sont déjà appliquées sur le terrain. Ci-dessous, en voici deux que nous trouverions particulièrement pertinentes.

La première est de permettre aux professionnels de se former à l'accompagnement de situation de deuil, selon leurs besoins et leurs désirs. Les employeurs peuvent, par exemple, faciliter leur participation aux formations en apportant un soutien financier à l'inscription. Laisser le choix aux professionnels de se former ou non permettrait de viser les personnes les plus impliquées dans ce domaine et réduirait ainsi les coûts institutionnels. Les professionnels ainsi formés peuvent devenir des référents qui accompagneraient et conseilleraient les autres membres de l'équipe lorsqu'ils sont confrontés à une mortinaissance.

La deuxième est de créer un espace d'échange pour les soignants autour de la mortinaissance. Cet échange pourrait se faire dans le contexte d'un colloque rassemblant tous les protagonistes ayant participé à la prise en charge de la mortinaissance afin d'échanger, dans un climat de confiance, les expériences et les vécus de chacun et revoir éventuellement certaines actions.

X. CONCLUSION

Dans la société actuelle, la mortinaissance est un phénomène répandu et complexe. En tant que professionnel de la santé, l'accompagnement de cette étape de vie n'est pas sans difficulté. C'est pourquoi nous nous sommes donc interrogées sur l'impact de l'accompagnement des soignants lors de la rencontre entre le couple et l'enfant ainsi que ses effets sur l'anxiété, la dépression, le SSPT et le vécu parental.

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une revue de littérature en nous basant sur les données scientifiques de cinq articles que nous avons analysés. Malgré diverses limites à considérer lors de l'analyse des études et de la rédaction de la revue de littérature, plusieurs concepts pertinents pour notre pratique ont été mis en avant.

Le corps mort d'un enfant peut être source de peur et d'appréhension pour les parents. La vision des malformations par les mères pourrait donc influencer leur vécu psychique. De manière générale, voir et porter l'enfant mort-né semblent avoir des répercussions positives sur la santé psychique de la mère. Cependant, cette rencontre peut avoir un effet inverse lors d'une grossesse ultérieure et, pour les mères ayant porté leur enfant, cet effet peut se prolonger à une année post-partum. Une autre variable qui semblerait avoir un impact positif sur la santé psychique maternelle est le fait d'avoir passé suffisamment de temps avec l'enfant. Néanmoins, plusieurs variables telles qu'un antécédent d'IVG, la multiparité et l'intervalle de temps entre la mortinaissance et la grossesse suivante seraient corrélées à plus de troubles psychologiques. De manière générale, ces variables sont difficilement isolables. Pour confirmer davantage ces faits et les investiguer, de nouvelles études pourraient être réalisées.

Dans la pratique, le rôle du soignant lors d'une mortinaissance consisterait à informer le couple des possibilités de prises en soin, de le soutenir dans ses choix, de l'accompagner durant l'hospitalisation et de l'informer sur les réseaux existants. De plus, une prise en charge à court et à long terme adaptée à chaque couple devrait être aménagée.

Pour élargir notre regard à une prise en charge plus globale, il serait intéressant d'approfondir le vécu du père et l'impact de la mortinaissance sur la famille, peu investigués dans la littérature.

A l'issue de cette revue, nous espérons permettre une prise de conscience concernant la complexité qu'est la mortinaissance ainsi que de l'importance de continuer à se questionner, à réfléchir, à en parler pour dépasser ce tabou.

XI. BIBLIOGRAPHIE

Liste de références bibliographiques

Académie Française. (1986). *Deuil*. Accès <http://www.la-definition.fr/definition/deuil>

Agence de la santé publique du Canada. (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Accès <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/fcm-smp/index-fra.php>

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). Washington : American Psychological Association.

Art. 9 de l'ordonnance sur l'état civil du 28 avril 2004 (Etat le 1er janvier 2015) (=OEC ; RS 211.112.2).

Bacqué, MF. (2000). *Le deuil à vivre*. Paris: Odile Jacob.

Barr, P. & Cacciatore, J. (2008). Problematic emotions and maternal grief. *Omega édition 2007*. Doi: 56:331e48.

Beauchamp, T. & Childress, J. (1979). Principles of Biomedical Ethics. *Medical Ethics*, (28), 332.

Beauregard, L. & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*, (3), 55-76.

Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss : current status and future directions. *Professional Psychology Journal : Research and Practice*, 36(2), 180-187.

Berkman, L.F. & Syme, L.S. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. *Social Support and Health Journal*, (17), 241-262.

Bertera, E.M. (2005). Mental health in U.S. adults: The role of positive social support and social negativity in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, (22), 33-48.

Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Médecine et hygiène*, 13(2), 96.

Cacciatore J. (2011). *Psychosocial care*. Hoboken NJ: Spong C.

Cacciatore, J. (2010). The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Social Work Health*, (49), 134-148.

Cacciatore, J. (2012). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medecine*, (18), 76-82.

Cacciatore, J. & Flint, M. (2012). Mediating grief: postmortem ritual after a child's death. *Loss Trauma*, (17), 158-172.

Cacciatore, J., Rådestad, I. & Froen, JF. (2008). Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth*. Doi: 35:313e20.

Calderon-Margalit, R., Friedlander, Y. & Yanetz, R. (2010). Late stillbirths and long-term mortality of mothers. *Obstetrics & Gynecology*, (109), 1301-1308.

Capponi, I. (2007). Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles? *Dialogue: le couple et la famille*. Doi: 10.3917/dia.175.0115.

Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, (98), 310-357.

Cohidon, C. (2007). Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités ». Accès

http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/prevalence_sante_mentale.pdf

Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. & Scrimshaw, S.C.M. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates with birth outcome and post-partum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243-1258.

Condon, J. (1986). Management of established pathological grief reaction after stillbirth. *Psychiatry*, (143), 987-992.

Confédération suisse - Office fédérale de la statistique. (2015). *Mouvement de la population Indicateurs naissances et accouchements*. Accès

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/01.html>

Creedy, DK., Shochet, IM. & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth*, (27), 104–111.

Coulehan, J. (2009). Compassionate solidarity: suffering, poetry, and medicine. *Perspective in Biology and Medicine*, (52), 585-603.

Cunningam, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D. & Spong, C. (2009). *Williams Obstetrics (21st ed.)*. Accès

<http://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookId=350>

Davis, D., Stewart, M. & Harmon, R. (1988). Perinatal loss: providing emotional support for bereaved parents. *Birth*, (15), 242-246.

Davis-Floyd, R. (2014). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Gynecology & Obstetrics*, (75), 5-23.

Dayan, D. (2005). *Audiences and publics: when cultural engagement matters for the public sphere cultural studies intellect*. Accès

<http://www.lse.ac.uk/media@lse/WhosWho/AcademicStaff/SoniaLivingstone/pdf/SoniaLivingstone-audience-ebook.pdf>

De Caroli, ME. & Sagone, E. (2014). The Experience of Pre- and Post-partum in Relation to Support, Stress, and Parenthood Representation. *Procedia - Social and Behavior Sciences*, (116), 697-702.

DeFrain, J., Martens, L., Stork, J. & Stork, W. (1990). The psychological effects of a stillbirth on surviving family members. *Omega*. Doi: 22:81e108.

Dennis C.L. & Creedy, D. (2007). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane review*. Accès

<http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD001134.pdf>

Dépression.ch. (2015). *Dépression.ch*. Accès

<http://www.depression.ch/fr/hintergrundinfos/angehoerige.php>

De Ville, E., O'Reilly, A. & Callahan, S. (2013). Role of the partner in coping strategies used by women after miscarriage. *Elsevier Masson SAS*. Doi:10.1016/j.psfr.2012.09.005.

Dumoulin, M. (2003). *La mort périnatale: accompagnement à l'hôpital des familles endeuillées*. Espace éthique. Accès

<http://www.espace-ethique.org/ressources/article/la-mort-p%C3%A9rinatale-accompagnement-%C3%A0-lh%C3%B4pital-des-familles-endeuill%C3%A9es>

Engelhard, I., Van den Hout, M. & Schouten, E. (2006). Neuroticism and low educational level predict the risk of post traumatic stress disorder in women after miscarriage and stillbirth. *General Hospital Psychiatry*. Doi: 7:414e7.

Englehardt, HT. (1996). *The foundation of bioethics*. New York: Oxford University Press.

Engler, A. & Lasker, J. (2000). Predictors of maternal grief in the year after newborn death. *Illness, Crisis and Loss*, (8), 227-243.

Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J. & Rådestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mother's feelings in relation to how their babies were presented to them after birth - Findings from an online questionnaire. *Midwifery*, (3), 246-250.

Fédération Suisse des Sages-Femmes (FSSF). (1994). *Le code international de déontologie des sages-femmes*. Accès

http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnld//CD2008_001%20FRE%20Code%20de%20Deontologie%20International%20pour%20les%20Sages-Femmes.pdf

Forrest, GC., Standish, E. & Baum, JD. (1982). Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *BMJ*, (285), 1475.

Fox, R., Pillai, M., Porter, H. & Gill, G. (1997). The management of late fetal death; a guide to comprehensive care. *Obstetrics & Gynecology*, (104) 4-10.

Froen, J., Cacciatore, J., McClure, E., Kuti, O., Jokhio, A., Islam, M. & Shiffman, J. (2011). Stillbirths: why they matter. *The Lancet*, (377), 1353-1366.

Gendre, A. (2013). *Pertes et deuils, processus de deuil et accompagnement en maternité, suivi de réflexions en lien à la dimension spirituelle*. [Support de cours]. Genève. Heds.

George, L. (2005). L'accouchement. *hebamme.ch*, (6), 46.

Glazier, RH., Elgar, RJ., Goel, V. & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Obstetrics & Gynecology*, (25),247–255.

Gouy-Masure, C. (2012). *Deuil périnatal: du choc de l'événement à l'état de stress post traumatique*. (Thèse. Faculté de médecine Henri Warembourg). Accès <http://gedscd.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2008e555-40a8-4d4f-8d08-e4debe646302>

Gravensteen, I.K., Helgadottir, L.B., Jacobsen, E.M., Rådestad, I., Sandset, P.M. & Ekeberg, O. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ*. Doi:10.1136/bmjopen-2013-003323.

Green, M. & Solnit, A. (1964). Reactions to the threatened loss of a child: a vulnerable child syndrome. *Pediatrics*. Doi: 34:58 66.

Hardy, P. (2006). *Deuil normal et pathologique, cours de psychiatrie et de psychologie médicale du CHU Angers*. Accès <http://psyfontevraud.free.fr/cours/70-deuil.htm>

Harper, M., O'Connor, R. & O'Carroll, R. (2011). Increased mortality in parents bereaved in the first year of their child's life. *BMJ*, (1), 306-309.

Hohlfeld, P. & Marty, F. (2011). *Livre de l'interne d'obstétrique 4ème édition*. Paris: Lavoisier.

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2015). *A vous qui venez de perdre votre bébé*. Accès www.hcuge.ch/~infotec/rapport_activite_2004/.../HUG_PerteBebe.pdf

Huang, L., Sauve, R., Birkett, N., Fergusson, D. & Van Walraven, C. (2008). Maternal age and risk of stillbirth : a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 178(2), 165-172

Hughes, P., Turton, P. & Hopper, E. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*. Doi: 13;360(9327):114-8.

Hughes, P., Turton, P. & Hopper, E. (2001). Disorganized attachment behavior among infants born subsequent to stillbirth. *Child Psychology*, (42), 791-801.

Hutti, M. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Obstetrics & Gynecology*. Doi: 34:630e8.

Institut national de santé publique Québec. (2015). *Le portail d'information prénatale*. Accès <http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/deces-et-deuil-perinatal>

Jeanrichard, B. (2006). *Deuil périnatal et reconstruction*. Accès http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2006-5-34.pdf

JTA. (2001). *Mort foetale in utéro et l'après mort foetale*. Accès http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=805

Kavanaugh, K. & Hershberger, P. (2005). Perinatal loss in low-income African American parents. *Obstetrics & Gynecology*. Doi: 34:595–605.

Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., Baust, K. & Wagner, B. (2006). Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: pilot data from a randomized controlled trial. *Archs Women's Mental Health*. Doi: 14:465e77.

Klüber-Ross, E. & Kessler, D. (2011). *Sur le chagrin et sur le deuil*. Paris: Pocket Spiritualité.

La-depression.org. (2015). *La dépression*. Accès <http://www.la-depression.org/index.php/comprendre-la-depression/consequences-et-effets-de-la-depression/cout-socio-economique-de-la-depression>

Lasker, J.N. & Toedter, L.J. (1994). Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss. *Death Studies*, (18), 41–64.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.

Le Grand-Séville, C. (2001). Les deuils d'enfants : de la conception à la naissance, les pratiques rituelles. *L'Esprit du temps*, (119), 39-45.

Lewis, E. & Page A. (1978). Failure to mourn a stillbirth: an overlooked catastrophe. *Medical Psychology*, (51), 237–241.

Lewis, E. (1978). The management of stillbirth: coping with an unreality. *Lancet*, (2), 619–620.

Lewis, E. (1979). Mourning by the family after stillbirth or neonatal death. *Archives of Disease in Childhood*, (54), 303–306.

Liabsuetrakul, T., Vittayanont, A. & Pitanupong, J. (2007). Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *Obstetrics & Gynecology*, 33(3), 333-40.

Lichtenhal, W., Currir, J., Neimeyer, R. & Keese, N. (2010). Sense and significance: a mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Clinical Psychological*, (66), 791-812.

Lovell, A. (1983). Some questions of identity: late miscarriage, stillbirth, and perinatal loss. *Social Science Medical*. Doi: 17:755e61.

Métraiiller, J. (2006). *Mourir avant de naître*. Krankenpflege soins infirmiers. Accès http://www.agapa-suisseromande.ch/00_donnees_utilisees/02_contenu/S54_56.pdf

Murphy et al. (2003). Late intrauterine fetal death and stillbirth. *Obstetrics & Gynecology*, (189), 861–73.

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *NICE clinical guidelines*. Accès <http://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/nice-clinical-guidelines>

Nkoum, BA. & Feugang, JR. (1996). *Éthique professionnelle des infirmiers(es)*. Accès <http://rds.refer.sn/IMG/pdf/ETHIQUEINFIRMIERCAMEROUN.pdf>

O'Hara, MW. & Swain, AM. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta analysis. *International Review Psychiatry*, (8), 37–54.

Office fédéral de la statistique. (2015). *Naissances et accouchements*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/01.html>

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *La dépression en Europe: faits et chiffres*. Accès <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures>

Oulai, S., Cissé, L., Enoh, J., Yao, A., Maho, S. & Andoh, J. (2007). *Vécu psychologique des mères de nouveau-nés malformés dans le centre hospitalier et universitaire de Treichville*. Accès <http://www.em-consulte.com/article/152194/vecu-psychologique-des-meres-de-nouveau-nes-malfor>

Poletti, R. & Dobbs, B. (2001). *Vivre le deuil en famille. Des pistes pour traverser l'épreuve*. Langres - Saints-Geosmes: Saint-Georges éditions.

Poletti, R. & Dobbs, B. (1993). *Vivre son deuil et croître*. Saint-Julien-en-Genevois : Éditions Jouvence.

Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G. & Sjögren, B. (1996). Stillbirth is no longer managed as a non event: a nationwide study in Sweden. *Birth*, (23), 209–215.

Raphael, B., Minkov, C. & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. *United States American Psychological Association*, (15), 587–612.

Razurel, C. (2012). *Soutien social dans la période post natale*. [Support de cours]. Genève. Heds.

Razurel, C., Desmet, H. & Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping: quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ?. *Recherche en soins infirmiers*, (106), 47-58.

Razurel, C. & Kaiser, B. (2015). The role of social support satisfaction on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women & Health*. DOI: 10.1080/03630242.2014.979969

Razurel, C. (2011). L'entretien psycho-éducatif. [Support de cours]. Genève. Heds.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (1985). *Report of the RCOG working party on the management of perinatal deaths*. London Chameleon Press. Accès http://www.pennybooks.org/p8rk4_report-of-the-rcog-working-party-on-the-management-of-perinatal-deaths-pdf.pdf

Ryan, R. (1997). Loss in the neonatal period: Recommendations for the pediatric health care team. *Woods JR*, (2), 125–57.

Ryninks, K., Robert-Collins, C., McKenzie-McHarg, K. & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *Biomed Central*. Doi:10.1186/1471-2393-14-203.

Saflund, K., Sjogren, B. & Wredling, R. (2004). The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents. *Birth*, (31), 132-137.

Shreffler, K., Hill, T. & Cacciatore, J. (2012). The impact of infertility, miscarriage, stillbirth, and child death on marital dissolution. *Divorce Remarriage*. Doi: 53:91e107.

Sisay, MM., Yirgu, R., Gobeze, Y., & Sibley, LM. (2014). A qualitative study of attitudes and values surrounding stillbirth and neonatal mortality among grandmothers, mothers, and unmarried girls in rural Amhara and Oromiya regions, Ethiopia: unheard souls in the backyard. *Midwife Women's Health*, (59), 110–17.

Société Canadienne de Pédiatrie. (2001). Des directives pour les professionnels de la santé qui soutiennent des familles après un décès périnatal. *Pediatrics & Child Health*, 6(7), 481-490.

Société Suisse de Thérapie Comportementale et Cognitive. (2015). *Trouble de stress post traumatique*. Accès <http://www.sgvt-sstcc.ch/fr/conseils-pour-patients/troubles-psychiques-des-adultes/trouble-de-stress-post-traumatique/index.html>

Sophiahemmet University. (2013). *Ingela Rådestad: Fler barn kan räddas till livet*. Accès http://www.shh.se/visa_2013.asp?titel=&sida=595&personal_ID=89

Spector, R. & Daga, S. (2008). Preventing those so-called stillbirths. *Bulletin of the World Health Organization*, (86), 241-320.

Surkan, P.J., Rådestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G. & Dickman, P.W. (2008). Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: a brief report. *Birth Journal*, 35(2), 153-157.

Swanson, K.M., Karmali, Z.A., Powell, S.H. & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss : women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, (65), 902-910.

Terry, D.J., Longe, L. & Callan, V.J. (1995). Employee adjustment to stress : the role of coping resources, situational factors and coping responses. *Anxiety, Stress and Coping*, (8), 1-24.

Tournebise, T. (2011). *Le deuil: comprendre et accompagner*. Accès <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/deuil.htm>

Trulsson, O. & Rådestad, I. The silent child - Mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth*, 31(3), 189–195.

Turton, P., Badenhorst, W. & Pawlby, S. Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: a case-control follow-up study. *Child Psychology Psychiatry*, (50), 1451–8.

Turton, P., Hughes, P., Evans, C.D. & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 178(6), 556-560.

Van Aerde, J. (2001). Des directives pour les professionnels de la santé qui soutiennent des familles après un décès périnatal. *Paediatrics and Child Health*, 6(7), 481-490.

Vance, J., Boyle, F., Najman, J. & Thearle, M. (2002). Couple distress after sudden infant or perinatal death: a 30-month follow up. *Pediatrics Child Health*, (38), 386-372.

Vaux, A. (1988). Social support: Theory, research, and intervention. *Praeger Publishers*, (14), 346.

Weber, K., Girard, E., Canuto, A., Torna, S., Bonnet, J. & Epiney, M. (2014). Etre là quand on ne peut rien faire: accompagnement du deuil périnatal. *Revue Medicale Suisse* 2014, (417), 390-392.

West, CP., Tan, AD., Habermann, TM., Sloan, JA. & Shanafelt, TD. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, (302), 1294-300.

World Health Organization. (2015). *Stillbirths*. Accès
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/ 13.1.15

Xie, RH., He, G., Koszycki, D., Walker, M. & Wen, SW. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of Epidemiology*, 19(9), 637-643.

Zech, E. (2013). *Psychologie du deuil: Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Accès
https://books.google.ch/books?id=XTDWAQAAQBAJ&pg=PP1&lpg=PP1&dq=Psychologie+d+u+deuil:+Impact+et+processus+d%27adaptation+au+d%C3%A9c%C3%A8s+d%27un+proche,+Emmanuelle+Zech&source=bl&ots=z4bg7naycj&sig=Bxcl94vB-hSb3SfKmJ21X3fcr0k&hl=fr&sa=X&ved=0CCsQ6AEwAmoVChMli-K_963fxglVQa8UCh1bmQRt#v=onepage&q=Psychologie%20du%20deuil%3A%20Impact%20et%20processus%20d'adaptation%20au%20d%C3%A9c%C3%A8s%20d'un%20proche%20C%20Emmanuelle%20Zech&f=false

Liste bibliographique

Association Médicale Mondiale. (1964). *La déclaration d'Helsinki : Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*. Accès
http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/17c_fr.pdf

Doka K. (1993). *Living with life-threatening illness: a guide for individuals, families, and caregivers*. Lexington, MA: Lexington Books.

Foes, A. (1838). *Oeuvres d'Hippocrate*. Paris: De Pierer.

Fondation des maladies mentales. (2015). *Le trouble de stress post traumatique*. Accès
<http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/la-maladie-mentale.html?t=2&i=7>

Galea, S., Nandi, A. & Vlahov, D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiology Review*, (27), 78-91.

Geberowicz, B. & Barroux, C. (2005). *Le baby-clash : Le couple à l'épreuve de l'enfant*. Paris: Albin Michel.

GERS. (2015). *GERS: Groupe d'Etude et de Recherche Sociales*. Accès <http://gers-sociologie.fr/index.html>

Halbesleben, J. & Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes. *Health Care Management Review*, (33), 29-39.

Hamelin-Brabant, L., De Montigny, F., Deshaies, MH., Mbourou Azizah, G., Bouliane, M.B., Borgès Da Silva, R., Comeau, Y. & Mallet, M. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits*. Centre de recherche du CHU de Québec. Accès http://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/projet_crp_rapport_v1_final.pdf

Hottois, G. & Parizeau, MH. (1993). *Les mots de la bioéthique*. Bruxelles: De Boeck.

Kenneth G. & Evans, B.S. (2006). *Consent: a guide for Canadian Physicians*. Association canadienne de protection médicale. Accès <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/consent-a-guide-for-canadian-physicians>

Rådestad I, Steineck G, Nordin C, Sjögren B. (1996). Psychological complications after stillbirth - influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ*, (312), 1505-1508.

Rowe-Murray, HJ. & Fisher J. Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *Obstetrics & Gynecology*, (108), 1068-075.

Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council. (1947). *Nuremberg Code*. Washington D.C: U.S. Government Printing Office.

Wikipedia. (2015). *National Institute for Health and Care Excellence*. Accès http://en.wikipedia.org/wiki/National_Institute_for_Health_and_Care_Excellence

XII. ANNEXES

Annexe I : Hughes, P., Turton, P. & Hopper, E. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet*. Doi: 10.1016/S0140-6736(02)1114-8

Annexe II : Surkan, P.J., Rådestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G. & Dickman, P.W. (2008). Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: a brief report. *Birth*, 35(2), 153-157.

Annexe III : Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J. & Rådestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mother's feelings in relation to how their babies were presented to them after birth - Findings from an online questionnaire. *Midwifery* 29, (3), 246-250.

Annexe IV : Gravensteen, I.K., Helgadottir, L.B., Jacobsen, E.M., Rådestad, I., Sandset, P.M. & Ekeberg, O. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ Open*. Doi:10.1136/bmjopen-2013-003323.

Annexe V : Ryninks, K., Robert-Collins, C., McKenzie-McHarg, K. & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *Biomed Central*. Doi:10.1186/1471-2393-14-203.