

Mourir avant de n'être : et l'infirmière dans tout ça ?

Travail de fin d'étude validant les UE :

3.4. S6 Initiation à la démarche de recherche

5.6. S6 Analyse de la qualité des données scientifiques et
professionnelles

6.2. S6 Anglais

5.7. S6 Module optionnel



IFSI Bertrand Schwartz

NOTE AUX LECTEURS :

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

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier Dominique Philippe, ma formatrice et ma guidante, pour toute son aide et son soutien durant mes 3 années de formation, mais aussi et surtout, pour tout le temps qu'elle a pris pour m'aider à réaliser mon mémoire.

Je remercie aussi mes amies de la formation, qui ont fait en sorte d'améliorer ma vie chaque jour et grâce à qui j'ai vécu une des plus merveilleuse périodes de celle ci.

Je remercie mon petit ami, présent à chaque fois que je baissais les bras, pour me relever et m'encourager.

Je tiens surtout à remercier ma famille : ma sœur, pour son goût prononcé pour l'orthographe, mon père, pour ses encouragements et sa confiance en moi et ma mère, pour ses nombreuses heures au téléphone à me reconforter ou ses nombreux colis dans les coups durs, ainsi que pour sa présence sans faille et pour n'avoir jamais douté de moi.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé à l'élaboration de mon mémoire, de près ou de loin, ainsi que tous les professionnels qui ont fait de moi, ce que je suis aujourd'hui.

Sommaire

Introduction	p.1
I) De la situation d'appel à la question de recherche	p.2
II) Le cadre conceptuel	p.5
1. Maternité et mort périnatale	p.5
1.1. La maternité, la grossesse	p.5
1.2. La mort périnatale	p.5
2. La prise en charge des parents à l'hôpital	p.6
3. Accompagner des parents endeuillés	p.9
3.1. L'aidé : les parents	p.9
3.2. L'aidant : l'infirmière en maternité	p.9
4. La relation d'aide, l'accompagnement	p.10
4.1. Définitions	p.10
4.2. Concepts dans la relation d'aide	p.12
4.3. Obstacles à la relation d'aide	p.13
4.4. L'infirmier face à la relation d'aide	p.13
4.4.1. Attitudes requises	p.13
4.4.2. Comment établir une relation d'aide	p.14
4.4.3. Compétences nécessaires de l'infirmier	p.15
4.5. Les ressources de l'infirmière	p.15
5. Construction de l'identité professionnelle	p.17
5.1. Être infirmière en maternité	p.17
5.2. Construction de l'identité professionnelle	p.18
5.2.1. L'histoire personnelle	p.18
5.2.2. L'expérience professionnelle	p.19
5.2.3. La formation en soins infirmiers	p.19
III) L'analyse de la situation	p.22
IV) La réflexion personnelle et professionnelle	p.30

V) **Conclusion** p.34

VI) **Bibliographie** p.36

Préambule

Lettre de la maman de Benjamin, mort à 28 semaines d'aménorrhée, à la maternité :

« Bonjour,

Je me permets de vous écrire afin de vous faire part de mon expérience lors de mon interruption médicale de grossesse dans votre hôpital. En effet, le 17 juin 2009 moi et mon conjoint avons du subir probablement la plus dure épreuve de notre vie : le décès de notre enfant.

Au début nous avons eu affaire à d'excellentes infirmières : Andrée, Chantal et la stagiaire Geneviève. Très humaines, à l'écoute, disponibles, toujours prêtes à renseigner et soutenir... Mais malheureusement mon accouchement s'est prolongé au-delà de leur horaire de travail! Ce fut le début d'une profonde solitude. Effectivement la nouvelle infirmière qui me prenait en charge

n'avait aucune capacité d'empathie, ne semblait pas être capable de nous comprendre, ni de nous soutenir... Attention, je ne mets pas en question ses capacités en tant qu'infirmière ni en tant qu'être humain mais plutôt je mets en question le choix de cette infirmière pour m'accompagner... Il était très évident qu'elle n'en était pas capable!

Chantal m'avait bien préparée à l'expulsion de mon bébé, même si je redoutais ce moment je me sentais prête car elle m'avait mise en totale confiance. Elle m'avait dit que l'infirmière allait le prendre, le laver et ensuite l'habiller pour finalement me le donner dans les bras... Donc je m'imaginais ce moment de cette façon... Mais ce n'est pas du tout ce qui est arrivé! Lors de l'expulsion la remplaçante a prit mon bébé et la mit dans une boîte de plastique blanche avec un couvercle!!! Alors que je lui avais mentionné que je désirais le voir... J'étais triste, sous le choc mon petit bébé que je voulais prendre et aimer quelques instants avait été mis en boîte!!! Bref j'ai fini

par le demander et elle me l'a donné tel quel dans les mains... Ensuite moi et mon mari pleurons à chaudes larmes avec notre bébé ... Personne ne nous a soutenu. La remplaçante restait assise sur sa chaise à regarder fixement le mur...J'avais même quasiment le sentiment de déranger. Nous, nous sentions tellement seuls. Personne n'était là pour nous reconforter, pour nous expliquer, pour nous soutenir. Ce fut l'horreur psychologiquement...

Personne ne mérite de vivre cela de cette façon. Et ce fut ainsi pour tout dès le changement d'équipe...

Le mal est fait, comme nous sommes marqués, ma lettre n'est pas pour réclamer quoi que ce soit mais pour vous dire : De grâce faites attention! Une interruption médicale de grossesse est quelque chose de très traumatisant et ne mettez pas n'importe qui aux chevets des pauvres parentes qui doivent passer par là... »

Le mal est fait, comme nous sommes marqués, ma lettre n'est pas pour réclamer quoi que ce soit mais pour vous dire : De grâce faites attention! Une interruption médicale de grossesse est quelque chose de très traumatisant et ne mettez pas n'importe qui aux chevets des pauvres parentes qui doivent passer par là... »

Le mal est fait, comme nous sommes marqués, ma lettre n'est pas pour réclamer quoi que ce soit mais pour vous dire : De grâce faites attention! Une interruption médicale de grossesse est quelque chose de très traumatisant et ne mettez pas n'importe qui aux chevets des pauvres parentes qui doivent passer par là... »

Le mal est fait, comme nous sommes marqués, ma lettre n'est pas pour réclamer quoi que ce soit mais pour vous dire : De grâce faites attention! Une interruption médicale de grossesse est quelque chose de très traumatisant et ne mettez pas n'importe qui aux chevets des pauvres parentes qui doivent passer par là... »

Introduction :

Durant ma formation en soins infirmiers, j'ai effectué un stage en maternité et j'ai été face à la situation d'une mère confrontée à la mort périnatale.

Cette situation m'a interpellée. En effet, dans quelques mois, je serais infirmière et je souhaite travailler auprès des nouveaux nés. Je serais sûrement confrontée à des situations similaires de mort périnatale. Je me suis interrogée sur ma capacité à accompagner des parents confrontés au décès d'un nouveau-né car je me suis sentie complètement démunie.

Je me suis interrogée sur l'importance d'avoir une expérience professionnelle dans l'accompagnement des parents face au décès post natal : l'expérience d'une infirmière confrontée fréquemment à des décès périnataux est-il nécessaire pour mener un accompagnement de qualité ? L'histoire personnelle a-t-elle une influence sur la qualité de l'accompagnement ?

Après plusieurs réflexions, recherches et d'après mon questionnement, j'ai dégagé une problématique.

Dans un premier temps, j'ai défini les concepts de maternité et de mort périnatale afin de démontrer l'importance d'accompagner efficacement les parents confrontés à cette situation. Dans un second temps, j'ai expliqué la manière dont l'infirmière se devait de prendre en charge ce couple. Ensuite, j'ai mis en avant les sujets principaux de cet accompagnement : l'aidé et l'aidant. J'ai alors défini le concept de relation d'aide et d'accompagnement. Enfin, j'ai défini l'identité professionnelle, afin de démontrer son influence indispensable dans l'accompagnement.

Ce cadre conceptuel m'a alors permis d'acquérir les connaissances nécessaires à analyser ma situation ; ainsi j'ai pu mettre en exergue des éléments indispensables à la compréhension de celle-ci. Grâce à ce travail, j'ai pu dégager ma réflexion personnelle et professionnelle et enfin, le conclure.

I) De la situation d'appel à la question de recherche

Étudiante en 2^{ème} année en soins infirmiers dans un service de maternité, je travaille ce jour de 13h15 à 20h15 en collaboration avec 2 sages femmes, 2 infirmières, 1 aide soignante, 1 auxiliaire de puériculture et un gynécologue obstétricien.

Mme X., 28 ans, enceinte de 34 semaines, est admise en service de maternité pour menace d'accouchement précoce. En effet, elle est venue dans le service car d'après elle, elle a d'importantes métrorragies et ne sent plus les mouvements de son bébé. Après examen, l'obstétricien dit à Mme X, « que c'est mauvais signe » et qu'elle doit aller d'urgence au bloc opératoire. Elle semble perdue et alarmée. Il lui explique que les battements cardiaques de son bébé sont faibles, et qu'il doit pratiquer de toute urgence une césarienne. A son réveil, le gynécologue obstétricien, accompagné de l'infirmière de la salle de réveil et de son mari, annonce le décès du bébé à Mme X., probablement due à une infection contractée au cours de la grossesse.

L'infirmière de la salle de réveil lui dit : « *Mme X., votre bébé a apparemment contracté une infection lors de votre grossesse. Je vais vous épargner pour l'instant les explications médicales. Mme X., votre bébé est mort. Il repose dans une autre pièce, en attendant que vous soyez prête à lui rendre visite, vous et votre mari. Pour l'instant, vous venez de vous réveiller. Mes paroles sont dures à enregistrer pour vous. Je vais vous laisser seule avec votre mari. Je repasserai plus tard. Sachez que l'équipe soignante est présente et prête à vous accompagner vous et votre mari dans cette épreuve* ». Mme X et son mari pleurent, s'enlacent et remercient l'infirmière.

Après 3 heures, Mme X a demandé à voir son bébé. L'infirmière est allée chercher le bébé qui était habillé d'un pyjama rose, d'un bonnet blanc, de chaussettes blanches et reposait comme endormi dans un couffin, bordé par une couverture. L'infirmière a demandé à Mme X si elle voulait le prendre sur elle et elle a demandé à son mari si c'était lui qui voulait lui apporter. Le couple a accepté. L'infirmière a tendu le bébé à Mr X. qui l'a pris avec douceur pour l'apporter à Mme X, déjà mi – assise. L'infirmière a quitté la pièce, en les laissant seuls. Après 1h, le couple a appelé l'infirmière. Elle est revenue rapidement avec un appareil photo afin de proposer une photo, « pour mettre dans l'album de famille ». Les parents ont accepté en répondant « qu'elle était magnifique ». L'infirmière était souriante, calme et douce.

Pendant les jours qui ont suivi le décès du bébé, l'équipe a été très attentive au couple X. Avec leur accord, ils ont fait venir un psychologue et un assistant des services funéraires, pour aider le couple à organiser les funérailles et les assister dans les démarches administratives. Le médecin à quant à lui, leur a proposé de faire une autopsie du bébé, « afin de connaître les circonstances du décès » de celui ci. Ils ont accepté.

A la sortie de Mme X, le couple a dit qu'il ne pourrait jamais autant remercier l'équipe pour le soutien qu'elle leur a apporté.

Face à cette situation, je me suis posée plusieurs questions :

2. L'histoire personnelle et/ou l'expérience professionnelle de l'infirmier influencent – elles l'efficacité de l'accompagnement des parents ?
3. Prendre des photos du nouveau-né décédé a-t-il un but thérapeutique ou autre ? Est-ce à l'infirmière de proposer aux parents de faire une photo du bébé décédé?
4. Doit-on dans tous les cas proposer aux parents de voir leur bébé ou enfant décédé ?
5. Comment prendre en charge sur une hospitalisation courte, l'accompagnement des parents devant le décès d'un enfant?
6. Quelles sont les limites de l'infirmier lors de l'accompagnement ?
7. Qu'elle influence a l'infirmière dans le travail de deuil des parents ?
8. Qu'elle est la place de l'infirmière lors de l'annonce d'un décès d'un nouveau-né au sein d'un service de maternité ?
9. Quels outils peuvent être mis en place afin d'observer et d'évaluer la « bonne prise » en charge de l'accompagnement des parents dans une hospitalisation courte ?

Suite à mon questionnement, j'ai dégagé cette problématique :

En quoi l'histoire personnelle et/ou l'expérience professionnelle de l'infirmier influent sa capacité à accompagner efficacement un couple face au décès d'un nouveau-né ?

II) Cadre de références

1. **Maternité et mort périnatale**

1.1. La maternité, la grossesse:

Dans notre société actuelle, avoir un enfant est souvent un acte désiré, choisit, réfléchi et non subi. En effet, la contraception, l'avancé des techniques en matière de procréation médicalement assistée et l'efficacité des traitements contribuant à réduire l'infertilité ont largement permis à des couples ou des femmes, de parfois, programmer leur grossesse.

On reconnaît alors l'émergence d'un désir d'enfant conscient : le couple va mettre en route un véritable projet de vie. La futur maman va choisir d'arrêter sa contraception, de calculer sa période d'ovulation ou simplement, d'attendre que le test de grossesse affiche « positif ». Une fois que la grossesse est confirmée médicalement, le couple va commencer à se sentir parent. L'enfant, par le biais d'échographie prénatales en 3D, va devenir réel aux yeux de ceux ci : il est devenu un être à part entière. Ils vont alors l'imaginer, informer leur entourage de cette future grossesse, choisir un prénom, acheter vêtements et jouets et préparer une chambre.

Les futurs parents vont alors imaginer cet enfant : est ce qu'il aura les yeux de son papa? Est ce qu'il aura la bouche de sa maman ? Est ce qu'il fera rapidement ses nuits ? Est ce que ça sera un gros dormeur ? Ou au contraire, un bébé actif? Toutes ces interrogations leurs permettent de se projeter dans l'avenir, de faire de ce fœtus, un enfant réel.

La naissance est devenue un aboutissement d'une vie anténatale et non plus le début d'une existence.

1.2. La mort périnatale:

« L'OMS définit la mort périnatale comme le décès survenu au cours de la période périnatale, laquelle commence à 22 semaines après le début de la gestation et se termine 7 jours révolus après la naissance¹ ».

La mort périnatale désigne donc la mort en cours de grossesse, la mort durant l'accouchement, et la mort durant les quelques heures ou les jours qui suivent la naissance. La cause la plus fréquente est l'insuffisance en oxygène due à une anomalie du cordon ombilicale ou du placenta. On retrouve aussi des causes relatives à la mère comme l'hypertension, le diabète, la toxémie (alcool, drogue, médicaments), les infections contractées lors de la grossesse, des pathologies infectieuses (rubéole). L'avancée des nouvelles technologies en matière de réanimation néonatale, ainsi que les

¹. Organisation Mondiale de la Santé, CIM 10e ed., p134 – 135).

techniques modernes d'imagerie médicale ont permis de rendre la mort périnatale plus rare : en effet, on dénombre environ 5000 décès périnatals chaque année en France.

Suite à la définition des concepts de la maternité puis de la mort périnatale, on peut alors démontrer les conduites à tenir de l'équipe soignante à l'hôpital.

2. La prise en charge des parents à l'hôpital après le décès d'un nouveau né

La prise en charge des parents après le décès d'un nouveau-né va regrouper les différents actes, explications à donner et démarches sur la prise en charge post mortem du nouveau né. Elle devra être adaptée au service où s'est produit le décès, aux circonstances du décès, mais aussi à l'âge du nouveau né.

Tout d'abord, des précautions doivent être prises lors de l'annonce du diagnostic défavorable, dans la situation où le décès du bébé est soudain et entraîne culpabilité et choc. Le médecin va devoir expliquer aux futurs parents pourquoi et comment leur rêve s'arrête, brutalement. Ensuite, il va devoir expliquer de façon claire et précise, sauf cas d'urgence, le déroulement de l'accouchement ainsi que les principales conséquences pour la mère inhérentes à cet accouchement. Il va devoir aborder avec le couple la présentation ou non du bébé et le devenir de son corps.

L'infirmière, quant à elle, va devoir expliquer tous les soins qu'elle va pratiquer, ainsi que tous les appareils utilisés au couple. Elle peut utiliser la communication verbale ou non verbale : elle peut leur tenir la main ou les prendre dans les bras si elle sent que le couple en a besoin. Elle va devoir alors les observer, interpréter leurs gestes, leurs paroles, afin d'adapter son comportement et transmettre à l'équipe, les informations nécessaires à la prise en charge du couple au sein de la maternité. Elle doit montrer aux parents qu'elle est présente pour eux mais leur laisser une certaine intimité pour qu'ils puissent se retrouver ensemble. C'est là toute la difficulté de la prise en charge : l'infirmière, consciente de cette ambivalence, peut simplement leur demander ce qu'ils attendent d'elle tout en leur confirmant son entière disponibilité auprès d'eux. De plus, elle doit s'assurer que les parents ont bien compris la situation, les informations les plus importantes, le déroulement et le lieu de l'accouchement et doit pouvoir répondre à leurs questions en toute honnêteté.

Après l'expulsion, l'infirmière doit fournir des informations sur les caractéristiques physiques du bébé : sexe, poids, taille, couleur des cheveux et aspect général du bébé (malformations éventuelles,...). Elle doit faire preuve de délicatesse et choisir des mots adaptés et

des termes positifs pour ne pas choquer le couple, sans pour autant déformer la vérité.

La présentation de l'enfant mort né à la naissance peut être proposé au couple au sein de la maternité ; elle doit être favorisée afin de permettre d'amorcer le travail de deuil. Cette présentation doit être fait par un membre de l'équipe, volontaire, dès que le couple ou la mère se sentent prêt. La présentation doit être « humanisée », c'est à dire que le bébé doit être nettoyé et habillé. Il ne doit pas être lavé pour ne pas le refroidir et « *accentuer la couleur bleuâtre de la peau* »². Si les parents ont choisis un prénom, l'infirmière doit le mentionner autant que possible afin de faire de ce bébé, un être à part entière au sein de la famille.

De plus, l'équipe peut proposer à la famille de prendre en photo le bébé décédé, avec l'accord de la patiente. Les photos sont alors rangées dans le dossier médical, restant à la disposition du couple. Les parents peuvent aussi faire une empreinte de main ou de pieds, garder le bracelet de naissance, prendre une mèche de cheveux... Tout ceci dans le but de garder une trace du bébé, de montrer aux autres qu'il a existé et qui plus est, est primordiale en cas de non déclaration dans le livret de famille. L'infirmière présente laisse alors le couple seul avec leur bébé afin qu'ils puissent se retrouver dans l'intimité, face à leur douleur et leur tristesse mais leur indique comment la joindre dès qu'ils en auront envie.

Les parents doivent être informés du devenir du corps et des démarches administratives à entreprendre afin de ne pas retourner à leur domicile avec des doutes sur ce qu'est devenu leur bébé ou dans l'embarras de ne pas connaître les démarches administratives. Pour cela, l'infirmière attendra que les parents le demandent et qu'ils soient prêts à recevoir ce genre d'information.

De plus, l'infirmière doit informer la patiente des conséquences physiologiques qu'entraîne l'accouchement : possible montée de lait, douleur, saignements, retrait des fils ou agrafes... et doit observer l'impact psychologique qu'elles vont avoir sur la mère.

Durant l'hospitalisation de la patiente, l'infirmière va alors s'interroger sur les éléments qui vont entraver le travail de deuil des parents : antécédent de « fausse couche », antécédent de problème psychiatrique, le soutien de l'entourage, la relation conjugale dans le couple (problèmes conjugaux avant la perte du bébé, communication entre eux, soutien), problèmes du quotidien (problèmes financiers, licenciement, chômage, divorce), consommation d'alcool ou médicaments...

A la sortie de la patiente, il est nécessaire pour le couple d'avoir le maximum de document sur leur hospitalisation, une aide sur les formalités administratives et sur leur droit (congé paternité ou maternité, arrêt de travail), d'avoir eu une consultation psychologique ainsi que la mise en place d'un suivi à l'extérieur, aussi bien psychologique que médicale.

². Line Beudet et Francine de Montigny, « Lorsque la vie éclate », page 387

L'accompagnement met en évidence deux protagonistes nécessaires : un aidé et un aidant. Il m'est apparu comme nécessaire de les définir.

3. Accompagner des parents endeuillés

3.1. L'aidé : les parents

L'aidé, dans l'accompagnement dans le deuil, est ici le parent. Pour comprendre la complexité de cet accompagnement, il faut comprendre ce qu'est un parent.

Être parent, d'après le dictionnaire d'action sociale de 1995*, « désigne de façon très large la fonction d'être parent, en y incluant à la fois des responsabilités juridiques telles que la loi les définit, des responsabilités morales telles que la socio – culture les impose, et des responsabilités éducatives ». En clair, être parent est un statut qui impose des droits et des devoirs. La famille, quant à elle, est définie par le Larousse comme « l'ensemble des personnes qui ont des liens de parenté par le sang ou par alliance ».

3.2. L'aidant : l'infirmière en maternité

L'infirmière, en maternité, va être en plus grande partie, et heureusement d'ailleurs, confrontée à des situations de bonheur intense lié à la naissance d'un nouvel être et à la création d'une famille. Elle est présente dans ce qui représente un de plus merveilleux moments de la vie des parents, un bouleversement dont ils se souviendront à jamais. Le bonheur, qu'apporte une naissance, laisse souvent place à l'angoisse générée par la découverte de ce tout petit, de part sa fragilité, ses besoins, ses attentes. L'infirmière, en plus de son rôle en matière de gynécologie³, va alors rassurer, éduquer et apporter des connaissances sur ce nouvel être aux parents, lors de leur court séjour, avant qu'ils regagnent leur domicile. Elle est souvent face à des bébés en bonne santé, qui ne nécessitent pas de soins médicaux.

Or, dans de rares cas, il arrive que le bébé décède et que la mère soit prise en charge en hospitalisation afin de lui administrer les soins médicaux inhérents à cette grossesse inachevée ou à cet accouchement qui s'est mal terminé. L'infirmière, va être confrontée devant une situation douloureuse : la perte du bébé tant attendu, l'effondrement d'un rêve, le début du processus de deuil, remplaçant ce jour qui devait être si merveilleux. Elle est face à un réel traumatisme. Elle doit alors accompagner, sur une période courte, des parents endeuillés.

L'infirmière en maternité va devoir modifier son comportement en raison de cette activité différente de celle qu'elle a pour habitude. Elle doit accompagner des parents face à la mort de

³ Cf. 5. Construction de la posture professionnelle, Être infirmière en maternité

leur nouveau né. Devant cette situation rare, l'infirmière n'a pas forcément l'habitude, la connaissance du comportement adéquate. Cette situation peut aussi avoir des conséquences sur sa vie personnelle : choc, colère, tristesse et sentiment d'inutilité. Aider des parents à affronter la mort d'un nouveau né, pour le soignant, c'est aussi accepter de revenir sur son histoire personnelle, sur ses valeurs, ses croyances et ses émotions, afin de répondre au mieux aux besoins des parents. Cette situation peut la mettre face aussi à ses peurs, ses propres doutes, ou un drame similaire vécu antérieurement. Tous ces éléments vont altérer ou enrichir l'efficacité de l'accompagnement. Il est alors important pour l'infirmière de faire le point sur elle-même, sur son potentiel et sur ses limites, sur ses difficultés face à la mort et le deuil afin que ceux-ci puissent être mis à la disposition des parents et d'éviter de s'éloigner de ceux-ci, le déni d'un tel drame ou de s'identifier aux parents endeuillés.

Elle a alors besoin d'apport théorique, mais surtout d'un soutien psychologique afin de minimiser les répercussions de ce drame sur sa vie personnelle. Elle ne doit pas porter cela seule : le travail d'accompagnement de parent endeuillé est avant tout un travail d'équipe. La cohésion, le partage des informations, la communication au sein de celle-ci sera primordiale dans l'efficacité de l'accompagnement, mais aussi afin d'éviter l'altération de sa propre santé psychique.

L'infirmière en maternité va devoir conduire une relation d'aide dans son accompagnement. Mais, qu'est-ce qu'est la relation d'aide ?

4. La relation d'aide, l'accompagnement

4.1. Définitions:

La définition de relation est « deux éléments sont en relation l'un avec l'autre quand une action sur l'un, produit une incidence sur l'autre »⁴.

L'aide, « c'est apporter son concours à quelqu'un, joindre ses efforts aux siens dans ce qu'il fait ; lui être utile, faciliter son action »⁵.

La relation d'aide en soin infirmier est alors « la capacité que peut avoir un soignant à amener toutes personnes en difficultés à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation ».⁶

Ses objectifs pour l'aidé sont de lui permettre de traverser une épreuve, de résoudre une situation

⁴. Définition de « relation », Dictionnaire Petit Robert

⁵. Définition de « aide », Dictionnaire du Larousse

⁶. Définition de « La relation d'aide », soins – infirmiers.com

de vie actuellement ou potentiellement problématique et de permettre de trouver un fonctionnement personnel plus satisfaisant.

La relation d'aide est considérée comme un soin infirmier car elle permet de rassurer le patient, de réduire son anxiété, de l'aider à accepter et traverser une situation difficile. Assister et orienter par le soignant, elle va permettre au patient de trouver les solutions à la résolution de sa situation problématique sans pour autant lui donner des réponses. La relation d'aide se centre sur la personne et non sur le problème.

Confucius⁷ disait : « *Si tu rencontres un homme qui a faim, ne lui donne pas un poisson, mais apprends – lui à pêcher* ».

L'accompagnement, c'est donc le processus mis en place par le soignant afin de mener l'aidé, face à une situation d'adaptation ou de réadaptation, dans le but de lui permettre de trouver des solutions satisfaisantes au regard de la problématique que la situation engendre.

D'après le livre « Vivre son deuil et croître »⁸, il existe cinq caractéristiques pour un bon accompagnement : la présence paisible, la capacité d'écoute, la capacité d'offrir une aide pratique, la capacité d'empathie et la patience.

La relation d'aide et l'accompagnement vont de paires : une est l'outil essentiel au fonctionnement efficace de l'autre.

4.2. Concepts dans la relation d'aide:

Carl Rogers⁹, psychologue américain, a créé « l'approche centrée sur la personne ». Pour lui, chaque être humain a les ressources intérieures nécessaires à son développement personnel. Sa méthode est basée sur :

l'empathie : c'est « la capacité à manifester à l'interlocuteur que l'on comprend ce qu'il ressent intérieurement ». Pour l'aidé, cette capacité à montrer qu'il est profondément compris va créer les premières bases d'un climat de confiance.

la congruence et l'authenticité: énoncer son degré de disponibilité, de ressenti, être naturel en restant professionnel, prendre le temps d'écouter sans forcément chercher une réponse.

« Lorsque mon attitude reflète l'agacement que j'éprouve vis-à-vis de quelqu'un mais que je n'en suis pas conscient, ma communication comprend des messages contradictoires. »

⁷ Confucius, sage chinois (551 av JC - 479 av JC.), considéré comme le premier « éducateur » de la Chine.

⁸ Barbara Dobbs et Rosette Poletti, livre « Vivre son deuil et croître », page 144

⁹ Carl Rogers, psychologue américain (08/01/1902 – 04/02/1987),

Source web : <http://www.podcastscience.fm/dossiers/2012/11/20/psychologie-clinique-carl-rogers-1902-1987-et-lapproche-centree-sur-la-personne/>

l'écoute active : consiste à mettre en mots les émotions et sentiments exprimés par l'aidé. Elle permet de repérer et de décrypter les signes nécessaires à la construction de la relation d'aide. Le soignant va devoir mettre en place des attitudes pour assurer l'efficacité de celle-ci : exclure ses propres idées préconçues, montrer son entière disponibilité, ne pas interrompre l'aidé, le questionner, l'inciter à préciser le cours de sa pensée, lorsqu'elle est imprécise ou trop générale, reformuler ses propos, rester neutre et bienveillant,...

le non jugement et le regard inconditionnellement positif : cette attitude va inciter l'aidé à se libérer et à maintenir un climat de confiance et de reconnaissance. Elle est sans critiques, sans culpabilisation, sans conseils.

Carl Rogers instaure, dans sa conception de la relation d'aide, la confiance dans la capacité des autres. Il considère que chaque être humain a en lui les ressources nécessaires pour accepter une crise et que notre rôle de soignant est de l'accompagner à trouver lui-même les solutions de résolution, sans l'influencer par notre propre désir.

4.3. Obstacles à la relation d'aide:

Les principaux obstacles à la relation d'aide sont :

- la fuite ou l'évitement : le soignant, par peur de s'impliquer ou par manque de connaissance ou de temps, va préférer fuir ou éviter le patient. C'est un mécanisme de défense devant une situation qu'il juge ne pas maîtriser. Par exemple, il va entrer rapidement dans la chambre pour poser les médicaments ou alors couper systématiquement la conversation avec des phrases du type : « Vous verrez, tout ira bien, dormez maintenant et ne vous posez plus de questions ». Il occultera ainsi les gestes, paroles ou les mimiques du patient afin de ne pas s'y impliquer.
- Le contre transfert : le transfert est un déplacement affectif d'une personne à l'autre, du soigné au soignant par exemple. Il peut y avoir un transfert positif composé de sentiments amicaux. Le soigné veut offrir des cadeaux aux soignants (bonbons, argent) ou même son amitié. Puis il peut y avoir un transfert négatif : le soigné a des sentiments d'hostilité et d'agressivité envers le soignant.

On parle de contre transfert quand c'est le soignant qui éprouve un déplacement affectif envers le soigné. C'est l'incapacité pour lui à séparer la relation thérapeutique de ses sentiments personnels et des attentes du soigné. Il va « s'attacher » à lui, vouloir l'aider à tout prix, le considérer comme un patient à part, spécial.

4.4. L'infirmier face à la relation d'aide

4.4.1. Attitudes requises:

- attitude d'intérêt ouvert : volonté de donner, de partager, chaleur humaine, comportement non verbal.
- Attitude de non jugement.
- Attitude de non directivité
- Attitude authentique de compréhension: comprendre, saisir la signification de la situation pour l'aider.
- Attitude objective continue : contrôler à tout moment ce qui se passe pour l'autre et pour soi.

4.4.2. Comment établir une relation d'aide ?

■ Communication verbale :

Le reflet simple, c'est à dire de relever un élément important dit par le soigné ou de reproduire ses dernières paroles afin de faire prendre une autre direction à l'entretien.

La reformulation, permet de relancer l'entretien, de clarifier certaines paroles, de les réajuster ou de les approfondir ou de les comprendre.

■ Communication non verbale:

- expression faciale : joie, peur, colère, fatigue, stress
- sourire : accueillant ou crispé
- expression des yeux : intensité, intérêt
- silence significatif multiple : cela peut être de l'indifférence, de l'hostilité, de la gêne
- gestes : gestes brusques ou doux, ou qui semblent anxiogènes.

■ Les éléments à prendre en compte :

- L'attitude empathique
- La notion de distance thérapeutique
- Les émotions : c'est « un phénomène psychologique naturel que l'on ne choisi pas de vivre ou de ne pas vivre. Elles arrivent spontanément et sont involontaires dans notre relation avec l'entourage ». On les remarque par des gestes, par le comportement, le faciès,...
- Le mécanisme de défense : il intervient inconsciemment pour protéger l'individu contre des

émotions insupportable à vivre, c'est donc afin de maintenir un équilibre émotionnel supportable.

- Le refoulement : rejet d'idées qui paraissent insupportables.
- L'évitement

4.4.3 Compétences nécessaires de l'infirmier

- avoir du discernement (recueil de données, répercussions de l'histoire du malade)
- avoir la capacité à raisonner, à se questionner.
- être capable de mesurer son engagement personnel auprès de la personne.

4. 5. Les ressources nécessaires à l'infirmière

« Accompagner les familles dans leur cheminement vers la mort, c'est accepter de porter un regard sur sa propre histoire, c'est trouver un équilibre entre le contact et la distance, pour que l'autre se sente soutenu et puisse vivre ce qu'il a à vivre... »¹⁰.

D'après le livre « Lorsque la vie éclate », ouvrage s'adressant aux professionnels de santé et aux familles, et traitant le sujet de l'impact de la mort d'un enfant sur la famille, il existe 4 ressources personnelles de l'infirmier à prendre en compte lors de l'accompagnement des familles face au décès de leur nouveau-né, afin de se protéger de l'épuisement mental.

Les ressources cognitives (savoirs, habiletés, capacités, schèmes, compétences), correspondent à la formation théorique que reçoivent les infirmiers durant leurs études. Les enseignements sur la relation d'aide, l'accompagnement en soins palliatifs, les notions de mort et de deuil, leurs apportent une approche théorique de l'accompagnement face au deuil mais ne paraît pas suffire. En effet, les infirmiers interrogés aimeraient avoir d'avantage de formation sur ces sujets et sur les connaissances et techniques à acquérir.

Les ressources affectives, sont celles apportées par l'équipe soignante, l'entourage, les activités de loisirs,...

D'après William Worden¹¹, 3 lignes de conduite sont nécessaires afin de protéger l'infirmier de l'épuisement mental : connaître ses limites personnelles sur le plan affectif, exprimer de manière active leurs sentiments face à des situations de deuil et connaître son réseau social afin de savoir comment demander de l'aide et le faire.

¹⁰ Élise, infirmière, témoignage dans « Lorsque la vie éclate », page 325

¹¹ William Worden, livre « Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner »

Les ressources organisationnelles, sont l'organisation et le fonctionnement dans la structure. Ainsi, une infirmière surchargée par les tâches administratives aura moins de temps pour accompagner un couple face au deuil de leur bébé. Elle devra s'organiser de manière à ce que cette partie soit prise en charge par une collègue pour être pleinement présente auprès du couple.

Les ressources spirituelles, comme les valeurs, les croyances et les attitudes face à la mort représentent des ressources importantes dans l'accompagnement des couples endeuillés. L'infirmière doit elle-même mener une réflexion sur le sens qu'elle accorde à la vie et à la mort.

« Grâce à une meilleure connaissance d'elle-même, de son cheminement, de ses limites et de ses forces, l'infirmière est capable d'offrir plus de disponibilité et de soutien à la famille endeuillée¹² ».

Les ressources de l'infirmière sont donc nécessaires à l'efficacité de son accompagnement, elles participent à la construction de l'identité professionnelle.

5. Construction de l'identité professionnelle

5.1. Être infirmière en maternité:

La plupart du temps, les maternités regroupent 3 spécialités différentes : la gynécologie, l'obstétrique et les suites de couche.

Ces 2 derniers services concernent le suivi des grossesses et tous les soins natals et prénatals reliés à l'accouchement.

« Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative, ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration »¹³.

Une infirmière qui souhaite travailler en maternité doit avoir un attrait particulier pour le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique. Elle fait face à un public exclusivement féminin même si parfois, elle conseille et éduque aussi les papas. Le service de maternité est un service de soins très riche : beaucoup de soins techniques comme la surveillance pré et post opératoire, la

¹² Line Beaudet et Francine Montigny, Livre « Lorsque la vie éclate », page 361

¹³ Définition de l'infirmier, livre « Formation des professions de santé : Profession infirmier », page 197

pose de cathéter, les prélèvements sanguins, la pose de sonde urinaire, les pansements de césarienne et les soins de suite de couche... Mais surtout, c'est un service où les soins relationnels sont primordiaux. En effet, l'infirmière en maternité accueille les patientes, les informe de leur pathologie et prise en charge, les rassure, assure des soins de prévention et d'éducation (allaitement, premier bain du bébé, soin du cordon).

Elle doit avoir une capacité d'écoute, de respect, de patience et empathie pour bien soutenir ou encourager les patientes. Elle doit établir une relation de confiance avec celles-ci afin d'obtenir des résultats positifs lors de grossesses normales ou compliquées. Face à la diversité des patientes rencontrées, elle doit démontrer une bonne compréhension du contexte psychosocial et culturel. Elle doit être capable de communiquer efficacement. Elle doit aussi avoir des connaissances du changement physiologique de la femme enceinte, du développement et de la physiologie de son bébé, ainsi que les effets que vont avoir une hospitalisation, une intervention, et les conséquences sociales et environnementales inhérentes à leur accouchement sur la futur maman.

5.2. Construction de l'identité professionnelle

5.2.1. L'histoire personnelle

On pourrait définir l'histoire personnelle comme un ensemble d'événements, de faits réels, d'état marquant l'évolution d'une personne, produit dans son passé. Elle est née par l'influence de notre famille ou entourage, de notre environnement, de nos conditions sociales, de notre parcours scolaire ou professionnel. Elle est unique à chaque être humain. Notre histoire personnelle va avoir un impact sur notre vision du monde, sur notre religion, sur notre éthique, notre morale, nos choix, nos pensées, nos projets, nos idées politiques et sur ce que l'on veut et qu'on attend de la vie. L'intérêt de connaître son histoire personnelle dans les soins infirmiers, permet de construire notre identité professionnelle.

5.2.2. L'expérience professionnelle

L'expérience professionnelle est les connaissances acquises pendant la profession. Pour un jeune diplômé, cette expérience professionnelle se traduit par les différents stages effectués pendant sa formation. En effet, les étudiants ont appris à mettre en lien leurs apports théoriques avec des savoirs faire pratiques. Ils acquièrent des connaissances, une posture réflexive grâce aux analyses de pratique, apprennent les gestes techniques avec habiletés, se confrontent aux patients et à sa maladie ou à son handicap, prennent progressivement des initiatives et des responsabilités,

apprennent à canaliser leurs émotions et à les transformer de manière à ce qu'elles profitent aux patients et de confronter ses idées, ses opinions, et ses manières de faire à celle de professionnels et d'autres étudiants.

Pour un infirmier, l'expérience professionnelle est toutes les connaissances acquises pendant sa carrière, lors des divers services où il aura exercé ou domaines.

Ainsi une infirmière qui aura été confrontée fréquemment à la mort, « *acquiert certaines habilités, et une empathie particulière envers les familles* ¹⁴ »

5.2.3. La formation en soins infirmiers

Être étudiant en soins infirmiers, c'est suivre la formation, dans un institut de formation, conduisant au diplôme d'État d'infirmier. L'admission se fait par concours et accepte des élèves de 17 à 45 ans, tous baccalauréats ou équivalence confondus, ou tout candidat répondant aux critères d'admission. Une promotion d'étudiant infirmier est alors hétéroclite et diversifiée, et apportera toute la richesse à une équipe médicale, que peut apporter la diversité. Tous reçoivent le même enseignement mais pourtant, chaque infirmier sera unique. La formation est construite par 3 paliers d'apprentissage : « comprendre » (*l'étudiant acquiert des savoirs et les savoirs – faire nécessaires à la compréhension des situations*), « agir » (*l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action*) et « transférer (*l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer des acquis dans des situations nouvelles*)¹⁵.

On parle souvent des capacités de l'étudiant. Être capable, c'est posséder les capacités pour, être apte pour et qui a la compétence nécessaire pour remplir telle ou telle fonction. L'étudiant, dans sa formation, doit acquérir 10 compétences nécessaires à l'obtention du diplôme d'État.

D'après Frédéric Rufin¹⁶, est compétent un professionnel qui : « - Mobilise et organise différents savoirs et gère les émotions révélées au cours de leur acquisition et de leur mobilisation. - Analyse le contexte dans lequel il utilisera sa compétence pour rester performant. - Régule sa compétence au cours même de sa réalisation et l'analyse à distance tant sur le plan de son processus que de sa performance - Transfert cette compétence dans différentes familles de situations, tout en gardant un niveau de performance attendu. - Sait que toute famille de situations suscitera des conflits de nature éthique questionnant alors la valeur de sa compétence ».

¹⁴ Line Beaudet et Francine De Montigny, livre « Lorsque la vie éclate », page 338

¹⁵ Formation des professionnels de santé : Profession infirmière, page 69 - 70

¹⁶ Frédéric Rufin, Cadre de santé, Formateur en IFSI, Laon (02)

La formation apporte donc à l'étudiant des savoirs, des bases communes mais elle n'est pas garante à elle seule de la construction de l'identité professionnelle. L'histoire personnelle et l'expérience professionnelle sont primordiales dans la construction de notre identité en tant qu'infirmière. En effet, une promotion d'étudiant infirmier va recevoir la même formation théorique ; pourtant, l'acquisition de cette formation va être différente d'un étudiant à l'autre selon ses convictions, son caractère, son expérience en stage, sa maturité : certains privilégieront de mettre à profit certaines connaissances dans le but de répondre à leur vision de ce qu'il aimerait être comme infirmier. Grâce à leur expérience professionnelle acquise pendant les stages, certains auront établi un véritable projet professionnel : ils chercheront un mode d'exercice infirmier en lien avec leur identité professionnelle, c'est à dire répondant à leur vision du métier, au public particulier devant lequel ils aimeraient être confronté et en adéquation avec les compétences requises pour ce mode d'exercice. La formation, l'histoire personnelle, l'expérience professionnelle mais aussi et surtout, la personnalité feront de l'infirmier, un professionnel unique.

Carl Rogers a écrit : « *Ni la bible, ni les prophètes, ni Freud, ni la recherche, ni les révélations émanant de Dieu ou des hommes, ne sauraient prendre le pas sur mon expérience directe et personnelle. L'expérience de la personne a une valeur profonde, elle est sa réalité. Elle n'est pas remise en question ou étiqueter mais acceptée.*¹⁷ ». Pour lui, faire confiance à son histoire personnelle et à son expérience professionnelle est primordiale pour établir une relation d'aide de qualité.

¹⁷ Citation de Carl Rogers, site web : <http://vivrelibre.free.fr/divers/CarlRogers.html>

III) L'analyse de la situation

« Mme X., 28 ans, enceinte de 34 semaines, est admise en service de maternité ». A 34 semaines, le fœtus est viable à l'extérieur du corps de sa mère. Ces organes sont arrivés à maturité à l'exception de ses poumons qui continueront encore à se former. Sa peau est lisse et il est capable de réagir à la lumière. Il pèse normalement 2400 g et mesure 43 cm. On est donc face à un bébé formé possédant pratiquement toutes les caractéristiques d'un bébé né à terme.

« En effet, elle est venue dans le service car d'après elle, elle a d'importantes métrorragies et ne sent plus les mouvements de son bébé ». Mme X., a déjà eu 2 grossesses, qui n'ont pas excédé plus de 12 semaines d'aménorrhée et sont terminées par des fausses couches. Elle a suivi de nombreux examens et précautions afin d'éviter toutes complications et mener sa grossesse à terme. Pour une femme enceinte, sentir son bébé bouger est le véritable signe de sa présence, de bonne santé, c'est un contact avec la maman et son futur bébé. Ne plus le sentir bouger, c'est pour la maman, une anomalie. De plus, elle perd du sang : même sans avoir de connaissances médicales, elle sait que perdre du sang et ne plus sentir son bébé bouger sont des mauvais signes et que ce n'est pas normal. Elle a déjà fait des fausses couches, a déjà été exposée à une perte.

« Après examen, l'obstétricien dit à Mme X, « que c'est mauvais signe » et qu'elle doit aller d'urgence au bloc opératoire. Elle semble perdue et alarmée. Il lui explique que les battements cardiaques de son bébé sont faibles, et qu'il doit pratiquer de toute urgence une césarienne ». Quand l'obstétricien confirme le pronostic défavorable, il confirme aussi les peurs de Mme X. De surcroît, le fait de « l'urgence de l'intervention », entraîne probablement, en plus de la peur de perdre son bébé, la peur elle aussi de mourir. Chaque patient allant se faire opérer a vu en consultation un médecin anesthésiste ainsi qu'un chirurgien, avec qui il a pu poser des questions sur son intervention, sur son anesthésie, sur la douleur résultant de l'intervention et « s'est préparé », même si une intervention reste toujours un acte profondément anxiogène. Mme X., elle, n'est absolument pas préparée. Elle sait que c'est urgent, donc vitale, et qu'elle va peut-être perdre son bébé. Elle part donc au bloc, ne sachant pas si à son réveil, son bébé sera vivant. Elle ne sait d'ailleurs pas ce qu'a son bébé, puisque les médecins eux mêmes, ne le savent pas vraiment.

« A son réveil, le gynécologue obstétricien, accompagné de l'infirmière de la salle de réveil et de son mari, annonce le décès du bébé à Mme X., probablement due à une infection contractée au cours de la grossesse ». A son réveil, Mme X. est encore endormie, sous l'effet des anesthésiants. Elle a sûrement encore des difficultés à se remémorer ce qui s'est passé. Son mari, quant à lui, a déjà été prévenu du décès de son bébé pendant que sa femme dormait. L'infirmière

et le médecin ont décidé qu'il serait préférable que le papa les accompagnent pour l'annonce du bébé à Mme X. En effet, on peut considérer que le fait d'avoir une présence familière, qui de plus est aussi concerné par le décès de son bébé que Mme X., apporte un certain « réconfort », celui de ne pas être seule face à ce drame et à ces 2 blouses blanches.

« L'infirmière de la maternité, présente en salle de réveil lui dit : « Mme X., votre bébé a apparemment contracté une infection lors de votre grossesse ». Le terme « apparemment » ajoute encore plus d'interrogation à la perte de cet être cher. Il est mort « mais on ne sait pas exactement encore de quoi ». Voilà ce qu'on comprend Mme X. La veille, Mme X. sentait son bébé bouger, elle était heureuse, tout allait bien, la dernière échographie montrait un bébé en bonne santé. Aujourd'hui, en quelques heures, son rêve et celui de son mari vient de se briser. Ils sont choqués et ont l'impression que tout ceci est bien irréel.

« Je vais vous épargner pour l'instant les explications médicales. Mme X., votre bébé est mort. Il repose dans une autre pièce, en attendant que vous soyez prête à lui rendre visite, vous et votre mari. Pour l'instant, vous venez de vous réveiller. Mes paroles sont dures à enregistrer pour vous. Je vais vous laisser seule avec votre mari. Je repasserai plus tard. Sachez que l'équipe soignante est présente et prête à vous accompagner vous et votre mari dans cette épreuve ». Mme X et son mari pleurent, s'enlacent et remercient l'infirmière ».

L'infirmière, en choisissant de ne pas donner tout de suite des explications médicales, mais en expliquant qu'elle en donnerait quand cela sera le moment, permet au couple « d'enregistrer » la mauvaise nouvelle, sans pour autant être submergé d'information médicale. L'infirmière, sachant que Mme X venait de subir une anesthésie générale et de surcroit, totalement sous le choc de l'annonce de la mort de son bébé, a préféré dire l'essentiel, c'est à dire répéter l'annonce de la mort, mais aussi les tenir informé de la possibilité de voir leur bébé quand ils sembleront prêts. Elle les laisse seul, dans l'intimité du couple, en précisant bien que l'équipe est présente et prête à les soutenir. Le couple peut ainsi se laisser aller à leurs émotions, tout en sachant qu'ils n'ont pas été abandonné par l'équipe. En effet, des couples vivants un tel drame vont réagir de manière très différentes. Certains voudront que l'infirmière reste auprès d'eux et d'autres voudront au contraire, rester seuls avec leur famille et leur entourage. L'infirmière leur laisse le choix, en leur garantissant sa disponibilité tout en les laissant dans l'intimité.

« Après 3 heures, Mme X a été installée dans une chambre, en service de gynécologie ». L'équipe, avec l'accord du médecin, ont décidé d'installer Mme X. dans une chambre en service de gynécologie, et non pas en maternité, car il y avait eu plusieurs naissances dans la nuit et l'équipe a trouvé préférable pour le couple, de ne pas entendre les pleurs des bébés voisins, afin de ne pas leur ajouter le chagrin d'entendre les autres bébés pleuraient et pas le leur.

« Elle a alors demandé à voir son bébé. L'infirmière est allée chercher le bébé qui était habillé d'un pyjama rose, d'un bonnet blanc, de chaussettes blanches et reposait comme endormi dans un couffin, bordé par une couverture ». L'infirmière a habillé le bébé avec des vêtements de la maternité qui le mettait « en valeur ».

« L'infirmière a demandé à Mme X si elle voulait le prendre sur elle et elle a demandé à son mari si c'était lui qui voulait lui apporter. Le couple a accepté. L'infirmière a tendu le bébé à Mr X. qui l'a pris avec douceur pour l'apporter à Mme X, déjà mi – assise. L'infirmière a quitté la pièce, en laissant le couple seul, avec le bébé ». L'infirmière, en proposant à Mr X d'apporter lui même le bébé à sa femme, permet au couple de s'approprier ce moment privilégié. En le faisant participer, elle s'efface doucement, pour leur permettre de vivre ce moment ensemble, sans être parasité par la présence de l'infirmière. Elle est un guide : elle les accompagne dans le chemin qu'ils ont eux même envie de suivre. C'est là toute la difficulté : elle doit montrer sa présence de manière à ce que le couple se sente soutenu sans pour autant être intrusive dans leur intimité. Elle est alors partie tout en leur rappelant comment la joindre.

Après 1h, le couple a appelé l'infirmière. Elle est revenue rapidement avec un appareil photo». Dès que le couple a appelé, l'infirmière est venue rapidement, pour montrer son entière disponibilité et parce qu'il peut paraître pénible, lorsqu'on vient de perdre un être cher, de devoir attendre. Après l'annonce d'un décès, toute situation ou événements prennent, soit une ampleur démesurée, soit sont complètement occultés. L'infirmière, bien consciente de ce fait, s'est tenu prête et est venue en quelques instants dans la chambre de Mme X.

« Elle est revenue avec un appareil photo ». Cela a peut être choqué le couple. L'infirmière m'a expliqué que ce bébé, bien qu'ayant vécu dans le ventre de sa maman, n'avait pas vraiment une existence réelle pour la famille ou l'entourage. Il n'y avait pas de photo de lui avant, comme on pourrait avoir pour un adulte. L'intérêt de prendre des photos, a une importance majeur : c'est une trace réelle de l'enfant. L'infirmière se doit de proposer aux parents de faire une photo du bébé, parce que certains parents n' y auraient pas pensés ou simplement, n'auraient pas osés. Si les parents n'avaient pas voulu avoir ces photos tout de suite, l'infirmière les auraient alors rangées dans une enveloppe, dans le dossier de la mère, afin qu'elles puissent les consulter quand elle se

sentirait prête.

La présentation du bébé permet aussi aux parents de voir qu'ils sont capable de faire un bébé dit « normal ». « *Les parents ont accepté en répondant « qu'elle était magnifique »* ». Cela montre l'effet positif qu'a entraîné la présentation du bébé de manière humanisée. Les parents ont alors l'image d'un bébé bien formé, beau et garderont ce souvenir et ce sentiment positif qu'ils ont éprouvé à la vue de leur bébé. De plus, cela permet d'atténuer le sentiment de culpabilité que peut ressentir la mère de ne pas avoir réussi à mener à terme sa grossesse : malgré le décès de son bébé, elle voit qu'elle est capable d'avoir un bébé « *magnifique* ». Cela aura aussi son importance lors d'une prochaine grossesse.

« *L'infirmière était souriante, calme et douce* ». L'infirmière adopte l'attitude nécessaire face aux parents endeuillés. En restant souriante, elle renvoie une impression positive. Son calme et sa douceur semble montrer aux parents qu'elle est à l'aise dans ce qu'elle fait, dans sa manière de gérer la situation. Une attitude inverse de brutalité ou de tristesse aurait donné l'impression aux parents d'être malmenés, de ne pas être soutenus par l'équipe. Son attitude positive bien que la situation soit dramatique, met les parents face à une personne qui semble solide et à laquelle ils peuvent « se rattacher ».

« *Pendant les jours qui ont suivi le décès du bébé, l'équipe a été très attentive au couple X* ». L'équipe, consciente de l'importance de leur présence et de leur rôle, et consciente de l'importance qu'apporte une prise en charge de qualité au sein de la maternité dans le processus de deuil, a mis tout en œuvre pour répondre au moindre besoin du couple. Toute l'équipe a essayé de se montrer présente à sa manière. De plus, chaque membre a fait des transmissions écrites du comportement ou des paroles de Mme X., afin qu'il y ait un suivi régulier au sein de la maternité.

« *Avec leur accord, ils ont fait venir un psychologue et un assistant des services funéraires, pour aider le couple à organiser les funérailles et les assister dans les démarches administratives* ». L'équipe, en faisant intervenir différents professionnels, a permis de prendre Mme X. en charge dans sa globalité et de lui donner tous les outils nécessaires pour entreprendre son travail de deuil. Le psychologue permettra d'apporter le soutien psychologique nécessaire à Mme X. L'assistant des services funéraires a pour but d'expliquer les démarches à suivre pour organiser des funérailles car bien souvent, les jeunes couples n'ont jamais eu à la faire. Sans aide, ils peuvent se sentir perdu et prendre des décisions qu'ils regretteront par la suite par manque d'information. De plus, être aidé dans ces démarches fastidieuses leur permettra de pouvoir vivre leur deuil plus sereinement, sans

être parasités par des démarches administratives compliquées.

« Le médecin à quant à lui, leur a proposé de faire une autopsie du bébé, « afin de connaître les circonstances du décès » de celui ci. Ils ont accepté ». Ne pas connaître les circonstances de la mort de leur bébé, peut faire naître aux parents un sentiment de culpabilité mais surtout d'incompréhension. En effet, les résultats de l'autopsie peuvent déculpabiliser et les rassurer, dans l'optique d'une future grossesse.

« A la sortie de Mme X, le couple a dit qu'il ne pourrait jamais autant remercier l'équipe pour le soutien qui leur a été apporté ». Malgré l'épreuve difficile qu'ils ont vécu, le couple reconnaît le réel investissement de l'équipe auprès d'eux. Ils se sont sentis soutenu, on peut alors qualifier cet accompagnement comme un accompagnement de qualité. Le but étant de leur fournir tous les outils nécessaires afin qu'ils puissent effectuer leur travail de deuil. Les actions, attitudes et comportement de l'équipe qui ont été mis en place ont, semblent ils, satisfait le couple X.

« Étudiante en 2^{ème} année en soins infirmiers... Cette situation m'a interpellé ». Ce stage en maternité était ma première approche du nouveau-né. En effet, ayant commencée ma formation dans le but de devenir puéricultrice, j'attendais ce stage avec impatience. Je me voyais prendre soin du nouveau-né toute la journée, être auprès des parents dans ces moments si heureux qu'est la maternité. C'était d'ailleurs le cas, avant cette situation. Consciente que les fausses couches existaient, j'avais l'impression pourtant que la maternité n'était qu'un service rempli de bonheur et de joie, sans personne malade et sans mourant. Le décès du bébé de Mme X. a été un grand choc. Ayant vu peu de mort avant le début de ce stage, j'avais pourtant observée la prise en charge de la famille endeuillée, mais qui était bien différente. En effet, en 1^{ère} année, j'ai effectué la plupart de mes stages en gériatrie, les décès n'étaient pas soudain et les personnes étaient en fin de vie. Même si chaque décès était particulier pour moi, le décès d'une personne en fin de vie était selon moi, une dernière étape de la vie, une certaine « normalité ».

Voir un bébé décédé, me paraissait injuste, inconcevable. J'ai ressenti énormément d'émotions : j'étais triste mais j'étais en colère aussi. Je trouvais ça injuste.

Je pense qu'au stade de formation où je me situais (début de 2^{ème} année), je n'étais pas capable de proposer un accompagnement efficace car je ne disposais pas des outils nécessaires. De part, parce que je ne maîtrisais pas les savoirs faire nécessaires à la compréhension de la situation, ni les techniques de communication relatives à un public en souffrance (relation d'aide, technique d'accompagnement), ni les savoirs théoriques relatives à la prise en charge post mortem

du nouveau-né et d'autre part, parce que je ne savais pas encore reconnaître mes émotions afin de les intégrer à bon escient à mes soins. De plus, avant de vivre cette situation, je pensais que c'était moins difficile pour un couple de perdre un fœtus qui n'avait pas eu d'existence réelle, qu'un enfant qui avait vécu auprès de ses parents. Je pense que de ne jamais avoir été enceinte, ni connu la maternité auprès d'amie, a faussé mon jugement. Pourtant, une personne proche de ma famille, a déjà fait une fausse couche, mais inconsciemment, j'ai pensé qu'en minimisant l'impact que pouvait avoir la perte d'un fœtus sur un couple, permettait de rendre cette situation moins grave et moins difficile pour moi.

« J'ai fait part de mon questionnement et de mes difficultés à l'infirmière qui avait pris en charge le couple X à l'annonce du décès ». Consciente de mes difficultés et des émotions qu'avaient suscitées en moi cette situation, j'ai eu besoin de les confier à cette infirmière. J'avais besoin de me remettre en question et de trouver des solutions à mes difficultés afin de moi aussi être capable d'accompagner des parents endeuillés de manière efficace. C'est après avoir vécu cette situation que j'ai compris tout l'intérêt de considérer l'accompagnement comme un soin à part entière.

« Elle m'a expliqué avoir travaillé 5 ans en onco – pédiatrie et qu'elle avait dû faire face plusieurs fois à cette situation difficile ». Elle a puisé dans son expérience professionnelle les ressources nécessaires à accompagner une famille endeuillée. Elle était consciente de l'importance à apporter à ce soin suite aux différentes situations qu'elle avait vécue dans sa carrière et a mis en évidence ses compétences au service du couple X.

IV) Réflexion personnelle et professionnelle

Ce travail a été difficile à réaliser pour moi. Mes recherches ont été essentiellement tournées vers la mort des enfants et des nouveaux nés. J'ai été mise face à ma plus grande difficulté : l'acceptation de la mort. Depuis mon enfance, j'ai toujours été révoltée par la mort. Petite, je perdais un animal de compagnie que j'essayai de sauver coûte que coûte et c'était pour moi un véritable choc émotionnel : tristesse, colère, injustice, sentiment d'inutilité, se bousculaient dans ma tête. En grandissant, j'ai perdu quelques amis, à cause d'accident de scooter ou maladie et j'avais l'impression de vivre à chaque fois un deuil compliqué. Alors, chaque fois que des amis perdaient un membre de leur entourage, je préfèrai les éviter, parce que je ne savais pas quoi leur dire et surtout parce que j'avais peur de souffrir de leur chagrin.

Quand j'ai vécu cette situation en maternité, de l'arrivée de la mère, au diagnostic défavorable, à l'annonce du décès puis à la prise en charge du couple au sein de la maternité, je me suis demandée si un jour, je serais capable de réagir comme cette infirmière présente dans ma situation. Car quand je l'entendais pleurer, en passant devant sa chambre, mon réflexe était de courir très vite dans une autre direction, pour que sa peine ne m'atteigne pas, pour que ne je n'ai pas à devoir bégayer des mots inutiles devant elle et qui m'auraient fait me sentir encore plus inutile. Après que le couple ait dit à l'équipe « qu'ils ne les remercieraient jamais assez pour le soutien qui leur a été apporté », j'ai pris conscience de l'intérêt d'accompagner efficacement des couples ayant perdu un nouveau-né.

Mon travail de fin d'étude m'a obligé à me remettre en question : voudrais je rester cette infirmière en maternité qui va se cacher pour éviter une mère endeuillée ? Bien entendu, la réponse était non. J'ai dû alors travailler sur moi même : qu'elle est ma représentation de la mort ? Pourquoi des deuils compliqués ? Est ce parce que j'ai moi même l'angoisse quotidienne de perdre un membre de ma famille ou de mon entourage ? Est ce parce que j'ai été confrontée à un accident grave impliquant les membres de ma famille, étant enfant? Il a fallu que je « fouille » dans ma vie personnelle, que je questionne mes parents sur moi même. Pourquoi avoir toujours voulu traiter des sujets comme la mort dans mes rédactions alors que celle ci me faisait si peur? Ma mère a elle même aussi perdu un fœtus avant de me mettre au monde. Elle n'a pas eu de réel accompagnement : on l'a accouché puis « au revoir madame » et dans notre enfance, elle ne nous a jamais rien caché à ma sœur et moi, sur ce drame qu'elle avait vécue. On posait toujours beaucoup de questions, on se demandait toujours en quoi notre vie aurait différente si ce bébé était né. Mais je sais qu'elle a pourtant toujours souffert de la manière dont cette fausse couche

avait été prise en charge en maternité.

Était ce donc cet élément de ma vie qui avait influencé le choix de mon thème de travail de fin d'étude ? Qu'est ce que j'espérai changer de moi même ? Qu'elle infirmière voulais je devenir?

Je souhaite, dans quelques années, devenir puéricultrice et pourquoi pas, travailler en maternité. Je serais forcément confronter à une situation similaire dans ma carrière.

Ce travail de fin d'étude était donc la réflexion personnelle nécessaire dont j'avais besoin pour comprendre la mort périnatale, le deuil et la prise en charge des parents endeuillés mais aussi l'importance d'inclure dans ce soin relationnel qu'est l'accompagnement, notre identité professionnelle.

Tout au long de ma formation, j'ai beaucoup évolué, tant sur le plan professionnel que personnel. Mes idées, ma manière d'être, de concevoir les choses, ma manière de réagir face à certaines situations ont changé : la formation m'a apporté une vision différente de l'être humain, de ce que l'on était, de la manière dont on devait réagir. Elle m'a obligé à me remettre en question pour adapter mon comportement aux situations nouvelles auxquelles j'étais confrontée. J'ai remarqué que en 3 ans, moi, l'étudiante timide et réservée, était maintenant capable d'adapter ma communication selon le contexte, d'établir une relation de confiance avec le patient, tout en pratiquant des soins de qualités. Je sais poser des questions pertinentes aux patients, je ne m'embrouille plus dans mes mots ou mes explications. Je me suis affirmée en tant que véritable professionnel de santé.

Au stade pratiquement finale de ma formation, je m'aperçois que je n'ai plus peur d'être confrontée à ce que je ne connais pas. J'ai simplement envie de continuer à apprendre et à améliorer ma pratique.

Je pense qu'il est primordial que les infirmières exerçant en maternité, ou dans tout service recevant des femmes enceintes soient conscientes de la nécessité d'accompagner efficacement un couple endeuillé. Des associations comme « Nos tout petits »¹⁸, proposent des formations d'Accompagnement du deuil périnatal pour les professionnels de santé, à l'hôpital Jeanne de Flandre du CHRU de Lille. Beaucoup de diplôme universitaire existent en manière d'accompagnement mais aucun concerne la mort périnatale. Je pense que dans chaque équipe médicale, il devrait y avoir plusieurs soignants, volontaires, ayant reçus une formation interne sur l'accompagnement des parents face au décès d'un nouveau-né. Ils seraient des personnes

¹⁸ <http://www.nostoutpetits.fr/>

ressources en matière de l'accompagnement périnatal. De plus, une infirmière sera plus efficace et moins affectée si il existait des groupes de paroles dans les services de soins, afin que chacun des soignants puissent s'exprimer sur leur ressenti, leurs difficultés et sur les améliorations qu'ils peuvent mettre en place. Une infirmière qui se sent soutenue et formée va d'avantage s'impliquer dans ce soin difficile. L'équipe entière reconnaîtra alors ce soin comme un soin primordial et nécessaire et permettra ainsi de faciliter la mise en place de l'accompagnement.

Si dans quelques mois ou quelques années, je suis confrontée à une situation similaire, celle de la perte d'un bébé, je ne pourrais pas répondre avec exactitude que bien que j'ai axé mon travail de fin d'étude sur ce thème, et obtenue mon diplôme d'infirmière, je serais capable d'accompagner efficacement un couple endeuillé. Mais je sais que j'en aurai l'envie : grâce à mes recherches, à ces remises en question et à toutes ces réflexions, je sais et je connais l'intérêt de mener ce soin avec qualité.

Parce que la capacité à accompagner n'est pas seulement une combinaison entre histoire personnelle, expérience professionnelle et formation théorique, c'est aussi et surtout une question d'envie.

Conclusion

Quand j'ai commencé l'élaboration de ce mémoire, j'ai choisi une situation qui m'avait interpellée, autant professionnellement que personnellement. Mon but, en travaillant ce sujet, était de pouvoir améliorer et enrichir ma pratique professionnelle face à des situations difficiles, dans un service de maternité. En tant que future infirmière puéricultrice, il était nécessaire pour moi de travailler sur une situation qui me faisait peur et qui me mettait en difficulté. Au fur et à mesure de mes recherches et de l'avancé de mon travail, j'ai dû moi-même me remettre en question : Quelle étudiante infirmière suis-je ? Quelle infirmière voudrais-je être ?

J'avais choisies cette situation parce qu'elle m'avait mis réellement en difficulté et j'ai pu ainsi dégager ma problématique principale : En quoi l'histoire personnelle et/ou l'expérience professionnelle de l'infirmier influent sa capacité à accompagner efficacement un couple face au décès d'un nouveau-né ? J'ai réalisé alors le cadre de référence pour définir les principaux concepts et ainsi créer une hypothèse de départ : l'infirmière, pour accompagner efficacement un couple confronté au décès de leur nouveau-né, doit puiser ses ressources dans son vécu, dans son expérience et dans sa formation.

J'ai alors démontré l'importance de considérer le bébé comme un être unique et donc l'importance d'accompagner ses parents dans le processus de deuil. Ainsi, j'ai établi une conduite à tenir pour leur prise en charge dans les services hospitaliers, puis j'ai mis en avant les deux éléments essentiels à la mise en place de l'accompagnement : les parents et l'infirmière. De ce fait, j'ai définis la relation d'aide et l'accompagnement et donner des attitudes à mettre en place pour faciliter le fonctionnement de celui-ci. Pour finir, j'ai identifié les éléments qui constituent l'identité professionnelle.

Mon but principal était de montrer que chaque partie se combine : la compréhension du ressenti des parents attendant un enfant, la théorie sur l'accompagnement, la mise en place de la relation d'aide et l'influence de l'identité professionnelle. Ces éléments doivent se coordonner ensemble afin que l'infirmière puisse accompagner efficacement un couple confronté à ce genre de drame.

Mais j'ai constaté que tous ces éléments, bien que nécessaires, ne suffisent pas à eux seuls. L'organisation du service, le manque de personnel, la lourdeur des tâches qui incombent à l'infirmière et les conséquences psychologiques d'une telle situation sont des obstacles à un accompagnement de qualité. Il est important que dans le fonctionnement d'une structure, soit reconnu la nécessité de former des soignants à l'accompagnement d'un couple après la mort

périnatale et de les placer comme des personnes ressources au sein du service de soin. Afin que face à cette situation dramatique, elles soient entièrement détachées de leur tâches habituelles, pour être pleinement disponible face à ces couples endeuillés ou pour pouvoir informer et former leurs collègues, à l'accompagnement périnatal.

VI) Bibliographie

Livre:

- **Beudet Line et De Montigny Francine**, « *Lorsque la vie éclate : l'impact de la mort d'un enfant sur la famille* », édition Seli Arslan, 1993, page 325, page 338, page 361, page 387.
- **Dobbs Barbara et Poletti Rosette**, « *Vivre son deuil et croître* », page 144.
- **Dupont Marc et Macrez Annick**, « *Le décès à l'hôpital : règles et recommandations à l'usage des personnels* », édition Lamarre, pages 83 – 85, pages 98 – 105.
- **Feldman – Desrousseaux Éliane**, « *Prendre soin de l'autre souffrant : la relation soignant – soigné en soins palliatifs* », édition Seli Arslan, pages 168 – 173.
- **Gassier Jacqueline et De Saint – Sauveur Colette** (sous la direction de), « *Le guide de la puéricultrice : prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence* », édition Masson, page 156, page 688.
- **Hanus Michel** (sous la direction de), « *La mort d'un enfant : fin de vie de l'enfant, le deuil des proches* », édition Vuilbert, pages 317 – 334.
- **Lazure Hélène**, « *Vivre la relation d'aide : approche théorique et pratique d'un critère de compétence de l'infirmière* », édition Jean – Marc Bélanger, page 14.

Site internet :

- <http://www.podcastscience.fm/dossiers/2012/11/20/psychologie-clinique-carl-rogers-1902-1987-et-lapproche-centree-sur-la-personne/> : Carl Rogers et la relation d'aide.
- **www.soins-infirmiers.com** : définition de *relation d'aide*.
- **www.larousse.fr** : définition de *aide*.
- **www.petitrobert.fr** : définition de *relation*.
- **Nostoutpetits.fr**

Cours théoriques :

- **Legras Catherine**, « *La relation d'aide thérapeutique selon Carl Rogers* », IFSI de Prémontré.

VII)Abstract:

Dying before being born: But what about the nurse?

Key words: professional identity- support – perinatal death -capacity

Dying before being born: But what about the nurse? This title implies the influence of the nurse facing perinatal death of a new-born baby and her capacity to support the baby'parents. She needs to be able to combine her personal experience and her professional experience in order to give a optimal support.

Perinatal death is particular: It usually occurs in the maternity wards, principally a place of happiness and joy linked to birth. The nurse are thus not used to the fact that this event usually so happy turns into a drama.

My issue is: In which ways the nurse's personal history and/or professional experience influence her capacity to efficiently support a couple facing the death of a new-born baby? I would like to demonstrate that the professional identity of a nurse influences the quality of her support to help the parents facing perinatal death.

To realise this end of my studies project, I did a lot of research on perinatal death, on what maternity means and on the psyche of the pregnant woman and of the future father in order highlight the importance of put tins in place a optimal support. I have also demonstrated the importance of the nurse's to knowing her own professional identity to give the best care.