

Accouchements traumatiques : quels impacts chez les sages- femmes ?

Mémoire de fin d'étude

Travail de Bachelor

Belhaj Kaddour Nisrine

Matricule : 17593427

Pellaton Amélie

Matricule : 17593716

Rignac Julie

Matricule : 17592825

Directrice de mémoire :

Chautems Caroline, PhD en anthropologie de la naissance, UNIL

Experte de terrain :

Laurence Van Baalen, sage-femme, responsable d'unité salle d'accouchement et prénatal,
HUG

Experte enseignante :

Caterina Montagnoli, sage-femme, master en Santé Globale, assistante filière sage-femme
HEdS Genève

Haute école de Santé de Genève

Date : Le 17 août 2020

Déclaration sur l'honneur

« 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. »

Août 2020

Nisrine Belhaj Kaddour, Amélie Pellaton, Julie Rignac

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont accompagnées et soutenues pendant la rédaction de ce mémoire.

Un merci tout particulier à :

Notre directrice de mémoire Caroline Chautems, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son expertise qui ont été une aide précieuse tout au long de la création de cette revue.

Nous sommes également reconnaissantes envers notre experte de terrain Laurence Van Baalen qui a su nous aiguiller dans notre rédaction par son expérience dans les soins. Nous la remercions pour sa disponibilité et son soutien durant cette période particulière.

Finalement, nous profitons de ce travail pour remercier nos familles et amis qui nous ont soutenu et motivé tout au long du processus.

Résumé

Introduction : Au sein de leur profession, les sages-femmes sont confrontées à de multiples situations parfois traumatisantes. De nombreuses études ont mis en évidence les conséquences des événements traumatiques chez les parturientes, cependant leur impact chez les sages-femmes demeure peu investigué jusqu'ici.

Cadre de référence théorique : Certaines situations obstétricales sont redoutées par les sages-femmes et si ces soignant-e-s sont amené-e-s à y être confrontées, elles peuvent être vécues comme traumatiques. La relation étroite entre les patientes, les médecins et les sages-femmes ainsi que la grande empathie de celles-ci, constituent un facteur favorisant l'apparition d'un traumatisme.

Objectifs : Définir les événements lors de l'accouchement considérés comme traumatiques pour les sages-femmes et évaluer leur impact psychologique, physique et professionnel chez ces soignant-e-s.

Méthode : Les bases de données Pubmed, CINAHL, Cochrane Library et Midirs ont été consultées. Cinq articles ont été sélectionnés. Ceux-ci ont été publiés après 2010 et traitent des issues physiques, psychiques ou professionnelles chez les sages-femmes à la suite d'un événement traumatique en salle d'accouchement. Les études choisies ont été validées par un comité d'éthique.

Résultats : Selon 3 des 5 études sélectionnées, plus de 85% de sages-femmes ont rencontré des événements traumatisants. Ces soignant-e-s décrivent comme traumatisantes les situations obstétricales comprenant le décès fœtal ou maternel ainsi que les urgences aboutissant à une blessure fœtale ou maternelle. La majorité des faits mentionnés mettaient en avant un conflit interpersonnel, une mauvaise gestion pluridisciplinaire de la situation ou une atteinte à l'identité de professionnelle sage-femme. Des conséquences telles que l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique, l'émergence de sentiment de culpabilité et l'angoisse d'être confronté de nouveau à cette situation sont mentionnées dans les 5 articles. A la suite de ces événements, les sages-femmes ressentent une menace pour leur identité

professionnelle. Des changements d'unité, des multiplications de congés maladies ainsi que des possibles changement de profession, sont des conséquences de ces derniers. Certaines sages-femmes révèlent qu'elles diminuent leur implication émotionnelle et empathique dans les prises en soins suivant cet événement.

Conclusion : Être confronté à un événement traumatique est possible durant la carrière professionnelle des sages-femmes en salle d'accouchement. Malgré les apports théoriques ainsi que la mise en place de pratiques simulées par certaines institutions, les sages-femmes ne se sentent pas suffisamment préparées aux situations d'urgence et aux imprévus. Les conséquences psychologiques, physiques et professionnelles qui apparaissent à la suite d'un ou plusieurs événements traumatiques méritent d'être étudiées en profondeur afin de développer de nouvelles méthodes pour leur venir en aide.

Mots-clés : sage-femme, soignant-e, obstétrique, accouchement, naissance, traumatisme, événement traumatique, trauma, urgences, événement indésirable grave, conséquences, peur, impact, issue, vécu, SSPT, stress, (sentiment).

Table des matières

1. Questionnement professionnel	8
2. Cadre de référence théorique	12
2.1 Les événements traumatiques en salle d'accouchement.....	12
2.2 Les décès maternels et mortinaissances	12
2.2.1 Les décès néonataux.....	12
2.2.2 Les décès maternels.....	13
2.3 Les lésions obstétricales : maternelles et fœtales.....	14
2.4 Principales situations à haut risque de décès : maternelles et fœtales.....	15
2.4.1 L'hémorragie de la délivrance.....	15
2.4.2 Les dystocies mécaniques.....	15
2.5 Les traumatismes interpersonnels à la naissance	16
2.5.1 La différence entre les événements interpersonnels et non interpersonnels	16
2.5.2 Les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) ²	17
2.5.3 Les soins abusifs ou incomplets	17
2.6 Le soignant : "seconde victime" oubliée et empathie des sages-femmes.....	19
2.7 Conditions de travail des sages-femmes.....	20
2.8 Le syndrome d'épuisement professionnel (Burnout)	21
2.9 Soignant-e à bout, vers la fin du tabou ?	22
3. Problématique.....	24
4. Méthodologie.....	26
4.1 Choix des mots clés.....	26
4.2 Bases de données utilisées	28
4.3 Critères de sélections des articles	29
4.3.1 Critères d'inclusion des recherches.....	29
4.3.2 Critères d'exclusion.....	30
4.4 Les 5 articles sélectionnés pour cette étude	30
4.4.1 Articles de recherche quantitatifs.....	30
4.4.2 Articles de recherche quantitatif avec pan qualitatif	31
4.4.3 Articles de recherche qualitative	31
4.5 Historique de recherche	32
4.5.1 Screening des bibliographies.....	32
4.5.2 Durée de la revue de littérature	33
4.6 Force, limites et contraintes de la recherche d'article	33
4.7 Dimension éthique de la recherche d'article.....	34
5. Synthèses des articles sous forme de tableaux.....	36
6. Articulation des résultats	41
6.1 La prévalence des sages-femmes ayant vécu un événement traumatique en salle	

d'accouchement	41
6.2 Causes des traumatismes	41
6.2.1 Différents événements traumatiques possibles en salle d'accouchement	41
6.2.2 Les facteurs environnementaux au travail augmentant le niveau de stress perçu	43
6.3 Conséquences de ces traumatismes sur les sages-femmes	44
6.3.1 Symptômes de stress post-traumatiques	44
6.3.2 Ressentis des sages-femmes.....	45
6.3.3 Identité professionnelle et devenir professionnel.....	46
<u>7.</u> Discussion.....	49
7.1 La prévalence des sages-femmes ayant vécu un événement traumatique en salle d'accouchement	49
7.2 Causes des traumatismes	50
7.2.1 Différents traumatismes possibles en salle d'accouchement	50
7.2.2 Facteurs environnementaux augmentant le mauvais vécu des sages-femmes ..	52
7.2.3 L'empathie des sages-femmes et son influence.....	53
7.3 Conséquences des traumatismes chez les sages-femmes	54
7.3.1 Le syndrome de stress post traumatique.....	54
7.3.2 Ressentis des sages-femmes.....	56
7.3.3 Identité professionnelle et conséquences sur le devenir professionnel	57
<u>8.</u> Retour dans la pratique.....	60
8.1 Situation actuelle : Quels sont les situations traumatiques mises en évidence chez les sages-femmes en salle d'accouchement ?	60
8.1.1 Propos recueillis dans un hôpital de niveau 3	60
8.2 Quelles sont les premières actions entreprises par les sages-femmes à la suite d'événements traumatiques ?.....	60
8.3 Le suivi des sages-femmes par les professionnel-le-s de l'hôpital	62
8.4 Soutien pour les collaboratrices et les collaborateurs hospitaliers.....	62
8.5 Formation continue pour les collaboratrices et collaborateurs	63
8.6 Situation particulière lié au COVID-19 ⁷	65
<u>9.</u> Conclusion.....	66
<u>10.</u> Bibliographie.....	68

1. Questionnement professionnel

Les sages-femmes¹ sont les principales intervenantes dans le suivi d'une grossesse physiologique jusqu'au 52ème jour après la naissance. Elles ont des responsabilités importantes : en obstétrique, elles rencontrent des situations d'urgence nécessitant une rapidité d'analyse, de réflexion et d'action optimale afin d'assurer la sécurité de la femme et de son enfant. Le suivi et l'accompagnement comprennent un aspect relationnel et émotionnel très fort puisque la grossesse, l'accouchement et la naissance constituent bien souvent une étape importante dans la vie d'une femme ou d'un couple. Les soignant-e-s s'investissent donc aussi bien physiquement qu'émotionnellement dans leur pratique.

Ce travail porte sur le moment de l'accouchement qui est l'étape de passage entre la grossesse et la rencontre avec le nouveau-né. Chez les parturientes, il peut constituer un moment intense. Cette intensité se décrit autant au niveau psychique, par les nombreuses émotions ressenties, qu'au niveau physique, par les efforts fournis à l'accouchement et l'adaptation du corps tout au long du processus de la naissance. Dès l'arrivée des futures mères en salle de naissance, les sages-femmes débutent leur accompagnement, prenant en charge de manière autonome le suivi de l'accouchement physiologique. Elles doivent également être en mesure de dépister tout écart à la norme autant pour la future mère que pour le bébé ainsi qu'être capables de demander de l'aide si besoin et exécuter les premières mesures d'urgence (Fédération suisse des sages-femmes, 2019). Lors de situations pathologiques le rôle des sages-femmes se modifie, elles ne seront plus les seules responsables de la situation mais elles vont travailler avec l'équipe médicale qui sera alors à la tête des prises de décisions. Les sages-femmes assisteront alors les médecins durant la suite de la situation et prendront en charge le nouveau-né et la patiente après l'accouchement, en l'absence de soins particuliers.

Bien que l'accouchement soit un processus physiologique, il est fréquent que des événements imprévus soient rencontrés par les couples et les professionnel-le-s de santé lors de grossesse à bas risque. Certains d'entre eux révèlent un réel risque

¹ La profession sage-femme est un métier majoritairement féminin. Dans ce travail, pour faciliter la lecture, "sage-femme" sera accordé au féminin.

pour les mères ou leurs fœtus, nécessitant la mise en place d'actes spécifiques par les sages-femmes et le déploiement de protocoles adaptés. Ces faits comptent notamment : l'hémorragie, les césariennes d'urgence, les accouchements instrumentés (Elmir, Pangas, Dahlen & Schmied., 2017), les dystocies des épaules ou une grave souffrance fœtale (Sheen, Spiby et Slade, 2016). Par exemple, en Suisse, un accouchement sur trois est une césarienne (OFS, 2017) et parmi celles-ci 50% sont réalisées en urgence, à causes de risque potentiellement vital pour le fœtus ou d'un processus d'accouchement prolongé (Surbek, 2014).

Ces faits traumatiques, caractérisés par le fait qu'ils portent atteinte à la santé de la femme ou de son fœtus, font partis des événements indésirables graves : "Les événements indésirables graves (EIG) associés aux soins, sont définis comme des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention." (DREES, 2010)

En 2009, l'enquête nationale française sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) dénombre le nombre d'EIG entre 275 000 et 395 000 par an en France. L'enquête différencie ensuite les événements indésirables graves évitables des non-évitable. En effet, lorsque l'une de ces situations se présente, cela ne signifie pas spécifiquement qu'elle est le résultat d'une erreur commise par les soignant-e-s car une part importante des EIG est la conséquence de risques auxquels le patient est exposé malgré une prise en soin optimum. Les répercussions d'un EIG, pour le patient, peuvent aller de la prolongation du séjour hospitalier, à l'engagement du pronostic vital et jusqu'au décès. (DREES, 2010)

Ces situations peuvent avoir un réel impact sur le vécu des femmes et de lourdes conséquences par la suite en post-partum voire sur le déroulement de leur grossesse et accouchement suivant (Elmir et al, 2017) ; (Beck, 2004). On peut ainsi trouver un impact sur le psychisme maternel, causant des symptômes de stress post-traumatique, plusieurs mois après une situation traumatique (Dikmen-Yildiz, Ayers & Philips, 2017). L'impact de ces EIG en salle de naissance concernent non seulement les parturientes mais également les professionnel-le-s de la santé dont le ressenti est moins investigué et décrit dans la littérature scientifique (Leinweber, Creedy, Rowe & Gamble, 2016). Dès lors, il semble pertinent de s'intéresser à leur vécu et aux

conséquences que peuvent avoir ces événements traumatiques lors d'une prise en soins, au niveau professionnel comme personnel.

Alors, qu'en est-il des sages-femmes ? Au cours de notre formation pratique, nous avons pu observer, à plusieurs reprises, des situations mettant en difficulté les étudiant-e-s et professionnel-le-s. Nous avons, par exemple, observé le besoin des sages-femmes de revenir sur une situation vécue, avec leurs collègues, afin de connaître leurs points de vue et confirmer si la façon dont il ou elle a agi était la plus adaptée. Nous avons également pu observer la demande de ne pas prendre en charge certaines patientes par peur de ne pas être de revivre une situation passée. Aussi, selon un sondage de la NHS (National Health Service) en 2015, 50% des sages-femmes en Angleterre déclarent avoir ressenti du stress durant l'année et 70% affirment ressentir une forte pression sur leur lieu de travail (NHS, 2016). Dès lors, il serait intéressant de définir si le vécu d'événements indésirables graves influence le bien-être professionnel des sages-femmes et participerait ainsi à l'apparition de ces pourcentages élevés ou bien si ces chiffres font écho à d'autres facteurs tels que les horaires de travail, l'organisation du service, les effectifs d'équipe, etc.

Dès le début de leur formation, les étudiant-e-s sages-femmes expriment une appréhension face aux accouchements traumatiques, et se questionnent sur leurs futures capacités à y faire face tout en restant professionnel-le-s et adapté-e-s (Coldridge & Davies, 2017). Concernant la santé psychique des étudiant-e-s sages-femmes, en 2018, en France, sept étudiant-e-s sur dix présentaient des symptômes dépressifs. Les situations difficiles, les situations d'urgence avec un mauvais suivi des vécus, ont des répercussions sur le psychisme des futur-e-s sages-femmes. Il en est de même pour les accompagnements confrontant les étudiant-e-s à la mort (ANESF, 2018). Lors des stages, elles-ils redoutent les situations d'urgence ou chargées en émotion, comme le décès d'une mère ou d'un nouveau-né (Rhodes, 2018). Les étudiant-e-s décrivent les mêmes peurs que les sages-femmes professionnelles. C'est pourquoi, leur vécu est également abordé lors des études autour de la santé au travail.

Une fois diplômé-e-s, qu'en est-il du ressenti des sages-femmes et des professionnel-le-s de santé ayant assisté à un ou plusieurs accouchements traumatiques ? Ont-elles-ils des appréhensions situationnelles, du stress persistant,

des peurs dissimulées ? Et une fois confronté-e-s à l'une de ces situations, comment réagissent-ils-elles et continuent-ils-elles à travailler dans le service ?

2. Cadre de référence théorique

2.1 Les événements traumatiques en salle d'accouchement

Un traumatisme est l'ensemble des conséquences locales et générales, d'une lésion produite par une violence extérieure (Delamare, 2004). Lors d'un accouchement, il est possible de les répertorier en 4 catégories distinctes comprenant les décès maternels et mortinaissances, les lésions obstétricales maternelles et fœtales, les situations à haut risque de décès maternelles et fœtales et les traumatismes interpersonnels à la naissance (Leinweber et al., 2016).

Il est possible que les sages-femmes vivent indirectement des événements périnataux traumatiques, soit en étant témoins, soit en écoutant les récits des accouchements des parturientes, les deux étant compris dans la définition de l'exposition aux traumatismes (American Psychiatric Association, 2013).

Une étude, réalisée auprès de 739 sages-femmes et étudiant-e-s en Australie et Nouvelle-Zélande, investigate leurs principales craintes et indique des résultats et des catégories concordants (Caplice & Dahlen, 2014).

2.2 Les décès maternels et mortinaissances

2.2.1 Les décès néonataux

Le décès du nouveau-né lors de l'accouchement peut être à l'origine d'un réel traumatisme chez les professionnel-le-s. Selon l'étude australienne et néo-zélandaise, il serait leur peur principale. Sur les 739 sages-femmes et étudiant-e-s questionné-e-s 177 ont transmis redouter principalement la mort de l'enfant (Caplice & Dahlen, 2014).

Au niveau mondial en 2018, le taux de mortinatalité dans les pays développés est de 3 pour 1000 naissances et dans les pays en voie de développement de 27 décès pour 1000 naissances, selon l'UNICEF. Les causes principales, responsables de 80% des décès néonataux dans le monde sont liées à la prématurité, à des complications lors de l'accouchement et aux infections néonatales. (UNICEF, 2018).

En suisse, 381 décès néonataux ont été recensé en 2018 pour 87 851 naissances vivantes (Office fédéral de la statistique, 2019). Le taux de décès est en diminution depuis plus de 20 ans et se trouve à 1 décès pour 345 naissances (UNICEF, 2018). Les 4 causes principales des décès néonataux recensés en Suisse sont les naissances prématurées, les complications lors de l'accouchement (détresse respiratoire, asphyxie) ainsi que les infections et les malformations congénitales.

2.2.2 Les décès maternels

La 10ème révision de la CIM (Convention Internationale des Maladies) décrit le décès maternel comme le « décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015)

En milieu hospitalier, le décès maternel est redouté par les soignant-e-s, faisant partie de leurs peurs principales. En effet, selon l'étude de 2014, après le décès néonatal c'est le décès maternel qui est souvent nommé parmi les principales craintes : 83 sur 739 sages-femmes et étudiant-e-s sages-femmes australien-ne-s et néo-zélandais-es ont nommé la mort d'une parturiente dans leur vie professionnelle comme principale crainte (Caplice & Dahlen, 2014).

Aujourd'hui, 99% de tous les décès maternels surviennent dans des pays en voie de développement (OMS, 2019). Bien que rare en Suisse, le décès maternel concerne, selon l'office fédéral de la statistique, 5 accouchements pour 100'000 naissances (2019). Les 3 causes principales sont : les hémorragies du post-partum, les septicémies (infection généralisée de l'organisme) ainsi que les prééclampsies/éclampsies (OFS, 2019). Au niveau mondial, la mortalité en lien avec l'accouchement constitue une mission majeure. Effectivement, en 2015, plus de 300'000 femmes dans le monde sont décédées pendant leur grossesse ou lors de leur accouchement. On considère que le risque de mort chez la parturiente est de 12 sur

100'000 naissances dans les pays développés et de 239 pour 100'000 naissances dans les pays en voie de développement. (OMS, 2019).

Néanmoins, “la mort maternelle a été retenue comme faisant partie des évènements de santé dits « évitables », c'est-à-dire des événements dont la survenue en excès témoigne d'une contre-performance (ou dysfonctionnement) du système de soins, que cette défaillance concerne la prévention, l'organisation des soins ou les soins prodigués.” (INSERM, 2018). Au vu des pourcentages de décès maternels dans le monde, cette réflexion s'applique plus aux pays en voie de développement qui affichent un taux de décès important. Ceci est en lien avec le manque de conditions et de ressources mis en place dans ces pays, pour respecter les recommandations en matière de santé. Malgré cela, les décès survenant dans les pays développés doivent être analysés selon cette définition, afin de mettre en exergue un dysfonctionnement possible dans la prise en soin.

2.3 Les lésions obstétricales : maternelles et fœtales

Les blessures obstétricales concernent autant la femme que son nouveau-né. Ce dernier peut présenter des atteintes du scalp fœtal (bosse séro-sanguine, céphalématome...), un enfoncement ou fracture du crâne, des traumatismes du rachis, fracture des membres ou de la clavicule, paralysie du plexus brachial ou de la face (l'Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011/2012). Quant à la mère, elle s'expose aux risques de fractures du coccyx, disjonction de la symphyse, déchirure périnéales, vaginales, cervicales ou vulvaires, inversion utérine, rupture utérine ou prolapsus. (UMVF, 2014).

Les lésions et décès obstétricaux apparaissent presque toujours à la suite d'une urgence obstétricale c'est à dire “ toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement.” (Institut UPSA de la douleur, 2013).

Toujours d'après l'étude de Caplice, 114 sages-femmes sur 739 disent craindre la survenue d'urgences obstétricales (Caplice & Dahlen, 2014).

2.4 Principales situations à haut risque de décès : maternelles et fœtales

2.4.1 L'hémorragie de la délivrance

Selon l'OMS, l'hémorragie de la délivrance concerne 10% des accouchements et est la principale cause de décès maternels lors d'un accouchement. Elle se définit par une perte sanguine d'au moins 500 ml dans les 24h après l'accouchement. Elle est la première cause de décès dans les pays en voie de développement et est responsable d'un décès sur quatre au niveau mondial (OMS, 2014).

2.4.2 Les dystocies mécaniques

- Rupture d'un utérus non-cicatriciel

Elle est considérée comme un des résultats d'une dystocie mécanique. Les ruptures utérines se caractérisent par un saignement intra-abdominal ou vaginal ainsi qu'une forte douleur abdominale. Les signes cliniques pouvant apparaître sont les signes du choc, une tachycardie maternelle, une distension abdominale, une forme anormale de l'utérus, un abdomen sensible, les parties du corps fœtale palpables, absence des mouvements fœtaux et des bruits du cœur fœtal. (Mathai, Sanghvi & Guidotti, 2003). Les conduites à tenir seront de rétablir le volume sanguin et de pratiquer une utérotomie afin d'extraire l'enfant et le placenta.

- Rupture d'un utérus cicatriciel

Le taux de cicatrices utérines dues à une césarienne ne cesse d'augmenter, celles-ci constituent le principal facteur de risque de rupture utérine lors de l'accouchement par voie basse. Environ 90% des ruptures utérines se font sur un utérus cicatriciel (Deneux-Tharaux, 2012). Le collège national des gynécologues et obstétriciens français annonce un taux de rupture utérine situées entre 0,1 et 0,5 % en cas d'utérus uni-cicatriciel (CNGOF, 2012). En Suisse après deux césariennes, un accouchement par voie basse est alors contre indiqué.

- Dystocie des épaules.

Selon l'OMS, "la dystocie des épaules survient lorsque les épaules fœtales restent bloquées dans le bassin maternel après la sortie de la tête." (Melo., 2010). Elle est considérée comme une situation obstétricale à haut risque et fait partie des préoccupations de tous les obstétriciens par son imprévisibilité. En 2010, les estimations pour la dystocie des épaules étaient de 0.6 à 1.4% pour les nouveaux nés pesant de 2500g à 4000g à la naissance et de 5 à 9% pour ceux pesant de 4000 g à 4500 g (Melo, 2010). En soit, ces événements concernent 0,5 à 1% des accouchements par voie basse (Deneux-Tharaux & Delorme, 2015). Pour le nouveau-né, les risques engendrés sont les différents niveaux d'asphyxie pouvant aller jusqu'au décès ainsi que des séquelles temporaires ou permanentes du plexus brachial.

2.5 Les traumatismes interpersonnels à la naissance

2.5.1 La différence entre les événements interpersonnels et non interpersonnels

Selon Leinweber et al. (2016), il existe des événements traumatisants définis comme étant interpersonnels, comme l'agression sexuelle et physique ou psychologique et/ou étant non interpersonnel, comme une blessure accidentelle ou une catastrophe naturelle. Les auteures distinguent donc les soins irrespectueux, médiocres ou abusifs (interpersonnels) des décès ou blessure (non-interpersonnels).

Dans cette étude, les traumatismes non interpersonnels à la naissance étaient représentés par les catégories suivantes : le décès maternel ou fœtal, qu'il soit réel ou une menace de décès et les blessures maternelles ou fœtale, qu'elles soient réelles ou des menaces. Les traumatismes interpersonnels à la naissance étaient représentés par les catégories suivantes : les soins ou prise en charge abusifs ; les mauvais soins décrits, par exemple par le fait d'assister ou de participer à une intervention qui n'est pas dans l'intérêt de la femme et/ou du bébé ; et le manque de respect interpersonnel décrit, par exemple, par le fait d'assister au non-respect de la dignité de la femme et/ou à l'annulation de ses souhaits (Leinweber et al., 2016).

Du côté des soignant-e-s, les études épidémiologiques ont identifié des taux plus élevés de stress post-traumatique après l'exposition à un traumatisme interpersonnel qu'à un traumatisme non interpersonnel (Leinweber et al., 2016).

2.5.2 Les violences obstétricales et gynécologiques (VOG)²

Les traumatismes liés aux soins et plus spécifiquement les traumatismes interpersonnels tels que les soins irrespectueux ou abusifs ayant lieu en salle de naissance font écho aux violences obstétricales et gynécologiques (VOG). D'après l'Institut de Recherche et d'Action pour la santé des femmes (IRASF), les violences obstétricales et gynécologiques touchent à trois dimensions : verbale, physique et légale (2019). Il s'agit d'une VOG lorsqu'un soin est réalisé en l'absence de consentement libre et éclairé, l'absence de choix et de diversité dans l'offre de soins, l'absence de consentement des actes à des fins d'apprentissage, l'absence d'anesthésie efficace, l'absence d'utilité médicale avérée, les pratiques non conformes aux données scientifiques, l'absence de l'exercice de gestes obstétricaux dans un cadre légal (code de déontologie, recommandations nationales et internationales, charte de la personne hospitalisée, code de santé publique), l'absence d'humanité et de dignité, l'absence du respect des droits de la patiente. Ces critères constituent les éléments fondamentaux des VOG et vont porter atteinte à la santé mentale et physique des femmes de façon plus ou moins sévères. Ces VOG peuvent être perpétrées par l'ensemble de l'équipe soignante (gynécologues obstétriciens, sages-femmes, puériculteurs-trices, aides-soignant-e-s...) dans différents champs au cours de la vie d'une femme, lors d'un suivi gynécologique, lors des consultations prénatales, en salle de naissance ou encore en suite de couche. (IRASF, 2019).

2.5.3 Les soins abusifs ou incomplets

La sage-femme est tenue de veiller à la sécurité de la femme et de son fœtus. Pour cela elle peut avoir recours à des gestes techniques ou à l'utilisation de médicaments. Son champ de compétence est délimité par un code de déontologie (UMVF, 2011-2012). Ceci est nécessaire afin de ne pas surmédicaliser la prise en soins. Il est recommandé aux sages-femmes de ne mettre en place des interventions techniques ou médicamenteuses que lorsque nécessaire et en respectant le choix des femmes (HAS, 2018).

² Il n'y a pas de consensus quant au choix d'une définition officielle des VOG. Après étude des différentes propositions de définition, nous avons sélectionné celle qui nous semblait être la plus complète.

Par exemple, on parle de dystocie induite quand elle est causée par les soignant-e-s c'est-à-dire que le bassin maternel est de dimension normale, le bébé est de poids normal. La dystocie est alors provoquée par la précipitation de l'accoucheur qui ne laisse pas le temps pour la restitution spontanée ou réalise une traction parallèle au plancher. L'épaule antérieure se bloque alors sous la symphyse (Delouane-Abinal, 2019).

A l'inverse, la conduite active de la délivrance réduit significativement le risque de saignements abondants. De plus, l'hémorragie est toujours sous-évaluée selon Docteur Billieux (Billieux, 2019). Ceci fait partie des craintes des professionnelles : 31 sages-femmes et étudiantes sur 739 disent avoir peur principalement de ne pas reconnaître une situation qui peut entraîner des dommages chez la mère ou son fœtus (Caplice & Dahlen, 2014). En théorie, 80% des décès dans le monde, faisant suite à une hémorragie de la délivrance, seraient évitables (Berkane, 2019).

La sage-femme doit alors trouver l'équilibre entre faire et laisser faire, ou encore entre suivre ou guider la femme. L'accouchement étant, initialement, un processus physiologique, le rôle sage-femme est donc d'accompagner la femme durant le déroulement de l'accouchement afin qu'elle puisse donner naissance dans les conditions les plus sécuritaires possible.

Après analyse des événements indésirables graves évitables par les médecins, il en est ressorti qu'une partie est liée à une "pratique médicale sous optimale, une perte de temps, une rupture dans la continuité des soins ou des déviations diverses par rapport à des protocoles, des règles ou des recommandations". Il a également été mis en avant que "les défaillances humaines des professionnels, la supervision insuffisante des collaborateurs et la communication insuffisante entre professionnel-le-s" sont responsables d'un quart des événements indésirables graves évitables (DREES, 2010).

2.6 Le soignant : “seconde victime” oubliée et empathie des sages-femmes

Le concept de seconde victime lors d'un événement grave a été développé par Albert Wu auteur de l'ouvrage "Medical error : the second victim" dans lequel il développe le fait qu'un-e soignant-e peut devenir la victime d'un incident médical tout autant que le-la patient-e lui-elle-même (2000). A la suite d'un événement indésirable en salle d'accouchement, les soignant-e-s sont susceptibles d'être traumatisé-e-s au même titre que les patient-e-s. Pour Galam, les soignant-e-s subissent une “triple peine” : *“Vis à vis de lui-même, le soignant développe une image négative et de la culpabilité. Vis à vis de ses pairs, il peut se sentir moins légitime, voire ne plus appartenir à son groupe professionnel. Vis à vis des patients, il est fragilisé et en insécurité dans ses décisions.”* (2012). Ce trauma peut conduire à un sentiment de culpabilité étroitement lié au degré d'empathie : plus une personne a de l'empathie, plus elle peut ressentir de la culpabilité (Schroder, Lamont, Jorgensen & Hvidt, 2018).

L'empathie est définie comme l'identification aux pensées ou à l'action d'une autre personne, allant jusqu'à ressentir les sentiments de cette dernière (Delamare, 2004).

Les diverses études et questionnaires ont fait ressortir le fait que les professionnel-le-s de la santé reconnaissent aujourd'hui que la compassion et l'empathie sont des composantes essentielles de leur travail (Sabo, 2006). Leinweber & Rowe ont fait ressortir le fait que la prise en soin est maintenant considérée comme une pratique holistique, globale, qui exige que le-la soignant-e soit présent physiquement et mentalement (2008). Ceci est le cas pour les professions de soin mais également pour toutes autres professions en lien avec l'humain telles que les travailleurs sociaux ou encore dans l'éducation (Bride, Radey & Figley, 2007). Il a été constaté que cette étroite collaboration avec les patient-e-s peut entraîner, chez les professionnel-le-s de la santé, le risque de développer des réactions de stress post traumatique (Wilberforce, Wilberforce & Aubrey-Bassler, 2010). Cet investissement émotionnel personnel peut entraîner des effets négatifs pour les professionnel-le-s de la santé, appelés " coûts émotionnels des soins " (Leinweber & Rowe, 2008). Les conséquences de ces “coûts émotionnels des soins” comprennent, entre autres, le trouble de stress post-traumatique, la fatigue compassionnelle (aussi appelé stress

traumatique secondaire) et le traumatisme vicariant c'est à dire le traumatisme par procuration (Sabo, 2006).

Le mot sage-femme, en anglais, se traduit par "midwife" ce qui signifie étymologiquement "avec la femme ". Il a été mis en évidence que la satisfaction professionnelle des sages-femmes dépendrait, en partie, de l'établissement d'une bonne relation et d'un lien de confiance avec les femmes. On apprend dans une étude de Rice qu'auprès des sages-femmes les trois sources de satisfaction professionnelle les mieux cotées sont l'impression de faire une différence pour les femmes, l'interactions avec les femmes dont elles s'occupent et le fait de voir les femmes heureuses. Ainsi, la satisfaction professionnelle des sages-femmes dépendrait, en partie, de l'établissement d'une bonne relation avec les femmes (2013). Il n'est donc pas surprenant que les sages-femmes puissent être affectées par le fait d'être témoins d'un évènement traumatique d'une manière différente ou plus forte que d'autres corps de métier (Hunter, Fendwich, Sidebotham & Heley, 2019).

2.7 Conditions de travail des sages-femmes

En milieu hospitalier les sages-femmes travaillent selon un modèle de gardes de 8 ou 12 heures selon l'institution et le service. En salle de naissance il s'agit le plus souvent de garde de 12 heures. La maternité requiert la présence continue des sages-femmes durant toute la semaine, elles alternent alors les gardes de jour et de nuit et travaillent également le week-end. Lors de leurs jours actifs elles bénéficient d'un temps de pause de 30 minutes, pendant lequel elles restent responsables de leurs patientes et/ou de leurs bébés. Elles doivent constamment s'assurer de leur bien-être et rester à proximité en cas de besoin.

Il s'agit d'une profession qui sollicite à la fois des compétences physiques, réflexives et relationnelles. En salle de naissance, selon le type de maternité (type I, IIa, IIb, et III), l'effectif de l'équipe soignante et le nombre d'entrées, les sages-femmes se retrouvent souvent à devoir s'occuper simultanément de plusieurs femmes en travail, en pré-travail et de l'accueil des urgences. En parallèle, elles gèrent l'administratif et bien souvent les appels téléphoniques internes provenant du

secrétariat, de collègues sages-femmes, de médecins, etc. mais aussi des appels externes de femmes nécessitant un avis avant de venir aux urgences.

Les gardes de 12 heures permettent de limiter le nombre de relèves et ainsi de limiter la perte d'informations en réduisant le nombre d'intervenant-e-s auprès de la patiente. Cependant l'INRS, Institut National de Recherche et de Sécurité s'inquiète pour la santé des soignant-e-s et la sécurité des patients. En effet plusieurs études ont démontré que ce rythme de travail était un important facteur de risque d'erreurs médicales, d'AES (Accident d'Exposition au Sang), d'accident de travail, etc ... Et ceci, particulièrement dans les deux dernières heures avant la relève. (Griffiths et al., 2014), (Richardson, Turnock, Harris, Finley & Carson, 2007), (Stimpfel, Lake, Barton, Gorman & Aiken, 2013), (Witkowski & Aiken, 2013).

Globalement, les sages-femmes considèrent les journées de travail de 12 heures comme idéales tant pour favoriser un suivi de la patiente optimale que pour leur propre organisation. Cependant, elles réclament un vrai temps de pause repas pour pouvoir manger sans avoir à surveiller constamment leurs patientes en salle de naissance et ainsi mieux se ressourcer. (Griffiths et al., 2014), (Richardson et al., 2007), (Stimpfel et al., 2013), (Witkowski & Aiken, 2013). Ces professionnel-le-s ont conscience de leur importance de jour comme de nuit et sont en accord avec cette alternance, elles transmettent toutefois ne pas avoir le temps et la structure adaptée pour pouvoir pleinement profiter de leur temps de pause.

2.8 Le syndrome d'épuisement professionnel (Burnout)

L'épuisement professionnel ou burn out est un syndrome différent de la dépression pour la principale raison qu'il est lié travail et non aux autres domaines de la vie. Selon les critères de Maslach et Jackson, il s'agit d'un "syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui" (Maslach Jackson, Leiter & Schaufeli, 1981). Ce syndrome, est considéré comme un trouble de l'adaptation et non une maladie et ne trouve pas de diagnostic dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM (APA, 2013). Maslach a mis

en place un inventaire de burn out qui explore trois dimensions : le score d'épuisement professionnel, le score de dépersonnalisation et le score d'accomplissement personnel. L'épuisement professionnel est directement lié au travail, il est considéré comme la première étape du processus. Contrairement à la dépression, ce sentiment peut disparaître après une période de vacances. La dépersonnalisation est plutôt vue comme un mécanisme de défense par lequel le-la soignant-e va se distancer des sentiments de ses collègues ou patients (Malach et al., 2006). Le-la soignant-e est alors détaché-e voire cynique et présente un risque de maltraitance, de iatrogénicité envers ses patients (Saillant, 2015). Lorsque le sentiment d'accomplissement personnel est maintenu il permet aux soignant-e-s de garder un équilibre au travail malgré l'épuisement et la dépersonnalisation. A l'inverse, s'il est diminué cela entraîne une baisse de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité (OMS, 2019). Le burnout est donc diagnostiqué si le résultat au test annonce un score élevé d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation et un score bas d'accomplissement personnel. Le burn out et la dépression sont deux diagnostics différents, toutefois, le burn out prédispose à la dépression et inversement (Saillant, 2015).

2.9 Soignant-e à bout, vers la fin du tabou ?

Le burnout est difficile à diagnostiquer car il est souvent perçu par les professionnel-le-s comme un signe de faiblesse. C'est alors devenu un tabou par pudeur ou par crainte des professionnel-le-s. En effet ce mal-être est souvent accompagné d'un sentiment de honte et de culpabilité, les personnes concernées ont alors tendance à ne pas consulter ni même aborder le sujet avec leurs collègues. Ils-Elles ont aussi peur de perdre leur travail ou de mettre en jeu leur carrière et hésitent alors à demander de l'aide ou du soutien. (Secrétariat d'état à l'économie SECO, 2018). En France, en février 2017, une enquête du professeur Didier Truchot et de la masterante Adeline Morel regroupant 1845 sages-femmes hospitalières a rendu ses résultats concernant le burnout. Il en ressort un score élevé de burnout chez les sages-femmes en comparaison avec les autres groupes de soignant-e-s. Ces professionnel-le-s atteignent le même niveau d'épuisement que les médecins généralistes, groupe qui obtient des résultats particulièrement élevés (Richard-Guerroudj, 2018). Cette

enquête se mêle à d'autres études de terrain afin de permettre aux soignant-e-s de mettre en exergue une souffrance professionnelle longtemps enfouie (Agence régional de santé, 2016), (Rhodes, 2018).

La profession de sage-femme est donc à ce jour reconnue comme un métier à haut taux de syndrome d'épuisement professionnel. Cette observation a également pu être mise en évidence au Royaume-Uni. Une étude portant sur le niveau de burnout, de dépression et d'anxiété présent chez les sages-femmes, révèle que 33.1% de sages-femmes anglais-e-s participant-e-s (585 / 1769 participant-e-s) déclarent un niveau élevé d'épuisement professionnel (Hunter, Fenwick, Sidebotham & Heley, 2019). De nombreux facteurs de risque influençant la survenue de burn out sont d'ores et déjà reconnus. Parmi ceux-ci nous pouvons identifier : la situation maritale, le fait d'avoir des enfants, les années de carrière professionnelle, les conditions de travail (horaires, effectif) ainsi que les situations traumatiques sur le lieu de travail (Fenwick, Lubomski, Creedy, Sidebotham, 2017). Ce dernier facteur est démontré dans une étude anglaise qui met en évidence une corrélation entre le burn out et la survenue à répétition d'événements traumatiques. Effectivement, cet article indique que les sages-femmes qui ont vécu un nombre élevé d'expériences antérieures stressantes, et qui sont actuellement exposées à des événements considérés comme traumatiques, augmentent le risque de développer des symptômes de stress post-traumatiques, associés eux-mêmes à des symptômes d'épuisement professionnel (Sheen et al., 2014).

3. Problématique

Les événements indésirables graves font partie intégrante du métier de sages-femmes. Si l'impact des accouchements traumatiques sur le vécu maternel a été largement discuté (Wigert et al., 2019), (Koster et al, 2019), (Rodríguez-Almagro et al, 2019), aujourd'hui les recherches commencent à s'intéresser à l'existence de traumatismes profonds chez les professionnel-le-s de la santé. En mai 2019, l'OMS a édité ses recommandations et ses actions concernant la santé mentale au travail (OMS 2019). De nouvelles études voient le jour concernant le burnout et la dépression des sages-femmes et des étudiant-e-s (Fenwick et al., 2017), (Hunter et al., 2019), (Rhodes, 2018). Ces études mettent en avant la souffrance réelle des sages-femmes et ont pour but d'éveiller une conscience, dans les milieux et politiques de santé, afin de mieux les accompagner. Conscients de cette situation, les hôpitaux mettent de plus en plus fréquemment en place des structures destinées au soutien de collaborateur-trice-s, afin d'explorer en profondeur l'impact de ses événements (HUG, 2018). Ces différentes actions émergent, à la suite d'une prise de conscience de la part du réseau hospitalier, concernant l'état psychique de leurs collaborateurs (Agence régionale de santé, 2016).

Le concept de seconde victime met en lumière le fait que les sages-femmes peuvent également être impactées par un traumatisme vécu par les patient-e-s (Wu, 2000). Il est intéressant alors de constater que plusieurs facteurs vont influencer la perception d'une situation et définir si elle sera ressentie comme traumatisante ou non par les soignant-e-s. Parmi ceux-ci, on distingue le type d'événements et la gestion de la situation par les sages-femmes et les autres collaborateurs-trices. Les sages-femmes redoutent de commettre un acte pouvant péjorer le déroulement de l'accouchement ou entraver la santé maternelle ou fœtale (Caplice & Dahlen, 2014).

Finalement, dans la littérature actuelle, nous retrouvons plusieurs informations concernant les différentes causes probables de mauvais vécu, par les sages-femmes, lors de l'accouchement. Les conséquences de ces mauvais vécus, qu'ils soient psychiques ou qu'ils entravent la réalisation professionnelle, sont moins décrit mais font émerger un nouveau mouvement, qui permet aux sages-femmes de s'autoriser à parler de leur expérience. Cela semble être un sujet important concernant la

prévention et la possibilité de mettre en place des actions en amont. Cela nous a donc amener à se poser la question suivante :

Accouchements traumatiques : Quels impacts chez les sages-femmes ?

4. Méthodologie

4.1 Choix des mots clés

Afin de structurer la formulation de la thématique et gagner en précision dans la recherche d'articles, l'utilisation de la méthode PICO semble adaptée. Celle-ci est l'acronyme de Patient/Problème/Population - Intervention - Comparaison - Outcome (résultat, impact, issue) et permet de répertorier les différents termes qui seront abordés dans le travail et ainsi permettre la création d'une question de recherche ciblée.

Quatre concepts ont émergé à partir des mots-clés inscrits dans la méthode PICO et ont permis l'élaboration de « MeSH term » indispensables pour la recherche des 5 articles littéraires principaux de ce travail. Ceux-ci sont révélés par le programme informatiques HeTop après l'introduction des termes clés, traduits du français à l'anglais, dans cette plate-forme.

tableau 1: Choix des mots-clés selon la méthode PICO

	Concepts / Thèmes	Mots-clés libres en français Termes dérivés, synonymes...	HeTOP Français (Termes du thésaurus MeSH)	HeTOP Anglais (Termes du thésaurus MeSH à reporter dans PubMed)	Termes proposés par CINAHL (CIN AHL Headings)	Mots-clés libres en anglais Quand le terme MeSH n'existe pas
P	Sage-femme	Sages-femmes	Profession sage-femme Infirmière sage-femme	Midwifery Nurse midwives		Midwi*
I	Accouchements traumatiques	Accouchements traumatiques, Urgence/s obstétricale/s,	Urgences - Travail obstétrical - Accouchement (procédure) - Complications du travail obstétrical	Emergencies - Labor, obstetric - Delivery, obstetric - Obstetric labor complications		Adverse labor Labor Secondary traumatic Traumatic childbirth Emergency/ies, obstetrical
C						
O		Expérience, Stress, Sentiment, vécu	Emotions - Stress psychologique - Santé mentale - Peur - Anxiété	Emotions - Stress, psychological - Mental health - Fear - Anxiety		Experience, Stress, Feeling

Tableau 2 : Combinaison des mots-clés selon les 4 concepts

1^{er} concept	A N D	2^{ème} concept	A N D	3^{ème} concept	A N D	4^{ème} concept (optionnel)
Midwifery		Emergencies		Stress, psychological		labor
Midwi*		Adverse labor		Fear		Delivery, obstetric
Nurse midwives		Traumatic childbirth		Anxiety		Stress disorders, post-traumatic
		Obstetric labor complications		Stress		Burnout, psychological

4.2 Bases de données utilisées

Avec les MeSH term obtenus, il est à présent possible de rechercher de manière ciblée les articles littéraires correspondant précisément à la thématique. Pour ce faire, 4 bases de données sont à privilégier car elles possèdent un large panel d'études et sont mises à jour quotidiennement permettant ainsi de pouvoir profiter des derniers travaux. Elles comprennent des plus, des articles universels et ciblés sur le domaine médical.

Pubmed (via Medline)

Pubmed est l'une des bases de données les plus importantes du système de recherches de données bibliographiques et médicales. Afin d'obtenir les recherches les plus précises, nous inscrivons nos mots-clés dans Pubmed Advanced Search en sélectionnant l'index MeSH. Cette plateforme correspond à une base de données essentielles de ce travail et a apporté ses 5 articles littéraires principaux, dont la recherche est détaillée dans le tableau ci-dessous.

Cochrane Library

Cette plateforme de recherche regroupe plusieurs moteurs de recherches médicales. Son utilisation est semblable à celle de Pubmed et nécessite également l'utilisation de la recherche avancée et des MeSH term. Après de nombreuses recherches avec l'utilisation de des MeSH term aucun résultat concluant n'a abouti.

CINAHL: Cumulative index to Nursing and Allied Health Literature

Ce troisième moteur de recherche contient de nombreuses données bibliographiques ciblées sur les soins infirmiers. Elle est semblable à celle des deux plateformes mentionnées ci-dessus, cependant les MeSH term ne sont pas utilisés. Bien que la thématique ne porte pas sur les soins infirmiers, plusieurs articles en lien avec notre thématique ont tout de même mis en évidence. Cependant ils n'ont pas été retenus pour ce travail à cause de leurs manques de précision et de fiabilité.

Midirs: Midwives Information and Resource Service

Midirs est une base de données regroupant de nombreux articles cette fois-ci ciblés sur les soins sage-femme. Son utilisation est simple, il nous suffit de noter nos

mots-clés à la suite dans la barre de recherche. De nombreux résultats sont parvenus, correspondant à certains mots-clés, cependant aucun de ceux-ci n'a été retenu car ils n'incluent pas la thématique dans sa globalité.

4.3 Critères de sélections des articles

Le choix des articles de recherche a en premier lieu été posé sur un critère précis : la sélection d'articles de recherche qualitatifs et quantitatifs afin de pouvoir explorer les deux types d'analyse requis et obtenir une multitude de résultats spécifiques. La thématique porte sur les conséquences psychiques et physiques éprouvées par les sages-femmes et leur retour dans la pratique. C'est pourquoi il semble essentiel de pouvoir découvrir leurs ressentis approfondis et plus personnels par le biais d'une étude qualitative tout en possédant des résultats d'ordre plus général parvenant d'un plus grand échantillon grâce à celle quantitative. Les études quantitatives permettent également d'obtenir des données statistiques interprétables pouvant être mises en lien avec les issues plus personnelles chez les sages-femmes à la suite d'accouchements traumatiques inscrites dans les recherches qualitatives.

Afin que les études sélectionnées soient le plus applicables possibles à la pratique, elles s'intéressent en second lieu, uniquement aux pays dont les conditions de travail, les rôles de la sage-femme ainsi que les protocoles appliqués sont approximativement similaires à ceux rencontrés en Suisse. Dans ce même but, il est essentiel de déceler des articles menés lors de cette dernière décennie, postérieure à 2010, en vue qu'ils portent sur le fonctionnement hospitalier actuel.

Pour affiner les recherches et déceler les articles les plus pertinents pour cette problématique, d'autres critères d'inclusion et d'exclusion ont été mis en exergue et respectés tout au long de ce processus :

4.3.1 Critères d'inclusion des recherches

- 1) *Population cible* : articles traitant uniquement du point de vue, vécu, et issues chez les sages-femmes

- 2) *Type d'événement rencontrés* : articles traitant uniquement des accouchements traumatiques
- 3) *Lieu des événements traumatiques* : situations rencontrées en salle d'accouchement et/ou aux urgences obstétricales si un accouchement y a lieu ;
- 4) *Type de texte* : texte en français ou anglais, texte intégral disponible ;
- 5) *Sujet principal de l'étude* : articles traitant des issues obstétricales physiques ou psychiques

4.3.2 Critères d'exclusion

- 1) *Sujet principal de l'étude* : articles traitant uniquement des points de vue des patientes ou comparant les différents ressentis entre les professionnels et les patientes
- 2) *Type d'événements traumatiques* : événements indésirables graves au prénatal ou après plus de 2 heures post-partum, articles traitant uniquement d'un point de vue médical
- 3) *Design de l'étude* : Articles au design longitudinal (prenant les réactions des sages-femmes au moment de l'accouchement traumatique)

4.4 Les 5 articles sélectionnés pour cette étude

4.4.1 Articles de recherche quantitatifs

- Wahlberg, A., Andreen Sachs, M., Johannesson, K., Hallberg, G., Jonsson, M., Skoog Svanberg, A., Hogberg, U. (2014). *Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. An International Journal Of Obstetric and Gynecology (BJOG)*.

Cet article porte sur les symptômes de stress post-traumatique. Il décrit non-seulement les émotions ressenties par les sages-femmes lors d'accouchements traumatiques mais également les conséquences de celles-ci sur leur santé psychique et leur pratique professionnelle. Finalement, il est également intéressant par son aspect quantitatif, son échantillon relativement grand et son lieu d'étude.

- Leinweber, J., Creedy, D.K., Rowe, H., Gamble, J. (2016). *Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives*. Women and Birth 30, pp 40-45.

Cette étude évalue l'exposition à différents types de traumatismes en salle d'accouchement ainsi que les réactions émotionnelles et l'apparition de stress post-traumatiques chez les sages-femmes. Elle met l'accent sur le concept d'événements interpersonnels et ses conséquences chez les sages-femmes.

- Sheen, K., Spiby, H., Slade, P. (2014) *Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout*. International Journal of Nursing Studies, 52, pp. 578-587.

Cette étude littéraire met en évidence les types d'événements périnataux traumatisants ainsi que la proportion des sages-femmes en ayant vécus. Elle les lie également avec les symptômes de stress post-traumatique et l'épuisement professionnel.

4.4.2 Articles de recherche quantitatif avec pan qualitatif

- Toohill, J., Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J., Creedy, D.K. (2018). *Trauma and fear in Australian midwives*. Women and Birth 32, pp 64-71.

Cette recherche met en avant la prévalence des traumatismes et de la peur liée à la naissance chez les sages-femmes et décrit leurs expériences personnelles.

4.4.3 Article de recherche qualitative

- Elmir, R., Pangas, J., Dahlen, H., Schmied, V. (2017). A meta-ethnographic synthesis of midwives' and nurses experiences of adverse labour and birth events. Journal of Clinical Nursing 26, pp 4184-4200.

Cette étude synthétise 11 études qualitatives portant directement sur la thématique des issues chez les sages-femmes à la suite d'événements traumatiques en se portant sur leurs ressenties et émotions.

4.5 Historique de recherche

Tableau 3 : Résultats/historique de la recherche sur Pubmed

Numéro de la recherche	Mots-clés/opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés
1	((Midwifery[MeSH Terms]) OR Midwi*[Title/Abstract]) OR Nurse midwives[MeSH Terms]	35 198
2	((((emergencies[MeSH Terms]) OR Adverse labor[Title/Abstract]) OR Traumatic childbirth[Title/Abstract]) OR labor complications[MeSH Terms])	<u>105 992</u>
3	((((Stress, psychological[MeSH Terms]) OR fear[MeSH Terms]) OR anxiety[MeSH Terms]) OR Stress[Title/Abstract])	<u>867 748</u>
4	((((labor[Title/Abstract]) OR stress disorders, post-traumatic[MeSH Terms]) OR delivery, obstetric[MeSH Terms]) OR burnout, psychological[MeSH Terms])	184 065
RECHERCHE FINALE		
	((((((Midwifery[MeSH Terms]) OR Midwi*[Title/Abstract]) OR Nurse midwives[MeSH Terms])) AND (((((emergencies[MeSH Terms]) OR Adverse labor[Title/Abstract]) OR Traumatic childbirth[Title/Abstract]) OR labor complications[MeSH Terms])) AND (((((Stress, psychological[MeSH Terms]) OR fear[MeSH Terms]) OR anxiety[MeSH Terms]) OR Stress[Title/Abstract])) AND (((((labor[Title/Abstract]) OR stress disorders, post-traumatic[MeSH Terms]) OR delivery, obstetric[MeSH Terms]) OR burnout, psychological[MeSH Terms]))	32

4.5.1 Screening des bibliographies

De nombreux articles enrichissant le questionnement professionnel ainsi que le cadre théorique ont été découvert par la suite du passage en revue des bibliographies de recherches littéraires déjà sélectionnées.

4.5.2 Durée de la revue de littérature

Cette revue de la littérature a débuté en mars 2019. Tout d'abord par la recherche d'articles ciblant cette thématique et validant la possibilité d'entreprendre ce travail et son intérêt pour la profession de sage-femme. Puis par la rédaction de la revue et la mise en commun des divers résultats retenus. Elle termine en septembre 2020 où elle est présentée à des professionnel-le-s de la santé ou expert en recherche périnatale

4.6 Force, limites et contraintes de la recherche d'article

La première force mise en évidence dans la recherche d'article est que les MeSH term utilisés étaient très référencés conduisant à un large panel d'études. Toutefois celles-ci portaient majoritairement sur les issues psychiques et physiques maternelles après un accouchement traumatique. Trouver des articles portant sur les impacts chez les sages-femmes a nécessité beaucoup de temps de lecture et plus particulièrement le screening des bibliographies d'articles déjà retenus. De plus, la présentation d'article en anglais fut une barrière demandant une grande adaptation pour comprendre précisément et saisir la subtilité des émotions mises en avant par les sages-femmes ainsi que les différentes échelles utilisées dans les articles quantitatifs. Bon nombre d'études découvertes lors de la rédaction de ce travail mentionnent la contemporanéité de cette thématique, l'importance de continuer les recherches dans ce domaine et le fait que celui-ci mérite plus de réflexion et d'investissement. Ce fait fut une contrainte car il met l'accent sur le manque de recul vis-à-vis de cette thématique et l'importance de recevoir plus de témoignages et d'enquêtes afin de pouvoir généraliser les résultats. Cependant ce principe fut également une force car la plupart des recherches étudiées ont été effectuées lors de la dernière décennie et respectent donc le critère d'inclusion.

4.7 Dimension éthique de la recherche d'article

La dimension éthique est une partie intégrante de la recherche d'articles littéraires. Il est essentiel de veiller à ce que les diverses études respectent les différents principes éthiques tant dans leurs questionnements que dans leur méthodologie et procédure. Celles sélectionnées dans cette revue ont toutes reçu une validation par un comité d'éthique durant leur création.

A. Wahlberg et al. 2014	Études approuvées par :	The Regional Ethical Board
J. Leinweber et al. 2016		The Griffith University Human Research Ethics Committee
J. Toohill et al. 2018		The Human Research Ethics Committee of the University
K. Sheen et al. 2014		The Department of Psychology Ethics Committee
R. Elmir et al. 2017	Qualités des 11 études et aspects éthiques vérifiés par 3 auteurs	

5. Synthèses des articles sous forme de tableaux

(A.Wallberg M. A., 2014) Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events : a cross-sectional retrospective survey. <i>BJOG An International Journal Of Obstetric and Gynecology</i> .				
OBJECTIFS	METHODE	PROCEDURE	RESULTATS PRINCIPAUX	FORCES ET LIMITES
<p>Examiner les réactions de stress post-traumatique chez les obstétriciens et les sages-femmes, les expériences de soutien et les conséquences professionnelles à la suite d'événements graves dans le cadre du travail.</p> <p>1. Les expériences traumatiques associées à des événements graves comme la peur, l'impuissance, la panique, les menaces à l'identité professionnelle, la culpabilité et le développement de symptômes de stress post-traumatique.</p> <p>2. Les facteurs de risque de développer des symptômes de stress post-traumatique : l'expérience de réactions négatives de la part des parents, le soutien reçu de la part des cadres, des collègues, des amis ou du partenaire, les expériences de "débriefing", l'implication dans les procédures de plaintes et le rapport à l'autorité nationale.</p> <p>3. Les conséquences professionnelles à court et long terme après avoir ressenti des symptômes de stress post-traumatiques.</p>	<p>Design : Etude quantitative. Sondage transversal rétrospectif en ligne (Survey-Mon-key)</p> <p>Echantillon : 706 Obstétriciens et 1459 Sages-femmes membres de la société suédoise d'obstétrique et gynécologie et de l'association des sages-femmes.</p> <p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien des collègues - Accouchements traumatiques - Conséquences professionnelles - Facteurs de risques <p>Variable dépendante : Syndromes de PTSD</p> <p>Critères d'exclusion : Non renseignés</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membres de la Société suédoise d'obstétrique et gynécologie (SFOG) et de l'Association suédoise des sages-femmes (SBF) - Être âgés de moins de 67 ans (retraite Suède) - Posséder une adresse électronique <p>Mesure : SQ-PTSD</p>	<p>Lieu : Suède (Multicentrique, applicable aux pays développés)</p> <p>Période : du 7 janvier au 10 mars 2014</p> <p>Procédure :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sélection de l'échantillonnage 2. Envoi des questionnaires par email 3. Réception et évaluation des résultats 	<p>Des obstétriciens et des sages-femmes ont déclaré des symptômes de PTSD partiels ou probables à la suite d'épisode de trauma dans le cadre de leur travail :</p> <p>[15(95%CI)] p=1.00 (NS)</p> <p><u>Parmi les sages-femmes ayant vécu des événements traumatiques à long terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 7,2% sont partis en congé maladie [11(7,2%)] p<0.001 - 17% ont cessés de travailler en salle d'accouchement [26(17%)] p<0.001 - 10.5% ont été transférés en soins ambulatoire [16(10.5%)] p<0.001 <p><u>Au niveau émotionnel, parmi les sages-femmes ayant vécu des événements traumatiques (selon les critères du SQ-PTSD) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 43 % ont fait état d'émotions de peur intense, d'impuissance ou de panique - 17 % ont signalé une menace pour leur rôle/identité professionnelle au moment de l'exposition (P=0.001) - 28% ont ressenties des émotions de culpabilité après l'expérience traumatisante (P = 0,001) - 66 % des sages-femmes ont au moins un symptôme de reviviscence de l'événement traumatisant - 35 % des sages-femmes ont eu au moins un symptôme d'évitement ou de diminution de leur implication sentimental et réaction après l'événement. 7% d'entre elles ont présenté 3 symptômes de ce type - 58% des sages-femmes ont présenté un ou plusieurs symptômes d'éveil et 29% ont en présenté au moins 2 symptômes 	<p>Force : Nombre relativement élevé de participants.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Biais de sélection</u> : moins de la moitié des obstétriciens et sages-femmes qui ont été invités ont participé. <p>Les résultats ne peuvent donc pas prétendre représenter la majorité des obstétriciens et sages-femmes suédois, mais plutôt ceux dont les résultats sont pertinents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Biais de remémoration</u> : réflexion sur le " pire " incident grave vécu par les professionnels. Il peut donc s'agir d'un événement très ancien dont le souvenir peut être modifié.

Rakime Elmir, J. P. (2017). A meta-ethnographic synthesis of midwives' and nurses' experiences of adverse labour and birth events. *Journal of Clinical Nursing*, 17.

Objectifs	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Entreprendre une méta-ethnographie sur les expériences vécues par les sages-femmes et infirmières spécialisées en obstétrique lors d'accouchement traumatiques.</p>	<p>Design : - Une méta-synthèse selon une approche ethnographique (méta-ethnographie). Etude qualitative.</p> <p>Echantillon : Onze études qualitatives : 3 études sur les infirmières, 1 sur les infirmières/sages-femmes, 7 sur les sages-femmes.</p> <p>Variables : - <u>Indépendante</u> : Accouchements traumatiques, travail pathologique, type d'accouchement - <u>Dépendante</u> : Expériences des sages-femmes, émotions ressenties</p> <p>Critères d'inclusion : - Études qualitatives ou mixtes avec une composante qualitative substantielle - Portant sur le point de vue des sages-femmes ou infirmières en obstétrique - Concernant les accouchements traumatisants/compliqués - Limité aux articles publiés en anglais et aux articles en texte intégral - Articles publiés entre 2004-2016</p> <p>Critères exclusion : NS</p> <p>Mesures/outils/instruments - Synthèse des études inspirée des travaux originaux de Noblit et Hare sur la méta-ethnographie (1988) - Bases de données : Scopus, CINAHL PLUS, MEDLINE et PUBMED : termes recherchés en anglais britannique et anglais américain, entrés individuellement et en combinaison. - Evaluation de la qualité des articles : à l'aide de l'outil CASP (critical appraisal skill program)</p>	<p>Lieu de l'étude : Etats-Unis, Amérique du Sud, Nouvelle-Zélande, Suède, Israël, Australie, Royaume-Unis, Europe, Asie, Afrique.</p> <p>Période : De réalisation des études : 2004-2016. De rédaction de la méta-ethnographie : Octobre 2016</p> <p>Procédure : <u>Sélection des articles</u></p> <p><u>Extraction et synthèse des données</u></p> <p><u>Compréhension et traduction des concepts, idées et métaphores</u> (recherche de similitude entre les études : technique de traduction réciproque)</p> <p><u>Élargissement des possibilités d'interprétation des résultats</u></p>	<p><u>Face à un événement indésirable lié au travail et à l'accouchement :</u> - les sages-femmes se sentent mal préparées lorsqu'elles sont confrontées à une situation d'urgence lors de l'accouchement. - certaines d'entre elles ont pu considérer leur rencontre comme une occasion de développer leurs compétences en matière d'intervention d'urgence.</p> <p>Les quatre thèmes principaux mis en évidence à la suite d'événements indésirables liés au travail et à l'accouchement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ressentir le chaos 2. Se sentir impuissant, responsable d'un échec 3. Ajouter une autre cicatrice à son âme 4. Trouver un moyen d'y faire face 	<p>Forces : Non-spécifié</p> <p>Limites : - Articles en anglais uniquement - Pays différents : les sages-femmes et infirmières peuvent avoir des rôles et attentes différentes - Documents pertinents potentiellement non inclus dans l'étude ne rentrant pas dans les critères d'inclusion.</p>

Julia Leinweber, Debra K. Creedy, Heather Rowe, Jenny Gamble (2016). Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives.

OBJECTIFS	MÉTHODE	PROCÉDURE	RÉSULTATS PRINCIPAUX	FORCES ET LIMITES
<p>1. Évaluer l'exposition à différents types de traumatismes à la naissance et les réactions périnatales chez les sages-femmes australiennes</p> <p>2. Explorer les réactions émotionnelles des sages-femmes suite à des événements traumatiques</p> <p>3. Estimer la prévalence de symptômes de stress post-traumatique chez les sages-femmes à la suite de situation traumatisante</p>	<p>Design : Etude quantitative. Sondage transversal, descriptif en rétrospectif, en ligne et anonyme</p> <p>Echantillon : 687 sages-femmes australiennes membres de l'<i>australian college of midwives (ACM)</i></p> <p>Variables indépendantes : - Exposition à différents types de traumatismes à la naissance : interpersonnel, non interpersonnel, associé à des soins abusifs, incluant une blessure.</p> <p>Variable dépendante : - réactions périnatales, émotionnelles - symptômes de stress post-traumatique</p> <p>Critères d'exclusion : Non renseignés</p> <p>Critères d'inclusion : -Sages-femmes membres de l'<i>australian college of midwives (ACM)</i></p> <p>Mesure : -TEPCL (The Traumatic Events in Perinatal Care List) -PSS-SR (échelle de mesure des symptômes de stress post-traumatique) - X-Mantel-Haenszel (lien entre événements traumatiques et STPT)</p>	<p>Lieu : Australie</p> <p>Période : De mars 2014 à juin 2014</p> <p>Phases de l'étude :</p> <p>1) Demande d'approbation de l'<i>ACM (australian college of midwives)</i> pour inviter ses membres à répondre à l'enquête Les auteurs ont obtenu l'approbation de l'étude par le comité universitaire d'éthique de la recherche chez l'humain Numéro de référence : NRS/50/13/HREC</p> <p>2) Envoi de courrier électronique aux membres de l'<i>ACM</i> les invitant à participer au sondage en ligne. Rappel envoyé deux semaines plus tard. L'enquête est restée ouverte pendant 3 mois.</p> <p>3) Recueil des données obtenues uniquement via l'enquête en ligne et anonyme puis analyse par <i>the statistical Package for Social Sciences (SPSS)</i></p>	<p>Parmi les événements traumatiques de référence sélectionnés par les sages-femmes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 39% sont les décès 33.2% sont les blessures 49.4% sont les mauvais soins 39.3% sont les actes préjudiciables 37.1% est le manque de respect interpersonnel <p>Les sages-femmes ayant vécu un traumatisme interpersonnel (lié aux relations et à la communication) sont plus susceptibles de se souvenir de formes de détresse périnatales que les sages-femmes qui ont été témoins d'un traumatisme à la naissance non interpersonnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sentiments d'horreur (OR = 3,89, CI 95 % [2,71, 5,59]) - 20x plus susceptibles de se rappeler la colère (OR = 20, 95% CI [11,35]) - 6x plus susceptibles de se rappeler un sentiment d'impuissance (OR = 5,8, 95% CI [3,8, 8,8]) - 4x plus susceptibles de se rappeler d'avoir réagi en se sentant horrifiées d'avoir été témoins d'un traumatisme à la naissance (OR = 3,89, 95% CI [2,71, 5,59]) - 2x plus susceptibles de se sentir coupables (OR = 1,90, 95% CI [1,36, 2,65]) - 2x plus susceptible de se sentir responsables (OR = 1,95, 95% CI [1,40, 2,72]) <p>A l'inverse, les sages-femmes ayant vécu un traumatisme interpersonnel sont moins susceptibles de se rappeler la peur (OR = 0,46, 95% CI [0,33, 0,64]) que les sages-femmes qui ont été témoins d'un traumatisme à la naissance non interpersonnel</p> <p>L'étude de la prévalence du probable PTSD est de 17 % (n= 102, 95% CI [14,2, 20,0])</p> <p>Le score total PSS-SR est plus élevé lors de traumatismes associés à des soins abusifs (Z=-2,33, p= 0,02) (NS) ainsi que les événements incluant une blessure (Z=-2,69, p=0,01) (NS). Associé aux blessures, les sages-femmes sont beaucoup plus susceptibles de déclarer une reviviscence d'expérience traumatique (Z=-2,90, p<0,001) et se sentir constamment en alerte ou à l'affût des signes de danger (Z=-3,17, p<0,001).</p>	<p>Force : Non renseigné</p> <p>Limites : - Echantillon : Taux de réponse faible (15,4%) les résultats peuvent être sous-estimés ou surestimés et donc non-imputable à la population sage-femme dans sa globalité (687 réponse sur 4578 sages-femmes contactées)</p> <p>-Réponses rétrospectives obtenues : modifications possibles du souvenir des émotions ressenties et de la perception de la nature de l'événement au fil du temps -Possibilité que les symptômes de stress post-traumatiques déclarés soient associés à une expérience traumatique plus actuelle</p> <p>- Les questions de l'étude ne comprenaient pas de détails sur les auteurs des actes de soins périnataux irrespectueux et abusifs dont ont été témoins les répondants. Il est donc impossible de confirmer si les actions de soins abusifs ou irrespectueux ont été perpétrés par des sages-femmes ou par d'autres membres du personnel médical.</p>

J. Toohill, J. f. (2018). Trauma and fear in Australian midwives. *Women and birth* , 64-71.

Objectifs	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Déterminer la prévalence des traumatismes et de la peur liée à la naissance chez les sages-femmes</p> <p>Investiguer les effets de la peur et des traumatismes sur la confiance des sages-femmes pour conseiller les femmes sur leur accouchement et de fournir des soins aux femmes en travail.</p> <p>Explorer et décrire les expériences personnelles et/ou professionnelles de traumatisme et de peur des sages-femmes à la naissance.</p>	<p>Design : Etude quantitative, avec pan qualitatif. Sondage transversal rétrospectif en ligne avec questions ouvertes et fermées[A1]</p> <p>Echantillon : 249 sages-femmes.</p> <p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme avec peu ou pas de peur liée à l'accouchement - Sage-femme avec une peur élevée ou grave liée à l'accouchement <p>Variable dépendante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confiance et inquiétude à conseiller une femme sur ses options d'accouchement - Confiance et inquiétude à prendre en soin une femme en travail <p>Critères d'exclusion : NS</p> <p>Critères d'inclusion : Sages-femmes du Queensland</p> <p>Mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - WDEQ-A : <i>Wijma Delivery Experience Questionnaire</i> - <i>Practice Concerns Scale</i> - <i>Visual analogue scale</i> de Haines et al. <p>Ensemble de questions fermées et ouvertes laissant la possibilité aux participant-e-s de faire un commentaire.</p>	<p>Lieu : Queensland, Australie</p> <p>Période : Octobre à Novembre 2015</p> <p>Procédure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proposition aux sages-femmes du Queensland de s'inscrire dans une liste à des fins d'éducation et de recherche. - Approbation de mener l'étude par le <i>Comité d'éthique de la recherche humaine de l'Université</i>. - Envoi d'un lien vers le sondage par email aux sages-femmes inscrit-e-s sur la liste. - Recueil de données - Analyse des résultats <p>Quantitatifs : SPSS 21 : Statistical Package for the Social Sciences Mann-whitney u test</p> <p>Qualitatifs : <i>Latent content analysis</i> Un assistant de recherche et deux chercheurs expérimentés ont effectué indépendamment une analyse des données avec une technique de codage ligne par ligne avant de rassembler les concepts similaires. Les données ont été continuellement comparées et contrastées à mesure que le processus d'analyse progressait.</p>	<p>L'étude qualitative est divisée en deux parties : les expériences personnelles de trauma à la naissance pour leur propre accouchement et les expériences en tant que sage-femme (SF).</p> <p>Qualitatif : Concernant leur propre accouchement 16 SF sur 97 ont témoigné de trauma car elle se sont senties « agressée », « humiliée », « intimidée ». Elles décrivent avoir vécu un trauma lors d'une hémorragie, d'une instrumentation ou d'une césarienne suite à un travail long ainsi que lors d'une mort in utero ou d'un décès néonatal.</p> <p>En tant que sage-femme ils-elles décrivent comme traumatisant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être témoin d'un manque de respect de la femme ; - Ne pas être respecté-e-s en tant que SF ; - Être complice d'une mauvaise pratique des soins ; - Travailler et vivre avec la réalité que tout ne se passe pas toujours comme prévu ; - Les facteurs liés à la situation et au milieu de travail qui intensifient le stress. <p>Quantitatif : L'étude quantitative a permis de quantifier le nombre de SF ayant vécu un trauma, leur niveau de peur et l'impact de ces traumas et de cette peur sur leur pratique.</p> <p>85.4% des SF interrogé-e-s disent avoir vécu un trauma en tant que SF et 41.6% en tant que parturiente. 8.6% des SF ont été évalué-e-s comme ayant un haut niveau de peur liée à l'accouchement. L'étude ne montre pas de lien statistique entre l'expérience d'un trauma personnel ou professionnel et la pratique SF. L'étude indique un lien entre la peur liée à l'accouchement et le manque de confiance ($p < 0.001$) et l'inquiétude ($p = 0.003$) (NS) des SF à fournir des soins à une femme en travail. L'étude relie également la peur élevée des SF et le manque de confiance ($p = 0.005$) (NS) et l'inquiétude ($p = 0.001$) (NS) des SF à conseiller une femme sur ses options d'accouchement.</p>	<p>Forces : L'échantillon diversifié recruté dans tous les secteurs de la maternité du Queensland dans le privé et le public. De plus, l'enquête a permis de recueillir un grand nombre de données qualitatives qui ont permis de mieux comprendre les perceptions et les expériences des sages-femmes. Les échelles d'aide visuelle (EAV) et les échelles de Likert similaires à celles utilisées dans cette étude ont eu du succès pour déterminer les niveaux de peur des femmes.</p> <p>Limites : Il s'agissait d'une enquête volontaire, donc il est possible que davantage de sages-femmes s'intéressant à ce sujet aient répondu en créant un possible biais de réponse</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enquête a été menée dans un État, d'un pays et les résultats ne peuvent être généralisés. De plus, pour la question concernant l'expérience d'un trauma, aucune mesure valable n'a été utilisée pour déterminer si les sages-femmes répondaient aux critères de diagnostic d'un stress post-traumatique et aucune définition précise du terme " traumatisme " n'a été donnée. La manière dont les sages-femmes ont interprété, donné un sens et répondu à la question peut être très différentes d'une personne à l'autre. - En ce qui concerne la mesure des niveaux de crainte à la naissance, il n'y a pas eu d'outils validés pour les cliniciens. - L'étude aurait été enrichie si d'autres professionnels de la santé avaient participé à l'étude, tels que les obstétriciens. - Enfin, l'Échelle <i>Practice Concerns</i> était une nouvelle et brève mesure qui a démontré une bonne fiabilité et validité, mais n'a pas été testée avec d'autres échantillons de sages-femmes travaillant dans différents contextes. Des recherches plus approfondies pour valider la mesure seraient intéressantes

OBJECTIFS	MÉTHODE	PROCÉDURE	RÉSULTATS PRINCIPAUX	FORCES ET LIMITES
<p>Examiner l'impact psychologique de l'exposition à des événements périnataux traumatisants chez les SF</p> <p>1. Mettre en évidence la proportion de SF qui vivent des événements périnataux traumatisants et quels sont les types d'événements rencontrés</p> <p>2. Déceler la prévalence de symptômes de stress post-traumatique (PTSD) chez les SF apparue à la suite d'événements périnataux traumatisants et quel est l'impact de ceux-ci sur leur vie professionnelle</p> <p>3. Etudier l'association entre les aspects considérés comme une vulnérabilité croissante par exemple : l'empathie, les antécédents de traumatismes personnels, etc. et les symptômes de stress post-traumatique</p> <p>4. Mettre en exergue le lien entre les symptômes de stress post-traumatique et l'épuisement professionnel (burnout)</p>	<p>Design : Etude quantitative. Sondage postale rétrospectif transversal Echantillon : 421 SF qualifiées, actuellement employés au Royaume-Uni et membre de the Royal College of Midwives(RCM)</p> <p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'exposition totale aux événements périnataux traumatiques - l'étendue de l'exposition (que les événements aient été observés ou écoutés) - le score total pour l'empathie - les antécédents personnels de traumatisme (général, accouchement) <p>Variable dépendante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impact psychologique (sévérité symptômes PTSD, vision du monde, burn out) <p>Critères d'exclusion : Non décrit Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sages-femmes qualifiées - Employées au Royaume-Uni - Membres de <i>The Royal College of Midwives</i> <p>Mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Criterion A of the DSM-IV-TR (APA, 2010) -Impact of Event Scale-Revised (IES-R, Weiss et Marmar, 1997) -the World Assumptions Scale (WAS, Janoff-Bulman, 1989) -the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI, Maslach et al., 1996) -the Empathic Concern (EC) subscale from the Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1983) 	<p>Lieu : Royaume-uni Période : décembre 2011- avril 2012</p> <p>Phases de l'étude :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Approbation éthique The Department of Psychology Ethics Committee, University of Sheffield 2. Envoi du sondage postal à 2800 sages-femmes membre de the Royal College of midwives (RCM) 3. Récolte des sondages 4. Réalisation des analyses statistiques à l'aide d'IBM SPSS 19 5. Calcul des statistiques descriptives pour les scores totaux de l'IES-R, le MBI, le WAS et l'IRI 6. Evaluation des associations entre les scores de l'IES-R et du MBI, et de l'IES-R et ETAIT par l'utilisation des coefficients de corrélation <i>Pearson</i> 7. Etude de l'association entre les variables identifiées comme associés aux symptômes du PTSD par l'analyse de régression multiple 8. Evaluation plus en détail de l'association entre les scores sur l'IES-R et l'WAS pour chaque sous-échelle sur le MBI par le standard de régression multiple 9. Considération d'une valeur p de 0,05 comme statistiquement significatif. 	<p>Les SF interrogé-e-s ont vécu en moyenne 7 événements périnataux traumatisants (M = 6,63, ET = 9,93) 32% des sages-femmes qui ont participé ont dépassé le score limite indicatif correspondant à un syndrome de stress post traumatique (n=138, 32%)</p> <p>Impact professionnel après un événement traumatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - (n = 148, 35 %) avaient sérieusement envisagé de quitter la profession de SF - (n = 82, 20 %) a modifié son affectation professionnelle à court terme - (n = 50, 12 %) avaient pris congé de son emploi <p>Résultats selon les score de l'IES-R</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus le nombre d'expériences traumatiques est élevé, plus la sévérité des symptômes de PTSD est importante. (r = 0,181, p = 0,001(NS) → corrélation de faible niveau - Plus les SF sont impliquées dans la situation (haut degré d'exposition) plus la sévérité des symptômes de PTSD est importante (r = 0,212, p < 0,001) → corrélation de faible niveau - Plus les SF ont vécu personnellement des situations traumatiques (ne concernant pas leur propre vécu obstétrical) plus la sévérité des symptômes de PTSD est importante (r = 0,119, p = 0,034(NS) → corrélation de faible niveau - Plus les SF ont une grande empathie plus la sévérité des symptômes de PTSD est importante (r = 0,129, p = 0,021(NS) → corrélation de faible niveau - Pas d'association significative entre le score total IES-R et l'expérience professionnelles des sages-femmes (années professionnelles) (r = 0,037, p = 0,509) - Pas d'association significative entre le score total IES-R et si le où la SF avait personnellement vécu un accouchement traumatisant (r = 0,011, p = 0,839). <p>Association entre le score du WAS et de l'IES_R</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus la sévérité des symptômes de PTSD est importante moins la vision du monde sera positive (r (411) = 0,238, p < 0,001) → corrélation de faible niveau <p>Association entre les scores du WAS et IES-R avec le MBI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus la présence de symptômes de PTSD est importante plus l'épuisement émotionnel sera élevé (r (385) = 0,420, p < 0,001) → corrélation de niveau modéré <ul style="list-style-type: none"> - Plus la sévérité des symptômes globaux du PTSD est importante plus le niveau de dépersonnalisation sera élevé (r (385) = 0,247, p < 0,001) → corrélation de faible niveau <ul style="list-style-type: none"> - Plus sa propre vision du monde est négative plus le niveau d'épuisement émotionnel (r (386) = 0,311, p < 0,001) et de dépersonnalisation sera élevé (r (386) = 0,259, p < 0,001) → corrélation de faible niveau <ul style="list-style-type: none"> - Plus la vision personnelle du monde est positive plus l'accomplissement personnel perçu sera élevé (r(386) = 0,263, p < 0,001) → corrélation de faible niveau 	<p>Force :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grande taille de l'échantillon de l'enquête postale pour réaliser des tests statistiques suffisants - Échantillon de sages-femmes dont le profil démographique reflète celui des sages-femmes au Royaume-Uni -La rétrospective et la conception transversale de cette étude a permis la collecte d'un grand nombre de données - Résultats similaires signalés dans des études menées auprès d'autres professionnels de santé. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le taux de réponse de 16 % indique que l'extrapolation des résultats aux populations générales de sages-femmes doit être prudente - Les réponses et détails des non-répondants ne sont pas obtenus et il y a donc un risque de biais de sélection. - Les coefficients alpha pour la plupart des sous-échelles étaient indicatifs d'une cohérence interne acceptable. Les coefficients alpha pour la sous-échelle MW de la WAS et la sous-échelle DP du MBI étaient légèrement inférieurs (.65 et .69 respectivement). Bien que cela puisse être considéré comme acceptable compte tenu de la diversité des constructions mesurées, les résultats doivent être interprétés avec prudence. -Des associations importantes ont été identifiées entre les symptômes du SSPT et l'empathie, le nombre et l'étendue de l'exposition aux expériences d'événements périnataux traumatisants, la présence d'une histoire personnelle de traumatisme, mais l'ampleur de ces associations est faible - Pour établir des liens causales des études prospectives et longitudinales sont essentielles

6. Articulation des résultats

6.1 La prévalence des sages-femmes ayant vécu un événement traumatique en salle d'accouchement

Selon Sheen et al., les sages-femmes interrogées ont relaté, en moyenne, sept événements périnataux traumatisants. La quasi-totalité de leur échantillonnage de sages-femmes, soit 95%, a été témoins d'un événement périnatal traumatisant et 76% ont écouté des récits perçus comme tragiques (2014). Pour Toohill et al., elles étaient 85,4% à avoir vécu un traumatisme en tant que professionnelles et 41,6% en tant que patientes lors de leur propre accouchement, alors nommé "traumatisme personnel" (2018). En tout, elles sont 93,6% des sages-femmes à avoir répondu au questionnaire et à avoir vécu un accouchement traumatisant (2018).

Leinweber et al., comptent dans leur étude 687 sages-femmes à avoir répondu et à avoir décrit les caractéristiques d'un traumatisme sur les 4578 questionnaires envoyés (2016).

6.2 Causes des traumatismes

6.2.1 Différents événements traumatiques possibles en salle d'accouchement

Les recherches autour des accouchements traumatiques et des répercussions sur le vécu des sages-femmes, identifient comme traumatisme commun le fait d'être confronté au décès de la mère ou de l'enfant. Selon l'article de Elmir et al., les sages-femmes craignent les événements obstétricaux dramatiques et dénoncent la mort d'un bébé, les urgences obstétricales et la mortalité maternelle comme principales craintes (2017). La mortalité des patient-e-s est l'un des principaux traumatismes que les sages-femmes redoutent en travaillant en salle d'accouchement. Ce résultat appartient aux conclusions de la méta-ethnographie qui regroupe onze études qualitatives réalisées dans plusieurs pays du monde (Elmir et al., 2017). Les articles de Wahlberg et al. (2014), Leinweber et al. (2016), Sheen et al. (2014) et Toohill et al. (2018), explorent aussi les traumatismes des sages-femmes en salle d'accouchement et mettent en avant également la mortalité maternelle et fœtale (ou néonatale).

Pour Leinweber et al., 49,4 % des événements traumatisants, sélectionnés par les sages-femmes, sont définis par “poor care” (mauvais soins) désignant par exemple le fait d’être témoin de la mise en place de protocoles de soin qui ne sont pas dans le meilleur intérêt de la femme et/ou de son bébé. Viennent ensuite les décès à 39,6%, les actions pouvant porter préjudice à la parturiente et à son bébé à 39,3 % comme, le manque de respect interpersonnel à 37,1 % (par exemple le fait d’être témoin de l’absence de considération de la dignité de la femme ou de l’ignorance de ses souhaits) et les blessures (réelles ou menace de blessures de la mère et/ou de son bébé) à 33,2 % (2016). L’étude de Wahlberg et al. définit, quant à elle, les événements traumatisants comme “l’exposition à un événement grave et potentiellement traumatisant dans l’unité de prestation, comme par exemple : l’enfant est mort-né ou a souffert d’asphyxie grave” (2014). Enfin, l’étude de Sheen et al. (2014) se réfère au Critère A du DSM-IV, qui définit le traumatisme comme : “l’exposition à un facteur de stress traumatique extrême impliquant : le vécu direct et personnel (ou consécutif au fait d’être témoin/d’entendre le récit) d’un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique” (APA, 2013).

Concernant les autres catégories de traumatismes, l’étude de Leinweber et al. met en évidence deux types de traumatismes, « interpersonnels » et « non interpersonnels ». Les traumatismes tels que les accidents et les blessures sont définis comme non-interpersonnel. Les traumatismes interpersonnels désignent notamment les « soins abusifs », des actes effectués dans une situation où ils ne sont pas indispensables pour le bien-être foeto-maternel tels qu’une épisiotomie, la manœuvre de Kristeller, etc. Les mauvais soins, le manque de respect et de la dignité de la femme ou le non-respect de ses souhaits sont aussi répertoriés dans la catégorie des traumatismes interpersonnels (2016). Il y a des similitudes entre la définition des traumatismes interpersonnels et les définitions faites par les articles d’Elmir et al. & de Toohill et al. (2017), (2018). Par exemple, dans la méta-ethnographie (Elmir et al., 2017), les sages-femmes parlent du fait d’être témoin de mauvaises pratiques à l’égard de la femme, ce qui est repris et complété par l’étude australienne dans laquelle les sages-femmes décrivent comme traumatisants les éléments suivants : être témoin d’un manque de respect de la femme, ne pas être respectées en tant que sages-femmes, être complices d’une mauvaise pratique des soins, ressentir un décalage

entre la théorie et la pratique ou encore entre les situations simulées et la réalité (Toohill, 2018).

En chiffre, les sages-femmes sont 67% à s'être souvenues que l'événement traumatique dont elles ont été témoins, comportait au moins un élément interpersonnel lié aux soins. Elles sont 38 % à avoir relaté un événement indésirable liés aux soins interpersonnels comme le manque de respect, la pratique d'actes inadaptés ou insuffisants pour favoriser le bien-être foetal et maternel et les soins abusifs. Un événement comportant au moins une caractéristique non interpersonnelle a été mis en avant par 61% des sages-femmes et 32% se sont souvenues d'une situation comportant exclusivement des caractéristiques non interpersonnelles. Celles comportant à la fois des caractéristiques traumatiques interpersonnelles et non interpersonnelles a été évoqué par 30 % des sages-femmes. (Leinweber et al., 2016)

6.2.2 Les facteurs environnementaux au travail augmentant le niveau de stress perçu

L'environnement de travail contribue également au vécu du trauma ou à l'apparition de craintes chez les sages-femmes. Elles énoncent les conflits d'équipe, la culture du blâme, la censure instaurée par d'autres professionnel-le-s, le manque de personnel augmentant la charge de travail, le manque de soutien des collègues, le manque de ressources, les compétences sages-femmes peu connues et reconnues, ou encore le manque d'expérience des médecins (Toohill et al., 2018).

Les conclusions d'Elmir et al. mettent en avant que les sages-femmes se sentent mal préparées lorsqu'elles sont confrontées à une situation d'urgence lors de l'accouchement. Certaines d'entre elles ont également pu considérer leur expérience traumatique comme une occasion de développer leurs compétences lors d'urgence (Elmir et al., 2017).

6.3 Conséquences de ces traumatismes sur les sages-femmes

6.3.1 Symptômes de stress post-traumatiques

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est une conséquence des accouchements traumatiques chez les sages-femmes, mentionnées à multiple reprises dans 4 des articles étudiés pour cette revue de la littérature (Wahlberg et al., 2014, Leinweber et al., 2016, Sheen et al., 2014, Elmir et al., 2017). Ce syndrome, ou les symptômes qui lui sont imputés, font partie de la recherche thématique de base de 3 articles : Wahlberg et al. (2014), Leinweber et al. (2016), Sheen et al. (2014), et sont de plus retrouvés dans les résultats d'Elmir et al. (2017).

Les articles cités permettent de mettre en évidence la prévalence de ce syndrome chez les sages-femmes, développé à la suite d'un événement professionnel traumatisant. On retrouve ainsi, une prévalence de 17% d'un probable syndrome de stress post traumatique pour l'étude de Leinweber et al. (2016). Pour Elmir et al. qui regroupe les résultats de 11 études qualitative, elles sont 15% à présenter les symptômes d'un probable SSPT (2016). Wahlberg et al. énoncent que 15% des sages-femmes ont déclaré des symptômes de SSPT partiels ou probables et 7% de symptômes de SSPT complets, à la suite d'épisodes professionnels traumatiques (2014). Cependant, il met en avant que ce résultat n'est pas significatif. L'article de Sheen et al. fait ressortir que 32% des sages-femmes qui ont participé à leur étude, ont dépassé le score limite indicatif des symptômes correspondant à un diagnostic clinique de stress post traumatique. Cette recherche s'est également portée sur l'impact professionnel du SSPT et la sévérité des symptômes exprimés selon le type et la fréquence des événements traumatiques. Elle met ainsi en évidence l'existence du lien de cause à effet entre les symptômes de SSPT et ces situations professionnelles. Elle dévoile une association faible et significative entre un score élevé à l'échelle IES-R, qui mesure la sévérité des symptômes de stress post traumatique et le nombre total d'expériences traumatisantes. Les sages-femmes ayant été fortement impliquées dans la situation, celles qui ont vécu personnellement ce type d'événement, hors de leur propre accouchement et celles ayant obtenu un haut score d'empathie, auront également un score élevé (2014). Pour cette même étude, le score total IES-R n'est pas significativement associé au nombre d'année d'expérience des

sages-femmes et n'est également pas associé à l'antécédent d'un traumatisme en tant que parturiente (2014).

L'étude de Leinweber et al. met en exergue que le score total de PSS-SR (échelle de mesure des symptômes de stress post-traumatique) est plus élevé lors de traumatismes associés à des soins abusifs et est également élevé lors des événements incluant une blessure. Ces résultats sont néanmoins non significatifs. Les caractéristiques des événements de "décès", de "mauvais soins" et des "irrespects interpersonnels", n'ont pas été associés de manière significative aux scores totaux PSS-SR ni à l'un des trois groupes de symptômes de l'échelle PSS-SR (2016).

Les études de Elmir et al. (2017) et Wahlberg et al. (2014) dressent une définition du syndrome de stress post traumatique, pouvant se recouper en plusieurs points. Il est ainsi possible d'effectuer les relations suivantes : "ressentir le chaos", un des thèmes qui ressort dans les résultats de la méta-ethnographie d'Elmir et al. (2017), correspond aux critères diagnostics A2/B4/B5 (état des émotions et reviviscence de l'événement) du SQ-PTSD. Dans l'étude de Wahlberg et al., "se sentir impuissant" est à mettre en lien avec le critère A2-1 (peur intense, d'impuissance ou de panique). Enfin, "cela ajoute une cicatrice à mon âme" est en relation avec les critères B1 / B2 voire B3 (reviviscence de l'événement). (Elmir et al., 2017), (Wahlberg et al., 2014).

6.3.2 Ressentis des sages-femmes

Au-delà de l'apparition des symptômes de stress post traumatique, les études mettent en avant des conséquences psychiques surtout en lien avec la remémoration des faits passés. Pour Leinweber et al., les sages-femmes ayant vécu un traumatisme en rapport avec les relations et la communication (interpersonnel), sont plus susceptibles de se souvenir de formes de détresses péritraumatiques. Ces professionnelles sont vingt fois plus à risque de se rappeler la colère et d'avoir réagi en se sentant horrifiées par la situation, six fois plus de se rappeler un sentiment d'impuissance et deux fois plus susceptibles de se sentir coupables ou responsables. A l'inverse, les sages-femmes ayant vécu un traumatisme qui n'est pas en lien avec les relations et la communication (non-interpersonnel), sont plus à risque de se rappeler la peur (2016).

Wahlberg et al. met aussi en avant que 28% des sages-femmes ont ressenti des émotions de culpabilité après l'expérience traumatisante (2014). Il en est de même, pour la méta-ethnographie où il est dit qu'à la suite d'un traumatisme interpersonnel, les remémorations, de certaines sages-femmes qui ont été témoins de fautes professionnelles et de femmes maltraitées par des médecins, les ont laissées désemparées. Elles se sont mises dans le rôle de protectrices de ces femmes, en vain. Cela a accru leur détresse et les a rendus furieuses, honteuses et coupables (Elmir et al., 2017). Le bien-être et la protection des parturientes est important pour ces soignant-e-s. Toohill et al. expliquent également que les sages-femmes expriment le sentiment d'avoir échoué dans la protection de leurs patientes lorsqu'elles assistent à des interactions irrespectueuses entre les soignant-e-s et les femmes (2018).

Selon l'étude de Leinweber et al., les sages-femmes qui se sont souvenues d'un événement incluant la blessure d'une des patientes, étaient plus susceptibles de se faire face à une réapparition des symptômes. Elles ont également déclaré avoir constamment le sentiment que la situation va se reproduire et rechercher de manière accrue les signes d'urgences ou des dangers dans leur prise en soin (2016). Ces deux résultats sont significatifs et peuvent être mis en lien avec les critères diagnostics A2/B4/B5 (état des émotions et reviviscence de l'événement) du SQ-PTSD, vu plus haut (Wahlberg et al., 2014). Les échelles du SSPT prennent en compte les émotions et ressentis des sages-femmes.

6.3.3 Identité professionnelle et devenir professionnel

Elmir et al. ont fait ressortir le thème "ressentir le chaos" qui décrit l'aspect chaotique et urgent des événements indésirables graves. Les sages-femmes ont mis en avant le fait que ces situations les ont obligées à réfléchir rapidement et à réagir dans l'immédiat pour permettre des naissances les plus sécurisées possibles. Elles disent que le bien-être de la mère ne devrait pas être un compromis (2017).

Les sages-femmes ont déclaré qu'elles se sentaient responsables du bien-être des femmes et des nouveau-nés en cas de complications inattendues (Elmir et al., 2017). A la suite d'un événement indésirable grave, elles ont remis en question leurs compétences professionnelles et leurs propres décisions lorsque leurs interventions

ne suffisaient pas pour prévenir les traumatismes chez la femme et les nouveau-nés. (Elmir et al., 2017). Pour Wahlberg et al., les conséquences d'un événement traumatique en salle d'accouchement sont caractérisées par la menace pour le rôle ou l'identité professionnelle des sages-femmes au moment de l'exposition pour 17% des interrogées (2014).

Les conséquences de l'exposition à un événement traumatique en salle d'accouchement peuvent être personnelles et professionnelles. Concernant les répercussions sur le travail des sages-femmes, les issues peuvent être multiples. Selon l'étude de Wahlberg et al., à long terme, 7.2% de ces soignant-e-s sont parti-e-s en congé maladie, 17% ont cessé de travailler en salle d'accouchement et 10.5% ont été transféré-e-s en soins ambulatoires (2014). Les résultats de Sheen et al. sont assez similaires aux chiffres énoncés ci-dessus. Dans cette étude, 35% des sages-femmes avaient sérieusement envisagé de quitter la profession, 20% ont modifié leur affectation professionnelle à court terme et 12% ont pris congé de leur emploi (2014).

Pour les sages-femmes qui ont maintenu leur emploi en salle de naissance, ces accouchements antérieurs ont également des conséquences. Pour Toohill et al., 8,6% des sages-femmes interrogées, ont évalué un haut niveau de peur liée à l'accouchement. Cette peur fait suite à une situation traumatisante ayant eu lieu autant lorsqu'elles étaient dans leur pratique professionnelle, qu'en tant que parturiente (2018). De plus, cette étude indique par exemple un lien entre la peur liée à l'accouchement et le manque de confiance des sages-femmes à fournir des soins à une femme en travail. Ces mêmes auteur-e-s expliquent que leurs recherches ne montrent pas de lien statistique entre l'expérience d'un traumatisme, en tant que professionnelles ou lors de leur propre accouchement, et un changement dans leur pratique technique de sage-femme. Elles n'ont également trouvé aucune preuve que ces traumatismes pourraient avoir réduit leur confiance professionnelle dans les soins aux femmes. A l'inverse, certains éléments indiquent que cela pourrait renforcer leur capacité à comprendre et à répondre aux besoins des parturientes (2018).

Sheen et al. mettent en lien les résultats aux scores de syndrome de stress post traumatique (IES-R, Impact of event scale-revised) avec les résultats concernant le niveau de burnout (MBI, Maslach burnout inventory) et la vision globale du monde (WAS, world assumptions scale). Pour ces auteures, il existe une prudente estimation,

mettant en avant une corrélation de niveau modéré, qui suggère qu'au moins 5% des sages-femmes britanniques présentent des symptômes correspondant au SSPT et que la gravité de ces symptômes est fortement associée à une augmentation de l'épuisement professionnel (burnout). De plus, une faible corrélation est mise en avant entre les symptômes élevés de stress post traumatique et un niveau élevé de dépersonnalisation. La dépersonnalisation entre en compte dans le diagnostic d'épuisement professionnel (2014).

7. Discussion

7.1 La prévalence des sages-femmes ayant vécu un événement traumatique en salle d'accouchement

L'étude de Toohill et al. montre qu'il est fréquent que les sages-femmes soient exposées à des événements traumatiques en salle d'accouchement (2018). En effet, les articles de Leinweber et al. (2016), Toohill et al. (2018) et Sheen et al. (2014), se sont intéressés à la proportion de sages-femmes ayant rencontré une situation traumatisante en salle de naissance et mettent ainsi en exergue que plus des trois quarts de leur échantillonnage y répond favorablement. Il est toutefois intéressant de mettre en lumière un biais de sélection également mentionné par les différents auteurs : ces différentes études ont utilisé une procédure presque similaire en transmettant des sondages mentionnant leur thématique par E-mail ou envoi postal et ont invité les sages-femmes à y répondre de manière volontaire. Cette méthodologie a permis de recenser un large panel d'expériences et vécus chez les répondant-e-s mais empêche possiblement la prise en compte de professionnel-le-s n'ayant pas retourné les questionnaires par indisponibilité ou par exemple, par manque d'attrait pour le sujet de l'étude. En effet, les sages-femmes n'ayant pas été confrontées à un événement traumatique en salle d'accouchement n'ont possiblement pas répondu aux études à l'inverse des personnes concernées par les répercussions de ces situations. Ceci explique que les auteurs arrivent à des taux extrêmement élevés de sages-femmes concernées par les accouchements traumatiques au cours de leur carrière. De plus, les taux de réponses relativement bas (<20%) dans ces 3 recherches, écartent la possibilité de rendre ses résultats applicables à la population de sages-femmes dans son ensemble. Parmi les chiffres pouvant être considérés comme significatifs, nous retrouvons ceux concernant le nombre d'accouchements traumatiques vécus par les sages-femmes. Ce chiffre résulte d'une moyenne des témoignages des professionnel-le-s mais ne prend pas en compte les années d'exercice. Nous pouvons penser que les sages-femmes ayant une longue expérience en salle d'accouchement auront eu, potentiellement, plus de possibilité de se retrouver face à une situation indésirable que les sages-femmes récemment diplômées.

7.2 Causes des traumatismes

7.2.1 Différents traumatismes possibles en salle d'accouchement

Certains articles imposent une définition du trauma (Wahlberg., 2014) ; (Leinweber, 2016) ; (Sheen, 2014) tandis que d'autres laissent la liberté aux sages-femmes de désigner ce qu'elles ont vécu comme traumatisant (Toohill et al., 2018), (Elmir et al., 2017). Lorsque les articles comme ceux de Wahlberg et al. (2014) et Sheen et al. (2014) imposent un cadre incluant exclusivement les événements correspondants aux critères A du DSM-IV comme traumatisants, ils excluent alors directement tous les événements d'origine interpersonnelle. A l'inverse, dans les articles de Toohill et al. (2018) ; Leinweber et al. (2016) et Elmir et al. (2017), qui laissent la liberté aux sages-femmes de s'exprimer de manière plus ouverte ou complète sur ce qu'elles estiment avoir vécu de traumatisant, ce sont les événements à caractère interpersonnel, et particulièrement le fait d'être témoin d'une mauvaise pratique des soins, qui reviennent le plus souvent comme ayant des conséquences néfastes sur leur pratique. Les événements non interpersonnels cités par les sages-femmes correspondent cependant également aux critères A du DSM-IV bien que cela ne soit pas explicites. On retrouve la mort, fœtale ou maternelle, comme principale crainte ou source de trauma chez les sages-femmes.

Les différents éléments cités par les sages-femmes, ou proposés par les études comme étant des événements traumatiques, reprennent finalement la quasi-intégralité des urgences obstétricales que l'on peut rencontrer en salle d'accouchement et constituent souvent des événements "naturels", événements non-interpersonnels, que les soignant-e-s ne peuvent anticiper ou éviter. Les sages-femmes, bien qu'elles soient les spécialistes de la physiologie ont dans leur cahier des charges la responsabilité de détecter les urgences et de travailler conjointement avec les médecins sur ces situations. Par conséquent, lorsqu'elles travaillent en salle d'accouchement, elles sont forcément, à un moment donné, exposées à un événement traumatique. Cette forte exposition à ces événements traumatiques aura ou non des conséquences sur leur santé mentale ou leur pratique à plus ou moins long terme. De manière générale, il y a un impact sur le vécu des sages-femmes lorsque la gestion de ces situations n'est pas optimale dû à une mauvaise communication ou bien à un manque de connaissance ou d'expérience.

Les événements interpersonnels, quant à eux, ne devraient pas avoir lieu. Ceux qui reviennent le plus sont la mauvaise pratique des soins et le manque de respect qu'il soit envers la femme ou la sage-femme. Ces événements décrits par les sages-femmes peuvent être mis en lien avec les violences obstétricales car bien qu'il n'existe pas de définition officielle à ce concept, les différents événements cités indiquent, le non-respect de la dignité de la femme, l'absence de choix éclairé, le non-respect des protocoles en vigueur et des dernières données scientifiques, la mise en danger de la patiente et/ou de son bébé par de gestes inutiles et interdits telle que la manœuvre de Kristeller ou expression abdominale et correspondent aux différents critères cités par l'IRASF (2019).

Ce manque de respect envers les patientes est décrit comme des soins "paternalistes" avec une tendance du personnel soignant à prétendre savoir ce qu'il y a de mieux pour la femme et son bébé et de s'adresser à elle de façon inappropriée et "sexiste" c'est-à-dire qui sont influencés par le genre, auprès d'une patientèle exclusivement féminine. Le Haut Conseil à l'égalité qualifie les violences gynécologiques et obstétricales comme étant les "actes sexistes les plus graves", définis par "des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par une ou plusieurs membre-s du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant-e-s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant-e-s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves" (2018).

Lorsque ce manque de respect est envers les sages-femmes, cela se traduit par des échanges verbaux grossiers et inappropriés à l'égard de la sage-femme et devant la patiente reflétant un manque de collégialité et de soutien entre collègues. (Toohill, 2018).

7.2.2 Facteurs environnementaux augmentant le mauvais vécu des sages-femmes

Dans leurs témoignages, les sages-femmes parlent de leur environnement de travail. Elles expliquent que la mauvaise qualité du travail en équipe et au sein de l'institution, ne favorise pas une bonne prise en soin des patientes et surtout que cela augmente leur peur et leur stress quotidien ce qui favoriserait le mauvais vécu des traumatismes.

Elles citent par exemple les conflits d'équipe qui proviendraient de tournus trop fréquents et d'un problème de communication entre les professionnel-le-s. Une hiérarchie est imposée, l'étude de dossier, les diagnostics et les conduites à tenir ne sont pas posés conjointement par toute l'équipe obstétricales mais par l'équipe médicale seulement. Les sages-femmes ne se sentent alors pas soutenues ni reconnues. Elles se retrouvent censurées dans leurs actes et leurs paroles, elles ne peuvent exploiter toutes leurs compétences et se voient contraintes de "suivre" les médecins dans leurs prises de décision (Elmir et al., 2017), (Wahlberg et al., 2014), (Toohill et al. 2018), (Sheen et al., 2014), (Leinweber et al., 2016). Ainsi toute la clinique sage-femme n'est pas reconnue, bien que ce soient elles qui soient les référentes des femmes depuis leur accueil et ce jusqu'à ce qu'elles quittent le service. Pourtant, comme les médecins, elles connaissent bien le dossier de la patiente mais surtout elles connaissent la femme et ont souvent créé un lien avec elles leur permettant une prise en soins plus intuitive (Toohill et al., 2018), (Malterre, 2019).

A plus grande échelle, au niveau de l'institution (responsable du service, responsable de la maternité), les sages-femmes pointent également du doigt le manque d'effectifs dans les services, augmentant la charge de travail du personnel soignant ce qui induit ou renforce un climat de tension souvent déjà présent. A cela s'ajoute un manque de ressources matérielles qui se caractérise par l'utilisation de médicaments parfois moins efficaces mais moins chers. Finalement, c'est la culture du blâme qui inquiète le plus les sages-femmes. Elles racontent ne pas se sentir en sécurité au niveau légal et sentir la pression du risque constant d'être poursuivi en procès ce qui conduit autant les médecins que les sages-femmes à pratiquer une "médecine défensive". Cette culture du blâme provient de l'institution mais aussi des patientes qui sont de plus en plus actrices de leurs soins et qui ont alors plus recours

à la justice lorsqu'elles estiment avoir été victimes d'une erreur médicale (MACSF, 2019).

Ces facteurs environnementaux nuisent au sentiment de sécurité émotionnelle des sages-femmes et par conséquent à la bonne prise en soins des femmes. Dans la littérature, la sécurité émotionnelle fait souvent référence à l'éducation des enfants victimes de violences à l'école ou témoins de violences conjugales par exemple (Lamour & Gabel, 2011), (Paul, 2016). Là, les sages-femmes font elles-mêmes le parallèle avec ce qu'elles vivent et ressentent lorsqu'elles sont témoins de violences obstétricales. La sécurité émotionnelle représente la capacité à ressentir des sentiments "négatifs" tels que la peur, la douleur etc tout en ayant conscience qu'il s'agit d'un sentiment passager et non fatal. Elle permet de garder le "contrôle" de ses sentiments lors de situations traumatiques par exemple et ainsi de diminuer leurs conséquences à court, moyen et long terme (Benoit, 2006)

Ces différents éléments rapportés par les sages-femmes s'inscrivent dans un modèle s'apparentant au modèle écologique de la violence de l'OMS qui rappelle que la violence, ici l'événement traumatique, arrive à la suite de plusieurs facteurs : individuels, relationnels, communautaires et sociétale (2013).

Au niveau individuel, on distingue par exemple le facteur empathie faisant partie des compétences sages-femmes ou encore le fait d'avoir personnellement vécu un événement traumatique. Au niveau relationnel, il s'agit de toutes les interactions au sein de l'équipe soignante ou entre le personnel et les patientes. Les niveaux communautaires et sociétaux font échos aux spécificités des institutions et plus largement aux lois en vigueur et aux concepts de paternalisme et sexisme dans les soins.

7.2.3 L'empathie des sages-femmes et son influence

L'article de Leinweber & Rowe (2008) décrit que le degré élevé d'identification empathique – qui caractérise l'implication émotionnelle dans la relation avec les femmes– fait courir aux sages-femmes le risque de subir un stress traumatique secondaire lorsqu'elles s'occupent de femmes ayant vécu un accouchement traumatique. Une autre étude met en évidence l'impact du vécu maternel de la situation sur celui des sages-femmes et montrent ainsi que si la patiente ne se considère pas

comme traumatisée par son expérience, les professionnels l'ayant accompagnés seront également moins vulnérables. (Rice & Warland, 2013). Ces mêmes auteurs ont souligné des réflexions apparues chez les soignant-e-s telles que : "Voir la patiente bouleversée par son expérience me bouleverse également " ou " Si vous ne voyez pas la patiente en post-natal, vous ne savez pas la suite de la situation ainsi que son propre vécu". Ces deux phrases montrent l'importance chez ces professionnel-le-s d'avoir une vision globale de la situation et de s'assurer du bien-être maternel à posteriori.

Il est suggéré que cela a des conséquences néfastes sur la propre santé mentale des sages-femmes et sur leur capacité à fournir des soins dans leurs relations avec les femmes, menaçant la nature distincte des soins de la pratique de sage-femme. Cet investissement émotionnel personnel peut conduire à des effets subis par les professionnel-le-s de la santé, appelés "coûts émotionnels des soins" (Leinweber & Rowe, 2010). Ce terme peut être utilisé pour décrire les différents concepts de la littérature qui se rapportent à la question du stress émotionnel chez les professionnel-le-s de la santé. Ces concepts comprennent le syndrome de stress post-traumatique, la compassion, la fatigue, le stress traumatique secondaire et le traumatisme par procuration (Sabo, 2006)

7.3 Conséquences des traumatismes chez les sages-femmes

En focalisant notre recherche de littérature sur le sujet des sages-femmes et de leurs vécus lors d'accouchement traumatiques, nous avons voulu mettre en lumière les répercussions de ces événements sur la vie professionnelle, personnelle et psychique de ces professionnelles de santé. Au terme de l'analyse des cinq articles retenus dans notre revue de littérature, nous avons constaté que différents champs de leur vie vont être influencés par ces situations traumatiques vécues en salle d'accouchement.

7.3.1 Le syndrome de stress post traumatique

Le syndrome de stress post traumatique est apparu, au cours de l'étude des articles traitant des impacts des accouchements traumatiques sur les sages-femmes, comme une des principales conséquences sur la santé psychique et physique des

professionnel-le-s de santé. En effet, la quasi-totalité des articles sélectionnés consacre une partie de leur étude à ce syndrome ou aux symptômes qui lui sont associés. Plus de la moitié des articles ont décidé de faire du SSPT le sujet principal de leur recherche. Ces articles ont fait ressortir la prévalence du syndrome de stress post traumatique présent chez les sages-femmes après avoir vécu un événement traumatisant en salle d'accouchement. Trois des cinq articles étudiés font ressortir des chiffres compris entre 15 et 17% (Leinweber et al., 2016), (Elmir et al., 2017), (Wahlberg et al., 2014). Wahlberg et al. ont également mis en avant un pourcentage similaire de SSPT (2014). Cependant, dans cet article, ce résultat n'est pas significatif. Par la suite à la mise en relation des résultats et au vu des résultats similaires pour plusieurs études, nous pouvons dire que ce pourcentage est convenable malgré le fait qu'il ne soit pas significatif.

L'ampleur de ces résultats a servi de base pour trois articles afin de s'intéresser au stress post traumatique chez les sages-femmes, à la suite à un événement indésirable en salle d'accouchement. L'article de Sheen et al. (2014) fait ressortir un pourcentage plus important que les autres études. Cette incohérence dans les résultats est probablement due à des différences dans la mesure du SSPT. Contrairement aux autres études plus récentes, Sheen et al. a utilisé l'échelle d'impact des événements, IES-R, qui a une spécificité plus faible. L'étude de Leinweber et al. a appliqué une approche plus prudente, pour déterminer les symptômes du SSPT, en utilisant l'échelle PSS-SR. La détermination du SSPT avec un instrument moins spécifique, comme dans l'étude de Sheen et al., permet à un plus grand nombre de participants d'obtenir des scores élevés, indicatifs des symptômes correspondant à un diagnostic clinique de SSPT. La mesure moins spécifique des symptômes du SSPT peut expliquer pourquoi l'article de Sheen et al. (2014) indique une prévalence qui est plus du double de l'estimation identifiée dans l'étude de Leinweber et al. (2016).

Wahlberg et al. utilisent, en référence, l'échelle SQ-PTSD pour diagnostiquer les niveaux de SSPT. Un SSPT partiel va être déterminé par un minimum d'un critère pour chaque groupe de symptôme suivant : le fait de revivre l'événement (critère B), l'évitement ou l'émoussement général de la réactivité après l'événement (critère C) et la présence d'un symptôme d'excitation (critère D). En termes de durée, les symptômes doivent durer plus d'un mois pour diagnostiquer un SSPT partiel (critère

E) (2014). Des parallèles peuvent être fait avec les recherches d'Elmir et al. (2017) et ont été décrites dans la partie 6.3.1.

L'étude de Sheen et al. a utilisé l'échelle IES-R pour effectuer des corrélations entre une forte sévérité des symptômes de stress post traumatique et des situations vécues en salle d'accouchement. Ainsi, des corrélations de faible niveau existent entre un haut score au IES-R et le nombre élevé d'expériences traumatiques, une forte implication lors de la situation, des vécus traumatiques dans leur vie personnelle et une grande empathie. Ces résultats, bien que dans la logique des résultats vus précédemment, sont pour la plupart non significatifs. Seul le degré d'exposition à l'événement, qui se caractérise par le fait d'avoir été témoin et d'avoir entendu l'événement, en opposition avec le fait d'avoir juste été témoin ou juste avoir entendu l'événement, possède une corrélation significative avec la présence d'une sévérité dans le SSPT (2014). L'auteur a mis en avant un biais positif sur toutes les sous échelles de l'IES-R et un biais négatif sur la sous échelle de préoccupation empathique de l'IES-R. Leur méthode a donc été améliorée, en supprimant les biais, mais la comparaison des résultats avant et après l'amélioration n'a révélé aucune différence. Les corrélations restent donc les mêmes (2014).

7.3.2 Ressentis des sages-femmes

A la suite d'un accouchement traumatique en salle d'accouchement, les sages-femmes ressentent différentes émotions en lien avec l'événement qui vient de se passer. Il ressort des différents articles étudiés, que les sages-femmes se placent comme défenseuses de la femme et de l'enfant à naître. Les témoignages mettent en avant une forme de détresse, de fureur, de honte et de culpabilité face à la situation (Elmir et al., 2017). L'échec est également relaté dans une étude : l'échec dans la protection, que les sages-femmes doivent instaurer, autour de leur patiente (Toohill, 2018). Cet aspect de la sage-femme et de la profession sage-femme fait partie du code de déontologie du métier. Selon le code de la santé publique, article R4127-302 "La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé" (2011-2012). Dans le cas où le respect de la patiente n'est pas au centre des soins, les sages-femmes se retrouvent confrontées à des actions qui n'entrent pas dans leur définition du métier et de

l'accompagnement de la parturiente. Cette façon d'agir envers et pour la femme, avec un objectif d'aide et de bienveillance, fait partie de la base du métier de sage-femme, comme l'explique le code de déontologie, en agissant dans le respect de la vie, pour la protection de la santé. Ainsi, quand la sécurité et l'intégrité de la femme n'est pas respectée, les sages-femmes ressentent des émotions négatives et peuvent entraîner, chez elles, des répercussions plus graves tel qu'un SSPT ou un burnout (Sheen et al., 2014).

Concernant la prévalence du burnout, Sheen et al. mettent en avant une prévalence minimale absolue. L'étude met en exergue un biais de sélection car il est probable qu'une partie des sages-femmes n'ai pas renvoyé le questionnaire en raison de leur évitement ou de la détresse associée à leurs expériences (2014). Ceci peut être un biais de sélection commun pour les cinq articles. Avec ce sujet, nous touchons à des souvenirs sensibles pour les professionnel-le-s. Wahlberg et al. mettent en avant un biais de remémoration possible car le "pire" incident grave vécu peut être un souvenir très ancien et peut donc être modifié (2014). Tous ces biais sont à prendre en compte dans l'étude des résultats.

7.3.3 Identité professionnelle et conséquences sur le devenir professionnel

Lors de ces situations les sages-femmes sont obligées d'augmenter leur capacité d'adaptation et réagissent très rapidement afin de préserver le bien-être maternel ou fœtal (Elmir et al., 2017). Comme mentionné dans le chapitre précédent, ces professionnelles transmettent se sentir responsables en cas de complications inattendues (Elmir et al., 2017) ou pour le déroulement de la situation chez la femme (Leinweber et al., 2016). Il est alors intéressant de mettre en évidence l'implication des sages-femmes, même dans les situations sortant de leurs compétences professionnelles. Car, effectivement lors de situations pathologiques, la sage-femme prévient et accompagne le personnel médical à qui les décisions reviennent. Une fois sortie de la physiologie, la sage-femme ne peut plus être référente. Cette culpabilité ressentie par les sages-femmes peut mettre l'accent sur des facteurs environnementaux défaillants au sein de leur institution (voir 6.2.2 facteurs environnementaux) tels qu'un manque de soutien ou de reconnaissance entre les divers-e-s professionnel-le-s. Cette culpabilité peut également refléter la relation

priviliée des sages-femmes avec leurs patientes et mettre en avant l'importance de la relation de confiance soignée-soignant.

Aussi, la pratique sage-femme demande la réalisation de moyens préventifs et l'adaptation des protocoles de soins qui diminuent sensiblement le nombre d'issues obstétricales graves. Cependant, malgré la réelle diminution de leur taux, ces complications se présentent tout de même. Ainsi, les sages-femmes y sont alors confrontées lors de leur vie professionnelle et témoignent dans l'étude de Elmir et al., remettre en question leurs compétences et leurs propres décisions (2017) bien qu'elles n'en soient pas forcément coupables.

L'exposition à un événement traumatique en salle de naissance influence chaque sage-femme différemment au niveau personnel et professionnel. Il est intéressant de mettre en évidence les conséquences sur leur devenir professionnel, largement référencé. Ainsi, il ressort selon les études de Wahlberg et al. (2014) et de Sheen et al. (2014), que plus d'un tiers des sages-femmes envisagent de quitter leur profession et qu'elles sont nombreuses parmi celles-ci à franchir le pas, en changeant de service, en quittant le métier ou en partant en congé maladie. Il est surprenant de voir l'impact de ses événements sur la carrière des professionnel-le-s et on peut alors suggérer qu'il existe certainement d'autres facteurs entrant en compte pour expliquer les différents types d'impact des accouchements traumatiques. Par exemple, l'apparition du SSPT peut influencer l'apparition de burnout ou de dépersonnalisation (réaction directement en lien avec le syndrome d'épuisement professionnel) et par ce biais avoir une influence sur le devenir professionnel (Sheen et al. 2014). L'étude de Wahlberg et al. (2014) a elle-même mis en évidence un lien de cause à effet entre des symptômes de SSPT chez les professionnel-le-s et une influence sur le devenir professionnel (augmentation des changements de métier ou d'unité).

Malgré l'intérêt que porte l'étude de Wahlberg sur la vie professionnelle des sages-femmes après un accouchement traumatique, elle n'a pas défini si ses résultats sont influencés par l'âge, les années actives ou le pourcentage à l'emploi de ses participantes. Bien que ces trois thèmes aient été recensés dans l'article, il semble intéressant de les mettre en lien avec des chiffres afin de définir si ces critères ont une influence sur les réactions face à un événement traumatique et si ceux-ci modifieront l'identité professionnelle des sages-femmes de manière plus importante (2014). Il en

est de même pour l'étude de Sheen et al. qui n'a également pas réalisé des liens entre l'identité professionnelle et les caractéristiques personnelles vue plus haut, bien que celles-ci aient été recrutées et mises en lien avec l'apparition du SSPT (2014).

L'article de Toohill et al. apporte une autre notion : les sages-femmes ayant vécu des traumatismes personnels ou ayant ressenti de la peur lors de leur accouchement, transmettent avoir pu améliorer leur prise en soins et se sentir plus aptes à répondre aux questionnements et émotions maternelles alors que les traumatismes professionnels semblent avoir des conséquences négatives sur leur pratique (2018). L'article de Sheen et al. révèle également que les sages-femmes ayant vécu un de leur accouchement comme traumatique sont plus empathiques et plus à risque de développer un SSPT. Cependant dans ce même article, leur propre accouchement ne révèle aucune influence sur leur devenir professionnel (2014). Ceci met en avant la capacité des sages-femmes à différencier leur vie personnelle de leur vie professionnelle.

8 Retour dans la pratique

8.1 Situation actuelle : Quels sont les situations traumatiques mises en évidence chez les sages-femmes en salle d'accouchement ?

8.1.1 Propos recueillis dans un hôpital de niveau 3

Nous avons pu interroger une sage-femme ayant, en majeure partie, travaillé en salle d'accouchement. Cette dernière est engagée au poste de cadre de l'unité, lui permettant ainsi d'être concernée par tous les événements se déroulant au sein de l'unité par son rôle de personne de référence lorsqu'une sage-femme a besoin de se confier ou de discuter d'une situation. Elle nous a transmis que les événements considérés comme traumatiques et les plus souvent relatés par les membres de son équipe professionnelle sont essentiellement : les situations d'urgence telles que dystocie des épaules et les hémorragies ou celles menant au décès de la mère ou du nouveau-né. Elle a également mis l'accent sur le fort impact des événements interpersonnels, c'est-à-dire que la majeure partie des situations traumatiques relatées par les sages-femmes concerne la gestion de la situation, une atteinte à leur rôle professionnel ainsi qu'une mauvaise communication interprofessionnelle.

Ce retour, permet alors de faire le lien avec les résultats obtenus dans cette étude mettant également en évidence le caractère traumatique d'une situation pouvant apparaître à la suite d'un conflit interpersonnel. Les autres événements tels que les décès ou les complications telles que l'hémorragie par exemple étaient également fortement cités dans les articles étudiés.

8.2 Quelles sont les premières actions entreprises par les sages-femmes à la suite d'événements traumatiques ?

Dans ces situations, un entretien approfondi se déroule entre la cadre de l'unité et la ou les sages-femmes concernée-s. Si la situation met en évidence une gestion qui semble inadaptée ou une mauvaise communication interprofessionnelle, une discussion entre les parties concernées sera prévue. Si celle-ci ne suffit pas à résoudre le conflit, un colloque interprofessionnel avec les membres de l'équipe présents lors

de l'événement peut être proposé et mis en place afin d'améliorer la communication et ainsi permettre d'agir de manière adaptée si la situation se présente à nouveau.

En ce qui concerne les événements non-interpersonnels tels qu'une hémorragie, une dystocie de épaules ou un décès maternel ou fœtal, le premier réflexe des sages-femmes sera de partager leur ressenti et le déroulement de la situation avec leurs paires et notamment avec la sage-femme référente. La sage-femme référente est la professionnelle qui coordonne l'activité journalière de la salle d'accouchement. C'est une sage-femme expérimentée qui supervise les actes effectués et valide les conduites à tenir. Par ce biais elles peuvent déjà confirmer si leur gestion de la situation était optimale ou si selon les autres sages-femmes des moyens différents auraient pu être mise en place. Les professionnel-le-s trouvent auprès d'elle une oreille attentive et une profonde empathie les réconfortant et les rassurant très souvent.

La seconde intervention effectuée par les sages-femmes lors d'événements traumatisants est la décision de rendre visite à la parturiente dans l'unité post-partum pour s'assurer de son état psychique à la suite de son accouchement. Une patiente satisfaite exprimant de la sécurité physique et émotionnelle va souvent offrir à la sage-femme un grand réconfort. Cette démarche indique que, dans différentes situations, la sage-femme place souvent ses émotions et son ressenti en second plan. L'avis et le vécu maternel, paternel ainsi que l'adaptation du nouveau-né vont alors grandement influencer l'impact émotionnel de la sage-femme à la suite des événements traumatiques rencontrés. Ceci fait ressortir une des compétences de la sage-femme citée précédemment qui est l'empathie. Dans le cas où cette visite mettrait en évidence un mauvais vécu de l'accouchement par la femme, la sage-femme pourra alors échanger avec elle et lui proposer, si besoin, un suivi plus spécifique. Un suivi psychologique à court ou long terme pourra alors être proposé mais ne sera toutefois pas réalisé par la sage-femme et celle-ci n'aura que très rarement un retour de la prise en soins. La sage-femme aura alors atteint la limite de son champ de compétence et ce sera assuré que la femme bénéficie de la meilleure prise en charge possible afin d'améliorer sa santé psychique.

8.3 Le suivi des sages-femmes par les professionnel-le-s de l'hôpital

Les sages-femmes cadres, conscientes de la difficulté de certains événements, proposent aux collaborateur-trice-s ayant été confronté-e-s à un accouchement traumatique, un entretien personnel et approfondi, investiguant l'existence d'un traumatisme ou non. Un colloque pluridisciplinaire a également lieu avec les différents partenaires de soins présents lors de la situation si celle-ci concerne une urgence aboutissant au décès maternel ou fœtal. Cette réunion a pour but principal d'améliorer les prises en charge future en mettant en évidence les dysfonctionnements dans la gestion de celle-ci, mais elle constitue également un moment privilégié pour que les professionnel-le-s expriment leur propre ressenti.

Par la suite, si la situation le nécessite, un suivi avec un-e psychologue dédiée au service de la maternité, sera proposé aux professionnel-le-s qui le désirent. Au même titre que les parturientes, un suivi à court ou long terme pourra être proposé aux sages-femmes en fonction de la situation et des réactions personnelles de ces soignantes.

8.4 Soutien pour les collaboratrices et les collaborateurs hospitaliers

Les divers témoignages des professionnel-le-s prouvent l'importance du soutien à la suite de situations compliquées. En 2009, en France, à la suite de trois suicides de médecins anesthésistes, la commission SMART (Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail) du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs, fut créée afin de promouvoir le bien-être et la santé au travail. Elle met en place des services destinés aux professionnel-le-s de la santé afin de favoriser la rapidité de prise en charge d'un médecin en difficulté et d'instaurer une politique active de communication dans le monde du travail médical (Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs, 2019).

En Suisse la plupart des centres hospitaliers se sentent concernés par le bien-être de leurs collaboratrices et collaborateurs et mettent en place des unités spécifiques de médecine du travail, offrant soutien et accompagnement (CHUV, 2019). Par exemple, dans l'Hôpital universitaire de Genève, une psychologue clinicienne spécifique à la maternité est disponible pour répondre aux situations de stress et intervenir en cas de vécu traumatisant (HUG, 2017). Selon la sage-femme cadre

interrogée, le-la psychologue peut être contacté-e directement par le-la professionnel-le concerné-e ainsi que par les cadres, avec l'accord de la patiente, si cela semble nécessaire. Elle peut également être présente lors des débriefings pluridisciplinaires à la suite d'événements traumatiques. Depuis le début des années 2000, les HUG ont mis en place un système de gestion des incidents dans plusieurs services puis dans l'ensemble de l'hôpital. Les EIG impliquant un préjudice pour les patient-e-s, le corps médical (les collaborateur-trices) ou l'hôpital lui-même doivent être annoncés à la direction générale et sont analysés par un groupe interdisciplinaire afin d'émettre des recommandations. (HUG, 2018). Des dispositions sont mises en place afin de soutenir les professionnel-le-s et faire diminuer les répercussions sur les différent-e-s collaborateur-trice-s.

8.5 Formation continue pour les collaboratrices et collaborateurs

La pratique des sages-femmes, mais également celle des autres corps professionnels de santé, varie constamment. Par exemple, on peut prendre note de l'évolution de la médecine à travers le temps, de l'adaptation presque constante de protocoles de soins et de connaissances de ces derniers qui diffèrent selon la région ou le pays de l'institution. De plus, les sages-femmes changent fréquemment d'unités de soins durant leur travail actif et sont, en fonction des services, plus ou moins confrontées à des situations d'urgence. Cela démontre la nécessité d'adaptation des divers-e-s professionnel-le-s dans leur pratique. Elmir et al. mettent en avant que les sages-femmes se sentent mal préparées lors des situations d'urgences en salle d'accouchement, et indique une possible altération du sentiment de sécurité professionnelle (2017).

La Haute autorité de Santé affirme que les apprenants ont la possibilité de reproduire des situations rares ou d'urgences par la pratique de simulation (HAS, 2012). Celle-ci leur offre alors l'acquisition de connaissances spécifiques tout en renforçant les acquis, en facilitant la réflexion de groupe et en améliorant la confiance en soi (HAS, 2012). La HAS montre ainsi les effets bénéfiques chez les étudiant-e-s au niveau de leur professionnalisme et de leur apprentissage mais ne définit pas l'impact que peut avoir les simulations chez des personnes déjà qualifiées. Malheureusement, bien que les pratiques simulées semblent idylliques, leur mise en

place demanderait une grande organisation, des espaces disponibles et équipés, des personnes qualifiées pour animer ces pratiques ainsi que des hauts frais. Au cours de la formation à l'école de sage-femme, les pratiques simulées sont pratiquées de manière régulière et révèlent des grands bénéfices identiques à ceux mentionnés ci-dessus. Mais une fois diplômées, ces simulations diminuent en fréquence. La simulation est également utilisée dans certaines institutions universitaires, particulièrement dans le domaine infirmier où elle a prouvé sa grande utilité (HAS, 2012). Il serait finalement intéressant de recueillir des informations auprès des sages-femmes et de mettre en évidence si ces pratiques leur sembleraient professionnellement bénéfiques et quelle fréquence leur semblerait la plus adaptée.

En effet dans les métiers de la santé, la pratique s'apprend et s'entraîne tout au long de la carrière et les aspects théoriques évoluent constamment aux rythmes des avancées scientifiques. Pour cela, la formation continue du personnel soignant est obligatoire et tous les soignant-e-s doivent se tenir à jour des dernières recommandations dans leur domaine.

Aussi, agencer des pratiques simulées interprofessionnelles spécifiques à la salle d'accouchement, afin que les différent-e-s collaborateur-trice-s puissent s'exercer à la gestion de situation de tous types de manière interprofessionnelle, peut possiblement aider à améliorer la communication entre les professionnel-le-s. Cela permettrait de mettre en avant les différents points de vue afin de mieux comprendre les compétences et rôles de chacun-e lorsque ces situations d'urgences se présentent dans leur vie professionnelle. Selon nous, cette méthode pourrait permettre de prévenir les traumatismes interpersonnels qui sont l'une des principales plaintes et craintes des sages-femmes et leur permettrait également d'augmenter leur sentiment de sécurité professionnelle en valorisant leurs aptitudes, compétences et leur permettre d'affiner leur réactivité lors de situations d'urgences en salle de naissance.

8.6 Situation particulière liée au COVID-19⁷

Dans le contexte de la crise sanitaire liée au COVID-19, les équipes soignantes de la maternité ont dû faire face à un contexte anxiogène, à un manque de connaissance de l'impact du virus sur les parturientes et leur bébé et une méconnaissance des répercussions sur la santé maternelle et fœtale et sur leur santé également. La première solution proposée afin de soulager l'équipe soignante dans leur charge de travail a été d'augmenter l'effectif par garde. Dans un deuxième temps des séances d'hypnose : "hypno-pause" sous forme de séance de 30min ont été proposées aux soignant-e-s afin de leur offrir un lieu de décharge et de leur donner des outils pour mieux gérer leur sommeil. Ces moyens ont à priori prouvé leur efficacité à court terme, la proposition serait alors de prolonger ces actions afin d'en évaluer les résultats à plus long terme.

⁷ Le COVID-19 est la maladie infectieuse causée par le dernier coronavirus qui a été découvert. Apparu à Wuhan (Chine) en décembre 2019. La COVID-19 est maintenant pandémique et touche de nombreux pays dans le monde. Ce travail a été réalisé dans ce contexte de crise sanitaire qui a eu un impact sur les patientes et les professionnel-le-s de santé.

9.Conclusion

Les événements traumatiques font partie intégrante du métier de sage-femme en salle de naissance. Les conséquences de ces situations sur la santé physique et psychique des femmes sont reconnues et ont été largement étudiées. Qu'en est-il alors des sages-femmes, témoins de ses événements ? L'objectif de cette revue de la littérature était de définir et mettre en évidence les différents actes commis en salle de naissance pouvant être traumatisants pour les sages-femmes et d'en démontrer les conséquences sur la santé physique et psychique de ces professionnelles de santé mais aussi l'impact sur leur travail.

D'après les différents articles sélectionnés, deux catégories d'événement traumatiques sont à distinguer : Les événements non-interpersonnels tels que les blessures ou le décès maternel ou fœtal, qui sont généralement inévitables dans les pays développés et les événements interpersonnels qui font échos aux violences obstétricales et gynécologiques et aux notions de paternalisme et de sexisme dans les soins. Ces derniers sont évitables et peuvent être dû à différents facteurs liés à l'environnement de travail, comme les effectifs d'équipes, le matériel à disposition, la qualité de la communication etc.

À la suite d'événement entraînant le décès fœtal ou maternel, les urgences aboutissant à une blessure fœtale ou maternelle ou mettant en avant un conflit interpersonnel, certaines sages-femmes ont déclaré des symptômes de stress post-traumatiques allant jusqu'au diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. Les sages-femmes disent avoir peur, se sentir coupable, ressentir de l'angoisse, etc. et celles-ci trouvent parfois comme solution une mutation dans un autre service, dans le libéral, voire même envisagent une réorientation professionnelle.

Lorsque ces événements traumatiques ont lieu, qu'ils soient inévitables ou non, il paraît essentiel et nécessaire aux sages-femmes de pouvoir en discuter avec les personnes concernées, de pouvoir revenir sur la situation aussi bien avec l'équipe soignante que les patientes et de travailler sur les points qui ont été compliqués. Pour cela des colloques peuvent être mis en place, des professionnelles comme les psychologues ou autre thérapeute peuvent être sollicités et des séances de formation

continue et de simulation doivent mis en place pour entretenir et améliorer les compétences de chacun.

“Les médecins feront toujours des erreurs. Le facteur décisif sera comment nous y ferons face. La sécurité des soins et le bien être des soignants dépendra de notre honnêteté envers les patients, nos pairs et surtout nous-mêmes.” (Albert WU, 2000)

8. Bibliographie

Agence régionale de santé. (Juillet 2016). La souffrance et le burn-out des soignants en Limousin. Volet 2 : Les sages-femmes. Rapport n°286-2 : Limoges.

ANESF. (2018). *Le bien être étudiant*. Engagement n°31.

APA, American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5.

APA, American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (V). Washington, DC.

APA, American Psychiatric Association. (2005). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-IV-Texte Revisité. Masson.

Beck, C.T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 28–35.

Benoit, M. (2006). Etude du lien entre le degré de sécurité de l'attachement, les stratégies comportementales de régulation émotionnelle et les symptômes de stress post-traumatique. (Thèse. Université du Québec. Montréal.) Accès <https://archipel.uqam.ca/10044/1/D1452.pdf>

Berkane, N. (2019). Hémorragie de la délivrance. [support de cours]. Genève.

Billieux, D. M. (2019). Hémorragie de la délivrance, les étapes de la prise en charge. [support de cours]. Genève.

Blevins, C., Weathers, F., Davis, M.T., Witte, T., Domino, J. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 489-498.

Bride, B.E., Radey, M., Figley, C.R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal* 35, 155–163.

Caplice, S., Dahlen, H.G. (2014). What do midwives fear? Australian College of Midwives.

CASP. (2018). Critical Appraisal Skills Programme.

CHUV. (2019). Service de médecine préventive hospitalière. Lausanne.

Clayton, S., Holland, P. (2017). The employment effects of living with a chronic musculoskeletal condition: an exploration in qualitative meta-synthesis. Edge Hill University, (p. p. 29).

Cohen A., Berthelot-Gracias, E., Douna, F. (2010). Urgences cardiovasculaires et situations critiques en cardiologie. Elsevier Masson.

Coldridge, L., Davies, S. (2017). "Am I too emotional for this job?" An exploration of student midwives' experiences of coping with traumatic events in the labour ward. *Midwifery* 45, pp 1-6.

Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (2019). SMART : Commission Santé du Médecin Anesthésiste-Réanimateur au Travail.

Confédération suisse. (2018). Secrétariat d'état à l'économie SECO. Accès <https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home.html>

- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2012). Recommandations pour la pratique clinique : Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Paris
- Déchalotte, M. (2017). Le livre noir de la gynécologie. First éditions
- Deneux-Tharaux, C., (2012). Uterus cicatriciel : aspects épidémiologiques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 41, pp 697-707
- Deneux-Tharaux, C. Delorme, P. (2015). Épidémiologie de la dystocie des épaules. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 44, pp 1234-1247
- Delamare, G. (2004). Dictionnaire illustré des termes de médecine 32ème édition. Maloine.
- Delouane-Abinal, A. (2019). Dystocie des épaules. [support de cours]. Genève
- Desbiendras, N., Shapiro, E. (2013). PCL-5 : Posttraumatic Stress Disorder Checklist version DSM-5. [tableau]. Accès <http://ekladata.com/hOEiT7wdgA3mP6OJkidqn74D1is/PCL-5-questionnaire-Francais.pdf>
- Dikmen-Yildiz, A., Ayers, S., Philips, L. (2017). Factors associated with post-traumatic stress symptoms (PTSS) 4-6 weeks and 6 months after birth: A longitudinal population-based study. Journal of affective disorders 221, pp 238-245
- Direction du travail. (2018). Détection précoce de l'épuisement – Éviter le burn-out. [brochure] Confédération suisse.
- DREES. (2010). Les événements indésirables graves associés, résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Dossiers solidarité et santé
- Elmir, R., Pangas, J., Dahlen, H., Schmied, V. (2017). A meta-ethnographic synthesis of midwives' and nurses experiences of adverse labour and birth events. Journal of Clinical Nursing 26, pp 4184-4200.
- Etat de Vaud (2019). Loi sur la santé publique (LSP). Accès <https://www.vd.ch/toutes-les-autorites/departements/departement-de-la-sante-et-de-l'action-sociale-dsas/direction-generale-de-la-sante-dgs/bases-legales/>
- Fenwick, J., Lubomski, A., Creedy, D.K., Sidebotham, M. (2017). Personal, professional and workplace factors that contribute to burnout in Australian midwives. Journal of advanced nursing 74, pp 852-863.
- Frans, O., Rimmo, P-A., Aberg, L., Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. Acta Psychiatrica Scandinavica 111, pp 290-291.
- Galam., E. (2012). L'erreur médicale, le burn-out et le soignant : De la seconde victime au premier acteur. Paris : Springer.
- Granry, J-C., Moll, M-C. (2012). Rapport de mission, Etat de l'art (national et international en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. [brochure]. Paris : HAS
- Griffiths, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A-M., ... Aiken L. (2014). Nurses' Shift Length and Overtime Working in 12 European Countries : The Association With Perceived Quality of Care and Patient Safety. Medical Care 52, pp 975-981.
- HAS. (2018). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Accès https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales

Haute autorité de santé. (2012). *Guide de bonnes pratiques en matière de simulations santé*. [brochure] : Paris.

Haut conseil à l'égalité. (2018). *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées*. Accès <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2017). Santé et sécurité pour tous. Accès <https://www.hug.ch/rapport-social-environnemental-2015/sante-securite-pour-tous>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2018). Signaler les incidents et les événements indésirables graves. Accès <https://www.hug.ch/rapport-qualite/signaler-incidents-evenements-indesirables-graves>

Hunter, B., Fenwick, J., Sidebotham, M., Heley, J. (2019). Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*, 79

INSERM. (2018). Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles. Paris : Santé publique France

Institut de recherche et d'action pour la santé des femmes. (2019) Les violences obstétricales et gynécologiques : définition. Accès <https://www.irasf.org/>

Institut UPSA de la douleur. (2013). Accès www.upsa-douleur.org

Koster, D., Romijn, C., Sakko, E., Stam, C., Steenhuis, N., De Vries, D., Van Willigen, I., Fontein-Kuipers, Y. (2019) Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Lamour, M., Gabel, M. (2011). *Enfance en danger, professionnels en souffrance*. Toulouse : Erès

Leinweber, J., Creedy, D.K., Rowe, H., Gamble, J. (2016). Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women and Birth* 30, pp 40-45.

Leinweber, J., Rowe, H. (2008). The costs of 'being with the woman': Secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery* 26, pp 76-87.

MACSF. (2019). Le groupe MACSF publie son rapport annuel sur le risque des professionnels de santé. Paris.

Malterre, C. (2019). *La qualité de vie au travail des sages-femmes : quels enjeux ?* (Travail de Bachelor. Faculté des sciences médicales et paramédicales. Aix-Marseille Université.) Accès <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381580/document>

Maslach, C et col. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Presses du Belvédère.

Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P., Schaufeli, W.B. (1981). The Maslach Burnout Inventory (MBI).

Mathai, M., Sanghvi, H., Guidotti, R. (2003). Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, guide destiné à la sage-femme et au médecin. [brochure] Département santé et recherche génésiques.

Melo, B. Interventions pendant l'accouchement en prévention de la dystocie des épaules (dernière mise à jour : 1er mars 2010). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé

Ministère des affaires sociales et de la Santé (2015). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10 FR à usage PMSI. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation : Lyon.

Noblit, G.W. (1988). Meta-ethnography: synthesising qualitative studies. London : Sage.

NHS. (2016). *Midwives among most stressed of NHS staff-RCM*. Accès <http://www.nationalhealthexecutive.com/News/midwives-among-most-stressed-of-nhs-staff-rcm/133394>

Office fédéral de la statistique. (2018). Santé reproductive. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive.html>

Office fédéral de la statistique. (2019). Accouchements et santé maternelle en 2017. [brochure] : Neuchâtel

Office fédéral de la statistique. (2019). Mortalité infantile, mortinaissances. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/infantile-mortinaissances.html>

OMS. (2013). Compétences fondamentales des formateurs de sages-femmes. [brochure]. Bibliothèque de l'OMS.

OMS. (2013). Prévention de la violence : les faits. [brochure]. Bibliothèque de l'OMS.

OMS. (2014). Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. [brochure]. Bibliothèque de l'OMS.

OMS. (2014). Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie. [brochure]. Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2020). Objectifs de développement durable des Nations Unies (ODD). Accès [https://www.who.int/topics/sustainabledevelopmentgoals/fr/#:~:text=Th%C3%A8mes%20de%20sant%C3%A9,Objectifs%20de%20d%C3%A9veloppement%20durable%20des%20Nations%20Unies%20\(ODD\),%20d%C3%A9veloppement%20durable%20\(ODD\).&text=L'objectif%20%20de%20d%C3%A9veloppement,sant%C3%A9%20et%20au%20bien-%C3%AAtre.](https://www.who.int/topics/sustainabledevelopmentgoals/fr/#:~:text=Th%C3%A8mes%20de%20sant%C3%A9,Objectifs%20de%20d%C3%A9veloppement%20durable%20des%20Nations%20Unies%20(ODD),%20d%C3%A9veloppement%20durable%20(ODD).&text=L'objectif%20%20de%20d%C3%A9veloppement,sant%C3%A9%20et%20au%20bien-%C3%AAtre.)

OMS. (2019). Mortalité maternelle. Accès <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternalmortality#:~:text=La%20mortalit%C3%A9%20maternelle%20est%20tr%C3%A8s,la%20grossesse%20ou%20l'accouchement.>

OMS. (2019). La santé mentale au travail. Accès https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/fr/

Ordre des sages-femmes, (2019). Les compétences des sages-femmes. Accès <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>

- Paul, O. (2016). Développement socio-affectif des enfants exposés à la violence conjugale : une approche de la sécurité émotionnelle : étude des conduites intériorisées et extériorisées et des symptômes de stress post-traumatique de 46 enfants âgés de 5 ans et demi à 12 ans, et analyse de leurs représentations de la violence et des relations familiales. Université fédérale :Toulouse
- Richard-Guerroudj, N. (2018). Le soignant, seconde victime d'un événement grave. *Profession sage-femme* 246, pp 27-30.
- Richard-Guerroudj, N. (2018). Hospitalières en France : des scores élevés de burnout. *Profession sage-femme* 246, pp 14-16.
- Richard-Guerroudj, N. (2019). Hospitalières en France : des scores élevés de burnout. *Obstetrica*, pp. 49-51.
- Richardson, A., Turnock, C., Harris, L., Finley, A., Carson, S. (2007) A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff. *Journal of Nursing Management* 15, pp 838-846.
- Rice, H., Warland, J. (2013). Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Australia. Midwifery* volume 29 pp.1056-1063.
- Riggenbach, M. (2017). Statistique médicale des hôpitaux, Accouchements et santé maternelle en 2017. [Brochure]. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Rhodes, M. (2018). Études de santé : 7 étudiants sages-femmes sur 10 en dépression. Accès <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/etudes-de-sante-7-etudiants-sages-femmes-sur-10-en-depression.html>
- Rodriguez-Almagro, J., Hernandez-Martinez, A., Rodriguez-Almagro, D., Quiros-Garcia, J-M., Martinez-Galiano, J-M., Gomez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth, Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16.
- Sabo, B.M., (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice* 12, pp 136–142.
- Saillant, S. (2015). Souffrance du médecin : à bout ou tabou. Formation post-graduée, SMPR HUG : Genève.
- Schrøder, K., Lamont, R.F., Jorgensen, J.S., Hvidt, N.C. (2018). Second victims need emotional support after adverse events: even in a just safety culture. *An International Journal of Obstetrics et Gynaecology* 126, pp 440-442.
- Sheen, K., Slade, P., Spiby, H. (2013) An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 70, pp. 729-743.
- Sheen, K., Spiby, H., Slade, P. (2014) Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies*, 52, pp. 578-587.
- Sheen, K., Spiby, H., Slade, P. (2016). The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies* 53, pp. 61-72.
- Stimpfel, A.W., Lake, E.T., Barton, S., Gorman, K.C., Aiken, L.H. (2013). How differing shift lengths relate to quality outcomes in pediatrics. *HHS Public Access* 43, pp 95-100.

Surbek, D. (2014). Gynécologie et Obstétrique : Césarienne : En faisons-nous trop. Universit  t  linik fur Frauenheilkunde : Bern.

Toohill, J., Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J., Creedy, D.K. (2018). Trauma and fear in Australian midwives. *Women and Birth* 32, pp 64-71.

UNICEF. (2018). Mortalité néonatale : le monde manque à ses devoirs envers les nouveau-nés. Accès <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/mortalite-infantile-le-monde-manque-ses-devoirs-envers-les-nouveau-nes#:~:text=UNICEF%2FUN0157432%2FAyene-.Mortalit%C3%A9%20n%C3%A9onatale%20%3A%20le%20monde%20manque%20%C3%A0,devoirs%20envers%20les%20nouveau%2Dn%C3%A9s&text=%C3%80%20l'%C3%A9chelle%20mondiale%2C%20le,%C3%A0%203%20pour%201%20000>.

UMVF, Université Médicale Virtuelle Francophone (2011/2012). Les traumatismes obstétricaux. [Evaluation] Accès <http://campus.cerimes.fr/maeutique/UE-puericulture/traumatismes/site/html/evaluations.pdf>

UMVF, Université Médicale Virtuelle Francophone (2011-2012). Code de déontologie des sages-femmes. [Support de cours] Accès http://campus.cerimes.fr/maeutique/UE-sante-societe-humanite/code_deontologie/site/html/cours.pdf

UMVF, Université Médicale Virtuelle Francophone (2014). Complications traumatiques de l'accouchement. [Support de cours] Accès http://campus.cerimes.fr/maeutique/UE-obstetrique/complications_traumatiques/site/html/cours.pdf

van Heumen, M., Hollander, M.H., van Pampus, M.G., van Dillen, J., Stramrood, C. (2018). Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience. *Frontiers in Psychiatry* 9.

Wahlberg, A., Andreen Sachs, M., Johannesson, K., Hallberg, G., Jonsson, M., Skoog Svanberg, A., Hogberg, U. (2014). Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. *An International Journal Of Obstetric and Gynecology (BJOG)*.

Wahlberg, A., Hogberg, U., Emmelin, M. (2018). The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study.

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., Patel, H., (2019). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. UK : Taylor & Francis

Wilberforce, N., Wilberforce, K., Aubrey-Bassler, F.K., (2010). Post-traumatic stress disorder in physicians from an underserved area. *Family Practice* 27, pp 339–343.

Witkoski, A., Aiken, L. (2013). Hospital Staff Nurses' Shift Length Associated With Safety and Quality of Care. *HHS Public Access* 28, pp 122–129.

Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim, The doctor who makes the mistake needs help too. *The BMJ* 18, pp 726-727.