



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Le vécu de la mort maternelle par la sage femme
Cas des structures d'accouchement dans la région Gharb
Chrarda Beni Hsein - Maroc

Présenté par

Lamy ALLAM

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département **Santé**

Spécialité **Santé Internationale**

Le 01 Avril 2015

Devant le jury composé de :

Dr. François-Marie LAHAYE Président

Directeur de département Santé
Université Senghor

Pr. Anne-Marie MOULIN Examineur

Directrice de recherche
CNRS à Paris

Dr. Maged CHOKRY KARASS Examineur

Gynécologue obstétricien
Alexandrie

Remerciements

Au Directeur du département Santé **Dr François-Marie LAHAYE** pour son soutien et son assistance permanente à ma personne comme au présent travail.

Au **Professeur Anne marie MOULIN** et au **Professeur Ahmad RADY** pour la disponibilité et les orientations que vous m'avez apportées durant l'élaboration de ce travail, vos conseils ont été d'une très grande utilité.

Au **Dr EIMahdi BELLOUTTI** directeur régional du ministère de la santé à la région Gharb Chrarda Beni Hsein au Maroc, pour l'aide et les facilitations offertes pour la réalisation de mon stage et la collecte des données de mon étude.

A **Mme Alice MOUNIR**, chef du service administratif du département santé, en témoignage de reconnaissance pour tous les efforts déployés pour que notre formation se passe dans de bonnes conditions surtout dans la phase de changement de directeur.

Je remercie également, l'ensemble des enseignants, pour les efforts déployés au cours de notre formation. Qu'ils trouvent dans ce travail, le témoignage de notre gratitude.

A tous les collègues de la quatorzième promotion, que les liens tissés entre nous durant ces deux années soient éternels.

Aux membres du jury pour avoir accepté d'apporter de leur connaissance pour l'amélioration de ce travail.

Je tiens aussi à remercier toutes les sages femmes de la région lieu de l'étude ainsi que tous les responsables pour leur participation au recueil des informations nécessaires à l'élaboration de ce travail.

Un remerciement spécial au **Dr Christian MESENGE** pour sa présence et ses encouragements même après son départ du département.

Merci

Dédicace

Pour la profession sage femme, pour toutes les sages femmes dans le monde qui ont vécu le décès maternel dans la solitude et pour toutes les femmes enceintes ou qui espèrent devenir enceintes, afin qu'elles vivent leurs grossesses et accouchements dans des maternités avec plus d'humanisme et de professionnalisme.

Résumé

Introduction : La mortalité maternelle est un problème de santé publique crucial. L'OMS a recommandé la focalisation sur la sage femme afin de lutter contre ce fléau peu visible statistiquement, mais qui a une charge émotionnelle importante. Le vécu de ce drame par la sage femme est transformé par les progrès médicaux et l'évolution des perceptions de l'accouchement et de la mort maternelle par la population, de l'acceptation fatale en un événement médicalement maîtrisable. La confrontation à la mort en milieu de soin est une expérience stressante et peut conduire à l'épuisement professionnel.

Objectif : Appréhender la manière dont la sage femme vit la mort maternelle, les conséquences qui en résultent, les stratégies d'ajustement ainsi que les mesures d'accompagnement dont elle a bénéficié.

Méthode : Enquête qualitative exploratoire par des entretiens semi-directifs menés auprès des sages femmes, leurs coéquipiers et les responsables. Le recrutement de l'échantillon était conditionné par les principes de diversification et de saturation de l'information. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants et analysés thématiquement après leur transcription.

Résultats : 19 sages femmes ont accepté de participer à l'étude. Les résultats montrent qu'aucune sage femme ne reste indifférente devant la mort maternelle. Le vécu est d'autant plus douloureux que le décès est brutal et ou si la sage femme exerce toute seule, voire peut être majoré par la violence de la famille et le manque de reconnaissance de sa souffrance et de son travail.

La tristesse, le déni, le sentiment de culpabilité et d'échec ont caractérisé tous les vécus, mais la durée varie d'un cas à l'autre. Les compétences de la sage femme en matière de gestion des émotions et d'accompagnement des familles endeuillées font défaut. Les conséquences sont divers entre psychologiques et somatiques, allant des flashbacks, des difficultés de concentration et parfois la dépression, jusqu'à manifestation de zona ou d'hypertension artérielle chronique. Sur le plan professionnel, les sujets jeunes sont les plus vulnérables et démontrent un désengagement professionnel. Associée à la surcharge de travail, au manque de réglementation actualisée de la profession, la mort maternelle, l'accentue le stress et conduit à l'intention d'abandonner l'exercice de la profession.

La réflexion sur sa propre souffrance, la parole informelle avec les collègues ou la famille, les comportements d'évitement comme la distanciation relationnelle sont les stratégies d'ajustement mobilisées. Le soutien des collègues demeure insuffisant et les mesures d'accompagnement institutionnelles sont quasi-inexistantes.

Conclusion : le vécu de la mort maternelle dans un environnement solitaire, sans pouvoir achever son deuil, peut engendrer des effets néfastes sur la santé et affecte négativement la qualité du travail de la sage femme. L'amélioration des conditions de travail, la focalisation sur le travail d'équipe, l'actualisation de la réglementation, la mise en place de groupes de discussion, la formation et la réflexion sur la question de la mort et sur les mécanismes de défense individuels et collectifs, contribueront à améliorer le vécu de la mort maternelle et à professionnaliser l'accompagnement des familles endeuillées.

Mots clés : Sage femme, vécu, Mort maternelle, deuil, stratégie d'ajustement, mesures d'accompagnement, Maroc

Abstract

Introduction: Maternal mortality is a critical public health problem. The WHO has recommended a focus on the midwife to fight against this scourge statistically inconspicuous, has a significant emotional charge. The experience of this tragedy by the midwife is substituted with medical advances, changing perceptions of maternal death in the population and the fatal acceptance medically manageable event. The confrontation of death care environment is a stress ful experience which can lead to burnout.

Aim: To understand the way the midwife saw the mother death, the consequences results, the adjustment strategies and accompanying measures it has received.

Methods: qualitative exploratory study conducted by semi-structured interviews with midwives, their teammates and managers. The recruitment of the sample was conditioned by the principles of diversification and satisfaction information. The interviews were recorded with consent of the participants and analyzed thematically after the transcription.

Results: 19 midwives agreed to participate in the study. The results show that no midwife remains indifferent to maternal death. The experience is even more painful when the death is sudden or when the midwife exercise alone. In addition, seeing the violence and the lack of recognition of her suffering from family and work. Sadness, denial, guilt and failure have characterized all experienced women, but the duration varies from case to case. The midwife are lacking the skills of manage their emotions and support the bereaved families. The consequences are different between psychological and somatic, from flashbacks, difficulty concentrating and sometimes depression until Zona disease or Hypertension Chronicle. The mobilized adjustment strategies differs from reflecting suffering, informal speech with colleagues or families, recourse to religion and relational distancing. The supports of colleagues still insufficient and institutional support measures are virtually nonexistent.

Conclusion: The experience of maternal death in a solitary environment, without finishing her grief produces adverse health effects and negatively affects the quality of work of the midwife. The improvement of working conditions, the focus on the team concept, updating of regulations, the establishment of the focus groups, training and reflection on the issue of death and defense mechanisms individual and collective, will contribute to improve the experience of maternal death and professionalize the accompaniment of bereaved families.

Keywords: midwife, lived, maternal death, bereavement, adjustment strategy, accompanying measures, Morocco.

Table de matières

REMERCIEMENTS.....	I
DEDICACE.....	II
RESUME.....	III
ABSTRACT.....	IV
TABLE DE MATIERES	V
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES ANNEXES.....	VII
INTRODUCTION	1
I. PROBLEMATIQUE.....	2
I.1 CONTEXTE DE L'ETUDE	2
I.1.1 L'évolution des perceptions de la mort et du soignant chez la population	2
I.1.2 Perception de la mort maternelle et de la profession sages femmes par la population.....	3
I.2 JUSTIFICATION DU PROBLEME A L'ETUDE	4
I.3 QUESTION CENTRALE DE LA RECHERCHE	7
I.4 LES HYPOTHESES.....	7
I.5 LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	8
II. MATERIEL ET METHODE.....	9
II.1 LE TYPE DE L'ETUDE	9
II.2 LE MILIEU DE L'ETUDE	9
II.3 POPULATION CIBLE DE L'ETUDE.....	10
II.4 L'ECHANTILLONNAGE	11
II.5 TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES	11
II.6 DEROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNEES.....	12
II.7 METHODES DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES.....	13
II.8 CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	13
II.9 DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES CONCEPTS DE L'ETUDE.....	14
III. RESULTATS ET ANALYSE.....	15
III.1 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS AVEC LES SAGES FEMMES	15
III.1.1 Le vécu de la mort maternelle par la sage femme	16
III.1.1.1 Vécu émotionnel	16
III.1.1.2 Vécu lié à la pratique	17
III.1.1.3 Vécu social	21
III.1.2 Les conséquences du vécu de la mort	22
III.1.2.1 Sur le plan individuel.....	22

III.1.2.2	Sur le plan socioprofessionnel	23
III.1.3	Les stratégies d'ajustement aux vécus émotionnels	24
III.1.4	Les mesures d'accompagnement	25
III.1.4.1	Par l'équipe de travail	25
III.1.4.2	Par les responsables hiérarchiques	25
III.2	RESULTATS DES ENTRETIENS MENES AVEC LES COEQUIPIERS	26
III.2.1	Le vécu de la mort maternelle	26
III.2.2	Les conséquences du vécu	26
III.2.3	Les mesures d'accompagnement	27
III.3	RESULTATS DES ENTRETIENS MENES AVEC LES RESPONSABLES	27
III.3.1	Perception du risque psychosocial et du vécu de la mort maternelle	27
III.3.2	Les procédures administratives menées après la survenue de la mort maternelle	28
III.3.3	Les mesures d'accompagnement mises en contribution pour soutenir la sage femme	28
IV.	DISCUSSION	29
V.	RECOMMANDATIONS	36
	CONCLUSION	38
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	39
	ANNEXES	43
	GLOSSAIRE DES TERMES	49

Liste des figures

Figure 1: Cartes du Maroc indiquant l'emplacement de la région GCBH	9
---	---

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des structures d'accouchement selon les 3 provinces	10
Tableau 2: Profil des participants à l'étude	11
Tableau 3: Répartition des vécus selon l'âge et l'ancienneté lors de la survenue de décès maternel	15
Tableau 4: Répartition des vécus des sages femmes selon le lieu de la survenue du décès	15
Tableau 5: Conséquences psychologiques et somatiques du vécu de la mort maternel par la sage femme.....	22

Liste des annexes

Annexe 1: Guide d'entretien destiné aux sages femmes.....	43
Annexe 2: Guide d'entretien destiné aux gynéco-obstétriciens et co-équipiers de la sage femme lors du DM.....	45
Annexe 3: Guide d'entretien destiné aux responsables	45
Annexe 4: Questionnaire préalable pour l'identification de la cible principale	46
Annexe 5: Lettre du consentement libre et éclairé.....	47
Annexe 6: description du déroulement de la collecte des données	48

Introduction

Le Bureau International du Travail, considère que les problèmes psychosociaux représentent, dans le monde entier, une des principales causes d'accidents, de maladies, d'absentéisme et de mortalité au travail (Organisation Internationale du Travail, 2005). En effet, une personne soumise à des pressions excessives, ne correspondant pas à ses besoins et à ses ressources, doit gérer des dissonances à la fois sur le plan affectif, cognitif et relationnel (Pronoste, 2007).

L'environnement au travail dans le milieu de soin a des contraintes qui peuvent présenter des risques sur les soignants. Le vécu de la souffrance et de la mort de patients est une des ces contraintes. Il constitue un véritable risque psychosocial au travail (Revallec, Brasseur, Bondéelle, & Vaudoux, 2009). Dans les services de la maternité, la scène se déroule souvent autour du fœtus et des parents. Pourtant dans ce jeu interactif permanent et complexe, quand la mort et la naissance coïncident, il semble essentiel de ne pas isoler le vécu comportemental et émotionnel des sages femmes de celui des familles (De Wailly-Galembert, Vernier, & Rossigneux-Delage, 2012) .

Dans ce sens, cette étude pose la question des sages femmes exerçant au niveau des structures d'accouchement dans la région El Gharb Chrarda Beni Hsein au Maroc, sur leur vécu de le mort maternelle.

Elle comporte dans son premier chapitre la problématique, qui a mis l'éclairage sur le contexte général dans lequel le problème survient. Dans le deuxième chapitre, nous présentons la méthode et le matériel utilisés en détails qui ont permis d'atteindre les résultats attendus. Enfin, le troisième chapitre porte sur les résultats, leur analyse ainsi que leur discussion.

I. Problématique

I.1 Contexte de l'étude

I.1.1 L'évolution des perceptions de la mort et du soignant chez la population

La mort et la naissance sont des événements qui ne peuvent être contrôlés (Carton et al., n.d.). Freud considère la mort comme l'issue obligatoire de toute vie et une dette qu'on doit payer à la nature. Elle n'est pas évitable (Freud, 1917). Dans la civilisation occidentale, « *la mort est un sujet tabou...L'agonisant est une charge et l'homme moderne naît et meurt à l'hôpital* » (Thomas, 1988).

En effet, le vécu de la mort en milieu de soin est refoulé par les progrès médicaux et l'évolution des perceptions vis-à-vis du soignant et de la mort par la population, de l'acceptation fataliste de la mort à un accident médicalement maîtrisable (Goldenberg, 1987). Avant la deuxième guerre mondiale, le soignant était considéré comme l'instrument du destin qu'on accepte de subir : guérir n'était pas une exigence (Goldenberg, 1987). Disposant de peu de sciences et de moyens, il était pourtant comme « *la personne dévouée qui réalise des miracles* ». Après la deuxième guerre mondiale, avec les progrès de la médecine et de la technologie, le niveau de santé et l'espérance de vie se sont améliorés. Le soignant est devenu « *un bienfaiteur puissant qui peut sauver s'il veut* ». Il n'est plus considéré comme « *l'instrument de la destinée mais le destin lui-même* » (Goldenberg, 1987).

Actuellement, la mort est étroitement associée aux milieux hospitaliers. Elle est perçue comme un événement médical, comme une pathologie, plutôt qu'une partie intégrante de la vie (O'Gorman, 1998). L'illusion « *d'arrêter la mort* » domine et les familles confient le mourant au soignant avec espoir. Or, la mort elle-même reste la limite (Goldenberg, 1987). Dans ce cadre, le vécu par le soignant de la mort de patient correspond au transfert de deuil des familles vers lui. C'est une expérience douloureuse, il en résulte une vraie souffrance (Goldenberg, 1987). Il constitue pour chacun des soignants au minimum un deuil et au pire un échec narcissique. Le décès représente un échec et non plus une limite naturelle (Maubon, 2011). De surcroît, l'annonce de la mort du patient en elle-même est jugée un moment à la fois grave et difficile. Ceci, parce qu'elle engendre des traumatismes et peut faire basculer la vie des proches (Bacqué, 2008).

Dans une enquête menée au niveau des unités de soins palliatifs en France qui porte sur l'analyse sociologique d'un modèle de soin focalisé sur la subjectivité des soignants, l'auteur montre que la mort à l'hôpital a créé des nouvelles exigences professionnelles. Parmi ces dernières, le personnel est appelé à apporter une compétence technique efficace dans la prise en charge médicale des symptômes difficiles liés à l'agonie, dans le même temps, il est engagé dans une dynamique relationnelle particulièrement exigeante dans la mesure où elle implique fortement la subjectivité des soignants et des soignés (Michel Castra, 2004). Dans le même sens, Sigmund Freud a montré dans son ouvrage « *Deuil et Mélancolie* », que chacun ne vit pas les mêmes émotions et les mêmes

réactions lors d'un décès, et que le deuil associé à la mort a d'importantes répercussions sur l'identité de l'endeuillé, sur ses émotions et sur ses relations sociales (Freud, 1917).

I.1.2 Perception de la mort maternelle et de la profession sages femmes par la population

Durant des millénaires, la mort des femmes jeunes a été causée principalement par la maternité. Cette dernière a été longtemps considérée comme une situation à haut risque vital et le décès maternel a été vu comme une fatalité en appréhendant la proximité fondamentale entre les deux extrémités de la vie : la mort et la naissance (Mafart, 1994; Des Forts, 1998; Morel, 2008). Les femmes ont accouché avec l'aide des femmes de la société et de la matrone selon des rites élaborés et transmis (Des Forts, 1998).

Dans le monde occidental, la médicalisation de l'accouchement a débuté il y a 300 ans (Des Forts, 1998). L'invention de la césarienne et des techniques d'anesthésie ont sauvé beaucoup de vies au XIX^{ème} siècle (Morel, 2008). Au cours des années quatre vingt, le concept d'accouchement sans douleur s'est diffusé de l'Europe de l'est vers l'Europe de l'ouest. L'accouchement est devenu un moyen d'épanouissement et une étape capitale pour refuser la douleur (Caron-Leulliez Marianne & George Jocelyne, 2004). Présentement, pour chaque individu, la conscience de la vie et de la mort est en train de changer; les femmes n'acceptent plus de mourir en donnant naissance, elles veulent la vie saine et sauve pour elles et pour leurs bébés (Marie-France Morel, 2008).

Dans les pays en voie de développement, la mortalité maternelle reste encore fréquente. Même si statistiquement le phénomène est peu visible mais les populations l'ont toujours perçu comme un problème prioritaire qui engendre une charge émotionnelle importante (DeBrouwere, Tonglet & VanLerberghe, 1997).

Au Maroc, au début du XX^{ème} siècle, la grossesse et la naissance sont considérées comme une joie et un accroissement des biens et des provisions « *Rzik et Baraka* » (Légey, 1926. p: 138). Néanmoins, ces deux étapes de la vie de la femme ont été connues comme entourées du risque permanent de la mort. Dans ce sens, les Marocains disent des proverbes comme: « *la tombe de la femme est ouverte depuis la fécondation jusqu'au quarantième jour après l'accouchement : Kbar d lamra mahloul mli katahmal, hta tkamal rabiin youm d n'fass* » ; « depuis le jour de la conception, la femme a un pied dans ce monde et l'autre pied dans l'au-delà : *Redjel fi dounia, ou Redjel fi l'akhira* » (Doctoresse Légey, 1926. p: 141). Pour prévenir la mort, la maladie ou l'avortement, la femme enceinte se met sous la protection d'un saint. Elle apporte des bougies et du sucre à la gardienne du sanctuaire « *moqqaddema* » et lui annonce son état. Celle-ci, lui remet en échange de la semoule, de l'huile et du sel bénis. Elle lui montre aussi des rites à suivre pendant toute sa grossesse (Légey, 1926).

Les accouchements se faisaient à domicile, avec une sage femme traditionnelle (*Kabla*). Son expérience et son savoir, elle les a appris par la pratique. Son travail consistait à aider et assister la femme par certaines manœuvres obstétricales, des plantes ou des rituels culturels et spirituels (Légey, 1926; Temmar, Vissandje, Hatem, Apale, & Kobluk, 2006) .

A cette époque, la sage-femme était très respectée par les femmes et la population. Ils l'ont considéré comme une personne qui fait toujours de son mieux notamment face aux situations à risque comme les dystocies chez les femmes dont le bassin avait été malformé par la malnutrition et les ruptures utérines (Moulin & Amster, 2013).

Actuellement, la profession de Kabila telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui dans le Maroc, est le résultat d'une histoire complexe de formes variées de formation pédagogique. Elle n'apprend plus sur le tas, mais elle suit une formation en enseignement supérieur. Sa formation est basée sur une approche technique biomédicale qui a mis en valeur l'acquisition des compétences techniques (Temmar & al, 2006).

Son exercice dans une société où règnent les inégalités de genre, affecte négativement sa pratique, son autonomie au travail et rend les services qu'elle fournit largement invisibles (Temmar et al., 2006). Cette situation associée aux lois vétustes réglementant la profession, elle a aboutit à la construction d'une image de marque négative au sein de la société, ainsi qu'à une perte de reconnaissance sociale et professionnelle (Kerouac, Temmar, & Vissandjee, 2005).

Depuis 2009, une réforme du système éducatif selon les normes Licence Master Doctorat a démarré. Le nouveau cursus de formation qui vient d'être mis en place en 2014, vise le développement du volet humain à côté de la technique. De ce fait, la sage femme sera appelée à agir avec humanisme et professionnalisme, à gérer ses émotions, son stress et les situations de crise tout en prenant en considération la différence de l'Autre, de ses valeurs et ses croyances afin de faciliter l'établissement de la relation d'aide et d'apporter le soutien psychosocial en fonction des situations (Ministère de la santé & Enfermeras para El Mondo, 2012).

I.2 Justification du problème à l'étude

Les ressources humaines sont indispensables à la production de soins de qualité. Elles peuvent individuellement ou collectivement affecter le succès d'initiatives pour améliorer la santé des communautés (Prual & Jaffré, 1993). Elles consomment entre 50 et 70% des budgets de santé selon les états (United States Agency for International Development., n.d). Ainsi, elles sont souvent mises sous pression par des politiques visant des objectifs d'efficacité et d'efficience (Dubois & Dussault, 2003). Pourtant, bien que la qualité de la prestation dépende pour une grande part des conditions de travail et de la santé du personnel, rares sont les interventions qui prennent en considération les ressources humaines au-delà de leur productivité, et intègrent des mesures pour améliorer leurs conditions de travail et leur bien-être, alors que le travail en milieu de soin est caractérisé par sa nature difficile (Dubois & Dussault, 2003).

En effet, les professionnels de santé sont écartelés entre des contraintes de travail subies et des contraintes choisies. D'une part, entre les mutations organisationnelles que le secteur connaît, la pénurie en ressources humaines et moyens, le manque de reconnaissance et la charge de travail. D'autre part, entre la confrontation permanente à la souffrance des patients et de leurs familles et le

côtoiement permanent de la maladie et de la mort (Céline Revallec et al, 2009). Cette situation a des effets néfastes sur la santé physique et mentale des soignants. Elle contribue à l'augmentation du stress, à l'épuisement professionnel, aux abandons prématurés de carrière, à la propagation de la violence en milieu de soin et à l'absentéisme (Revallec et al, 2009).

Le vécu de la mort de patients(es) constitue un évènement bouleversant pour le collectif de travail (Castra, 2004). La mort est un sujet qui touche à l'intimité du personnel de santé, un sujet tabou face auquel les soignants sont souvent surpris et désarmés. De plus, un silence particulier entoure leur vécu de ces moments difficiles (Soarez, 2011).

Le vécu de la mort des patients par les soignants, engendre une détresse individuelle voire collective, durable et profonde. Ils peuvent souffrir de la séparation comme ils peuvent être touchés des effets de la mort (Maubon, 2011). Cependant, peu de travaux et d'écrits ont porté sur le vécu de ce phénomène (Canoui, Camus & Moffarts, 2009).

En 2006, une étude menée au Canada a mis en évidence que les infirmières subissent une tension élevée au travail et une forte demande psychologique, que 12,9% ont l'intention d'abandonner la profession et 43,3% déclarent avoir subi un haut niveau de détresse psychologique pour plusieurs raisons dont la confrontation à la mort (Lavois-Tremblay, 2007).

Une étude française a montré que 50% des soignants ont confirmé que le mot « Deuil » convient bien au ressenti qu'ils ont éprouvé quand ils ont vécu la mort d'un patient (Goldenberg, 1987).

La maternité est, de tous les services hospitaliers, celui où l'on s'attend le moins à être confronté à la mort. Pourtant, elle fait partie du quotidien des équipes qui y travaillent (Delahaye, 2001). De plus, chaque cas de décès maternel est perçu comme plus grave qu'un décès infantile. Non seulement parce qu'il met en danger la survie des enfants de cette mère, mais aussi parce que la mort d'un adulte est un évènement vécu comme plus grave (DeBrouwere et al., 1997; Maubon Marielle, 2011).

En 2013, 289 000 DM sont survenus dans le monde. 99% de ces décès se situent dans les pays en voie de développement (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Les recherches ont montré qu'environ 80% de ces décès pourraient être évités si les femmes bénéficiaient d'une prise en charge professionnelle assurée par un accoucheur qualifié (UNICEF, 2009). La sage femme joue ce rôle. Elle est universellement considérée comme « *la protectrice de la mère et de l'enfant* » (FNUAP, 2009). Elle apporte la joie, garantit la sécurité de la grossesse et de l'accouchement physiologiques et protège la mère et le fœtus contre la mort et le handicap (FNUAP, 2006).

Cependant, dans de nombreux cas, l'arrivée d'un enfant dans la famille peut être un évènement malheureux, par suite de la mort du nouveau-né, de la mère ou des deux. La joie se transforme en deuil et souffrances, pour le père devenu veuf et pour les enfants laissés orphelins (Confédération Internationale des Sages Femmes, Fonds des nations unies pour l'Enfance, & Organisation mondiale

de la Santé, 1987). La sage femme vit cette situation avec haute pression et avec peur de la responsabilité médicolégale (Gonthier, Ducher & Fauvel, 2005). Cette professionnelle, face à la mort maternelle et au devoir d'accompagner les familles endeuillées, se trouve dans un état de stress accru. De plus, elle se trouve dans l'obligation de maîtriser ses propres émotions, comme celles des bénéficiaires des soins, tout en gardant un air rassurant pour les patientes et leurs familles (Rivaleau, 2003).

Au Maroc, la sage femme exerce dans un contexte où la mortalité maternelle constitue toujours une problématique de santé publique. Le taux national a été réduit de 66% entre 1990 et 2010, soit de 332 à 112/100000 Naissances Vivantes (Ministère de la santé, 2012). 71,6% des DM surviennent dans les établissements de soins et 4% lors du transfert entre les structures de soin. Plus préoccupante encore la proportion des décès maternels jugés évitable, qui est de 76,2% (Comité National des Experts sur l'Audit Confidentiel des Décès Maternels et Néonataux, 2010).

Cette progression est le résultat de la mise en œuvre de plusieurs plans d'action, notamment la mise en place d'une politique de gratuité des prises en charge de la grossesse, de l'accouchement, du postpartum et du transfert de la mère et du nouveau-né. Cette décision a amélioré l'utilisation des structures d'accouchement et l'équité d'accès aux soins obstétricaux et néonataux (FEMHealth, 2014). Néanmoins elle a augmenté la charge de travail dans les maternités, elle a engendré la dégradation du soin relationnel et l'insatisfaction du personnel (FEMHealth, 2014).

Le Maroc a été classé aussi parmi les 57 pays qui souffrent le plus de la pénurie en personnel de santé. Les SF est une catégorie dont l'effectif est de cinq sages femmes/1000 habitants, alors que la norme requise par l'OMS est au minimum six sages femmes/1000 habitants (FNUAP, 2011).

Devant les cas de mortalité maternelle, plusieurs sages femmes se sont trouvées interpellées à comparaitre devant les différents tribunaux du royaume. Selon l'Association Nationale des Sages Femmes Marocaines, en 2012, huit sages femmes ont vécu cette situation qui a été aggravée par la législation réglementant la profession datant de 1960¹ (Association Nationale des sages Femmes Marocaines, 2013).

En 2003 une étude menée dans la région de Marrakech Tansift El haouz a montrée que de nombreux facteurs influencent négativement la pratique de la sage femme en milieu rural, caractérisée par le manque de ressources, les conditions de vie inappropriées et le manque de sécurité (Filali & Temmar, 2003). En 2007, une autre étude menée par le pôle des soins infirmiers de l'hôpital Al-Farabi d'Oujda a montré que le taux d'absentéisme le plus élevé au niveau de l'hôpital, s'observe chez les sages-

¹ Dahir n° 1-59-367 du 21 chaabane 1379 (19 Février 1960) portant réglementation de l'exercice des professions de médecin, de pharmacien, de chirurgien dentiste et de sage femme.

femmes avec 15%. Ce taux d'absentéisme reste alarmant par rapport au taux tolérable par les spécialistes de l'Organisation Internationale du Travail, qui l'estiment entre 4 et 5%. Les enquêteurs ont lié directement ce taux d'absentéisme à la dégradation de l'environnement du travail des professionnels. Ils ont également montré que 80,9% de ces sages femmes subissent un lourd fardeau émotionnel au travail, qui serait particulièrement lié à la prise en charge des grossesses à risque et au vécu des décès maternels.

Au niveau de la région Gharb Chrarda Beni Hsein, selon la Direction régionale de la santé, l'évolution des décès maternels intra-hospitaliers a connu une amélioration entre 2008 et 2013 : le nombre des décès maternels est passé de 29 à 16 cas par an. Les études empiriques sur la confrontation des sages femmes aux risques psychosociaux, à la mort, sur les conditions de travail, sur la violence contre les sages femmes sont manquantes. Selon l'unité des ressources humaines de l'hôpital régional "EL IDRISSI", en 2009 neuf sages femmes ont quitté la maternité et changé de profil en devenant des administrateurs. De ce fait, il paraît original et pertinent de mener une étude sur le vécu par les sages femmes de la mort maternelle au niveau de la dite région. Cette étude permettra de répondre à plusieurs questionnements tels que: est ce que les sages femmes, vivent à l'instar des autres professionnels de santé dans le monde, des expériences douloureuses lors de la confrontation à la mort de patientes? Peut-on dire, que toute confrontation à la mort maternelle est une expérience douloureuse pour la sage femme ou bien existe-t-il des facteurs qui influencent ce vécu? Quelles en sont les conséquences sur le plan individuel, sur l'entourage familial et professionnel ? Si cette souffrance est réelle, la sage femme pourra-t-elle la surmonter? Dispose-t-elle de tous les outils et moyens nécessaires pour la gérer ? Et pourra-t-elle accompagner les familles endeuillées sans faire transparaître ses sentiments?

I.3 Question centrale de la recherche

Comment les sages femmes exerçant au niveau des structures d'accouchement dans la région Gharb Chrarda Beni Hsein, vivent-elles leur confrontation avec la mort maternelle et quelles sont les ressources dont elles disposent dans ces situations ?

I.4 Les hypothèses

- **L'hypothèse principale :**

Le vécu de la mort maternelle par la sage femme est douloureux. La gestion inadéquate de ce vécu peut aboutir à l'accentuation du traumatisme psychologique, des symptômes somatiques importants et des répercussions négatives sur le plan socioprofessionnel. La confrontation avec la mort dans des

conditions de travail défavorables, associées au manque de reconnaissance sociale de sa souffrance et de sa pratique et l'absence de soutien des pairs et l'accompagnement de la hiérarchie, la sage femme ait l'intention d'abandonner la pratique clinique.

- **Les hypothèses secondaires :**

- ✓ Le vécu de la mort maternelle par la sage femme est un deuil douloureux, sa pénibilité est déterminée par des facteurs. Il engendre une charge émotionnelle, face à lui, elle mobilise des stratégies d'ajustement qui ne sont pas toujours efficaces pour surmonter sa souffrance;
- ✓ Si la sage femme n'arrive pas à gérer sa charge émotionnelle, elle subira des conséquences négatives sur le plan individuel et socioprofessionnel ;
- ✓ Le vécu de la mort maternelle par la sage femme dans un contexte caractérisé par des conditions de travail défavorables, le manque de soutien et de reconnaissance sociale, l'absence de mesures d'accompagnement, accentuent le stress et aboutissent à l'intention d'abandonner la profession.

I.5 Les objectifs de l'étude

- **Objectif général**

Examiner la façon dont la sage femme vit la mort maternelle, les répercussions de ce vécu, les stratégies et les mesures d'accompagnement permettent de le surmonter dans le but d'améliorer les conditions de travail de la sage femme et par conséquent contribuer à l'amélioration de la qualité de la prestation.

- **Objectifs spécifiques**

- ✓ Appréhender le vécu émotionnel et socioprofessionnel de la mort maternelle par la sage femme;
- ✓ Appréhender les stratégies personnelles utilisées par la sage femme pour gérer ses émotions ;
- ✓ Déterminer les conséquences de ce vécu sur sa personne, sur son entourage familial et sur sa vie professionnelle ;
- ✓ Appréhender le soutien et l'aide aux quels elle a eu accès dans telle situation, ainsi que les mesures d'accompagnement mises en place par l'institution.

II. Matériel et méthode

Nous allons aborder dans ce chapitre la méthode suivie pour le recueil des données au Maroc.

II.1 Le type de l'étude

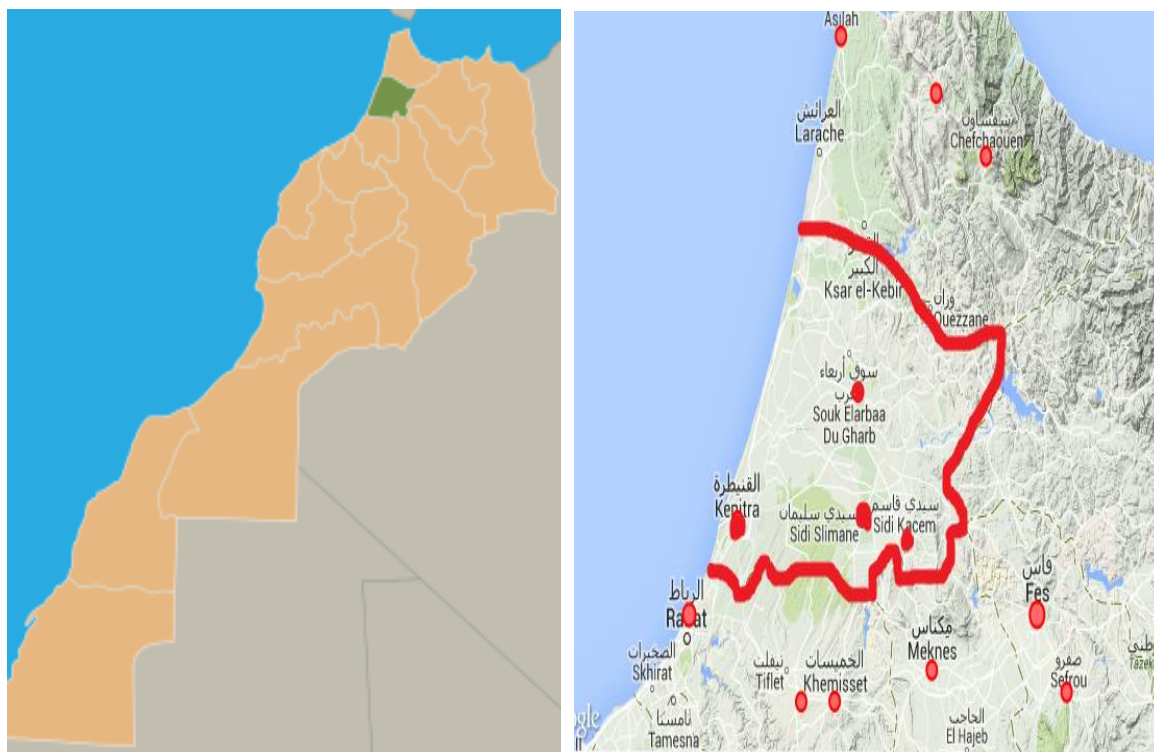
C'est une étude qualitative exploratoire de premier niveau qui appartient au domaine de la socio-anthropologie de la santé, vu que la sage femme est un être humain, qui est en interaction permanente avec son environnement et du fait que la confrontation à la mort est une expérience qui a ses répercussions sur les émotions des personnes, sur leur identité et sur leurs relations avec leur environnement (Niewiadomski & Guy de Villers, 2002).

II.2 Le milieu de l'étude

La région de Garb Chrarda Beni Hsein (GCBH). Située au nord-ouest du pays, sur l'Atlantique. Limitée au nord par la région de Tanger-Tétouan et au sud par la région de Rabat-Salé-Zemour-Zair et à l'est par la région de Fès-Boulmane.

Constituée de trois provinces dont le chef-lieu est la ville de Kénitra.

Figure 1: Cartes du Maroc indiquant l'emplacement de la région GCBH



http://fr.wikipedia.org/wiki/Gharb-Chrarda-Beni_Hssen

<http://cartes.visoterra.com/carte-plan/>

Tableau 1: Répartition des structures d'accouchement selon les 3 provinces

délégation sanitaire / Province	Nombre et niveau des maternités	Nombre de MA fonctionnelles
Kenitra	1 Maternité régionale 1 maternité locale	7 maisons d'accouchement ²
Sidi kacem	1 maternité provinciale	10 ³ maisons d'accouchement
Sidi Slimane	1 maternité provinciale	4 maisons d'accouchement

Direction régionale de la santé à la région GCBH, 2014

La dite région sanitaire dispose de 21 maisons d'accouchement et quatre maternités hospitalières.

II.3 Population cible de l'étude

- La cible principale : ce sont les sages femmes exerçant au niveau des maternités et des maisons d'accouchement de la région Gharb Chrarda Beni Hsein.
 - ✓ **Le choix de la population:** les sages femmes représentent la première catégorie de personnel qui assume l'accueil de la parturiente, son accompagnement tout au long de son séjour à la maternité et de manière permanente.
 - ✓ **Critères d'inclusion:** les sages-femmes, les accoucheuses et les infirmières faisant fonction de SF, ayant vécu l'expérience de la mort maternelle au niveau des structures d'accouchement dans la région Gharb Chrarda Beni Hsein, soit en tant que sages femmes cliniciennes ou gestionnaire. Ainsi que les sages femmes ayant vécu la mort maternelle lors du transfert de la patiente.
 - ✓ **Critères d'exclusion :** toute autre catégorie de personnel de la santé n'assurent pas la fonction de sage femme et/ou ayant vécu le décès maternel mais en dehors des services des maternités (personnel de la réanimation, techniciens ambulanciers).
- La cible secondaire :
 - ✓ Les coéquipiers des sages femmes ayant vécu le décès maternel seront aussi impliqués pour recueillir leurs témoignages autour de la question de recherche.
 - ✓ Les responsables au niveau des maternités et au niveau des délégations et de la direction régionale sanitaire seront aussi interviewés afin d'explorer leur perception des risques entourant les sages femmes, du fait de la confrontation de la mort maternelle et les mesures d'accompagnement mises en place pour les prévenir.

² Maison d'accouchement au Maroc est l'équivalent d'une maternité rurale qui assume les fonctions de Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB).

³ Deux maisons d'accouchement parmi les dix ne sont pas fonctionnelles.

II.4 L'échantillonnage

L'échantillon est non-probabiliste par choix raisonné. La sélection des sujets a été réalisée de manière à assurer le maximum de diversification de l'échantillon, selon l'âge, l'expérience et le lieu d'exercice lors du vécu de la mort maternelle (maisons d'accouchement et maternités hospitalières de différents niveaux). Dans notre étude, vu l'effectif restreint des sages femmes ayant vécu la mort maternelle, notre population principale inclu toutes les sages femmes ayant accepté de participer à notre étude.

La taille de l'échantillon de la population secondaire a été identifiée selon le principe de la saturation théorique développé par Glaser & Strauss (1967) (cité par Lorraine Savoie-Zajc, 2007).

Tableau 2: Profil des participants à l'étude

Le profil des interviewés	L'effectif
Sage femme ayant vécu la mort maternelle	18
Infirmière faisant fonction de sage femme ayant vécu la mort maternelle	01
Sages femmes/infirmiers ayant témoigné des vécus de la mort maternelle	04
Médecins ayant témoigné du vécu de la mort maternelle/Médecins chef	04
Directeur régional de la santé	01
Délégué provincial du ministère de la santé	03
Directeur de l'hôpital	03
Chef de pôle de soins infirmier	01
Infirmiers chefs	05
Total des entretiens réalisés	40

Nous avons réalisé 40 entretiens dont 19 ont auprès de notre cible principale.

II.5 Techniques de collecte des données

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les sages femmes (Annexe : 1), leurs coéquipiers (Annexes : 2) et les responsables : Directeur Régional, le chef de l'unité de médecine de travail au niveau régional et au niveau central, les directeurs des hôpitaux et les chefs des maternités : (Annexe :3). Cette technique a permis de recueillir les récits des sages femmes de leurs expériences émotionnelles individuelles et leurs conséquences, les détails subjectifs et nécessaires pour les comprendre, les stratégies mobilisées pour faire face et la position de l'équipe et de la hiérarchie face à ce vécu.

Le guide d'entretien destiné aux sages femmes permettant le recueil des données sur les différentes situations de la survenue et le vécu dans la prise en charge et dans la confrontation à la mort, sur les perceptions de la mort, sur l'annonce du décès à la famille et sur l'accompagnement fourni aux familles endeuillées et leurs réactions, sur le rôle de la formation de base et de la formation continue pour gérer ce type de vécu et les mesures d'accompagnement présentées par les collègues ainsi que par les responsables.

Le guide d'entretien destiné aux coéquipiers de la sage femme vise le recueil des témoignages vis-à-vis des réactions de la sage femme lors de la mort maternelle et après. Aussi, les mesures adoptées pour l'aider à surmonter cette expérience. Les données collectées permettront une confrontation avec les données recueillies des sages femmes en faisant ressortir les convergences et les divergences.

Le guide d'entretien destiné aux responsables permettra d'examiner leur perception du risque professionnel notamment psychosocial et le degré de leur conscience de ses conséquences sur la santé et le rendement du personnel, ainsi que le degré de leur engagement pour mettre en place des mesures d'accompagnement améliorant les conditions de travail des SF.

II.6 Déroulement de la collecte des données

Cette étape de l'étude s'est étalée du 12 Mai au début Aout 2014, au niveau de la région sanitaire d'El Gharb Chrarda Beni Hsein au Maroc.

Le principal défi de cette étape était comment recruter les sages femmes participantes à l'étude tout en garantissant la diversité de l'échantillon. Le contact de l'administration a permis l'identification des structures d'accouchement, les dates et les équipes de garde avec lesquelles les décès maternels sont survenus. Les données disponibles datent de 2009, l'année d'instauration des audits confidentiels des décès maternels. A partir de cette date, nous n'avons pas trouvé un effectif suffisant des vécus au niveau des maisons d'accouchement (un seul vécu).

Le contact direct avec les sages femmes dans les maternités a montré qu'il existe des sages femmes ayant vécu la mort maternelle au niveau des maisons d'accouchement avant 2009 et exercent pour le moment dans les maternités hospitalières. De ce fait, il était essentiel d'identifier d'abord toutes les sages femmes ayant vécu le décès maternel, puis on a procédé à l'échantillonnage.

Pour cela, un questionnaire préliminaire (Annexe N°: 4) a été distribué à 156 sages femmes exerçant dans la région. Il était rempli soit par contact direct, soit par appel téléphonique, ou à travers les réseaux sociaux (facebook). Il a identifié toutes celles qui ont vécu cette expérience avec les différentes caractéristiques souhaitées. 25 sages femmes au total ont déclaré avoir vécu la mort maternelle, sachant qu'il y a des sages femmes ayant nié leurs vécus, alors que leurs collègues l'ont indiqué.

Le chiffre inclu des jeunes de moins de 25 ans et ayant moins de cinq ans d'ancienneté, des sages femmes plus âgées et ayant plus de 25 ans d'ancienneté. De plus, des sages femmes ayant vécu un

seul décès et d'autres ont vécu plusieurs décès jusqu'à six fois. Des décès sont survenus dans les maternités hospitalières et d'autres dans des MA.

En parallèle, une pré-enquête a été réalisée auprès de deux sages femmes et un gynécologue exerçant hors de la région de GCBH pour tester les guides d'entretien. Ceci a permis de mieux développer et redresser ces outils.

Les entretiens ont été menés au niveau des lieux de travail. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone. Leur durée a varié entre 45 minutes et deux heures selon le nombre de décès vécus par chaque sage femme.

II.7 Méthodes de traitement et d'analyse des données

Après chaque entretien, nous avons opté pour la transcription fidèle et intégrale des enregistrements. La réduction des données a consisté dans le dégagement des verbatim dans des tableaux tout en préservant les libellés qui serviront de matériau dans la présentation des résultats. Par la suite, nous avons essayé de regrouper les informations selon les thèmes similaires et leur organisation selon le plan individuel et socioprofessionnel.

L'interprétation des résultats consiste à dégager les significations des différentes catégories obtenues. Leur discussion consiste à vérifier les hypothèses et à leur confronter à la revue de littérature disponible. Dans ce cadre, nous utiliserons les vécus par les soignants (infirmiers et médecins) du décès des patients, vu la non disponibilité d'une revue de littérature sur le vécu par la sage femme de la mort maternelle.

II.8 Considérations éthiques

Pour mener cette étude, un certain nombre d'aspects éthiques et administratifs ont été pris en considération à savoir :

- L'autorisation du Ministre de la Santé marocain afin de réaliser la collecte des données;
- Le contact avec le Directeur Régional, les délégués du Ministère de la Santé et les responsables des services au niveau du lieu de l'étude, afin de solliciter l'autorisation et les informer sur l'étude, son but et son déroulement ;
- Un formulaire de consentement libre et éclairé (Annexe N° :5) a été présenté aux participants à l'enquête avant la réalisation des entretiens afin de leur expliquer d'abord le cadre, le thème, le but, le déroulement de cette recherche, ses avantages et ses inconvénients et la liberté d'y participer ou non;

- La préservation de l'anonymat et de la confidentialité est assurée, de manière à ce qu'aucune référence relative à leur identité ou celle des femmes décédées n'apparaissent dans les prises de notes et les résultats de l'enquête.

II.9 Définitions opérationnelles des concepts de l'étude

- **Le vécu** : désigne l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence, qui sont immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective. Il est constitué d'une part, par l'événement en soi (la maladie, la guerre, la mort ou même un succès ou une promotion, etc.) et d'autre part par la signification que l'individu lui donne (Doron, 2003). Le vécu est donc intimement lié à la personne, à ses perceptions, à ses expériences passées et à ses croyances (Barabino, Malavia, & Assal, 2007)

- **La sage femme** : selon le Conseil International des Sages femmes, c'est toute personne qui a suivi un cursus de formation lui permettant de faire le diagnostic de la grossesse, son suivi, la réalisation des accouchements, la prise en charge du nouveau-né et la surveillance des suites de couches, tout en détectant à temps les complications pourront survenir à la mère ou à l'enfant. Aussi, elle contribue à l'amélioration de la santé reproductive et sexuelle par sa contribution auprès des patients, des familles et des communautés en matière de planification familiale et du IST/SIDA.

Le rôle de la sage femme est devenu de plus en plus vaste par rapport à ce que nous avons vu dans l'histoire de la profession. Il touche tous les aspects de la santé génésique et sexuelle et aussi toutes les catégories de la population, individuellement ou en communauté. Dans notre étude, on considère comme sage femme tout personnel paramédical qui exerce au niveau des maisons d'accouchement et des maternités, soit au niveau des salles de naissance, des services d'admission ou des suites de couches.

- **La mort maternelle** : selon l'OMS c'est « 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 (CIM-9 et CIM-10) la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite» (World Health Organization, 1992). Dans cette étude, la mort maternelle est toute mort d'une femme survenue dans les structures d'accouchement, au cours de la grossesse, de l'accouchement ou en suite de couches, à condition que la sage femme soit une actrice dans la prise en charge de la défunte et de la famille endeuillée.

III. Résultats et analyse

III.1 Présentation et analyse des résultats des entretiens avec les sages femmes

Le questionnaire préliminaire illustre que 25 sages femmes ont déclaré vivre l'expérience du décès maternel. Dix neuf ont été interviewées, quatre ont refusé de participer à l'étude et deux ont été en congé de maternité. Les 19 participantes à notre étude ont raconté 39 récits de 39 vécus de la mort maternelle.

Tableau 3: Répartition des vécus selon l'âge et l'ancienneté lors de la survenue de décès maternel

L'âge lors de la survenue du décès	Effectif des vécus	L'ancienneté lors de la survenue du décès	Effectif des vécus
[20 – 25]	12	Inferieur à 5 ans	17
] 25 – 30]	06] 5 – 10]	06
] 30 – 35]	08] 10 – 15]	07
] 35 – 40]	01] 15 – 20]	00
] 40 – 45]	07] 20 – 25]	06
Supérieur à 45 ans	05	Supérieure à 25 ans	03

L'âge des participantes lors du vécu de la mort maternelle varie entre 22 ans et 57 ans. La tranche d'âge qui vit plus de décès est celle inférieure ou égale à 25 ans.

L'ancienneté des sages femmes lors du vécu varie entre un mois et 34 ans. De plus, presque la moitié des décès surviennent avec des sages femmes ayant une ancienneté inférieure ou égale à cinq ans d'expérience.

Tableau 4: Répartition des vécus des sages femmes selon le lieu de la survenue du décès

Lieu de survenue des décès maternels	Effectif des vécus racontés
Maternité hospitalière régionale	17
Maternité hospitalière provinciale	08
Maternité hospitalière locale	07
Maison d'accouchement rurale	06
Ambulance : pendant le transfert	01
Total	39 vécus

Nous remarquons que plus le niveau de la maternité est important, plus le nombre des cas de décès est important, avec une dominance de la maternité régionale.

III.1.1 Le vécu de la mort maternelle par la sage femme

III.1.1.1 Vécu émotionnel

Les vécus ont été racontés avec beaucoup de détails et d'émotions. Ceci a permis de recueillir un matériel très riche et diversifié. La majorité des sages femmes ont manifesté des pleurs en récitant au moins une de leurs histoires avec la mort maternelle.

Quel que soit l'**âge**, l'**ancienneté**, le **lieu d'exercice**, ou le **nombre de décès** vécus, aucune sage femme ne reste indifférente à la mort maternelle. Aussi, tout vécu est jugé **douloureux**. Seulement, la **pénibilité** des ressentis et la durée de gestion de la douleur varient d'un vécu à l'autre.

Le **premier vécu** de la mort maternelle était jugé **douloureux**, mais n'est pas forcément le plus pénible. Cinq sages femmes sur neuf, ayant vécu la mort maternelle plus qu'une fois, ont déclaré que le vécu du premier décès n'était pas le plus pénible.

Les données récoltées montrent que la **perception** de la sage femme vis-à-vis de la mort maternelle comme **injustice** intervient pour vivre le décès maternel avec douleur: « ... *c'est une injustice et un désespoir, la femme en couches n'est pas une malade, elle n'a rien, elle est plus grave qu'un décès périnatal ou d'un malade hospitalisé...* » ;

Aussi, plus la patiente est **jeune**, plus la mort est considérée comme **injuste**. De-même si le **nouveau né a survécu** ou si la défunte a laissé d'autres enfants.

La mort survenue **brutalement** comme en cas de mort causée par l'embolie amniotique était vécue aussi douloureusement.

Egalement, les cas de décès jugés pénibles, ce sont ceux où la sage femme est **entrée en relation prolongée** avec les patientes, **s'identifie** à elles et s'est investie émotionnellement auprès d'elle: « ...*je l'ai suivie pendant la CPN,...* » ; « ...*elle fermait les yeux, j'ai lui parlé et l'ai encouragée, elle me regardait et me souriait, elle a pris ma main et elle l'a lâchée, j'ai crié et j'ai perdu conscience...* » ; « ...*je suis une maman, j'ai une petite fille qu'est ce qu'il sera son destin si c'était moi...* » ;

Toutes les sages femmes ont déclaré, avoir vécu la mort maternelle avec **tristesse**, durant de quelques heures jusqu'à des mois: « ...*j'ai déclenché une crise de pleurs, c'était dur de voir mourir une jeune à l'âge des fleurs, de voir la souffrance des familles, de penser à l'orphelinat...* »

Parallèlement, le vécu émotionnel de toutes les sages femmes est caractérisé par le sentiment de **choc et de déni**. La durée de ce vécu est variée, allant de quelques heures jusqu'à des mois. Parmi elles, sept sur 19 sages femmes ont déclaré qu'elles ont **accepté** l'événement du fait, que la mort était **inévitabile** et qui est due à un pronostic vital, face auquel l'équipe a mobilisé tous les moyens indispensables pour sauver la patiente: « ...*je l'ai vécu avec choc, comme si j'ai été morte avec elle, comme si le temps s'est arrêté...* » ; « ...*l'anesthésiste me regarde, il me dit la femme a décédé, je dis impossible et je continue la transfusion...* » ; « ...*je ne peux pas décrire le choc qu'on a eu, je n'imagine*

pas que la jeune qui est entrée à pied, va sortir cadavre ?!... » ; « ... tu gères la complication, tu fais ton maximum, c'était inévitable, tu acceptes la mort, et tu es soulagée rapidement après le décès... » ;

Toutes les sages femmes sont unanimes que le sentiment de peur est présent lors des vécus de la mort maternelle. Cette **peur est due à la mort** elle-même, à la **responsabilité médicolégale** ou à la **réaction de la famille** : *« ...trois périodes que j'ai vécu, les années 80, 90 et 2000. Avant on est été triste pour la femme, j'avais peur de la mort, maintenant tout le monde incrimine la sage femme et on a peur de la responsabilité médicolégale... » ; « ...la mort, on fuit, elle nous fait peur... » ; « ... quand le médecin m'a confirmé la mort, je me suis vue en prison, j'avais vraiment peur, et puis j'habite toute seule, je n'ai pas dormi pendant une semaine, j'attendais que la famille vienne m'agresser... » ;*

Aussi 13 sages femmes sur 19 ont vécu l'événement avec sentiment de **culpabilité**: *« ... je ne cesse pas de me poser la question si c'était évitable ? Est ce qu'il n'y avait pas de faute ? Et pourquoi c'est arrivé ? Je pense à tous les scénarios possibles et je me dis : si j'avais fait ça, peut être je la sauvais, et si l'ambulance était sur place, et si...et si.... » ;*

La majorité des participantes à l'étude (17/19) ont eu un sentiment **d'impuissance et d'échec** qui résulte d'une perception présomptueuse du rôle de la sage femme acquis durant la formation de base : *« ...quand tu vois que la femme meurt entre tes mains et que la famille te regarde avec espoir, tu te sens impuissante, à l'institut on a vu la vie en rose mais la réalité est dure, tu espères si tu n'es pas sage femme... » ; « ...comment je peux travailler pendant trente deux ans, je n'ai jamais fait de faute, comment que je n'ai pas connu pas la rupture utérine ?!! » ; « ...durant la formation de base, on parle de décès maternel comme un fait très honteux pour la sage femme, qu'il faut l'éviter coûte que coûte... » ;*

Une sage femme exerçant au niveau de la maison d'accouchement, a déclaré vivre la mort maternelle avec un sentiment **d'inutilité**: *« ...je ne possède rien pour faire face à la complication et à la mort, un stéthoscope de Pinard, la ventouse, des tubulures et des sérums...si je ne suis pas dans un centre équipé avec une équipe multidisciplinaire, je servirai à rien... »*

III.1.1.2 Vécu lié à la pratique

- **Vécu lié aux conditions de travail au niveau de la maison d'accouchement**

Les horaires de travail : l'adoption d'un système d'astreinte contribue à la perte de temps dans la prise en charge des urgences fatales et constitue une source de conflit entre la sage femme et les accompagnants de la patiente: *« ... en dehors de l'horaire normal du travail, on quitte la maison d'accouchement s'il n'ya pas de patiente, l'accueil de la patiente a été réalisé 10 min à 15 min après son arrivée, j'habite à 200 m de la maison d'accouchement... par rapport à la garde résidentielle, c'était une perte de temps qui m'a créé des problèmes avec la famille quand la femme a décédé, ... »*

Aussi, en cas de mort maternelle, l'organisation des équipes de travail avec une seule SF par garde induit un stress important et un sentiment d'insécurité : *« ... la garde est assurée par la sage femme*

toute seule, le reste du personnel exerce d'autres activités dans le centre selon l'horaire normal. J'ai tout géré toute seule, la complication obstétricale, le décès maternel et la confrontation avec la famille, c'était terrible, j'avais peur ... »

- **Vécu lié aux conditions de travail au niveau de la maternité hospitalière**

En cas de mort maternelle, toutes les sages femmes ont eu un **sentiment d'insatisfaction** au travail. Les participantes à l'étude ont lié le ressenti au manque en ressources humaines associé à la surcharge de travail et à l'augmentation du temps consacré aux tâches administratives au détriment des patientes: « ...on ne peut pas prendre en charge les patientes selon les protocoles recommandés, je faisais mille tâches en même temps, l'expulsion, le bébé et toute cette paperasse, puis détourner ton attention vers une nouvelle expulsion imminente, ...c'est après 25 minutes quand je suis revenue pour la délivrance que j'ai découvert que la femme a beaucoup saigné... » ; « ...nous sommes que deux sages femmes par équipe, puis on a appelé le gynécologue et aussi le réanimateur qui est arrivé tard, mais elle a décédé... » ; « ...ce n'est pas mon rôle de faire l'accouchement dystocique et pourtant je l'ai fait pour sauver la femme, mais malheureusement, c'était trop tard et elle a décédé... » ; « En cas de transfert, je n'ai pas le droit de signer la fiche de référence, pourtant je le fais pour accélérer la démarche si le médecin n'est pas sur place....».

- **L'annonce de la mort et l'accompagnement des familles endeuillées**

L'annonce de la mort est une tâche jugée **difficile** à l'unanimité.

Cinq sages femmes ayant annoncé le décès elles mêmes, ont déclaré avoir **demandé le soutien des accompagnants de la défunte** et non pas les informer: « ...ce n'est pas facile de dire, en fait c'était sans suivre aucune règle, j'ai demandé le secours de la famille de la patiente... » ;

Les 14 autres sages femmes ont précisé que ce sont d'autres professionnels ou les responsables qui ont annoncé la mort à la famille : « ...j'ai sollicité un infirmier qui habite à proximité et il a pris le mari et quelqu'un de la famille au bureau de la planification familiale pour les informer... » ;

Pour le **diagnostic de la mort**, cinq sur 19 sages femmes ont déclaré qu'elles étaient incapable de confirmer la mort toutes seules : « ... la première fois je vois une mourante, le corps immobile, la paix sur le visage, je ne sens plus le pouls mais je ne pouvais pas dire si elle est morte, ou ne l'est pas... » ; « ...la TA est imprenable, elle a convulsé, après elle n'a plus bougé, c'est à ce moment que j'ai pensé à l'agonie, mais je n'ai pas pu confirmer la mort... » ;

Toutes les sages femmes ont déclaré qu'après l'annonce de la mort, les **familles** ont été en état de choc, de désarroi, de douleur et de tristesse: « ...tu entends les pleurs, de la colère, le mari m'a tenu de mes bras et me criait ne dis pas ça, qu'est ce que vous faites si vous ne pouvez pas la sauver, comment je vais faire maintenant... » ; « ...la famille était choquée et troublée, à tel point qu'ils ont oublié le bébé à la salle de naissance pendant toute la journée... » ;

Toutes les sages femmes ont confirmé l'**absence de protocole** à suivre pour l'annonce de la mort et la prise en charge des familles endeuillées. Aussi elles ont ajouté que la **formation** de base et la

formation continue n'ont jamais traité la question de la mort maternelle, ni son annonce, ni la prise en charge des familles endeuillées: « ...on a tout étudié la lutte contre le décès maternel, mais on ne m'a jamais informé s'il survient je fasse quoi ? Ou je l'annonce comment ? Ou à qui ? Comme il n'ya pas de protocole précis par l'hôpital... » ; « ...la seule mort qu'on a étudié c'est la mort fœtale in utero, on m'a dit informer la maman avec tact et lui présenter le soutien psychologique, mais concrètement comment ? Il n'existe pas de fiche technique pour ça... » ; « ... je n'ai pu rien pour eu, pour la première fois je suis confrontée à une situation pareille, moi-même j'ai été perdue... ».

- **Vécu collectif de la mort maternelle**

La sage femme vit la mort maternelle en **équipe avec moins de pression** par rapport à celle qu'elle a vécu solitaire.

Toutes les sages femmes sont unanimes que la survenue de tel **événement est perturbatrice** pour l'équipe, caractérisée par un stress accru, silence et angoisse de tout le monde : « ...les yeux pleins de larmes moi, l'autre sage femme et le médecin avons pleuré, on a continué le travail sans commentaire, sans raisonner, on bouge comme si on ne veut pas s'arrêter un moment pour ne pas y penser... »

Presque la moitié des sages femmes (9/19) ont confirmé que la survenue de la mort maternelle a **renforcé la solidarité et l'esprit d'équipe** durant la prise en charge de la patiente et jusqu'à la fin de la garde : « ...on se propose l'aide sans l'avoir demandé, chacun demande à l'autre s'il a besoin d'un moment de repos, ma collègue a fini ses tâches et elle m'a donné un coup de main, le médecin a laissé son sentiment d'être le compétent et venait nous demander nos avis dans d'autres cas... » ;

D'autres sages femmes (4/19) ont vécu la mort au sein de l'équipe en se **jugant** et en se **culpabilisant**: « ...l'équipe est séparée en deux, il y a ceux qui m'ont jugé, quelques un m'ont accusée et d'autres m'ont défendue... » ;

Trois sages femmes sur 19 ont annoncé vivre la mort maternelle avec **manque de reconnaissance de leurs compétences de la part du médecin** : « ...j'étais certaine de la rupture, mais vu ma petite expérience, le médecin ne m'a pas cru, il m'a dit ta responsabilité s'arrête quand j'arrive ... » ;

- **Le vécu de la mort maternelle avec l'administration**

Toutes les sages femmes sont unanimes que l'administration réagit surtout pour demander un **rapport** immédiat sur l'accident et pour mener les **audits confidentiels** : « ...je n'ai pas encore saisi la mort de la patiente et on me demande d'établir le rapport et remplir la fiche de déclaration et dans la même journée le délégué a convoqué le comité pour l'audit... » ;

La majorité des sages femmes (12/19) ont déclaré que l'administration avec le chef de l'équipe est occupés par **l'annonce de la mort** et ont évité le contact de la famille avec les sages femmes : « ...c'est le directeur de l'hôpital, le chef du pôle infirmier et le gynécologue qui ont informé la famille... » ; « ...quand le délégué et le directeur ont vu mon état, ils ont pris le mari au bureau du directeur et ils l'ont informé... » ;

Lors de l'**audit confidentiel** des décès maternels, le stress, le **jugement et la culpabilisation** de la part des responsables sont ressentis par dix sages femmes sur 19: « *...même l'administration quand elle intervient c'est pour chercher la cause du décès maternel, j'avais l'impression que j'ai été au tribunal, ils ont cherché toute faille pour me culpabiliser, j'ai du pris des anxiolytiques, avant de commencer...* » ; « *...on a fait l'audit le plus long, le même jour du décès, de 17h jusqu'à 22h...et on est parti voir le cadavre à la morgue pour s'assurer que la femme n'a pas reçu du syntocinon en IM avant l'accouchement, mes sentiments c'étaient leur dernier souci, j'ai été traumatisée...* »

Après la confirmation à la mort, dans la maternité hospitalière, le cadavre est transporté au maximum dans une heure à la morgue, où la toilette purificatrice est réalisée s'il n'est pas sujet d'autopsie, puis les accompagnants le récupèrent pour l'enterrement. A l'opposition, au niveau de la maison d'accouchement, le cadavre est récupéré directement par la famille après que, les agents de la gendarmerie royale font le constat de décès. La toilette purificatrice dans ce cas s'exécute à domicile.

L'**autopsie** n'est pas systématique, elle peut être demandée par le procureur du roi en cas de plainte mis par la famille contre la sage femme ou l'institution.

Par rapport à la **poursuite judiciaire**, 10 sur 19 sages femmes ont avoué que la procédure juridique devant la mort maternelle est méconnue par les responsables et qu'elles n'ont pas bénéficié de la protection de l'administration: « *...envahi par le choc de la mort, le surveillant général a refusé d'admettre le cadavre en disant que c'est un décès qui s'est passé extramuros, lui-même il a appelé la police et je ne sais pas si il a droit, on m'a ramené au commissariat dans la voiture de la sureté nationale, ma blouse sale de sang, je ne portais pas mon porte-monnaie pour revenir à l'hôpital, l'administration n'a pas bougé, j'avais peur, j'ai été délaissée, ...que tu sois fonctionnaire au ministère de la santé ou criminelle il faut que tu te débrouilles toute seule ...* » ; « *...le mari a déposé une plainte contre ma personne, il m'a accusé d'homicide involontaire, depuis ce temps, je fais des va et des vient chaque 15 jours pour signer le compte rendu de la liberté conditionnelle, en attendant la prononciation du jugement final. Comment les responsables acceptent telle faute, je suis fonctionnaire qui était en traine d'exercer son travail dans un établissement de soin public et je n'ai pas accouché la patiente à domicile...* »;

Le **manque de reconnaissance de sa souffrance et de sa pratique** par l'administration est un thème qui était prononcé par 17 sur 19 sages femmes: « *...on était plus confronté à la population, l'administration n'écoute que les familles, leur donne raison toujours et incrimine la sage femme...* » ; « *...quand le décès est survenu, l'administration ne s'est pas rappelée de toutes les années du travail et les milliers des vies qu'on a sauvé, elle ne voit que le résultat négatif, quel que soit ce que tu fais, tu es toujours mal récompensée...* »

III.1.1.3 Vécu social

Toutes les sages femmes ont vécu la mort maternelle avec **manque de reconnaissance** de son travail de la part de la société. De plus, plus elle a un statut et des **relations** étroite avec la communauté plus le sentiment de manque de reconnaissance est traumatique.

Au niveau de la maison d'accouchement, comme dans les maternités locales, la sage femme est une personne très connue par la population, souvent elle est considérée comme un membre de la localité, ainsi comme la mère de tous les enfants et les jeunes issus des naissances qu'elle a assurées : « ...elle était ma voisine, on n'a jamais parlé mais je la voyais chaque jour avec ses trois petits, ça m'a fait beaucoup mal et surtout que l'entourage aussi a nié tout ce que je représentais pendant des années quand cette femme a décédé... » ;

Au niveau des maternités hospitalières de recours, les habitants sont plus nombreux et la population desservie est souvent référée d'une autre localité. La sage femme est méconnue au sein de cette société, sa relation avec eux **ne dépasse pas la demande et l'offre de prestations de soins** : « ...c'est une maternité de référence, des centaines nous fréquentent chaque jour, et la plupart sont des cas transférés d'autres maternités, chacun vient pour son propre service, en cas de mort, peu importe ce que nous ressentons nous, alors que nous aussi on est des humains... » ;

Aussi, la majorité des sages femmes (16/19) ont confirmé qu'elles ont vécu la mort maternelle avec beaucoup de **pression** et d'exigence de la part de la société : « ..la femme a accouché à domicile, on me l'a confié agonisante, et exige que je dois avoir un bloc opératoire, du sang dans une maison d'accouchement, que je fasse quelque chose pour la sauver, on me demandait des miracles... » ; « ...tout le monde nous demande de garantir des bons résultats, même dans des mauvaises conditions... »

D'autres sages femmes (11/19) ont déclaré qu'elles étaient jugées **d'assassins et harcelées** par la société : « ...à la salle d'accueil, dans la rue, dans le bain maure, j'ai entendu les gens parler du décès: une femme a décédé à la maternité, ils ont tué une autre maman, on n'est pas des assassins, quand j'ai eu mon bac et j'ai choisi cette profession c'était par vocation, c'était pour introduire la joie aux cœurs des mères et des familles, pour les féliciter et non pas de les tuer, la société n'a pas de reconnaissance... » ;

La **violence** de la part de la famille face aux sages femmes était illustrée subie par 13 sages femmes: « ...imagines que tu es démoralisée, choquée et tu reçois les insultes et les menaces de la famille... » ; « ...ils ont tapé les portes de la maternité et cassé les vitres,... » ; « ...tu vois les regards de reproche à chaque fois la famille vient pour vacciner les jumeaux, ça me torturerait... » ; « ...quand on n'a pas pu sauver la femme, on a subit des insultes et même des coups... ».

III.1.2 Les conséquences du vécu de la mort

III.1.2.1 Sur le plan individuel

Tableau 5: Conséquences psychologiques et somatiques du vécu de la mort maternel par la sage femme

Symptômes somatiques liés à la douleur	Symptômes psychologiques liés au traumatisme
<p>L'anorexie, l'insomnie et la fatigue (19) dont cinq ont eu une perte importante de poids : « ...je ne dors plus, je mange de moins en moins à degrés que j'ai perdu 10 kg en deux mois... »</p> <p>La migraine durant de quelques jours à quelques semaines (9/19): « ...j'ai eu une migraine rebelle aux antalgiques, elle a persisté pendant trois semaines... »</p> <p>L'hypertension artérielle chronique manifestée pour la première fois chez trois sages femmes : « ...j'avais fait une pique de tension à 16/10, depuis ce jour, ma tension augmente... »</p> <p>L'hypotension artérielle (1/19): « ...j'avais fait une hypotension artérielle pendant deux mois, c'était fatigant... »</p> <p>Une sage femme a développé un zona après le vécu de la mort maternelle</p> <p>Une sage femme a déclaré que son diabète s'est compliqué.</p>	<p>Revivre l'événement douloureux avec des Flashback et des cauchemars (15/19) : « ...son image ne sépare pas mon esprit, même la nuit j'ai fait des cauchemars pendant un mois... » ;</p> <p>Développement de phobie de la prise en charge des accouchements ultérieurs. Ceci a pris au minimum un mois pour le surmonter (15/19) ;</p> <p>Apparition de symptômes dépressifs pendant des mois et jusqu'à une année (5/19), dont quatre sur 19 ont eu recours à un suivi médical : « ...je suis devenue replié sur soi, je pleure tout le temps, je suis devenu triste et je ne trouve plus de goût à la vie... »</p> <p>Le sentiment d'insécurité: « ...maintenant, à chaque fois je rentre à la maternité, je regarde dans ses coins comme si je vois le lieu pour la première fois, l'obstétrique n'a pas de règle aussi, tout peut survenir d'emblée... » ;</p> <p>La majorité des sages femmes (15/19) ont déclaré que leur perception de la vie, de la mort et de la profession ont changé après le vécu de la mort maternelle : « ...la vie ne vaut rien et la mort est devenue très proche, j'y pense souvent... »; « ...je ne ressens plus le charme de ma profession, ni la des petites vies. On a choisit une profession de risque... ».</p> <p>Huit sages femmes ont eu des troubles de la concentration et de mémorisation.</p>

III.1.2.2 Sur le plan socioprofessionnel

- **Le plan familial**

La **désocialisation** de leur entourage familial était déclarée par neuf sur 19 sages femmes: « ...je suis devenue repliée sur soi, je n'échange plus des visites avec ma famille, je ne tolère pas rester dans un groupe, écouter et discuter... » ;

Cinq sages femmes sur 19 ont **abandonné** leurs **rôles sociaux** auprès de leurs familles : « ...j'ai laissé mes enfants chez mes parents, ils s'occupaient d'eux pendant un mois.... » ; « ...je ne prends pas en charge mon foyer, je ne jouais plus avec mes petites, je suis devenue indifférente... » ;

Le **déplacement émotionnel**: sept sages femmes ont déclaré que leurs familles étaient inquiètes pour leurs états de santé et pour la responsabilité médico-légale, et que le climat familial est devenu triste : « ...j'ai contaminé tout le monde, mes parents sont devenus tristes aussi, ma petite de huit ans avait l'habitude de me demander à la fin de chaque garde combien de bébé tu as fait venir au monde ? Elle a bien compris qu'il ne faut plus me parler de mon travail et dès qu'elle me voit elle se tait... »

- **Le plan professionnel**

Toutes les sages femmes ayant plus **d'ancienneté**, ont manifesté une tendance à la **perfection technique** marquée à travers l'augmentation de la **vigilance** dans les anamnèses, l'amélioration de l'**utilisation** du **partogramme**, la réflexion pragmatique sur la **réglementation** et les limites de leur exercice ainsi que l'**exigence** face à la **disponibilité** du **matériel** et du **médecin**: « ...maintenant j'insiste beaucoup dans les anamnèses, j'essaie de faire les choses comme il faut, je vois le partogramme autrement, j'écris tous les détails, où je passe chaque minute et même les contraintes que j'ai eu pour prendre en charge la défunte... » ; « ...même avec ma grande expérience, j'ai commencé à considérer chaque patiente comme un cas particulier qui a quelque chose de spécifique, ...à chaque admission j'exige que le médecin des urgences soit présent même s'il refuse de venir voir la patiente, et quand j'établis ma commande de matériel j'exige le tout et je ne pense pas à ce que l'administration a la capacité d'offrir... » ;

Tandis que, toutes les sages femmes âgées de **25 ans ou moins, ayant une ancienneté de moins de** cinq ans et exerçant au niveau des maisons d'accouchement ou les maternités locales, ont démontré un **désengagement professionnel** prouvé par la **réduction de la production** des prestations et l'**augmentation** du taux des **transferts** vers la maternité hospitalière régionale: « ...depuis ce jour, je ne prends en charge que celle qui viennent à dilatation complète, les autres je ne les laisse pas trainer ici, je les réfère à la maternité régionale... » ; « ...après ce décès, le taux d'accouchement qu'on réalisé a diminué de 1000 accouchements par rapport à l'année antérieure... »

Neuf sur 19 participantes ont prouvé un abandon de la **dimension relationnelle** du soin auprès des patientes et leurs familles : « ...je fais mes tâches comme il faut selon les moyens disponibles et je quitte, je n'écoute pas tout ce qui est en dehors de la pathologie, moins de contact, moins de souffrance.... » ;

Cinq sur 19 sages femmes ont développé un comportement **agressif** face aux patientes et leurs accompagnants: « ...j'ai changé, je ne me contrôle plus, je réagis mal avec les patientes et les accompagnants, s'elles exigent que je passe plus de temps à côté d'elle, ou s'ils demandent plus d'aide et d'empathie... »

Le besoin de plus de **temps** pour **recupérer** était soulevé par 13 participantes. Elles ont déclaré avoir dû s'absenter au minimum la garde qui a suivi: « ...je n'ai pas pu, j'ai déposé un certificat de maladie de 10 jours..., après j'ai demandé mon congé administratif » ; « ... pour un mois je n'ai pas pu entrer à la salle d'accouchement... » ; « ...je n'ai pas pu faire de garde pendant trois mois,... » ;

La majorité des sages femmes ont exprimé leur souhait **d'abandonner** la **profession** de sage femme s'elles trouvent une alternative: « ... si je trouve d'alternative, je ne vais plus exercer, je vais quitter la salle de naissance... » ; « ...vu ces problèmes et mon âge, je souhaite vraiment s'il y a un autre départ volontaire à la retraite pour m'en sauver ... » ;

III.1.3 Les stratégies d'ajustement aux vécus émotionnels

Devant les émotions prouvées, les sages femmes ont adopté différentes stratégies d'ajustement qui ont leurs permis d'améliorer leurs vécus et d'atténuer leur souffrance. **L'expression** du ressenti et le partage des expériences avec les collègues ou la famille étaient considéré indispensable chez 14 sur 19 sages femmes: « ...la bonne manière pour s'en libérer c'est de le raconter... » ; « ...on commence à parler du travail, quand le sentiment de sécurité s'installe, on peut se confier nos ressentis et nos souffrances... »

D'autres sages femmes ont eu recours à la **réflexion** sur leur souffrance et **l'autoformation** en développement personnel comme moyen pour comprendre leurs états et le surmonter (6/19): « ...j'ai essayé de penser à tout ce qui m'est arrivé, je voulais le comprendre, j'ai cherché sur internet et j'ai commencé à lire et voir des vidéos sur le développement personnel, la gestion de stress... » ;

La stratégie la plus courante entre les participantes à l'étude est **l'investissement** dans **d'autres activités** comme la réalisation du sport, les loisirs et les voyages (15/19): « ... je sortais avec mes copines, je voyageais avec ma famille, je me suis inscrite dans un club de sport, l'essentiel que je n'ai plus de temps pour y penser... » ;

Le recours aux **pratiques religieuses** comme la prière et la lecture du Coran était mis en contribution par toutes les sages femmes: « ...je fais beaucoup de prière et de lecture du Coran, c'est ce qui me soulage vraiment... » ;

Une autre stratégie qui était utilisée par sept sur 19 sages femmes est le **splitting**: « ...je ne peux pas ramener cette énergie négative à mon foyer, j'ai effacé tout ce qui s'est passé à la sortie de l'hôpital... » ;

La nécessité de recourir à la **vision rationnelle** de la situation était mentionnée par sept sur 19 sages femmes: « ...je ne peux pas corriger le monde, les familles sont ignorantes et viennent en retard, le

système n'a pas tous les moyens nécessaires, j'ai fait mon maximum pour aider les gens, je ne peux pas plus pour eux... »

L'altruisme à travers l'amélioration de la relation sage-femme/patiente et son humanisation est une stratégie qui a permis à trois sur 19 participantes de se ressourcer émotionnellement : *« ...je suis devenue plus gentille, car en s'approchant des patientes et en donnant de notre mieux, en voyant les nouveau-nés en bonne santé, ce qui nous permet de voir le bonheur sur les visages des familles et le vivre... »* ; *« ...c'est épuisant, c'est pourquoi il faut faire des sacrifices pour les mamans et leurs bébés, auprès desquels on va accomplir notre mission avec succès et les percevoir comme source d'énergie... »*.

Une sage femme a eu **l'idée de passer à l'acte suicidaire** : *« ...je ne peux plus, parfois je pense à aller suivre la défunte... »* ;

Deux sages femmes sur 19 ont **cassé la chaîne réactionnelle pathologique**, dont elles ont changé la fonction de sage femme clinicienne : *« ...j'ai décidé de ne plus exercer, quelques mois après le poste d'animatrice du programme de lutte contre le cancer du col et du sein et je l'ai eu... »*.

Quatre sages femmes sur 19 ont demandé **l'aide d'un psychiatre** et ont suivi des **traitements** antidépresseurs et ou anxiolytiques : *« ...j'avais besoin de quelqu'un qui me fait ressortir de ma tristesse, l'insomnie m'a épuisé et j'ai sentis que j'ai changé, que je ne suis plus moi-même... »* ;

III.1.4 Les mesures d'accompagnement

III.1.4.1 Par l'équipe de travail

Les coéquipiers de la sage femme interviennent souvent avec un soutien psychologique : *« ...le gynécologue m'a calmé en disant que ça peut arriver à n'importe qui, mes collègues m'ont pris à une autre salle et on m'a donné à boire... »* ; *« ...même si on travaille une par garde, les autres sages femmes m'appelaient chaque jour pour se rassurer de mon état... »* ;

Sept sur 19 sages femmes ont signalé bénéficier de remplacement de garde pour se reposer. 12/19 sages femmes ont profité de l'assistance technique de SF, infirmières ou médecin jusqu'à qu'elles ont regagné leur confiance en soi : *« ...j'ai été accompagné durant les gardes qui suivent par une collègue, après quand j'ai besoin de repos, deux autres collègues me remplaçaient... »* ; *« ...pendant un mois, le médecin vient m'a assisté à chaque fois je dois faire un accouchement... »*

III.1.4.2 Par les responsables hiérarchiques

Dans quatre cas, les responsables ont intervenu auprès du procureur pour **empêcher la détention** de la sage femme : *« ...le directeur de l'hôpital a appelé le procureur et a arrêté ma détention... »* ;

Toutes les sages femmes ont annoncé **qu'aucune démarche institutionnalisée** n'est adoptée pour les aider à surmonter le vécu de la mort maternelle y compris la formation continue: « *...on mène des supervisions sur les conditions de travail et les compétences, on observe l'augmentation de l'absentéisme, des changements de profil professionnel et de l'épuisement professionnel, mais on a jamais réalisé d'étude et on n'a pas de statistique, ni des actions pour y remédier...* ».

III.2 Résultats des entretiens menés avec les coéquipiers

III.2.1 Le vécu de la mort maternelle

Les collègues ayant témoigné le vécu de la mort maternelle illustrent que les vécus ne se ressemblent pas, mais la douleur, le choc, la peur de la responsabilité médico-légale, les manifestations dépressives et la culpabilité sont les ressentis les plus remarquables. Ils ont ajouté que la pénibilité du vécu reste subjective: « *...elle a pleuré toute la garde, elle n'a pas cru la mort de la patiente, et elle disait qu'à la fin de ma carrière j'irai à la prison...* » ; « *...20 jours des pleurs, de dépression, elle disait si j'ai accentué la surveillance j'aurai dû la sauver...* » ;

La notion d'éthique est aussi soulevée du fait que les populations ignorent tout ce qui s'est passé dans les prises en charge alors que la sage femme sache très bien que le décès était évitable : « *...on se pose la question quelle est la cause et est ce que c'était évitable ? Est ce que je suis criminelle et est ce qu'il faut me punir ? Est ce qu'il faut tout dire à la famille ? ...* » ;

Ils ont ajouté, que **les conditions de travail contribuent à rendre le vécu plus pénible** notamment quand la sage femme exerce toute seule ou face au manque de ressources humaines et la charge de travail augmentée: « *...l'expérience est plus dur quand la sage femme est seule, quand on a une multitude de choses à faire et on n'a pas prêté suffisamment de temps et d'attention...* » ;

De plus, ils ont annoncé que **l'inefficacité des soins et provoquent un sentiment d'échec** lors de la confrontation avec la mort : « *...c'est une profession d'empathie, de tact, on doit être proche de la population et c'est ce qui accentue notre sentiment d'échec quand on n'arrive pas à les soulager...* » ;

III.2.2 Les conséquences du vécu

Les conséquences énoncées par les interviewés montrent que le vécu de la mort maternelle peut avoir des effets néfastes sur la santé physique et mentale de la sage femme, ainsi sur la qualité de son travail comme la démotivation, l'agressivité et la diminution de la productivité: « *...elle venait au travail crispée, mal à l'aise, triste, elle travaillait le minimum et elle refusait de faire des accouchements...* » ; « *...depuis le décès maternel, son diabète s'est compliqué et elle a eu une perte de poids...* » ;

III.2.3 Les mesures d'accompagnement

L'équipe a souvent un sentiment d'empathie vis-à-vis du vécu de la sage femme, elle intervient par le **soutien psychologique et par les remplacements des gardes** afin de fournir plus de temps de repos à la sage femme, mais ça ne dépasse pas les premiers jours après le décès. Aussi, les interviewés ont déclaré qu'il n'existe pas de mesures pour l'accompagnement du personnel qui souffre psychologiquement.

III.3 Résultats des entretiens menés avec les responsables

III.3.1 Perception du risque psychosocial et du vécu de la mort maternelle

Tous les responsables ont des bonnes connaissances sur le risque professionnel notamment biologique et radioactif. Leurs connaissances liées au risque psychosocial au travail restent peu connues : « *...les autres risques sont évidents, mais le risque psychosocial c'est un nouveau concept qui n'est pas encore très bien connu...* » ; « *...c'est composé de deux entités : psychologique c'est-à-dire qu'il existe une souffrance interne et social c'est-à-dire qu'il est lié aux relations avec la population, c'est le stress...* »

Les responsables précisent que la **mort maternelle** est un événement **douloureux** et qui engendre de la souffrance interne à cause du sentiment d'échec ou d'impuissance et des souffrances des familles: « *...c'est douloureux de voir une jeune maman mourir en donnant naissance, c'est une souffrance interne du personnel vu qu'on n'a pas pu aider la personne, qu'on n'a pas pu remplir notre fonction de soigner...* » ;

Les responsables déclarent que le vécu de la mort maternelle est une entité **indissociable de la profession** sage femme et que cette dernière n'y est pas toujours responsable: « *... la sage femme est un être humain, elle a des limites notamment devant la mort, et cette dernière fait partie de leur travail...* » ; « *...pas forcément que les soins produits par la sage femme sont inefficaces, il y 'a d'autres déterminants qui peuvent intervenir, mais aussi parfois, la mort peut être le résultat d'une négligence ou d'une faute de la sage femme ...* » ;

Les responsables précisent que la perception de la **structure de soin et de la mort** par la population ont changé et que la société n'accepte plus la mort à l'hôpital: « *...avant les gens voient l'hôpital et son personnel comme un établissement autoritaire de l'état, une structure de "Makhzan", maintenant ils vous disent que tu es ici pour nous servir. Mais la vérité c'est que, en tant que structure de soin, on offre la prestation mais on ne garantit pas la guérison...* », « *...actuellement, les sages femmes exercent dans une conjoncture difficile. Avant, la population pense aux "Zayed" une création qui mange l'utérus de la femme et la tue, maintenant les gens n'acceptent plus cette culture car ils n'acceptent plus la mort, quand on confie la patiente à la sage femme on n'attend qu'un seul résultat, et la maman et le bébé sains et saufs...* » ;

Les responsables déclarent aussi que le vécu de la mort maternelle est un événement qui peut exposer la sage femme à la **violence** de la part de la famille notamment celle qui exerce toute seule dans une maison d'accouchement rurale: « *...on ne peut pas toujours sauver, et ça peut engendrer de l'harcèlement et l'agression de la sage femme surtout dans les maisons d'accouchements quand elle est seule...* » ;

III.3.2 Les procédures administratives menées après la survenue de la mort maternelle

Les responsables ont illustré que après chaque décès maternel, il faut faire la déclaration officielles du décès, établir le rapport de l'accident, le certificat de décès et mener l'audit confidentiel le plutôt possible: « *...il faut laisser ses émotions et continuer le travail, remplir la fiche de déclaration, établir le rapport, on mène une enquête sur le champ, on reconstruit l'histoire, on cherche la cause et non pas à mettre le chapeau à quelqu'un...* »;

III.3.3 Les mesures d'accompagnement mises en contribution pour soutenir la sage femme

Les responsables ont tous déclaré qu'il **n'existe pas de mesures d'accompagnement institutionnalisées** ainsi tout ce qui peut être fait auprès de la sage femme ou de l'équipe est informel : « *...pendant l'arrestation de la sage femme par les gendarmes, je l'ai accompagnée pendant l'établissement du PV et j'ai corrigé la procédure, il faut mettre plainte contre le ministère de la santé et non pas contre la personne de la sage femme...* », « *...généralement, on informe la famille nous même, on essaie d'éviter leur confrontation avec la sage femme, on présente le soutien* » ; « *...les formations sont inscrites dans le même sens que le plan nationale de la formation continue, toujours technique, au maximum on traite la communication, l'accueil, mais pas plus...* ».

IV. Discussion

- **Vécu traumatique et charge émotionnelle:**

Il ressort de la lecture des résultats de l'étude que la sage femme juge le vécu de la mort maternelle douloureux, caractérisé par une charge émotionnelle importante. Il peut en résulter une souffrance interne et parfois persistante dans le temps. Ceci est dû à la remémoration douloureuse du souvenir de la mort.

La **pénibilité de la douleur**, la charge émotionnelle du vécu et le temps nécessaire pour le surmonter, restent subjectifs d'une sage femme à l'autre. Des différents **facteurs** liés à la défunte et d'autres liés à la sage femme justifient cette subjectivité. Dans ce cadre, **l'âge de la défunte toujours jeune, l'orphelinat**, la **brutalité** de la mort, le deuil et le désarroi des familles provoquent plus de douleur, de tristesse, de sentiment d'injustice et de culpabilité. Ces résultats convergent avec les propos de Maubon, (2011) qui a mentionné que la difficulté du vécu de la mort chez les soignants est amplifiée par le jeune âge du patient et la brutalité du décès (Maubon, 2011). De surcroît, chaque cas de décès maternel est considéré comme une injustice et plus grave qu'un décès infantile ou d'un sujet âgé, car il met en danger la survie des enfants, mais aussi parce que la mort d'un adulte est considérée comme « une mauvaise mort » (DeBrouwere et al, 1997 ; Ladevèze & Levasseur, 2010).

Quant aux **facteurs liés à la sage femme**, son **âge**, son **ancienneté**, le **milieu d'exercice** et le **nombre des décès** qu'elle a vécus peuvent être considérés à la fois comme des facteurs avantageux et désavantageux. D'un côté, elles peuvent améliorer le vécu de la mort et la gestion des émotions par le biais des apprentissages tirées des anciennes expériences personnelles et professionnelles mais, sans durcissement des émotions. D'un autre côté, elles peuvent être cause de la fragilité et des déterminants qui augmentent la pénibilité du vécu. Dans ce sens, les sages femmes les plus jeunes et celles ayant vécu le décès maternel pour la première fois ou dans une maison d'accouchement solitairement, apparaissent souvent les plus vulnérables.

Aussi, son **statut de femme et son instinct maternel** la poussent à s'identifier à la patiente et à sa famille. Chose qui favorise le transfert du deuil et de la tristesse de la famille vers elle.

Egalement, la **perception** de la sage femme vis-à-vis de sa profession comme soignante dont sa mission consiste à aller au-delà de guérir, à « DONNER NAISSANCE ». Sa croyance qu'elle pourra maîtriser toute complication obstétricale et face aux attentes et l'espoir des accompagnants de la patiente, la confrontation avec la mort maternelle est vécue avec déni. La sage femme est choquée devant **son échec** et son **impuissance** à accomplir sa mission et à réaliser la joie aux familles. Chabrol, explique que le déni est un refus de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective. Il est temporaire et il représente une étape habituelle dans le deuil (Chabrol, 2005). Ceci, expliquerait que la sage femme par ce refus de son échec et son impuissance, entre dans un **processus de deuil**. Ce deuil face à la perte non pas d'une personne

chère comme le deuil des accompagnants de la défunte, mais face à la **perte de son idéal thérapeutique**, la perte de son pouvoir de donner naissance. Ceci rejoint l'article de Maubon, (2011) qui dénonce que les soignants vivent lors de la mort du patient un deuil qui est dû à la perte de leur pouvoir de guérison (Maubon, 2011).

L'excès ou le **défaut du déni et du deuil** atteignent la santé physique et mentale des personnes (Chabrol, 2005). Scientifiquement, l'augmentation des maladies cardiovasculaires dans ce cas, fait l'unanimité (Bacqué & Hanus, 2014). En effet, les sages femmes ont déclaré manifester un nombre important des symptômes somatiques liés à la douleur et d'autres psychologiques liés au traumatisme. Ce qui signifierait que celles qui n'ont pas intégré la réalité rapidement, ont refusé de faire leur deuil. Par conséquent, elles pourraient développer des pathologies liées au deuil. Mais, pour distinguer entre un deuil normal ou pathologique, il faut avoir recourt à un diagnostic différentiel des manifestations de deuil, des symptômes d'un état dépressif et d'un état de stress post-traumatique (Monday, 2002).

De plus, le **sentiment d'échec et d'impuissance** ont amené plusieurs sages femmes à mettre en question leurs connaissances et compétences, puis leur confiance en soi. Dans ce cas, la maternité pourrait se transformer, d'un milieu de travail qui naturellement doit aider à la construction et la valorisation de leur identité, en un milieu de destruction de leur personne.

Les perceptions et les croyances des sages femmes vis-à-vis de leur profession et de la mort maternelle sont acquises pendant leur formation de base. En effet, cette dernière est fondée sur une approche biotechnique qui valorise peu le volet relationnel (Temmar et al, 2006). Elle pourrait inculquer dans la sage femme des perceptions erronées et perfectionnistes qui formeraient un cadre de référence à partir duquel elles expliquent et voient les réalités de manière fictive.

La peur est un sentiment qui apparait dans nos résultats. Les sages femmes l'ont lié à la confrontation **de la mort** en elle-même, à leur projection sur leur propre mort, à la réflexion sur les questions de la mort et au sens de la vie, et à la découverte à quel point la mort est proche. Cette peur pourrait exprimer une angoisse qui succède l'effraction du moi devant le débordement des stratégies défensives face à un danger externe.

En fait, dans une étude qui était menée dans les unités de soins palliatifs en France, la connaissance de l'inéluctabilité de l'issue fatale et la répétition des décès, renvoient les soignants à leur propre mort, engendrent de la peur et créent une pression sourde et permanente chez eux (Michel Castra, 2004). La notion de proximité de la mort, a été révélée par Goldenberg, (1987) qui a décrit que les soignants ont un « syndrome de survivant » qui reflète leur extrême proximité de la mort, dont cette dernière, devient inséparable de leurs pensées et même de leurs corps. Ils développent de l'anxiété et essaient de pousser leur peur en réduisant leur capacité de penser et de ressentir. Néanmoins, ces démarches peuvent aller jusqu'à induire une grave crise d'identité.

De plus, la **peur peut être due à la responsabilité médicolégal**. Ce constat d'une part, est le résultat d'une inadéquation entre les lois réglementant la profession de sage femme, les objectifs

ambitieux des enseignements/apprentissages qu'elle a reçus et le rôle réel joué sur le terrain (Ministère de la santé & Enfermeras para El Mondo, 2012) ce que produisent le glissement des tâches avec d'autres catégories de professionnels (Infirmière, gynécologue, pédiatre...). D'autre part, le manque de connaissance des procédures administratives et juridiques conduit les familles au dépôt de plaintes contre la personne de la sage femme et non contre l'organisation où elle travaille. Cette situation augmente le risque de responsabilité médico-légale en cas de décès maternel et aggrave le sentiment d'insécurité.

La peur de la réaction et de la violence de la famille a été exprimée également, particulièrement pour celles exerçant solitairement dans les maisons d'accouchement rurales. Cette peur se transforme avec le temps en un sentiment d'insécurité permanent et crée de l'anxiété. Néanmoins, le climat de sécurité demeure une caractéristique typique à l'environnement favorable à la pratique des soignants et des patients (Conseil International des Infirmiers, 2007).

Bacqué, (2008) avance que l'annonce de la mort est considérée comme un sujet grave, un véritable choc pour la famille, face auquel on ne peut pas anticiper leur réaction. En effet, les responsables ont témoigné que, de plus en plus, le citoyen marocain change de perception face à l'établissement de soin et montre une forte exigence de ses droits. De surcroît, ses croyances vis-à-vis de la maternité et de l'accouchement ont changé aussi, passant de pensées traditionnelles aux illusions de la fiction scientifique. Lui aussi, comme l'homme occidental, est submergé par l'idée que la science pourra soigner la mort et la guérir. Ses attentes de l'hôpital et de la sage femme sont plus importantes que ce que le système peut lui présenter. Quand la sage femme sauve et guérit, elle est vue comme une déesse. Or, quand elle est confrontée à la mort maternelle, la société met ses compétences en cause et perd sa confiance en elle. Ceci, induit chez elle le sentiment de manque de reconnaissance de la communauté de son travail. De plus, cela pourrait être considéré comme un manque de volonté pour sauver la patiente ce qui expliquerait la violence face à l'établissement et aux sages femmes. Cette situation pourrait être accompagnée par un fort sentiment de culpabilité et même d'inutilité chez la sage femme, à cause des pressions accrues exercées sur elle. Particulièrement, si les notions d'inefficacité de soin et/ou de faute professionnelles étaient présentes à son esprit.

En milieu hospitalier, le vécu de la mort maternelle était avec **moins de sentiment de peur**. Les sages femmes ne se sentaient pas impliquer individuellement dans cet événement, mais elles font partie d'un collectif qui assume une responsabilité médico-légale partagée et qui est capable de se protéger contre la violence. Dans ce sens, Castra, (2004) évoque que l'équipe est un moyen de défense efficace, qui crée plus d'assurance lors de la confrontation à la mort de patient.

- **Les stratégies d'ajustement :**

Stratégies d'ajustement efficace : Les sages femmes ayant surmonté leur souffrance résultant du vécu de la mort maternelle, ont dû procéder à une **vision rationnelle des événements et au splitting**. Ces stratégies sont considérées efficaces, du fait qu'elles permettent l'acceptation et la construction d'une frontière virtuelle entre les deux vies : personnelle et professionnelle. Ceci, converge avec ce qui

est rapporté par Ladevèze & Levasseur, (2010) dans leur étude sur le médecin généraliste et la mort de ses patients. Ils assurent que, l'équilibre ne peut être préservé, sauf si on sépare le « travail » du « non-travail ». Cette gestion de deux univers séparés a été décrite aussi par Castra, (2004).

Les sages femmes ayant **changé de fonction** ont procédé aussi à une stratégie efficace qui permet la cassure de la chaîne réactionnelle pathologique et par conséquent, elles ont pu rompre le cycle vicieux qui engendre des émotions et des comportements liés à la situation stressante qui est le lieu de travail où la mort est survenue.

Aussi, parmi les stratégies d'ajustement ayant facilité l'adaptation des sages femmes, il y'a celles aussi représentées par le coping. Elles ont adopté une approche par résolution du problème qui consiste à la réflexion sur son état et l'autoformation en développement personnel. Egalement, elles se sont concentrées sur la recherche de soutien social auprès des amis et des familles ou carrément avoir recours à un professionnel spécialisé. Dans ce sens, les théories du soutien social évoquent l'utilité du « soutien » des amis et des proches qui aident à surmonter le stress quelle qu'en soit son intensité (Monday, 2002).

Les sages femmes ont exprimé avec unanimité leur recours aux pratiques religieuses pour apaiser leur souffrance. Pendant la période de deuil, les musulmans s'appuient sur le Coran qui donne des directives très précises afin de composer avec la douleur et consoler les personnes touchées (Arshad, Horsfall & Yasin, 2004)

En effet, dans l'Islam, la mort est un destin qui touche chacun. Elle est une partie intégrante de la vie. Elle représente le passage de l'âme d'une vie terrestre à une vie éternelle dans l'au-delà. La facilitation de ce passage et la bonne récompense dans l'autre vie, sont conditionnée par la pratique de la religion et le respect des commandements de Dieu dans la vie terrestre (Huguette, 1996). La mort maternelle, rappelle la sage femme de sa propre mort et par conséquent de son passage entre les deux vies. Son recours aux prières et à la lecture du Coran constitue un essai de racheter ses mauvaises actions et par la suite garantir un passage agréable et le paradis éternel. Les pratiques religieuses pourraient alors assurer une paix interne et générer de la sérénité.

Stratégies d'ajustement moins efficaces : Afin de préserver son intégrité, la sage femme peut recourir à **l'évitement**. La focalisation sur les tâches techniques, l'absentéisme, l'agressivité et la distanciation dans la relation de soin sont les comportements manifestés après le vécu et qui prouvent ce constat. Ce propos rejoint Castra, (2004), qui corrobore que les soignants qui adoptent l'évitement comme stratégie auto-protectrice. Ils deviennent indifférents, ils utilisent la polarisation sur les soins techniques et s'absentent plus.

En effet, le vécu pénible de la mort causé par l'investissement affectif fort auprès des patientes conduit la sage femme à la distanciation dans la relation de soin avec les autres patientes. Ceci, dévoilerait que l'équilibre psychologique de cette soignante a été mis en danger, mais il faut préciser aussi, que se renfermer dans la technicité et éviter la relation, déshumanisent le soin (Chahraoui et al, 2010).

En fait, l'association chez un individu de symptômes somatiques comme la fatigue, la migraine avec un comportement d'évitement comme la distanciation relationnelle et une perte de contrôle comme l'anxiété, signifie qu'elle souffre d'un stress post-traumatique (Monday, 2002). Les résultats de notre étude ont soulevé ces symptômes mais il reste à évaluer l'association entre le vécu de la mort maternelle et le développement du stress post-traumatique.

La **désocialisation de son entourage** constitue un repli sur soi. Elle exprime à côté de l'abandon des rôles sociaux un symptôme dépressif. Cette situation s'elle est prolongée dans le temps, elle affecte la qualité de vie personnelle et rend le climat familial triste et tendu. La littérature confirme que l'association entre une charge émotionnelle au travail, des pressions importantes et des problèmes personnels peuvent être source d'épuisement professionnel (Goldenberg, 1987).

La seule sage femme qui a eu des idées de **passer à l'acte suicidaire** était connue par sa compétence dans son milieu de travail et social. Elle vivait le décès maternel pour la première fois. Elle a eu un choc fort de son échec et du manque de reconnaissance de la communauté qu'elle a desservie pendant plus de 30 ans. En effet, le suicide est l'un des risques majeurs de la dépression. Les travaux réalisés sur ce sujet prouvent que, plus des deux tiers des personnes suicidées ont déjà indiqué à leurs proches qu'elles pensent à la mort. L'entourage banalise souvent l'idée car il perçoit la cause peu importante. Or, la personne dépressive ne juge pas la situation de la même façon. Pour cela, il faut prendre en compte la gravité de la souffrance induite par le problème et non pas la gravité du problème (Plazzolo, 2006).

En résumé, le vécu de la mort maternelle par la sage femme est une expérience douloureuse et désorganisatrice. Il en résulte de la souffrance interne parfois persistante dans le temps. La singularité de chaque histoire, le lieu d'exercice de la sage femme, son parcours professionnel, sont les déterminants du degré de la souffrance et de la pénibilité des vécus. L'enjeu ici est les stratégies d'ajustement et comment chacune pourra faire avec son impuissance, son échec, sa diminution et son angoisse devant la mort.

- **Le vécu socioprofessionnel de la mort maternelle et l'insatisfaction au travail**

Selon **les conditions** dans lesquelles la prise en charge de la patiente était réalisée, elle peut avoir des répercussions sur le vécu de la sage femme.

La qualité des soins obstétricaux demeure une priorité pour lutter contre la mortalité maternelle (Dujardin, Mine, & Debrouwere, 2014). Les résultats stipulent que les **conditions de travail** dans les maternités sont marquées par un manque de ressources humaines qui influence l'organisation des équipes, augmente la charge de travail et diminue le temps alloué aux patientes. Ceci pourraient réduire la qualité de la prestation et supprimer les espaces de temps pendant lequel, les professionnels peuvent parler de la mort et externaliser rapidement leurs ressentis (Maubon, 2011).

La survenue du décès maternel dans un tel contexte pourrait accentuer le sentiment de pression, de stress chez la sage femme. Les théories du stress intense expliquent que si la personne subit un deuil,

le stress qui en résulte est compté pour 60 points. Mais, s'il s'associe à d'autres pressions de la vie, il engendre un stress majeur pour lesquels le nombre de points s'il dépasse 300 en l'espace de 12 à 18 mois, il risque de provoquer la maladie (Monday, 2002).

En effet, le vécu du décès maternel associé aux mauvaises conditions de travail et la pression qu'ils engendrent n'a pas influencé négativement sur toutes les sages femmes. Celles ayant une ancienneté supérieure à cinq ans et travaillant dans les maternités hospitalières ont montré que ce vécu a un effet mobilisateur. Elles cherchaient plus la perfection de leur compétence technique et réfléchissaient sur leur statut. Néanmoins, avec la charge émotionnelle existante et l'environnement défavorable au travail, cet effet mobilisateur pourrait ne pas durer longtemps et elles restent exposées au risque de l'épuisement professionnel.

La confirmation du diagnostic du décès maternel, son annonce et l'accompagnement des familles endeuillées, ce sont des activités qu'il faut mener après chaque mort à la maternité. Néanmoins, les sages femmes ont souligné leur difficulté à gérer ces situations. Ceci est dû aussi à l'absence de réflexion et de formation sur cet aspect du travail. En effet, Ladevèze & Levasseur, (2010) soulèvent que l'attitude du médecin face au mourant a un rôle de modèle pour les proches. La littérature montre aussi qu'il n'existe pas de démarche précise préétablie pour annoncer la mort du patient, mais des principes simples à suivre, comme la préparation d'un lieu, l'installation de la personne, la progressivité dans l'information et la facilitation du contact entre lui et ses proches (Bacqué, 2008). De plus, travailler à proximité de la mort, nécessite la maîtrise d'un savoir faire et de compétences relationnelles particulières (Castra, 2004).

Parallèlement, parfois même au sein d'une équipe, la sage femme pourrait faire un vécu solitaire. Elles bénéficient occasionnellement ou de durée courte du soutien de leurs pairs. De même, elle peut être culpabilisée ou manquer de reconnaissance de ses compétences par le médecin. Dans ce sens, Temmar et al, (2006) précisent que la sage femme au Maroc demeure n'est pas reconnue comme partenaire qualifiée dans les soins maternels par ses pairs. Cette situation est due à la perte de son identité professionnelle et la confusion de son rôle avec celui de plusieurs professionnels (Kerouac et al, 2005). Chahraoui et al, (2010) montre que le soutien social prodigué par l'équipe est déterminant pour chaque soignant et ceux qui n'en ont pas bénéficié peuvent avoir des difficultés lors du vécu de la mort. Ce soutien permet d'établir une atmosphère sécurisante.

Le vécu avec l'administration souvent limité dans la demande d'achèvement du travail administratif relatif au décès maternel. L'audit confidentiel mené ne remplit pas toujours sa mission avec neutralité mais, il était parfois vécu avec culpabilisation et jugement. En opposition à ce que devrait être l'audit confidentiel au Maroc : « *l'étude des décès maternels dans les établissements de soin mais faite de manière systématique et confidentielle* ». Ses buts sont de déterminer les causes directes et/ou indirectes qui ont conduit aux décès maternels, d'identifier les circonstances de survenue de ces décès et de fournir un diagnostic des problèmes au niveau national et énoncer les mesures qui auraient permis de les éviter sans incriminer le personnel (Ministère de la santé, 2009).

La sage femme peut considérer la culpabilisation des responsables comme une incrimination, ainsi comme un manque de reconnaissance de sa souffrance et de son travail. En effet, les entretiens menés avec les responsables ont confirmé que ces derniers sont moins informés sur le risque psychosocial au travail que sur les autres risques. De même, bien qu'ils avouent la difficulté du vécu de la mort maternelle, ils le perçoivent comme routinier à l'hôpital où il n'existe pas de place aux émotions.

L'absence de mesures d'accompagnement institutionnalisées reflète un manque de reconnaissance par la hiérarchie de la souffrance de la sage femme du vécu de la mort maternelle. Cette situation peut amplifier son déni et l'empêcher d'exprimer les ressentis relatifs au vécu. En effet, Dubois & Dussault, (2003) illustrent que rares sont les interventions qui prennent en considération les ressources humaines au-delà de leur productivité, et intègrent des mesures pour améliorer leurs conditions de travail et leur bien-être.

En résumé, les mauvaises conditions de travail, le manque d'accompagnement par l'équipe et la hiérarchie, la dévalorisation de la sage femme, le manque de reconnaissance de sa souffrance ainsi de son travail par l'équipe, par les responsable et par la société se sont des éléments qui aboutissent à l'insatisfaction au travail. S'ils sont associés au vécu de la mort, Ils induisent l'intention d'abandon de carrière.

- **Les limites de l'étude**

Bien que cette étude constitue un apport supplémentaire à la recherche du fait que le concept à l'étude est d'actualité, mais elle a des limites :

- ✓ L'absence de littérature sur le vécu de la mort maternelle par la sage femme à l'échelon national et international, nous a poussés à nous baser sur des écrits relatifs à la confrontation avec la mort chez d'autres profils de soignants (infirmiers et médecins);
- ✓ Etant donné que l'étude est qualitative et porte sur un concept psychosocial et nous avons utilisé des entretiens semi-directifs pour la collecte de donnée, le risque de subjectivité des interviewées pourrait influencer les résultats;
- ✓ le temps alloué à la collecte des données demeure une limite importante à la diversification des méthodes de recueil des données ainsi pour impliquer les accompagnants des défrites comme population cible et examiner leur vécu de la mort maternelle en milieu hospitalier et particulièrement avec la sage femme.

V. Recommandations

Afin d'améliorer le vécu de la mort maternelle par la sage femme, un certain nombre de recommandation ont été sollicitées par les interviewés et d'autres sont tirées de la littérature.

- ✓ Mettre en place un système de débriefing psychologique permettra un meilleur accompagnement de la sage femme ;
- ✓ Afin de mieux comprendre le soin et de professionnaliser la prise en charge de la mort maternelle dans tous ses aspects, la sage femme doit être capable de trouver la « bonne distance» dans ses relations avec la mort et les familles endeuillées. En fait, Chauvenet et al (1994) cité par Castra, (2004) illustrent que, comme pour de nombreux métiers relationnels où la subjectivité des protagonistes peut être sollicitée, la bonne distance devient une compétence essentielle de travail. De ce fait, la formation des sages femmes sur les aspects socioculturels de la mort, sur la relation de soin, sur les mécanismes de défense ainsi que sur la gestion des émotions et du stress demeure indispensable ;
- ✓ L'amélioration de la communication dans l'équipe et la sensibilisation des sages femmes sur l'importance de sa solidarité permet de lutter contre la souffrance vécue à cause de la mort maternelle. Dans ce sens, la multiplication des réunions et des discussions de groupes est recommandée. Ceci permettra de réfléchir sur les émotions et les mécanismes de défense mises en place individuellement et par le collectif ;
- ✓ Mettre en place un protocole pour l'annonce de la mort et l'accompagnement des familles endeuillées ;
- ✓ La réflexion et l'adoption d'un modèle de soin efficace dans la préservation des sages femmes au travail et le maintien de leur engagement, paraît essentiel. En effet, le modèle Français de soins palliatifs est jugé très efficace, il est fondé sur la valorisation du travail en équipe et l'interdisciplinarité (Castra, 2004). L'adoption d'un tel modèle doit subir des adaptations au contexte de travail des maternités au Maroc ;
- ✓ Le renforcement des maternités en ressources humaines requises permet à la sage femme d'agir en amont de manière préventive et de disposer de plus de temps pour prodiguer des prestations de qualité ;
- ✓ La valorisation de la sage femme et la reconnaissance de sa souffrance et de son travail par son entourage socioprofessionnel semble important pour l'aider à éviter que le vécu soit plus traumatique, améliore la qualité de sa vie au travail et par conséquent la qualité de son travail. Dans ce sens l'adoption des nouveaux styles de management des ressources humaines, permettra l'augmentation de la motivation et de l'engagement des sages femmes ;

- ✓ Chaque cas de violence est inadmissible, l'institution doit lutter contre la violence en milieu de soin à travers la sensibilisation des sages femmes sur les aspects de la violence, la détection des personnes prédisposées d'être violent et leur gestion. Aussi, améliorer l'assistance juridique du personnel et l'aider à agir en justice et poursuivre les responsables de cette violence ;
- ✓ L'implantation du nouveau système de surveillance des décès maternels et néonataux constitue un nouveau besoin en matière de formation continu et de sensibilisation des sages femmes. Aussi, il est préconisé que les auditeurs profitent d'une formation en domaine d'éthique des audits et de la communication ;
- ✓ Présenter le soutien et l'assistance technique aux sages femmes ayant des poursuites judiciaires ;
- ✓ Mise en place d'une réglementation de la profession de sage femme adaptée et un référentiel des emplois et des compétences afin d'éclaircir ses devoir ;
- ✓ Pour la recherche, plusieurs pistes peuvent être explorées telle que, l'évaluation de l'épuisement professionnel chez les sages femmes ayant vécu la mort maternelle, le rôle des unités de médecine de travail dans la prévention du risque psychosocial au travail de la sage femme, l'impact du vécu de la mort maternelle sur l'identité professionnelle de la sage femme et une étude sur l'association de risque entre le vécu de la mort maternelle et le développement de stress post-traumatique.

Conclusion

Cette étude malgré ses limites a permis de mettre en évidence une facette du travail de la sage femme qui est souvent négligée. En effet, la confrontation de la mort maternelle paraît une expérience douloureuse comme toute confrontation à la mort. Sa particularité réside dans le fait que les décès concernent toujours des sujets jeunes et souvent en bonne santé. Le vécu au niveau hospitalier est différent qu'à la maison d'accouchement.

Devant sa souffrance interne et le traumatisme produits par la menace de la mort, la sage femme n'a que deux stratégies à suivre : soit la fuite vers une autre fonction où elles fuient de leurs pensées et souvenirs, soit d'affronter le vécu par l'attaque défensive et coping qui ne sont pas toujours efficaces et peut aboutir à des effets néfastes sur le plan individuel et socioprofessionnel. Les réactions de la société, des pairs et de l'administration sont considérées comme un manque de reconnaissance qui accentue le traumatisme et l'insatisfaction au travail.

De ce fait, le bien être de la sage femme et sa motivation dans le milieu de travail est une condition essentielle pour la fidélisation de cette professionnelle, pour la production de prestations de qualité et par conséquent la réduction de la mortalité maternelle. Ceci, ne peut être assuré qu'à travers la disponibilité des moyens et des ressources humaines, l'amélioration des relations au sein des équipes de travail ainsi qu'avec l'administration. Ce dernier propos, peut être assuré par l'amélioration de la communication entre l'équipe à travers les groupes de discussions, la multiplication des réunions, la formation continue sur les aspects psychosociaux de la mort, la défense psychologique, la gestion du stress. Aussi, par la disponibilité d'une réglementation adaptée à son contexte et ses conditions de travail.

Références bibliographiques

- Association Nationale des sages Femmes Marocaines. (2013). Règlement de la fonction de sage femme au Maroc. Retrieved from www.ansfm.org/reglementation.php. consulté le 12/05/2014;
- Bacqué Marie-Frédérique. (2008). L'annonce de la mort. *Etudes Sur La Mort*, 2(134), 99–104. <http://doi.org/10.3917/eslm.134.0099>;
- Bacqué Marie Frédérique, & Hanus Michel. (2014). « Les pathologies du deuil », Le deuil. *Presses Universitaires de France*, 52 – 62;
- Benedetta Barabino, Marcos Malavia, & Jean-Philippe Assal. (2007). Quand le vécu personnel s'élabore et devient œuvre d'art « devenir le metteur en scène de sa propre histoire : un accompagnement à la découverte du vécu individuel grâce à un processus théâtral ». *Journal of Medicine and the Person*, 5(2), 64–71;
- C.-A Dubois Dussault, G. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. 1(1): 1. *Human Resources for Health*, 1(1).;
- Canoui, P; Camus ,F; Moffarts, C. (2009). Accompagner les émotions et le deuil des soignant confrontés à la mort d'enfants en oncologie pédiatrique. 4ème Congrès francophone en soins palliatifs pédiatriques de Montréal: de la souffrance de l'enfant à la souffrance des autres...1-2-3 Octobre;
- Caron-Leulliez Marianne, & George Jocelyne. (2004). *L'accouchement sans douleur: histoire d'une révolution oubliée*. Editions de l'Atelier. Retrieved from http://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=o9FGDwZPUFUC&oi=fnd&pg=PA7&dq=l%27accouchement+de+la+mortalit%C3%A9+maternelle+%C3%A0+l%27accouchement+sans+douleur&ots=A7Ej0IMc7w&sig=RAKcf6nJZz-T8S4j_WohOPoSFPo#v=onepage&q=l%27accouchement%20de%20la%20mortalit%C3%A9%20maternelle%20%C3%A0%20l%27accouchement%20sans%20douleur&f=false;
- Carton M, Hackett J-L, Lavra P, Nikles B, Pourchez L, Sauvegrain P, ... Zerbo R. (n.d.). *L'art des matrones revésité: Naissances contemporaines en question* (Faustroll Descartes);
- Céline Revallec, Grégory Brasseur, Antoine Bondéelle, & Déphine Vaudoux. (2009). personnel soignant en milieu hospitalier: Des performances sous perfusion. *Travail & Sécurité*, 25–39;
- Chabrol Henri. (2005). Les mécanismes de defense. *Recherche En Soins Infirmiers*, 3(82), 31–42. <http://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>;
- Comité National des Experts sur l'Audit Confidentiel des Décès Maternels et Néonataux. (2010). *Rapport National de l'Audit Confidentiel des décès maternels et neonatals* (No. 1). Maroc: Ministère de la santé;
- Confédération Internationale des Sages Femmes, Fonds des nations unies pour l'Enfance, & Organisation mondiale de la Santé. (1987). *La santé maternelle et la sage femme : perspective mondiale*. Retrieved from Bibliothèque OMS 1988. (Geneve);

- Conseil International des Infirmiers. (2007). *Journée internationale de l'infirmier 2006: Effectifs suffisants = vies sauvées. Dossier d'information et d'action*;
- Conseil International des Infirmiers. (2008). *Appel à l'Action*. Retrieved from <http://www.ppecampaign.org/fr/content/appel-l-action>;
- Dahir n° 1-59-367 du 21 chaabane 1379 (19 Février 1960) portant réglementation de l'exercice des professions de médecin, de pharmacien, de chirurgien dentiste et de sage femme. (n.d.);
- DeBrouwere, V; Tonglet, R & VanLerberghe W. (1997). La «Maternité sans Risque» dans les pays en développement: les leçons de l'histoire. *Studies in Health Services Organisation & Policy*;
- De Wailly-Galembert, D; Vernier, D; & Rossigneux-Delage, P. (2012). Lorsque la naissance et la mort coïncident dans la maternité, quel vécu pour les sages femmes? Réflexion pour l'élaboration des pratiques, *24(2)*. <http://doi.org/10.3917/dev.122.0117>;
- Doctoresse Légey. (1926). *Essai de Folklore Marocain: croyances et traditions populaires* (du Sirocco 2009). Sirocco;
- Doron, F. (2003). *Dictionnaire de la psychologie humaine*. ENSP;
- Dujardin, B; Mine, F & debrouwere, V. (2014). *Améliorer la santé maternelle: un guide pour l'action systémique* (l'Harmattan);
- Ellen J Amster. (2013). *Review of Ellen J. Amster, Medicine and the Saints, Science, Islam and the colonial encounter in Morocco* (p. 1877–1956). Austin: University of Texas Press;
- FEMHealth. (2014). Evaluation de l'impact de la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne au Maroc. Nouveaux outils, nouvelles connaissances. Retrieved from http://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/Low_res/PAC00109_Pamoja_FemHealth_French_LO.pdf
- Filali, H & Temmar, F. (2003). *Etude qualitative sur les conditions d'exercice des sages femmes, Régions de Marrakech tansift Haouz et province d'Azilal*. MAROC;
- FNUAP. (2006). *Mortalité maternelle :Grossesse, accouchement et plus - Investir dans les sages-femmes et autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme*;
- FNUAP. (2009). *Rapport d'analyse situationnel de la sage femme et maïeuticien*;
- FNUAP. (2011). *La Pratique De Sage-femme : chapitre Maroc*. Retrieved from http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/country_info/profile/fr_Maroc_SoWMy_Profile.pdf;
- Freud, S. (1917). *Deuil et mélancolie* (PUF 1998, Vol. Œuvres complètes). Paris;
- Goldenberg, E. (1987). Prés du mourant des soignants en souffrance..., *Tome 36*, 483–495;
- Goldenberg, E & Theven, D. (nd). Enquête sur le deuil chez les soignants. Ministère des Affaires Sociales. France;
- Gonthier, S, Ducher, M, & Fauvel, J-P. (2005). Comment évaluer le stress? Conception d'un questionnaire par analyse lexicométrique destiné à évaluer le stress chez les sages-femmes;

Retrieved from <http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/met/e-docs/00/04/0E/6E/article.phtml>];

- Huguet Giard. (1996). Le repos Saint -François d'assise. Source est de Sekkat Rafik, porte-parole musulman. Retrieved from http://www.rsfa.ca/tradition_musulmane2.html#top;
- Jacqueline Des Forts. (1998). Accouchement traditionnel et mortalité maternelle: vécu et représentation. Tentative d'approche de la situation algérienne. *Insaniyat*, (4), 35–46;
- Kerouac Susan, Temmar Fatima, & Vissandjee Balkis. (2005). *Strengthening Midwifery Practices in Morocco: A gender perspectives*. (Vol. 1);
- Ladevèze M, & Levasseur G. (2010). Le médecin généraliste et la mort de ses patients, *41*(1), 65–72. <http://doi.org/10.3917/pos.411.0065>;
- Lavoie- Tremblay, M. (2007). l'arrivée des nouvelle diplômées : une brise dans la tourmente. Centre ferasi. Mc GILL. Retrieved from http://www.oiiq.org/evenements/evenements_formation/LavoieTremblay.pdf;
- Lorraine Savoie-Zajc. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Association Pour La Recherche Qualitative*, (5), 99–111;
- Mafart, B.Y. (1994). *Approche de la mortalité maternelle au moyen âge en Provence. Dossiers de documentation*. (17) p: 207–219. C.N.R.S Paris;
- Magalie Delahaye. (2001). L'ACCOMPAGNEMENT À LA MORT AUTOUR DE LA NAISSANCE, *1*(119), 47–61. <http://doi.org/10.3917/eslm.119.0047>;
- Marie-France Morel. (n.d.). Histoire de la naissance en France (xv ii et-xx eme siècle). *Adsp N° 61/62 Décembre 2007 – Mars 2008, 61/62 décembre 2007 - Mars 2008*. Retrieved from www.hcsp.fr/explore.cgi/ad612228.pdf;
- Maubon Marielle. (2011). Deui des Soignants: une Souffrance à penser. Fondation Oeuvre de la Croix Saint-Simon. Retrieved from <http://www.croix-saint-simon.org>;
- Michel Castra. (2004). faire face à la mort: réguler la “ bonne distance” soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Travail et Emploi*, *97*, 53–64;
- Ministère de la santé. (2009). Guide des modalités pratiques de la mise en place d'un système de surveillance des décès maternels.
- Ministère de la santé. (2012). Plan stratégique de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012-2016. Maroc. Retrieved from www.unicef.org/morocco/french/PA-MMN_Fr.pdf
- Ministère de la santé & Enfermeras para El Mondo. Guide de tutorat pour le suivi des stages des étudiantes sages femmes des IFCS du royaume du Maroc. (2012);
- Monday Jacques. (2002). Le deuil compréhension et approches. *Le Médecin Du Québec*, *37*(1), p: 95 – 103;

- Niewiadomski, C & De Villers, G. (2002). *Souci et soin de soi, Liens et frontières entre histoire de vie, psychothérapie et psychanalyse*. L'Harmattan: L'Harmattan;
- O'Gorman, S. (1998). Death and dying in contemporary society: an evaluation of current attitudes and the rituals associated with death and dying and their of relevance to recent understandings of health and healing. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), p: 1127–1135;
- Organisation Internationale du Travail. (2005). Retrieved from http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/press-and-media-centre/press-releases/WCMS_075373/lang--fr/index.htm;
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Mortalité maternelle* (Aide mémoire No. N°348). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>;
- Palazzolo, J. (2006). *Aidez vos proches à surmonter la dépression*. HACHETTE LIVRE. ISBN: 2-01-23-7113-2;
- Pronoste A-M. (2007). Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins support pour les patients en hématologie et en oncologie. La Hardiesse. Retrieved from http://www.graspho.org/?-Souffrance-des-soignants-&id_article=74;
- Pruat, A., & Jaffré, Y. (1993). « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Santé*, 11(2), 63–80. <http://doi.org/10.3406/sosan.1993.1265>;
- Rivaleau Charle. (2003). Exercice professionnel: Le travail de nuit. Retrieved from <http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-75.pdf>;
- Soarez Martine. (2011). La Souffrance du Soignant autour de la Mort en E.H.P.A.D, p: 1–5;
- Temmar Fatima, Vissandje Bilkis, Marie Hatem, Alisha Apale, & Devorah Kobluk. (2006). Midwives in Morocco: Seeking Recognition as Skilled Partners in Women-Centred Maternity Care. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 83–90;
- Thomas L-V. (1988). *La mort. Que sais-je* (Presses Universitaires de France);
- UNICEF. (2009). la situation des enfants dans le monde: santé maternelle et néonatale;
- United States Agency for International Development. (n.d.). *The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: an issues paper*. Washington, DC, United States Agency for International Development. Washington;
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases, and Related Health Problems: Tenth revision vol 1*, World Health Organization Geneva.

Annexes

Annexe 1:

Guide d'entretien destiné aux sages femmes

Cet outil a été utilisé pour des entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes ayant déjà été confrontées à l'expérience du décès maternel.

On s'est concentré essentiellement sur leurs sentiments et comportements durant la période allant du moment où la sage-femme découvre que le pouls de la patiente disparaît, jusqu'aux suites immédiates de l'annonce, où la sage-femme doit gérer ses propres émotions. Puis les effets de ce vécu sur le plan individuel et socioprofessionnel et les mesures d'accompagnement dont elles ont bénéficié. De plus, j'ai posé des questions pour explorer les perceptions personnelles de la mort et de la mort maternelle, du rôle de la formation de base et la formation continue pour la préparation à tel vécu et des circonstances professionnelles où le décès maternel est arrivé.

N° d'entretien :

I/ Caractéristiques de l'interviewée :

Question n°1 : Quel est votre âge ?

Question n°2 : Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme ?

Question n°3 : quel est votre profil : sage femme, infirmière accoucheuse ou infirmière faisant fonction de sage femme ?

Question n°4 : Combien de fois avez-vous été confrontée au décès maternel ?

II/ Circonstances de la survenue du décès maternel :

Question n°1 : Lorsque j'évoque la « mort maternelle », quels sont les termes, les mots ou les images qui vous viennent à l'esprit?

Question n°2 : Comment voyez-vous le rôle de votre formation de base dans votre préparation à la vie professionnelle et la confrontation du décès maternel ?

Question n°3 : les décès que vous avez vécus, sont-ils arrivés dans une maternité hospitalière ou une maison d'accouchement ?

Question n° 4 : dans quelles circonstances professionnelles cela s'est-il passé?

Question n° 5 : Pensez-vous que votre propre perception de la mort influence votre comportement face à la mort maternelle ? comment ?

III/ Vécu du décès maternel :

Question n° 1 : quant vous découvrez que le pouls de la patiente n'est plus perçu et son décès est confirmé, quels sont tes ressentis et tes comportements?

Question n° 2: combien de temps, votre état résultant du vécu du décès maternel a-t-il duré?

Question n° 3 : qui a annoncé le décès à la famille de la défunte? Quelle est la réaction de la famille après l'annonce du décès de la maman ?

IV/ les conséquences du vécu du DM :

Question n° 1 : le vécu de cette expérience a-t-il eu des effets sur votre personne?

Question n° 2: le vécu de cette expérience a-t-il eu des effets sur votre vie familiale ?

Question n° 3: le vécu de cette expérience a-t-il eu des effets sur votre vie professionnelle ?

Question n°4 : votre prise en charge, vos comportements et votre façon d'agir ont ils connu des modifications au fur et à mesure de votre expérience professionnelle et personnelle ?
Comment ?

VI/ les mesures qui ont aidé à surmonter le vécu du DM :

Question n° 1: après la survenue de tel incident, comment avez-vous opté pour surmonter cette expérience ?

Question n° 2: comment vos collègues vous ont-ils aidé pendant cette expérience ?

Question n° 3: quelles sont les mesures mises en place par vos responsables hiérarchiques pour vous aider à mieux faire face à l'expérience ?

Question n°4 : Avez-vous déjà participé à une ou plusieurs formation(s) continues en rapport avec la confrontation au décès maternel, la gestion des émotions au cours des situations de crise? La gestion du stress ? La relation d'aide et de soin relationnel?

Annexe 2:

Guide d'entretien destiné aux gynéco-obstétriciens et co-équipiers de la sage femme lors du DM

1. Dans quel état trouvez-vous la sage femme lors de la survenue d'un décès maternel ?
2. Quelle est l'attitude de l'équipe et de l'administration pour assister la sage femme ?
3. Avez-vous l'occasion d'aborder ces aspects lors de réunions de travail, de staffs, de séminaires etc? entre médecins? Avec les sages femmes? Avec les équipes toutes entières?

Annexe 3:

Guide d'entretien destiné aux responsables

1. Quelle est votre perception vis-à-vis du risque psychologique au travail ?
2. Quelles sont les mesures recommandées par la réglementation pour faire face au risque psychologique au travail?
3. Pouvez-vous décrire Mr, les procédures adoptées par votre administration pour prendre en charge le personnel qui a subit une détresse psychologique à cause de la confrontation à la mort de patients?

Annexe 4:
Questionnaire préalable pour l'identification de la cible principale

Questionnaire destiné aux sages femmes

Dans le cadre de la réalisation d'une enquête pilote sur le vécu de l'expérience du décès maternel par la sage femme à la région de Gharb Chrarda Bni Hsein, l'accès à la population à l'étude nous à exiger de distribuer ce questionnaire qui permettra l'établissement d'une base de données composées des noms et des contacts des sages femmes concernées à partir de laquelle nous pourrions choisir l'échantillon qui participera à l'étude (à cette 2^{ème} étape, l'anonymat sera respectée).

Nom et prénom de la sage femme :
Lieu de travail :
N° de téléphone :
Adresse Email :
Facebook :

Avez-vous déjà vécu l'expérience du décès maternel au cours de votre vie professionnelle?

Oui Non

Si OUI, s'il vous plaît répondre aux questions suivantes :

- Votre âge lors du vécu du décès maternels a été? :

Inférieur à 35 ans supérieur ou égale à 35 ans

Ou bien?

[21 ans- 30 ans] [31 ans- 41ans] sup à 41 ans

- Votre ancienneté lors du vécu du décès maternel a été?

Inferieure ou égale à 5ans supérieure à 5ans

- Le décès maternel vécu est survenu dans une maternité hospitalière ou bien dans une maison d'accouchement?

Maternité Maison d'accouchement

Mme LAMYA ALLAM

Ex enseignante à l'ex IFCS de Kenitra

Étudiante en master en développement

Merci de votre coopération

Annexe 5:
Lettre du consentement libre et éclairé

Mme Allam Lamya
Master en Développement, Santé Internationale
Université senghor – Alexandrie

A Mme/Mlle/Mr.....

Dans le cadre de mon Master en développement spécialité santé Internationale, je réalise un travail de recherche sur : « la sage femme face à la mort maternelle : vécu, conséquences et mesures d'accompagnement à la région de Gharb Chrarda Beni Hsein».

Ce travail s'appuie sur des entretiens avec les sages femmes, leurs coéquipiers et les responsables dans la région sanitaire. Dans le cadre de la méthodologie adoptée vous avez été retenu pour faire partie des interviewés, mais votre autodétermination est préservée.

Je vous joins donc très prochainement afin de fixer avec vous une date et un lieu qui vous conviennent afin de vous rencontrer. La durée prévisible de cet entretien est environ de 45 minutes. Votre autodétermination est respectée. Les données recueillies seront rendues anonymes lors de l'analyse et de la présentation des résultats. Si vous le souhaitez, vous serez bien informé par les résultats de ce travail.

En espérant une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, en l'expression de mes sentiments distingués.

Signée : Lamya Allam

Kenitra le :

Annexe 6:
description du déroulement de la collecte des données

Les objectifs	Les Activités à réaliser	Timing : du 12 Mai au 03 Aout 2014											
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Acquérir les informations nécessaires sur les structures d'accouchement et leurs ressources humaines notamment en SF dans la région	-autorisation : contact avec les délégués de santé des trois provinces sanitaires et des responsables des maternités.												
	-contacte des animatrices de PSGA												
	Test des guides d'entretiens												
Distribution d'un questionnaire préliminaire afin d'identifier la liste diversifiée des SF à impliquer à l'étude	des visites des structures d'accouchement, des contacts des SF durant une formation organisée par la direction régionale, des contacts par téléphone.												
Recueil des données nécessaires pour l'étude	Réalisation des entretiens avec les sages femmes, les équipes de garde,												
	Visite des unités de médecine de travail et réalisation des entretiens avec les médecins de travail												
	Réalisation des entretiens avec les responsables												
	Transcription des entretiens												

Glossaire des termes

Accompagnement : correspond à « une attitude et à une relation qui essaie d'aider la personne malade et ses proches dans ce qu'ils sont en train de vivre ». C'est une forme de soutien. Accompagner et soutenir consistent à apporter de l'aide, du réconfort, mais aussi empêcher quelqu'un de faiblir devant une situation difficile. Nous devons aider les proches à ne pas faiblir devant la fin de vie.

Altruisme : un mécanisme de défense, consiste à une réponse aux conflits et aux stressés internes ou externes, «par le dévouement aux besoins des autres. Le sujet reçoit des gratifications soit directement par la réponse des autres, soit indirectement soit par la satisfaction apportée par l'approbation du surmoi.

Audit confidentiel : l'étude des décès maternels dans les établissements de soin mais faite de manière systématique et confidentielle». Ses buts sont de déterminer les causes directes et/ou indirectes qui ont conduit aux décès maternels, d'identifier les circonstances de survenue de ces décès et de fournir un diagnostic des problèmes au niveau national et énoncer les mesures qui auraient permis de les éviter

Burn-out / Epuisement professionnel : syndrome pour décrire l'état final des soignants qui seraient complètement anéantis par son travail. Les canadiens le traduisent par l'usure. L'idée est que le soignant est usé jusqu'à la trame. Véritablement consommé par son travail. C'est l'équivalent d'une dépression nerveuse associée à des symptômes somatiques qui trouve sa source dans le stress au travail et alimenté par les problèmes personnels.

Déni : est une réponse aux conflits et aux stress «en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres ». Le déni est l'exclusion active et inconsciente de certaines informations hors de l'attention focale. L'entourage et le soignant peuvent avoir l'impression que le sujet sait et ne sait pas à la fois.

Développement personnel : ensemble des techniques qui visent à la transformation de soi: soit pour se défaire de certains aspects pathologiques (phobie, anxiété, déprime, timidité), soit pour améliorer ses performances

Deuil post-traumatique : la perte d'un proche (pas nécessairement un être cher, mais une personne réellement ou symboliquement investie, même pendant un temps très court), dans une situation où l'individu vit lui-même une menace mortelle ou dans le cas d'un drame, d'une catastrophe, d'un accident, d'une perte collective (caractéristiques exogènes de violence et de brutalité de la mort). La mort ou la menace de mort s'ajoutent ici à la perte et entraînent un double travail: travail de deuil du ou des proches perdus, intégration du traumatisme et dépassement des symptômes post-traumatiques.

Identification projective : L'identification projective est un «mécanisme par lequel, comme au cours de la projection, le sujet répond aux conflits émotionnels et aux stress internes ou externes en attribuant à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables. Cependant, à la différence de la projection simple, le sujet ne désavoue pas entièrement ce qui est projeté. Il reste au contraire conscient de ses affects ou impulsions mais il les ressent comme des réactions légitimes aux attitudes de l'autre personne. Il n'est pas rare que le sujet induise chez l'autre les sentiments même qu'il lui avait faussement attribué, rendant difficile de clarifier qui a fait quoi à qui le premier».

Perception : c'est le fait de percevoir par les sens et par l'esprit (avoir une vision claire de la situation), dans le domaine de la psychologie c'est une représentation consciente à partir des sensations. Aussi la

perception représente tout ce qui se fait en nous de telle sorte que nous la percevons immédiatement par nous même. De même, cette notion désigne l'ensemble des procédures qui nous permettent de prendre connaissance du monde environnant et de construire nos propres représentations de ce monde, c'est-à-dire que non seulement entendre, voir,... mais aussi sentir, est la même chose que penser.

Projection : La projection attribue «à tort à un autre ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables ». Elle permet d'expulser de soi et de percevoir dans un autre ce que le sujet refuse de reconnaître en lui-même. Plus généralement, la projection peut concerner tout ce que notre esprit ressent comme douloureux ou déplaisant.

Reconnaissance de travail : Cette forme de reconnaissance vise à valoriser l'effort déployé par la sage femme ou l'équipe, avec atteinte ou non des résultats escomptés. Plusieurs pratiques peuvent traduire cette forme de reconnaissance à savoir; a) la mise en valeur des compétences de chacun; b) l'encouragement lors d'échecs; c) le soutien à la progression; d) le remerciement public ou individuel pour l'effort quotidien fourni par le personnel ou bien e) les Cérémonies : 25 ans de service ou le départ à la retraite.

Splitting : Ce concept a été développé par Ronald Fairbairn dans sa théorie des relations d'objet. C'est un mécanisme de défense utilisé par de nombreuses personnes. Il commence comme l'incapacité de combiner les aspects épanouissants d'un objet (le bon objet) et ses aspects qui ne répondent pas (l'objet insatisfaisant). Il voit le bien et le mal comme séparés.

Stratégie de coping : mot traduit en français par stratégies d'adaptation ou processus de maîtrise, sont des opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisit délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe. Ces stratégies peuvent être adaptatives ou mal adaptatives.

Stress post traumatique : survient quand la conscience du sujet est exposée à un événement traumatique aigu le menaçant de mort ou de blessure grave ou de menace pour l'intégrité physique et psychique. Le traumatisme psychique lors d'événements graves dépend du degré d'implication de la personne et de l'imprévisibilité de la situation. Le stress post-traumatique fait suite à un événement effroyable : guerres, attentats, catastrophes naturelles, agressions, accidents graves. Il peut survenir lors d'un harcèlement psychologique intense au travail ou à la maison.