

Accompagnement Psychologique des Meres Victimes de Deces Perinatal par le Personerl Soignant: Cas du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Yamoussoukro

Dr. Sylla Moustapha,

Dr. Droh Antoine,

Institut National de la Jeunesse et des Sports

Dr. Coulibaly Zoumana,

Université Peleforo Gon Coulibaly Korhogo

[Doi: 10.19044/esipreprint.2.2023.p38](https://doi.org/10.19044/esipreprint.2.2023.p38)

Approved: 04 February 2023

Posted: 8 February 2023

Copyright 2023 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

Sylla M., Droh A. & Coulibaby Z. (2023). *Accompagnement Psychologique des Meres Victimes de Deces Perinatal par le Personerl Soignant: Cas du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Yamoussoukro*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.2.2023.p38>

Résumé

La perte d'un bébé pendant la période périnatale entraîne un vrai processus de deuil pour les mères puisqu'elles établissent un lien d'attachement avec leur bébé avant la naissance. Si les proches et le milieu social des endeuillées sous-estiment ce type de deuil particulier et son impact potentiel, cela ne devrait pas être le cas du personnel soignant. Et pourtant, dans les maternités africaines, il y a très peu d'accompagnement psychologique des mères victimes de décès périnatal. Le deuil périnatal mérite d'être analysé dans toute sa complexité. L'objectif de cette étude est de montrer l'importance de l'accompagnement psychologique des mères victimes de décès périnatal dans la prévention des répercussions négatives sur la santé psychique des mères.

Des données quantitatives et qualitatives sont recueillies sur un échantillon de 55 mères sélectionnées grâce à une stratégie d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné.

Les données quantitatives sont traitées avec le logiciel SPSS 20. Le traitement du texte ainsi que les tableaux et les graphiques ont été réalisés avec les logiciels Word 2016 et Excel 2016.

Les résultats indiquent d'une part, que l'accompagnement psychologique fait par le personnel soignant réduit les effets néfastes du deuil périnatal chez les mères et d'autre part, la nécessité de la mise en place d'un protocole d'accompagnement des couples dans les structures sanitaires.

Mots-clés : Décès périnatal, deuil, mères, soutien psychologique.

Psychological Support for Mothers Victims of Perinatal Death by Careful Staff : Case of the Regional Hospital Center (RHC) of Yamoussoukro

Dr. Sylla Moustapha,

Dr. Droh Antoine,

Institut National de la Jeunesse et des Sports

Dr. Coulibaly Zoumana,

Université Peleforo Gon Coulibaly Korhogo

Abstract

Losing a baby during the perinatal period is a real grieving process for mothers as they bond with their baby before birth. While loved ones and the social environment of the bereaved underestimate this particular type of bereavement and its potential impact, this should not be the case with caregivers. And yet, in African maternity hospitals, there is very little psychological support for mothers who are victims of perinatal death. Perinatal bereavement deserves to be analyzed in all its complexity. The objective of this study is to show the importance of psychological support for mothers who are victims of perinatal death in preventing negative repercussions on the mental health of mothers.

Quantitative and qualitative data are collected on a sample of 55 mothers selected using a non-probability, reasoned choice sampling strategy.

The quantitative data is processed with the SPSS 20 software. The word processing as well as the tables and graphics were carried out with the Word 2016 and Excel 2016 software.

The results indicate, on the one hand, that the psychological support provided by the nursing staff reduces the harmful effects of perinatal bereavement on mothers and, on the other hand, the need for the establishment of a support protocol for couples. in health structures.

Keywords: Perinatal death, bereavement, mothers, psychological support.

Introduction

La consultation prénatale vise à confirmer la grossesse, à rassurer la femme enceinte sur l'évolution de sa grossesse, à prévenir d'éventuelles complications en vue de mettre au monde un bébé vivant. Cependant, il arrive souvent que ce processus aboutisse au décès de l'enfant et transforme la maternité en un lieu mortuaire. Toutefois, ces décès n'ont jamais laissé la communauté des vivants indifférente. En effet, de toutes les morts, celle d'un tout petit « innocent », est la plus singulière (Le Grand-Sébile, 2012). Elle soulève ainsi une révolte, qui se traduit par une certaine acrimonie à l'égard des structures sanitaires. Elle engendre également un fatalisme, un « écrasement » des émotions face à la réalité.

Cette situation qui survient pendant la 22^e semaine d'aménorrhée (OMS, 1977) et le 7^e jour de vie inclus (OMS 2006), comprend la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce. Elle touche près de cinq millions (5.000.000) d'enfants dans le monde (Liu, 2016) et constitue un véritable problème de santé publique malgré les progrès de la médecine et de l'obstétrique. Il s'agit d'un drame inacceptable et révoltant de contre-nature que vit quotidiennement les parents et le personnel soignant.

Les mères peuvent avoir besoin de se poser des questions, de parler, ou de se replier sur elles-mêmes pour sentir ce qui se passe dans leur corps, de se réfugier dans leurs émotions qui les rapprochent de leur bébé (Goulet et Lang, 1996). On voit donc apparaître, chez ces dernières, des doutes concernant leur identité féminine, leur capacité à procréer un enfant sain (De Broca, 2010). Ceci entraîne ainsi de nombreuses conséquences physiques, psychologiques et sociales telles que : la Perte de l'estime de soi, les tentatives de suicide, la dévalorisation, l'isolement, la perte de la libido, la consommation excessive d'alcool ou de stupéfiants (Romano et al, 2011).

Dans ces conditions, l'accompagnement psychologique des mères peut permettre d'atténuer ces effets, de la confrontation à la mort et d'aborder les questions existentielles et de résonances propres à chaque individu. Cet accompagnement doit nécessairement prendre en compte le fait qu'une nouvelle grossesse peut réveiller les angoisses liées à l'issue dramatique possible et ainsi devenir source de souffrance plutôt que de libération (Hausnaire-Niquet, 2001).

La mission de l'équipe soignante étant de soulager la souffrance d'autrui, l'accompagnement qu'elle apporte à la mère influe sur le vécu des parents et sur le processus de deuil. (Métrailler, 2006).

Au Canada, le décès périnatal touche environ 11000 familles chaque année. Cela a amené le gouvernement Canadien à se doter en 2008 d'une politique de périnatalité qui énonce plusieurs recommandations en matière de sensibilisation accrue au deuil périnatal et de soutien à l'égard des familles

(verdon et al., 2008). Une assistance permanente est mise en œuvre pour aider les mères en deuil. Cette assistance consiste : à respecter le mort-né, à lui accorder tous les droits d'un enfant, à respecter la douleur des parents et leur droit à être parent et enfin, être à leur écoute et disponible pour eux (Dumoulin et Valat, 1997).

En Afrique, chaque année 1,6 million de nouveau-nés meurent. Un million de bébés pendant leur premier mois de vie et environ cinq cent mille (500 000 mille) pendant le premier jour de vie (OMS, 2005) soit une mortalité de 41,8 pour 1000 (Chalumeau, 2006).

La cause de ces décès est parfois rejetée sur la mère ou attribuée à des considérations de nature mystique (La sorcellerie, le non respect de la tradition ou de l'interdit etc. Il n'y a pas d'accompagnement psychologique des mères victimes de décès périnatal (Douti, 2020). L'on assiste à une véritable « conspiration du silence » (Rousseau, 2001). La mère est isolée et évitée des soignants, le retour à la maison précipité, la rencontre avec l'enfant impensable et les rituels funéraires escamotés. Les soignants pensent ainsi protéger les parents d'une grande souffrance (Dumoulin et Valat, 2001).

En Côte d'Ivoire, il est dénombré six cent soixante un mille (661000) naissances vivantes par an avec 15% de décès périnataux (OMS, 2015). Ainsi, pour réduire ou éviter la mortalité périnatale, le gouvernement avec l'aide de partenaires a mis en place une politique basée sur la gratuité ciblée qui prend en compte les soins des femmes enceintes et les enfants de 0-5 ans, la sensibilisation de la population par le personnel de santé sur la bonne pratique des soins dans les structures sanitaires et surtout dans les maternités. Ce taux élevé nous met en présence d'une mortalité périnatale qui nous emmène à nous interroger sur la manière dont le personnel soignant accompagne les mères victimes de décès périnatal sur le continent Africain. En d'autres termes, existe-t-il une stratégie d'accompagnement psychologique ? Comment les mères victimes de décès périnatal réagissent-elles face à l'absence d'accompagnement psychologique ?

L'objectif de cette étude est de montrer l'importance de l'accompagnement psychologique des mères victimes de décès périnatal dans la prévention des répercussions négatives sur la santé psychique des mères. Elle s'appuie sur la théorie du soin humain «caring» de Jean Watson (1985, 1988). Cette théorie existentielle-phénoménologique nous a permis une meilleure compréhension du phénomène de deuil périnatal.

L'hypothèse générale selon laquelle l'accompagnement psychologique des mères victimes de décès périnatal contribue à l'amélioration des effets négatifs du deuil a guidé notre recherche.

I- Matériel et Méthodes

1.1- Choix de l'approche

Pour répondre à la question de recherche posée, nous allons emprunter une approche méthodologique mixte (qualitative et quantitative). Il « s'agit de l'utilisation de différentes approches, méthodes ou technique dans la même étude » hussey et hussey (1997). Cette approche complémentaire permet de dépasser les oppositions épistémologiques afin de construire un savoir scientifique. A travers cette démarche nous souhaitons examiner le vécu et les réalités des femmes qui ont été confrontées au deuil périnatal ainsi que les pratiques du personnel soignant en matière d'accompagnement psychologique de ces mères.

1.2- Terrain d'étude, population et échantillonnage

Le terrain d'étude est la ville de Yamoussoukro. Cette ville est la capitale politique de le Côte d'Ivoire depuis 1983 et chef-lieu du district depuis le 21 janvier 2002. Elle a une population d'estimée 362 000 habitants (RGPH, 2014) et se situe à 248 kilomètres au nord d'Abidjan.

L'étude a été menée à la maternité du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Yamoussoukro. C'est la principale structure sanitaire publique de la Région du Bélier (Yamoussoukro). Ce centre est à la fois le premier et le second niveau de référence de la Commune, en dehors de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et des Centres de Santé Urbains (CSU).

La population visée est constituée du personnel soignant exerçant à la maternité du CHR de Yamoussoukro ainsi que des mères ayant vécues une perte périnatale (entre la 20^è semaines de grossesses et le 7^è jours de naissance). Les interruptions médicales de grossesse (IMG) ne sont pas incluses.

Cela nous permettra d'analyser deux situations afin de mieux cerner l'adéquation entre les besoins des mères et les réponses apportées par le personnel.

L'échantillon est constitué de 55mères ayant été victimes de décès périnatal.

La méthode d'échantillonnage du choix raisonné est utilisée pour sélectionner les participantes. En effet, sans recherche d'exhaustivité ni de représentativité, la sélection des participants répond principalement aux critères de diversité, être âgée de 18ans ou plus, avoir vécu une perte périnatale entre la 20^è semaines de grossesses et le 7^è jours de naissance, avoir vécu cette perte entre six mois et cinq ans précédent la collecte de données et demeurer dans la ville de Yamoussoukro au moment de la perte)

1.3- Les outils de recueil des données

Le recueil des données privilégie la méthode mixte :

- Un questionnaire élaboré à partir du dossier médical et adressé aux mères victimes de décès périnataux au sein de la maternité du CHR. Ce questionnaire porte sur les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents médicaux, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.
- Un entretien avec les mères pour compléter les données du questionnaire et avoir des informations sur le suivi de la grossesse, le séjour en de soins (les décès périnataux), l'annonce du décès et le vécu émotionnel, ainsi que les pratiques de soutiens psychologiques obtenues.

Pour nous assurer de l'applicabilité de nos instruments et identifier à temps les difficultés éventuelles inhérentes à leur utilisation, une pré-enquête a été effectuée auprès de cinq (05) femmes victimes de décès périnatal de la maternité de l'hôpital général de Toumodi. Nous avons veillé à ce que les mères soumises aux pré-enquêtes aient les mêmes caractéristiques que la population de notre étude. La compréhension des questions ne posant pas problèmes, aucune modification n'a donc été apportée.

1.4- Méthodes de traitement des données

Selon Grawitz (2004) « Dépouiller c'est classer, ranger dans des catégories ou types les données issues de l'investigation du terrain ». Ainsi, une fois les données collectées, nous avons eu recours à un dépouillement électronique. A cet effet, les données quantitatives obtenues à partir du questionnaire ont été codifiées puis traitées avec le logiciel SPSS 20 qui a généré des tableaux statistiques analysés sur la base des hypothèses de travail. Des tests du Chi-deux ont été essentiellement effectués pour déterminer la présence de liaisons entre les variables des hypothèses. Le traitement de l'entretien ainsi que les tableaux et les graphiques ont été réalisés avec les logiciels Word 2016 et Excel 2016.

2- Résultats

Les résultats de l'analyse concernent l'impact d'une part, l'accompagnement psychologique des professionnels de santé pour annoncer le décès d'un nouveau-né et le langage utilisé par ceux-ci et d'autre part, le bien-être des mères.

2.1- Caractéristique socio-démographique des mères endeuillées

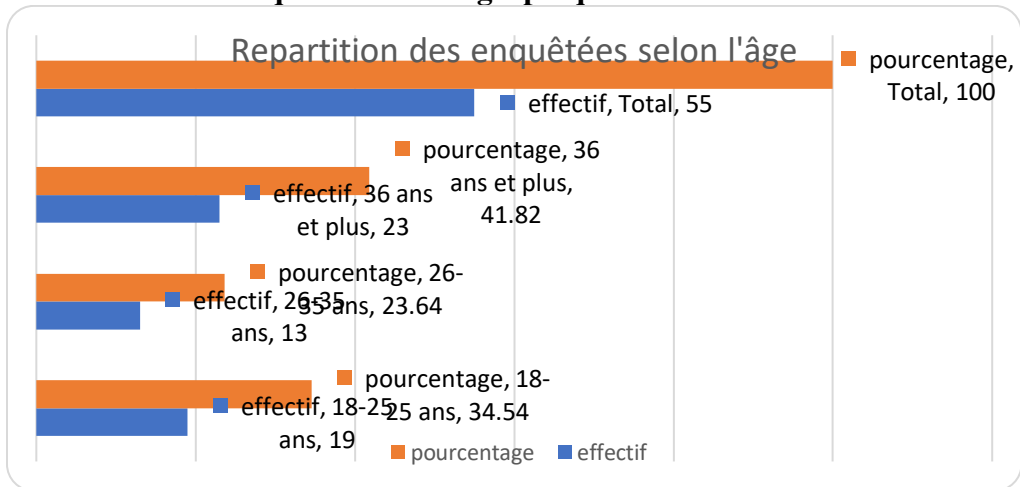


Figure 1. Répartition des enquêtées selon les âges

Source : Données de l'étude (2021)

Cette figure montre que sur 55 enquêtées, la tranche d'âge de 18 à 25 ans est de 34,54%. Celle de 26-35 ans est de 23,64%. La tranche d'âge de 36 ans et plus représente 41,82% des répondantes. Cette dernière tranche d'âge pourrait représenter un facteur de risque du décès périnatal.

2.2- Relation entre l'accompagnement psychologique fait par le personnel soignant et le bien-être des mères

Accompagnement psychologique des mères victimes de décès périnatal	Deuil périnatal des mères					Total
	Senti ment d'irréalité	Sensibilité et irritabilité exacerbées	Sentiment d'impuissance	Culpabilité	Pas de problèmes	
Oui	3	3	1	2	8	17
Non	12	6	6	9	5	38
Tot al	15	9	7	11	13	55
	42				13	

Tableau I- Comparaison des mères selon le soutien psychologique reçu

Source : données de l'étude (2021).

La valeur du Khi carré calculé ($X^2 \text{ cal}$) = 7.478

La valeur du Khi carré théorique ($X^2 \text{ th}$) = 3,841

Significativité S à $p \leq .05$; 1 ddl.

L'analyse statistique des données révèle une différence significative du « ($X^2 \text{ calculé}$) = 7.478 » comparé au « ($X^2 \text{ théorique}$) = 3,841 » lu dans la table des valeurs théoriques, au seuil de probabilité $p \leq .05$. En effet, le X^2

calculé est supérieur au X^2 théorique. Ce résultat indique que les mères qui bénéficient d'un soutien psychologique après un décès périnatal vivent mieux leur deuil que celles qui ne bénéficient pas de soutien psychologique. Autrement dit, notre hypothèse 1 est confirmée à savoir que l'accompagnement psychologique fait par le personnel soignant réduit les effets néfastes du deuil périnatal chez les mères.

L'analyse des entretiens menés auprès des femmes ayant perdu un bébé pendant la période périnatale révèle une absence totale de soutien.

Entretien 13 : « « La sage-femme était inquiète, agitée ;... lorsque le décès de mon bébé a été confirmé, je me suis senti responsable parce qu'aucune sage-femme n'est venue vers moi pour me consoler ». On m'a pris la température et j'avais de la fièvre. » (Entretien E28)

Entretien 27 : « la sage-femme m'a dit que je pouvais faire un autre enfant. Mais pour moi un enfant ne remplace pas un autre ».

Entretien 44 : « la sage-femme a dit à mon mari que nous devrions rentrer à la maison parce que je me portais bien et c'était l'essentiel ».

2.3- Effets du langage et du vocabulaire utilisés par les professionnels de santé pour annoncer le décès d'un nouveau-né sur le deuil périnatal des mères

Tableau II- Comparaison des mères selon le langage et le vocabulaire utilisés

Source : données de l'étude (2021)

Langage et vocabulaire	Deuil périnatal des mères					Total
	Sentiment d'irréalité	Sensibilité et irritabilité exacerbées	Sentiment d'impuissance	Culpabilité	Pas de problèmes	
Adaptés	3	3	2	3	10	21
Non adaptés	9	7	5	6	7	34
Total	12	10	7	9	17	55
	38					

La valeur du Khi carré calculé (X^2 cal) = 4.442

La valeur du Khi carré théorique (X^2 th) = 3,841

Significativité S à $p \leq .05$; 1 ddl.

L'analyse statistique des données établit une différence significative entre les mères qui estiment que le langage et le vocabulaire des professionnels de la santé ne sont pas adaptés moment de l'annonce du décès et celles qui affirment que le langage et le vocabulaire du personnel soignant sont adaptés. En effet, le X^2 calculé est supérieur au X^2 théorique au seuil de

probabilité ($P \leq .05$). Notre hypothèse 2 est donc confirmée à savoir que lorsque le langage et le vocabulaire utilisés par les professionnels de santé pour annoncer le décès d'un nouveau-né sont adaptés, cela réduit les effets néfastes du deuil périnatal chez les mères.

Il ressort de l'analyse des entretiens que lors de l'annonce du décès, les mots utilisés, sont très importants pour les patientes. Chaque mot est retenu et peut être imprimé dans leur mémoire. Ces verbatims évoquent les nombreuses difficultés rencontrées par les femmes qui pèsent sur leur vécu.

Entretien 2 : « Il n'est pas venu pour rester ! On me l'a annoncé ainsi comme si c'était quelque chose de normal ».

Entretien 53 : « je suis restée deux jours sans nouvelles de mon enfant. Quand nous avons commencé à nous plaindre, on nous a dit que le médecin viendrait nous expliquer. Il n'était pas très humain, froid. Juste 30 secondes pour me dire que la grossesse est tombée ».

Entretien 28 : « la sage-femme n'arrivait pas à entendre les battements du cœur du bébé avec son appareil. Sans rien me dire, chose n'allait pas quand le personnel a paniqué elles s'appelaient entre elles. Puis, la sage-femme m'a dit de ne pas m'inquiéter et d'attendre le médecin »

Au total, les résultats de cette étude ont révélé qu'à travers leur expérience de deuil pénible et déroutante, les mères avaient développé un ensemble de symptômes. Cependant, celles qui ont reçu du soutien psychologique de la part des soignants ont réussi à composer avec cette expérience de perte précoce. L'analyse des données a également permis de mettre en relief que l'expérience du soutien psychologique semble être une expérience favorable lorsqu'elle se caractérise par la reconnaissance de la souffrance parentale, leurs accès à de l'information juste et un encouragement à prendre une période de convalescence, de manière à permettre aux mères de donner un sens à leur perte.

Entretien 6 : « la sage-femme m'a donné son contact en précisant que je pouvais l'appeler à tout moment et que je pouvais revenir à tout moment en dehors des rendez-vous si ça ne va pas. Cela a été réconfortant pour moi ».

3- Discussion

Les résultats de notre étude trouvent une explication avec la théorie du soin humain de Watson (1999). Pour cet auteur, la relation de *caring* transpersonnelle caractérise un type particulier de connexion entre le soignant et le soigné, laquelle s'appuie sur des valeurs humanistes. Selon Watson, le but de cette relation vise la protection, l'amélioration et la préservation de la dignité humaine, l'intégralité et l'harmonie de la personne soignée (Watson, 2005). Allant au-delà de l'évaluation objective, ce type de relation décrit comment le soignant démontre un intérêt pour la

compréhension subjective et profonde de la signification donnée par la personne en regard de son état de santé (Watson, 2006). L'unicité du soignant et de la personne soignée de même que la mutualité s'avèrent donc, fondamentales à cette relation expliquent Watson (1988).

Selon Watson (2001, 2006), le soignant et la personne soignée s'unissent dans la recherche mutuelle de signification afin de transcender la souffrance et d'accéder à une plus grande harmonie.

Il ressort de notre étude que la tranche d'âge comprise entre 18 et 25 ans (36%) et celle comprise entre 36 ans et plus (40%) sont plus exposées aux décès périnataux. En effet concernant la première tranche d'âge elle constitue généralement des primigestes inexpérimentées souvent soumise à une grossesse non désirée. Quant à la tranche d'âge de 36 et plus, elle constitue des multipares qui bien qu'elles soient expérimentées représente un groupe à risque du fait de leur âge. Ces résultats sont concordant avec ceux de Zeitlin et al (1998) qui disent que les extrêmes d'âges de moins de 20 ans et plus de 36 ans sont plus exposées au risque de décès périnatal.

L'étude montre également que l'annonce du décès périnatal se faisait sans préparation psychologique et de façon brusque. C'est à dire sans aucun soutien psychologique. Nos résultats rejoignent ceux de Djiba (2017) qui déplore le comportement des soignants lors de l'annonce d'une mort périnatale. En outre, l'étude montre l'insatisfaction des femmes au moment de l'annonce et un manque d'écoute de la part du personnel soignant. Elles dénoncent une banalisation de leur situation à travers le langage et le vocabulaire utilisés pour faire l'annonce. Nos résultats concordent avec ceux de Gratadour (2017) qui revient sur le manque d'écoute du personnel soignant lors des décès périnataux dans son étude sur l'accompagnement des mères endeuillées.

Nos résultats corroborent ceux de Métrailler al-Sayegh, (2006) qui stipule qu'un accompagnement professionnel est un outil de prévention des troubles mentaux et des conflits conjugaux). Les mères qui ont reçu du soutien de la part de du personnel soignant vivent mieux leur deuil. D'ailleurs, les travaux de Caron & Guay, (2005) ; Hurdle, (2001) rapportent que le soutien psychosocial constitue un facteur protecteur contre la dépression périnatale. Pour Webster, Nicholas, Velacott, Cridland, & Fawcett, (2011), l'accès à la maternité est reconnu comme étant une période de grande vulnérabilité psychologique au cours de laquelle le manque de soutien social peut avoir des répercussions importantes sur le niveau de détresse maternelle. La littérature existante met donc en avant le rôle clé du soutien social sur la survenue d'une dépression périnatale

Bien que cette étude apporte des connaissances sur le phénomène du deuil périnatal, elle comporte néanmoins des limites qui ne peuvent pas être

ignorées. Celles-ci se rapportent à la taille restreinte de l'échantillon des mères. Ainsi, la question de la généralisation des résultats obtenus se pose. En conséquence, les résultats ne sont pas représentatifs de la réalité vécue par l'ensemble des mères. Une autre des limites présente est la difficulté à obtenir des témoignages auprès de certaines mères victimes de décès périnatal à cause de la sensibilité du sujet. En effet, interroger les mères endeuillées peut réactiver le traumatisme du décès et créer des inhibitions pour se protéger, ce qui pourrait affecter les résultats.

Malgré ces limites, l'étude permet plusieurs axes d'amélioration. D'abord, il s'agit de la réduction de la « non-compliance » à travers un travail sur la communication et la compréhension.

Ensuite, concernant l'accompagnement psychique de ces décès périnataux, il serait nécessaire de proposer de manière systématique, au sein des centres de santé, un entretien avec un psychologue ou un autre professionnel de la santé mentale. Enfin, l'annonce du décès périnatal n'est pas protocolisée, ce qui entraîne des pratiques diverses selon la sensibilité du soignant.

Conclusion

La mort périnatale est un drame inacceptable que vivent certaines mères ainsi que le personnel soignant qui doit y faire face. Les impacts négatifs du deuil peuvent entraîner des conséquences sur la vie de la mère, du couple et même de la société.

Il ressort des résultats obtenus, que l'annonce du décès est majoritairement mal vécue par les mères. En effet, elles expriment leur insatisfaction quant à l'accompagnement qui leur a été apporté. Il transparaît aussi chez elles, un fort sentiment de solitude.

Il est important pour les soignants de se souvenir que, face à l'incompréhension de leur entourage et à la pression sociale, les mères qui perdent un bébé ont besoin d'un accompagnement psychologique pour combler la difficulté du regard de la société et retrouver un mieux-être.

La mise en place d'une consultation psychologique systématique pour ces mères et/ou couples serait une belle avancée dans la prise en compte de leurs besoins et préoccupations dans une épreuve si douloureuse.

Références:

1. Caron Jean et Stéphane Guay. Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. Santé mentale au Québec 30.2 (2005): 15-41.
2. De Broca, Alain. (2010). Deuils et endeuillés (ed. 4). Paris, France : Masson.

3. De Pontfarcy, Charlotte De Farcy (2013). Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes : la fausse couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal ? étude qualitative du 20 septembre au 9 octobre 2012. *Gynecology and obstetrics*, dumas-00866130
4. Djiba, Aissatou. L'expérience d'un deuil périnatal chez les femmes vivant dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. 2014. Thèse de doctorat. Université du Québec à Chicoutimi.
5. Douti, Pack. (2020). « Si tu ne pousses pas, tu vas tuer ton enfant ! » Sages-femmes et mères face aux morts périnatales au Togo. *Sante Publique*, (S1), 93-104.
6. Dumoulin, Maryse et Valat (2001). Anne-Sylvie. Morts en maternité : devenir des corps, deuil des familles. *Études sur la mort*, no 1, p. 77-99.
7. Gratadour Louise (2017). Accompagnement du deuil périnatal en Seine-Saint-Denis : le point de vue des femmes de l'audit RÉMI. *Gynécologie et obstétrique*, dumas-01591319f
8. Grawitz Madeleine (2004). *Méthodes des sciences sociales*. Paris, Dalloz,
9. Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UN IGME), (2020). *A Neglected Tragedy :The global fardeau of mortinaissances*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York,
10. Haussaire-Niquet, Chantal. (2001). L'enfant interrompu : la mort au creux du ventre. *Etudes sur la mort*, (1), 155-162.
11. Hurdle, Donna (2001). Soutien social : un facteur essentiel de la santé des femmes et de la promotion de la santé. *Santé et travail social* 26.2: 72-79.
12. Hussey Jill. et Hussey Roger. (1997). *Business Research*. MacMillan Business, London.
13. Institut National de la Statistique (INS). (2014). Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH). *Données Socio-Démographiques et Économiques des Localités. Résultats Définitifs par Localités, Région des Lacs*.
14. Goulet Celine., & Lang, Ariella. (1996). Le deuil des parents qui perdent un enfant pendant la période périnatale. *Frontieres*, 9(2), 47-51.
15. Liu Shiliang, Heaman Maureen, Sauve Reg , Liston Robert, Reyes Francesca, Bartholomew Sharon, et Kramer Michael (2007). (Système canadien de surveillance périnatale, Groupe d'étude sur la santé maternelle). An analysis of antenatal hospitalization in Canada, 1991–2003. *Matern Child Health Journal*, 11(2): 181-7

16. Métrailler al-Sayegh, Jocelyne (2006). Mourir avant de naître: Accompagner le deuil périnatal lors de pertes de grossesse. *Culture des soins*, 54-56.
17. Organisation Mondiale de la Santé (1977). *Classification internationale des maladies*. Genève : OMS
18. Organisation Mondiale de la Santé (2015). *Surveillance des décès maternels et riposte : directives techniques : prévention des décès maternels, informations au service de l'action*.
19. Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Mortalité néonatale et périnatale : estimations nationales, régionales et mondiales*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43444>
20. Romano Hélène., Aurore, Amandine, Chollet-Xemard, Charlotte., & Marty, Jacques. (2011). Enjeux psychiques de la mort périnatale en médecine d'urgence préhospitalière. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 1(2), 123-130. doi :10.1007/s13341-011-0032-5
21. Rousseau, Pierre (2001). Deuil périnatal : transmission intergénérationnelle. *Études sur la mort*, no 1, p. 117-137.
22. Verdon Chantal, De Montigny Francine, et Vachon, Éric. Les services offerts aux familles lors d'un décès périnatal. *L'infirmière clinicienne*, 2009, vol. 6, no 2, p. 25-28.
23. Watson, Jean (1985). *Nursing : Human science and human care, a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
24. Watson, Jean (1988). Nouvelles dimensions de la théorie de la prise en charge humaine. *Sciences infirmières trimestrielles*, vol. 1, n° 4, p. 175-181.
25. Webster Joan, Nicholas Catherine, Velacott Catherine, Cridland Noelle, Fawcett Lisa (2011). Quality of life and depression following childbirth : impact of social support. *Midwifery*, 27(5), 745-749.
26. World Health Organization. (2005). *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant Rapport sur la santé dans le monde : World Health Organization*.
27. Zeitlin Jennifer, Combiere Evelyne, De Caunes François & Papiernik Emile (1998). Facteurs de risque socio-démographiques de la mortalité périnatale Une étude de la mortalité périnatale dans le district français de Seine-Saint-Denis, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77:8, 826- 835, DOI : 10.1080/j.1600-0412.1998.770808.x