



Faculté de médecine de
Toulouse-Rangueil



Faculté de médecine de
Paris 7

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Accident grave en Maternité

(Mort maternelle ou néonatale)

Soignants : quel vécu, quel accompagnement ?

Paris le 18 novembre 2016

Présenté par :

Docteur Jean Thévenot

16/09/1954

31200 Toulouse

Directeurs d'enseignements :

- Professeur Eric GALAM

Paris Diderot

- Professeur Jean-Marc SOULAT

Toulouse-Rangueil

- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année universitaire 2015-2016

*A Yves Léopold, militant de la vie,
Mon amitié reconnaissante de m'avoir montré des chemins
professionnels et humains pour travailler à éviter le suicide de ceux qui
donnent la vie*

*A Sylvie K., sage-femme en salle de naissance,
Mes regrets de n'avoir pas su te tendre la main quand ta souffrance non
exprimée t'a conduit sur les chemins de l'irréparable*

*A toutes les femmes et les couples que j'ai accompagnés sur la crête
escarpée du don de la vie, pour ce qu'elles m'ont apporté de stress, de
joies et surtout d'humanité....*

**“L'échec est le fondement de la réussite”
(Lao-Tseu).**

SOMMAIRE

Introduction

I Le contexte

1/ Morts maternelles

2/ Morts néonatales précoces

3/ Questions

II La méthode

III Les résultats de l'enquête

1/ Qui sont les soignants répondants ?

2/ Exposition à une procédure

3/ Fréquence des accidents vécus

4/ Aide apportée après l'accident médical

5/ Existe-t-il des protocoles d'Etablissement ?

6/ Modifications des pratiques

7/ Conséquences personnelles

8/ Suites médico-légales

9/ Perception personnelle de compétence

10/ Assistance souhaitée

11/ Conséquences sur l'entourage

12/ Aide confraternelle

13/ Demande d'assistance

IV Discussion

V Propositions

Conclusion

Annexes :

Bibliographie

Questionnaire

INTRODUCTION

Trois heures du matin ; les yeux rougis autant par la fatigue que par les larmes, la sage-femme est effondrée sur le fauteuil usé de la salle de garde ; en face d'elle, le vieil obstétricien, et l'anesthésiste habituellement si fringant, ont le regard hagard des mauvais jours : « Qu'est-ce qu'on a fait qui n'a pas marché ? » interroge la jeune interne, qui rajoute en aparté « ... plus jamais ça, je vais changer de métier, une femme jeune qui meurt brutalement, juste après que son enfant ait crié, c'est pas possible, c'est pas possible... ! » L'interne est la seule qui parle, pour évacuer son stress ; les autres, les séniors, sont sidérés ; ils ne bougent plus et se demandent ce qu'ils vont pouvoir dire au mari, absent au moment de la naissance et qui vient d'appeler pour annoncer son arrivée.

Derrière eux, l'enfant, à peine né et déjà orphelin, crie son désir de vie sous une rampe chauffante. Devant eux, en salle de naissance, repose le corps de sa mère qui, quelques minutes avant, est retombée sans vie après l'avoir donnée, terrassée en quelques secondes par une probable embolie amniotique... Et tous sont là, comme figés, sachant qu'ils vont devoir se remettre vite en mouvement et gérer l'ingérable !

Cette situation n'est pas fiction : la salle de naissance est un lieu où la joie de la naissance finit habituellement par effacer pour les parents les stress multiples liés à la crainte de l'accouchement, à la peur de la douleur, aux appréhensions vis-à-vis de la péridurale. Malheureusement, il y survient parfois des événements dramatiques dont la rareté ne doit pas empêcher d'essayer de les prévoir, telle la mort maternelle ou le décès imprévu du nouveau-né (27).

Pourtant, dans les Maternités high-tech de nos hôpitaux modernes, rien ne peut survenir d'autre que le bonheur de la naissance, semble-t-il ; les seuls cris entendus ne sont que les pleurs naturels d'un bébé joufflu encouragé par les regards certes fatigués, mais admiratifs des jeunes parents ; les familles défilent, des plus anciens aux plus jeunes, pour découvrir et rendre hommage à ce jeune dieu porteur des espoirs d'avenir et de transmission de toutes les générations à cette occasion réunies.

Dans nos sociétés modernes, les familles explosées et éparpillées ne manquent pas de se réunir aux 2 extrémités de la vie : la naissance et la mort... Chacune ayant ses rites et devant rester à sa place et à son temps pour respecter les « convenances » d'un monde occidental qui, pour tous, ne saurait être que parfait.

De l'inconvenant télescopage de la vie donnée et de la mort inattendue naît un désordre aux conséquences imprévisibles tant pour les familles que pour les soignants.

Tout a donc commencé dans le ciel serein d'une Maternité tranquille, quand la foudre s'abat, brutale et ravageuse : l'hémorragie massive non maîtrisable ou l'embolie amniotique imprévisible transforme en marionnette sans vie la mère jusque-là rayonnante ou en poupée désarticulée le corps inerte de l'enfant qui ne pleurera jamais plus.

La technique des soignants n'y a rien fait, la vie a donné la mort dans un lieu de naissance.

Les familles désespérées tentent de comprendre les explications médicales de soignants anéantis. Mais qui peut comprendre la mort en Maternité ? Quel mari peut comprendre la mort de sa compagne ? Quel parent peut comprendre de perdre sa fille pour l'un, son nouveau-né pour l'autre... ?

La souffrance des familles emplit les salles d'attente : les explications techniques et les formalités administratives aident à redonner du sens à ce qui n'en a pas ; une assistance et un accompagnement psychologiques sur le court, moyen et long terme sont proposés par les soignants à ces familles en quête de réconfort, mais peuvent-elles vraiment être réconfortées ? Seul un travail de deuil bien construit et bien accompagné évitera les conséquences personnelles pathologiques et désastreuses d'une cicatrisation à jamais consolidée.

Puis viendra le temps de demander des réponses, celles que les explications initiales n'ont pas su donner ; pour beaucoup, la Justice seule pourra donner ces réponses, voire punir les responsables...

Les « bonnes pratiques » et autres règles professionnelles sont donc faites et organisées pour les familles...

Mais qu'est-il proposé aux soignants ? Souvent une RMM, parfois un débriefing : bref les « bonnes pratiques » font organiser une analyse technique des causes, amènent à envisager des actions correctrices, à modifier les protocoles et l'organisation du service....

Mais qui s'intéresse au vécu des soignants face à la souffrance des familles endeuillées, face à la violence de leur confrontation à la mort, face à leur culpabilité de n'avoir pas pu (ou pas su croient-ils) sauver la vie... ?

Qui interroge les soignants sur leurs doutes, leurs peurs ?

Qui s'interroge sur les conséquences pour eux-mêmes de ces événements douloureux ?

Bref quel accompagnement humain est-il envisagé pour les soignants ?

La littérature médicale, si riche dans l'accompagnement au travail de deuil des premières victimes, les familles, est singulièrement pauvre concernant l'aide aux 2^e victimes (12), les soignants.

Sans pour autant négliger ou minimiser la souffrance des « premières » victimes, nous nous sommes donc interrogés sur le vécu par le soignant, acteur et deuxième victime à la fois, d'un accident grave en Maternité et sur l'accompagnement personnel qui lui est proposé.

Sur ces bases, nous ferons des propositions pour que, comme le souligne notre maître et ami Eric Galam (12), les deuxièmes victimes restent jusqu'au bout les premiers acteurs, de leur vie tant que de leur métier.

I Le contexte

1/ Morts maternelles

Le rapport « Mortalité maternelle en France », coordonné par l'unité Inserm U953 « Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants », a été publié en Novembre 2013 (*Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*)(2).

Il annonce une baisse du taux de mortalité par hémorragie du postpartum – première cause de mortalité maternelle en France – sur les données de 2007-2009 par rapport à 2004-2006. 20 recommandations sont formulées par le Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle dans le but de sensibiliser les professionnels de santé et les futurs parents en concertation avec le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, la Société Française des Anesthésistes-Réanimateurs/Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique, ainsi que le Collège National des Sages-femmes de France.

De 2007 à 2009, 254 décès maternels ont été identifiés (pendant la grossesse ou jusqu'à 42 jours après l'accouchement), ce qui représente 85 femmes décédées par an en France, d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites (hors causes accidentelles ou fortuites), donnant un taux de mortalité maternelle de 10,3 pour 100 000 naissances vivantes.

La France a un taux comparable à celui des pays européens voisins disposant d'un système renforcé d'étude et présente une situation favorable par rapport aux Pays-Bas et aux Etats-Unis où le taux est en hausse.

La nouveauté encourageante est que la mortalité maternelle par hémorragie du postpartum – première cause de mortalité maternelle en France – a diminué pendant la période 2007-2009 par rapport à 2004-2006.

« Ces résultats sont à mettre en rapport avec l'importante mobilisation, depuis dix ans, des chercheurs et des cliniciens, dont l'attention fut attirée par les premiers résultats de cette enquête, pour évaluer et améliorer les soins dans le contexte de l'hémorragie obstétricale. Toutefois, l'amélioration doit encore se poursuivre puisqu'environ 50% de ces décès sont considérés comme « évitables » en France, dans les conditions actuelles et l'accès généralisé des femmes enceintes à la surveillance prénatale et à des soins de qualité. », commente Marie-Hélène Bouvier-Colle, Directeur de recherche émérite Inserm au sein de l'unité Inserm U953

Evitabilité

Les soins ont été jugés « non-optimaux », c'est-à-dire non conformes aux recommandations de pratiques et aux connaissances actuelles, pour 60% des décès expertisés contre 72% entre 1998 et 2000, ce qui représente une baisse significative. Les décès par hémorragies présentent la plus grande proportion de soins non optimaux (81%).

54% des décès maternels ont été jugés « évitables », c'est-à-dire pour lesquels une modification des soins ou de l'attitude de la patiente vis-à-vis de l'avis médical aurait pu changer l'issue fatale (erreur ou retard de diagnostic, retard ou premiers secours inadaptés, traitement inadéquat, retard au traitement ou à l'intervention, et négligence de la patiente). Ce taux, stable dans le temps, reste

principalement dû à une inadéquation de la thérapeutique et un retard au traitement, ce qui sous-entend qu'une marge d'amélioration est possible.

Ces résultats ont permis aux auteurs du rapport d'émettre 20 recommandations, parmi lesquels on peut mentionner :

- l'importance de l'implication des soignants dans la déclaration et la revue des morts maternelles pour assurer une meilleure connaissance du profil national de ces cas,
- l'évaluation des risques avant la conception et en début de grossesse, via la prévention : vaccination contre la grippe pour les femmes prévoyant une grossesse ou enceintes, évaluation des risques d'une grossesse quand une pathologie est préexistante,
- l'examen médical de la femme enceinte en dehors de la sphère obstétricale (examen cardiaque par exemple),
- le maintien de la vigilance après l'accouchement quand la mère rentre à son domicile, c'est-à-dire l'informer sur les signes d'accidents thromboemboliques veineux et ischémiques artériels.
- l'importance des examens post mortem des décès maternels,
- d'autres messages concernent la prise en charge médicale des hémorragies obstétricales, des infections, des maladies hypertensives, des embolies amniotiques, et des thrombo-embolies veineuses.....

Même si cela ne rentre pas dans les missions du Comité, il est significatif que ces recommandations publiées n'évoquent à aucun instant la situation personnelle ou professionnelle ni des familles, ni des soignants, et qu'aucune recommandation ne soit émise sur l'analyse de leur vécu et l'accompagnement proposé.

2/ Morts néonatales précoces

La *mortalité néonatale précoce* se calcule en rapportant l'ensemble des décès entre 0 et 6 jours sur l'ensemble des naissances. En 2009, le taux est de 1,7 p. 1 000 naissances.

La mortalité périnatale va jusqu'au 27^e jour de vie : (2,1 pour 1000 naissances en 2009).

Ces chiffres apparaissent dans le dernier rapport Euro-Peristat (23) qui décrit l'état de santé périnatal dans les 26 pays membres de l'Union européenne, plus l'Islande, la Norvège et la Suisse en 2010. Il compare les caractéristiques des femmes enceintes et des nouveau-nés, leur état de santé et les pratiques médicales pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Il comprend également des données de deux autres projets européens en lien avec la santé périnatale, l'un sur les paralysies cérébrales (SCPE) et l'autre sur les anomalies congénitales (Eurocat). Le précédent rapport était fondé sur les naissances de 2003 ou 2004, selon les pays. Le rapport est disponible gratuitement sur internet à l'adresse suivante www.europeristat.com/. Il est complété par un ensemble de tableaux détaillés par indicateur.

Les données d'Euro-Peristat permettent de situer la France par rapport aux autres pays européens pour apprécier ses points forts et ses points faibles, et faire un bilan sur ce qui s'est amélioré ou dégradé par comparaison au rapport précédent, que ce soit sur les indicateurs de santé et de pratiques médicales, ou sur le système d'information périnatale.

Il est là aussi significatif de constater dans ce rapport très complet l'absence d'appréciation sur les conséquences humaines de ces accidents périnataux tant sur les familles que sur les soignants.

3/ Questions

Il nous semble pourtant que, dans ces situations dramatiques, 2 questions se posent, non envisagées dans ces rapports:

- le vécu des familles reste dans le cadre d'une prise en charge médicale spécifique par les professionnels ; sa qualité étant aussi un marqueur de qualité de la prise en charge ne mériterait-il pas aussi d'être pris en compte dans les analyses de pratiques ?

- le vécu des soignants et leur accompagnement autant technique qu'humain est un élément de gestion des risques, tant techniques (amélioration des pratiques) qu'humain ; un soignant bien accompagné ne se remettra-t-il pas au travail dans de meilleures conditions et ne générera-t-il pas mieux la même situation si elle se répète ?

L'accompagnement du soignant au sein de son équipe médico-administrative ne serait-il donc pas un gage de qualité des pratiques ?

II La méthode

La méthodologie de notre enquête a consisté en un questionnaire de 13 questions (en annexe), rempli sur la base du volontariat en garantissant la confidentialité et l'anonymat.

Le questionnaire

1/ Avez-vous vécu comme acteur de salle de naissance dans votre carrière une mort maternelle per partum ou une mort néonatale per partum (hors MFIU ou pathologie ante natale connue) et combien de fois ?

2/ Dans les 24h suivant l'accident médical le plus grave pour vous, avez-vous eu une aide ou un accompagnement aidant proposé au sein de votre Etablissement ?

3/ Dans les 24h suivant cet accident médical, avez-vous sollicité vous-même une aide ou un accompagnement au sein de votre Etablissement ?

4/ Au-delà des premières 24h, vous a-t-il été proposé une aide à gérer cette situation ?

5/ Cet accident médical a-t-il modifié votre pratique médicale ?

6/ Cet accident médical a-t-il eu des conséquences personnelles ?

7/ Y-a-t-il eu des suites administratives ou judiciaires à cet accident médical ?

8/ Avez-vous été assisté pour gérer ces suites judiciaires ?

9/ Dans la gestion à court ou moyen terme de cette situation, vous sentiez-vous compétent ?

10/ Auriez-vous souhaité une aide pour gérer cette situation ?

11/ Un membre de votre entourage professionnel a-t-il subi les conséquences de cet accident médical ?

12/ Avez-vous aidé l'un de vos collègues dans les suites d'un accident médical ?

13/ Commentaires libres

Ce questionnaire proposait, pour chaque question, des réponses suggérées et des plages de commentaires libres (qui ont été très largement remplies).

Pour ceux qui le souhaitent, était proposée une aide spécifique (nécessitant alors de laisser leur coordonnées, avec engagement de confidentialité).

Un mailing a été adressé à des gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes et sages-femmes :

-en Midi Pyrénées par l'intermédiaire du réseau Matermip (réseau périnatal en Midi Pyrénées), de l'Ordre des Sages-femmes, de l'Ordre des Médecins de Haute Garonne.

- sur France entière par l'intermédiaire du CNGOF (Collège National de Gynécologie Obstétrique de France), du SYNGOF (Syndicat des Gynécologues Obstétriciens), de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation) et de l'association GYNERISQ (gestion des risques en Gynéco-obstétrique)

Le questionnaire se remplissait en ligne (15mn, hors texte libre).

Le questionnaire est resté en ligne du 25 février 2016 au 6 juillet 2016 date à laquelle l'accès a été clôturé.

Le mail d'accompagnement était le suivant, parfois adapté en fonction de la structure qui assurait l'envoi :

Bonjour

*Sachant les suites parfois dramatiques des accidents médicaux sur les professionnels en périnatalité (suicides récents de praticiens mis en cause...), je souhaite réaliser un travail de recensement sur les conséquences individuelles et l'accompagnement proposé lors d'un **accident grave en Maternité** (mort maternelle ou mort néonatale inexpliquée).*

L'objectif est de faire un état des lieux des situations vécues, des accompagnements existant et, en fonction des résultats, de proposer des solutions individuelles et collectives.

Par ailleurs, je propose aussi aux praticiens qui répondront et qui le souhaiteraient, une aide confraternelle pour gérer, même très a posteriori, les conséquences personnelles de ces situations (par l'intermédiaire de l'Association MOTS).

Avec le soutien du CNGOF, du SYNGOF et de GYNERISQ, je vous adresse un questionnaire (lien ci-dessous) à destination des praticiens travaillant en Maternité (obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes...) que je vous remercie de diffuser aux praticiens concernés.

Le réseau Matermip vous diffusera les résultats de cette enquête.

Accident grave en maternité : votre vécu? :

<http://quest.matermip.net/778986>

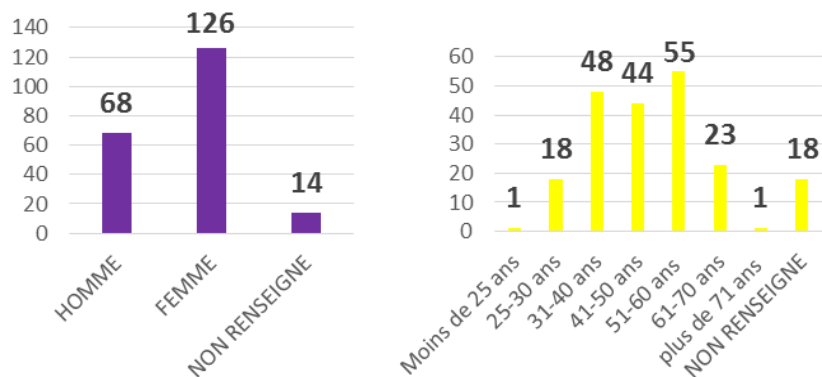
Merci de votre soutien dans cette démarche et de la diffusion la plus large.

III Les résultats de l'enquête

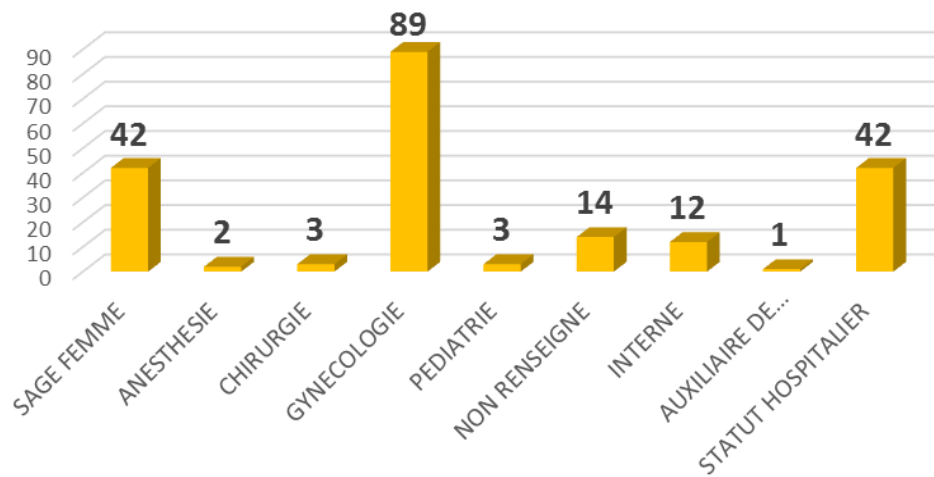
208 Questionnaires ont été reçus, tous exploitables et exploités.

1/ Qui sont les soignants répondants ?

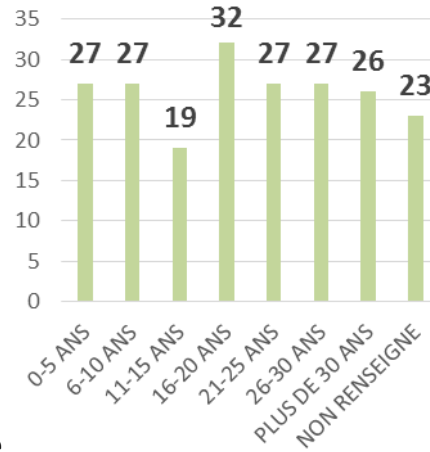
La répartition est homogène, un peu plus de femmes que d'hommes (féminisation de la profession des gynéco-obstétriciens, peu d'hommes chez les sages-femmes....)



Les plus répondeurs sont gynéco-obstétriciens et sages-femmes (qui sont en première ligne dans ces situations) ; le questionnaire n'a été diffusé que tardivement aux anesthésistes.

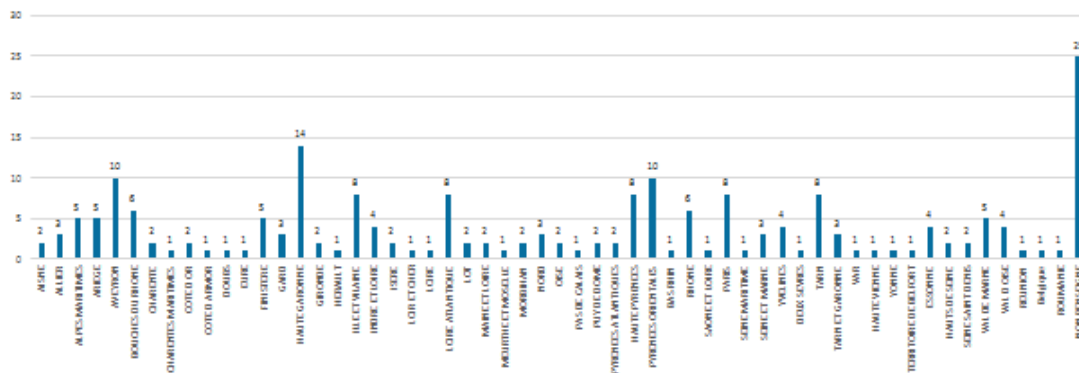


Qualification



Nombre d'années d'expérience

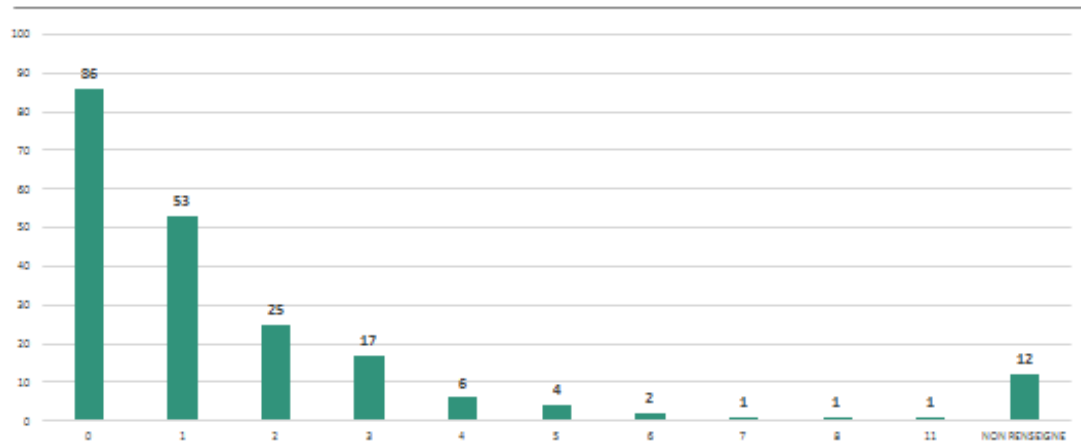
Département d'exercice



La répartition est homogène, la région Occitanie étant un peu plus représentée du fait de l'implication du réseau Maternip dans la diffusion de l'enquête.

2/Exposition à une procédure

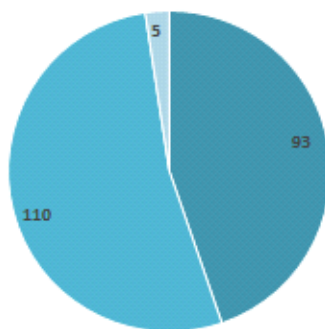
Nombre de procédures judiciaires ou assimilées (Ordre, CRCI...) dans votre carrière :



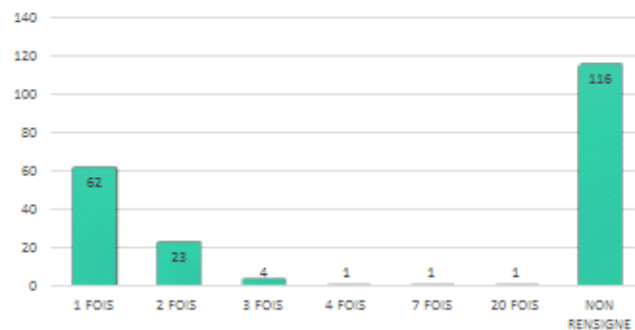
110 professionnels (plus de la moitié des répondants) ont été confrontés à une procédure dans leur carrière (intérêt de s'y préparer...)

3/Fréquence des accidents vécus

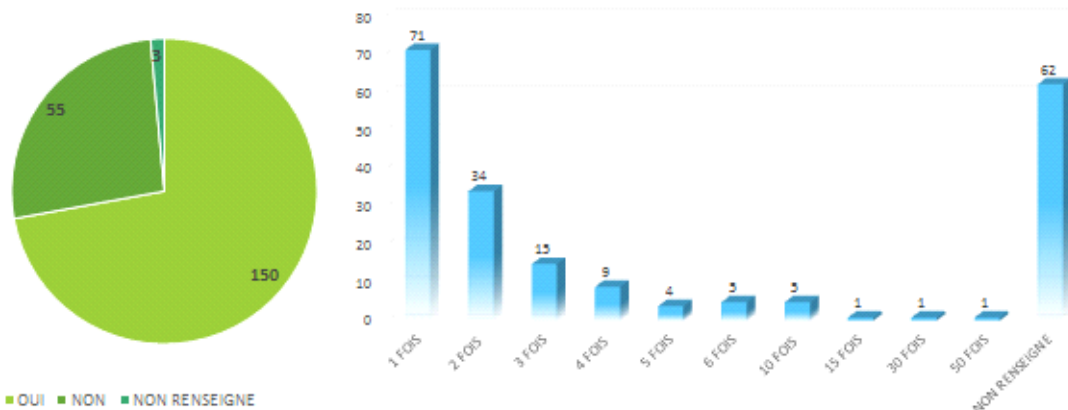
Avez-vous vécu comme acteur de salle de naissance dans votre carrière une mort maternelle per partum : combien de fois ?



■ OUI ■ NON ■ NON RENSEIGNE



Ou une mort néonatale imprévue ?

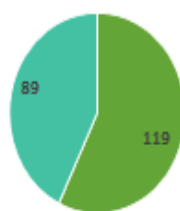


93 répondants ont été confrontés à une mort maternelle, 150 à une mort néonatale

4/Aide apportée après l'accident médical

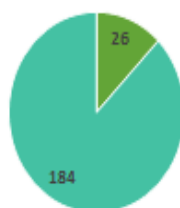
Dans les 24h suivant l'accident médical le plus grave pour vous, avez-vous eu une aide ou un accompagnement aidant proposé au sein de votre Etablissement ?

De un ou plusieurs de vos collègues:



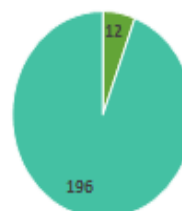
■ OUI ■ NON

De cadres soignants :



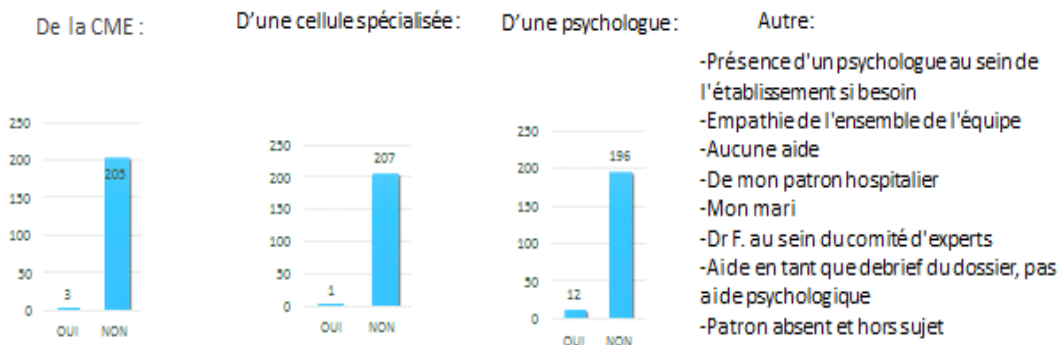
■ OUI ■ NON

De la direction de l'établissement



■ OUI ■ NON

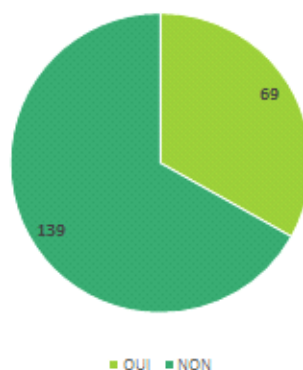
Dans les 24h suivant l'accident médical le plus grave pour vous, avez-vous eu une aide ou un accompagnement aidant proposé au sein de votre Etablissement ?



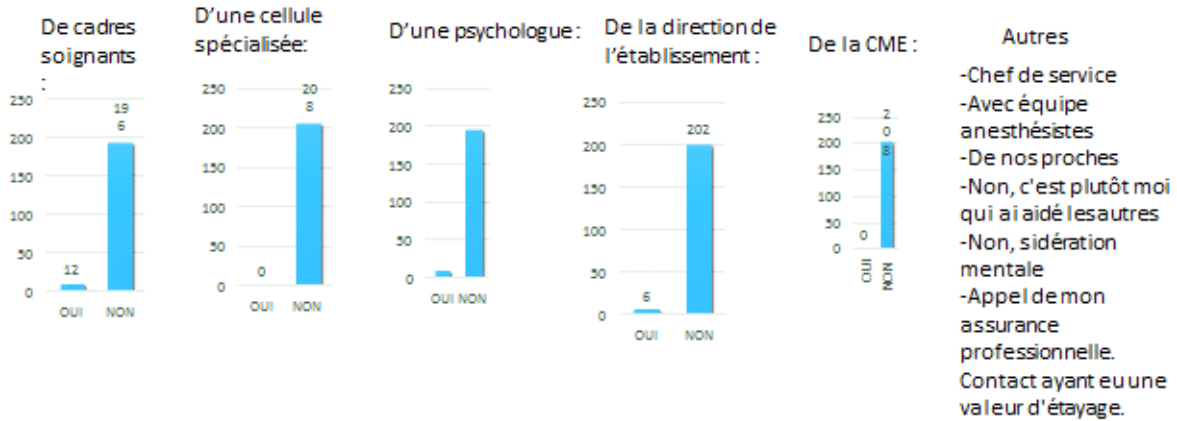
Plus de la moitié des répondants ont eu une aide apportée et proposée par un collègue. Il est frappant de voir l'absence d'accompagnement organisé au sein des établissements (cadres, directeurs, CME....)

Dans les 24h suivant cet accident médical, avez-vous sollicité vous-même une aide ou un accompagnement au sein de votre Etablissement ?

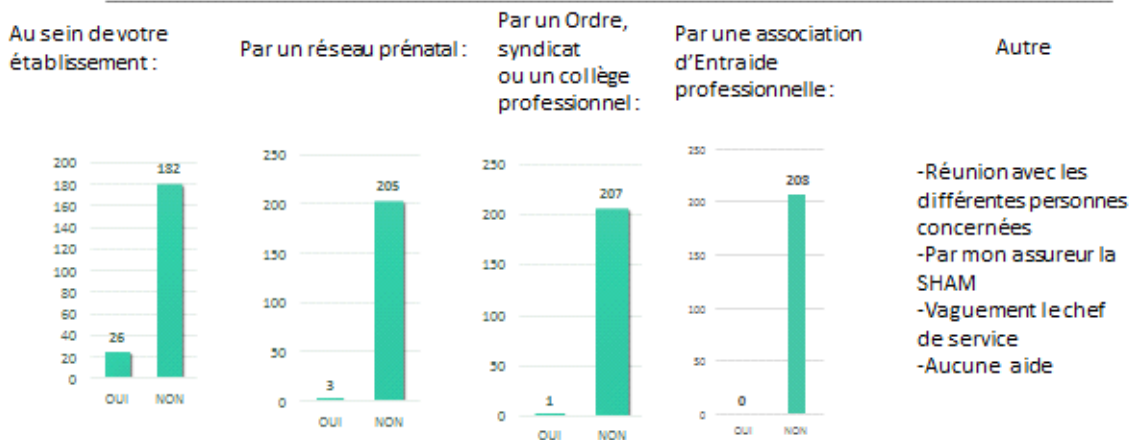
De un ou plusieurs de vos collègues :



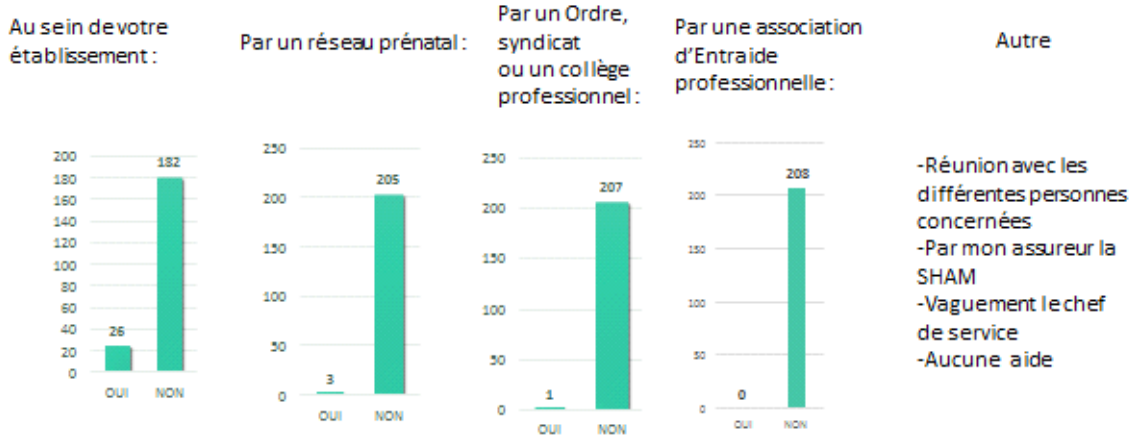
Dans les 24h suivant cet accident médical, avez-vous sollicité vous-même une aide ou un accompagnement au sein de votre Etablissement ?



Au-delà des premières 24h, vous a-t-il été proposé une aide à gérer cette situation ?



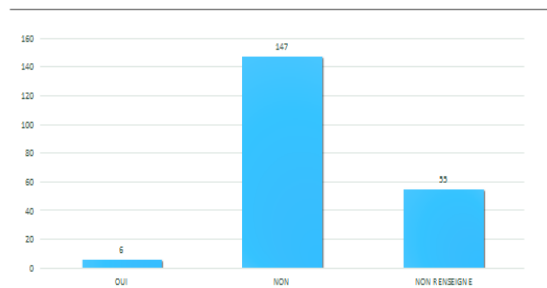
Au-delà des premières 24h, vous a-t-il été proposé une aide à gérer cette situation ?



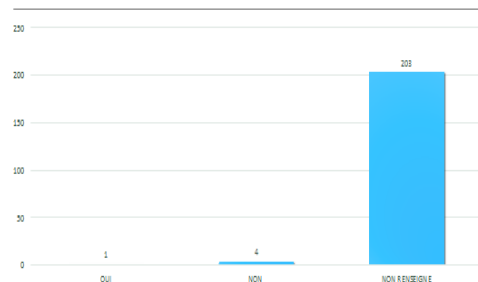
Que ce soit dans les premières 24h ou plus tard, non seulement aucune aide n'est proposée, mais peu de soignants la sollicitent eux-mêmes....
 Une culture à changer... ?

5/Existe-t-il des protocoles d'Etablissement ?

Existe-t-il un protocole spécifique d'Etablissement ?



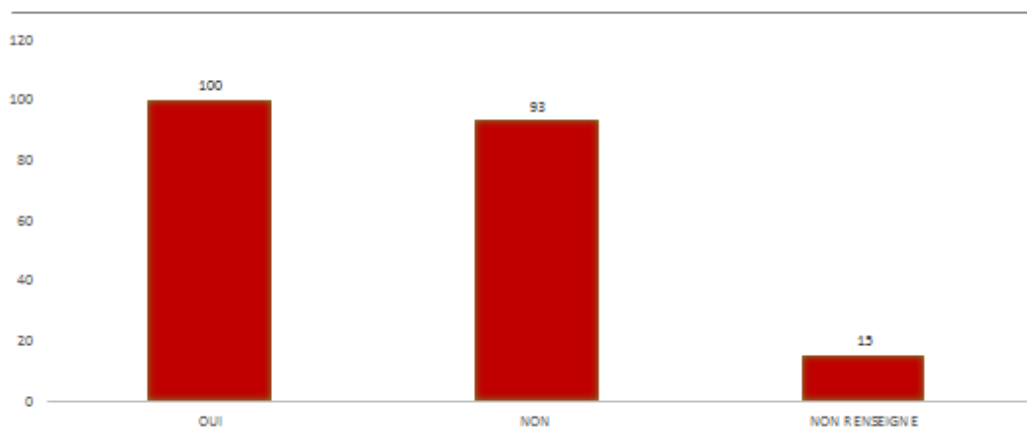
Le cas échéant, pouvez vous nous en communiquer une copie ?



Il n'existe de protocole que dans 6 structures ; nous ne savons d'ailleurs pas ce que contiennent ces protocoles (aspects techniques, juridiques, humains...), aucun ne nous ayant été communiqués...

6/ Modifications des pratiques

Cet accident médical a-t-il modifié votre pratique médicale?
99 commentaires



A cette question, 99 commentaires sur 100 réponses positives, ce qui témoigne d'un taux important de besoin de s'exprimer, ce qui ne l'a sans doute pas été le cas jusque-là. Les modifications des pratiques médicales ou des comportements professionnels peuvent s'entendre en positif ou négatif, en amélioration ou détérioration. Sans les commenter ici, en reprenant les mots propres des répondants exprimés, nous avons sélectionné quelques réponses, et les avons classées en 4 groupes :

Amélioration des pratiques professionnelles :

- Dossiers revus et meilleure tenue des dossiers médicaux
- Modifications des protocoles de soins**
- Dans l'accompagnement des couples, formation sur le deuil.
- Discussion en RMM

Détérioration des pratiques :

- Augmentation du taux de césarienne
- Médecine plus défensive**
- Moins de confiance dans collaborateurs
- Arrêt de la pratique de l'obstétrique (15)
- Respect de procédures à valeur médico légales

Amélioration des comportements professionnels :

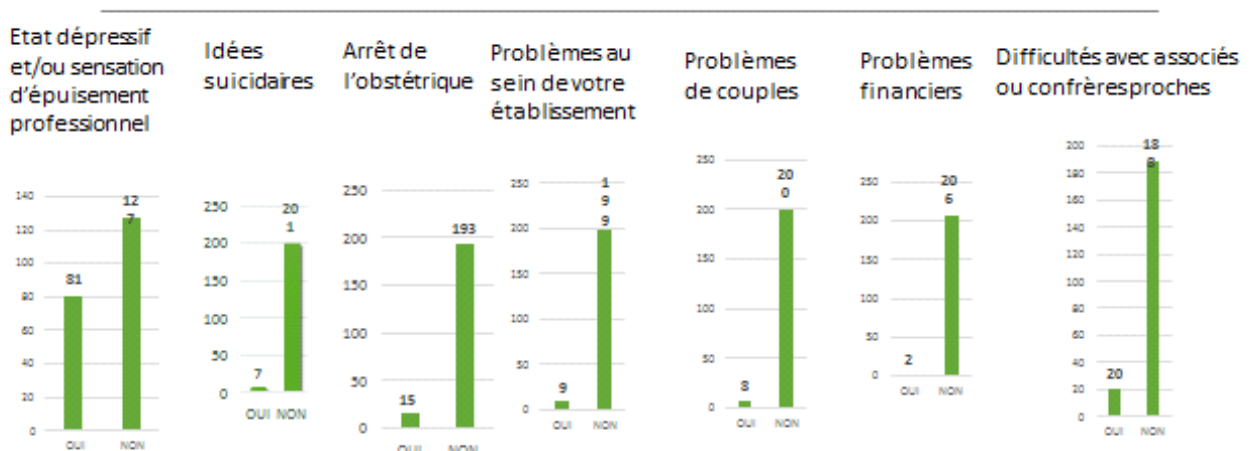
- Remise en question
- Plus de prudence sur certaine situation
- Prise de conscience des priorités
- Meilleure communication dans l'équipe en cas d'urgence extrême
- Prise de conscience de ce que c'était que devenir médecin
- Moins de gardes /plus de vacances

Détérioration des comportements professionnels :

- Perte de confiance en soi, crises de panique
- Plus de vigilance personnelle et moins de confiance envers le personnel
- Stress sur certaines situations /Plus de stress lors des accouchements
- Un sentiment de **culpabilité**/ Manque d'assurance
- Prise en compte du danger pour ne pas être **de la chair à canon pour avocat**
- J'étais effectivement beaucoup moins confiante qu'avant même si, en soi, je n'y suis pour rien; je pense avoir fait ce qu'il fallait dans les temps voulus. Cependant, on garde quelques temps cette culpabilité en soi...
- Une peur que je n'ai jamais connu depuis 22ans d'exercice et des nuits d'insomnie

7/Conséquences personnelles

Cet accident médical a-t-il eu des conséquences personnelles ?

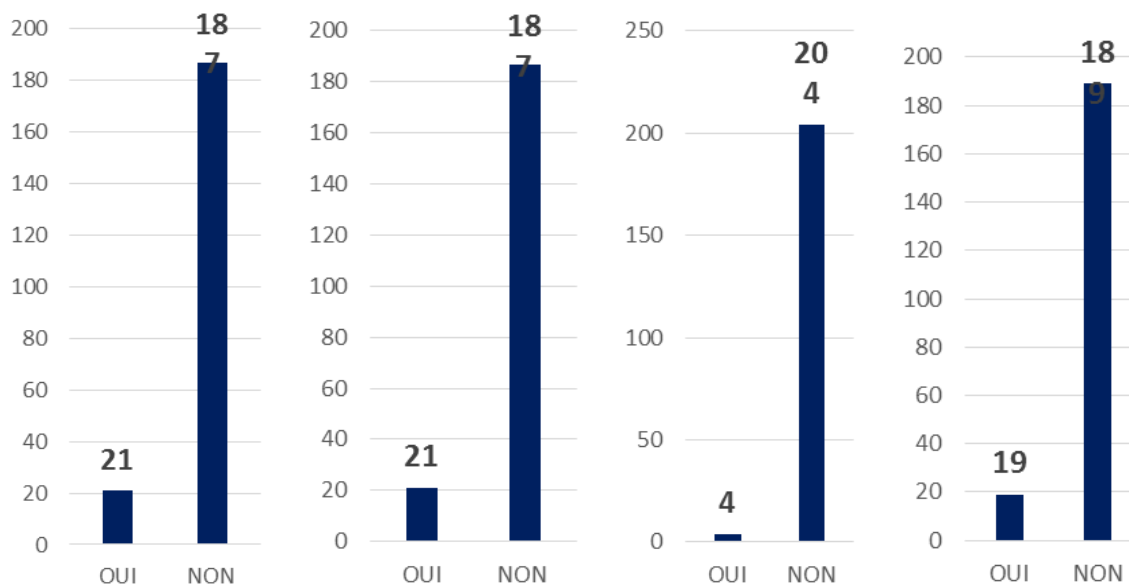


Autres conséquences personnelles exprimées en clair (qui ne nécessitent pas de commentaires...):

- Poste de cadre pour **ne plus effectuer des accouchements***
- Prise en charge difficile des patientes avec impression de **fatigue physique et psychologique***
- Difficultés à faire confiance** aux autres*
- Remise en cause personnelle*
- Remise en question de mes compétences.*
- Remise en questions sur ses propres capacités et limites professionnelles, et psychologiques.*
- Baisse de confiance en soi***
- Culpabilité et remise en question*
- « Je ne serai pas accoucheur éternellement »*
- Arrêt temporaire ou définitif de l'obstétrique***
- Sans parler de dépression, cela a été un des événements qui décideront de mon arrêt de l'obstétrique avant l'heure que je m'étais fixée au départ*
- Anxiété*
- Fragilité psychique pendant quelques jours*
- Insomnies*
- Mal être personnel pendant période entourant cet événement*
- Perte de confiance pendant quelques semaines et petit coup de blues*
- Douleur morale pendant plusieurs semaines.*
- Sensation de **tristesse***
- Stress accru durant les gardes, pénibilité accrue*
- Stress et insomnie** pensant quelques semaines*
- Troubles du sommeil et perte de confiance qui se sont révélés heureusement temporaires*
- Peur***

8/Suites médico-légales

Y-a-t-il eu des suites administratives ou judiciaires à cet accident médical ?



Plainte pénale

Plainte civile

Plainte
ordinaire

Procédure
en CRCI

Autres suites exprimées :

-Aucune pour le moment / Événement récent / Je ne sais pas

-Autopsie médico-légale à ma demande sans suite

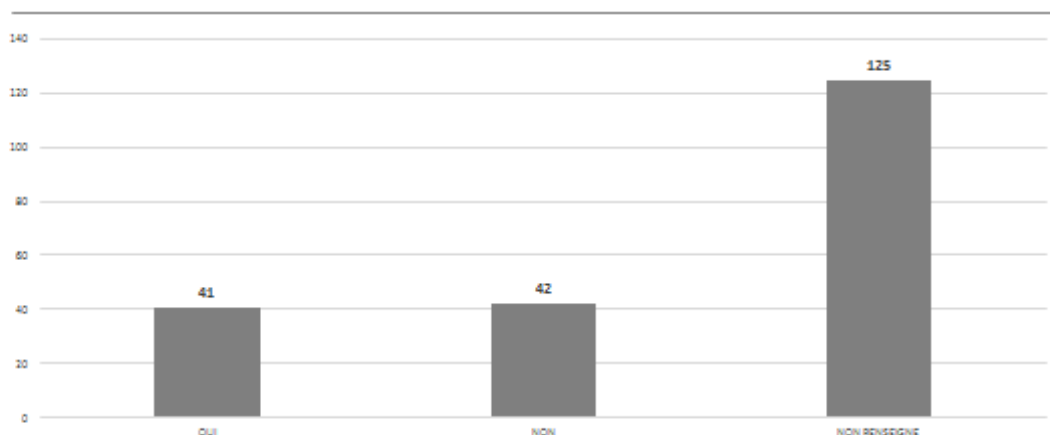
-Gestion directe avec l'avocat de l'établissement

*-**Interrogatoire policier** suite enquête pour mort inexpliquée mais pas de plainte de la famille*

-Réunion de conciliation au sein de l'établissement

-J'ai juste eu, ce qui m'a complètement démontée, des années après, à me faire réentendre par mon chef de service, car la patiente en question avec qui j'ai entretenue des relations très proches pdt des années a changé complètement d'attitude lorsqu'elle s'est trouvée à nouveau enceinte et j'ai réalisé ô combien les gens peuvent avec le temps se retourner contre vous !!!!

Avez-vous été assisté pour gérer ces suites judiciaires?



Suites judiciaires : si vous avez été aidé, par qui ?

-Assurance (SHAM, Branchet, MACSF...cités 10 fois), « **mais leur intérêt n'est pas toujours le même que le nôtre** »

-Avocat ou médecin expert d'assurance (cités 15 fois)

-Avocat de l'établissement (cité 5 fois)

-Avocat personnel (cité 2 fois)

-Chef de service (cité 2 fois)

-Gynerisq (1 fois)

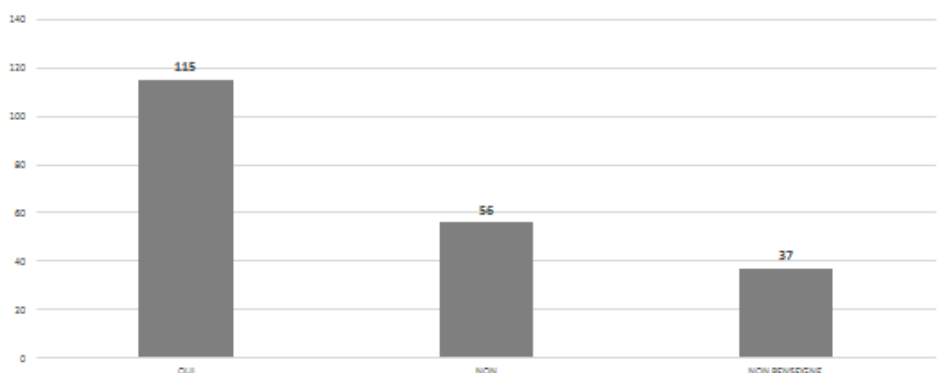
Hormis les assureurs, les soignants sont peu aidés au sein de leur établissement pour gérer les suites judiciaires...Il existe pourtant des structures dans les établissements : cellules juridiques jamais citées.

Les confrères ne sont que très rarement cités...

Certes, les avocats sont compétents pour les aspects techniques judiciaires, mais les acteurs médicaux ou institutionnels sont singulièrement absents alors qu'ils semblent devoir jouer un rôle dans l'analyse de l'événement (expertise médicale et préparation médico-juridique à l'expertise notamment...)

9/Perception personnelle de compétence

Dans la gestion à court ou moyen terme de cette situation, vous sentiez-vous compétent ?



Parmi les commentaires, des « **non** » et beaucoup de « **oui, mais...** » ; 4 groupes de commentaires (formation, annonce, vécu, difficultés pratiques...):

--Manque de formation

- Absence de formation et de préparation à affronter telles situations
- *Pas d'apprentissage de l'échec dans la pratique médicale*
Pas d'apprentissage de l'écoute de la douleur morale
- *Aucune formation à ce sujet, aucun encadrement, aucun suivi.*
- *...fait de mon mieux. Je n'avais pas été préparée à cela.*
- *Difficulté à répondre à un ensemble de sollicitations administratives et médico-légales après cet accident de mort maternelle*
- **Inexpérience** et manque de connaissance des procédures légales
 - *Mauvaise appréciation des conséquences judiciaires éventuelles d'une prise en charge, méconnaissance de la loi*
- *J'étais interne / Trop jeune interne*

--Difficultés dans l'annonce

- *Annonce difficile, culpabilité d'avoir raté un diagnostic,*
- *Aucune aide, ni aucun soutien proposé*
- *Bien sûr, je me questionne toujours sur les limites de ma compétence; difficulté à poursuivre les gardes et peur paralysante dans la semaine qui a suivi le décès maternel; nécessité de rencontrer la famille et de tenter d'expliquer et de faire preuve d'empathie alors que l'on est soi-même très éprouvé et sans soutien*

- *Difficulté à communiquer correctement avec les parents : communication gênée par le médico-légal et l'émotion, donc pas honnête*
- *Pas de soutien "seule face aux parents"*
- *Pas d'assistance avant témoignage au commissariat*
- *Difficulté de l'annonce au père et à la mère et de la présentation du corps*
- *Après ces événements dramatiques, j'ai toujours bénéficié de l'aide d'un ou plusieurs membres de l'équipe de maternité et/ou administrative, et/ou des autres secteurs (SAMU, bloc opératoire, anesthésistes) et réciproquement. Chacun a pu apporter soutien ou expérience*

--Difficultés dans le vécu

- *En étant impliqué, l'issue fatale entraîné une **perte de confiance***
- ***Incompréhension** totale de l'événement grave et remise en question des pratiques*
- ***Incrédulité** face à l'impossibilité de réanimer cet enfant, que je n'avais absolument pas anticipé*
- *C'est arrivé au tout début de mon assistanat, très peu d'expérience professionnelle pour prendre le recul nécessaire*
- *Comment se juger ??*
- *Culpabilité*
- *difficile de se déclarer compétent dans ces contextes particuliers.*
- *difficile d'être compétent qd on a **pas la distance suffisante!!!** ce qui est dur en obstétrique c'est que l'on peut toujours se dire que l'on aurait pu faire autrement!!!! »*
« ...il y a 2 aspects me semble t il! Etre conforté dans l'idée qu'il n'y a pas de faute de prise en charge et faire en sorte de ne pas se sentir coupable »
- *« ...on peut toujours **repasser le film à l'envers** ; on ne changera pas la réalité du moment; c'est normal d'être attristé lors d'événements comme cela; l'exprimer à la patiente peut être aussi un réconfort,*
- *car le pédiatre ce jour-là a reporté la cause du DC sur moi »*

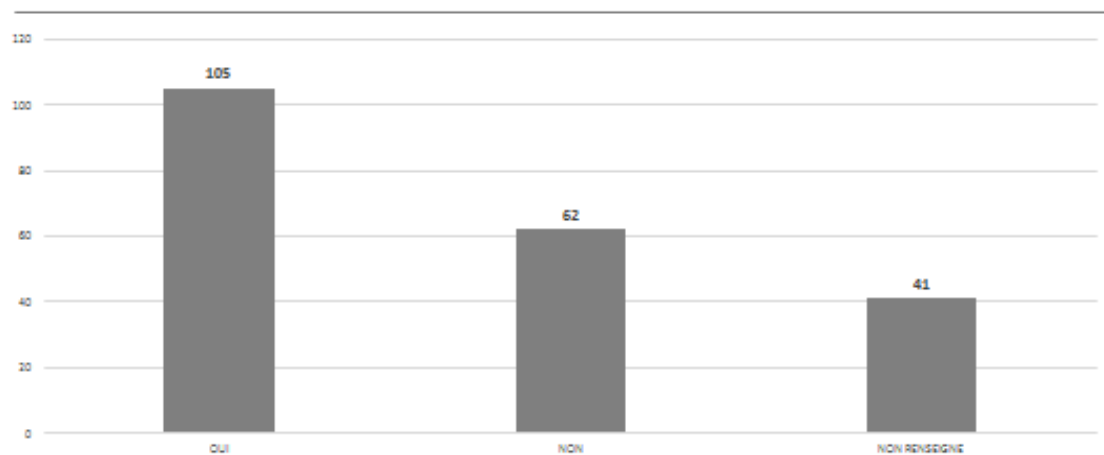
--Difficultés techniques ou personnelles

- *Difficultés à gérer le refus d'autopsie de la famille dans le cadre d'une mort maternelle*
- *...Je connaissais la cause du décès de l'enfant mais je ne pouvais le révéler aux parents car il s'agissait d'une **erreur du médecin** qui avait fait couler l'ocytocine à fond (pour aller plus vite!) et je ne savais pas si je devais le signaler dans le dossier*
- *Je n'avais aucune idée de comment les choses allaient se passer; en fait, la plainte m'a beaucoup surprise. Elle a été faite plusieurs mois après l'accouchement à la suite d'un courrier du Professeur de réanimation néonatale (c'était l'interne de son service qui était venu avec le SAMU).*
- *En allant dans le service j'ai lu le courrier qui n'avait rien à voir avec la réalité et une **fausse observation** avait été faite 4 mois après !!!*

- ...et cela peut être une blessure narcissique....
- ...j'étais un peu dépressif et je ne le savais pas...
- ...Trop d'implications personnelles, pas assez de "recul"
- Charge affective excessive/inappropriée.
- Sentiment de culpabilité très fort, et **difficulté à assumer ma responsabilité** dans ce décès

10/Assistance souhaitée

Auriez-vous souhaité une aide pour gérer cette situation ?



Si oui, de quel type ?

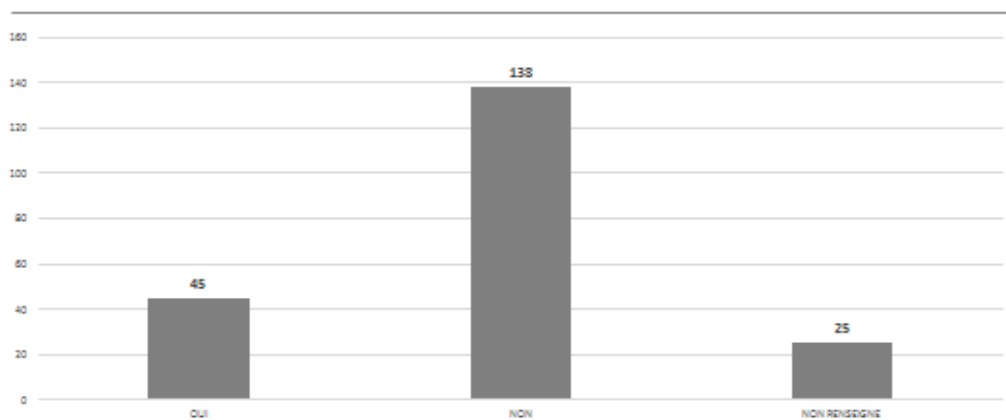
-75 répondants demandent une aide psychologique qu'ils n'ont pas eu...

-40 n'ont eu aucun débriefing en équipe

-20 souhaitent une RMM qui n'a pas eu lieu

11/Conséquences sur l'entourage

Un membre de votre entourage professionnel a-t-il subi les conséquences de cet accident médical ?



Les commentaires des répondants se suffisent :

-Désinvestissement de la vie familiale

-poids de la tristesse sur environnement familial

*-pour la mort maternelle c'est **toute une équipe qui a subi le choc** et surtout moi et l'anesthésiste ayant pris en charge en dernier la patiente*

-Un médecin est inculpé au pénal

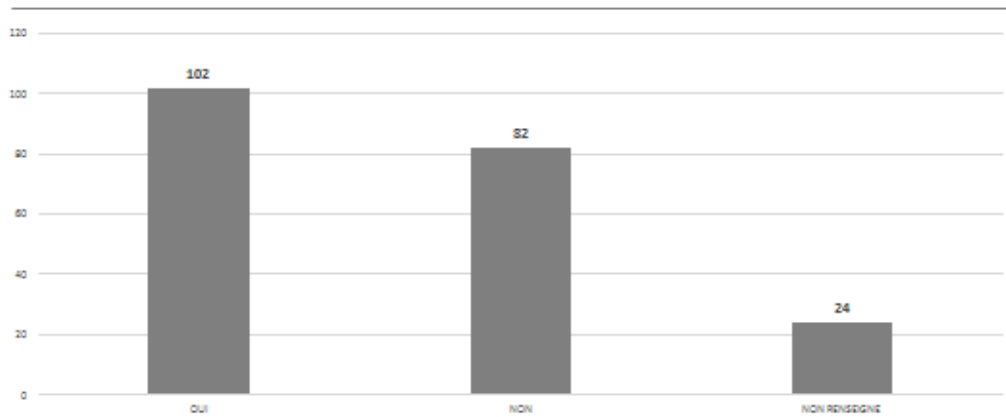
*-une des sages-femmes (ayant constaté la mort maternelle) est en **reconversion professionnelle***

-une sage femme présente a ressenti une telle angoisse qu'elle a arrêté le travail en salle de naissance plusieurs mois

-Réalisation d'une RMM à distance des évènements, difficile à gérer pour un confrère qui s'est senti très "accusé" et remis en cause dans son activité professionnelle

12/Aide confraternelle

Avez-vous aidé l'un de vos collègues dans les suites d'un accident médical ?



Quelques réponses:

-aide psychologique, car non organisée

-je l'appelle régulièrement pour voir s'il va bien

-relecture du dossier et soutien moral

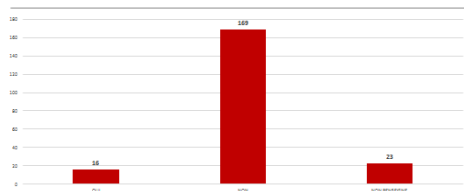
*-nous avons **beaucoup parlé***

-plein de fois...

- témoignage et soutien moral d'un collègue qui par bonté voulait sauver la patiente et corriger la faute d'une autre collègue (perforation utérine après une IVG compliquée d'une déchirure intestinale?!)...

13/Demande d'assistance

Souhaitez-vous à ce jour une aide spécifique personnelle (qui restera confidentielle)?



Un mail et une orientation spécifique a été proposée aux 16 demandeurs d'une aide, pour des faits remontant souvent à de nombreuses années.

IV Discussion

Cette enquête n'a pas pour but de dresser une cartographie ou un bilan des prises en charge des accidents graves, et le caractère volontaire des réponses peut faire penser que tous ceux qui s'en sont bien sortis n'ont pas répondu à l'enquête car non concernés, ou pour ne pas réveiller de douloureux souvenirs bien enfouis. Cette analyse n'a donc pas l'ambition de refléter ce qui se passe dans toutes les Maternités de France, certaines ayant de notoriété publique mis en place des structures d'écoute des soignants.

Assistance technique et confraternelle

A chaque réponse de cette enquête, est mis en évidence le **manque d'aide** qu'ont pu ressentir les professionnels de santé en Maternité face à un accident grave tel qu'une mort maternelle ou une mort néonatale imprévue.

Tous les commentaires soulignent le sentiment de **non-préparation** à ce type de situation, le manque de formation, et l'absence de protocolisation de ce qui pourrait l'être.

Il est surprenant pourtant, qu'il n'existe que très peu de protocole sur la prise en charge de ce type de situation ; dans sa thèse de 2007, Van Cortenbosch avait pourtant défini et publié dans la revue « Gynécologie obstétrique et fertilité » en 2008, une conduite à tenir pratique qui devrait servir de base de protocole à tous les soignants et dans chaque établissement face à une mort maternelle en Maternité.

Au-delà de l'événement lui-même, la prise en charge des suites médicolégales est elle aussi facteur de souffrance et de déstabilisation autant en France qu'aux Etats Unis (7, 26).

L'aide apportée sur le plan **technique** (aide juridique, aide à la gestion du dossier...) reste inconstante et plus le fait de juristes que de professionnels de santé : pourtant, si les juristes connaissent le droit, ce sont encore les soignants qui connaissent la médecine...

Si les protocoles techniques n'existent pas, les protocoles d'accompagnement des soignants ne sont pas plus fréquents.

Dans notre enquête, l'aide institutionnelle est extrêmement rarement mise en avant ; la seule aide soulignée et exprimée est celle apportée par des confrères, ce qui est finalement assez rassurant sur la **confraternité** au sein de nos professions.

L'aide sur le plan psychologique, qu'elle soit à court, moyen ou long terme, est très peu apportée :

-il est constant de constater que les soignants ne la demandent pas : il est très difficile pour un professionnel de demander de l'aide ou même d'accepter de se faire aider.

-il est constant de constater que cette aide n'est que très rarement proposée, alors que cette proposition devrait être systématique.

Vécu et ses conséquences

Il est constant à chacune des questions posées, de constater que les commentaires libres sont très nombreux ; nous n'en n'avons retranscrit qu'une petite part, les expressions restant toutes très

voisines (peur, stress, angoisse, arrêt d'activité...) ; tous les répondants ont très largement exprimé les difficultés et leur mal-être dans le vécu immédiat et a posteriori de ce type de situation dont il semble qu'ils ne les aient guère exprimées auparavant ou dans d'autres lieux.

Pourtant, comme Yves Léopold (15), de nombreux auteurs (1,3,4,5,10,12,14,19,24) témoignent du fait que lors de suicides de professionnel, le facteur déclenchant est souvent un accident médical à la suite duquel le professionnel mal accompagné, se trouve en situation de crise personnelle et de détresse irrémédiable.

Ainsi dans les deux dernières années, la presse grand public régionale et nationale relate deux décès de gynécologues obstétriciens (Montbéliard, Villeneuve d'Ascq) ; dans ces deux cas récents, des évènements médicaux graves initiaux semblaient être à l'origine du geste fatal.

Une culture de la gestion des risques à changer

Sans exonérer les fautes ou les erreurs, après un accident médical grave, c'est une vraie démarche d'amélioration des pratiques qui rendra service aux soignants mis en cause, mais aussi à l'ensemble de l'équipe médicale voire à l'ensemble de la communauté médicale par les retours d'expérience qu'elles apportent.

Les commentaires de notre enquête montrent pourtant qu'après un accident grave, la recherche des responsabilités, notamment par l'entourage professionnel, passe bien avant l'accompagnement des professionnels.

Ceci vient à rajouter encore, s'il en était besoin, une dose de culpabilité à des professionnels ayant vécu un accident médical déjà éprouvant.

Dans notre enquête, les RMM sont rarement mises en place, alors qu'elles devraient l'être systématiquement dans ce type de situation.

On peut d'ailleurs s'interroger, au vu de quelques réponses, sur la pertinence du mode d'organisation pratique de ces RMM, dont certaines tournent au tribunal ou à l'inquisition plutôt qu'à une démarche d'amélioration des pratiques.

Il convient donc dans le cadre de ces RMM, de respecter les règles professionnelles, d'en privilégier l'animation par des intervenants extérieurs et d'éviter que des personnels hiérarchiques et administratifs n'utilisent ces réunions d'amélioration de pratiques pour sanctionner les soignants.

Cette évidence est aujourd'hui inscrite dans des recommandations multiples, diffusées tant par l'HAS que par les sociétés savantes.

Au vu des commentaires faits par les 208 répondants aux questions posées, on peut s'interroger sur l'application pratique sur le terrain de ces différentes recommandations, en tous cas dans les établissements où exercent nos répondants.

V Propositions

Il convient que dans chaque maternité soit mis en place un protocole concernant chaque **évènement indésirable grave** (EIG).

Le signalement des évènements indésirables graves étant aujourd'hui une obligation réglementaire, ces situations doivent être listées ; elles le sont déjà régulièrement par les réseaux professionnels (par exemple réseau MATERMIP en Midi-Pyrénées).

Pour chacune de ces situations et tout EIG, au-delà du **signalement formel** à faire à l'Agence Régionale de Santé et/ou au réseau périnatal local, il conviendrait que soient définis, avec la cellule de gestion des risques de l'établissement (2, 27,29):

- un protocole médical sur la **conduite à tenir médicale** en cas de mort maternelle ou de mort néo-natale inopiné,
- un protocole **médico-légal** (gestion de dossier, gestion de plaintes...)
- un protocole **d'accompagnement des familles**,
- un protocole de gestion des risques dans le cadre d'une **amélioration des pratiques** (RMM selon des règles professionnelles),
- un protocole **d'accompagnement des soignants** (court, moyen et long terme).

Nous ne rentrerons pas dans les premiers protocoles qui ne sont pas l'objet de notre travail.

Concernant l'accompagnement des soignants, il semble nécessaire d'envisager :

- Un **débriefing individuel immédiat** par psychiatre, psychologue ou personnel dédié de l'établissement,
- un **débriefing collectif des intervenants**, qui n'est pas une RMM, mais un **groupe de parole et d'expression** libre et collective à animer par des professionnels
- un **suivi à moyen terme** des soignants impliqués dans l'accident médical, soit par les mêmes intervenants, soit par la médecine du travail de l'établissement, soit par une association d'entraide régionale ou nationale, avec éventuel recours à des pairs (Ordre professionnel, Syndicat, Collège professionnel, président de CME, ...).
- un **accompagnement à long terme**, sur la base du volontariat, de la confidentialité et de l'anonymat éventuel, doit également être proposé.

Il conviendrait ainsi que chaque Président de CME (ou l'un de ses représentants) soit spécifiquement formé à l'aide à ses collègues dans ce type de situation ; c'est en effet sur le terrain, par la proximité au sein d'un Etablissement, que la pertinence de l'accompagnement ou le dépistage des difficultés des professionnels peut être au mieux réalisé.

Les Présidents de CME pourraient ainsi être le lien avec des structures externes aidantes, et/ou participer à une cellule de gestion des risques au sein de l'établissement où leur rôle de confraternité vis-à-vis des soignants en difficulté serait clairement défini.

Conclusion

Il est toujours troublant d'accoler ces deux mots : mort et maternité (5)

La mort d'une mère en maternité, la mort d'un enfant imprévue lors de la naissance, sont les **accidents les plus graves** qui peuvent survenir dans les lieux où débute la vie.

Les résultats de l'enquête que nous avons réalisée, basée sur le volontariat des réponses, témoignent d'un manque criant d'aide des professionnels dans ce type de situation.

Ces situations étant les plus violentes, elles ne sont que la partie émergées de l'iceberg des Événements Indésirables Graves (EIG).

Comment pourrait-il y avoir un accompagnement des soignants pour tous les autres EIG, toutes les autres complications ou difficultés existant au quotidien dans leur pratique, si l'on n'est pas capable de le réaliser pour les situations les plus graves ?

Une nouvelle culture des accidents médicaux est à mettre en place, passant du jugement de nos collègues, à l'accompagnement de nos confrères.

Toutes les structures professionnelles, Associations d'Entraide, Ordres Professionnels, Sociétés savantes, doivent de manière urgente se pencher sur le berceau de la santé des soignants sous peine, dans des conditions économiques tendues et médico-légales aggravées, de voir augmenter le nombre de suicides des professionnels.

Nous avons espoir que l'enquête réalisée permette les prises de conscience nécessaires à la mise en place de protocoles spécifiques d'accompagnement des soignants dans tous les établissements et dans toutes leurs difficultés.

La gestion des évènements indésirables graves n'aboutira à une amélioration des pratiques que si, à une amélioration des techniques et des accompagnements humains propre à apaiser la souffrance des premières victimes, les patients, s'intègre la part d'humanité que nous devons aux deuxièmes victimes, les soignants.

Cette humanité entre soignants est rappelée dans les commentaires de l'article 56 du Code de Déontologie des médecins ; cette confraternité active s'appelle l'ingérence confraternelle, illustrée dans le serment d'Hippocrate :

« J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité »

Bibliographie

- 1/ALLAM Lamy : *Vécu de la mort maternelle par la sage-femme* Région GCBH au Maroc. 2015 Editions Universitaires Européennes
- 2/BOUVIER COLLE M.H. et coll. *Les Morts Maternelles en France // Rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009* (<http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/01/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>)
- 3/CAHN Gilles, dir., 2015. *Le médecin malade ou en burnout*. Montrouge: John Libbey Eurotext Limited. p.387-443. Médecine: de la médecine factuelle à nos pratiques. Vol.11, N°9.
- 4/CANOUI Pierre, MAURANGES Aline, 2008. *Le burnout à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Paris : Editions Elsevier Masson. 240 p.
- 5/COLLAS, METGE et PUYUELO *Vie et mort à la Maternité* EMPAN N°97 / 2015 / https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=EMPA_097_0094
- 6/COMBALBERT L. *Le management des situations de crise*. ESF Editeur
- 7/COMMITTEE OPINION (American College of Obstetrician and Gynecologist) *Coping with the stress of Medical Professional Liability Litigation Obstetrics & Gynecology vol 121 n°1 Janvier 2013*
- 8/DELBROUCK Michel, 2008. *Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles : Éditions De Broeck. 280p.
- 9/ELLENA Virginio, dir., 2015. *La santé du médecin*. Paris : CNOM, 43 p. Rapport de la commission nationale permanente.
- 10/ESTRYN-BEHAR Madeleine, 1997. *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, reconnaissance, analyse et prévention*. Paris : Editions Estem. 245 p.
- 11/GALAM Éric, LEOPOLD Yves, 2008. Dossier le burnout : épuisement des médecins en parler ! *Le concours médical*, tome 130, n°8, p. 393–405.
- 12/GALAM Éric, 2012. *L'erreur médicale, le burnout et le soignant : de la seconde victime au premier acteur*. Paris : Springer. 328 p. Collection progrès en sécurité des soins.
- 13/HAS 2011 *Annnonce d'un dommage associé aux soins* http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins
- 14/LEMOINE D. *Une cellule d'écoute et un espace ressource pour les soignants* 2014 EMC <http://www.em-consulte.com/article/937484/article/-cellule-d-ecoute->
- 15/LEOPOLD Yves, 2003. *Les chiffres du suicide chez les médecins*. Paris CNOM, rapport.
- 16/LERICHE Bertrand, dir., 2008. *Le médecin malade*. Paris : CNOM, 81 p. Rapport de la commission nationale permanente.
- 17/Revue MEDECINE vol 11 -2015- n°9 *Soigner les soignants (Galam, Léopold, Pacaud...)* http://www.jle.com/fr/revues/med/sommaire.phtml?cle_parution=4265
- 18/MOTS : Organisation du Travail et Santé du Médecin. 0608. 282.589. <http://www.association-mots.org>
- 19/NUZUM D. et coll *The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study* BJOG 2014 July 121(8) : 1020-8
- 20/PAIMM. *Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade*. <http://www.fgalatea.org>
- 21/PAMQ. *Programme d'Aide aux Médecins du Québec*. <http://www.pamq.org>
- 22/PUDDESTER D. et coll *Guide CanMEDS pour la santé des médecins* www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/physician-health-guide-preview-f.pdf

- 23/Rapport EURO-PERISTAT 2013. <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale>
- 24/ROMANO Hélène *Accompagner le deuil en situation traumatique*. 2015 DUNOD
- 25/ROUX-TERRIER C. *Mortalité périnatale et qualité des prises en charge au sein du réseau Aurore de 2005 à 2011. Mise en place des réunions de morbi-mortalité au sein du réseau* – Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 9/04/2014
- 26/SEGUY B. *Prévenir le risque juridique en Obstétrique : cas réels-bonnes pratiques* ; Paris Masson 2006
- 27/THEVENOT Jean *Gestion de crise en salle de naissance*. La lettre du gynécologue N° 318/319 Janvier // Février 2007
- 28/TRUCHOT Didier, 2002. *Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne*. URML Champagne-Ardenne. Etude
- 29/VAN CORTENBOSCH B. *Questions pratiques en cas de survenue d'un décès maternel* Gynécologie Obstétrique & Fertilité (2008)
- 30/VAN CORTENBOSCH B. *Conduite à tenir face à une mort maternelle* Thèse 2007 Faculté de Médecine Henri Warembourg - LILLE

Questionnaire Accident grave en Maternité

(Questionnaire confidentiel et anonyme selon votre souhait)

1/Avez-vous vécu comme acteur de salle de naissance dans votre carrière une mort maternelle per partum ou une mort néonatale per partum (hors MFIU ou pathologie ante natale connue) et combien de fois ?

Mort Maternelle Oui Non Nombre :

Mort néonatale imprévue Oui Non Nombre :

2/Dans les 24h suivant l'accident médical le plus grave pour vous, avez-vous eu une aide ou un accompagnement aidant proposé au sein de votre

Etablissement :

-de un ou plusieurs de vos collègues oui non

-de cadres soignants oui non

-d'une cellule spécialisée oui non

-d'une psychologue oui non

-autre (précisez) :

Si oui, existe-t-il un protocole spécifique d'Etablissement :

Oui non

Le cas échéant, pouvez-vous nous en communiquer une copie (*éventuellement anonymisée*) ?

3/ Dans les 24h suivant cet accident médical, avez-vous sollicité vous-même une aide ou un accompagnement au sein de votre Etablissement :

-de un ou plusieurs de vos collègues oui non

-de cadres soignants oui non

-d'une cellule spécialisée oui non

-d'une psychologue oui non

-autre (précisez) :

4/Au-delà des premières 24h, vous a-t-il été proposé une aide à gérer cette situation (merci de préciser le type d'aide):

• Au sein de votre Etablissement oui non Précisez

• Par un réseau périnatal oui non Précisez

• Par un Ordre, syndicat ou un collège professionnel oui non Précisez

• Par une association d'Entraide professionnelle oui non

• Autre (précisez) :

5/ Cet accident médical a-t-il modifié votre pratique médicale? Oui non

Si oui, précisez :

6/ Cet accident médical a-t-il eu des conséquences personnelles :

-état dépressif et/ou sensation d'épuisement professionnel oui non

- idées suicidaires oui non
- arrêt de l'obstétrique oui non
- problèmes au sein de votre établissement oui non
- problèmes de couple oui non
- problèmes financiers oui non
- difficultés avec associés ou confrères proches oui non
- autres oui non

Si vous avez répondu OUI à l'une des propositions précédentes, merci de préciser éventuellement :

7/Y-a-t-il eu des suites administratives ou judiciaires à cet accident médical ?

- plainte pénale oui non
- plainte civile oui non
- plainte ordinale oui non
- procédure en CRCI oui non
- autre (précisez) :

8/ Avez-vous été assisté pour gérer ces suites judiciaires? Oui non
Si oui par qui

9/Dans la gestion à court ou moyen terme de cette situation, vous sentiez-vous compétent ? oui non
Si non, précisez pourquoi :

10 / Auriez-vous souhaité une aide pour gérer cette situation ?
Oui non
Si oui, de quel type ?

11/ Un membre de votre entourage professionnel a-t-il subi les conséquences de cet accident médical ? Oui non
Si oui, précisez les circonstances :

12/ Avez-vous aidé l'un de vos collègues dans les suites d'un accident médical ?
Oui non
Si oui, précisez les circonstances :
13/Commentaires libres :

Merci de préciser :

-Homme Femme

-Age :

-Nombre d'années d'exercice :

-Qualification :

-Nombre de procédures judiciaires ou assimilées dans votre carrière :

Souhaitez-vous à ce jour une aide spécifique personnelle (qui restera confidentielle)?

Oui non

Motif éventuel :

Si vous souhaitez recevoir les résultats détaillés de cette enquête, ou si vous avez répondu oui à la question précédente, merci de laisser vos coordonnées (Nom, Prénom, mail, téléphone....) :

Ce document peut être renvoyé par courrier, fax ou mail :

Dr Jean Thévenot

Clinique Ambroise Paré 387, route de St Simon

31082 Toulouse cedex 1

Mail : dr.j.thevenot@orange.fr

Fax : 0561501513