



HAL
open science

Expériences nuancées des sages-femmes exerçant en Protection Maternelle et Infantile, dans le cadre de la prévention anténatale des risques de l'enfance en danger : enquête dans trois départements de juillet à novembre 2013 : Finistère, Côtes d'Armor, Mayotte

Maëla Calvez

► **To cite this version:**

Maëla Calvez. Expériences nuancées des sages-femmes exerçant en Protection Maternelle et Infantile, dans le cadre de la prévention anténatale des risques de l'enfance en danger : enquête dans trois départements de juillet à novembre 2013 : Finistère, Côtes d'Armor, Mayotte. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01087431

HAL Id: dumas-01087431

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01087431>

Submitted on 26 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de médecine et des sciences de la santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2014

**Expériences nuancées des sages-femmes exerçant en Protection Maternelle et
Infantile, dans le cadre de la prévention anténatale des risques de l'enfance en
danger**

*Enquête dans trois départements de juillet à novembre 2013 : Finistère, Côtes d'Armor,
Mayotte*

Présenté et soutenu par :

Maëla Calvez

Née le 25 Novembre 1990

Directeur de mémoire : Madame le Docteur Émilie Potin, sociologue

Président de jury : Monsieur le Professeur Collet

Mes remerciements à :

Madame Agnès Thépaut, sage-femme enseignante et guidante de ce travail, pour sa disponibilité,

Docteur Potin, expert de ce travail,

Toutes les sages-femmes territoriales ayant accepté de me rencontrer et de m'accorder du temps,

Ma famille, mes parents et Tangi, pour leur soutien et leur patience tout au long de mes études,

Alexandre, pour sa présence et son écoute,

La promotion 2010-2014, pour ces quatre belles années passées tous ensemble,

Mes amies d'enfance.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	7
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE.....	10
I. Enfance en danger ou en risque de danger : le contexte français.....	10
I.1. Approche conceptuelle.....	10
I.2. Facteurs de vulnérabilité pendant la grossesse.....	10
I.2.1. Futurs parents : des antécédents fragilisants.....	10
I.2.2. Situations familiales avant la grossesse.....	11
I.2.3. Déroulement de la grossesse dans un contexte de vulnérabilité.....	11
I.2.4. Fratrie de l'enfant à naître : antécédents d'enfant en risque de danger.....	12
II. Rappels sur la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance	13
II.1. Les changements qu'apportent cette loi.....	13
II.1.1. La prévention : objectif majeur de la réforme.....	13
II.1.2. Protection judiciaire et administrative : une nouvelle répartition des rôles.....	14
II.2. Le secret professionnel	14
II.3. La formation des professionnels.....	14
III. Place de la sage-femme de PMI dans la prévention de l'enfance en danger ou en risque de danger.....	15
III.1. Historique de la fonction et missions de la sage-femme de PMI.....	15
III.1.1. Création de la PMI.....	15
III.1.2. Sage-femme en PMI: historique.....	15
III.2. Compétences de la sage-femme de PMI.....	16
III.2.1. Formation initiale commune à toutes les sages-femmes.....	16
III.2.2. Rôle de la sage-femme de PMI.....	16
III.2.3. Outils de la sage-femme de PMI pour mener à bien son rôle.....	17
DEUXIEME PARTIE : Méthode, résultats et discussion	20
I. Objectifs et hypothèses.....	20
II. Population et méthodes	20
II.1. Type d'étude.....	20
II.2. Population étudiée et mode de contact.....	20
II.3. Recueil de données.....	21
II.4. L'outil de recueil.....	21
II.5. Analyse des données.....	22
III. Résultats de l'étude : analyse des entretiens.....	22
III.1. Présentation de la population.....	22

III.2. Formation initiale et complémentaire en protection de l'enfance.....	23
III.3. Rôle principal de la sage-femme de PMI dans la prévention anténatale des risques de l'enfance en danger.....	23
III.4. La pratique des sages-femmes dans leur rôle de prévention.....	24
III.4.1. Outils utilisés.....	24
III.4.2. Facteurs de vulnérabilités : identification et accompagnement.....	25
III.4.3. Les visites à domicile.....	26
III.4.4. Sujets abordés en entretien par la sage-femme : du médical au social.....	28
III.4.5. Actions mises en place pour mener la prévention pendant la grossesse.....	28
III.4.6. Entretien prénatal précoce	32
III.4.7. Refus de suivi par la femme.....	32
III.4.8. Prise en charge d'une nouvelle grossesse dans une famille où un ou plusieurs enfants est sous protection judiciaire ou administrative.....	33
III.5. Travail en réseau.....	33
III.5.1. Partenaires principaux.....	33
III.5.2. Échanges et transmissions des informations avec les partenaires.....	35
III.5.3. Respect de la confidentialité des informations et accord de la patiente.....	37
III.5.4. Relais après la naissance : de quelle façon ?.....	38
III.6. Un rôle différent selon le département d'exercice, le réseau partenarial, et les ressources partenariales disponibles.....	38
IV. Discussion.....	39
IV.1. Limites de l'étude, points forts, points à améliorer.....	39
IV.1.1. Limites de l'étude.....	39
IV.1.2. Points forts.....	40
IV.1.3. Points à améliorer.....	40
IV.2. Discussion et validation des hypothèses de recherche.....	40
IV.2.1. Formation initiale et continue des sages-femmes.....	40
IV.2.2. Le rôle de la sage-femme en PMI décrit par les sages-femmes interrogées.....	41
IV.2.3. Les outils pour débiter un suivi de prévention.....	42
IV.2.4. Facteurs de vulnérabilité.....	44
IV.2.5. Actions mises en place : visites à domicile, orientation vers des partenaires, préparation à la naissance et à la parentalité.....	45
IV.2.6. Travail avec le réseau.....	48
IV.2.7. Le partage d'informations et le secret professionnel.....	49
IV.2.8. Hypothèses : rappel et discussion	50
IV.3. Propositions d'amélioration de la prévention	51
CONCLUSION.....	53
REFERENCES.....	54
ANNEXES.....	61

GLOSSAIRE

ACFAV : Association pour la Condition Féminine et d'Aide aux Victimes

AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert

AFREE : Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ODAS : Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

PMI : Protection Maternelle et Infantile

TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

UAS : Unité d'Action Sociale

INTRODUCTION

En 2011, d'après le chiffre du Ministère de l'Intérieur, au moins 17 889 enfants ont été victimes de violence, mauvais traitements ou abandons. (1)

De plus, 273 000 mineurs en danger bénéficient d'au moins une mesure de protection (Action Éducative en Milieu Ouvert, accueil spécialisé, accueil de jour..) (1), contre 271 500 en 2009. (2)

La loi du 5 mars 2007, (3) (4) (5) relative à la protection de l'enfance, a été mise en place afin de réformer une partie du dispositif de protection de l'enfance en France. Cette loi avait, pour but principal, d'accentuer la prévention de l'enfance en danger, pendant la grossesse et autour de l'accouchement, notamment avec le développement de l'entretien dit du « 4ème mois », ou entretien prénatal précoce, instauré en 2004 par le plan de périnatalité. (6) De plus, la Protection Maternelle et Infantile (PMI), placée directement sous la responsabilité du président du Conseil Général qui organise ses missions, voit s'accroître son rôle médico-social dans la prévention périnatale.

Au sein de la PMI, les sages-femmes territoriales interviennent pendant la grossesse. La sage-femme occupe une place de choix dans la prévention anténatale, en accompagnant les couples dans le développement de la parentalité pendant cette période. D'après le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), (7) la prévention de l'enfance en danger a pour objectif de « prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés, dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives ». La sage-femme est un professionnel de la grossesse et de la naissance qui peut tenir ce rôle, et plus spécifiquement en PMI, où elle agit dans un champ médico-psycho-social (8), en étant attentive au vécu psychologique du couple, de leur contexte familial, social et économique, en allant à domicile (9), et en les préparant à la venue de leur enfant. Elle peut donc organiser un accompagnement personnalisé si besoin.

En effet, la grossesse est une opportunité pour les parents d'exprimer leurs inquiétudes et leurs angoisses, en particulier pour la mère car la grossesse peut réactiver certains conflits psychiques antérieurs, (10) (11) et générer ainsi du stress.(2) De plus, une grossesse vécue dans l'isolement peut aussi compliquer l'accueil du bébé et provoquer par la suite des troubles de la relation parents-enfants (10), d'où l'importance d'une prévention précoce pendant la grossesse.

Ayant fait un stage en PMI avec des sages-femmes, j'ai pu appréhender leur travail, leur action pendant la

grossesse dans l'accompagnement des futures mères et leur famille. Je n'ai retrouvé par contre que peu d'informations dans la littérature sur leurs actions pour la prévention de l'enfance en danger, malgré la loi de mars 2007. C'est pourquoi j'ai voulu m'intéresser de plus près à leur rôle dans le cadre de cette prévention anténatale : Comment peuvent-elles intervenir? Que mettent-elles en œuvre? Pour y répondre, j'ai souhaité recueillir ainsi des exemples concrets de prise en charge , de situations, en réalisant des entretiens.

Pour introduire ce travail, une première partie exposera tout d'abord le contexte de l'étude : les définitions importantes de l'enfance en danger et les facteurs de risque retrouvés dans la littérature, la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance, et les compétences de la sage-femme de PMI dans la prévention de l'enfance en danger. Puis, l'étude et ses résultats seront présentés, et discutés au regard de la littérature.

PREMIERE PARTIE

I. Enfance en danger ou en risque de danger : le contexte français

Durant l'année 2011, en France, 17 889 enfants ont été victimes de mauvais traitements ou d'abandons (1). De plus, d'après le dernier rapport de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), (12) au 31 décembre 2010, 273 000 mineurs sont pris en charge par la protection de l'enfance.

I.1. Approche conceptuelle

Tout d'abord, il s'agit de définir des notions importantes: Depuis 2007, le mot « maltraitance » n'apparaît plus dans les textes, on parle alors d' « enfant en danger » ou à « risque de l'être ». Selon l'article 375 du code civil (7), en 2007, l'enfant connaît un danger ou un risque de danger si ses besoins fondamentaux, tels que sa santé, sa sécurité, sa moralité sont en danger, ainsi que son développement physique, affectif, intellectuel, et social. D'après l'étude prospective du Docteur Marneffe, pédopsychiatre, (13) une aide préventive psychosociale pendant la grossesse et la période périnatale permettrait de réduire par cinq les mauvais traitements. Cette prévention peut-être mise en place par un repérage de facteurs de vulnérabilité. La vulnérabilité est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme une « caractéristique principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacée du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ». (14) Des études rétrospectives (13) sur les enfants victimes de mauvais traitements ou de défaut de soins ont permis de faire apparaître ces facteurs de vulnérabilités, pouvant être repérés pendant la grossesse et en périnatal par les professionnels. Bien sûr, s'agissant d'études rétrospectives, il existe un biais, ces facteurs sont donc à utiliser avec précaution.

I.2. Facteurs de vulnérabilité pendant la grossesse

Les facteurs suivants sont ceux retrouvés dans la plupart des études rétrospectives. Ce sont des facteurs pouvant être appréhendés pendant la grossesse.

I.2.1. Futurs parents : des antécédents fragilisants

Des parents qui n'ont pas réussi à élaborer des traumatismes de l'enfance, ou qui n'ont pas d'images positives dans l'enfance ou de modèles parentaux satisfaisants, qui ont été eux-mêmes maltraités, sont plus vulnérables que les autres parents. Ils peuvent alors se retrouver confrontés à des difficultés dans la construction de leur image parentale. (15) Plus précisément, des parents placés à plusieurs reprises dans leur enfance, victimes de mauvais traitements physiques et psychologiques, ou de carences, vont être plus

vulnérables. (16) De plus, des troubles du comportement et des troubles mentaux peuvent rendre difficile l'acceptation et l'investissement de la grossesse par les parents : alcoolisme, toxicomanie, troubles des conduites sociales,... Des troubles somatiques peuvent agir de la même manière. Monique Bydlowski parle de « sensibilité émotionnelle ». (16) Cette sensibilité émotionnelle pourrait être un indicateur de risque, se révélant par exemple par une grossesse post-infertilité, un antécédent familial de complications périnatales, un antécédent psychiatrique chez la mère (conflits bipolaires, défenses névrotiques, troubles de type « borderline »). En outre, d'après l'étude de l'ODAS de 2003 (17), des « carences éducatives » chez les deux parents peuvent induire un risque de danger pour l'enfant à venir. L'ODAS entend par « carences éducatives » une précarité relationnelle par un isolement social, et une immaturité, c'est-à-dire un manque de repères chez les deux parents.

I.2.2. Situations familiales avant la grossesse

Il faut aussi prendre en compte la situation familiale au moment de la survenue de la grossesse :

- un isolement social ou familial,
- des problèmes économiques et sociaux (précarité, chômage) ou médicaux,
- un deuil récent,
- une addiction,
- une séparation du couple,
- des conflits conjugaux.

Ce dernier facteur est, d'après l'ODAS, un des plus importants retrouvés, à l'origine d'enfant en danger. (17) L'image que les parents se font de l'enfant est aussi importante : celui-ci peut renvoyer une image positive mais aussi négative, comme par exemple un fœtus conçu d'une autre union, une grossesse suite à un adultère, un enfant « de remplacement »...(13)

I.2.3. Déroulement de la grossesse dans un contexte de vulnérabilité

Les différentes vulnérabilités repérables pendant la grossesse sont, tout d'abord, celles liées à la fragilisation du lien précoce à l'enfant. Ainsi, durant la période prénatale, on retrouve ce qui concerne les carences d'investissements de la grossesse avec :

- les déclarations tardives de grossesse,
- les grossesses non déclarées,
- les grossesses multiples,

- un suivi irrégulier ou une absence de suivi de grossesse,
- une demande d'IVG tardive,
- un déni de grossesse.

Ce sont tous des facteurs pouvant être repérés en pré-natale. Plus généralement, une grossesse non programmée, ou inopportune (une mère très jeune ou trop âgée, une grossesse qui ne survient pas au moment idéal pour les parents), sont des indicateurs de risque pour Monique Bydlowski. (16)

Puis, tout au long de la grossesse, il est nécessaire d'être attentif face à :

- une absence de préparation matérielle à la venue de l'enfant (qui peut indiquer une difficulté à s'identifier à un projet parental),
- une hésitation par rapport à un éventuel abandon,
- une attente anormale exprimée à l'égard de l'enfant à venir. (13)

Un événement de vie, (15) survenant pendant la grossesse comme un deuil, une perte, une séparation du couple peut être aussi un indicateur de risque. Mais encore, les femmes avec des pathologies de la grossesse (13) nécessitant une hospitalisation plus ou moins longue (menace d'accouchement prématuré, grossesse multiple dans certains cas) avec examens répétés peuvent nécessiter un accompagnement médico-psycho-social plus important que pour d'autres femmes.

I.2.4. Fratrie de l'enfant à naître : antécédents d'enfant en risque de danger

Il peut-être intéressant de se renseigner sur la fratrie de l'enfant à naître (13): y a-t-il des antécédents d'enfants placés, de mauvais traitements connus, de morts subites inexplicables ou de protection judiciaire ou administrative sur un des enfants ?

En définitive, ces facteurs de vulnérabilité sont à utiliser avec nuance et discernement. Isolés, ils peuvent ne pas être inquiétants, mais associés, ils peuvent nécessiter une vigilance et permettre de prévenir un risque d'enfance en danger. Ce sont des facteurs qui ont été déduits d'études rétrospectives, à partir de situations de maltraitance avérée. Il ne faudrait pas stigmatiser des parents ou des femmes, mais prévenir et accompagner avant tout. (18) Nous pouvons penser que les professionnels peuvent s'appuyer sur ces facteurs pour être plus vigilants, et organiser un suivi adapté si besoin. La loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance est axée sur cette prévention, qui peut-être débutée pendant la grossesse et autour de la naissance, puis tout au long de l'enfance.

II. Rappels sur la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

La loi du 5 mars 2007, ou loi relative à la protection de l'enfance, a été mise en place dans le but de mieux prévenir les risques, et de mieux prendre en charge l'enfance en danger ou en risque de l'être. Elle laisse une place importante à une prévention la plus précoce possible, afin que le couple puisse accueillir son enfant dans les meilleures conditions. Ainsi, elle n'oppose plus « protection » et « prévention » : la protection de l'enfance passe par la prévention. (3)

II.1. Les changements qu'apportent cette loi

L'instauration de cette loi avait quatre objectifs :(19)

- ~ développer la prévention,
- ~ renforcer le dispositif d'alerte et d'évaluation des risques de danger,
- ~ améliorer et diversifier les modes d'intervention,
- ~ renouveler les relations avec les enfants et les familles.

II.1.1. La prévention : objectif majeur de la réforme

La prévention est l'objectif majeur de cette réforme de 2007. En effet, le but est de créer une relation avec les parents basée sur la confiance, et l'accompagnement, et non plus seulement être dans le dépistage et le signalement. (3) Cette loi renforce le dispositif de prévention primaire de la maltraitance pour intervenir en période périnatale, et éviter la situation de danger ou à risque de danger pour l'enfant . De plus, on voit apparaître depuis cette loi la mise en place de l'entretien prénatal précoce, ou entretien du 4^{ème} mois, pouvant être réalisé par des sages-femmes, de PMI, hospitalières ou libérales, mais aussi par des médecins généralistes ou gynécologue-obstétricien. Cet entretien doit être proposé à chaque femme enceinte. Le Conseil Général devient le centre du dispositif de la protection de l'enfance. Dorénavant, il organise directement les missions de PMI celle-ci étant sous sa responsabilité, mais toujours dirigée par un médecin. Le Conseil Général est aussi responsable de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Des cellules spécialisées de recueil d'informations préoccupantes (CRIP) sont créées dans chaque département : elles sont une interface entre les services du département (PMI, ASE), la justice, les associations, les élus locaux. Une information préoccupante est définie comme « tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger ou de risque de danger et puisse avoir besoin d'aide. » Ce sont donc des faits observés, entendus, des inquiétudes concernant des comportements à l'égard d'un mineur. Ces cellules ont trois missions : centraliser tout d'abord ces informations préoccupantes, qui sont transmises au président du Conseil Général, puis le traitement et l'évaluation de ces informations. Enfin, elles ont une mission de conseil envers les professionnels de l'enfance. Chaque CRIP dispose d'une équipe pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle composée de professionnels médico-sociaux et sociaux. (5) (20)

II.1.2. Protection judiciaire et administrative : une nouvelle répartition des rôles

La protection de l'enfance en danger comporte différentes mesures de protection :

- la protection judiciaire, qui comprend les interventions individualisées à partir d'une décision du juge des enfants ou exceptionnellement du procureur de la République. L'adhésion de la famille est toujours recherchée, mais la décision du juge est imposée même s'il y a refus des parents, sous forme d'ordonnance ou de jugement.
- la protection administrative, qui dépend du président du conseil général, et qui est basée sur un contrat réalisé avec l'accord des parents ou sur demande des parents. (19)

Ces différentes protections peuvent comporter des aides à domicile et des mesures de placement. (5)

Depuis la loi du 5 mars 2007, la protection administrative a été développée et doit primer sur la protection judiciaire. C'est pourquoi le procureur de la République (protection judiciaire) doit être avisé (21) si aucun moyen n'a pu remédier à la situation, ou si la famille refuse les différentes interventions.

II.2. Le secret professionnel

Le secret professionnel permet de respecter la vie privée des personnes et de garder confidentiel chaque information touchant à la vie privée ou confidentielle, qui a été comprise, vue, entendue ou déduite par le professionnel dans l'exercice de sa profession. La sage-femme est donc soumise au secret professionnel et doit garder secret toute information médicale, ou relevant de la vie privée de ses patient(e)s. (22) (23) Mais, dans le cadre de la protection de l'enfance, il existe une exception : d'après l'article L226-2-2 du CASF, « les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance [...] sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre toutes les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. » (24) Ce partage d'informations n'est pas obligatoire, et il doit être limité à des informations qui sont nécessaires dans le cadre de cette protection de l'enfance, entre les professionnels participant à cette protection. De même, tout professionnel de santé doit faire part aux autorités de toute information préoccupante recueillie dans le cadre de l'exercice professionnel. (25)

II.3. La formation des professionnels

La loi de mars 2007 modifie la loi de juillet 1989 (26) sur la formation des professionnels dans le cadre de la prévention de l'enfance en danger. Ainsi, l'article L542-1 du Code de l'Éducation stipule que « l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale » doivent recevoir une formation initiale et continue sur la protection de l'enfance en danger. (27)

En définitive, avec les aménagements que propose cette loi, on peut se demander alors si la place de la PMI dans la prévention primaire, et en particulier la pratique des sages-femmes a été accentuée, ou modifiée.

III. Place de la sage-femme de PMI dans la prévention de l'enfance en danger ou en risque de danger

III.1. Historique de la fonction et missions de la sage-femme de PMI

III.1.1. Création de la PMI

Tout d'abord, en 1874, la loi Roussel est instaurée : elle définit la surveillance des enfants placés en nourrice. Puis, en 1889, elle est modifiée : la protection judiciaire est étendue aux « enfants maltraités et moralement abandonnés. »(28) La Protection Maternelle et Infantile est créée après la seconde Guerre Mondiale, en 1945, dans le but de diminuer la mortalité infantile. (5) Les assistantes sociales de la PMI avaient pour rôle de surveiller à domicile les enfants en nourrice, gardés hors du domicile, ou ceux dont les parents recevaient une allocation de l'État, des Collectivités, des caisses de sécurité Sociale ; et bien-sûr tout enfant qu'elles suspectaient victimes de maltraitance ou négligence. Elles devaient ensuite rendre compte de leurs observations au médecin chef de la PMI, et au directeur de la santé physique. (29) L'ordonnance de 1945, créant la PMI fait aussi apparaître la notion de prévention. En plus des missions spécifiques aux enfants placés en nourrice, la mission de la PMI était la protection généralisée des futures parents, femmes enceintes, jeunes mères venant d'accoucher, et les enfants jusqu'à six ans. (5) Dès sa création, l'activité de la PMI répond principalement à trois principes : une accessibilité pour l'ensemble de la population, la gratuité, et le caractère préventif de ses actions. (30) En 1970, avec le premier programme de périnatalité et la loi du 15 juillet (31), la PMI intervient dans la délivrance obligatoire de certains certificats de santé préventifs pour les enfants. Les missions de la PMI sont donc réorganisées avec, en plus, la création des consultations de planification et d'éducation familiale avec la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances. (32) Cette loi est appliquée à Mayotte en 1990. Ce sont les conseils généraux qui, depuis la loi de décentralisation du 22 juillet 1983 (33), peuvent diriger ce service dans chaque département. La loi du 5 mars 2007 vient finalement renforcer le rôle de prévention de la PMI en période périnatale.

III.1.2. Sage-femme en PMI: historique

Avec ces différentes lois, se rajoutent la loi de 1974 relative à l'interruption médicale de grossesse. La PMI, avec ses nouvelles missions de planification familiale, et incitée par le décret du 5 mai 1975 (34), recrute alors des sages-femmes dans ses services. Aujourd'hui, les services départementaux doivent disposer d'une sage-femme de PMI à plein temps pour 1500 enfants nés vivants de parents résidant dans le

département d'exercice. (35) Environ 3% des sages-femmes exercent en PMI, elles représentent 0,1% de l'ensemble des agents territoriaux. (36) Les missions du service de PMI, d'après l'article L2112-2 du Code de Santé Publique (37), sont multiples. Celles relatives à l'exercice de la sage-femme sont les suivantes :

- des consultations prénatales et postnatales, ainsi que des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes,
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale,
- des actions médico-sociales préventives à domicile, notamment d'accompagnement pour les femmes enceintes,
- ces actions pouvant être nécessaires après avoir réalisé un entretien prénatal précoce, ou entretien du 4ème mois.

III.2. Compétences de la sage-femme de PMI

III.2.1. Formation initiale commune à toutes les sages-femmes

D'après l'arrêté du 11 décembre 2001 (38) fixant le programme des études de sages-femmes, à la fin de leurs études les sages-femmes doivent pouvoir « prévenir, informer, éduquer, dans les domaines de la sexualité, la fécondité et l'infertilité, de la gynécologie et de la pédiatrie ». Elles sont capables de « dépister les situations à risque médical, psychique ou social ». Elles ont aussi acquis les connaissances requises concernant la prévention de la maltraitance et des situations de vulnérabilité des femmes et des enfants. L'arrêté du 11 mars 2013 (39) abroge celui de décembre 2001, mais on y retrouve ces mêmes items sur la prévention et le dépistage. De plus, en tant que professionnel médical, toute sage-femme doit avoir une formation initiale permettant de prendre des mesures de prévention et de prise en charge en cas d'enfant en risque de danger ou en danger, d'après la loi du 10 juillet 1989. (26) Elles sont en mesure de mettre en place des actions de prévention auprès de la mère et de son futur enfant, de la famille, et participent à la planification familiale. Elles doivent avoir des acquis dans le dépistage des risques psychosociaux liés à l'environnement de la femme enceinte. (40) De plus, les sages-femmes accompagnent les parents dans le processus de parentalité, qui se met en place dès la grossesse. En effet, d'après le rapport de la politique de soutien à la parentalité de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (41) c'est un processus « qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale : matérielle, psychologique, morale, culturelle, et sociale ». Ainsi, elles ne doivent pas seulement axer leurs consultations sur le côté médical de la grossesse : elles doivent aussi s'enquérir de tout le versant psychologique, social, familial de la grossesse, et accompagner si besoin ces femmes et ces couples.

III.2.2. Rôle de la sage-femme de PMI

La sage-femme de P.M.I, ou sage-femme territoriale, a un rôle de prévention médico-psycho-sociale, et peut assurer un suivi global de la grossesse. Selon les territoires et les besoins de la population, elle participe à des actions de soutien à la parentalité. Elle échange et collabore avec différentes équipes : PMI, service social, ASE, et avec le secteur hospitalier, privé et libéral, et d'autres acteurs pouvant intervenir autour de la grossesse.

D'après le Centre National de la Fonction Publique Territoriale, (36) ses activités principales comprennent :

- la réalisation de consultations pré-natales et post-natales,
- le dépistage et l'accompagnement des grossesses à risque psycho-médico-sociaux,
- l'entretien prénatal précoce,
- la préparation à la naissance et à la parentalité,
- l'organisation d'actions de prévention sur la contraception et les Infections Sexuellement Transmissibles, individuelles ou collectives,
- des collectes de données épidémiologiques, tenue de dossiers médicaux.

Pour le dépistage et l'accompagnement des grossesses à risque, elle peut suivre la femme en réalisant un accompagnement personnalisé, en se déplaçant à domicile si besoin. Pour le dépistage, elle s'aide des déclarations de grossesse. La sage-femme de PMI est aussi en relation avec les réseaux départementaux de périnatalité. Elle participe à des staffs au sein des hôpitaux et cliniques et peut ainsi échanger avec les différents professionnels.

Dans le département du Finistère, la fiche de poste des sages-femmes de PMI (annexe n°II) précise que celles-ci doivent accompagner prioritairement et de façon renforcée les femmes enceintes en situations de vulnérabilité. Pour l'entretien prénatal précoce, elles peuvent l'assurer s'il n'a pas pu être fait à l'hôpital ou en libéral. De plus, il est précisé qu'elles doivent participer à l'évaluation du danger ou du risque de danger pour les enfants à naître ou dans le premier mois de vie, en collaboration avec les équipes du territoire. La fiche de poste des Côtes d'Armor (annexe n°III), précise de la même manière que la sage-femme a une activité dirigée vers les populations vulnérables. Il est notifié qu'elle réalise l'entretien prénatal précoce, des séances de préparation à la naissance, et qu'elle participe à des actions collectives d'éducation à la santé. A Mayotte, aucune fiche de poste n'a été établie jusqu'à présent.

III.2.3. Outils de la sage-femme de PMI pour mener à bien son rôle

◆ La déclaration de grossesse

Pour toute sage-femme de PMI, le premier outil de travail est la déclaration de grossesse. En effet, chaque PMI reçoit un des trois feuillets de chaque déclaration de grossesse du secteur. (5) Cette déclaration leur donne des informations générales sur l'âge de la mère, la présence ou non d'un conjoint, le niveau socio-économique, et le nombre de grossesses et d'enfants. La sage-femme de PMI peut s'appuyer sur ce feuillet, pour contacter ensuite les femmes en repérant certaines vulnérabilités : par exemple une femme mineure, seule, sans emploi, ou les deux conjoints sans emploi. A partir de là, elle peut proposer son aide par un courrier, le couple ou la mère est libre d'accepter ou de refuser.

◆ L'entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce a été proposé tout d'abord en 2004 par le plan de périnatalité 2005-2007(6) . Puis, l'HAS le recommande (14) en l'incluant dans le programme de préparation à la naissance en 2005. Enfin, la loi du 5 mars 2007 le met en avant dans la prévention anténatale. (42)(43) Une étude de 2007 (44) montre que cet entretien est un outil efficace pour mettre en place un accompagnement adéquat pour chaque femme. Les 114 patientes interrogées dans l'étude ont répondu avoir été satisfaites de leur prise en charge à partir de l'entretien prénatal. La mise en place de cet entretien a plusieurs objectifs : (14) (45) (46)

- identifier précocement des vulnérabilités chez la mère ou le couple, et permettre à ceux-ci d'exprimer leurs difficultés,
- soutenir la parentalité,
- proposer ensuite un accompagnement adapté en fonction des vulnérabilités (suivi par la sage-femme de PMI, une puéricultrice, la psychologue) et mieux cibler la vigilance du professionnel qui suit la grossesse,
- favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de cette mère ou ce couple.

Il s'agit, en fait, de créer un réseau autour du ou des parents, pour les accompagner au mieux dans leur cheminement vers la parentalité, en mettant en place un suivi adapté par différents professionnels si besoin, en fonction des facteurs de vulnérabilités repérés.

Certains professionnels ont mis en garde contre la visée de dépistage de cet entretien, de « prédiction », mais c'est avant tout un temps de dialogue avec le ou les parents. Il faut éviter de « lister » les difficultés des parents, les fragilités, pour éviter toute stigmatisation précoce. Cet entretien a surtout un but d'accompagnement. (47) Pour Danielle Capgras-Baberon (48), sage-femme formatrice, celui-ci permet une entrée précoce dans le réseau de périnatalité si besoin, en vue d'un travail de prévention.

Cet entretien est encore peu proposé aux femmes en début de grossesse: en effet, d'après l'enquête périnatale de 2011 (49), seulement 21,4% des femmes déclaraient en avoir bénéficié pendant leur grossesse,

et parmi celles-ci, 52% l'ont eu après le quatrième mois.

◆ La visite à domicile prénatale

Les visites à domiciles permettent aux sages-femmes de PMI d'être dans l'environnement habituel de la patiente, du couple. Ces visites peuvent contribuer à lever la « barrière » patient soignant présente lors d'une consultation dans un bureau, dans un cadre défini comme à l'hôpital. C'est un temps souvent favorable à l'échange. Les défenses de la femme sont moins présentes, elle est plus à l'aise, plus apte à se confier. A domicile, l'entretien avec la femme peut être plus long qu'une consultation de suivi de grossesse, en fonction du besoin de la femme et des contraintes de la sage-femme. Ici, la sage-femme est plus disponible, plus à l'écoute, moins à la recherche de pathologies « médicales ». Ainsi, un lien de confiance peut-être établi au fur et à mesure des visites. (9) Selon les sages-femmes de PMI de Saint-Denis, « il n'y a que la visite à domicile qui ouvre à la sage-femme un quotidien qui fait parfois obstacle à l'émergence de la parentalité ». (9) Les sages-femmes peuvent aussi faire un état des lieux plus général, pour améliorer la prévention, en observant l'hygiène de vie, l'environnement familial, les pathologies... Tout ce qui ne pourrait pas être vu lors d'une consultation classique. La visite à domicile apparaît donc comme un des outils les plus importants des sages-femmes en PMI pour mener leur prévention.

◆ Les staffs de parentalité

Les staffs de parentalité ont été créés à Paris en 1998, puis se sont développés par la suite dans les autres départements. L'objectif de ces staffs était de prévenir la maltraitance et d'accompagner au mieux la relation parents-enfants, en effectuant un travail pluridisciplinaire. Aujourd'hui, au sein de ces staffs, interviennent selon les lieux : l'équipe de la maternité, des professionnels de PMI, des professionnels de l'aide sociale à l'enfance, et d'autres personnes ressources comme des psychologues, psychiatres ou pédopsychiatres. (18) Les sages-femmes de PMI, selon les départements, participent à ces staffs, qui leur permettent d'évoquer les situations rencontrées avec les autres professionnels, avec accord de la famille concernée.

Les sages-femmes de PMI appartiennent donc à un réseau multi-professionnel. Celui-ci leur permet d'organiser grâce à leur compétences et leur formation, une prise en charge personnalisée de chaque patiente suivie, à partir des vulnérabilités repérées lors d'un entretien prénatal précoce ou une consultation de suivi de grossesse, ou lors d'un entretien avec un autre professionnel. Nous nous sommes alors demandé comment mettaient-elles en place cette prévention, avec quels moyens en pratique, dans leur exercice professionnel de tous les jours ? Il nous a donc semblé intéressant d'interroger des sages-femmes de trois départements différents, pour pouvoir recueillir le plus d'expériences, de fonctionnements différents, et repérer ce qui est commun à la pratique de ces différentes sages-femmes.

DEUXIEME PARTIE : Méthode, résultats et discussion

I. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de ce travail est d'identifier comment la sage-femme de Protection Maternelle et Infantile intervient, en pratique, dans le cadre de la prévention de la maltraitance ou de l'enfance en danger, par son rôle de prévention pendant la grossesse. Le but est de recueillir des expériences professionnelles de différentes sages-femmes, d'avoir différents témoignages sur l'intervention pratique et concrète des sages-femmes de PMI, en prévention anténatale.

Les hypothèses à vérifier sont alors :

1. Le travail des sages-femmes de PMI en prévention de l'enfance en danger est le produit d'une expérience et d'un savoir faire, et de législation et réglementations.
2. Les outils utilisés par les sages-femmes (entretien prénatal précoce, visite à domicile...) dépendent autant des patientes, des particularités des situations rencontrées, que des échanges avec les autres professionnels, organisations et structures, qui agissent dans le champ de la santé et de la protection de l'enfance.

II. Population et méthodes

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative et descriptive.

II.2. Population étudiée et mode de contact

La population est constituée de sages-femmes de PMI exerçant depuis au moins six mois, de différents départements : Finistère, Côtes d'Armor, et Mayotte. Dans le Finistère, la totalité des sages-femmes de PMI, au nombre de dix, ont reçu un mail expliquant notre démarche. Sur ces dix sages-femmes, cinq ont accepté de participer à l'étude. Dans les Côtes d'Armor, cinq sages-femmes sur les dix du département ont reçu un mail identique, les coordonnées des autres sages-femmes du département n'ayant pas pu être récupérées. Deux sages-femmes ont répondu, une seule acceptant de participer à l'étude. A Mayotte, quatre sages-femmes, choisies selon leur proximité géographique, sur les quinze du département ont reçu ce mail, et ont toutes acceptées de nous rencontrer en entretien. Deux sages-femmes, à cause de difficultés de disponibilité,

ont été vues en binôme. Les dates et horaires des entretiens ont alors été fixés par mail ou par téléphone. Les sages-femmes incluses ont accepté de participer à un entretien sur la base du volontariat et du temps disponible, et travaillent en PMI depuis au moins six mois, afin d'avoir une expérience minimale à partager dans le cadre de l'étude.

II.3. Recueil de données

Le recueil de données s'est fait au cours d'un entretien semi-directif avec chaque sage-femme. Un entretien semi-directif est orienté par quelques questions-guides, par des thèmes à aborder. Cette méthode est la plus appropriée, car elle permet de laisser parler librement l'interviewé, spontanément, avec les mots qu'il souhaite. Le guide permet de recentrer la personne interrogée si elle s'éloigne du sujet, en posant une question-guide. (50) Chaque entretien a été enregistré par dictaphone. Les retranscriptions des entretiens sont disponibles sur l'annexe n°IV. Les entretiens, réalisés entre août et novembre 2013, sont au nombre de dix et durent entre quarante-cinq minutes et une heure et trente minutes. Ils se sont déroulés dans le bureau de la sage-femme le plus souvent, au sein de la structure de la PMI. Par exemple, pour le premier entretien, le contact a été pris par mail, ainsi que le rendez-vous, fixé pour la semaine d'après. La rencontre s'est faite au sein du Centre Départemental d'Action Sociale, dans le bureau de la sage-femme, commun avec celui du médecin. Seule la sage-femme était présente. Nous étions chacune assise de part et d'autre du bureau. Le sixième entretien quant à lui s'est déroulé dans un café, autour d'une table, la sage-femme n'ayant pas de bureau de disponible.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à ce que nous jugions avoir recueilli assez d'éléments d'information et de réflexion, pour une analyse ensuite.

II.4. L'outil de recueil

L'outil de recueil a été construit à partir d'observations d'un précédent stage en PMI en décembre 2011, d'un entretien exploratoire, réalisé le 18 février 2013 avec une sage-femme de PMI du Finistère, de références bibliographiques, (42) (43) (51) (52) ainsi que d'un avis d'expert en sociologie. Ce guide aborde tout d'abord des informations générales sur les expériences professionnelles de la sage-femme interrogée. Ces informations retrouvent l'année de diplôme de la sage-femme, la durée d'exercice en PMI, le mode d'exercice antérieur, le département d'exercice actuel et la modalité de recrutement. On aborde ensuite avec la sage-femme son rôle dans la prévention anténatale : quel est-il pour elle ? Puis, on échange sur sa pratique dans la prévention, avec en particulier le repérage des facteurs de vulnérabilité, les outils utilisés, la visite à domicile, l'entretien prénatal précoce, l'accompagnement de la mère ou du couple. On aborde ensuite le travail en réseau, qui est une part importante du travail de la sage-femme de PMI, en particulier dans ce cadre de la prévention de l'enfance en danger. On l'interroge alors sur ses partenaires, sur l'échange avec les structures hospitalières et libérales, sur les staffs de parentalité ou de PMI. Puis, on évoque la formation générale de la sage-femme concernant l'enfance en danger et sa prévention: il nous paraissait important de

savoir quelles étaient les connaissances acquises ou quelles formations avaient été reçues par la sage-femme, dans le cadre de sa formation initiale et sa formation continue. Pour finir la sage-femme est questionnée sur son vécu : comment se sent-elle dans ce rôle de prévention des risques de l'enfance en danger? Qu'aurait-elle envie d'améliorer ?

II.5. Analyse des données

Les données ont été analysées ensuite de manière thématique, pour pouvoir répondre aux hypothèses émises. C'est-à-dire que chaque thème du guide d'entretien a été développé à partir des entretiens, ceux-ci étant analysés thème par thème puis comparés entre eux. (53) (54)

III. Résultats de l'étude : analyse des entretiens

III.1. Présentation de la population

Nous avons interrogé dix sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile, dont cinq exerçant dans le Finistère, une dans les Côtes-d'Armor, et quatre à Mayotte. Dans un souci de confidentialité, chaque sage-femme sera désignée par une lettre : A, B, C, D, E, F, G, H, I, et J.

	Département	Ancienneté de diplôme	Durée d'exercice en PMI	Mode de recrutement en PMI
A	Finistère	16 ans	4 ans	entretien
B	Finistère	16 ans	2 ans	Entretien
C	Finistère	28 ans	23 ans	Concours de la FPT ¹
D	Finistère	27 ans	12 ans	Concours de la FPT
E	Côtes-d'Armor	25 ans	8 ans	Entretien
F	Mayotte	16 mois	9 mois	Entretien
G	Mayotte	26 ans	12 ans	Entretien et concours de la FPT
H	Mayotte	16 mois	10 mois	Entretien
I	Mayotte	3 ans	10 mois	Entretien
J	Finistère	23 ans	14 ans	Concours de la FPT

Tableau 1: Informations générales sur la population étudiée

¹ FPT : Fonction Publique Territoriale

On remarque, d'après ce tableau, que parmi les sages-femmes interrogées, la moitié exerce en Protection Maternelle et Infantile depuis moins de cinq ans, une depuis plus de 20 ans, et les quatre autres entre 8 et 14 ans. La plupart des sages-femmes ont précédemment travaillé en secteur hospitalier et/ou privé, une sage-femme a fait quelques mois en remplacement libéral. Trois des sages-femmes ont une formation de conseillère conjugale : deux dans le Finistère et la sage-femme des Côtes-d'Armor interrogée. Celles venant d'établissements privés ont été recrutées après un concours de la fonction publique territoriale, les autres sur entretien, sauf C, qui a été recrutée par concours de la fonction publique territoriale il y a 23 ans.

III.2. Formation initiale et complémentaire en protection de l'enfance

Sept des sages-femmes interrogées sur dix, n'ont pas eu d'informations pendant leurs études sur la protection de l'enfance ou l'enfance en danger. Une sage-femme ne s'en souvient pas, et une autre pense « *sans doute* ». Deux sages-femmes, diplômées depuis 16 mois lors de l'entretien, ont eu une information lors de leur formation initiale. H pense avoir eu « *deux ou trois heures* » d'intervention avec un médecin de PMI. F a eu quelques heures d'informations aussi, mais trouve que la formation « *c'était pendant mes stages* ».

Au moment du recrutement en PMI, aucune sage-femme n'a eu de formation sur la protection de l'enfance imposée. A a fait la demande pour une formation « protection de l'enfance ». E, au moment de la loi de 2007, a eu « *un gros pavé* » à lire sur cette loi et ce qu'elle apportait à la protection de l'enfance. G, de même, a eu une formation en 2010 suite à la loi du 5 mars 2007. Pour le reste des sages-femmes, elles ont appris « *au cas par cas* » (C), après quelques jours de doublure avec la sage-femme présente sur le territoire. Les deux sages-femmes D et J ayant été recrutées par concours de la fonction publique territoriale ont eu une formation d'intégration à la fonction publique territoriale de cinq jours environ, qui aborde l'aide sociale à l'enfance, la PMI. C'était une formation en commun avec d'autres agents territoriaux.

III.3. Rôle principal de la sage-femme de PMI dans la prévention anténatale des risques de l'enfance en danger

Pour sept sages-femmes, il s'agit d'un rôle de « **repérage** », de « *dépistage* ». A pense que son rôle consiste à « *repérer les familles vraiment sensibles et vulnérables* ». De même pour E qui va « *cibler les publics qui vont être à risque* ». Pour B, la sage-femme de PMI doit « *avant la naissance, avant le problème, dépister les choses qui peuvent peut-être mal aller* ». Pour J, la sage-femme doit « *repérer les difficultés qui peuvent être liées à la vie de la femme mais qui peuvent avoir des répercussions par rapport à sa grossesse, qui pourront avoir des répercussions plus tard, une fois que le bébé est là* ». Pour G, à Mayotte, il est malgré tout « *très difficile de cibler les femmes à risque* ». I pense que la « *prévention commence par le dépistage* ». Pour H, il s'agit de « *repérer les conditions de vie* », en particulier à Mayotte où beaucoup de femmes ont des logements insalubres, sans eau et électricité, en tôle.

Ensuite, pour beaucoup (4/10) il s'agit d'un **accompagnement** pendant la grossesse. Pour B par exemple, il s'agit d'un « *accompagnement global* », pour « *voir comment elle appréhende son suivi de grossesse, ses*

difficultés, ses compétences ». E parle de « *prendre du temps, d'écouter les gens, de voir d'où ils viennent, quelle est leur histoire, et comment justement on va pouvoir étayer ces difficultés autour du maternage* ».

Pour trois sages-femmes, leur rôle consiste aussi à **créer un lien**, un réseau, avec différents partenaires, professionnels : A explique qu'il faut « *faire le lien avec les acteurs suivants qui sont en général les puéricultrices de PMI* ». B parle de « *mettre en place le plus possible les moyens avant que ça se passe mal* ». En fait, c'est un « *travail d'orientation* » pour J : « *essayer de mettre tous les acteurs en place de façon à ce qu'elle (la femme enceinte) ait les bons interlocuteurs* ».

Les sages-femmes E et F pensent aussi qu'elles ont un **rôle d'écoute** pendant la grossesse.

La sage-femme D parle de « **protection de la femme enceinte** ». et E résume son rôle ainsi : « *Voilà comment on fait de la prévention de la maltraitance. Déjà en ciblant, en étayant, et puis en soutenant avec toute une équipe autour* ».

III.4. La pratique des sages-femmes dans leur rôle de prévention

III.4.1. Outils utilisés

L'outil principalement utilisé pour repérer des éléments pouvant conduire ensuite à un suivi en PMI, pour la moitié des sages-femmes et la totalité des sages-femmes du Finistère, est la **déclaration de grossesse**. Pour B, les déclarations de grossesse lui permettent d'identifier des « *facteurs de vulnérabilité* ».

L'autre outil, qui est évoqué par la moitié des sages-femmes aussi, est le **réseau de partenaires**. En effet, beaucoup de patientes suivies par les sages-femmes territoriales sont orientées vers la PMI par différents partenaires. Ainsi, pour A, la « *transmission avec les gens* », c'est-à-dire avec l'hôpital, les professionnels libéraux, les médecins traitants, le service social, est un autre outil important. Pour B, c'est indispensable d'avoir une « *bonne connaissance des partenaires pour faire le lien au bon moment* ». E parle du « *réseau* », du « *travail en partenariat* », du « *lien avec les collègues* ». C parle du staff de parentalité qui a lieu dans les hôpitaux de son secteur, et de la mission locale qui oriente souvent des jeunes vers la PMI. Tous abordent les assistantes sociales qui leur transmettent de nombreuses situations.

A Mayotte, les sages-femmes utilisent l'entretien pour chercher des vulnérabilités : H s'intéresse aux « *antécédents* », I au « *contexte social* ».

III.4.2. Facteurs de vulnérabilités : identification et accompagnement

Le tableau 2 présente les facteurs de vulnérabilité que repèrent les sages-femmes chez les femmes pour lesquelles elles vont organiser un suivi, dans un but de prévention de l'enfance en danger :

Facteurs de vulnérabilité pour les sages-femmes	Proportion de sages-femmes
Jeune âge	7/10
Violence conjugale	7/10
Femmes seules	5/10
Précarité	5/10
Nombre d'enfants élevé, grossesses rapprochées	4/10
Addictions, consommation de toxiques	3/10
Pathologie psychiatrique chez un ou les deux parents	3/10
Absence d'activité professionnelle	3/10
Contexte difficile de la grossesse	3/10
Antécédent personnel de maltraitance	2/10
« Faible niveau intellectuel » : retard mental, déficience...	2/10
Déclaration tardive de grossesse	1/10
Polygamie chez le conjoint	1/10
Femmes sans papiers	1/10

Tableau 2: Facteurs de vulnérabilité pour les sages-femmes interrogées

Ce tableau nous montre que, pour la plupart des sages-femmes de PMI interrogées, le **jeune âge** est un indicateur pour mettre en place une prévention pendant la grossesse. La **violence conjugale** est un autre facteur de risque important pour les sages-femmes, en particulier pour les sages-femmes de Mayotte qui l'ont toutes évoqué. Trois sages-femmes de métropole sur six l'ont aussi évoqué. Puis, cinq sages-femmes ont identifié la **précarité** : pour B, il s'agit de « *problématique de logement* » ; pour E une « *précarité matérielle* », pour J un « *logement insalubre* ». G, qui exerce à Mayotte, a identifié comme facteur de risque les femmes « *sans papiers* » : on pourrait placer cela dans la précarité. Quatre sages-femmes prêtent attention au **nombre important d'enfants** déclarés sur la déclaration de grossesse, et à leur âge : en effet, pour J, les « *grossesses rapprochées* » peuvent être un facteur de risque, associés à d'autres facteurs. Sur cette déclaration de grossesse, trois sages-femmes repèrent aussi l'**absence d'activité professionnelle**, chez les deux parents ou la femme si elle déclare seule la grossesse. Les **addictions**, les consommations de toxiques sont un facteur de risque pour trois sages-femmes. E introduit le **contexte de survenue de la grossesse** dans les facteurs de vulnérabilité : « *est-ce-que c'est un enfant voulu ou pas* », ou *est-ce-que c'est « le produit d'un viol »* par exemple. A Mayotte, H et I l'évoquent aussi : « *elle est tombée enceinte dans quel contexte ? C'est*

plutôt est-ce que son copain est mineur comme elle ou est-ce qu'il y a un contexte particulier ? » I recherche ainsi un fort écart d'âge entre la jeune femme et son mari (parfois trente ans), un mariage arrangé entre deux familles... Deux sages-femmes évoquent le « **faible niveau intellectuel** » chez les parents et la **maltraitance dans l'enfance** de la femme. C évoque ainsi « les femmes ayant déjà été abusées ». Cette même sage-femme prête aussi attention à une **déclaration tardive de grossesse**, après 14 semaines d'aménorrhée. A Mayotte, G évoque les femmes qui viennent d'être **expulsées** de l'île, et F place la **polygamie** chez le mari comme facteur de risque, cela étant encore très présent à Mayotte.

Pour toutes ces sages-femmes, il s'agit bien évidemment d'un ensemble de facteurs qui vont les orienter vers un suivi PMI. Si, par exemple, sur une déclaration de grossesse, le nombre d'enfants déclarés est élevé, mais qu'il n'y a pas d'autres facteurs pouvant inquiéter la sage-femme, celle-ci ne va pas obligatoirement proposer un rendez-vous à la femme à partir de ce seul facteur.

III.4.3. Les visites à domicile

Comment sont-elles introduites ? Qu'apportent-elles aux sages-femmes et aux familles ?

Pour A, un entretien à domicile n'est pas imposé, il est « *toujours proposé* ». « *En général, elles savent que je viens et elles acceptent que je vienne. Donc du coup c'est pas trop intrusif tu vois, parce que ça leur apporte quelque chose* ». C'est un « *suivi à l'amiable* », mais pour elle il faut « *apprivoiser les gens* ».

Pour B, « *ça veut dire avant qu'il y a eu quelque chose* », c'est à dire une première approche, un rendez-vous au CDAS ou un lien fait par un partenaire : « *Soit un coup de téléphone, soit on est introduit par un partenaire, donc ça dépend comment le partenaire le fait* ». B aborde la visite à domicile en parlant de l'entretien effectué en général, qui peut être aussi bien fait dans un bureau qu'à domicile. C'est ainsi qu'elle explique le « *suivi global* », et aborde la partie médicale « *je ne peux pas faire sans* ». Ensuite, elle questionne sur la « *place de la violence, sauf quand je le sens pas* », et les ressources de la famille : « *de quoi vous vivez ?* ». Elle précise : « *Il y a des réponses, mises bout à bout avec d'autres éléments, et du coup ça nous apporte de la matière pour pouvoir nous, aller sur tel ou tel projet, sur de la préparation à la naissance, pas forcément basique* ». Elle explique à la femme rencontrée le principe du secret médical à la première rencontre. Elle rajoute qu'elle peut repérer aussi des difficultés dans la famille au domicile, dans la fratrie si ce n'est pas une première grossesse : « *j'ai vu telle patiente, je me suis occupée de sa grossesse, puis en fait je vois bien que les deux grands sont à la maison, ça fait trois jours qu'ils n'ont pas mangé* », et qu'avec ses inquiétudes, il peut y avoir un relevé d'informations préoccupantes. Elle évoque la difficulté du secret professionnel dans ces cas là : « *Parce que même en temps que sage-femme même si sur cette grossesse-ci il n'y a rien à dire, le secret médical touche tout ce qu'on voit, entend, recueille, lors des consultations* ».

C parle du courrier envoyé pour une première rencontre. Elle explique aussi, comme B, l'intérêt du côté

médical dans une première rencontre : « *ce qui est assez intéressant dans notre sac on a le Sonicaid¹, on prend la tension, on écoute le cœur du bébé* ». Pour D, « *ça dépend des situations* » « *la première rencontre c'est soit ici, soit à domicile en fonction de la demande de la maman* ». Dans son territoire, il y a beaucoup de femmes qui n'ont pas de véhicule ni de permis, elle précise alors que dans ces cas là la visite à domicile est importante car les femmes ne viendront pas au CDAS. Elle dit aussi que la visite à domicile peut angoisser les femmes, « *donc pour le coup c'est d'abord visite au CDAS, et puis après quand il y a une confiance qui s'est installée ben j'essaye d'aller au moins une fois à domicile si possible* ». La visite à domicile lui permet, en fonction de la situation, « *d'évaluer comment c'est déjà un peu le domicile, et qu'est ce qu'elles ont prévu aussi pour l'accueil du bébé, le petit coin pour bébé* ». Cela lui permet « *d'avoir une autre vision aussi des choses et de la vie de la patiente, rencontrer le compagnon aussi si on peut* ». Pour elle, les visites à domicile étaient réalisées plus facilement avant car pouvait être faites par le biais des grossesses pathologiques, maintenant suivies par les sages-femmes libérales. De même pour E, « *ça permet de voir par exemple ce qu'il se passe, parce que entre ce qu'on voit à l'hôpital et ce qu'on voit à la maison c'est pas tout à fait pareil* ». Elle peut recueillir des « *éléments supplémentaires d'information* ». Mais, elle précise que « *ça va se passer plus ou moins bien* » selon si la famille est « *contente* » de la voir arriver ou pas.

J par contre, « *commence par remplir le dossier* » mais « *aborde rarement les difficultés la première fois* », sauf si la femme les aborde. La première fois, elle parle plus du contexte médical de la grossesse. Elle explique aussi « *comment fonctionne la PMI* », et elle donne « *les coordonnées* ». Pour la deuxième visite à domicile, « *il y a un peu plus de mise en confiance* ». Pour les très jeunes femmes vivant encore chez leurs parents, elle préfère les voir seules, au bureau, car « *la maman peut prendre beaucoup de place et parler pour la jeune fille* ». Pour elle, « *c'est petit à petit que le lien s'instaure.* »

A Mayotte, la situation s'avère différente en pratique. F, depuis qu'elle exerce en PMI, n'est allée qu'une fois à domicile, « *mais elle (la future mère) avait 14 ans* ». Elle nous a expliqué qu'à Mayotte, les sages-femmes n'ont pas le temps d'aller à domicile, car elles font énormément de consultations de suivi de grossesse, et de suivi gynécologique et de contraception. Elles n'ont donc aucun créneau pouvant leur permettre d'aller à domicile. Elle nous parle aussi de l'insécurité présente dans le département « *j'ai pas été déçue du voyage, donc j'aurai pas dû aller toute seule, on m'avait dit mais en fait ma collègue pouvait pas venir donc voilà* ». G non plus ne va pas à domicile « *parce que le conseil général ne fournit pas de voitures, on pourrait à mon avis le vendredi faire des visites à domicile, mais il faut que le conseil général nous fournisse des voitures* ». elle aussi parle de l'insécurité : « *il y a des quartiers qui sont dangereux* » et « *depuis les événements de la grève de la vie chère, ça ne nous dit plus rien d'aller dans les domiciles* ». Elle avoue qu'il faudrait qu'elle fasse du domicile, mais « *il faut qu'on puisse s'organiser, faut qu'on puisse avoir le nécessaire, plus de moyens* ». Elle ajoute : « *ça serait bien de pouvoir faire une évaluation à domicile, ça serait bien de voir si elle (la jeune femme enceinte) est bien entourée par la famille, il y a plein de choses qu'on aimerait mettre en place mais c'est malheureusement pas possible* ». Pour H c'est aussi « *très*

¹ Appareil doppler de poche permettant d'écouter les bruits du cœur fœtal

rarement » et « vraiment dans les situations où tu as vraiment besoin de retrouver la dame parce que t'as eu un bilan perturbé ou quelque chose ben tu y vas mais déjà pour les retrouver c'est compliqué ».

III.4.4. Sujets abordés en entretien par la sage-femme : du médical au social

Les consultations avec la sage-femme de PMI, que ce soit à domicile ou au CDAS, sont souvent appelées « entretiens » par les sages-femmes interrogées, car abordent de nombreux sujets, l'interrogatoire médical étant souvent un moyen de mettre à l'aise la patiente, pour ensuite introduire d'autres sujets. Ainsi, beaucoup de sages-femmes demandent en entretien si la grossesse était désirée ou pas par les parents, en particulier à Mayotte, où la violence conjugale est très présente d'après les sages-femmes, et les rapports sexuels souvent imposés par les maris. La sage-femme F explique qu'elle pose des questions vagues d'abord, comme « comment ça se passe à la maison ? » pour finir par demander « est-ce-que la grossesse était désirée ? » « est-ce-qu'on t'a forcée à avoir des rapports sexuels ? » « est-ce-qu'on t'as déjà tapée ? ». La sage-femme H, qui exerce à Mayotte aussi, trouve que les femmes vont se confier sur le contexte familial au bout de plusieurs rencontres: « quand tu les as vues plusieurs fois, tu vois qu'elles ont confiance en toi, et là petit à petit elles te livrent des choses sur le contexte familial, par exemple le mari n'est jamais là. » Pour une mineure enceinte à Mayotte, pour les sages-femmes I et H il est important de connaître le contexte de cette grossesse, est-ce que c'est un mariage arrangé, est-ce qu'il y a un contexte de polygamie, est-ce que le mari est mineur aussi, pour accompagner cette jeune femme. Dans le Finistère, C demande également si c'est une grossesse désirée, mais aussi comment le couple envisage cette grossesse, et si « dans le couple il y a une bonne relation ». De même, beaucoup aborde la violence intra-familiale dans l'entretien : B par exemple, demande : « Est-ce-que vous avez déjà subit des violences physiques ou psychiques dans votre enfance ? Ou plus récemment, dans votre couple par exemple ? ». Elle précise aux femmes qu'elles ne sont pas obligées de répondre à ses questions.

III.4.5. Actions mises en place pour mener la prévention pendant la grossesse

◆ L'action des travailleuses en intervention sociale et familiale

Outre la visite à domicile qui est une part importante de l'accompagnement et de la prévention en PMI, les sages-femmes mettent en place des aides, ou orientent vers des professionnels adaptés, selon les difficultés repérées. B trouve que le plus difficile est de « mettre la bonne personne au bon endroit au bon moment, ni trop tôt ni trop tard ». Par exemple, tout comme D, elle met en place suivant les situations des « travailleuses en intervention familiale et sociale, des aides-ménagères ». Les « travailleuses familiales » sont maintenant appelées « techniciens d'intervention sociale et familiale »¹ (TISF). D insiste sur la différence

¹Technicien de l'intervention sociale et familiale est un métier du travail social, après une formation de deux ans. La TISF de régime général est instaurée pour pallier un besoin ponctuel des parents, leur apporter une aide lors d'un événement particulier, comme une grossesse pathologique ou une maladie. La TISF de prévention est mise en place dans le cadre d'une mesure judiciaire de protection de l'enfance, c'est-à-dire si il y a un danger pour l'enfant. (55)

entre TISF de prévention et TISF de régime général. Elle mettra en place une aide-ménagère pour « *aider au ménage, aux courses* », pour « *soulager* ». Elle organise le passage au domicile d'une TISF pendant la grossesse, ou prépare sa venue pour après la grossesse, pour « *rompre l'isolement* » (si il s'agit d'une femme isolée) et « *être attentif s'il y a des signes d'appels ou autre, et puis rassurer* ». Quatre sages-femmes du Finistère évoquent ce moyen pour accompagner les femmes.

◆ L'orientation vers un suivi psychologique

Les sages-femmes du Finistère et des Côtes d'Armor interrogées orientent beaucoup les femmes vers la psychologue du réseau de périnatalité, dès qu'il y a des « *angoisses* », des « *inquiétudes* ». B précise qu'« *il faut que ça ait du sens pour la patiente* » de l'envoyer vers une psychologue.

◆ L'orientation vers un assistant de service social et/ou vers un conseiller en économie sociale et familiale

Sinon, deux sages-femmes mentionnent une orientation vers une assistante sociale, quand les femmes ne sont pas déjà suivies, pour s'occuper par exemple « *des papiers, du RSA, de la demande de logement* » (B). La sage-femme C évoque la situation d'une jeune femme enceinte seule et très isolée, qu'elle avait rencontrée à son domicile, où elle a pu constater que la maison était très insalubre : « *toute seule déjà c'est glauque mais avec un bébé c'est pas possible* ». Elle a donc orienté cette femme vers l'assistante sociale, un dossier logement a pu être rempli, et une TISF mise en place. Quand il s'agit plus spécifiquement de soucis de budget, d'économie, il est possible d'orienter vers une conseillère en économie sociale et familiale, présente au CDAS. (B, J).

◆ Orientation vers structures et/ou ressources spécialisées (associations, centres maternels)

B et C ont évoqué aussi le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF), où sont présents des psychologues et juristes, en cas de violence conjugale, par exemple.

Les centres d'addictologie sont évoqués par deux sages-femmes. E décrit un exemple de travail avec le médecin addictologue : « *je vais peut-être travailler en binôme avec un médecin du service d'addictologie, avec qui je vais aller à domicile, on va y aller ensemble parce que par exemple dans certains cas les gens ne veulent pas y aller, ça leur fait peur* ».

J, quant à elle, oriente des femmes vers la consultation de tabacologie de l'hôpital. Les sages-femmes peuvent aussi proposer à la future mère une place dans un centre maternel : c'est ce qu'évoquent deux sages-femmes du Finistère et celle des Côtes d'Armor. E développe une situation qu'elle a rencontrée : il s'agit d'une jeune mineure de 14 ans qu'elle a accompagnée, enceinte après des rapports avec un homme majeur, et qui a désiré garder la grossesse. E a fait un signalement de détournement de mineur au procureur de la République, car la famille de la jeune fille ne voulait pas le faire, menacée par le jeune homme. Puis elle a écrit au juge des affaires familiales pour lui expliquer la situation, la jeune fille étant « *au milieu du conflit de*

ses parents » qui divorçaient, afin de demander une place en centre maternel, « *de façon à ce qu'on sorte cette jeune fille de ce milieu conflictuel, qu'elle puisse se poser avec des professionnels et qu'elle puisse trouver sa place de maman* ».

A explique aussi le rôle des associations pour trouver du matériel de puériculture : « *il faut vraiment accompagner dans la préparation pratique tu vois:l'achat de matériel, pour les familles en grande difficulté on sert aussi à ça* ». Elle fait alors des demandes au secours populaire par exemple.

Sinon, certaines sages-femmes accompagnent les femmes à leurs rendez-vous si elles n'ont pas de voiture ou de moyen de locomotion : si elles sont « *pommées* » pour C, ou E « *fait le taxi* » parfois, afin que ces femmes puissent aller à tous leurs rendez-vous fixés.

◆ Intérêt des interventions collectives dans la prévention périnatale

Pendant la grossesse, une seule sage-femme, du Finistère, évoque un « *lieu parents-enfants* », où les femmes enceintes peuvent venir également, pour échanger avec les autres parents ou futurs parents. Elle dit malgré tout qu'il y a « *très peu* » de femmes enceintes qui y participent. Ce lieu est animé par la sage-femme, une puéricultrice, une infirmière, et une assistante sociale. Sinon, quatre sages-femmes organisent des cours collectifs de préparation à la naissance et à la parentalité. Ce sont des sages-femmes qui exercent dans un secteur où il y a encore peu ou pas de sages-femmes libérales, et donc peu de cours collectifs en dehors de ceux organisés par l'hôpital. C mentionne qu'elle en dispense moins qu'avant, et que ce sont des « *petits groupes* », avec des femmes qui ont « *plus besoin d'être entendues et écoutées* ». E par contre, propose des cours de préparation en groupe « *pour le tout venant* », elle l'explique : « *j'essaye en plus de garder les choses de la normalité* ». D en fait essentiellement parce qu'il n'y avait pas de sage-femme libérale sur son secteur jusqu'à il y a quelques mois, de même pour la quatrième sage-femme. J précise aussi : « *C'est vrai qu'il n'y a pas autrement de lieu de parole, les cours c'est l'occasion, en plus vu que c'est pas des grands groupes c'est facile pour parler* ». Par contre, toutes les sages-femmes du Finistère et des Côtes d'Armor interrogées font des cours de préparation à la naissance et à la parentalité individuels. Pour D, ce sont des cours adaptés pour les femmes « *qui ne veulent pas faire partie d'un groupe, ou en situation précaire* ». Pour E, cela lui permet de « *répondre à des besoins très spécifiques d'une famille* », et d'adapter son discours en fonction des « *besoins de cette maman* ». C fait aussi, à la demande des parents, de la « *préparation en couple* ». B évoque un couple qu'elle voit en entretien, tous deux avec des difficultés psychiatriques, et où il va falloir voir « *comment c'est fait chez eux* », « *il faut être dans le concret pour eux, sinon ils vont être débordés* ». Elle explique qu'elle va faire « *comme si le bébé était déjà là* », pour « *les mettre face à leurs futures difficultés sans doute, et leurs responsabilités, voir comment ils se dépatouillent* ». Elle précise qu'elle avance « *petit à petit* » avec ce couple. Cela peut faire partie de la préparation à la parentalité. D exprime le fait qu'il y ait peu d'actions collectives pendant la grossesse par le fait que « *plus il y a de précarité, plus il y a justement peut-être de risque de maltraitance et moins elles viennent aux ateliers collectifs* », « *celles qui nous fuient, fuient tout* ».

Les sages-femmes participent aussi à des actions préventives après la naissance. Cinq d'entre elles évoquent les « *ateliers massages bébés* » ou « *atelier d'éveil par le toucher* ». D en parle déjà pendant la grossesse pour « *inciter la maman à y venir* ». De plus, trois sages-femmes évoquent les « *temps parents-enfants* » auxquels elles participent avec la puéricultrice, où plusieurs parents peuvent se retrouver avec leur enfant.

◆ Actions mises en place à Mayotte

A Mayotte, les sages-femmes ont très peu de moyens pour prévenir l'enfance en danger, pour accompagner les mères socialement et psychologiquement pendant la grossesse. Elles nous expliquent que pour les moins de 15 ans, elles font systématiquement un signalement au procureur de la République, et entre 15 ans et 18 ans, elles envoient une information préoccupante à l'ASE. Mais F explique que la cellule de recueil est « *débordée* », avec plus de « *trente signalements par jour* ». G mentionne aussi le manque de moyens de l'ASE. Pour les difficultés sociales, elles orientent vers l'UAS (Unité d'Action Sociale), où travaillent des assistantes sociales. Mais celles-ci n'ont « *pas de voiture, pas de téléphone* » (F), et « *n'ont pas de moyens à mettre en œuvre pour aider les gens* » (G). G oriente vers « *Solidarité Mayotte* », pour des habits, de la nourriture, et vers la Croix Rouge. I évoque également l'aide alimentaire. F oriente beaucoup de femmes victimes de violence vers l'association ACFAV (Association pour la Condition Féminine et d'Aide aux Victimes), qui fait aussi des « *points infos famille* » : Elle les oriente vers ce « *point info famille* », car elle explique c'est plus facile de les envoyer vers cette information que de les envoyer comme « *victimes* », parce que « *souvent elles se considèrent pas comme victimes* ». Elle trouve que c'est une association qui écoute beaucoup, et qui accompagne dans les démarches, sans forcer les femmes. Elle travaille aussi avec l'association « *TAMA* » (« *espoir* » en mahorais), où une éducatrice spécialisée prend en charge les jeunes isolés, dont les parents sont aux Comores. Elle accompagne alors avec la sage-femme les jeunes femmes enceintes isolées. Sinon, il existe deux psychologues de réseau, mais « *qui sont débordés* » (G). Elle ajoute : « *Nous au niveau psychologique on peut rien faire, ça nous est difficile de faire du global* ». H évoque malgré tout un « *service de santé mentale qui se déplace* », et une psychologue à l'ASE. Les sages-femmes ne font pas de préparation à la parentalité, par manque de temps. F a fait une « *visite de la maternité* », une fois, pour une jeune femme de 14 ans, victime de violence conjugale, pour qui la sage-femme avait fait deux signalements. Elle a fait cette visite pour que la jeune fille « *puisse parler de ses peurs, là elle a exprimé des choses, la peur de maltraitance sur son enfant, elle a dit « avec l'éducatrice, on s'est dit que j'allais vivre chez ma sœur, comme ça, ça protégerait l'enfant* » ». L'éducatrice spécialisée de TAMA passait deux fois par semaine chez cette jeune femme, qui avait quitté son domicile pour vivre chez sa sœur. G parle des jeunes filles scolarisées enceintes : « *on prévient l'infirmière scolaire qui fait un signalement à l'assistante sociale* », « *pour les jeunes filles enceintes scolarisées on est content parce que là il y a une prise en charge sociale* ». Trois des sages-femmes évoquent sinon les interventions dans les établissements scolaires : « *les infirmières me demandent de parler de contraception pour la prévention des grossesses précoces* ». F aborde aussi la notion de respect entre l'homme et la femme, la notion d'agression et de viol. H l'exprime ainsi : « *on aborde*

la relation humaine, tout simplement, juste éveiller les consciences ».

III.4.6. Entretien prénatal précoce

Les cinq sages-femmes du Finistère ont toutes répondu qu'elles en faisaient très peu ou pas du tout, car cet entretien prénatal précoce n'apparaît pas dans les principales missions du département. En effet, J explique que *« c'est sur dérogation, c'est-à-dire s'il n'y a pas d'autres possibilités »*, si l'entretien n'a pas pu être fait en hospitalier ou libéral. A précise *« on nous demande clairement de laisser la place aux sages-femmes libérales »*. D quant à elle, explique qu'elle fait quelques entretiens prénatals précoces suites aux mises à dispositions qu'elle envoie à toutes les femmes dont elle a reçu la déclaration de grossesse, et *« s'il n'y a pas du tout signe de précarité sociale ou psychologique »*, elle oriente vers une sage-femme libérale ou vers l'hôpital. C est du même avis que ses collègues : *« On peut faire mais aujourd'hui on oriente quand même plus »*.

Dans les Côtes d'Armor, E fait des entretiens prénatals pour tout public. Et quand elle voit des femmes qui ont déjà eu un entretien en libéral ou hospitalier, et orientées grâce à cet entretien, elle réalise un deuxième entretien qu'elle ne va pas *« rentrer dans ses cotations »*, pour *« approfondir »*, *« faire vraiment le point »*. Mais pour elle, l'intérêt de cet entretien mis en place est *« d'orienter vers une sage-femme de PMI et la sage-femme de PMI va ensuite accompagner, faire son travail. »*

Mais pour toutes ces sages-femmes, chaque première consultation avec une femme est réalisée comme un entretien prénatal : pour B, *« je qualifierais pratiquement tout premier rendez-vous comme entretien prénatal précoce, puisqu'on le fait de manière globale »*. Par contre, la feuille « entretien prénatal » du réseau n'est pas remplie, comme il faut le faire pour un entretien prénatal précoce à proprement parlé. Pour J, *« quand on reçoit les gens, c'est presque tout le temps, enfin même si tu abordes pas forcément tous les sujets mais tu fais presque un entretien prénatal précoce à chaque fois »*. A est plus réservée sur la place de cet entretien : *« ce sont les patientes au contraire les plus informées et qui veulent tout avoir qui bénéficient des entretiens prénatals précoces. »*, *« mais notre public cible PMI, elles disent non à l'entretien prénatal précoce. »*

A Mayotte, les sages-femmes de PMI ne font pas cet entretien prénatal précoce, par manque de temps et de moyens. G a quand même eu la formation en 2009, mais elle pense que pour mettre cet entretien prénatal en place, *« il faudrait qu'il y ait des actions concrètes qui pourraient se mettre en place derrière »*. Elle pense aussi qu'à Mayotte il serait difficile de le proposer à toutes les femmes, pour elle il faudrait faire une *« grille »*. F considère que *« ça serait bien »* de le mettre en place, parce qu'il n'y a pas *« un moment donné, une heure, où on se pose, où on discute, que ça. (seulement ça) »* Mais elle ajoute que pour elle, comme pour les autres sages-femmes, *« cet entretien il se fait à toutes les consultations »*.

III.4.7. Refus de suivi par la femme

Il arrive que la famille refuse le suivi par la sage-femme de PMI. On ne peut pas obliger la famille à accepter, mais dans ce cas là, A par exemple, se met en lien avec la maternité pour être au courant de la date d'accouchement, connaître le déroulement du séjour à la maternité, et demander une fiche de liaison PMI pour un suivi par la puéricultrice après l'accouchement. C développe en expliquant qu'après avoir interpellé plusieurs fois la future mère, sans pouvoir la rencontrer, elle en parle au médecin de PMI et à l'hôpital. Elle rajoute qu'elle n'a pas « *de support pour intervenir chez les gens, on n'est pas encore dans la protection de l'enfance* ». Si elle a des « *doutes* », des inquiétudes, elle écrit une lettre avec l'assistante sociale du secteur, qui est transmise à la CRIP, puis elle avertit l'hôpital.

III.4.8. Prise en charge d'une nouvelle grossesse dans une famille où un ou plusieurs enfants est sous protection judiciaire ou administrative

Pour A, le suivi par la sage-femme de PMI n'est pas « *obligatoire* », si la femme est bien suivie à l'hôpital ou en libéral, « *il n'y a pas de raison de leur imposer en plus la sage-femme de PMI* ». B explique qu'ils ne sont pas toujours au courant des placements antérieurs, ou des mesures judiciaires quand ils reçoivent la déclaration de grossesse. La situation peut sinon être transmise par une assistante sociale qui suit la famille, s'il y en a une, ou l'aide sociale à l'enfance, le référent qui suit la famille. Pour elle, « *la sage-femme de PMI doit connaître un peu sur son secteur tout ce qui s'y passe, entre guillemets, toutes les situations de protection de l'enfance, qui à un moment peuvent toucher de près ou de loin son travail de tous les jours* ». Si la femme accepte de voir une sage-femme, il faut être capable de revenir sur les « *histoires précédentes, si elle le souhaite* ». Pour la sage-femme C, il ne faut pas « *être dans le jugement* », pour pouvoir aborder plus facilement ce sujet. Elle dit aussi qu'elle retrouve souvent chez les parents une culpabilité, une difficulté pour eux. Pour B, on recommence un travail avec la patiente, on « *réévalue* », on « *revoit les choses pour que ça ait du sens, pour que l'enfant ait sa place* ». Elle ajoute « *qu'on ne place pas un enfant parce qu'il a des frères placés, c'est pas une raison* ». J l'exprime ainsi : « *moi je considère que chaque histoire est différente, parce que c'est pas forcément le même papa non plus, donc c'est pas le même couple il peut être plus apte à s'occuper de ce bébé là , même si c'est le même papa ça change aussi* ». En fait, elle « *fait en sorte que l'accueil du bébé se passe dans les meilleures conditions possibles* ». Bien-sûr, dans ces situations, la sage-femme de PMI n'est pas toujours acceptée par la famille (C).

A Mayotte, les sages-femmes sont peu confrontées à des femmes enceintes dont un ou plusieurs enfants est sous mesure de protection de l'enfance. I par exemple, précise « *c'est pas qu'il y a pas beaucoup d'enfants placés, c'est qu'ils sont pas dépistés en fait* », et qu'il n'y a pas beaucoup de moyens. En général, dans ce cas-là, les sages-femmes font un signalement au service social, sans avoir forcément de retour ensuite sur la situation (G).

III.5. Travail en réseau

III.5.1. Partenaires principaux

Les sages-femmes de PMI échangent sur des situations avec beaucoup de professionnels. Tout d'abord, il y a les partenaires qui orientent vers la PMI certaines femmes, avec en premier lieu le milieu hospitalier, dont la sage-femme de consultation, ou l'obstétricien qui voit en consultation ou en entretien prénatal une patiente, avec des vulnérabilités et qui décide de l'orienter vers la PMI. La sage-femme libérale, peut faire de même, mais moins fréquemment que l'hôpital d'après les sages-femmes interrogées. Les assistantes sociales du conseil général aussi orientent très souvent vers la sage-femme de PMI les femmes enceintes qu'elles accueillent en rendez-vous.

Au sein des hôpitaux et des cliniques, les staffs médico-sociaux ou staff de parentalité évoquent des situations. Dans ces staffs se retrouvent les différents intervenants, dont la PMI, nous détaillerons cela plus loin.

L'Éducation Nationale joue également un rôle : en effet, les infirmières scolaires ou les assistantes sociales scolaires orientent les jeunes femmes enceintes vers la PMI, trois des sages-femmes l'ont mentionné.

La mission locale guide aussi des jeunes filles vers la sage-femme de PMI, sans doute plus dans les milieux ruraux car les deux sages-femmes qui l'ont mentionné travaillent en milieu rural. Pour D et J, elles peuvent recevoir des femmes qui ont été orientées par la psychologue du réseau ou de l'hôpital. A Mayotte, où l'activité de la sage-femme de PMI est différente de la métropole, les femmes viennent d'elles mêmes en PMI pour leur suivi de grossesse, en particulier les femmes sans papiers ou sans sécurité sociale. Par contre, pour des jeunes femmes scolarisées, l'infirmière et l'assistante sociale scolaire transmettent la situation à la sage-femme.

De plus, durant tout le suivi d'une femme pendant sa grossesse, la sage-femme peut échanger avec les professionnels qui entourent cette femme. Au sein même du conseil général, elle peut rencontrer le médecin de PMI, la conseillère enfance, l'assistante sociale.

Dans les cas particuliers des femmes suivies en addictologie, la sage-femme peut communiquer avec l'infirmière, le médecin ou l'assistante sociale du centre d'addictologie.

Pour les femmes ayant un suivi psychiatrique, il arrive aussi qu'elle s'entretienne avec le médecin psychiatre.

Les sages-femmes de Mayotte ont peu de partenaires, F explique cela par le fait qu' il n'y a pas « *de partenariat fixe* » avec le Conseil Général. Elles échangent bien-sûr avec l'hôpital sur la prise en charge des patientes autour de l'accouchement. Pendant la grossesse, il leur arrive de travailler avec l'Unité d'Action Sociale (UAS) du département, en particulier les assistantes sociales. Trois sages-femmes de Mayotte le mentionnent. Sinon, F est la seule à parler de l'association « TAMA », dont un pôle s'occupe des enfants et

adolescents isolés dont les parents sont restés aux Comores. Une éducatrice spécialisée prend en charge ces jeunes, dont les jeunes filles enceintes. Elle évoque aussi l'association ACFAV (Association pour la Condition Féminine et d'Aide aux Victimes).

III.5.2. Échanges et transmissions des informations avec les partenaires

◆ Les staff de parentalité ou médico-psycho-sociaux

Les échanges sur les situations de femmes enceintes ayant besoin d'un accompagnement approfondi se font tout d'abord au sein de staffs de parentalité. Dans le Finistère, ces staffs se font une fois par mois environ dans les différentes maternités, cliniques ou hôpitaux. Ils réunissent les sages-femmes de PMI, la cadre de la maternité et/ou des salles de naissance, un médecin obstétricien (absent au staff en clinique), un pédiatre selon les endroits, l'assistante sociale du service, la psychologue du réseau. Les intervenants peuvent être différents selon les établissements, en clinique par exemple, les médecins ne sont pas présents. Dans certaines structures, les sages-femmes de consultations peuvent y participer. B explique qu'elle va parler au staff des situations « *où on se dit là potentiellement il va y avoir un danger, où là potentiellement il va falloir qu'on mette d'autres choses en place qui ne sont pas comme d'habitude, et de tisser un réseau hôpital-PMI qui soit plus conséquent* ». Elle décrit aussi la situation dans certaines cliniques, où les femmes sont suivies par des médecins ou sages-femmes libéraux, donc absents au staff, mais ils peuvent faire parvenir les dossiers pour que le staff en discute s'ils ont des inquiétudes. D dit que le staff est très important pour certaines situations, elle décrit par exemple une situation où elle suspectait une alcoolisation chez la maman, et donc un possible syndrome de sevrage chez le bébé à la naissance : pour elle, il faut que ça soit discuté au staff, de façon à ce qu'il n'y ait pas de sortie précoce, « *qu'on essaye d'avoir un séjour plus long pour la maman* », et que les sages-femmes « *soient plus attentives* », « *qu'elles notent bien les transmissions sur leur cahier, dès qu'il y a quelque chose qui va pas* ». E mentionne un exemple : pour une dame « *qui est très fragile psychologiquement, on va éviter que ce soit une sage-femme différente* » à chaque consultation mensuelle. Elle va aborder cette situation au staff, et discuter avec les sages-femmes de consultation pour qu'il n'y ait qu'une seule sage-femme sur tout le suivi de cette femme. La sage-femme des Côtes d'Armor évoque un staff médico-social deux fois par mois qui venait d'être mis en place lors de l'entretien, où elle présente tous ses dossiers en cours. Avant la mise en place de celui-ci, elle allait tous les jeudis au staff médical de l'hôpital, et présentait des situations à la fin. Pour elle, ce nouveau staff lui permettra « *d'aller plus loin dans la présentation du dossier* », car un nombre de personnes restreint sera présent, par rapport à l'ancien où elle donnait « *les grandes lignes* », sans rentrer dans les détails. Ce nouveau staff lui permettra de détailler le dossier aux personnes présentes, à qui il est nécessaire d'avoir ces informations pour la bonne prise en charge de la patiente. Les sages-femmes de consultation de l'hôpital sont présentes.

◆ Les réunions au sein de la PMI

Il existe dans chaque secteur des « points PMI » cités par trois sages-femmes sur cinq du département, où se retrouvent la sage-femme, les puéricultrices, le médecin de PMI et le médecin thématique santé du territoire. D participe à ces réunions de PMI qui lui permettent, d'après les nouvelles déclarations de grossesse qu'elle a reçu, de demander aux personnes présentes si elles connaissent la famille.

◆ Les outils moins formels, développés par chacun en fonction des ressources locales

Hormis ces staffs et ces réunions pour échanger, les professionnels peuvent communiquer d'une autre manière : Trois sages-femmes mentionnent le « *cahier de transmissions* » se trouvant dans le service de la maternité, ou celui de grossesses pathologiques, qu'elles consultent toutes les semaines. B évoque les « *courriers, mails éventuellement, les coups de téléphone aussi, et puis les passages dans les structures* ». Elle ajoute : « *c'est pas toujours super formalisé, formaté* ». Elle conclut alors « *il y a les fiches de PMI qu'on utilise, oui il y a les cahiers de liaison hôpital PMI, oui il y a les fiches de liaison PMI post-accouchement, mais ces outils là ne suffisent pas* ». A échange beaucoup avec la cadre de l'hôpital, et l'assistante sociale de l'hôpital. Elle précise « *on essaye que ce soit de manière assez formelle* », « *le staff c'est l'idéal* ». D rajoute l'importance de la psychologue de réseau, avec qui elle communique beaucoup également. Cette sage-femme évoque aussi des transmissions d'informations « *entre-deux* » au CDAS. C rencontre souvent la psychologue du réseau, c'est pour elle une « *réflexion sur les différentes situations et ce qu'on peut faire* », « *comment aborder les parents* ». J explique que quand elle a des inquiétudes, il lui arrive d'appeler le professionnel qui suit la patiente, sage-femme ou médecin. Elle fait aussi allusion aux difficultés d'échanges avec les psychiatres pour les patientes ayant une maladie psychiatrique : « *alors c'est pas facile, parce qu'il y en a beaucoup qui se retranchent sur le secret médical* ».

◆ Réunions de synthèse

Quand tous ces professionnels ont besoin de se retrouver pour parler d'un cas particulier, « *quand ça demande plus de temps* » (B), ils se retrouvent pour une « *synthèse* ». Cette synthèse peut se passer au CDAS, ou à l'hôpital. D évoque des synthèses en maternité avec l'assistante sociale de l'hôpital, pendant la grossesse de la femme ou après la naissance, au moment du séjour en maternité. B précise que cette synthèse se fait « *avec accord de la patiente* », et qu'elle doit être mise au courant des conclusions.

◆ Transmissions des informations à Mayotte : une organisation différente

A Mayotte, il n'existe aucun staff entre la PMI et le service de la maternité à l'hôpital. G explique « *on n'a pas le temps même à l'hôpital [...] les gens travaillent aussi dans un contexte d'urgence* ». La sage-femme H a participé à deux staffs sur son secteur depuis qu'elle travaille en PMI, mais il n'y en a plus depuis d'organisé, car « *il n'y a pas de médecin* » sur la PMI. La sage-femme I développe la réponse de la sage-femme H en disant que « *c'est compliqué parce que certains acteurs ne sont que là que pour un mois, deux mois, les sages-femmes c'est pareil* ». La sage-femme G, travaillant en PMI depuis plus longtemps que les

autres sages-femmes, explique : « à un moment donné on avait commencé à faire des réunions entre la PMI et le service social, après on a été obligé d'abandonner parce qu'on se rendait compte les uns les autres qu'on avait aucun moyen à mettre en commun, mais c'était intéressant parce que ça nous permettait de parler de nos patientes ». H regrette qu'il n'y ait pas de réunion pluridisciplinaire, « où on pourrait dire ben voilà une fois par mois on sort les dossiers qui posent question mais non on n'a même pas ça ». La transmission d'informations avec l'hôpital où accoucheront les femmes se fait alors de manière plus informelle. Les sages-femmes de PMI peuvent noter dans le dossier obstétrical de la patiente pendant la grossesse, toutes les transmissions qu'elles veulent faire à l'hôpital, qui recevra le dossier pour l'accouchement. F explique : « je marque un petit mot dans le dossier, souvent je laisse le signalement et la liaison ». Ce qu'elle entend par liaison est la feuille qu'elle remplit pour transmettre une situation à l'assistante sociale de l'Unité d'Action Sociale, avec « l'histoire de la dame » et pourquoi elle « est inquiète ». Elle faxe cette feuille à l'assistante sociale, et la laisse dans le dossier de la patiente ensuite. G n'est pas du même avis pour le signalement : « On note sur le dossier quand on fait des signalements au procureur par contre on ne laisse rien dans le dossier . On met simplement « signalement au procureur fait le » ». Sinon, F écrit facilement sur le dossier « appeler sage-femme de PMI à la naissance », comme ça, quand elle est informée de l'accouchement, elle en parle à l'infirmière de PMI qui prendra le relais pour l'enfant : « je lui dit pour celle-là je suis vraiment inquiète ». Quand il n'y a pas de fiche de liaison qui a été faite, elle écrit directement dans le dossier les informations qu'elle veut transmettre. SF H et SF I communiquent beaucoup avec l'hôpital par téléphone ou fax comme SF F. SF H développe : « comme ça tu peux noter pour faire un signalement au moment de l'accouchement, ou faire un petit peu de surveillance voir comment ça se déroule. Après on n'a pas toujours le retour de ce qui s'est passé mais on arrive quand même bien à se passer les infos ça va ». Elle compare cette organisation avec celle des départements de métropole : « Je vois les sages-femmes de PMI en métropole elles vont à l'hôpital voir les patientes qui ont accouché, si elles les connaissent, est-ce qu'il y a des situations pour elles, ici ça existe pas. » G évoque aussi l'infirmière scolaire comme partenaire: pour des jeunes filles enceintes scolarisées, elle prévient l'infirmière scolaire par fax ou téléphone, et celle-ci fait un signalement à l'assistante sociale scolaire. Elle dit : « on a de très bons contacts avec les infirmières scolaires, et c'est vrai que pour les jeunes filles qui sont enceintes on arrive à faire un petit suivi psycho-social ». Sinon, avec les assistantes sociales de l'UAS, les sages-femmes ont peu de contacts, mais évoquent que ces professionnels ont aussi peu de moyens pour accompagner les femmes. F explique qu'elle est au courant de ce qui a pu se faire avec les femmes elles-mêmes, « comme je vois souvent les dames elles me racontent au fur et à mesure ». Cette même sage-femme raconte qu'elle arrive à contacter et à évoquer les situations avec l'éducatrice de l'association TAMA qui s'occupe de certaines jeunes femmes isolées.

III.5.3. Respect de la confidentialité des informations et accord de la patiente

Les sages-femmes lors des entretiens ont souvent évoqué le besoin d'avoir l'accord de la patiente pour

discuter de son dossier au staff, en synthèse, ou avec d'autres professionnels. A Mayotte, F explique qu'elle ne « *détaille pas la vie des dames* », qu'elle leur parle du secret professionnel partagé, elle leur explique pourquoi elle écrit dans le dossier, « *et des fois elles sont pas d'accord, j'écris pas* ». A explique aussi : « *On essaye de toujours travailler dans la transparence. Normalement les gens savent ce qu'il se passe* ». Elle évoque malgré tout une exception, pour les familles qui ne veulent pas la voir, ni voir aucun professionnel du service médico-social de la PMI et du CDAS, « *ça peut arriver qu'on parle au staff à l'hôpital sans avoir vu la personne et sans avoir pu lui dire qu'on allait parler de son dossier au staff* ». J s'interroge sur la notion d'anonymat : « *normalement quand on n'a pas d'autorisation (de la famille), on le fait de façon anonyme mais des fois on peut pas, on parle entre nous et la dame est au courant après. C'est vrai qu'il y a des situations où si la dame refuse c'est un peu compliqué de pas du tout évoquer le nom de la personne je trouve* ».

III.5.4. Relais après la naissance : de quelle façon ?

La totalité des sages-femmes du Finistère interrogées essayent de faire une visite à domicile en binôme avec la puéricultrice pendant la grossesse, selon les besoins et les difficultés de la famille : « *pour certaines familles où c'est vraiment compliqué* » pour A, « *quand il y a des difficultés, quand on sait que ça sera un peu délicat* » pour C, « *dans les situations où je sens que la dame est plus méfiante, où ça risque d'être plus compliqué* » pour J. Si cela n'a pas été possible pendant la grossesse, D accompagne la puéricultrice pour la première visite après la naissance, « *pour le relais* », et comme un lien de confiance a été établi avec elle, elle précise « *ça va peut-être se poursuivre comme ça avec la puéricultrice aussi* ». Si la visite des deux professionnelles n'est pas indiquée ou n'a pas pu être faite, ces sages-femmes donnent les coordonnées de la puéricultrice et expliquent son rôle après la naissance. D'ailleurs, E n'a pas évoqué cette visite en binôme, mais explique qu'elle informe les patientes pendant leur grossesse des coordonnées de la puéricultrice de secteur, « *si elles se sentent un peu démunies* ». J propose aussi, dans le cadre des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, un dernier cours où la puéricultrice intervient avec elle : « *je reste persuadée qu'on appelle plus facilement quelqu'un qu'on a déjà vu* ». Toutes ces sages-femmes ont des retours sur ces familles aux réunions de PMI, ou en discutant avec la puéricultrice qui s'occupe de la famille. A précise que quand les enfants ont été placés, elle peut avoir des nouvelles avec la conseillère enfance qui s'est occupée du placement, ou à la responsable des enfants confiés de l'ASE.

A Mayotte, les sages-femmes continuent à suivre les patientes après l'accouchement pour la visite post-natale, et pour le suivi de la contraception après. F explique : « *comme il y en a beaucoup qui choisissent l'implant, elles reviennent un peu avant la visite post-natale, et elles viennent pour les vaccinations du bébé, le suivi avec l'infirmière à côté donc on les croise* ». En fait, les vaccins et les examens des nouveaux-nés sont réalisés à la PMI par une infirmière, les sages-femmes peuvent donc avoir des nouvelles de la femme et son enfant avec celle-ci. H précise que comme les mères emmènent régulièrement pour vacciner leur enfant, les infirmières « *peuvent faire une évaluation sur un peu plus longtemps, à condition qu'elles (les mères)*

viennent faire des vaccins. »

III.6. Un rôle différent selon le département d'exercice, le réseau partenarial, et les ressources partenariales disponibles

Avec les résultats de notre étude, nous pouvons voir que l'organisation de la PMI diffère selon les départements, les moyens des sages-femmes pour intervenir, et les missions du conseil général, en particulier à Mayotte. H développe en expliquant que *« les missions premières de la PMI à Mayotte ne sont pas respectées à Mayotte, parce qu'à côté de ça on a des missions qui ne sont pas les nôtres. »* Elle dit que *« normalement c'est du suivi des grossesses à risque psycho-social »*, or ces sages-femmes suivent une grande partie des grossesses de l'île. Au niveau même de la PMI, elle regrette de ne pas avoir *« de sage-femme conseillère conjugale, on n'a pas de médecin dans chaque PMI »*. Quant aux sages-femmes du Finistère et des Côtes d'Armor, elles évoquent spontanément un manque de moyens : les sages-femmes B, J, et A voudraient *« plus de dialogue entre les professionnels »*, *« plus de coordination »*, la sage-femme C évoque *« plus de relation avec les sages-femmes libérales »*. La sage-femme E pense qu'il faudrait *« davantage de structures d'accueil »*, pour des *« mères psychiatriques »* par exemple.

IV. Discussion

Tout d'abord, nous identifierons les limites et les points forts de cette étude. Ensuite nous reprendrons les éléments ou concepts marquants des entretiens, afin de les discuter au regard de la littérature. Pour finir, nous nous interrogerons sur la validité des hypothèses de départ.

IV.1. Limites de l'étude, points forts, points à améliorer

IV.1.1. Limites de l'étude

La première limite de cette étude a été la prise de contact et de rendez-vous avec les sages-femmes qui s'est avérée parfois difficile. Cette difficulté peut être expliquée par les contraintes d'emploi du temps des sages-femmes, celles-ci ayant été contactées pour la plupart pendant les mois d'été. En raison de cette limite, une seule sage-femme des Côtes d'Armor a pu être rencontrée, or il aurait été intéressant de rencontrer plus de sages-femmes de ce département, comme dans les autres départements.

Une autre limite rencontrée a été la contrainte de durée des entretiens, ceux-ci ayant pu être raccourcis en fonction du temps que pouvait nous accorder la sage-femme. A Mayotte, deux sages-femmes ont été rencontrées sur un même temps d'entretien à cause de nos difficultés de déplacement sur l'île et des

disponibilités de ces deux sages-femmes, ce qui a sans doute joué sur la dynamique de l'entretien. En effet, chaque sage-femme pouvait compléter ce que disait sa collègue, mais elles ne répondaient pas chacune leur tour à chaque question posée : cet entretien s'apparentait plus à une discussion, un débat entre trois personnes.

De plus, nous ne nous attendions pas à de telles disparités dans les activités des sages-femmes et dans les populations concernées par le suivi PMI entre Mayotte et les autres départements, ce qui a été déstabilisant au départ pour comparer les départements entre eux.

IV.1.2. Points forts

Nous avons trouvé pertinent de rencontrer des sages-femmes de PMI de trois départements différents pour découvrir les différentes pratiques des sages-femmes, ce qui a permis une grande diversité dans les informations recueillies. De plus, nous avons été confortés dans l'idée que la méthode par entretiens était la plus adaptée, de part la spontanéité des réponses et des réflexions des sages-femmes, ainsi que de la possibilité pour nous de rebondir sur les interventions des sages-femmes.

IV.1.3. Points à améliorer

Un entretien dans les Côtes d'Armor ne nous paraît pas suffisant pour découvrir tous les moyens mis en œuvre par les sages-femmes costarmoricaines dans la prévention anténatale, il aurait été judicieux d'interroger plusieurs sages-femmes de ce département, pour pouvoir avoir de plus ample informations, et différents points de vue selon le secteur d'exercice.

IV.2. Discussion et validation des hypothèses de recherche

IV.2.1. Formation initiale et continue des sages-femmes

D'après la loi de mars 2007, l'ensemble des professionnels œuvrant pour la protection de l'enfance doivent avoir reçu une formation initiale et continue sur l'enfance en danger (27), c'est pourquoi nous avons interrogé les sages-femmes sur leur formation. Nous avons pu voir que sur trois sages-femmes diplômées après 2007, deux se souviennent avoir eu un cours sur la protection de l'enfance, la troisième ne s'en souvenant pas. Pour les sages-femmes diplômées avant 2007, une seule pense « *sans doute* » avoir eu des informations sur la maltraitance et la protection de l'enfance.

Au niveau de la formation continue, peu de sage-femme ont une formation sur la protection de l'enfance imposée. Deux sages-femmes, recrutées sur concours, ont reçu une formation obligatoire de cinq jours, sur la fonction publique territoriale, en commun avec d'autres professions territoriales, notamment des psychologues. Sur la protection de l'enfance en particulier, seule G a eu une formation en 2010, et E qui a dû lire un ouvrage sur la loi de mars 2007. Les sages-femmes exerçant depuis peu, à Mayotte ou en métropole,

se sont formées en exerçant en doublure au début de leur recrutement, et au fur et à mesure des cas qu'elles rencontraient dans le cadre de leur travail en PMI. On remarque toutefois que les sages-femmes territoriales interrogées cherchent à se perfectionner par différentes formations non obligatoires : conseillère conjugale, formation sur la violence conjugale... De plus, la sage-femme des Côtes d'Armor évoque les formations en réseau, « indispensables » pour elle, où se réunissent les professionnels du réseau pour discuter et débattre de situations qui ont pu poser problème. Ces formations en réseau ont été évoquées par la circulaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de juillet 2005 (56), qui souhaitait ainsi développer l'esprit de réseau sur un même secteur, et acquérir des règles communes de travail entre les champs médical, social, et psychologique. Une sage-femme du Finistère évoque des rencontres avec la psychologue du secteur, pour aider à « aborder les parents », on peut faire le rapprochement avec ces formations en réseau. Il nous a paru étonnant que seules deux sages-femmes l'évoquent car ces formations en réseau permettent de clarifier le rôle de chacun pendant la grossesse et la petite enfance, et d'apprendre les bonnes règles de transmissions d'information entre les différents professionnels. Nous avons donc pensé que ces formations n'étaient pas encore mises en place partout de manière régulière. Pour l'Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (AFREE) pourtant, ces formations permettent de réduire l'effet iatrogène d'actions décousues, et d'améliorer les interventions et la confiance des familles envers le système de soins. (57) Au sein de ces formations, les professionnels peuvent discuter de situations complexes rencontrées, et réfléchir à une meilleure prise en charge et mise en place d'actions cohérentes. De plus, elles peuvent permettre aux professionnels de se sentir moins isolés face à une situation difficile.

IV.2.2. Le rôle de la sage-femme en PMI décrit par les sages-femmes interrogées

Le rôle de la sage-femme en PMI s'avère être un accompagnement tout au long de la grossesse, en orientant si besoin vers d'autres professionnels médicaux ou sociaux. Leur position au sein d'une équipe pluridisciplinaire facilite le travail avec tout un réseau de professionnels, autour de la naissance. Leur rôle est à la fois médical et social, c'est alors un rôle important dans le repérage de vulnérabilités et la prévention des situations d'enfants en danger ou en risque de l'être. Pour désigner ce rôle de prévention à partir de facteurs de vulnérabilités observés, les sages-femmes territoriales interrogées emploient les mots : « repérage », « dépistage », et « ciblage », sans les différencier réellement, or chacun a une connotation différente. Le dépistage, d'après l'OMS, (58) est utilisé pour désigner tous les tests, examens utilisés pour identifier une maladie ou une anomalie passée inaperçue chez des sujets. C'est une action de santé publique. Les sages-femmes emploient sûrement le mot « dépistage » car elles s'appuient sur des facteurs de risque ou de vulnérabilité pour proposer un accompagnement à une future mère, mais cette recherche est subjective, une vulnérabilité présente chez une femme peut ne pas apparaître comme une vulnérabilité chez une autre femme (comme le jeune âge par exemple). Le dépistage n'apparaît alors pas comme un terme adapté. D'autres sages-femmes emploient les mots « repérer » ou « cibler », qui nous paraissent plus corrects. En effet, en écoutant et en discutant avec les femmes qu'elles reçoivent, elles peuvent repérer, c'est-à-dire remarquer des difficultés

qui peuvent être travaillées pendant la grossesse.

Les sages-femmes interrogées parlent tout d'abord de leur rôle de repérage des familles vulnérables et sensibles, en particulier les sages-femmes du Finistère dont la fiche de poste précise que leur activité se concentre sur le « suivi des femmes vulnérables » (annexe n°II).

Puis, les sages-femmes évoquent cet accompagnement autour de la grossesse, et des difficultés du couple ou de la femme. L'accompagnement ici est alors une écoute des difficultés de la femme, et une organisation de la sage-femme autour de ces difficultés, quelles soient psychologiques, médicales ou social.

Elles mettent aussi en avant le fait de travailler dans une équipe pluridisciplinaire, et de « faire le lien » entre tous les partenaires, en particulier avec la puéricultrice pour le post-partum. Elles doivent donc connaître tous les professionnels du réseau, leur rôle, ce qu'ils peuvent apporter à la patiente, afin d'orienter de façon adéquate celle-ci.

Ce rôle de sage-femme de PMI s'avère plus délicat à Mayotte : il est difficile de cibler les familles vulnérables ayant besoin d'un accompagnement psycho-social, car les sages-femmes font des consultations prénatales pour le tout venant et voient environ 25 femmes par jour. Chaque consultation étant très limitée dans le temps, il est difficile d'aborder autre chose que le versant médical de la grossesse. Leur rôle se rapproche alors plus d'un travail d'une sage-femme hospitalière exerçant en consultations, en métropole. En effet, la PMI de Mayotte suit 80% des grossesses du département (soit 6000 femmes enceintes). Chaque sage-femme de PMI prend donc en charge environ 450 grossesses par an. (59) L'une d'entre elle explique, dans un article des « Dossiers de l'Obstétrique », que pour qu'elle puisse exercer correctement son travail, ce chiffre devrait être autour de 350 suivis de grossesses par an (59). Avec ces chiffres, on comprend que les sages-femmes de Mayotte sont dans l'incapacité de mener leur rôle de prévention de la même manière que les autres sages-femmes. Malgré tout, elles essayent de repérer des difficultés sociales, et tâchent d'écouter au mieux les femmes dans le temps imparti de leurs consultations. A travers les entretiens, on remarque que les sages-femmes de Mayotte n'abordent pas tout à fait les patientes de la même manière que les sages-femmes de métropole : en effet, la relation patiente-professionnelle nous paraît différente, par exemple les sages-femmes emploient facilement le tutoiement avec leurs patientes, et certains sujets sont abordés plus aisément lors des consultations (violence conjugale, viol...).

IV.2.3. Les outils pour débiter un suivi de prévention

Les sages-femmes s'appuient sur la déclaration de grossesse pour repérer des vulnérabilités. Bien-sûr, celle-ci donne peu d'informations, et il faut rencontrer les parents, les écouter, pour « évaluer » leurs véritables difficultés. En effet, la déclaration de grossesse informe les sages-femmes sur :

- l'identité de la future mère,
- celle de son conjoint si elle a souhaité le déclarer,

- l'âge du couple,
- la catégorie professionnelle,
- le nombre de grossesses et d'accouchements précédents cette grossesse,
- la date de la déclaration de grossesse,
- la date prévue d'accouchement.

Cette déclaration de grossesse, outil cité par la moitié des sages-femmes, est adressée au médecin de PMI qui la transmet à la sage-femme. Elles doivent faire l'objet d'un examen systématique par les sages-femmes de PMI, et en fonction des critères pré-établis par le logiciel du conseil général recevant les déclarations de grossesse, et par les sages-femmes elles-mêmes, elles proposent un rendez-vous à la femme. Sinon, toutes les femmes ayant déclaré leur grossesse reçoivent un courrier de mise à disposition de la sage-femme.(5) C'est un outil très utilisé en métropole, mais pas du tout dans le département de Mayotte. De fait, ce sont les sages-femmes de PMI qui font les 80 % de déclarations de grossesse de l'île. Leur principal outil est alors l'interrogatoire : elles s'intéressent au contexte social, au mode de vie de la femme, à ses antécédents.

Le réseau de partenaires est évoqué par beaucoup de sages-femmes comme un outil essentiel. En effet, il existe des fiches de liaisons PMI (5) qui permettent aux partenaires de celle-ci de la contacter, d'orienter vers elle une femme ou un enfant. Le secteur hospitalier ou libéral peut ainsi s'en servir pour contacter la PMI.

L'entretien prénatal précoce, évoqué premièrement par le plan de périnatalité 2005-2007 pour permettre au couple d'exprimer ses attentes et besoins (6), a été renforcé par la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance qui l'identifie comme l'outil principal de prévention précoce pendant la grossesse (3) afin de pouvoir mettre en place des actions de prévention. La loi n'exprimant pas qui doit faire cet entretien « psycho-social » (37), nous nous sommes demandés si les sages-femmes de PMI l'utilisait comme outil pour repérer des situations, des vulnérabilités dans le couple, et sinon, quand était-il utilisé. En effet, en 2006, le rapport sur la PMI de l'IGAS (60) proposait que la PMI développe et propose systématiquement cet entretien de « bilan psycho-social du 4ème mois » de grossesse. Il s'est avéré, avec notre étude, que les sages-femmes de PMI l'utilisent peu elles-mêmes, car il est déjà utilisé par les nombreux partenaires de la PMI, qui s'en servent pour orienter si besoin vers celle-ci. De plus, dans le Finistère, les sages-femmes peuvent faire cet entretien par dérogation seulement (annexe n°II), c'est-à-dire s'il n'a pas pu être réalisé par quelqu'un d'autre, une sage-femme libérale, hospitalière, ou un médecin. Parfois, les femmes contactent les sages-femmes de PMI dans le but d'avoir un entretien prénatal précoce : dans ce cas là, certaines sages-femmes le font, et, en fonction de la demande et des difficultés de la femme enceinte, va débiter un accompagnement ou l'orienter vers un autre professionnel. Dans la fiche de poste des sages-femmes de PMI des Côtes d'Armor par contre, on peut voir que l'entretien prénatal précoce fait parti de leurs missions. La sage-femme interrogée des Côtes d'Armor dit d'ailleurs qu'elle fait des entretiens prénatals précoces du « *tout venant* ». A Mayotte, il n'existe pas de fiche de poste pour les sages-femmes de PMI, mais toutes évoquent le manque de temps pour faire cet

entretien. Pourtant, une sage-femme a reçu la formation pour effectuer cet entretien.

Cependant, toutes les sages-femmes interrogées pensent que pour chaque première rencontre avec un couple, une femme, elles effectuent un entretien dont les objectifs et le contenu s'apparentent beaucoup à cet entretien précoce dit « du quatrième mois ». En effet, d'après Françoise Molénat dans la circulaire de 2005 sur la promotion de la collaboration médico-psychologique, cet entretien doit permettre d'activer le réseau de proximité « si cela a un sens pour le couple » et « aider à anticiper une continuité d'intervention de manière personnalisée », et maintenir la confiance dans le système. (56) Il doit permettre aussi d'apprécier la santé globale de la femme enceinte (psychologique, somatique et sociale), et d'identifier les besoins parentaux, les compétences à développer, et prévenir les facteurs de risques. (15) Finalement, les sages-femmes de PMI effectuent des entretiens ressemblant à cet entretien formalisé du 4ème mois, pour toute première rencontre avec une femme, un couple : elles interrogent sur le développement de la grossesse, les inquiétudes des parents, les besoins, et informent sur les divers acteurs pouvant intervenir pendant la grossesse (puéricultrice, psychologue, assistante sociale...).

IV.2.4. Facteurs de vulnérabilité

Les sages-femmes interrogées s'appuient sur les facteurs de vulnérabilité retrouvés dans la littérature, mais en citent aussi qui sont propres à leur expérience sur le terrain, qui vont les inquiéter selon les situations. Elles citent, en commun avec la littérature (13) (14) (15) (61) un très jeune âge de la mère ou du couple, et la violence conjugale comme premiers facteurs de vulnérabilité. On remarque que la violence conjugale est citée par toutes les sages-femmes de Mayotte, celles-ci exprimant qu'elles y sont souvent confrontées lors des consultations de grossesse ou de contraception. On peut se dire que c'est un facteur qui est plus présent à Mayotte que dans les autres départements. De plus, la violence conjugale, bien que présente en métropole, reste un sujet très tabou, et difficilement abordé.

De même pour le très jeune âge : en effet, à Mayotte, 53% de la population a moins de 20 ans (contre 25% en métropole) (62), et les femmes de moins de 18 ans représentent 5 % des grossesses (59).

Les « femmes seules » citées par cinq sages-femmes, peuvent être associées au terme « isolement social » retrouvé dans la littérature (12), (13) ou « risque social » pour l'HAS (15).

La précarité est citée aussi par cinq sages-femmes. L'HAS la définit comme « absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités ». L'absence d'activité professionnelle citée par trois sages-femmes rentre alors dans la précarité.

Une déclaration tardive de grossesse et des grossesses rapprochées peuvent être observés sur la déclaration de grossesse (5).

Les addictions ou consommations de toxiques, ainsi que les pathologies psychiatriques ou dépressions,

cités par trois sages-femmes, sont retrouvés dans de nombreuses références (13) (15) (16).

Les deux sages-femmes ayant évoqué un « faible niveau intellectuel » voulaient sans doute dire par ce terme un « positionnement éducatif défaillant » (61), une immaturité, un « manque de repères » chez les parents (12), en particulier des parents très jeunes. C'est un facteur également retrouvé dans les études rétrospectives anglo-saxonne (63). On peut aussi se dire qu'elles placent dans ce terme les adultes vulnérables, ayant une déficience intellectuelle.

Trois sages-femmes prennent en compte dans les facteurs de vulnérabilités une maltraitance ou un défaut de soins dans l'enfance chez la mère.

Le contexte de la grossesse paraît important pour trois sage-femme : est-ce-que l'enfant est voulu ou pas ? Dans quelles circonstances se situe cette grossesse ? Pour Monique Bydlowski, une grossesse conflictuelle est un indicateur de risque, c'est-à-dire qu'il faut rechercher les circonstances de cette grossesse : inopportune, non programmée...(16)

Deux sages-femmes de Mayotte ajoutent deux facteurs propres à leur expérience professionnelle en PMI, non retrouvés dans la littérature, et fréquemment rencontrés à Mayotte : La polygamie, et les femmes ayant été expulsées de l'île, car sans-papiers. Bien qu'interdite, la polygamie est encore très présente à Mayotte. Les femmes venant des Comores pour accoucher peuvent être expulsées à n'importe quel moment pendant la grossesse ou après l'accouchement par la Police Aux Frontières, et l'enfant reste sur l'île.

Les sages-femmes s'appuient sur des facteurs de vulnérabilités, repérés sur la déclaration de grossesse, par un partenaire, ou lors d'un interrogatoire, pour proposer aux femmes qui en ont besoin un accompagnement. Bien-sûr, toutes les femmes n'ont pas les mêmes « clignotants », et un même facteur retrouvé chez deux femmes n'inquiétera pas forcément de la même manière la sage-femme. La sage-femme de PMI s'efforce de voir la femme dans sa globalité, avec ses difficultés, ses angoisses, ses antécédents, et en ayant connaissance de ses vulnérabilités pouvant potentiellement devenir des risques, elle peut lui proposer un suivi personnalisé, qui lui convient. Dans les recommandations pour la préparation à la naissance et à la parentalité de l'HAS en 2006, il est précisé qu'aucun outil d'identification des facteurs de vulnérabilités au cours de la grossesse n'a été correctement validé. Le groupe de travail énonce qu'une fiche élaborant les différents facteurs à repérer pourrait conduire à stigmatiser les femmes, et à « augmenter leur sentiment de dévalorisation ».(14) La sage-femme B précise qu'elle ne « *fait pas de généralités* », que « *c'est une accumulation de facteurs de risques* », qu'il « *faut bien partir de quelque-chose* ». En définitive, en identifiant et nommant ces facteurs de risques, puis en mettant en place un accompagnement adapté à la famille, la sage-femme territoriale exerce son rôle en protection de l'enfance pendant la grossesse.

IV.2.5. Actions mises en place : visites à domicile, orientation vers des partenaires, préparation à la naissance et à la parentalité

D'après le Code de Santé Publique (37), la PMI a pour mission de mettre en place des actions de

prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes, et des actions médico-sociales préventives à domicile. Avec ces entretiens, nous avons pu voir que ces actions se mettaient plus ou moins facilement en place selon les départements.

◆ Les visites à domiciles: une action préventive importante

Les visites à domicile, tout d'abord, occupent une grande partie du temps de travail des sages-femmes du Finistère et des Côtes d'Armor. Ces sages-femmes expliquent qu'il faut qu'il y ait un lien qui soit établi au préalable avant la visite à domicile, un premier rendez-vous dans un bureau au CDAS, ou un lien réalisé par un partenaire qui explique l'intérêt de la visite à domicile. Elles regrettent aussi de ne plus suivre de grossesses pathologiques, ce qui permettait de venir au domicile plus facilement pour une surveillance médicale, qui pouvait déboucher sur une surveillance psycho-sociale par la suite une fois le lien de confiance établi. Ce lien de confiance se renforce au fur et à mesure des visites, les femmes se confient plus, sont plus à l'aise. (9) Ces visites à domicile donnent l'occasion aux sages-femmes d'observer les conditions de vie, de rencontrer parfois le conjoint, le reste de la fratrie, « *d'avoir une autre vision de la vie de la patiente* ». Une des sages-femmes rencontrées parle de la possibilité d' « *évaluer un peu comment c'est le domicile* ». En effet, ces visites peuvent permettre faire le point avec les parents, de comprendre leurs difficultés et de mieux les aider. Ce peut être aussi une intervention « concrète » (64): aider les parents à aménager le domicile pour accueillir un bébé, les conseiller sur l'achat de matériel : cela permet aux parents de se projeter plus facilement aussi dans la grossesse, et la venue de cet enfant. Elles permettent aussi aux sages-femmes de rencontrer des femmes isolées, qui sont hors d'un parcours de soins, ne peuvent pas se déplacer, ou craignent de rentrer dans un parcours de soins. Les visites ne sont pas imposées à la famille, elles sont toujours proposées. (5) Il est bien-sûr important de respecter l'intimité des parents, d'être dans l'écoute avant tout. A Mayotte, cette action n'est pas mise en place, par manque de personnel et de moyens. Les sages-femmes évoquent un sentiment d'insécurité si elles vont seules dans les villages, avec leurs voitures. Toutes regrettent que ça ne soit pas mis en place, cela permettrait de voir par exemple pour les très jeunes femmes enceintes si elles sont bien installées, si elles sont suffisamment entourées par la famille. Ces visites permettent de mettre en place un environnement sécurisant pour l'enfant à venir, apporter une aide concrète à la mère aussi si elle le désire, et ainsi prévenir des troubles de la relation mère-enfant qui pourront apparaître à la naissance. (9)

Que ce soit à domicile ou dans un bureau au centre de la PMI, les consultations, souvent plus longues qu'en milieu hospitalier ou libérale (entre une heure et une heure et demi), font que la sage-femme peut prendre le temps d'interroger et à la fois d'écouter, de rassurer, de conseiller. Et à partir de ces entretiens, elle peut mettre en place un accompagnement. (5) On a pu voir que les sages-femmes abordaient différents sujets avec les femmes qu'elles reçoivent : on observe une place importante de la violence conjugale, du contexte familial. Les sages-femmes ne l'abordent pas forcément au premier entretien, elles amènent le sujet plus tard ou attendent que la femme en parle d'elle-même.

◆ La préparation à la naissance et à la parentalité

A domicile, les sages-femmes peuvent accompagner les femmes en faisant de la préparation à la naissance et à la parentalité : c'est aussi une mission de la PMI (5), qui n'est pas exclusive car la préparation peut être effectuée par une sage-femme hospitalière ou libérale, en plus du suivi par la sage-femme de PMI. On a pu observer que certaines sages-femmes organisaient des préparations en groupe au sein de la PMI, en particulier sur les secteurs où il y a peu de sages-femmes libérales. Elles répondent donc à une demande de la population. Ces cours collectifs sont pour le « tout venant ». Par contre, toutes les sages-femmes de PMI du Finistère et des Côtes d'Armor effectuent de la préparation à l'accouchement et à la parentalité individuelle, à domicile ou à la PMI, pour répondre à des attentes très spécifiques, et accompagner au mieux les femmes les plus vulnérables, qui ne veulent pas faire partie d'un groupe. C'est la seule action collective organisée pendant la grossesse parmi les sages-femmes interrogées. Or, d'après la loi, le service de PMI organise des « actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes ». On remarque avec ces entretiens, que hormis ces cours de préparation à la naissance et les visites à domicile, il n'y a pas réellement d'actions préventives collectives anténatales mises en place. Les sages-femmes participent, par contre, à des actions collectives post-natales, comme des rencontres parents-enfants, des ateliers d'éveil par le toucher, ou « massages bébés ». A Mayotte, il n'existe aucune action collective préventive mise en place par la PMI pendant la grossesse, mais des actions préventives auprès des jeunes scolarisés sont organisées chaque semaine, où les sages-femmes abordent le respect de l'homme et de la femme, la contraception, et dont un des buts est de « limiter les grossesses précoces ».

◆ L'orientation vers un autre acteur

Finalement, les sages-femmes orientent beaucoup vers différents professionnels quand elles découvrent des difficultés particulières chez une femme : vers l'assistante sociale si il y a des problèmes sociaux, de papiers... Vers la psychologue si la femme a besoin d'une écoute particulière, ou vers des associations pour trouver de l'aide alimentaire, ou matérielle. En fait, elles participent à faire le lien entre tous les professionnels, et font le point avec les femmes sur leurs difficultés, sur leurs besoins. Elles les entourent de professionnels nécessaires à leur sécurité et confort, afin que leur bébé arrive dans les meilleures conditions possibles. Elles sont au cœur d'un réseau, d'une équipe pluridisciplinaire. (5) Selon les départements, cette collaboration avec les différents partenaires se fait plus ou moins aisément : à Mayotte, les sages-femmes proposent à des femmes des rendez-vous avec des assistantes sociales, sans avoir de retours, ni sans savoir si cela va aboutir à une prise en charge sociale.

◆ L'accompagnement aux différents rendez-vous

Certaines sages-femmes ont mentionné l'accompagnement physique : en effet, il leur arrive de conduire certaines femmes, ayant peu de moyens de locomotion pour se déplacer, à leurs rendez-vous médicaux, ou administratifs par exemple, pour qu'elles aient un accompagnement régulier.

IV.2.6. Travail avec le réseau

◆ Collaboration entre les différents acteurs du social, médical, psychologique

Le plan de périnatalité 2004-2007 (6) avait parmi ses objectifs de développer et créer les réseaux de périnatalité ville/PMI/hôpital pour associer les professionnels des établissements de santé, les professionnels de santé de ville, et ceux exerçant en PMI, avec les différents acteurs des champs médico-social et social. La psychiatrie devait être intégrée à ce réseau également. Ces réseaux se sont développés dans chaque région, et chaque adhérent du réseau doit connaître les différents professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge d'une grossesse, d'une naissance.

Dans le rapport « Périnatalité et Parentalité » Mme Hermange, sénateur de Paris, voulait renforcer la collaboration entre la PMI et les structures hospitalières, afin de lutter contre les liens parents-enfants fragilisés après la naissance de l'enfant, et donc prévenir cela avant la naissance. Cette collaboration devait permettre de clarifier le rôle de chacun et d'adapter la prise en charge à chaque couple, d'organiser un réseau autour de la grossesse. (65) D'après notre étude, cette collaboration se fait différemment selon les départements : elle se fait par le biais de réunion, de staffs, ou par mails, fax et appels téléphoniques. La plupart des sages-femmes interrogées trouvent que cette collaboration pourrait être améliorée, par une meilleure connaissance du rôle de chaque partenaire, par exemple par le biais des « formations réseau » de l'AFREE, (57) évoquées plus haut, pour rediscuter des situations difficiles rencontrées.

◆ Le développement des staffs de parentalité

Une autre proposition de ce rapport était de développer davantage les staffs de parentalité au sein des maternités, pour « soutenir les parents avant la survenue d'un risque éventuel ». (65) On a pu voir que ces staffs étaient mis en place dans la plupart des maternités du Finistère, et dans les Côtes-d'Armor. La difficulté pour les sages-femmes de PMI qui travaillent sur plusieurs secteurs est de pouvoir participer à tous les staffs de ces secteurs. De plus, tous les professionnels de la naissance ne sont pas représentés : dans certains établissements, l'obstétricien n'est pas présent, mais représenté par une sage-femme cadre, et pour les femmes suivies par un psychiatre, la psychiatrie intervient très peu. Malgré tout, on remarque que ces staffs se déroulent environ une fois par mois, deux fois par mois pour la sage-femme des Côtes d'Armor. A Mayotte, certaines sages-femmes ont participé à des staffs avec les partenaires sociaux, qui ne se sont pas maintenus. Pour les sages-femmes de PMI, l'intérêt de ces staffs est de pouvoir attirer l'attention des professionnels sur la situation d'une femme enceinte, d'une famille, afin d'être vigilants et de mettre en place un suivi adapté pendant et après la grossesse.

◆ Le travail interne au conseil général

Au sein même du conseil général, il existe un travail de réseau important. Les sages-femmes parlent de collaboration notamment avec les assistantes sociales, et les puéricultrices, mais aussi : le référent de l'ASE, le conseiller familial, le conseiller en économie sociale et familiale... Il y a aussi beaucoup d'échanges avec la

psychologue du réseau de périnatalité, vers qui les sages-femmes orientent beaucoup de futures mères. Tous ces professionnels se retrouvent lors de « points PMI », pour évoquer les situations du mois, ou lors de synthèses, quand il s'agit de discuter d'une situation particulière, avec tous les professionnels accompagnant la famille en question.

◆ Travail de collaboration avec les sages-femmes libérales

Avec le développement des sages-femmes libérales, les sages-femmes territoriales ont concentré leur exercice sur la prévention psycho-social pendant la grossesse, et moins sur la prévention médicale. En effet, dans le Finistère, le suivi à domicile des grossesses pathologiques se fait dorénavant essentiellement par les sages-femmes libérales. Si des difficultés d'ordre psychologique ou social sont présentes, le suivi à domicile peut se faire conjointement entre la sage-femme de PMI et libérale : c'est ce qu'explique la sage-femme des Côtes d'Armor. Par exemple, si il y a plusieurs enregistrements cardio-tocographiques par semaine à réaliser à domicile, les deux sages-femmes peuvent en faire un chacun, pour que la famille ait un suivi PMI en plus du suivi par la sage-femme libérale. Les sages-femmes libérales effectuent un suivi global ou semi-global de la grossesse (65), en réalisant les consultations prénatales, la préparation à la naissance, le suivi post-natal, mais peuvent si besoin, transmettre la situation à la PMI tout en continuant à suivre la grossesse, et travailler ainsi en collaboration. Malgré tout, les sages-femmes territoriales rencontrées remarquent qu'elles reçoivent peu de transmissions des sages-femmes libérales, en comparaison aux situations transmises par l'hôpital à la PMI. Cela peut sans doute s'expliquer par le fait qu'à l'hôpital, les patientes ne voient pas la même sage-femme pour chaque consultation et la préparation à la naissance, alors que la sage-femme libérale va suivre la femme toute la grossesse, et peut sans doute prendre plus de temps pour l'écouter, répondre à ses angoisses, et établir un lien de confiance. Nous émettons l'hypothèse que les sages-femmes libérales transmettent à la PMI les situations où elles éprouvent de grandes inquiétudes, où elles se sentent dépassées, quand elles ne peuvent pas accorder autant d'attention et d'écoute que la femme nécessite. Les sages-femmes libérales appartiennent également aux réseaux de périnatalité,(66) et peuvent participer aux différentes formations proposées. En définitive, les sages-femmes de PMI et libérales effectuent un travail complémentaire dans la prévention médicale, psychologique et sociale.

IV.2.7. Le partage d'informations et le secret professionnel

Les sages-femmes de notre étude mentionnent aussi la difficulté de transmettre des informations sur des situations lors des staff ou autres réunions, tout en respectant le secret professionnel et l'intimité de ces familles. D'après la loi, le partage d'informations est limité à ce qui est strictement nécessaire, et doit être réalisé dans un but d'évaluer la situation et de réfléchir aux actions à mettre en œuvre. Ce partage doit être fait entre personnes soumises au secret professionnel, qui œuvre pour la protection de l'enfance ou y participent.(67) Les sages-femmes doivent ainsi faire le tri des informations recueillies, pour sélectionner les plus importantes à partager avec les professionnels présents au staff par exemple. Elles sont, de plus, parfois

confrontées au refus de familles qu'on informe d'autres personnes sur leur situation. Dans ce cas là, la notion d'anonymat est évoquée par les sages-femmes interrogées, mais comment organiser une prise en charge adaptée tout en gardant confidentielle la situation ? Souvent, dans ce cas là, les sages-femmes ne détaillent pas le dossier, mais conseillent aux autres professionnels une certaine vigilance et une écoute attentive pour cette famille. Elles agissent de la même manière quand elles éprouvent des inquiétudes pour une famille qu'elle n'ont pas pu rencontrer, pour cause de refus, ou « porte close ». Madame Bligny, psychologue clinicienne, qui a travaillé sur la transmission interprofessionnelle, convient d'une transmission des informations en deux temps : tout d'abord, un « décodage » et une « sélection » des informations provenant de la patiente. Pour elle, il s'agit de dégager les informations nécessaires à transmettre, en discutant avec la patiente. L'organisation d'un réseau autour de la patiente, est réalisé en accord avec elle, en toute transparence. Puis, le « recodage » permet de transmettre ces informations en prenant en compte les besoins des autres professionnels, « pour rester en sécurité face à une situation singulière et à éviter les maladroites ou contre-attitudes ». (68) Il s'agit aussi d'évoquer les ressentis de la femme de la famille, et de ne pas juste « lister » les facteurs de risques, pour éviter une vision négative. Les sages-femmes qui transmettent des informations ont alors un travail de décodage à réaliser avant tout, qui, nous l'avons vu dans les entretiens, peut parfois être ressenti comme difficile.

IV.2.8. Hypothèses : rappel et discussion

Les hypothèses de départ de ce travail étaient :

- Le travail des sages-femmes de PMI en prévention de l'enfance en danger est le produit d'une expérience et d'un savoir faire, et de législation et réglementations.
- Les outils utilisés par les sages-femmes dépendent autant des patientes, des particularités des situations rencontrées, que des échanges avec les autres professionnels, organisations et structures, qui agissent dans le champ de la santé et de la protection de l'enfance.

Nous avons pu voir que les sages-femmes interrogées accompagnaient les femmes en fonction de leur expérience, « au cas par cas », et de leur formation, qu'elle soit initiale ou continue. De plus, elles n'hésitent pas à se former, à demander à faire des formations non obligatoires : certaines ont une formation de conseillère conjugale, d'autres une formation pour animer des ateliers « d'éveil par le toucher », d'autres encore ont demandé des formations sur la protection de l'enfance et sur les violences conjugales. Elles apprennent beaucoup de leurs expériences et discussions avec les différents professionnels qu'elles rencontrent.

Les outils utilisés par les sages-femmes pour mener cette prévention anténatale de l'enfance en danger sont bien-sûr fonction des situations rencontrées et des échanges avec les autres professionnels, mais aussi des moyens départementaux, et des actions organisées, auxquelles participent la PMI.

Pour conclure, il nous a paru intéressant de faire une typologie des actions, communes à toutes les sages-femmes rencontrées, pouvant être mises en place dans leur travail de prévention anténatale :

- ◆ Tout d'abord, elles réalisent un accompagnement médico-psycho-social de la patiente : en abordant les difficultés socio-psychologiques, mais aussi le côté médical, essentiellement pour les sages-femmes de Mayotte. Pour la plupart des sages-femmes, ce suivi peut se faire à domicile. Cet accompagnement englobe aussi la préparation à la naissance et à la parentalité, individuelle ou en groupe selon les sages-femmes. Cela se fait peu à Mayotte, car il y a peu de demandes et peu de moyens, mais nous avons pu voir qu'une sage-femme avait réussi à organiser une visite de la maternité pour une patiente qui en ressentait le besoin.
- ◆ Toutes les sages-femmes interrogées travaillent en étroite collaboration avec la puéricultrice : A Mayotte, celle-ci va suivre tous les enfants des femmes suivies pendant la grossesse par la PMI, la sage-femme peut donc l'informer sur les dossiers avant la naissance ou juste après. Dans le Finistère et les Côtes d'Armor, les sages-femmes essayent de présenter leur collègue puéricultrice un peu avant la naissance, pour faire le relais.
- ◆ Les sages-femmes travaillent aussi beaucoup en lien avec des associations : de solidarité pour des aides matérielles ou alimentaires, des associations pour le droit des femmes et des familles...
- ◆ Pour ce qui concerne les difficultés financières et administratives, toutes les sages-femmes dirigent les futures mères vers une assistante sociale, si elles ne sont pas déjà en contact avec une.
- ◆ Quand elles considèrent qu'un suivi psychologique pourrait être important pour la future mère, elles la guident vers la psychologue : du réseau de périnatalité, de l'hôpital, d'une association...
- ◆ Les sages-femmes exercent en partenariat avec les professionnels de la grossesse, hospitaliers ou libéraux. Différents moyens de communications sont retrouvés : les staffs médico-sociaux, les synthèses, les fiches de transmissions, ou de façon moins formelle, par mails, fax, courriers, notes dans le dossier, appels téléphoniques.

IV.3. Propositions d'amélioration de la prévention

A l'issue de notre étude, et grâce aux propos recueillis auprès des sages-femmes, nous pouvons dire que les moyens à disposition des sages-femmes pour remplir leurs missions dans la protection de l'enfance pourraient être perfectionnés, en vue d'une meilleure prévention anténatale.

Il serait tout d'abord intéressant de favoriser l'interconnaissance, c'est-à-dire la connaissance du rôle de chaque professionnel intervenant dans un réseau : en mettant en place plus de rencontres, de formations communes entre les différents professionnels de santé et du social pouvant intervenir dans la protection de l'enfance. Cela permettrait d'améliorer la connaissance du rôle de la PMI pendant et après la grossesse. Ainsi les différents professionnels du réseau se tourneraient plus facilement vers la PMI, et celle-ci pourrait alors

intervenir plus tôt pendant la grossesse, et organiser un accompagnement plus conséquent. De plus, les staffs médicaux-sociaux faisant intervenir la PMI au sein des maternités devraient être mis en place dans tous les établissements.

Lors de la formation initiale des sages-femmes, une intervention de la PMI pourrait être développée dans toutes les écoles, avec des informations sur la loi de mars 2007, et sur la pratique des sages-femmes en PMI. De plus, lorsque les sages-femmes commencent à exercer au sein de la PMI, la formation sur la protection de l'enfance devrait être imposée pour toutes, or nous avons vu dans cette étude, que toutes les sages-femmes n'en ont pas bénéficié.

Ces améliorations pourraient permettre une meilleure prévention primaire en anténatale, et par conséquent une meilleure anticipation de l'accompagnement qui sera nécessaire après la naissance. Cela pourra limiter les difficultés d'accueil du nouveau-né dans sa famille, et les troubles d'établissement du lien mère-enfant par exemple.

CONCLUSION

Cette étude, par entretiens auprès de dix sages-femmes de trois départements différents nous a permis de comprendre le rôle indispensable de la sage-femme de PMI en prévention anténatale. Nous avons pu découvrir les diverses manières d'exercer cette prévention, selon les départements, les sages-femmes elles-mêmes, et les besoins de la population.

Chaque sage-femme rencontrée possède une façon de travailler, mais toutes s'accordent à dire que ce qui est prépondérant et primordial dans leur fonction, c'est qu'elles tissent un lien entre tous les professionnels, qu'elles organisent tout un réseau autour d'une femme, d'une famille. Elles ont une place adéquate pour ce rôle car elles exercent au sein d'une équipe pluridisciplinaire, à la fois médicale, sociale, et psychologique. Elles aident et accompagnent les futures mères et le couple, avec leurs difficultés, dans l'accueil de ce futur enfant, et mettent en place des actions pendant la grossesse, pour la suite de celle-ci et après la naissance, afin de faciliter l'accueil du nouveau-né et faire en sorte que le lien mère-enfant s'établisse correctement.

Malgré tout, leur travail ne se fait pas sans difficultés : leur rôle pendant la grossesse est encore méconnu ou mal connu par les autres professionnels, et les échanges avec ceux-ci peuvent s'avérer compliqués. De plus, les sages-femmes territoriales interrogées déplorent toutes un manque de moyens pour exercer de façon efficace leur profession : un manque de personnel, d'actions collectives, de coordination, en particulier à Mayotte, où les moyens de la PMI développés restent éloignés de ceux des autres départements.

Finalement, la sage-femme de PMI est un acteur important de la protection de l'enfance dans la période périnatale : elle intervient avant la naissance, avant qu'il y ait des troubles de la relation mère-enfant, ce qui peut permettre d'atténuer les risques à la naissance en mettant en place un suivi adapté de la femme et sa famille pendant la grossesse. Son intervention pourrait être plus valorisée par une meilleure connaissance des autres professionnels de cette fonction et de son intérêt. De même, sa pratique pourrait être facilitée par davantage de moyens organisationnels et humains.

REFERENCES

- (1) ONED, Observatoire National de l'Enfance en Danger. Les chiffres clés en protection de l'enfance. [En ligne]. <http://www.oned.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance> . Consulté le 10 mars 2013.
- (2) ODAS, Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée. La lettre de l'ODAS : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. Novembre 2007, 12p.
- (3) Verdier P, Eymenier M. La prévention. In : Verdier P, Eymenier M. La réforme de la protection de l'enfance. 2^{ème} édition. Paris : Berger-Levrault, 2012, 39-49.
- (4) ONED, Observatoire National de l'Enfance en Danger. La loi de réforme de la protection de l'enfance. [En ligne]. http://www.oned.gouv.fr/loi-reforme-protection-lenfance_. Consulté le 2 septembre 2013.
- (5) Hassani A, Letoret A, Morellec J. Protection Maternelle et Infantile : de la promotion de la santé à la protection de l'enfance. Paris : Berger-Levrault, 2009.
- (6) Ministère de la Santé. Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004. 44p.
- (7) Code Civil. Article 375 modifié par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance. Article 14 du JORF du 6 mars 2007. [En ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426773&dateTexte=&categorieLien=cid> . Consulté le 20 juin 2013.
- (8) Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. La sage-femme de P.M.I.[En ligne]. http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/la_profession_et_modes_dexercice/la_sagefemme_de_pmi/index.htm . Consulté le 11 novembre 2012.
- (9) Lalitte S, Debuissou E, Faure L. Les visites à domicile par les sages-femmes de protection maternelle et infantile en Seine-Saint-Denis. Les Dossiers de l'Obstétrique. 2008, 375 : 27-31.
- (10) Ministère de la Santé et des Solidarités. Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent. Mai 2007, 100p.

- (11) Molénat F. Rencontrer les parents et non les « dépister »... Les Dossiers de l'Obstétrique. 1996, 242 : 25-32.
- (12) ONED, Observatoire National de l'Enfance en Danger. Huitième rapport annuel de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger remis au gouvernement et au parlement. Mai 2013, 106p.
- (13) Girodet D. Prévention et prise en charge précoce : le point de vue d'une pédiatre de maternité. Les Dossiers de l'Obstétrique. 1996, 242 : 11-14.
- (14) HAS, Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf. Consulté le 16 décembre 2013.
- (15) Besnard C. La maltraitance des jeunes enfants, pour une prévention dès avant la naissance. Journal international de Victimologie. 2003 (2), 1 : 1-6.
- (16) Bydlowski M. Le désir d'enfant au féminin et sa relation à l'inconscient. In : Bydlowski M. La dette de vie. 6Ème édition. Paris : Presses Universitaires de France, 2008, p.63-89.
- (17) ODAS, Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée. La lettre de l'ODAS : Évolution des signalements d'enfants en danger en 2003. Décembre 2004, 6p.
- (18) Dufour V. Bilan d'activité des staffs de parentalité à Paris : quelle réponse pour quel type de difficultés ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005, 34 (1) : 74-77.
- (19) Verdier P, Eymenier M. La réforme de la protection de l'enfance . 2Ème édition. Paris : Berger-Levrault, 2012.
- (20) Ministère de la Santé et des Solidarités. Guide pratique protection de l'enfance : la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. 2007, 35p.
- (21) Code de l'Action Sociale et des Familles. Article L-226-4 modifié par la loi du 5 mars 2007. JO du 6 mars 2007. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796884&dateTexte=&categorieLien=cid> . Consulté le 10 septembre 2013.
- (22) Merger-Pélier M, Dibie-Krajcman D. Le respect du secret professionnel. In : Merger-Pélier M, Dibie-Krajcman D. Manuel juridique de la sage-femme. 2Ème édition. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières ;

2012 : 68-69.

(23) Groupe d'appui pour accompagner la réforme de la protection de l'enfance. Communication et partage d'informations à caractère secret appliqués aux professionnels de santé. Mars 2010. [Internet] http://www.reforme-enfance.fr/documents/groupe_dappui_partagesante.pdf . Consulté le 17 décembre 2013.

(24) Code de l'Action Sociale et des Familles. Article L226-2-2 créé par la loi du 5 mars 2007. [En ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796908&cidTexte=LEGITEXT000006074069> . Consulté le 17 décembre 2013.

(25) Code Pénal. Article 226-14 modifié par la loi du 5 mars 2007. [En ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9AE6E045A3B80BDEFF8EB705F3EA8798.tpdjo03v_2?idArticle=LEGIARTI000006417952&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20131217 . Consulté le 17 décembre 2013.

(26) Loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. [En ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=9B1777D563FE8AFDE41999A709F04F6A.tpdjo03v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072638&idArticle=LEGIARTI000006681930&dateTexte=29990101&categorieLien=id#LEGIARTI000006681930 . Consulté le 27 août 2013.

(27) Code de l'éducation. Article L542-1 modifié par la loi du 8 février 2010. [En ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9B1777D563FE8AFDE41999A709F04F6A.tpdjo03v_2?cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000006525150&dateTexte=20131217&categorieLien=cid#LEGIARTI000006525150 . Consulté le 17 décembre 2013.

(28) Delour M. Protection maternelle et infantile : historique et perspectives. La PMI en 2013 : son rôle, ses liens avec les autres acteurs de la santé de l'enfant. Archives de pédiatrie. 2013, 20 : 21-22.

(29) Segalen M. Un enfant pour la nation. In : Segalen, M. A qui appartiennent les enfants ? Paris : Tallandier, 2010, p.47-67.

(30) Merger-Pélier M, Dibie-Krajcman D. Le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. In : Merger-Pélier M, Dibie-Krajcman D. Manuel juridique de la sage-femme : 2ème édition. Bordeaux : Les

Etudes Hospitalières, 2012, p.179-181.

(31) Loi du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. [En ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19700717&numTexte=&pageDebut=06657&pageFin= . Consulté le 17 décembre 2013

(32) Loi du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L648 et L649 du code de la santé publique. [En ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880754&dateTexte=20130913> . Consulté le 15 décembre 2013.

(33) Loi de décentralisation du 22 juillet 1983 complétant la loi du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. [En ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000320195> . Consulté le 20 novembre 2013.

(34) Décret du 5 mai 1975 pris pour l'application de certaines dispositions des lois n° 67-1176 du 28 décembre 1967 et 74-1026 du 4 décembre 1974 relatives à la régulation des naissances. [En ligne]. <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000884091> . Consulté le 17 décembre 2013.

(35) CNFPT, Centre National de la Fonction Publique Territoriale. Fiches prospectives métiers. [En ligne]. <http://www.cnfpt.fr/content/fiches-prospectives-metiers?gl=ZDYxYmM1NTk> . Consulté le 7 décembre 2013.

(36) CNFPT, Centre National de la Fonction Publique Territoriale. Sage-femme. [En ligne]. http://www.cnfpt.fr/node/146/repertoire-metiers/metier/218?mots_cles=&gl=ZDYxYmM1NTk . Consulté le 7 décembre 2013.

(37) Code de la Santé Publique. Article L2112-2 modifié par la loi du 20 décembre 2007. [En ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0EE6EF291F68228B8EC29370B02110A0.tp_djo09v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000027573652&dateTexte= . Consulté le 15 novembre 2013.

(38) Ministère délégué à la santé. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. JORF du 19 décembre 2001. [En ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm>. Consulté le 23 janvier 2013.

- (39) Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. [En ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>. Consulté le 15 janvier 2014.
- (40) Ministère de la Santé et des Sports, CNGE, CNOSE, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010, 155p.
- (41) IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales. Evaluation de la politique de soutien à la parentalité. Février 2013. 98p.
- (42) Ponte C. L'exercice professionnel de la sage-femme dans le cadre de la PMI. Vocation Sage-Femme. 2011, 89 : 42-43.
- (43) Ponte C. La réforme de la protection de l'enfance, quel impact pour les sages-femmes ? Vocation Sage-Femme. 2008, 63 : 30-31.
- (44) Hébert M. L'entretien prénatal, premier maillon dans une démarche attentive de prévention ? Vocation Sage-femme. 2009, 70 : 25-28.
- (45) Groupe d'appui à la protection de l'enfance. Des dispositifs de soutien à la parentalité dans le cadre de la prévention. Septembre 2011, 10p.
- (46) Molénat F, Toubin RM, Roy J, et al. Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre. [En ligne]. <http://www.afree.asso.fr/Refrentiel.pdf> consulté le 16 décembre 2013.
- (47) Merg-Essadi D. Mise en place de l'entretien prénatal précoce. Les Dossiers de l'Obstétrique. 2008, 375 : 3-13.
- (48) Capgras-Baberon D. L'entretien prénatal précoce : mode d'entrée dans le réseau. Spirale. 2012, 61 : 47-53.
- (49) Ministère de la Santé. Enquête Nationale Périnatale : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011, 132p.
- (50) Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales. 3Ème édition. Paris: Dunod, 2006.

- (51) Chaumier S. Du cadre conceptuel à la mise en œuvre du repérage de la maltraitance infantile : impact de la loi du 5 mars 2007 sur les pratiques professionnelles sages-femmes. Mémoire de sage-femme, école de sages-femmes de Rouen, 2010.
- (52) Olivères Blard H. La prévention anténatale : les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile au cœur du réseau sanitaire et social. Mémoire de sage-femme, école de cadres sages-femmes de Dijon, 2007.
- (53) Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. 4^Ème édition. Paris : La découverte, 2010.
- (54) Desanti R, Cardon P. Initiation à l'enquête sociologique. Rueil-Malmaison : Editions ASH, 2010.
- (55) Direction Générale de la Compétitivité de l'Industrie et des Services. Techniciens d'intervention sociale et familiale. [En ligne]. <http://www.dgcis.gouv.fr/services-a-la-personne/technicien-d-intervention-sociale-et-familiale-metier-tisf-0> . Consulté le 26 novembre 2013.
- (56) DGOS, Direction Générale de l'Offre des Soins. Circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. [En ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm> . Consulté le 2 septembre 2013.
- (57) AFREE, Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement. Référentiel pour la mise en place et l'animation de formations « au travail en réseau personnalisé de soins ». [En ligne]. <http://www.afree.asso.fr/IMG/pdf/ReferentielFormation-.pdf> . Consulté le 26 janvier 2014.
- (58) INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Conditions nécessaires pour un dépistage. [En ligne]. <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/106/?sequence=11> . Consulté le 24 janvier 2014.
- (59) Fraissais C. Mayotte : Rapport sur la PMI femme de Passamainty. Les Dossiers de l'Obstétrique. 2012, 413 : 3-14.
- (60) IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales. Étude sur la Protection Maternelle et Infantile en France : rapport de synthèse. Novembre 2006, 489 p. [En ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000139/0000.pdf> . Consulté le 5 janvier 2014.
- (61) Conseil Général du Finistère. Enfance en danger ou en risque de danger : guide de l'information

préoccupante et du signalement judiciaire. Avril 2010, 66p.

(62) Agence Régionale de Santé Océan Indien. Schéma Régional de Prévention 2012-2016: partie 1 prévention et promotion de la santé. [En ligne]. http://www.irtsreunion.fr/IMG/file/schemas/SRP_LaReunion_Mayotte_2012-2016VD.pdf . Consulté le 10 septembre 2013.

(63) Ethier L, Couture G, Lacharité C. Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*. 2004 ; 19 (1) : 13-24.

(64) Mauffroy C. Quand la PMI se rend au domicile : une puéricultrice témoigne. *Informations Sociales*. 2006, 132 : 92-98.

(65) Hermange MT. Périnatalité et parentalité : rapport remis à Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Février 2006. [En ligne]. <http://www.reforme-enfance.fr/documents/rapphermange.pdf> . Consulté le 3 janvier 2014.

(66) Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. L'exercice libéral. [En ligne]. <http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/lexercice-liberal/> . Consulté le 27 janvier 2014.

(67) Groupe d'appui pour accompagner la réforme de la protection de l'enfance. Communication et partage d'informations à caractères secret appliqués à la protection de l'enfance. Mars 2010. [En ligne]. http://www.reforme-enfance.fr/documents/groupe_dappui_partagepe.pdf . Consulté le 28 janvier 2014.

(68) Bligny M-D. Transmettre et anticiper : intérêts, difficultés et mode d'emploi. In : Molénat F. Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains. Toulouse : Erès, 2009, p.101-111.

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

Informations générales :

- Année de diplôme
- Durée d'exercice en PMI
- Lieu/mode/département d'exercice antérieur
- Modalités de recrutement : par concours / par détachement de la fonction publique / autre
- Département d'exercice actuel

La place de la sage-femme dans cette prévention :

- Quel est pour vous le rôle de la sage-femme de PMI dans le cadre de la prévention anténatale de la maltraitance ?

Pratique de la sage-femme :

- Outils utilisés pour repérer une situation vulnérable
- Facteurs de vulnérabilités
- Déroulement des visites à domicile
- Accompagnement d'une femme en PMI : quelles actions mises en place, quel accompagnement ?
- Prise en charge lors d'une nouvelle grossesse dans une famille où il y a des antécédents de signalement, d'informations préoccupantes ou de placements dans la fratrie...
- Refus du couple d'être accompagné

Travail en réseau

- Partenaires : Lesquels, comment se font les échanges.
- Transmissions des informations
- Retours sur les situations, dans quel contexte
- Relais après la naissance

Formation :

- Formation en intégrant la PMI, formation continue
- Information pendant les études sur la protection de l'enfance

Conclusion: - Améliorations possibles

Annexe II : Fiche de Poste de la sage-femme de PMI dans le Finistère

FINISTÈRE

Fiche de poste n°	
Fiche de poste remplie par :	Date :
Dénomination du poste : SAGE-FEMME TERRITORIALE	
Métier associé : sage-femme	
Grade(s) concerné(s) : sage-femme territoriale	
Filière(s) concernée(s) : Médico-sociale	
Situation du poste	
Direction : Direction générale adjointe Solidarité - Animation des Actions territorialisées (DGAS-AAT)	
Service : Protection Maternelle et infantile (PMI)	
Poste basé : CDAS	
Profil de poste	
<p>Mission :</p> <p>La sage-femme exerce une profession médicale spécialisée dans le domaine pré et postnatal, en lien avec l'équipe pluri-professionnelle du Territoire d'action sociale et les professionnels de santé. Elle exerce en Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) si elle est conseillère conjugale.</p>	
<p>Fonctions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercer un rôle de prévention médicale et médico-sociale auprès des futurs parents à partir des déclarations de grossesse, des demandes spontanées, des orientations après entretiens prénatal précoce ou à la demande des services hospitaliers, de la médecine libérale ou des services sociaux, - Accompagner prioritairement et de façon renforcée les femmes enceintes en situation de vulnérabilité en liaison avec les personnels de l'équipe pluridisciplinaire du territoire, - S'assurer de la surveillance régulière de la grossesse et de la pratique de l'entretien prénatal précoce. S'ils ne sont pas effectués, orienter la femme enceinte vers les praticiens ou services concernés. A défaut de cette possibilité, elle assure cette surveillance dans le cadre de rendez-vous individuels ou de consultations prénatales, - Assurer les séances de consultations prénatales lorsqu'elles sont structurées, - Prendre en charge le suivi des grossesses pathologiques à risque modéré en relation avec les équipes obstétricales concernées lorsqu'elles sont associées à des risques psycho-sociaux, - Assurer les entretiens du 4eme mois lorsqu'il n'a pu être assuré au niveau hospitalier ou libéral, - Assurer des préparations à la naissance individuelles ou collectives, - Participer à l'évaluation du danger ou du risque de danger pour les enfants à naître ou dans le 1^{er} mois de vie en liaison avec l'équipe pluridisciplinaire du territoire, - Si elle en a la compétence, intervenir en qualité de conseillère conjugale, dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) 	

Compétences et qualités requises	
Savoirs : (connaissances)	<ul style="list-style-type: none">- Diplôme d'Etat de sage-femme,- Bonne expérience de sage-femme clinicienne,- Connaissance du champ de la santé publique et si possible du champ social,- Permis B exigé.
Savoir-faire :	<p>Aptitude à l'animation de groupes Aptitude à accompagner l'accompagnement psycho social des femmes enceintes</p>
Savoir-être : (comportement)	<ul style="list-style-type: none">- Motivation pour les activités de prévention et de promotion de la santé,- Aptitude au travail en équipe pluri-professionnelle,- Qualités relationnelles, qualité d'écoute, d'analyse,- Disponibilité, mobilité.

Situation dans l'organisation			
Supérieur hiérarchique : Délégué thématique santé			
Résidence administrative : CDAS			
Nombre total de personnes à encadrer : 0	Cat A :	Cat B :	Cat C :
NBI (oui ou non) : Non			
Relations professionnelles :	Internes à la direction :		
	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe pluri-professionnelle des territoires d'action sociale, - Echelon départemental de la PMI, 		
	Externes à la direction :		
Externes au Conseil général du Finistère			
<ul style="list-style-type: none"> - Services de gynécologie-obstétrique, - Professionnels de santé libéraux, - Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). 			

Conditions d'exercice	
Exigences liées au poste :	
Contraintes liées au poste	Tâches à accomplir : <ul style="list-style-type: none"> - Entretiens, - Consultations médicales, - Visites à domicile, - Actions collectives.
	Rythmes de travail : <ul style="list-style-type: none"> - horaires classiques avec possibilité de dépassements
	L'environnement du poste de travail : Nombreux déplacements y compris à domicile Permis B et véhicule personnel obligatoire
	L'organisation du travail :
Surveillance médicale :	
Autres : < Les fonctions du poste occupé nécessitent-elles l'utilisation du véhicule personnel pour les besoins du service ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non < Moyens matériels mis à disposition : - Documentation juridique, indiquez la source : oui - Equipement informatique : ordinateur, imprimante : - Téléphone - Photocopieur < Eléments nécessaires pour effectuer sa mission Permis B <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Annexe

Ce référentiel vous guidera dans l'analyse du poste de travail (page 3).

Il liste les principaux paramètres observables en milieu de travail (NB : liste non exhaustive).

Chaque paramètre identifié devra être renseigné d'un point de vue qualitatif (nature) et quantitatif (durée, intensité).

Tâches à accomplir	<p>Déplacements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - locaux, régionaux, nationaux, internationaux, Outre-Mer. - Voiture, avion, train, vélo. <p>Conduite : VL, PL, engins, chariot automoteur, transpalette autoportée.</p> <p>Manutention manuelle : port de charge, gestes répétitifs.</p> <p>Manutention mécanique : machines ou outils dangereux.</p> <p>Postures de travail : station debout prolongée, travail à genoux, déplacements à pied.</p> <p>Travail en air et espace confiné : salle blanche, milieu hyperbare, climatisation, espace confiné.</p> <p>Contraintes sensorielles : travail sur écran (durée), appareils optiques, soudure, travail de précision, standard téléphonique.</p> <p>Contraintes spécifiques : travail en hauteur, travail sur la voie publique, travaux sur chantier, travaux sous tension (risque électrique), exposition aux rayonnements ionisants, contact avec des agents biologiques, contact avec des produits chimiques.</p>
Rythme de travail	<p>Travail en journée, travail le week-end, jours fériés, travail de nuit, travail alternés (2x8 ; 3x8 ; autres), temps plein, temps partiel...</p>
L'environnement du poste de travail	<p>Description du site, des locaux, du poste de travail.</p> <p>Situation : rdc, étage.</p> <p>Visite à domicile.</p> <p>Accessibilité des locaux : ascenseur, sanitaires accessibles handicapés, ouverture des portes automatiques...</p> <p>Bruit (oui ou non).</p> <p>Ambiance thermique : intempéries, chaleur, froid.</p> <p>Ambiance lumineuse : éclairage des lieux de travail</p>
L'organisation du travail	<p>Contraintes organisationnelles et relationnelles : astreintes, dépassement d'horaire, rythme imposé (machine, système), travail isolé, travail en équipe, relations hiérarchiques, contact avec le public (public difficile), répétitivité / monotonie du travail, simultanéité des tâches, gestion des urgences, respect des délais, marges de manœuvre</p>

L'activité des sages-femmes

Les missions sanitaires de suivi des grossesses relèvent normalement du secteur médical hospitalier ou libéral. Les sages femmes du Cg29 concentrent désormais la priorité de leurs actions sur la prévention et le suivi des femmes vulnérables.

AVANT	APRES
<p>Les sages-femmes de PMI interviennent auprès des femmes à domicile ou en CDAS à partir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ des femmes signalées par les services de gynécologie-obstétrique ou des gynécologues privés pour des suivis médicaux de grossesses pathologiques à domicile destinés à éviter des hospitalisations et des naissances prématurées, ➤ des femmes signalées par les services sociaux (le plus souvent dans des situations de risques ou de danger pour l'enfant à venir), ➤ dans les suites des mises à disposition après déclaration de grossesse <p>Elles assurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ des entretiens prénataux précoces à la demande, ➤ des examens prénataux de surveillance de la grossesse en CDAS lorsqu'ils n'ont pas été effectués par ailleurs, ➤ des préparations collectives à la naissance, ➤ des informations collectives sur la sexualité, la contraception. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'activité des sages-femmes se concentre sur la prévention et le suivi des femmes vulnérables notamment celles qui sont orientées après un entretien pré natal précoce. ➤ Réalisation privilégiée du suivi médical ordinaire de la grossesse, de l'entretien pré natal précoce et du suivi médical à domicile des grossesses pathologiques, par des médecins ou des sages-femmes hospitalières ou libérales. ➤ L'entretien prénatal n'est assuré en PMI que lorsqu'il ne peut être réalisé par ailleurs. ➤ des consultations prénatales sur le modèle des consultations d'enfants seront structurées dans les quartiers où les situations de vulnérabilité sont nombreuses. ➤ Les activités collectives d'information sur la sexualité et la contraception seront rattachées aux CPEF tout en conservant la participation des sages-femmes (Voir Fiche CPEF).

Annexe III : Fiche de poste des sages-femmes de PMI des Côtes d'Armor

Service Recrutement,
Et Suivi des Parcours
Professionnels
Dossier suivi par :
S. G
Poste : 26.33

**AVIS de VACANCE d'un poste de SAGE FEMME
à pourvoir par mouvement interne
à La Direction de l'Enfance et de la Famille**

Direction : DEF

Service :

Intitulé du poste : Sage femme

Cadre d'emploi : A filière ou médico-sociale

Résidence administrative :

Activité sédentaire ou mobile : Mobile

Poste soumis à la badgeuse : Non

Taux d'emploi : Temps plein exigé

Astreintes particulières : titulaire du Permis B

Prévention des risques (observations particulières) : Néant

Description de la mission

Sous l'autorité conjointe du chef de service et du responsable de pôle solidarité, la sage femme a un rôle de promotion de la santé essentiellement, d'accompagnement et de suivi des femmes enceintes. Son activité sera prioritairement dirigée vers les populations vulnérables et s'inscrira dans le réseau périnatal. Elle effectue les entretiens prénataux précoces. Les missions confiées pourront être évolutives selon la mise en œuvre de la territorialisation.

Description des tâches

Elles sont de deux ordres :

Fonction clinique :

- **individuel**

Après avoir évalué les risques médicaux et ceux plus spécifiquement liés à l'environnement social, elle exerce une surveillance médicale et/ou un accompagnement de ces femmes à domicile ou en CSD.

- **de groupe** :

Elle assure en fonction des besoins, dans les Maisons du Département, des séances de préparation à la naissance.

Fonction d'information et d'éducation sanitaire :

Elle peut participer à des actions collectives d'éducation à la santé.

Partenariat :

L'ensemble de ces missions seront accomplies auprès des individus ou des groupes en concertation avec l'ensemble des autres professionnels de la Maison du Département et avec l'ensemble des partenaires extérieurs concernés par son champ de compétence.

Par ailleurs, elle produit les écrits en rapport avec ses fonctions et selon les règles définies, notamment dans les actions de prévention et/ou protection de l'enfance.

Elle peut assurer l'encadrement des stagiaires sage femmes.

Qualités et qualifications souhaitées :

- Qualité d'écoute et relationnelle
- Aptitude au travail en équipe et en réseau
- Inscription des pratiques dans une démarche de prévention et de santé publique

Pour tout renseignement s'adresser à Madame le Docteur , chef de service P.M.I.. Les candidatures sur ce poste devront être adressées sous couvert de votre supérieur hiérarchique à la Direction de la Gestion des Emplois et des Compétences pour le , dernier délai.

Pour rappel, les agents souhaitant postuler devront préalablement à leur candidature, avoir pris connaissance précise des attentes sur le poste, lors d'un entretien avec le responsable du service concerné.

LE PRESIDENT,
Pour le Président et par délégation
La Directrice Générale Adjointe
Signé :

RESUME

Objectif : Cette étude a pour objectif d'étudier les moyens mis en œuvre par les sages-femmes territoriales pour prévenir, en anténatal, les risques d'enfance en danger. Le but est d'étudier le rôle, en pratique, de la sage-femme exerçant en Protection Maternelle et Infantile dans le cadre de cette prévention, et de comparer l'action de ces sages-femmes dans des départements d'exercice différents.

Matériel et méthode : Étude qualitative menée par le biais d'entretiens semi-directifs anonymes, auprès de dix sages-femmes territoriales du Finistère, des Côtes d'Armor et de Mayotte.

Résultats : L'analyse des entretiens a permis de montrer que malgré des missions de la PMI communes, les moyens et les actions mis en œuvre pendant la grossesse par les sages-femmes territoriales diffèrent selon les départements. A Mayotte, les sages-femmes effectuent surtout des consultations mensuelles de suivi de grossesse, tandis que dans le Finistère et les Côtes d'Armor elles réalisent essentiellement des visites à domicile, des entretiens, et de la préparation à la naissance et à la parentalité, individuelle ou collective.

Conclusion : Les sages-femmes de PMI participent à la prévention de l'enfance en danger en organisant un accompagnement adapté à chaque patiente rencontrée, en fonction de ses difficultés et vulnérabilités repérées. Elles participent donc activement à cette prévention anténatale.

Mots-clés : Sage-femme, Protection Maternelle et Infantile, prévention anténatale, enfance en danger.

Titre : Expériences nuancées des sages-femmes exerçant en Protection Maternelle et Infantile, dans le cadre de la prévention anténatale des risques de l'enfance en danger.

Auteur : Maëla Calvez

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2014