



HAL
open science

Ressenti des sages-femmes dans la prise en charge en suites de couche des patientes ayant une maladie psychiatrique : une analyse qualitative

Marine Benedetti Dubreucq

► To cite this version:

Marine Benedetti Dubreucq. Ressenti des sages-femmes dans la prise en charge en suites de couche des patientes ayant une maladie psychiatrique : une analyse qualitative. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01175955

HAL Id: dumas-01175955

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01175955v1>

Submitted on 13 Jul 2015

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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

NIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Ressenti des sages-femmes dans la prise en charge en suites de couche des patientes ayant une maladie psychiatrique : une analyse qualitative

Mémoire soutenu le 9 Juin 2015

Par : BENEDETTI DUBREUCQ Marine

Née le : 12 Mai 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année universitaire de la soutenance : 2014-2015

Marine Dubreucq, étudiante sage-femme à l'École de sages-femmes du CHU de Grenoble
Annie Poizat, Psychiatre, Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal au CHU de Grenoble
Sophie Jourdan, sage-femme enseignante à l'École de sages-femmes du CHU de Grenoble

Ressenti des sages-femmes dans la prise en charge en suites de couche des patientes ayant une maladie psychiatrique : une analyse qualitative

Midwives' feelings about the post partum care of women with psychiatric disorders: a qualitative analysis

Je remercie les membres du Jury :

Président: Mme Chantal SEGUIN, Directrice Département de maïeutique, UFR
médecine Grenoble

Co-président : Dr Véronique EQUY, PH HCE du CHU de Grenoble

Directrice de l'école de Sages-femmes : Mme Chantal SEGUIN

Mme Marion OUIDIR : Sage-femme Doctorante Institut Albert Bonniot. Université J
Fourrier

Directrice de mémoire : Mme le Docteur Annie POIZAT, Psychiatre, Unité Transversale
d'Accompagnement Périnatal au CHU de Grenoble,

Co-directrice : Mme Sophie JOURDAN, sage-femme enseignante à l'École de sages-
femmes du CHU de Grenoble

Je remercie plus particulièrement :

-Mme le Docteur Annie POIZAT, Psychiatre, Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal
au CHU de Grenoble, directeur de ce mémoire

-Les sages-femmes qui ont accepté de participer à ce mémoire

Table des matières

Table des matières.....	Page 6
Liste des abréviations.....	Page 7
1. Introduction.....	Page 8
2. Population et méthode.....	Page 11
2.1. Description de l'échantillon.....	Page 11
2.2. Modalités de recueil et d'analyse des données.....	Page 12
3. Résultats.....	Page 14
3.1. Caractéristiques de la population.....	Page 14
3.2. Résultats.....	Page 14
3.3. Besoins exprimés par les sages-femmes	Page 22
4. Discussion.....	Page 25
4.1. Limites et biais.....	Page 25
4.2. Discussion.....	Page 26
5. Conclusion.....	Page 33
Références bibliographiques.....	Page 35
Diagramme I. Arbre thématique.....	Page 39
Annexes.....	Page 41
Annexe 1 : Vignettes cliniques.....	Page 41
Annexe 2 : guide d'entretien.....	Page 42
Résumé.....	Page 43

Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ASSTRIADE : Accueil Soins Séquentiels Mère-Père-Bébé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

HRP : hématome rétro-placentaire

MFIU : mort fœtale in utéro

P3SM : Pôle périnatal de prévention en santé mentale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCIU : retard de croissance intra utérin

TNF : tumor necrosis factor

UTAP : Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal

1. Introduction

Les pathologies mentales touchent environ 18,8% de la population française, dont 1 à 2% de personnes atteintes de troubles bipolaires, 1% de schizophrènes, et 2,7 à 13,5% de personnes atteintes de trouble de la personnalité [1]. Selon l’OMS les maladies psychiatriques (schizophrénie, autisme, troubles bipolaires et dépression) sont une des principales causes de handicap au monde en 2001.

Les progrès des médicaments, associé à la prise en charge ambulatoire de ces patientes, et notamment de celles souffrant de schizophrénie, ont permis une amélioration de leur insertion dans la communauté, avec davantage d’accès à une vie de couple satisfaisante et un meilleur accompagnement à la parentalité [2].

Comme pour toute femme, la grossesse représente cependant une période de vulnérabilité, avec toutefois la possibilité de complications spécifiques pour les patientes souffrant de troubles psychiques, à la fois d’ordre psychiatrique, comme une acutisation du trouble [3], un risque supérieur de suicide (28% des morts maternelles entre 1997 et 1999 en Angleterre), de rechute (>35% par rapport à la population générale, et jusqu’à 50% pour les femmes bipolaires ou schizophrènes) [4], mais aussi d’ordre obstétrical ou néonatal (placenta prævia, HRP, MFIU, RCIU...) [5], [6].

L’étiologie de ces complications reste encore mal définie et semble multifactorielle avec une combinaison de facteurs génétiques, inflammatoires (rôle de l’Il6, du TNF dans la survenue de malformations cérébrales ou cardiaques), environnementaux (âge maternel, âge de début des troubles, tabac et conduites addictives, précarité, isolement social...) et médicamenteux (implication des psychotropes) [7], [8].

Le risque de survenue de complications, tant psychiatriques qu'obstétricales, se retrouve également majoré chez ces patientes par un défaut de suivi pendant la grossesse et une mauvaise observance thérapeutique [9], souvent lié à un défaut d'insight [10], fréquemment retrouvé dans la schizophrénie.

Cela a conduit à la mise en place en France de l'entretien prénatal précoce, dit du quatrième mois [11], mais aussi d'unités multidisciplinaires, obstétricales et psychiatriques, travaillant en réseau pour améliorer la coordination de ces prises en charges et prévenir la survenue de complications, comme par exemple l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal (UTAP) à l'Hôpital Couple-Enfant du CHU de Grenoble [12] qui permet un accompagnement des femmes enceintes souffrant de difficultés psychiques afin de favoriser le lien précoce mère-enfant, ou l'unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant du CHRU de Lille [13] où sont mis en commun des moyens de psychiatrie ainsi que de périnatalité.

Notre question de recherche s'articule autour de la prise en charge des patientes atteintes d'une maladie psychiatrique et notamment comment l'améliorer.

La prise en charge de ces patientes est aggravée par la stigmatisation des personnes atteintes de maladies psychiatriques dans la population générale [14]. Il en est de même chez les soignants. Plusieurs études australiennes ont évalué la perception des sages-femmes par rapport à la prise en charge de ces patientes. Il en est ressorti que le manque de connaissances des sages-femmes concernant les maladies mentales (symptômes, prévalences) ou leur prise en charge (traitement ou ressources), ainsi que leur manque de compétences dans ce domaine entraînait chez elles un malaise, une gêne, et un sentiment d'insécurité face à ces patientes [15], [16].

Notre hypothèse de recherche est que les sages-femmes se trouvent démunies face à des patientes ayant une pathologie psychiatrique, mais qu'une unité de soins spécifique au sein de la maternité constitue une ressource pour leur prise en charge.

Nous chercherons quels sont les ressentis et les besoins des sages-femmes et quels sont les facteurs influençant leur perception lors de ces prises en charges (freins et aides).

2. Population et méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative, prospective et exploratoire, dont la méthodologie a été basée sur les critères de la grille COREQ (critères consolidés pour réaliser une recherche qualitative : une checklist de 32 items pour les interviews et focus groups) [17].

L'étude s'est déroulée à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) du CHU de Grenoble entre Avril et Juillet 2014.

2.1. Description de l'échantillon

Modalités de sélection : Les sages-femmes incluses dans l'étude étaient les sages-femmes ayant pris en charge en suites de couche des patientes, sélectionnées de façon arbitraire par le psychiatre responsable de l'UTAP, en fonction de certains critères : la présence d'un diagnostic médical établi et en fonction de la date d'accouchement des patientes (entre Février et Juillet 2014). (cf vignettes cliniques, annexe 1)

-Madame A. : patiente de 25 ans souffrant d'une psychose infantile sur un versant déficitaire avec un mode persécutoire. Elle avait interrompue son suivi psychiatrique pendant la grossesse, mais une prise en charge anténatale par l'UTAP avait été mise en place

-Madame B. : patiente de 22 ans souffrant d'une schizophrénie paranoïde. Elle avait été pris en charge par l'UTAP dès l'anténatal.

-Madame C. : patiente de 35 ans souffrant d'un trouble bipolaire. Aucune prise en charge anticipatoire n'avait été faite.

Critères d'inclusion : sage-femme ayant pris en charge une des patientes sélectionnées

Consentement oral éclairé à la participation après prise de connaissance d'une lettre d'information sur les objectifs et la méthodologie de l'étude.

Critères d'exclusion : sages-femmes ayant déjà été interrogées auparavant

Durée supérieure à trois mois entre la prise en charge et l'interview afin de réduire le biais de remémoration

Un contact téléphonique a été pris avec les sages-femmes éligibles pour fixer un rendez-vous pour un entretien individuel mené sur leur lieu de travail.

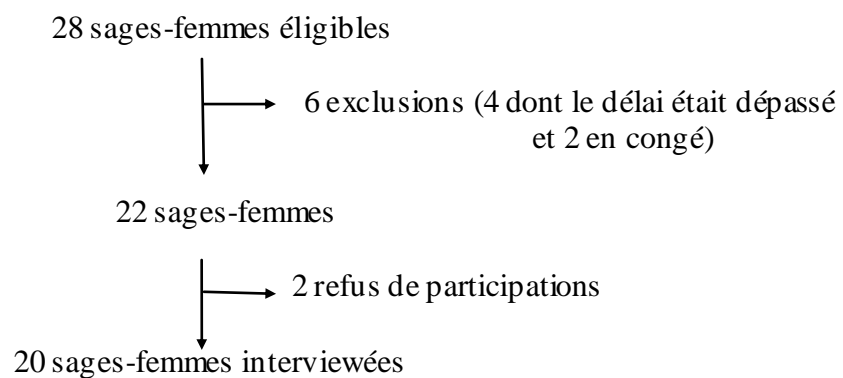


Figure 1. Diagramme d'inclusion

Les raisons invoquées par les sages-femmes ayant refusées de participer étaient le manque de temps et le refus d'être enregistrées.

Répartition des sages femmes en fonction des patientes:

Les sages-femmes 1 à 3 ont pris en charge Madame A., les sages-femmes 4 à 7, Madame B., et les sages-femmes 8 à 20, Madame C.

2.2. Modalités de recueil et d'analyse des données

Les interviews ont été menées par la même personne. Les sages-femmes étaient pour une partie connues par cette personne au cours de ses stages.

Le recueil de données a été effectué par des entretiens individuels au moyen d'un guide d'entretien comportant quatre questions (cf annexe 2) correspondant aux variables qualitatives étudiées, à savoir : -le ressenti des sages-femmes pour le critère de jugement principal (question 3)

-les difficultés rencontrées dans la prise en charge (question 1)

-Les ressources ayant pu être mobilisées (question 2)

-Les besoins supplémentaires identifiés par les sages-femmes (question 4).

Le guide d'entretien a été testé lors de la première interview et n'a pas eu besoin être modifié pour les interviews suivantes.

Les données ont été enregistrées avec l'accord des participants, puis anonymisées et entièrement retranscrites par écrit afin d'être analysées par la méthode de l'analyse thématique de contenu [18].

Une seule lecture a été faite.

Les données ont été détruites à la fin de l'analyse.

L'analyse de contenu a été faite de façon continue, à l'aide des 20 relevés de thèmes découpés en quatre parties correspondant aux quatre questions ouvertes du guide d'entretien.

Ces thèmes ont ensuite été regroupés en fonction du nombre d'occurrences et hiérarchisés au fur et à mesure de l'élaboration du journal de thématisation, et ont conduit à la formation d'un arbre thématique.

3. Résultats

(cf. diagramme I : arbre thématique)

3.1. Caractéristiques de la population

Un numéro d'anonymisation allant de un à 20 a été attribué à chaque sage-femme en fonction de l'ordre d'interviews.

Dix des sages-femmes interviewées avaient entre 25 et 34 ans, trois entre 35 et 44 ans, quatre avaient entre 45 et 54 ans et trois avaient plus de 55 ans, seize d'entre elles ont obtenu leur diplôme à la faculté de médecine de Grenoble, une en région Rhône-Alpes, et trois en dehors de la région Rhône-Alpes. Trois sages-femmes ont obtenu leur diplôme entre 1970 et 1980, deux entre 1981 et 1990, deux entre 1991 et 2000 et treize entre 2001 et 2013.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, obtenue au bout de vingt interviews. La durée des entretiens était comprise entre trois et 19 minutes.

3.2. Résultats :

Le ressenti des sages femmes s'occupant de patientes souffrant d'une pathologie psychiatrique semblait étroitement corrélé dans les verbatims à ***un sentiment de sécurité*** (évoqué par cinq sages-femmes) pour celles qui se sont senties à l'aise ou au contraire ***d'insécurité*** (évoqué par neuf sages-femmes) dans la prise en charge pour les autres.

SF3 « j'ai trouvé que c'était plutôt bien cadré et assez rassurant pour l'équipe, et du coup nous on avait [...] un abord plus serein avec la patiente et... et puis pour nous même, pour la sécurité du service, tu vois, c'était... c'était beaucoup mieux » ;

SF16 « *Je pense qu'on a été dépassé à plusieurs moments. Et puis il y a des moments où on sait plus quoi faire. On a tout essayé, et on sait plus comment gérer aussi les débordements de situation* » ;

Le **sentiment de sécurité** était associé dans les verbatims à la **possibilité d'une relation de confiance avec la patiente** (évoqué par neuf sages-femmes), ainsi qu'à un **sentiment de maîtrise** (évoqué par cinq sages-femmes) dans la prise en charge (SF6 « *Il y a pas de choses, où je me suis dit : « ah mais là, comment on va faire ça ? ». Non pour elle c'était clair* » ; SF20 « *on était pas à la merci de quelque chose, quoi* ») alors qu'au contraire une **difficulté à établir une relation de confiance avec la patiente** (évoqué par huit sages-femmes) et un **sentiment d'impuissance** (évoqué par neuf sages-femmes) dans la prise en charge étaient retrouvés chez les sages femmes exprimant un **sentiment d'insécurité**.

SF11 : « *on a l'impression qu'elle joue même un peu avec sa pathologie, elle essaie de... comme si elle essayait un peu de nous manipuler, de faire qu'on aille dans son sens* »

SF12 : « *je me suis juste sentie... impuissante en fait.* »,

« *démunie* » (SF1, 10, 13, 15, 19), « *dépourvue* » (SF10 et 11).

La **possibilité d'une relation de confiance** entre sage-femme et patiente était liée dans les verbatims à plusieurs éléments : la **possibilité de communiquer et d'interagir avec la patiente** (évoqué par 15 sages-femmes), la **possibilité de comprendre et d'anticiper son comportement** (évoqué par six sages-femmes), la **possibilité d'évaluer sa sécurité et celle de son enfant** (évoqué par huit sages-femmes) et la **coopération de la patiente** (évoqué par 16 sages-femmes).

Ainsi, la sage-femme semblait plus **à l'aise** lorsqu'elle se sentait en **mesure d'accompagner la patiente dans sa maternité comme elle le ferait pour toute autre patiente et en capacité de lui apporter des soins.**

SF3 « quand tu rencontres la patiente et que tu arrives à interagir avec elle, et bien ça va en fait. » ;

SF6 « c'était une patiente comme une autre en fait. Enfin moi je l'ai géré comme une patiente comme une autre. » ;

SF7 « C'était une patiente normale. Un comportement normal, adapté, une bonne relation avec son enfant, donc sans difficulté. » ;

A l'inverse, un **sentiment de malaise** était retrouvé lorsque la sage femme se sentait dans **l'impossibilité de considérer la patiente autrement que dans sa pathologie, et de lui apporter des soins.**

SF11 « Enfin limite j'avais l'impression d'être une infirmière en psychiatrie quoi, donc... Plutôt que sage femme et d'accompagner la maman avec son enfant. Je trouve que c'est difficile [...] de pas la considérer comme une personne ayant une pathologie, de la considérer comme une maman en fait, quelque part. Parce qu'on a tendance à mettre en avant sa pathologie, à la considérer comme quelqu'un de malade entre guillemets, et du coup c'est pas facile d'instaurer, enfin de vraiment la prendre en charge comme une patiente à part entière. [...] Enfin j'avais l'impression, en rentrant dans la chambre, qu'elle-même elle voyait sur mon visage que je la regardais pas comme une personne normale quoi. [...] ça m'ennuyait aussi de la suivre que sur le côté médicamenteux et de pas pouvoir l'accompagner autrement [...] et je savais pas quels mots avoir et comment l'aider là dedans quoi. Et je pense que du coup ça la stigmatise...»

Le *sentiment de malaise* était également renforcé par les *difficultés à savoir comment aborder la patiente* (évoqué par 14 sages-femmes), *à comprendre et anticiper son comportement* (évoqué par 11 sages-femmes), *à évaluer sa sécurité et celle de son enfant* (évoqué par sept sages-femmes) *et lorsque la patiente ne coopérait pas* (évoqué par sept sages-femmes).

SF11 « *Quelque part on a l'impression qu'elle joue même un petit peu avec sa pathologie [...] comme si elle essayait un peu de nous manipuler. [...] on était vraiment dépourvues [...] sur l'attitude qu'elle avait. [...] Donc comment lui parler [...]* » ;

SF17 « *le problème de la pathologie psychiatrique c'est qu'on sait jamais comment les patientes vont réagir* » ;

SF2 « *j'avais peur pour le bébé quoi... En fait moi j'avais l'impression que je la sentais pas apte et capable à s'occuper de son enfant [...] on arrivait pas trop à voir des soins ou des gestes [...] il y avait toujours quelque chose [...] pour essayer de se dédouaner...* » ;

SF1 « *C'était pas facile en fait d'avoir un discours adapté [...] Savoir répondre aussi à ses demandes qui étaient du coup un peu décalées parfois. [...] j'étais un peu paniquée, je savais pas trop quoi faire, mais je sentais que de toute façon si je lui disais pas oui, elle partirait quand même [...] Est-ce que je la laisse faire dans son sens, et je lui fais confiance ? Ou est ce que là, attention, prudence, elle peut mettre soit sa vie en danger, soit la vie de sa petite fille en danger, quoi.* » ;

Le *sentiment de maîtrise* dans la prise en charge semblait dépendre également de la *possibilité de mobiliser des connaissances personnelles ou issues de la formation* (évoqué par huit sages-femmes), du *sentiment de ne pas être isolée dans la prise en charge* grâce à la *présence de ressources bien organisées* (évoqué par l'ensemble des sages-femmes) et à la

possibilité de prendre du temps pour accompagner la patiente (évoqué par trois sages-femmes).

La *possibilité de mobiliser des connaissances personnelles ou issues de la formation* semblait permettre aux sages femmes d'aborder les patientes plus sereinement et de mieux anticiper leur comportement et leurs difficultés.

SF1 « *C'est vrai qu'on a quand même une bonne formation, et qu'on a quand même pas mal de cours de psy.* » ;

SF20 « *Je connais un petit peu le contexte psychiatrique, si on peut dire, familial, donc euh... je connais un petit peu... Donc voilà, pour moi c'est pas très difficile. L'abord n'est pas très difficile.* »

Parmi les *ressources permettant de faciliter la prise en charge*, l'*UTAP* semblait bien identifiée par les sages femmes qui y recouraient facilement, soit par *des contacts informels avec des sages femmes de l'UTAP*, soit lors du *staff*.

L'organisation de réunions pluridisciplinaires avec le psychiatre traitant et les partenaires extérieurs au CHU pendant la grossesse et la *rédaction d'une feuille de transmission* à l'issue de ces réunions semblaient également appréciée par les sages femmes qui y voyaient un moyen *d'anticiper la prise en charge* et de *ne pas perdre de temps à organiser le suivi*.

SF3 « *C'était bien cadré, on savait où on allait. [...] Ce qui m'a aidé c'est de savoir qu'il y avait tout un réseau autour et qu'on avait [...] des dates butoirs avec des instances [...] nous on était [...] dans le cadre en fait. [...] De savoir qu'il y avait une prise en charge pluridisciplinaire, et du coup ben tu vois c'est rassurant. De se dire que tu n'es pas toute seule à prendre en charge cette patiente [...] C'était anticipé.* » ;

SF4 « Tout le monde est venu sans qu'on ait eu besoin de téléphoner. Donc ça c'est un peu important, on perd déjà beaucoup moins de temps » ;

SF7 « Il y avait des bonnes informations, des bonnes synthèses sur cette patiente qui avaient été faites par le psychiatre de l'UTAP. [...] Du coup on savait vraiment où on allait... Déjà connaître la pathologie qui était très bien expliquée, les traitements, les prises en charge,... Tout était vraiment très bien expliqué dans ce dossier. On savait qui appeler si besoin, on avait les numéros de téléphone. »

De manière plus générale, une **prise en charge anticipée et cadrée** et une **bonne transmission des informations** semblaient contribuer lorsqu'elles étaient possibles à un **sentiment de sécurité** chez les sages femmes, qui se sentaient **moins isolées** et portaient **moins de responsabilité dans la prise de décisions**.

SF1 « C'est vrai qu'en suites de couches on avait le staff de 14 heures, et [...] il y avait souvent, voilà, soit des sages femmes de l'UTAP, soit Mme Poizat qui était là. Du coup ça permettait d'en reparler et d'être, voilà, recadré [...], avoir des temps d'échange avec l'équipe de l'UTAP, psychiatrique, tout ça, c'est pas mal » ;

SF20 « la prise en charge par Madame Poizat, la prise en charge par le psy [...]. Il y avait une conduite à tenir, bon, on était pas à la merci de quelque chose, quoi » ;

SF2 « tu te sens pas tout seul face au truc... il y a une instance, il y a des trucs..., est-ce qu'il va être placé ou pas... Tu te dis pas : « ça repose sur moi », quoi. »

La **possibilité de prendre du temps pour accompagner la patiente** semblait également nécessaire au sentiment de maîtrise dans la prise en charge.

SF2 « *c'était relativement calme. Tu vois, donc t'as quand même le temps.* » ;

SF14 « *c'était la nuit, donc on a quand même moins de soins à faire la nuit.* »

A l'inverse, le **sentiment d'impuissance** semblait lié à un **manque de connaissances ou de formation spécifiques** (évoqué par dix sages-femmes), à un **sentiment d'être isolée** dans la prise en charge, à des **ressources non disponibles ou mal organisées** (évoqué par 14 sages-femmes), à un **manque de temps** et à des **locaux inadaptés à la prise en charge** (évoqué par huit sages-femmes).

Le **manque de connaissances ou de formation spécifiques** était relié dans les verbatims à des **difficultés à repérer les éléments évocateurs d'une éventuelle décompensation**, à **déterminer la conduite à tenir** et à **faire le lien entre la théorie et la pratique**.

SF1 « *on a pas vraiment une formation hyper adaptée, enfin tu vois, aux troubles psychiatriques. [...] entre la théorie que tu vois à l'école, et vraiment quand tu as la patiente en face de toi, et que c'est à toi de répondre, c'est quand même hyper différent, quoi. Et c'est là que tu te sens pas forcément à l'aise.* » ;

SF9 « *des petits troubles mineurs peut être, que quelqu'un aurait relevés, peut être que nous [...] on les relèvera pas de la même manière.* » ;

SF13 « *toi les prodromes tu les connais pas. [...] moi en psychiatrie [...] j'ai certaines notions, mais après, [...] chiffrer la gravité [...] de leur pathologie. Voilà. Est-ce qu'on doit être très inquiet ? Est-ce qu'on peut être plus coulant ? [...] suivant la pathologie, on... moi je me sens quand même assez désarmée quoi.* »

De même, des *ressources non disponibles ou mal organisées* semblaient contribuer à l'installation d'un *sentiment d'isolement et d'insécurité dans la prise en charge* : ainsi les sages-femmes déclaraient se sentir en difficulté dans plusieurs situations comme l'*absence de conduite à tenir préétablie*, la *difficulté à savoir qui interpeller et comment*, le *manque de coordination dans les prises en charges, difficultés encore plus importantes la nuit*.

SF11 « j'avais aucune conduite à tenir de la part [...] du psychiatre du service, de son psychiatre à elle, donc j'ai été obligée de faire appel à un psychiatre d'urgence et on a vraiment... C'était difficile de la cerner [...] J'avais aucun élément auquel me raccrocher, ni moi personnellement, ni même par rapport au médecin qui avait pu la voir à ce moment là quoi [...] Le manque de... oui, de conduite à tenir qu'on aurait pu avoir et qui aurait pu nous aider [...] j'avais vraiment l'impression d'être dépourvue.» ;

SF13 « on te dit pas si elle décartonne, ce que tu dois faire. [...] moi personnellement, avec ce genre de patientes, je suis complètement démunie, parce que justement, si elle patauge, tu sais pas... T'as pas de traitement, t'as pas de bip, t'as pas de numéro de téléphone, euh... » ;

SF19 « la nuit, c'était abominable [...] il y a toujours une discordance entre ce qui se passe la nuit et ce qui se passe la journée. Et ça c'est très gênant. [...] Alors il y a le psychiatre qui suit Madame, il y a le psychiatre qui suit Monsieur, il y a le psychiatre de la maternité [...] Il y a 25000 psychiatres, t'as l'impression qu'ils se parlent pas entre eux, par contre. [...] il y a pas de choses concertées. [...] Non. Rien n'a été fait, d'efficace en tout cas. [...] Moi j'ai vraiment eu l'impression [...] qu'il fallait vraiment qu'on demande à tout le monde : « bon, ben qu'est ce qu'on fait. Là nous on est inquiets, mais on est bien les seuls à être inquiets quoi. » [...] on a vraiment été très, très démunis. »

La question de la **conduite à tenir par rapport à l'allaitement et la prise de psychotropes** était également évoquée par une sage-femme (« *les patientes psychiatriques, il faut pas favoriser l'allaitement [...], si elles sont stabilisées sous un traitement, il faut pas dire c'est contre indiqué avec l'allaitement, alors on l'arrête ou on le change. En fait, ça se passe très mal [...] c'est dommage que finalement, en fait, on leur gâche un peu des chances SF12*»)

De même, les sages-femmes rapportaient des **facteurs liés à l'organisation du service**, comme le **manque de temps** ou des **locaux inadaptés** qui pouvaient compliquer la prise en charge et renforcer le sentiment d'impuissance.

SF1 « *Le manque de temps aussi. [...] j'avais un temps limité, donc du coup je pouvais pas prendre en compte sa pathologie psychiatrique.* » ;

SF13 « *lire un dossier comme ça quand tu es une sage femme, t'as 20 patientes, t'as 20 bébés, et c'est 19 heures le soir, ça serait bien que ce soit : voilà, si il se passe ça vous faites ça.* » ;

SF16 « *Peut être qu'il faudrait trouver un moyen de peut-être plus limiter les entrées et les sorties de... des mères et de leur enfant. [...] on se dit que quelqu'un aurait pu prendre un enfant n'importe comment et sortir n'importe comment aussi, donc...* »

3.3. Besoins exprimés par les sages-femmes :

Pour améliorer les prises en charge, les sages-femmes interviewées dans notre étude suggéraient la **mise en place de formations spécifiques** (pathologies, traitements, communication avec ce type de patientes, signes à repérer et comment réagir, lien entre théorie et pratique), un **renforcement de la coordination entre les différents intervenants** et

des **conduites à tenir anticipées** quand cela est possible. Elles souhaiteraient également un **renforcement de la sécurité dans les locaux de la maternité**.

SF1 « je pense qu'avoir des modules de formation proposés ça peut être pas mal. [...] entre la théorie que tu vois à l'école, et vraiment quand tu as la patiente en face de toi, et que c'est à toi de répondre, c'est quand même hyper différent, quoi.» ;

SF10 « si on avait des problèmes. [...] Avoir un numéro de téléphone et puis qu'on ait un interlocuteur, donc qui la connaisse, enfin un petit peu quoi. Et qui puisse nous aider, déjà par téléphone et puis pour se déplacer après.» ;

SF11 « Donc comment lui parler pour pas qu'elle se braque non plus, pour pas [...] qu'elle décompense aussi, elle, de son côté, et qu'on arrive du coup à ce qu'il y ait un lien qui s'instaure entre elle et nous. [...] avoir plus de guide sur comment aborder ce genre de patientes quoi.» ;

SF13 « Et, il faudrait que quand c'est étiqueté comme ça, il faudrait [...] un récapitulatif avec « en cas de... », en cas de décartonnage appeler le bip de l'interne, bip du médecin, traitement [...] ça serait bien que ce soit : voilà, si il se passe ça vous faites ça, euh... [...] ou bien des fiches dans le DMO. [...] Parce que moi en psychiatrie, [...] j'ai certaines notions, mais après [...] de chiffrer la gravité, [...] d'avoir un ordre de grandeur de la gravité de leur pathologie. Voilà. Est-ce qu'on doit être très inquiet ? Est-ce qu'on peut être plus coulant ? [...] Avoir accès, beaucoup plus rapidement à... à des médecins psychiatres. [...]» ;

SF14 « Savoir un petit peu si la façon dont elle réagissait par rapport au traitement c'était normal ou pas, [...] quel comportement est normal, quel comportement est pas normal, à quel moment il faut agir, lui donner un autre traitement, appeler le psy de garde [...]. On aimerait

quelque chose de plus cadré, de plus rapproché, avec une surveillance vraiment... plusieurs fois dans la journée, pour réévaluer » ;

SF16 « Peut être qu'on aurait eu besoin d'avoir un petit topo, un laïus, sur, ben oui, quelles sont les limites à fixer à ce type de patients ?, comment les aborder ?, que faire ou ne pas faire ? Parce que, ben, des fois, je pense qu'on est maladroit, hein, sauf qu'on peut pas le savoir. [...] Peut être qu'il faudrait trouver un moyen de peut-être plus limiter les entrées et les sorties [...] des mères et de leur enfant. » ;

4. Discussion

4.1. Limites et biais

L'analyse de contenu ayant été réalisée par l'enquêteur, un biais de subjectivité était donc présent. Pour l'éviter, l'analyse a été faite de façon exploratoire afin de se baser uniquement sur les dires des sages-femmes, sans les interpréter, ce qui a pu, cependant conduire à des pertes d'informations.

De plus, il y avait un biais de déclaration puisque les sages-femmes interviewées connaissaient l'enquêteur et son statut (étudiante sage-femme ayant réalisé des stages dans ce service). Les sages-femmes ont donc pu modifier leurs déclarations de façon à ce que l'enquêteur se sente concerné et touché par leurs déclarations.

Enfin, il existait un biais de mémorisation puisque les sages femmes étaient interviewées de façon rétrospective par rapport à la prise en charge. Il était donc possible qu'il y ait une perte de données. Afin de faciliter ce travail de mémoire, la première question du guide d'entretien concernait les éléments qui ont rendu la prise en charge difficile. De plus, un délai maximal de trois mois a été fixé entre la prise en charge et l'interview, toujours dans le but de minimiser ce biais de mémorisation.

Ce dernier existait également par le fait que les sages-femmes se souvenaient mieux des éléments négatifs que des éléments positifs. Les éléments positifs ont ainsi pu être minimisés par les sages-femmes, alors que les éléments négatifs ont pu être exagérés.

Il est également à noter que lors de son hospitalisation, Madame C. avait présenté un accès maniaque qui s'était traduit par une fugue de la maternité : les sages-femmes 9, 12, 13 et 18

l'avaient prise en charge avant cet épisode, la sage-femme 17, la nuit de la fugue, les sages-femmes 8, 10, 11, 14, 15, 16, 19 et 20, après la fugue, pendant l'accès maniaque et les sages-femmes 9 et 12, avant et après la fugue. Toutes les sages-femmes avaient été interviewées après la fugue de Madame C., pendant son accès maniaque.

Cela pouvait avoir plusieurs conséquences. Tout d'abord, les sages-femmes 9, 12, 13 et 18 avaient pu modifier leurs déclarations et leurs visions de leur prise en charge puisqu'elles savaient que par la suite, Madame C. avait décompensé et avait fugué. Elles pouvaient également avoir un sentiment de culpabilité, se reprochant de ne pas avoir perçu les éléments annonciateurs de cette décompensation.

De plus, toutes les sages-femmes pouvaient exagérer les faiblesses de la prise en charge, qui selon elles, n'ont pas permis d'empêcher cette décompensation, ni les difficultés auxquelles elles ont eues à faire face.

4.2. Discussion

Le ressenti des sages-femmes était en lien avec un sentiment de sécurité ou au contraire, d'insécurité. Nous nous sommes donc basées sur ces deux éléments pour faire chaque arbre thématique.

Lorsque la prise en charge avait pu être anticipée (cas de Madame B.), les sages-femmes se sentaient alors en sécurité, dans une situation qu'elles maîtrisaient et où elles étaient en position de pouvoir apporter le même accompagnement qu'habituellement ce qui leur permettait d'aborder les patientes de façon plus sereine.

A l'inverse, elles se sentaient démunies et en insécurité lorsque la prise en charge était peu claire, peu anticipée, si une mise en danger de la patiente ou de son enfant se produisait (cas

de Madame C.), ou si elles ne se sentaient pas en position d'assurer leurs fonctions de façon satisfaisante, par manque de temps, de connaissances spécifiques ou par impossibilité à considérer ces patientes comme des personnes normales du fait de comportements imprévisibles ou inadaptés. Toutefois, ces éléments plus négatifs concernant la prise en charge ont pu être exagérés du fait de la présence d'un biais de mémorisation.

Les thèmes relation de confiance possible ou difficulté à établir une relation de confiance évoquaient donc les éléments dépendant de la relation que pouvait avoir la sage-femme avec la patiente. Les thèmes sentiment de maîtrise ou au contraire sentiment d'impuissance évoquaient quant à eux les éléments en lien uniquement avec la prise en charge.

Parmi les sous-thèmes concernant la relation sage-femme-patiente, plusieurs éléments ressortaient de l'analyse. Ils concernaient la façon d'aborder la patiente, la possibilité ou non d'anticiper le comportement de la patiente, la possibilité ou non d'évaluer la sécurité de la patiente et de son enfant, et enfin si la patiente était ou non coopérante.

En ce qui concerne les sous-thèmes en lien avec la prise en charge elle-même, donc indépendants de la patiente, trois éléments ressortaient dans les verbatims : les connaissances personnelles des sages-femmes, la présence ou non de ressources afin d'aider les sages-femmes dans leur prise en charge. Ce deuxième sous-thème avait donc été relié, d'après les verbatims, à la présence ou non d'un sentiment d'isolement dans la prise en charge. Enfin, le troisième sous-thème concernait l'organisation du service de suites de couche, en ce qui concerne les locaux ou la disponibilité des sages-femmes.

Ces thèmes ont été en partie retrouvés dans l'étude qualitative de McCauley [19]. Ainsi, les sages-femmes éprouvaient également des difficultés à entrer en relation et à interagir avec les patientes (*« parfois il est difficile d'être [à l'aise] avec elles, de les cerner. Elles ont besoin de personnel formé en psychiatrie. Nous avons peur de prendre en charge ces patiente de ne pas savoir ce que nous faisons, de faire quelque chose de mal, de l'inconnu »* Sage-femme 5). De même, le manque de connaissance des sages-femmes sur les traitements psychiatriques, le manque de communication entre psychiatres et équipe obstétricale ressortaient également dans les verbatims (*« on ne comprend pas les traitements qu'elles ont et parfois des membres de l'équipe psychiatrique viennent et examinent la dame mais il ne semble pas y avoir beaucoup de communication entre les équipes obstétricales et psychiatriques »* Sage-femme 5).

D'autre part, dans l'étude de Mc Cauley, figurait également la question de l'allaitement chez une patiente traitée par psychotropes (*« certains membres de l'équipe disaient que cette femme avait besoin de son traitement pour être bien car plus la période où elle ne sera pas bien sera longue, plus elle manquera le lien important avec son enfant. D'autres disaient « mais si elle est traitée, elle ne pourra pas allaiter, on a tous le droit d'allaiter ». D'autres encore diraient qui est-on pour décider que cette femme ne pourrait pas allaiter »* Sage-femme 3).

Enfin, nous avons différencié dans notre analyse des éléments propres aux sages femmes et des éléments indépendants d'elle. Ce choix a permis de mieux comprendre les différentes problématiques et de différencier les pistes d'amélioration possibles (demandes de formations spécifiques pour les sages femmes, évaluation du dispositif existant et amélioration de l'organisation des soins). Des codes couleur ont donc été choisis, puisque des éléments

dépendant des sages-femmes se retrouvaient à la fois dans les thèmes concernant la relation sage-femme-patiente et les thèmes concernant la prise en charge elle-même. Il en était de même pour les éléments indépendants des sages-femmes.

Nous souhaiterions nous arrêter sur l'UTAP [12]. Dans les verbatims cette unité spécifique était clairement identifiée par les sages-femmes comme une ressource permettant de faciliter la prise en charge. Elle permettait en effet une anticipation de la prise en charge des patientes en suites de couches, une meilleure compréhension de la patiente et de sa pathologie, ainsi qu'un gain de temps pour les sages-femmes en termes d'organisation des soins.

Les contacts avec l'équipe de l'UTAP (sages femmes, psychiatre) soit informels, soit lors du staff quotidien permettaient aux sages-femmes de bénéficier de conseils sur la façon d'aborder la patiente, d'améliorer la compréhension de son comportement en fonction de sa pathologie, et donc d'être plus sereines dans son accompagnement.

Dans la littérature, ces éléments figurent également dans une expérimentation lilloise d'une unité de soins psychiatrique mère-enfant [13] ainsi que dans le Plan Périnatalité de 2005 [11], et dans des recommandations de bonnes pratiques concernant les grossesses chez les femmes souffrant de pathologies psychiatriques [9].

Il existe également à Montpellier un Pôle périnatal de prévention en santé mentale (P3SM) [20], regroupant des pédopsychiatres hospitaliers ou libéraux et les maternités de deux cliniques privées.

Selon ces auteurs, ce regroupement a permis une amélioration des prises en charges anténatales, un adressage plus rapide à un pédopsychiatre qui fait des transmissions en retour

à l'équipe obstétricale et une formation des professionnels grâce à des reprises de cas ou à des enregistrements de patientes [21].

Certains auteurs proposent également de faire, sur le modèle des revues de morbidité et mortalité (RMM), des réunions organisées par les réseaux de périnatalité afin d'améliorer la coordination des intervenants et des prises en charge [22], [23].

Les besoins évoqués par les sages-femmes correspondaient aux difficultés exprimées dans les verbatims. Ainsi, les demandes de formation, de meilleure coordination entre les différents intervenants, de conduites à tenir anticipées et d'un renforcement de la sécurité dans les locaux de la maternité sont les principaux thèmes retrouvés.

Les sages femmes interviewées dans notre étude indiquaient en effet souhaiter une meilleure anticipation des prises en charge ainsi qu'un renforcement de la coopération et de la communication entre les différents professionnels.

Les demandes de formations étaient également nombreuses et concernaient différents aspects de la pathologie psychiatrique : les signes cliniques, les prodromes, les traitements et leurs effets attendus, mais également, de façon beaucoup plus pratique, la façon d'aborder ces patientes, les signes qui doivent alerter les sages-femmes, et comment comprendre le comportement des patientes en fonction de leur pathologie.

Ces besoins exprimés par les sages-femmes étaient concordants avec les données de la littérature, comme le montre l'étude australienne de McCauley [15], qui met en évidence un sentiment de malaise et un manque de confiance chez les sages-femmes dans la prise en

charge des patientes souffrant de dépression du post partum. Selon ces auteurs, cela serait lié à un manque de connaissances sur les pathologies, les traitements et les ressources possibles pour accompagner les sages-femmes dans ces prises en charge.

La mise en place de formations spécifiques semble également permettre de renforcer le sentiment de maîtrise dans ce type de prise en charge, comme le montre l'étude de McLachlan [24]. Parmi les thématiques proposées, figurent notamment dans la littérature l'impact de la grossesse sur les maladies mentales, une information sur les ressources existantes, les traitements et les différentes pathologies dont les troubles de personnalité [19], [25].

Les sages femmes identifiaient également, dans les solutions possibles, la création d'une unité de soins psychiatriques mère-enfant, avec du personnel ayant bénéficié d'une formation spécifique.

Dans la littérature, figure l'exemple lillois [13] où une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant semble avoir permis une prise en charge précoce des mères souffrant de troubles psychiatriques, un maintien du lien mère-enfant et un travail en réseau.

Dans les pistes d'amélioration possible, les données de notre étude et celles de la littérature semblent converger vers un meilleur repérage de ces patientes en anténatal afin de pouvoir anticiper les prises en charge et de faciliter le travail des sages femmes.

L'UTAP semble jouer un rôle clé dans ce repérage ainsi que dans l'organisation de réunions pluridisciplinaires permettant cette anticipation, la transmission d'informations sur la pathologie de la patiente, sur les signes d'alerte et sur la conduite à tenir en cas d'urgence.

Elle pourrait également contribuer à la formation des sages femmes, notamment en ce qui concerne les différentes pathologies, la façon d'interagir avec ces patientes et les éléments à prendre en compte dans la prise en charge.

L'ensemble de ces éléments pourrait permettre de faire que les sages femmes se sentent plus à l'aise dans ces prises en charge.

Enfin, les données de la littérature semblent suggérer un dépistage plus systématique des pathologies psychiatriques en anténatal : en effet, dans une étude canadienne récente, la faisabilité et l'acceptabilité d'un dépistage systématique en santé mentale périnatale ont été évaluées auprès du grand public avec une réponse positive dans 63% des cas en anténatal et 72,7% des cas en post partum [26].

5. Conclusion

L'analyse du ressenti des sages-femmes interviewées dans notre étude montrait donc que celles-ci se trouvent fréquemment démunies dans la prise en charge des patientes souffrant de pathologie psychiatrique, ce qui est conforme aux données de la littérature. Cela peut s'expliquer par la présence d'un sentiment d'insécurité, en lien avec une difficulté à établir une relation de confiance avec la patiente ou un sentiment d'impuissance dans la prise en charge.

Les besoins exprimés par les sages-femmes étaient en lien avec ces ressentis et concernaient à la fois des éléments plutôt relationnels (comportement, capacités maternelles, signes de décompensation en fonction de la pathologie) et d'autres purement médicaux (symptômes, prodromes, traitements).

L'UTAP quant à elle, permet une anticipation des prises en charge, et donc une meilleure maîtrise de celles-ci par les sages-femmes. Elle apporte ainsi une aide importante aux sages-femmes qui se retrouvent en difficultés lorsque les prises en charge sont peu claires du fait d'un manque d'anticipation et de maîtrise.

Le manque de temps ou de connaissances spécifiques, une mauvaise organisation de la prise en charge avec des conduites à tenir contradictoires, des soins à organiser au dernier moment, ou tout simplement une mise en danger de la patiente ou de son enfant lors d'une fugue par exemple, sont des freins importants pour les sages-femmes et influencent leur vision de la prise en charge.

Dans une étude médico-économique récente, Bauer et al rappelaient le coût important des problèmes de santé mentales périnataux au Royaume Uni (8,5 milliard de livres sterling par an) et un rapport coût efficacité très favorable à l'amélioration des services (5 fois moindre) [27].

Il serait probablement également intéressant de mener une étude de ce type en France, en évaluant notamment les structures comme l'UTAP et le rapport coût-efficacité de la mise en place éventuelle d'un programme de formation spécifique seraient également à réaliser pour compléter cette étude.

Notre étude n'a pris en compte que le ressenti des sages-femmes dans la prise en charge des patientes ayant une pathologie psychiatrique. Pour compléter cette analyse, il serait toutefois intéressant de l'élargir aux patientes concernées et des autres personnes impliquées dans ces prises en charge (psychiatre traitant et de l'UTAP, sages-femmes de l'UTAP, équipe de PMI, CMP, éducateurs).

Références bibliographiques

- [1] Fondation Fondamental, dossier de presse du 29/01/2010
- [2] Dayan J., Andro G., Dugnat M., Les mères schizophrènes et leurs enfants, *in* : Psychopathologie de la périnatalité, Masson, 1999, 183.
- [3] Maron M., Parentalité et maladie mentale, *in* : troubles psychopathologiques de la gravidité puerpérale, ed Medias Flashs, 2001, 138
- [4] Oates M., Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality, *Br Med Bull* 2003; **67**: 219–229, ISSN 0007-1420
- [5] Jablensky AV., Morgan V., Zubrick S-R., Bower C., Yellachich LA., Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders, *Am J Psychiatry*, 2005, 162 (1), 79-91; ISSN 0002-953X
- [6] Cannon M, Jones PB, Murray RM, obstetric complications and schizophrenia: historical and meta- analytic review, *Am J Psychiatry* 2002; 159 (7); 1080-1466; ISSN 0002-953X
- [7] Kulkarni J., Worsley R., Gilbert H., Emorfia Gavrilidis, Van Rheenen TE, Wang W, McCauley K., Fitzgerald P., A Prospective Cohort Study of Antipsychotic Medications in Pregnancy: The First 147 Pregnancies and 100 One Year Old Babies, *Plos one*, 2014, 9(5), 1-6
- [8] McCauley-Elsom K., Gurvich C., Elsom SJ., Kulkarni J., Antipsychotics in pregnancy, *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 2010, 17(2), 97-104
- [9] Baumler M., Kojayan R., Toubin R-M., Guri D., Rouquette D., Carnoy MD., *et al.*, Molenat F., Grossesse et troubles psychiatriques, recommandations de bonnes pratiques

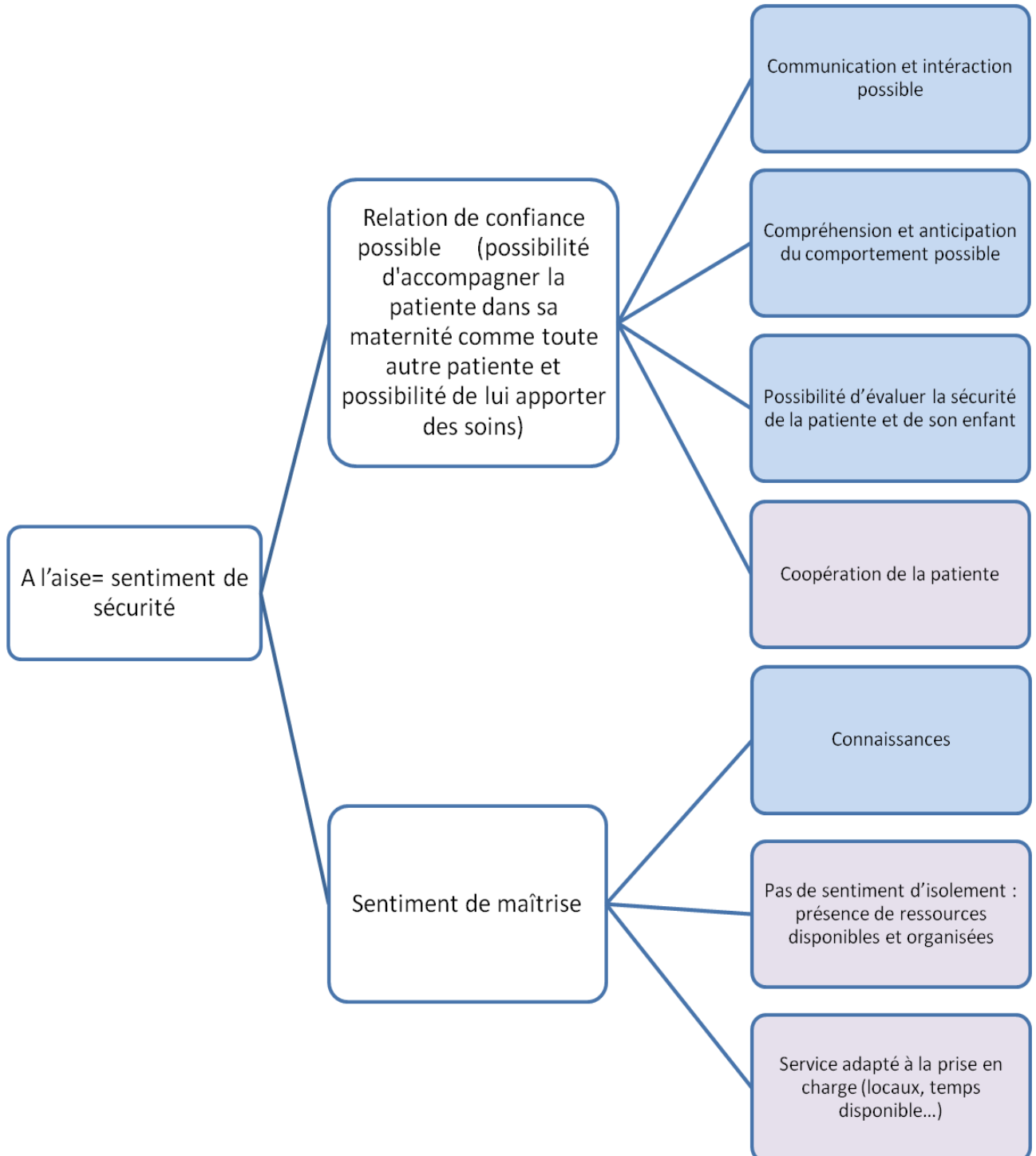
- [10] Xia J., Merinder LB., Belgamwar MR., psychoeducation for schizophrenia, in *Schizophr Bull*, 2011; 37(1), 21-22, ISSN 0586-7614
- [11] Plan périnatalité 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité, 2004
- [12] Poizat A., Un dispositif particulier de prise en charge médio-psychologique en périnatalité : l'unité transversale d'accompagnement périnatal, in Françoise Molénat, *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*, ERES « Prévention en maternité », 2009 p. 233-246
- [13] Buhot A., Maron M, Lestienne A., Prise en charge mère-enfant dans une unité de psychiatrie, *Soins psychiatrie*, 2008 ; 259 ; 29-33.
- [14] Roelandt J-L., Caria A., Bendaria I., Defromont L., Perception sociale du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France, *in : La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, CPNLF, 2010, 47 à 63
- [15] McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, Lyneham J, Midwives and assessment of perinatal mental health, *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011, 18(9):786-95.
- [16] Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA., Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey. *J Midwifery Womens Health.*, 2011; 56(4):353-61.
- [17] Tong A., Sainsbury P., Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-357. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>
- [18] Paillet P., Mucchieli A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Collin, Paris, 2011.

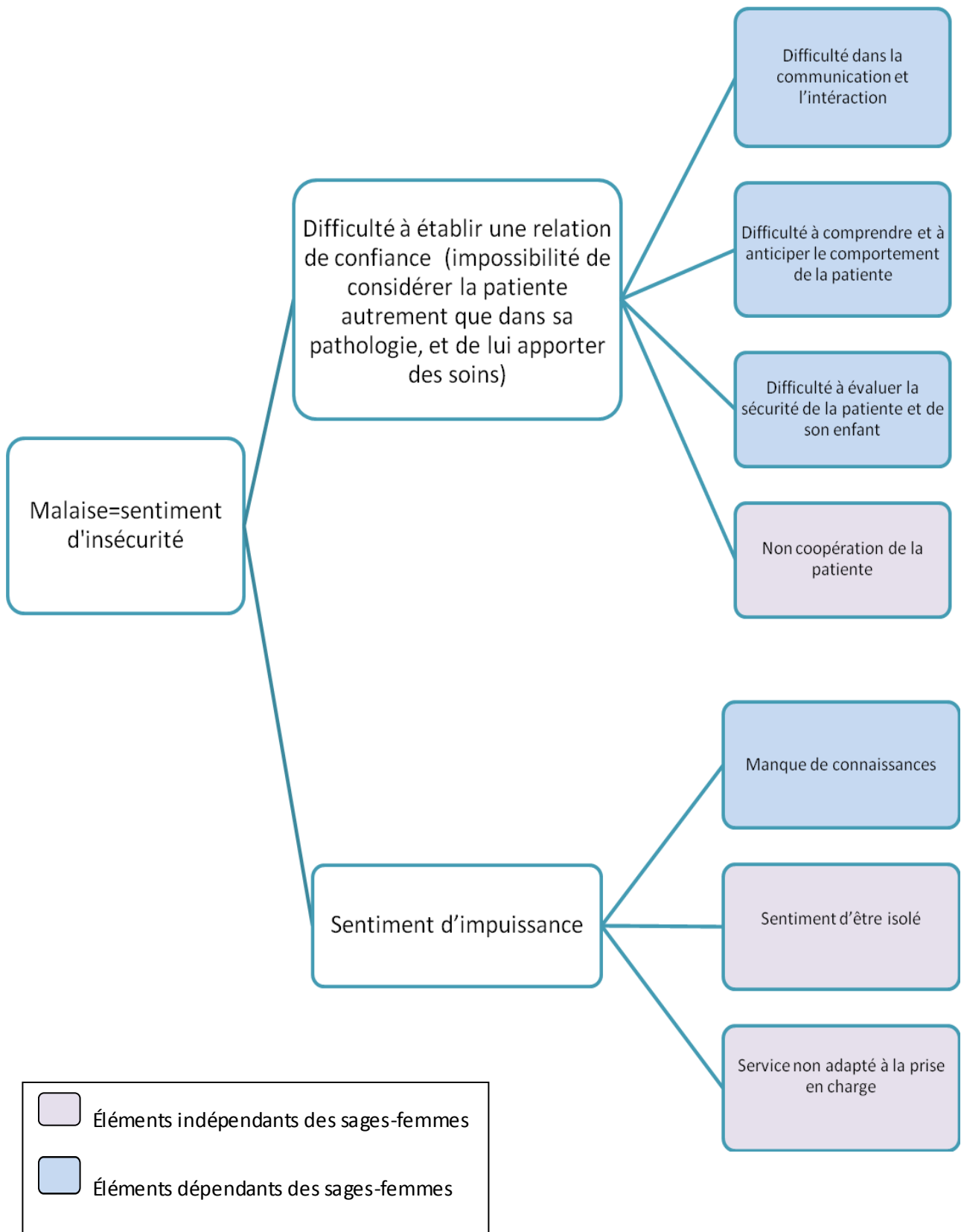
- [19] McCauley-Elsom K., Cross W. and Kulkarni J. Best Practice when Working with Women with Serious Mental Illness in Pregnancy, *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 2009, 6(2). 185-203.
- [20] Kojian R., Avazy K., Delassu D., Tutunovic C., Molénat F., Roy J., Exemple d'une mise en place de réseau en maternités privées : le Pôle prénatal de prévention en santé mentale (P3SM), in : *Revue de médecine périnatale*, 2010 ; 2(3) : 115-118.
- [21] Évaluation du plan périnatalité 2005-2007, études de territoires, 2010.
- [22] Molénat F., Comment organiser l'accompagnement périnatal ?, in : *Émotion et accompagnement en périnatalité*, Troisième table ronde des 36èmes journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Ed. Arnette, 2006, 142
- [23] Schaal J.P., Poizat A., Théry G., Bligny MD., Gonnaud F., Molenat F., Intervenants et organisation de la continuité, in : *Émotion et accompagnement en périnatalité*, Troisième table ronde des 36èmes journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Ed. Arnette, 2006, 153
- [24] McLachlan HL., Forster DA., Collins R, Gunn J., Hegarty K., Identifying and supporting women with psychosocial issues during the postnatal period: evaluating an educational intervention for midwives using a before-and-after survey, in: *Midwifery*. 2010; 27(5):723-30.
- [25] Hauck YL., Kelly G., Dragovic M., Butt J., Whittaker P., Badcock JC, Australian midwives knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental health, *Midwifery*, 2015, 31(1), 247–255

[26] Kingston D., McDonald S., Tough S., Austin MP., Hegadoren K., Lasiuk G., Public views of acceptability of perinatal mental health screening and treatment preference: a population based survey, *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14(1):67

[27] Bauer A., Parsonage M., Knapp M., Lemmi V., Adelaja B., *The cost of perinatal health problems*, LSE & Centre for Mental Health, 2014

Diagramme I : Arbre thématique





Annexes

Annexe 1 : Vignettes cliniques

MADAME A., 22 ans, G2P2

Mme A souffre d'une psychose infantile sur un versant déficitaire avec un mode persécutoire. Elle a été hospitalisée plusieurs fois en psychiatrie, était suivie par le CMP et la PMI de son secteur avant la grossesse et a été traitée par paroxétine avant la grossesse et par olanzapine 7,5mg et hydroxyzine pendant la grossesse.

Elle a été placée en foyer à l'âge de 12 ans suite à des maltraitements physiques, et est actuellement sous curatelle et bénéficie de l'AAH.

Elle vit actuellement en couple avec son conjoint, âgé de 45 ans, également suivi en psychiatrie.

Le suivi psychiatrique ayant été interrompu pendant la grossesse, Madame A. a été accompagnée à l'UTAP par sa mère en septembre 2013 et a ensuite été suivie par le psychiatre de l'UTAP.

Pendant sa grossesse, Madame A. a été hospitalisée trois semaines en psychiatrie suite à des angoisses avec majoration hystérisiforme puis a été suivie en hôpital de jour deux fois par semaine.

Quatre réunions ont eu lieu avec l'équipe de l'UTAP au cours de sa grossesse, dont une le jour de son accouchement afin d'organiser le déroulement de son séjour en suites de couche et décider de l'avenir de son enfant.

Le séjour en suites de couche a duré six jours et a conduit à une décision de placement de l'enfant.

MADAME B., 25 ans, G3P3

Mme B souffre d'une schizophrénie paranoïde, et a été hospitalisée plusieurs fois en psychiatrie pour épisodes délirants avec consommation de toxiques et conduites sexuelles à risque.

Elle est suivie par le psychiatre de l'unité d'hospitalisation ainsi que par le CMP de son secteur et est accompagnée par l'éducatrice du foyer maternel où elle réside depuis son sixième mois de grossesse.

Elle était traitée par rispéridone 5 mg et diazépam 5mg avant la grossesse, et par chlorpromazine 100mg pendant la grossesse et a ensuite été traitée par halopéridol en suite de couches pour permettre l'allaitement.

Elle vit en couple avec un conjoint souffrant également de schizophrénie, est sous curatelle et bénéficie de l'AAH. Elle a un enfant de sept ans, actuellement placé chez sa grand-mère sur décision judiciaire.

Pendant sa grossesse, Madame B. a été suivie par le psychiatre de l'UTAP qui a également reçu le couple. Deux réunions avec l'équipe de l'UTAP, l'équipe du CMP et le foyer maternel ont eu lieu afin d'organiser le déroulement des suites de couches.

Les suites de couches ont été sans particularité et Madame B. est sortie avec son enfant à J4 en foyer maternel.

MADAME C., 35 ans, G1P1

Madame C. souffre d'un trouble bipolaire pour lequel elle est suivie par un psychiatre depuis 2008. Elle a déjà été hospitalisée plusieurs fois en psychiatrie pour épisodes maniaques (dernière hospitalisation en 2012).

Elle était traitée occasionnellement par cyamezazine et loxapine avant sa grossesse. Elle n'a bénéficié d'aucun suivi psychiatrique ni traitement pendant sa grossesse. Celle-ci s'est bien déroulée.

Pendant son séjour en suites de couches, Madame C. a présenté des insomnies à J1 puis un épisode maniaque à J4 au décours duquel elle a fugué du service avec son enfant dans la nuit de J4 à J5, avant d'être ramenée à l'HCE par un médecin généraliste en raison de troubles du comportement pouvant mettre en danger elle-même et son enfant.

A J13 elle a été transférée en psychiatrie pendant trois semaines. L'enfant est resté dans le service avec son père jusqu'à J19, afin d'évaluer les capacités du père à s'occuper de son enfant.

Le couple a ensuite été suivi par la PMI et ASSTRIADE et a revu le psychiatre de l'UTAP deux mois après son accouchement.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Durée de l'entretien :

Nom :

Age :

Année et lieu d'obtention du DE :

Ancienneté dans le service :

Nom de la patiente prise en charge :

Délai entre la date d'accouchement et la date de l'entretien :

Durée du séjour en suites de couche :

Nombre de gardes effectuées :

Question 1 : Y a-t-il un ou des éléments qui vous ont rendu cette prise en charge difficile ? Si oui lesquels ?

Question 2 : Qu'est-ce qui vous a aidé lors de la prise en charge de cette patiente?

Question 3 : Vous êtes vous senti(e) à l'aise dans cette prise en charge?

Question 4 : Auriez-vous eu des besoins supplémentaires pour vous aider dans cette prise en charge? Si oui, lesquels ?

Résumé

L'objectif de cette étude était d'analyser le ressenti des sages femmes dans la prise en charge en suites de couche des patientes souffrant de maladies psychiatriques, d'identifier les facteurs influençant ce ressenti et de proposer des pistes d'amélioration. La méthode est celle d'une étude qualitative, prospective et exploratoire. Les sages-femmes incluses par volontariat (n=20) étaient celles impliquées dans la prise en charge de patientes sélectionnées par un diagnostic médical établi.

Les données ont été recueillies par des interviews basées sur un guide d'entretien, enregistrées avec l'accord des participants et intégralement retranscrites.

Les résultats de cette étude ont montré que les sages femmes se sentaient souvent démunies dans ces prises en charge, ce qui est conforme aux données de la littérature. Ce ressenti était relié à un sentiment d'insécurité dans la prise en charge, à une difficulté à établir une relation de confiance avec la patiente et à un sentiment d'impuissance. L'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal a été identifiée comme une ressource importante par les sages femmes, en renforçant la coordination dans les prises en charge grâce à des réunions pluridisciplinaires.

Parmi les besoins identifiés, figurent la demande de formations et d'une meilleure organisation des prises en charge, notamment en anténatal.

En conclusion, les données de notre étude sont concordantes avec la littérature sur ce sujet, tant au niveau du ressenti que des besoins identifiés. Par la suite, il serait nécessaire de compléter cette étude par une analyse du ressenti des patientes et des autres professionnels impliqués dans la prise en charge.

Mots clés : sages-femmes, ressenti, prise en charge, maladies psychiatriques

The objectives of this study were to analyze midwives' feelings about the post partum care of women with psychiatric disorders, to identify factors influencing this feeling, and to suggest ways of improvement. The method is qualitative, prospective and exploratory. The sample were volunteering midwives (n=20) involved in post partum care of patients diagnosed with a psychiatric condition.

Data were collected with semi-structured interviews based on an interview guide, recorded with the agreement of the participants and fully transcribed.

The results showed that midwives often felt resourceless in that kind of care, which is consistent with the literature data. This had been linked to insecurity and powerlessness feelings in the care and with difficulties to establish a trustful relationship with the patient. University Hospital of Grenoble's Transversal Unit for Perinatal Care (Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal, UTAP) has been identified as an important resource for midwives, fostering collaboration between professionals thanks to multidisciplinary staffs.

Among the needs, were specific trainings for midwives and improvements of pre and post partum care organization.

In conclusion, our findings are consistent with the literature on this subject, whether in midwives' feelings or in the identified needs. Thereafter, it would be necessary to complete this study by analyzing patients and other involved professional feelings about the care.

Keywords : midwives, feeling, care, psychiatric diseases