



HAL
open science

La mise à profit des compétences des sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile en Basse-Normandie

Marine Letrécher

► **To cite this version:**

Marine Letrécher. La mise à profit des compétences des sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile en Basse-Normandie. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01329473

HAL Id: dumas-01329473

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01329473v1>

Submitted on 9 Jun 2016

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.

Université de Caen Basse-Normandie
Pôle de Formations et de Recherche en Santé
Ecole de Sages-femmes de Caen

**La mise à profit des compétences des sages-femmes de
Protection Maternelle et Infantile en Basse-Normandie**

Mémoire présenté et soutenu par Marine Letrécher
Sous la direction de Mme Anne Bellanger
En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Promotion 2012/2016



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

adresse
tél.
courriel
internet

Bibliothèque universitaire Santé
Pôle des formations et de recherche en santé • 2, rue des Rochambelles • CS 14032 • 14032 CAEN CEDEX 5
02 31 56 82 06
bibliotheque.sante@unicaen.fr
sed.unicaen.fr/

Remerciements

A Anne Bellanger, sage-femme territoriale, directrice de ce mémoire, pour son aide et son
temps,

A Mme Leglinel, pour ses précieux conseils et ses nombreuses relectures,

A Mme Giffard, Mme Kakol, Mme Brielle, Mme Goupille et Mme Levallois pour ces quatre
années,

Aux professionnels, qui grâce à leurs réponses, ont permis l'élaboration de ce mémoire,

A John pour sa présence et son soutien,

A ma tante, sage-femme, pour son écoute et ses encouragements,

A Emilie, Lise, Lucie, Margot, et Morgane, pour tous ces moments partagés ensemble.

Sommaire

I. INTRODUCTION	1
1. LES FONCTIONS ET MISSIONS DE LA SAGE-FEMME DE PMI	1
1.1 <i>Les compétences communes à toutes les sages-femmes.....</i>	<i>1</i>
1.2 <i>Création de la PMI.....</i>	<i>2</i>
1.3 <i>Les atouts de la PMI.....</i>	<i>3</i>
1.3.1 Une intervention pluridisciplinaire et multisectorielle	3
1.3.2 La prévention, l'éducation et l'accompagnement sont les maîtres mots de la PMI	3
1.3.3 La PMI au plus près des territoires et des personnes.....	3
1.4 <i>Création du statut de la sage-femme de PMI.....</i>	<i>4</i>
1.5 <i>Rôle de la sage-femme de PMI auprès des femmes.....</i>	<i>5</i>
2. LES MOYENS DONT LA SAGE-FEMME DE PMI DISPOSE POUR METTRE A PROFIT SON SAVOIR-FAIRE	6
2.1 <i>Chiffres.....</i>	<i>6</i>
2.2 <i>Les outils de la SF de PMI</i>	<i>6</i>
2.2.1 La déclaration de grossesse	6
2.2.2 L'entretien prénatal précoce	7
2.2.3 La visite à domicile prénatale.....	7
2.2.4 Les staffs de parentalité.....	8
2.2.5 Une orientation par les autres acteurs de la santé périnatale : Le rôle clé du réseau de périnatalité.....	8
3. LES ACTIONS DE LA SAGE-FEMME DE PMI EN BASSE-NORMANDIE	9
3.1 <i>Les missions en Basse-Normandie.....</i>	<i>9</i>
3.1.1 Fiches de poste des sages-femmes.....	9
3.1.2 Un état des lieux : les schémas départementaux	9
3.1.3 Des objectifs propres à chaque département.....	9
3.2 <i>Effectifs.....</i>	<i>10</i>
3.2.1 Effectifs des sages-femmes de PMI de Basse-Normandie	10
3.2.2 Effectifs des actes pratiqués en Basse-Normandie	10
3.3 <i>Le rôle du réseau périnatal Bas-Normand</i>	<i>11</i>
4. PROBLEMATIQUE.....	12
5. OBJECTIFS	12
6. HYPOTHESES	13
II. MATERIEL ET METHODE	14
1. OUTILS.....	14
2. POPULATION CIBLE	14
3. LIEU DE L'ETUDE	14
4. MODALITE DE REALISATION.....	14
5. RECUEIL ET EXPLOITATION DES DONNEES	15

III. <u>RESULTATS</u>	16
1. TAUX DE REPONSE.....	16
2. PROFIL DE LA POPULATION CIBLE.....	17
3. LA CORRESPONDANCE ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LA SAGE-FEMME DE PMI.....	20
4. L'ORIENTATION DES FEMMES VERS LA SAGE-FEMME DE PMI.....	21
5. LES ROLES DE LA SAGE-FEMME DE PMI.....	23
6. L'ACTIVITE PRINCIPALE D'UNE SAGE-FEMME DE PMI.....	25
7. LES COMPETENCES DE LA SAGE-FEMME DE PMI.....	25
8. LA NON ORIENTATION DES FEMMES VERS LA SAGE-FEMME DE PMI.....	27
IV. <u>ANALYSE ET DISCUSSION</u>	30
1. CRITIQUES DE L'ETUDE.....	30
1.1 <i>Points forts</i>	30
1.1.1 La population cible.....	30
1.1.2 Un sujet peu abordé, une reconnaissance des sages-femmes de PMI.....	30
1.2 <i>Points faibles</i>	30
1.2.1 Biais de recrutement.....	30
1.2.2 Sincérité des réponses.....	30
2. ANALYSE ET DISCUSSION.....	31
2.1 <i>Différents déterminants</i>	31
2.1.1 Caractéristiques individuelles.....	31
2.1.2 La correspondance avec la PMI.....	31
2.1.3 Lieu d'exercice.....	32
2.1.4 Durée d'installation ou d'exercice dans la zone géographique.....	32
2.2 <i>Une orientation majoritairement sociale, peu souvent médicale</i>	33
2.3 <i>Le poids du rôle social de la sage-femme de PMI</i>	33
2.4 <i>La variabilité des activités principales attribuées à la sage-femme de PMI</i>	34
2.5 <i>L'attribution de compétences erronées</i>	35
2.6 <i>Un rejet des compétences médicales de la sage-femme de PMI</i>	35
2.7 <i>Une dérive des compétences qui alimente des préjugés</i>	36
2.8 <i>Une orientation pas toujours exécutable</i>	37
2.9 <i>Synthèse des éléments constatés</i>	37
V. <u>PROPOSITIONS</u>	39
1. UNE MEILLEURE INFORMATION POUR UNE MEILLEURE COLLABORATION.....	39
2. MIEUX REPERER LES FACTEURS DE VULNERABILITES.....	39
3. AUGMENTER LES EFFECTIFS DES SAGES-FEMMES DE PMI.....	39
VI. <u>CONCLUSION</u>	41

BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES.....	48
ANNEXE I. EXTRAIT DE L'ARTICLE L 2112-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	48
ANNEXE II. CARTE DE LA REPARTITION DES CENTRES DE PMI SUR LE TERRITOIRE (PAR DEPARTEMENT)...	49
ANNEXE III. CARTE DE LA REPARTITION DES CENTRES DE PMI SUR LE TERRITOIRE (PAR REGION).....	50
ANNEXE IV. EXEMPLE DE MISE A DISPOSITION (MAD) ENVOYE PAR LA SAGE-FEMME DE PMI.....	51
ANNEXE V. FICHE DE POSTE DES SAGES-FEMMES DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU CALVADOS.	52
ANNEXE VI. FICHE DE POSTE DES SAGES-FEMMES DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA MANCHE.....	53
ANNEXE VII. FICHE DE POSTE DES SAGES-FEMMES DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORNE.	54
ANNEXE VIII. QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUX PROFESSIONNELS.....	55
ANNEXE IX. SITUATIONS CITEES PAR LES PROFESSIONNELS POUR LESQUELLES ILS ONT ORIENTE VERS LA SAGE-FEMME DE PMI.	57
ANNEXE X. REPNSES DES PROFESSIONNELS A LA QUESTION : SELON VOUS QUELLE EST L'ACTIVITE PRINCIPALE DE LA SAGE-FEMME DE PMI? LES REPONSES ONT ETE TRANSCRITES TELLES QUELLES.	58

Abréviations

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

VAD : Visite A Domicile

MAD : Mise A Disposition

ETP : Equivalent Temps Plein

EPP : Entretien Prénatal Précoce

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

I. INTRODUCTION

En tant que professionnel de santé en périnatalité, nous avons quelques fois observé ou été informé des interventions de la sage-femme de protection maternelle et infantile (PMI). En effet, elle est régulièrement appelée en suite de naissance dans les maternités lorsqu'une femme ou un couple présente des difficultés sociales ou un comportement inadapté voire dangereux envers son enfant. D'ailleurs, nous associons volontiers la PMI à la surveillance rapprochée, au contrôle et dans les cas les plus importants aux signalements et placements d'enfants. Pourtant, la sage-femme de PMI n'a pas pour seule vocation de suivre les couples qui présentent des difficultés sociales et encore moins de les contrôler ou surveiller. Dans cette introduction, nous rappellerons quelles sont les actions menées par la sage-femme en PMI, ses particularités et par quels moyens parvient-elle à remplir ses missions. Ensuite, nous nous pencherons plus particulièrement sur les moyens mis en œuvre pour l'exercice de la sage-femme de PMI en Basse-Normandie. De là, naîtrons certaines interrogations. En conséquence, une problématique se posera à nous et les objectifs fixés auxquels devra répondre l'enquête seront abordés.

1. Les fonctions et missions de la sage-femme de PMI

1.1 Les compétences communes à toutes les sages-femmes

Tout d'abord, définissons les compétences communes à toutes les sages-femmes tout mode d'exercice confondu. Celles-ci exercent une profession médicale à compétence définie dont le champ d'action est déterminé par le code de la santé publique [1], lequel nous est résumé par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [2] : *l'exercice de la profession de sage-femme comporte « la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique »*. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. De plus, celle-ci peut pratiquer les

soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couche pathologiques. Ainsi, au vu de ce savoir faire, nous comprendrons pourquoi les sages-femmes auront un rôle à jouer au sein de la PMI.

1.2 Création de la PMI

Pour commencer, en 1874, la loi Roussel est instaurée : elle encadre la surveillance des enfants placés en nourrice. Puis, en 1889, elle est modifiée : la protection judiciaire est étendue aux « enfants maltraités et moralement abandonnés ». La PMI est créée après la seconde Guerre Mondiale, suite à l'ordonnance de 1945, dans le but de diminuer la mortalité infantile [3]. Elle fait également 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 quelle que soit leur couverture sociale [4]. 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 d'un point de vue médical, social et psychologique. Les consultations de planification et d'éducation familiale s'ajoutent au rôle de la PMI avec la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 [5] relative à la régulation des naissances. [6] Depuis 1970, avec le premier plan de périnatalité et la loi du 15 juillet [7], la PMI intervient dans la délivrance obligatoire de certains certificats de santé préventifs pour les enfants. Ce sont les conseils départementaux qui, depuis la loi de décentralisation du 22 juillet 1983 [8], peuvent diriger ce service dans chaque département. La loi du 5 mars 2007 [9] vient finalement renforcer le rôle de prévention de la PMI en période périnatale.

Les missions actuelles sont définies précisément par la loi. L'article L 2112-2 du code de la santé publique [10] impartit au service départemental de PMI une liste d'activités qui correspondent à des missions plus générales de protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile. Ces activités concernent cinq publics prioritaires : « *les publics masculins et féminins, en général adolescents ou jeunes, pour l'éducation sexuelle et de la planification des naissances, les femmes enceintes ou en postnatal, les enfants de moins de 6 ans et leurs familles, les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), les assistants maternels et les professionnels des modes de garde* ». La loi fait mention de femmes et enfants " *requérant une attention particulière*" et le règlement de " *populations vulnérables et de quartiers défavorisés*".

La PMI est présente dans certaines maternités et en ville, généralement dans les centres sociaux.

1.3 Les atouts de la PMI

1.3.1 Une intervention pluridisciplinaire et multisectorielle

A ce jour, la PMI est la seule compétence du champ sanitaire qui fasse l'objet d'une décentralisation. Elle réunit des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers, puéricultrices, psychologues, psychomotriciens), des personnels médico-sociaux (auxiliaires de puériculture, éducateurs de jeunes enfants), des professionnels à vocation sociale et d'accompagnement (conseillers conjugaux). Cette présence, au sein d'un même service, fait de la PMI un acteur qui atténue les frontières traditionnelles de l'action publique entre le sanitaire, le médico-social et le social. Ces différents registres de professions permettent à la PMI de mettre en place un parcours de prise en charge et une approche globale des personnes qui prenne véritablement en compte les déterminants de santé (conditions de vie, environnement socio-éducatif, des parents et de leurs jeunes enfants...). Cette approche diversifiée est donc incontestablement un atout majeur pour la PMI.

1.3.2 La prévention, l'éducation et l'accompagnement sont les maîtres mots de la PMI

L'article L 2112-2 du code de la santé publique [10] indique que le service de PMI organise notamment des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans, des activités de planification et d'éducation familiales (Annexe I). Pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans « *requérant une attention particulière* », les actions médico-sociales préventives peuvent être organisées à domicile. La loi insiste donc sur le caractère préventif et éducatif de la PMI, ce qui s'harmonise parfaitement avec un travail pluridisciplinaire.

Ces différentes actions trouvent une résonance dans la stratégie nationale de santé, présentée en septembre 2013 [11], dont l'un des trois grands axes est de prioriser la prévention sur le curatif et d'agir sur les déterminants de santé. La PMI est d'ores et déjà largement positionnée sur cet axe.

1.3.3 La PMI au plus près des territoires et des personnes

Deux des atouts majeurs de la PMI résident dans sa proximité géographique et sa capacité à s'adapter aux besoins de la population. En effet, les raisons principales du recours à la PMI

varient selon les familles et les services de PMI cherchent à fournir à chacun une solution suivant sa demande (suivi médical au long cours centré sur les pesées, consultations médicales, et vaccinations mais aussi « lieu ressource » d'accès à l'information et à des conseils (soins, nutrition...). Encore une fois, cette proximité est tout à fait en accord avec une politique de prévention et d'éducation multisectorielle qu'exerce la PMI.

1.4 Création du statut de la sage-femme de PMI

Il est important de préciser que la PMI n'a pas toujours disposé de sages-femmes dans ses équipes. Il faudra attendre 30 ans depuis sa création pour que celles-ci soient intégrées. En effet, c'est suite à la loi de 1974 relative à l'interruption médicale de grossesse que celles-ci feront leur entrée dans le dispositif de PMI. Avec ses nouvelles missions de planification familiale, et incitée par le décret du 5 mai 1975 [12], la PMI recrute alors des sages-femmes dans ses services. En effet, la première sage-femme exerçant en PMI [13] débute son activité début 1975 quelques temps avant même que le décret d'application pour la création de ce poste ne soit publié. Elle entame son activité par des cours de préparation à la naissance ainsi que des consultations de nourrissons en Haute Corse où le taux de mortalité périnatale est le plus mauvais de France. Le taux d'activité se développe très rapidement nécessitant la création d'un deuxième poste. Son activité est différente de celle de la sage-femme hospitalière. La prise en charge est médico-psycho-sociale complète. L'effectif des sages-femmes exerçant la surveillance à domicile des femmes enceintes dans le cadre de la PMI augmente sensiblement chaque année : 400 en 1985, 595 en 1993 [14].

Depuis 1992 [15], 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. En 1993, 47 départements répondaient à ces normes. [16] Aujourd'hui, environ 3% des sages-femmes (soit 950) exercent en PMI, elles représentent 0,1% de l'ensemble des agents territoriaux.

Les missions du service de PMI, d'après l'article L2112-2 du Code de Santé Publique [10], sont multiples. Celles relatives à l'exercice de la sage-femme concernant les femmes enceintes ont notamment pour objet « *d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse et de la croissance fœtale par le dépistage précoce des pathologies maternelle et fœtale et leur prise en charge en relation avec les équipes obstétricales concernées* ».

1.5 Rôle de la sage-femme de PMI auprès des femmes

La sage-femme de PMI a donc 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 : 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 (CNFPT) [17], ses activités principales comprennent :

- La réalisation de consultations prénatales 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. Les missions diffèrent selon le lieu d'exercice de la sage-femme. En effet, les départements ont leurs objectifs propres en matière de protection maternelle et infantile. Ainsi, au sein d'une même région, les sages-femmes territoriales de chaque département pourront avoir des missions différentes.

Il est intéressant de souligner que les pratiques de la sage-femme de PMI permettent probablement plus facilement la construction d'un lien de confiance et d'une connaissance mutuelle entre les parents et les professionnels. Et ce par le fait qu'en PMI l'on bénéficie d'un temps de consultation plus long et d'un accompagnement de toute une équipe bien repérée par la patiente [18]. Cependant, la sage-femme de PMI se situe à l'interface de deux sphères qui sont d'une part le respect de la vie privée et d'autre part la prévention des mauvais traitements et des carences de l'enfant [19]. Ainsi le lien de confiance est parfois difficile à instaurer puisque les femmes peuvent naturellement se sentir espionnées, surveillées.

2. Les moyens dont la sage-femme de PMI dispose pour mettre à profit son savoir-faire

2.1. Chiffres

Tout d'abord il est important de préciser quantitativement les suivis qu'effectue la PMI. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014 [20], il existe 2502 centres de PMI en France métropolitaine. Ils sont répartis dans les différentes régions qui composent la France. L'HAS nous présente une répartition cartographiée des centres de PMI par département et par région (Annexe II et III).

Plus précisément, nous nous sommes intéressés aux chiffres qui concernent seulement les femmes enceintes, ce qui représente une grande portion du travail de la sage-femme de PMI. En 2006, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) estimait que 18 % des femmes enceintes avaient bénéficié d'un suivi par la PMI [21].

2.2 Les outils de la SF de PMI

Nous avons vu quels étaient les intérêts d'un suivi par les sages-femmes en PMI. Cependant il est connu que les populations les plus en besoin de ces services n'en font que rarement la demande d'elles-mêmes d'autant plus quand ce service n'est pas ou mal connu de ces personnes. Nous détaillerons ci-après les outils dont la sage-femme dispose pour mettre en place des suivis.

2.2.1 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. Cette déclaration leur donne des informations générales sur l'âge de la mère, la présence ou non d'un conjoint, le niveau socioéconomique, et le nombre de grossesses et d'enfants [4]. 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, s'il existe des facteurs de vulnérabilité, la sage-femme offre son aide par un courrier proposant une visite à domicile (VAD). Le couple ou la mère est libre d'accepter ou de refuser. Si aucune vulnérabilité n'est repérée à partir de la déclaration de grossesse, la sage-femme propose également son aide par un courrier mais cette fois sous forme de mise à disposition (MAD) (Annexe IV), le couple ou la mère peut prendre rendez-vous quand elle veut si elle en éprouve le besoin ou simplement pour l'entretien prénatal précoce (EPP).

2.2.2 L'entretien prénatal précoce

L'EPP a été proposé tout d'abord en 2004 par le plan de périnatalité 2005-2007 [22]. Puis, l'HAS le recommande [23] en l'incluant dans le programme de préparation à la naissance en 2005. Enfin, la loi du 5 mars 2007 [9] le met en avant dans la prévention anténatale. [24,25] Une étude de 2007 [26] montre que cet entretien est un outil efficace pour mettre en place un accompagnement adéquat pour chaque femme. La mise en place de cet entretien a plusieurs objectifs [23, 27, 28] dont : identifier précocement des vulnérabilités chez la mère ou le couple, soutenir la parentalité, proposer ensuite un accompagnement adapté et favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de cette mère ou ce couple. En bref, cet entretien a surtout un but d'accompagnement. Pour Danielle Capgras-Baberon [29], 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 bien que proposé, est encore peu réalisé : en effet, d'après l'enquête périnatale de 2011 [30], seulement 21,4% des femmes déclaraient en avoir bénéficié pendant leur grossesse, et parmi celles-ci, 52% l'ont eu après le quatrième mois.

2.2.3 La visite à domicile prénatale

Les VAD (proposées systématiquement si facteurs de vulnérabilité) permettent aux sages-femmes de PMI d'être dans l'environnement habituel de la patiente, du couple. Ces visites peuvent parfois contribuer à lever la « barrière » patient-soignant présente lors d'une consultation dans un bureau ou dans un cadre défini comme à l'hôpital. Cependant, il est fréquent que certaines femmes soient davantage sur la défensive par peur d'être jugées, surveillées et perçoivent cette visite comme une intrusion dans leur vie privée. Ainsi, elles sont donc moins à l'aise pour se confier. Parfois, les femmes refusent même cette visite. Il n'est pas rare que la sage-femme reste sans réponse devant la porte du domicile bien que la femme ait été prévenue de la date et de l'heure du rendez-vous. Lorsque ces visites sont acceptées, un lien de confiance peut-être établi au fur et à mesure de celles-ci. 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* » [31]. 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... [31] 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.

2.2.4 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 [32]. 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 staffs de parentalité ont précisément pour mission d'évaluer, dès le stade anténatal, les situations présentant des facteurs de risque et de proposer, suite à une délibération collective de l'ensemble des acteurs une orientation et un soutien adapté au regard des problèmes rencontrés à partir des consultations prénatales et l'écoute des couples. Il s'agit de soutenir les parents avant la survenue d'un risque éventuel [33].

2.2.5 Une orientation par les autres acteurs de la santé périnatale : Le rôle clé du réseau de périnatalité

Parfois, les facteurs de vulnérabilité ne sont pas toujours repérés sur la déclaration de grossesse, il n'existe pas de staffs de parentalité au sein de l'hôpital où la femme a été vue, la femme n'a pas fait l'EPP, la grossesse est peu suivie...En Bref, les outils dont la sage-femme de PMI dispose n'ont pas suffi à repérer certaines femmes pouvant aspirer à ce type de suivi. Dans ce cas, seule l'orientation des femmes par un autre professionnel peut mener celles-ci jusqu'à la sage-femme de PMI. Pour que cela soit appliqué, une correspondance s'avère indispensable. Ainsi, comme son nom l'indique, le réseau de périnatalité joue un rôle essentiel dans la communication des professionnels entre eux concernant les suivis périnataux. Il vise à harmoniser les pratiques professionnelles et tisser un réseau de connaissance pour les professionnels des différents intervenants autour de la périnatalité.

3. Les actions de la sage-femme de PMI en Basse-Normandie

3.1 Les missions en Basse-Normandie

3.1.1 Fiches de poste des sages-femmes

Bien que nous ayons mentionné précédemment que les missions de la sage-femme de PMI diffèrent d'un endroit à l'autre, concernant les trois départements de la Basse-Normandie, les fiches de poste des sages-femmes de PMI (Annexe V, VI et VII) pour chaque département sont sensiblement similaires. Pour ce qui nous intéresse c'est-à-dire le suivi périnatal, les trois départements reprennent globalement les missions évoquées par le CNFPT dans leurs fiches de poste respectives. L'activité des sages-femmes de PMI de la Basse-Normandie semblent donc très peu différente de ce qui est nationalement préconisé.

3.1.2 Un état des lieux : les schémas départementaux

Les schémas départementaux ont pour but de rendre compte de ce qui a été réalisé qualitativement et quantitativement les dernières années écoulées, ainsi de ces constats, les conseils départementaux se chargent d'établir leurs priorités en fonction des besoins de la population et des contraintes du territoire départemental. Pour les départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne, des schémas départementaux en faveur de l'enfance et de la famille ont respectivement été élaborés [34, 35, 36], ils sont renouvelés environ tous les cinq ans. Ceux du Calvados et de l'Orne renseignent globalement sur l'activité des sages-femmes de PMI (entretien prénatal précoce, visites à domicile, nombre de consultations etc.). A savoir que le schéma du Calvados est uniquement axé sur la PMI, ceux des deux autres départements regroupent plus largement les actions envers l'enfance et la famille. Or pour ce qui est de la Manche, il n'est fait mention que très brièvement de l'activité prénatale de la PMI, seules les VAD sont mentionnées bien qu'il n'est précisé nul part dans ce schéma départemental que celles-ci sont effectuées par les sages-femmes. Ce défaut de renseignement serait-il corrélé à une faible implication de ce département dans l'activité prénatale ? Ce qui pourrait avoir pour conséquence une faible orientation des femmes vers la sage-femme de PMI. Ou bien s'agit-il seulement d'une omission d'information non significative de la part des rédacteurs du schéma départemental de la Manche ?

3.1.3 Des objectifs propres à chaque département

Nous l'avons vu, les schémas départementaux fixent des objectifs à l'issue des constats des années précédentes. Pour ce qui est du Calvados [34] et de l'Orne [36], les objectifs fixés en

2011 respectivement pour lesquels la sage-femme de PMI est concernée sont assez similaires, à savoir : faciliter le travail en réseau par une meilleure connaissance et reconnaissance des champs d'action des différents professionnels, un renforcement de la prévention et du dépistage de pathologies à risque dans le but d'un accompagnement précoce ainsi que faire connaître la PMI et ses missions aux partenaires et au grand public. La Manche s'est fixée comme objectif dans son schéma départemental en 2011 de « *conforter la place de la PMI dans le dispositif préventif* » [35] afin d'élargir la vocation de la PMI à toutes les familles concernées par une action préventive notamment par l'augmentation des visites prénatales et postnatales.

3.2 Effectifs

3.2.1 Effectifs des sages-femmes de PMI de Basse-Normandie

Si l'on regarde les effectifs bruts des sages-femmes de PMI en Basse-Normandie en 2011 [37], les chiffres sont les suivants : 6,6 équivalents temps plein (ETP) dans le Calvados occupés par 7 sages-femmes, 7,3 ETP dans la Manche occupés par 8 sages-femmes et 3,4 ETP dans l'Orne occupés par 4 sages-femmes. Lorsque l'on corrèle les effectifs des sages-femmes de PMI avec le nombre de naissances par département, la différence brute entre l'Orne et les deux autres départements devient obsolète. En effet, selon l'IGAS [21], bien que ces chiffres datent de 2004, les services de PMI du Calvados disposait de 1,2 ETP sage-femme pour 1500 enfants nés en 2003. La Manche et l'Orne en comptaient respectivement de 1,6 et 1,4. On peut donc constater qu'en Basse-Normandie les normes sont respectées et même légèrement devancées puisque pour rappel, l'objectif est de 1 sage-femme pour 1500 enfants nés vivants.

3.2.2 Effectifs des actes pratiqués en Basse-Normandie

Le nombre de centres de PMI recensés par l'HAS en Basse-Normandie en 2014 s'élève à 58 [20]. Sont à disposition : 24 lieux de consultations PMI dans le Calvados, 10 centres médico-sociaux dans la Manche et 24 lieux de consultations PMI dans l'Orne. Dans les trois départements, l'équipe de ces centres est composée de médecins, sages-femmes et puéricultrices. Pour ce qui est des points de consultations fixes pour les consultations prénatales et postnatales de la (future) mère, 17 lieux ont été recensés en 2011 [37] dont quatre points de consultations dans le Calvados et l'Orne chacun et neuf dans la Manche. Concernant les examens cliniques, 1071 ont été réalisés dans les PMI du Calvados, 409 dans la Manche et 460 dans l'Orne [37]. Lorsque l'on connaît le nombre de naissances dans ces 3

départements par année [38] : 7466 dans le Calvados en 2014, 4911 dans la Manche et 2810 dans l'Orne pour l'année 2014, il est logique de constater que le nombre d'examens cliniques dans le Calvados est bien supérieur à celui de la Manche et de l'Orne. En revanche, proportionnellement au nombre de naissances par département, l'activité en faveur des (futurs) mères de la PMI de la Manche semble moins orientée sur le suivi de grossesse médical puisque les examens cliniques concernent un plus petit coefficient de cette population que dans les deux autres départements. Pour ce qui est des VAD, qui relèvent de l'intervention exclusive de la sage-femme, 1129 ont été effectuées dans le Calvados en 2011, 1588 dans la Manche et 1282 dans l'Orne [37]. La Manche comptant un nombre de VAD un peu supérieur aux 2 autres départements et compte tenu du nombre de naissance annuel pour chacun, on peut se demander s'il s'agit d'un besoin plus grand dans ce département ou bien d'un meilleur investissement de celui-ci pour les VAD. On peut aussi remarquer que l'Orne dont l'effectif des sages-femmes de PMI est environ la moitié de celui des deux autres départements, maintient tout de même un nombre de VAD sensiblement plus élevé que dans le Calvados. On peut également se demander si ce n'est pas le Calvados qui est peu investi dans les VAD. Pour ce qui est des EPP, qui relèvent également de l'intervention exclusive des sages-femmes, ces dernières dans le Calvados en ont réalisés 959 en 2011, 343 ont été réalisés par les sages-femmes de la Manche et 265 par les sages-femmes de l'Orne [37]. Ici, le nombre d'EPP par département semble proportionnel compte-tenu du nombre de naissances par année de ces trois départements.

3.3 Le rôle du réseau périnatal Bas-Normand

Il existe en Basse-Normandie un réseau de périnatalité ; il se situe au centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen. Ce réseau est constitué de professionnels de la périnatalité (médecins spécialistes et généralistes, sages-femmes, puéricultrices, infirmiers, psychologues, assistants sociaux...) exerçant en libéral, dans un établissement de santé public ou privé, ou en PMI. Des conventions ont été signées avec les établissements de la région pouvant accueillir des femmes pour un accouchement, les Conseils Départementaux des 3 départements, certains centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et bien d'autres en cours. Les missions du réseau sont multiples mais visent toutes à améliorer la qualité des prises en charge des couples en projet d'enfants, des femmes enceintes et des nouveau-nés. Ces missions tendent à [39] :

- Favoriser une prise en charge globale (dépistage, accès aux soins, suivi et prise en charge médico-psycho-sociale),

- Favoriser une prise en charge continue quel que soit le lieu de prise en charge : en ville, à l'hôpital, en clinique ou PMI,
- Favoriser la collaboration entre les professionnels,
- Assurer des formations interdisciplinaires pour l'ensemble des professionnels,
- Organiser et assurer le partage de l'information (médicale, sociale, psychologique...),
- Evaluer les pratiques et les services mis en place par le réseau,
- Recueillir et transmettre des données épidémiologiques dans le cadre de la santé publique,
- Informer et accompagner les futurs parents.

4. Problématique

Nous l'avons compris, la communication est essentielle pour que la sage-femme en PMI puisse mener à bien ses fonctions, car en effet, l'orientation des femmes vers celle-ci dépend beaucoup de cette collaboration. Cependant, qu'en est-t-il réellement de cette orientation? Est-elle toujours adéquatement proposée ? Nous nous sommes alors demandé où, par qui et dans quelles situations les femmes sont-elles orientées vers la sage-femme de PMI en Basse-Normandie? Le champ de compétence de celles-ci est-il suffisamment connu par les autres professionnels pour que les femmes leur soient idéalement adressées ? Ainsi, la question d'une bonne orientation des femmes vers les sages-femmes de PMI par les professionnels de santé peut donc se poser. Ce qui amène la problématique suivante : Dans quelle mesure les compétences des sages-femmes de PMI sont-elles mises à profit en Basse-Normandie ? Il nous a donc semblé intéressant d'interroger les professionnels en lien avec la périnatalité en Basse-Normandie afin d'estimer leurs conceptions du travail de la sage-femme de PMI ainsi que leur expérience dans l'orientation des femmes vers la PMI.

5. Objectifs

L'objectif principal de ce mémoire était de savoir si les femmes enceintes ou récemment accouchées en Basse-Normandie pouvant nécessiter d'un suivi par une sage-femme de PMI sont toujours convenablement orientées vers celle-ci. Ainsi d'autres questions découlent de la problématique initiale :

- Quels professionnels orientent ou non vers la sage-femme de PMI ?
- Quelle vision ont-ils de la sage-femme de PMI ?

- Connaissent-ils le champ d'action d'une sage-femme de PMI ?
- Ont-ils un contact avec la PMI la plus proche de leur lieu d'exercice ?
- Dans quelle(s) situation(s) orientent-ils facilement vers la sage-femme de PMI ?
- Dans quelle(s) situation(s) ils orientent peu vers elle ?
- Pour quelle(s) raison(s) ils n'orientent pas vers la sage-femme de PMI alors que la situation le nécessite ?

L'activité de la sage-femme de PMI dans le contexte du Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) en dehors de la périnatalité ne sera pas étudiée.

6. Hypothèses

Il est courant d'observer dans un service de suites de naissances dans les maternités que les sages-femmes de PMI sont presque toujours sollicitées pour les mêmes situations, à savoir : défaut de soins envers le nouveau-né, antécédents de maltraitance sur les aînés, déjà connu du service de PMI... Or selon nos recherches il apparaît que leurs compétences ne se limitent pas à ce contexte. De ce constat résulte une première hypothèse : les femmes pouvant nécessiter d'un accompagnement par une sage-femme de PMI ne sont pas toujours orientées vers celle-ci.

De plus, j'ai personnellement constaté dans mon entourage que l'on pouvait dire d'une sage-femme transitant du statut hospitalier vers le statut territorial qu'elle n'était plus une sage-femme à part entière, comme s'il s'agissait d'une régression avec une réduction des compétences que lui confère son statut. Ainsi, de par la première hypothèse, en découle une autre, à savoir ; les professionnels de santé en lien avec la périnatalité auraient une connaissance incomplète voire erronée des compétences des sages-femmes de PMI et de ce fait n'orienteraient pas toujours convenablement les femmes vers celles-ci quand la situation le nécessite. Ainsi l'orientation optimale des femmes vers la PMI en serait altérée et l'une des conséquences serait une mauvaise mise à profit des compétences des sages-femmes de PMI. Plus précisément, nous pouvons penser que les femmes sont davantage orientées lorsqu'elles présentent des difficultés sociales que celles rencontrant des préoccupations médicales ou psychologiques.

Par ailleurs, il n'est pas aberrant de supposer que les professionnels ayant déjà un contact avec une sage-femme de PMI du secteur d'activité, orientent davantage vers celle-ci lorsque la situation le nécessite. Ceci, probablement en relation avec les années d'expérience du professionnel ainsi que la durée d'installation dans le lieu actuel d'exercice.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Outils

Pour la réalisation de cette étude, nous avons choisi de procéder par questionnaires anonymes destinés aux médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes. Il s'agissait d'une étude descriptive de type prospective quantitative. Le questionnaire était composé de 12 questions et de deux sous-questions. Trois d'entre elles étaient à choix multiples et une sous forme de tableau (Annexe VIII).

Le questionnaire était divisé en trois parties. La première reflétait le profil de la personne interrogée (genre, profession, années d'expérience, lieu d'exercice, durée d'installation dans la zone géographique). La seconde partie nous renseignait sur les connaissances de l'exercice de la sage-femme de PMI (contact avec celle-ci, rôle principal, activités). Enfin, la dernière partie était consacrée à l'expérience professionnelle qu'ont les personnes interrogées dans l'orientation des femmes vers la sage-femme de PMI (situations pour lesquelles les professionnels orientent ou non, raisons d'une non orientation). Ce questionnaire a été établi à partir des données de la littérature sur les compétences de la sage-femme de PMI et de l'expérience professionnelle d'une sage-femme de PMI.

2. Population cible

La population cible était les professionnels susceptibles d'orienter les femmes vers la sage-femme de PMI à savoir : les médecins généralistes, les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens libéraux ou hospitaliers concernés par le suivi de quelque nature qu'il soit des femmes enceintes ou récemment accouchées. Etaient exclues les sages-femmes territoriales, les médecins exerçant en PMI ou CPEF ainsi que les professionnels n'effectuant d'aucune manière le suivi de grossesse ou post-natal.

3. Lieu de l'étude

L'étude a été menée auprès de professionnels exerçant en Basse-Normandie (Calvados, Manche et Orne).

4. Modalité de réalisation

L'enquête s'est déroulée du sept septembre 2015 au sept novembre 2015, soit sur une période de deux mois. Le questionnaire avait été testé auparavant auprès de quelques sages-femmes exerçant dans le service de consultations prénatales au CHU de Caen et deux

gynécologues-obstétriciens libéraux. La diffusion des questionnaires s'est faite par voie de courriel par l'intermédiaire du réseau périnatal Bas-Normand disposant d'adresses mail de nombreux professionnels. Concernant les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, le questionnaire a été diffusé à la grande majorité de ces derniers exerçant en Basse-Normandie compte-tenu d'un taux d'inscription au réseau de périnatalité important. Pour ce qui est des médecins généralistes, seuls ceux inscrits au réseau ont reçu le questionnaire, ce qui représente une faible portion des généralistes exerçant en Basse-Normandie. Cependant, par cette méthode, nous avons davantage visé la population cible, à savoir : les professionnels exerçant sous toute forme que ce soit le suivi de grossesse ou post-natal. Les questionnaires ont été remplis par l'intermédiaire d'un lien internet menant sur une plateforme de collecte et analyse de donnée (Google Forms).

5. Recueil et exploitation des données

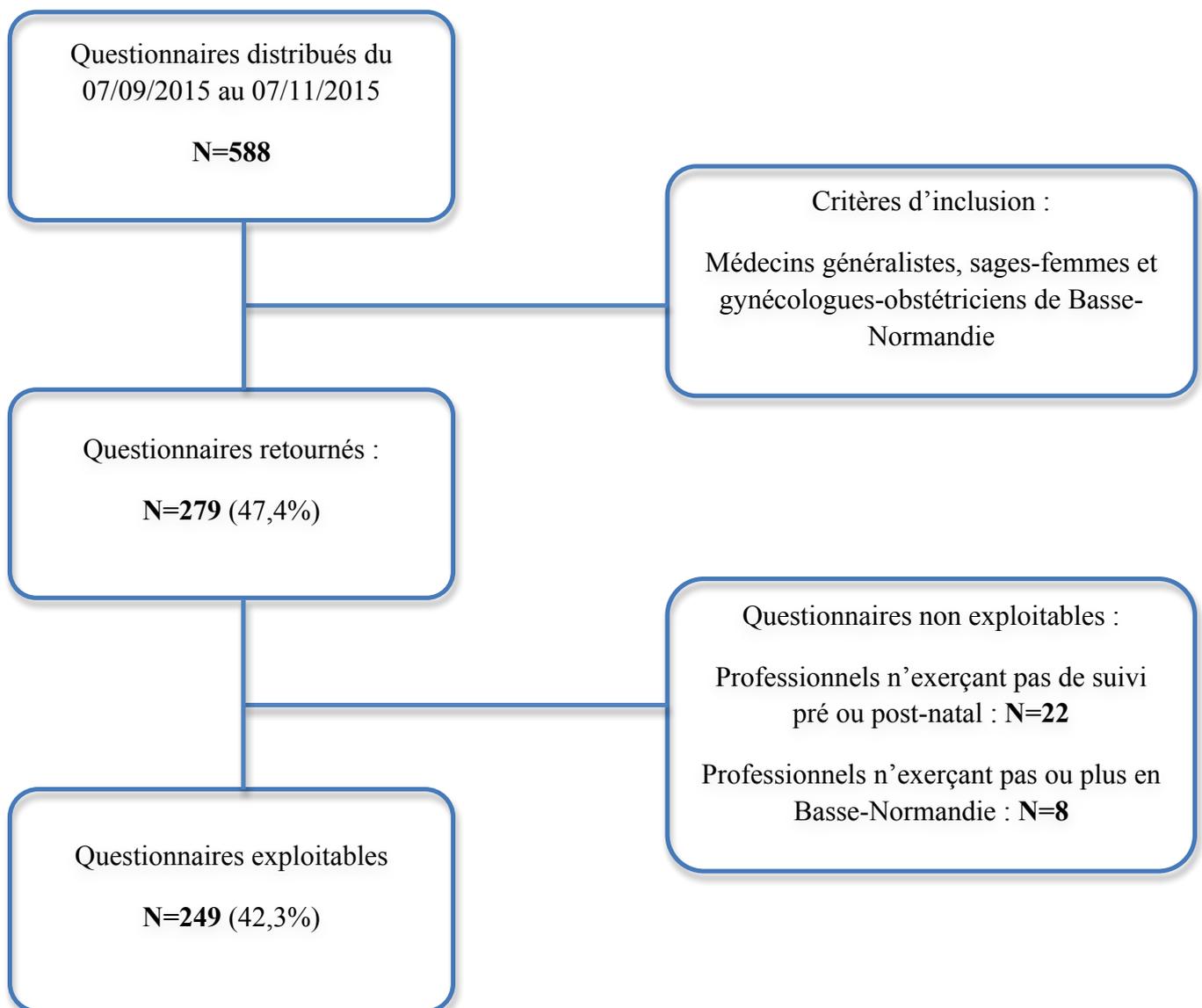
Les réponses obtenues sur la plateforme ont été retranscrites sur le logiciel Excel. Le calcul des caractères significatifs a été réalisé à partir du logiciel statistique Epi info® et du site internet Biostatgv®.

Les tests appliqués étaient le test du Chi² pour les variables qualitatives nominales et le test de Kruskal-Wallis pour les variables qualitatives ordinales. Les tests sont effectués avec un seuil de décision $p < 0.05$. Nous parlerons de tendance significative lorsque la p-value se situe entre 0,05 et 0,10.

III. RESULTATS

1. Taux de réponse

Au total, 588 questionnaires ont été diffusés par mail. Les médecins généralistes étaient 150 à le recevoir, 300 sages-femmes et 138 gynécologues-obstétriciens l'on également reçu. Sur la totalité des questionnaires, 279 ont pu être récupérés dont 249 exploitables, ce qui représente un taux de réponse de 47,4% et plus précisément un taux de réponses exploitables de 42,3%. En effet, 22 questionnaires sont inexploitables car les professionnels ayant répondu à ceux-ci ne pratiquent pas le suivi de grossesse ou post-natal et 8 professionnels ayant répondu ne pratiquent pas ou plus leur activité en Basse-Normandie.



2. Profil de la population cible

Les gynécologues-obstétriciens représentent au total **19,7%** (n=39) de la population interrogée, les médecins généralistes **22,5%** (n=56) et les sages-femmes représentent majoritairement **61,8%** (n=154) de cette population.

Les hommes constituent **18,1%** (n=45) de la population et les femmes **81,9%** (n=204).

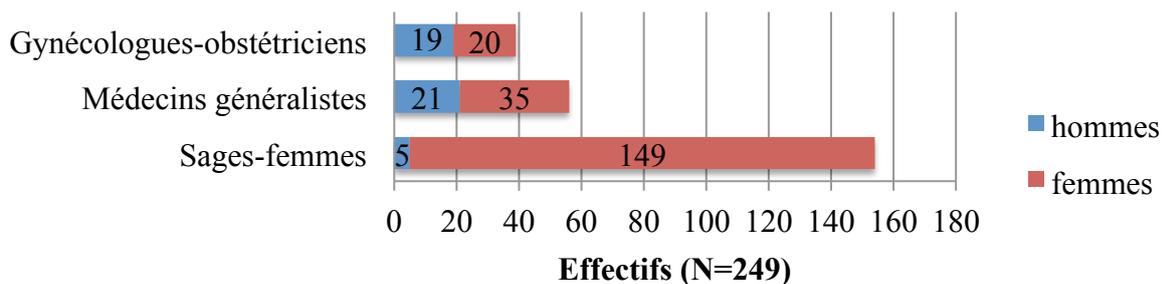


Figure 1 : Profession et genre de la population interrogée

Les sages-femmes interrogées pratiquent pour 69,5% (n=107) d'entre elles en milieu hospitalier contre 26% (n=40) en libéral. Pour ce qui est des gynécologues-obstétriciens, le milieu libéral est représenté par 33,3% (n=13) d'entre eux contre 64,1% (n=25) en structure hospitalière. Presque tous les médecins généralistes interrogés (94,6%, n=53) exercent leur profession en libéral. Très peu de professionnels dans la population exercent à la fois en libéral et hospitalier (n=9).

Tableau I : Type d'activité de la population

Activité	N	%
Hospitalière	134	53,8
- Sages-femmes	107	43
- Gynécologues-obstétriciens	25	10
- Médecins généralistes	2	0,8
Libérale	106	42,6
- Sages-femmes	40	16,1
- Gynécologues-obstétriciens	13	5,2
- Médecins généralistes	53	21,3
Les deux	9	3,6
- Sages-femmes	7	2,8
- Gynécologues-obstétriciens	1	0,4
- Médecins généralistes	1	0,4
Total	249	100

La population exerce son activité professionnelle depuis en moyenne $15,5 \pm 9,8$ ans. L'expérience professionnelle la plus courte étant de moins de 6 mois et la plus longue de 42 ans. La population de gynécologues-obstétriciens interrogés a en moyenne une expérience de $18,3 \pm 12$ ans. Pour ce qui est des médecins généralistes et des sages-femmes, ils ont respectivement en moyenne $15,2 \pm 10,3$ et $15 \pm 8,9$ ans d'expérience professionnelle.

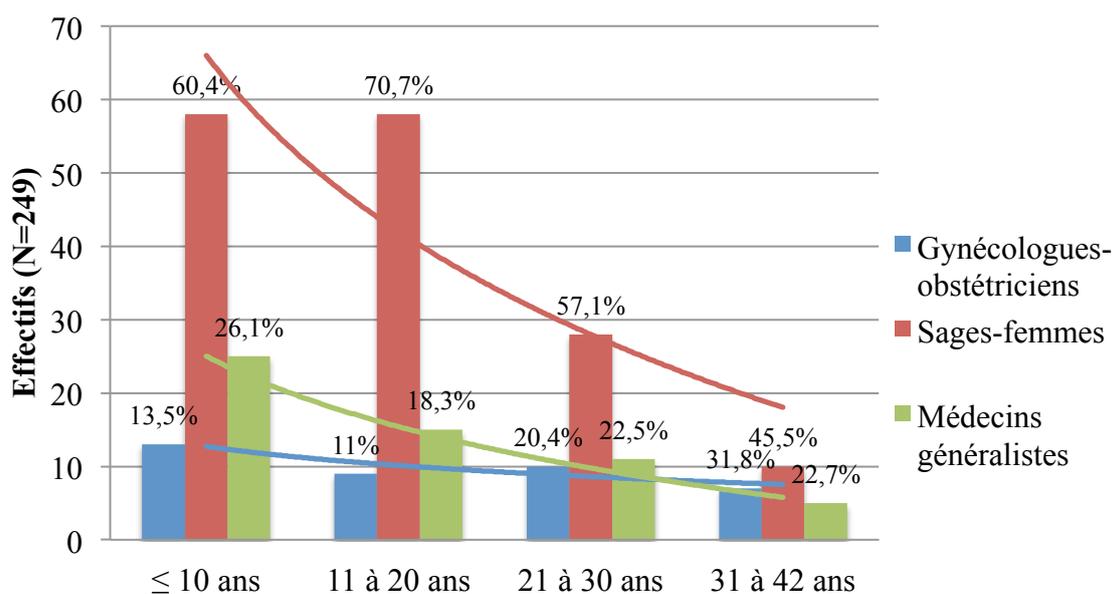


Figure 2 : Durée d'exercice de la profession de la population

Les professionnels interrogés exercent leur activité professionnelle pour 78,7% (n=196) d'entre eux dans une zone urbaine et pour 17,3% (n=43) dans une zone rurale. Certains exercent à la fois en ville et campagne. Cela concerne majoritairement les professionnels exerçant en milieu hospitalier et en libéral ainsi que les médecins généralistes remplaçants. Ils représentent 4% (n=10) de la population étudiée.

Tableau II : Département d'activité de la population

Département d'activité	N	%
Calvados	133	53,4
Manche	70	28,1
Orne	42	16,9
Calvados et Orne	2	0,8
Variable (remplaçants)	2	0,8
Total	249	100

Tableau III : Zone géographique d'activité de la population

Zone géographique d'activité	N	%
Zone urbaine	196	78,7
- Calvados : Caen et alentours, Lisieux, Bayeux, Falaise	103	41,4
- Manche : Cherbourg et alentours, Avranches, Saint-Lô, Granville	57	22,9
- Orne : Alençon, Argentan, Flers	35	14,1
- Calvados + Orne : Caen et Flers	1	0,4
Zone rurale	43	17,3
- Calvados	27	10,8
- Manche	11	4,4
- Orne	5	2
Mixte	8	3,2
Variable	2	0,8
Total	249	100

La population exerce son activité professionnelle dans la même zone géographique depuis en moyenne 12 ans. La durée d'installation la plus courte étant de moins de 6 mois et la plus longue de 38 ans. La population de gynécologues-obstétriciens interrogés a en moyenne une durée d'installation de 14 ans. Pour ce qui est des médecins généralistes et des sages-femmes, s'est écoulé en moyenne respectivement 13 et 11 années depuis leur installation dans le lieu actuel d'exercice.

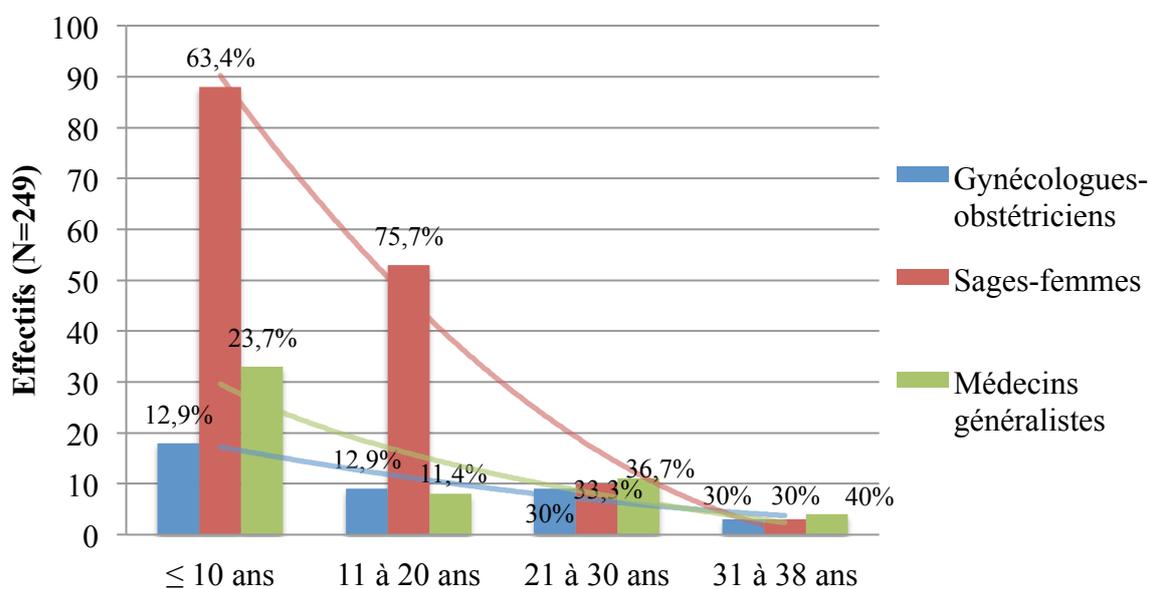


Figure 3 : Durée d'installation de la population dans la zone géographique actuelle

3. La correspondance entre les professionnels et la sage-femme de PMI

Dans toute la population interrogée, **85,1%** (n=212) des professionnels connaissaient une sage-femme ou un intervenant de la PMI la plus proche de leur lieu d'exercice.

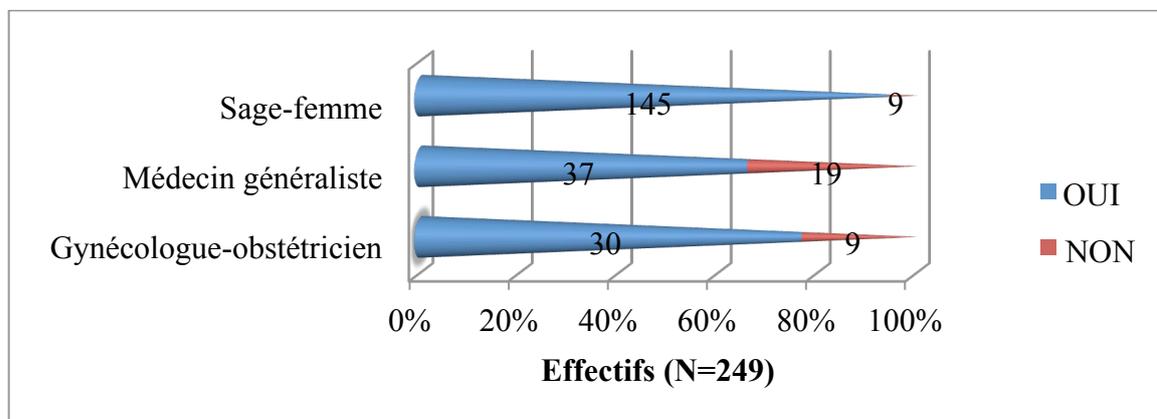


Figure 4 : Connaissance d'un intervenant de la PMI selon la profession

Tableau IV : La connaissance des professionnels de la sage-femme ou un intervenant de la PMI la plus proche du lieu d'exercice en fonction de la profession, du lieu d'exercice, de la durée d'exercice et de la durée d'installation.

	Correspondance avec PMI		P-Value
	OUI	NON	
Profession			
Gynécologue-obstétricien	30 (76,9%)	9 (23,1%)	p<0,001
Médecin généraliste	37 (66,1%)	19 (33,9%)	
Sage-femme	145 (94,2%)	9 (5,8%)	
Lieu d'exercice			
Hospitalier	120 (89,6%)	14 (10,4%)	p=0,03
Libéral	84 (79,2%)	22 (20,8%)	
Durée d'exercice			
0 à 10 ans	76 (79,2%)	20 (20,8%)	p = 0,06
11 à 20 ans	72 (87,8%)	10 (12,2%)	
21 à 30 ans	46 (94%)	3 (6%)	
31 à 42 ans	18 (81,8%)	4 (18,2%)	
Durée d'installation			
0 à 10 ans	114 (82%)	25 (18%)	p = 0,12
11 à 20 ans	62 (88,6%)	8 (11,4%)	
21 à 30 ans	27 (90%)	3 (10%)	
31 à 38 ans	9 (90%)	1 (10%)	

4. L'orientation des femmes vers la sage-femme de PMI.

Plusieurs situations pouvant nécessiter une orientation vers la sage-femme de PMI ont été proposées aux professionnels dans le questionnaire. Ces derniers ont répondu si dans leur pratique quotidienne, ils avaient déjà rencontré la situation et si oui, s'ils avaient orienté vers la sage-femme de PMI.

Tableau V : L'expérience d'orientation des professionnels vers la sage-femme de PMI en fonction de la profession, du genre, du lieu d'exercice, de la durée d'exercice, de la durée d'installation et de la connaissance d'un intervenant de la PMI

	A orienté au moins une fois		P-Value
	Oui	Non	
Profession			
Gynécologue-obstétricien	34 (87,2%)	5 (12,8%)	p<0,001
Médecin généraliste	34 (60,7%)	22 (39,3%)	
Sage-femme	146 (94,8%)	8 (5,2%)	
Genre			
Homme	34 (75,6%)	11 (24,4%)	p=0,03
Femme	180 (88,2%)	24 (11,8%)	
Lieu d'exercice			
Hospitalier	126 (94%)	8 (6%)	p<0,001
Libéral	80 (75,5%)	26 (24,5%)	
Durée d'exercice			
0 à 10 ans	78 (81,3%)	18 (18,7%)	p=0,13
11 à 20 ans	72 (87,8%)	10 (12,2%)	
21 à 30 ans	46 (93,9%)	3 (6,1%)	
31 à 42 ans	18 (81,8%)	4 (18,2%)	
Durée d'installation			
0 à 10 ans	115 (83,9%)	22 (16,1%)	p=0,54
11 à 20 ans	65 (90,3%)	7 (9,7%)	
21 à 30 ans	28 (93,3%)	2 (6,7%)	
31 à 38 ans	6 (60%)	4 (40%)	
Connaissance intervenant PMI			
Oui	188 (88,7%)	24 (11,3%)	p=0,003
Non	26 (70,3%)	11 (29,7%)	

Afin d'étudier objectivement l'orientation des professionnels vers la sage-femme de PMI dans les différentes situations, nous avons ôté les réponses pour lesquelles la situation n'avait jamais été rencontrée.

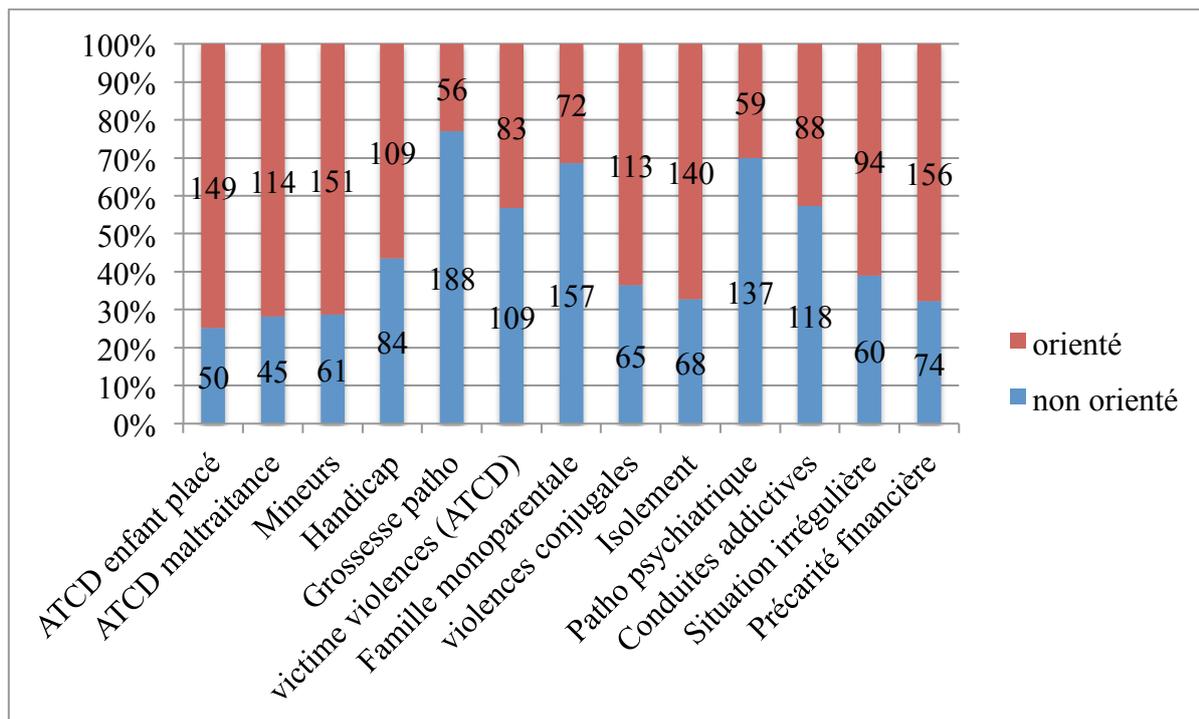


Figure 5 : L'orientation par les professionnels vers la sage-femme de PMI en fonction de différentes situations lorsque celles-ci ont déjà été rencontrées

Certains professionnels ont répondu avoir orienté des femmes vers la sage-femme de PMI dans d'autres situations que celles proposées dans le questionnaire (Annexe IX).

D'autres professionnels ont également cité l'acte pour lequel ils orientaient la femme vers la sage-femme de PMI (Contraception, suivi de grossesse, suivi du post partum...), or l'objet de cette question était les situations pour lesquelles nous orientons vers la sage-femme de PMI et non pour quel type d'acte. En revanche, une dizaine de professionnels a répondu orienter ou simplement informer toutes les femmes sans situation particulière en période périnatale sur le suivi dont elles peuvent bénéficier en PMI. Cette information était particulièrement dirigée sur le suivi post-natal.

Nous avons analysé plus finement l'orientation des femmes vers la sage-femme de PMI en cas de grossesse pathologique.

Tableau VI : L'orientation vers la sage-femme de PMI par les professionnels en cas de grossesse pathologique ou antécédent de grossesse pathologique en fonction de la profession, du lieu d'exercice, du département et de la correspondance avec la PMI.

	Orientation grossesses pathologiques		P-Value
	OUI	NON	
Profession			
Gynécologue-obstétricien	15 (38,5%)	24 (61,5%)	p=0,004
Médecin généraliste	5 (9,4%)	48 (90,6%)	
Sage-femme	36 (23,7%)	116 (76,3%)	
Genre			
Homme	10 (22,7%)	34 (77,3%)	p=0,97
Femme	46 (23%)	154 (77%)	
Lieu d'exercice			
Hospitalier	38 (28,6%)	95 (71,4%)	p=0,02
Libéral	16 (15,7%)	86 (84,3%)	
Département			
Calvados	23 (17,6%)	108 (82,4%)	p<0,001
Manche	14 (20%)	56 (80%)	
Orne	19 (47,5%)	21 (52,5%)	
Zone géographique			
Zone urbaine	47 (24,5%)	145 (75,5%)	p=0,62
Zone rurale	9 (20,9%)	34 (79,1%)	
Correspondance PMI			
Oui	52 (25,1%)	155 (74,9%)	p=0,06
Non	4 (10,8%)	33 (89,2%)	

5. Les rôles de la sage-femme de PMI

Les professionnels devaient accorder ou non les rôles : médical, social et psychologique à la sage-femme de PMI et les classer par ordre de prédominance si au moins deux rôles étaient attribués. Certains professionnels ont approprié seulement le rôle social à la sage-femme de PMI, ils représentent 2,8% (n=7) de la population mêlant à la fois gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, et sages-femmes. Le rôle médical a été exclusivement attribué à la sage-femme de PMI par deux médecins généralistes. Le rôle psychologique n'a lui jamais été cité comme unique rôle parmi les trois proposés.

Les rôles médical et social sont considérés pour respectivement 36,1% (n=90) et 52,2% (n=130) comme rôle principal de la sage-femme de PMI. Le rôle psychologique est lui considéré comme tel par 5 professionnels interrogés soit 2% de la population. Les cinq personnes concernées étaient des femmes. Pour 5,2% (n=13) de la population les trois rôles qui étaient proposés (médical, social et psychologique) sont considérés comme analogues en

termes d'importance. Dix professionnels ont répondu ne pas connaître le rôle principal de la sage-femme de PMI, un seul a indiqué que ce dernier était fonction de la zone géographique d'exercice.

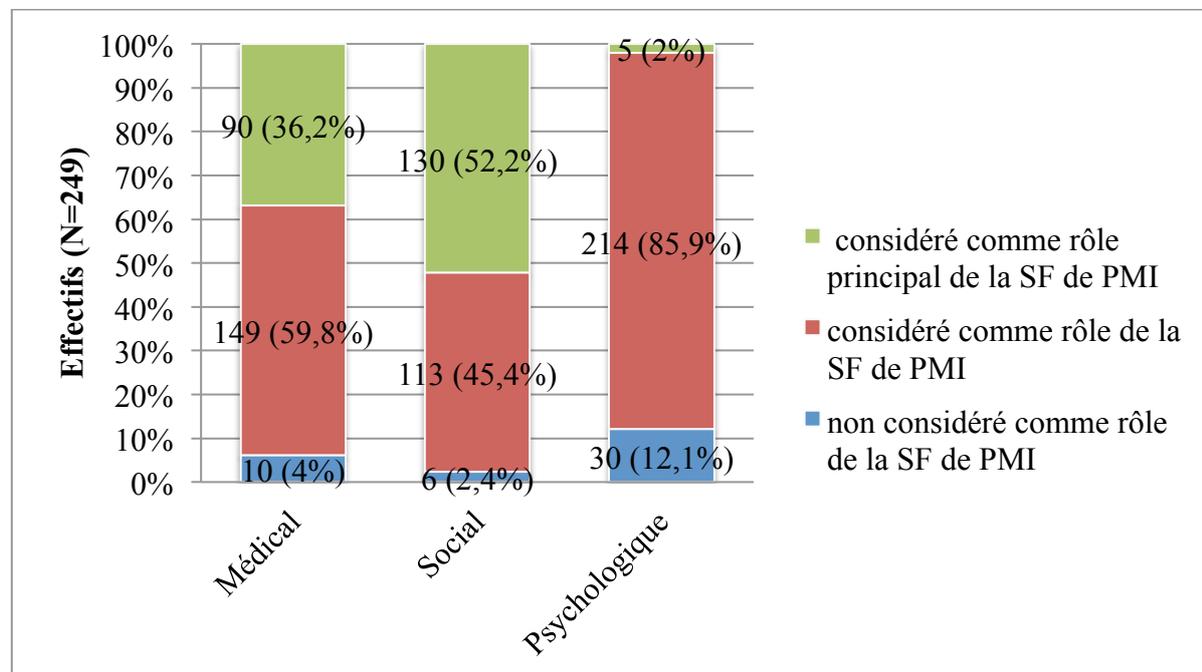


Figure 6 : Les rôles de la sage-femme de PMI selon les professionnels

Tableau VII : Le rôle médical ou social de la sage-femme de PMI considéré comme principal selon les professionnels en fonction de la profession, du genre et de la zone géographique d'exercice

	Rôle principal de la sage-femme de PMI		P-Value
	Social	Médical	
Profession			
Gynécologue-obstétricien	15 (42,9%)	20 (57,1%)	p<0,001
Médecin généraliste	11 (23,9%)	35 (76,1%)	
Sage-femme	104 (74,8%)	35 (25,2%)	
Genre			
Homme	12 (30%)	28 (70%)	p<0,001
Femme	118 (65,6%)	62 (34,4%)	
Zone géographique d'exercice			
Zone urbaine	111 (6,1%)	70 (93,9%)	p=0,04
Zone rurale	13 (41,9%)	18 (58,1%)	

6. L'activité principale d'une sage-femme de PMI.

Nous avons décidé d'interroger les professionnels sur ce qu'est l'activité principale d'une sage-femme de PMI selon eux. La question était ouverte.

Les termes les plus fréquemment retrouvés sont « accompagnement », « suivi » et « social ». Environ un quart des professionnels ayant mentionné le mot « suivi » l'ont associé à la notion de facteur de risque pour la grossesse comme « précarité », « défavorisé », « difficultés » ou « risque ». Il n'a pas été rare de retrouver parmi les réponses la notion de « prévention » et « éducation ». A savoir que trois professionnels n'ont pas su répondre à cette question. La figure suivante répertorie, par un regroupement artificiel des réponses (Annexe X), les différentes activités considérées comme principales de la sage-femme de PMI selon les professionnels. (Certains professionnels ont répondu plusieurs activités principales).

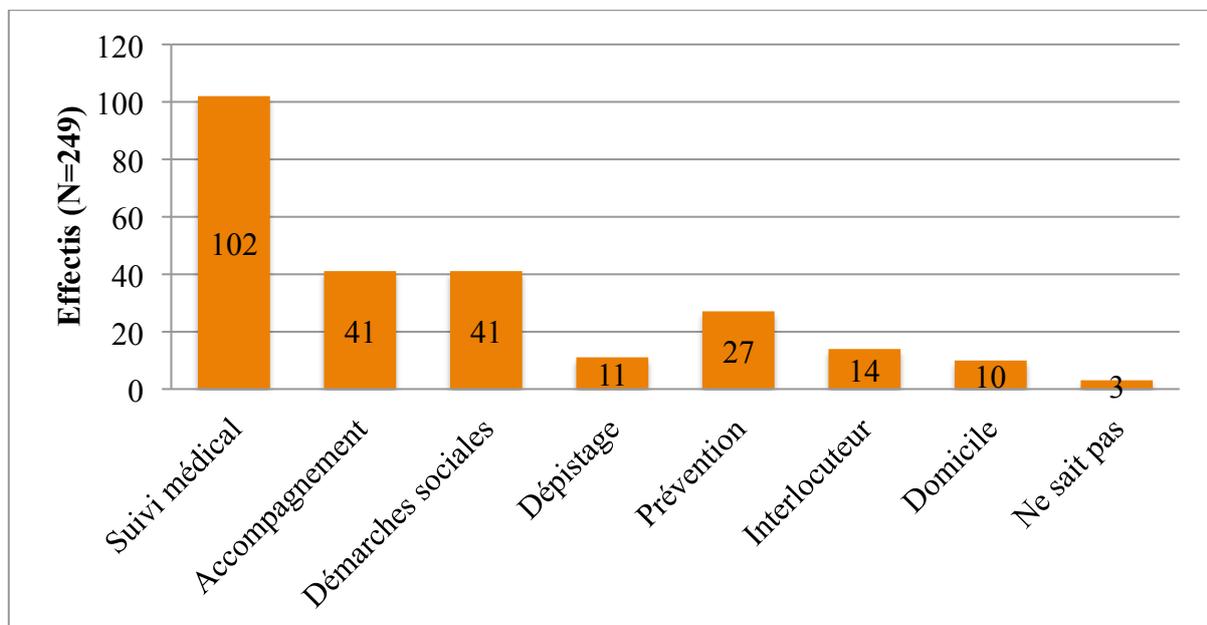


Figure 7 : L'activité principale de la sage-femme de PMI selon les professionnels

7. Les compétences de la sage-femme de PMI.

Les professionnels ont désigné quelles étaient selon eux les activités relevant des compétences de la sage-femme de PMI à partir d'une question à choix multiples listant des activités relevant effectivement de la sage-femme de PMI et d'autres non.

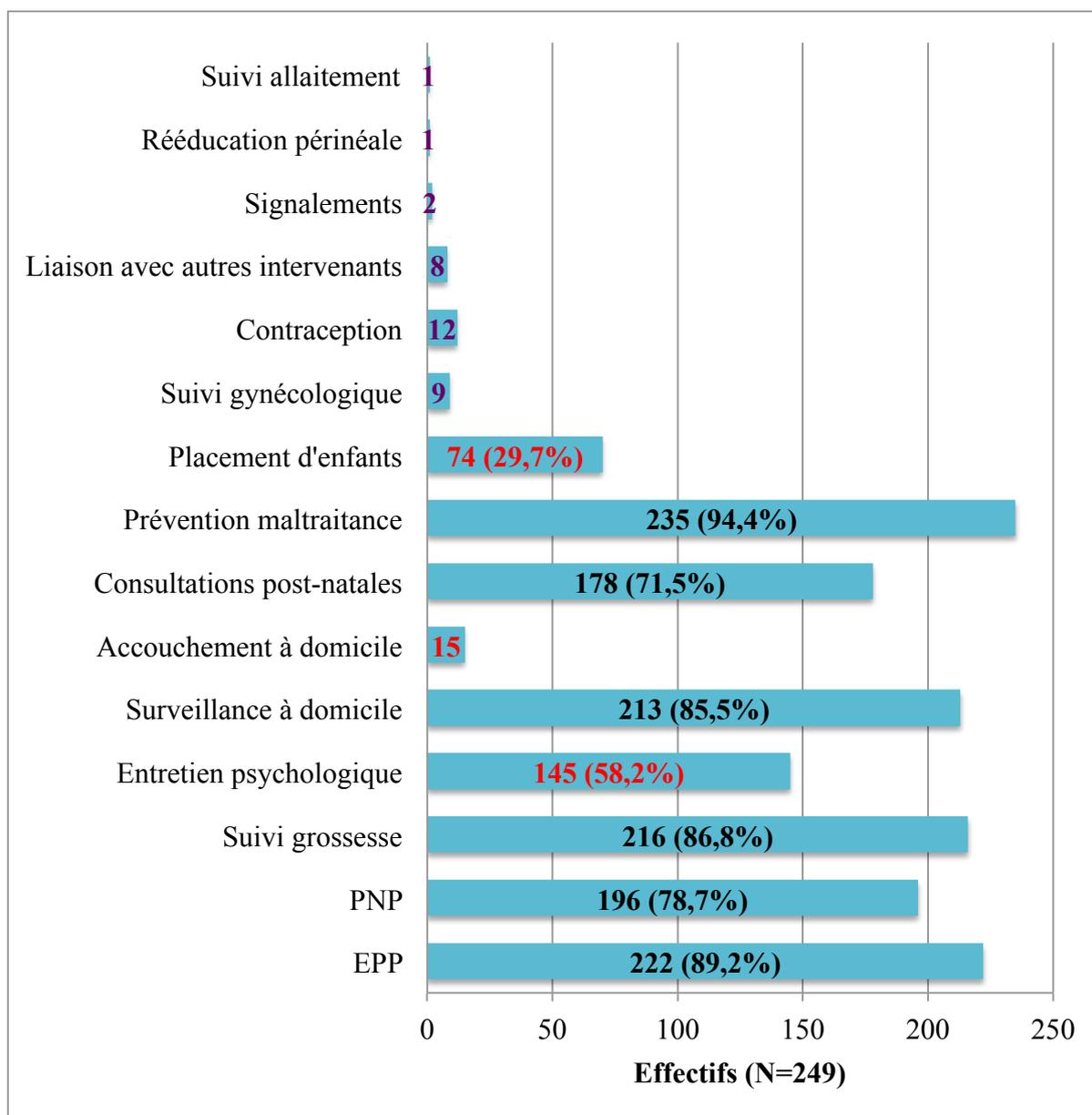


Figure 8 : Les activités relevant des compétences de la sage-femme de PMI selon les professionnels

Le placement d'enfants maltraités, l'accouchement à domicile et l'entretien psychologique ne relèvent en principe pas des compétences de la sage-femme de PMI.

Le suivi de l'allaitement, la rééducation périnéale, les signalements, la liaison avec les autres intervenants, la prescription de la contraception ainsi que le suivi gynécologique sont des activités qui n'étaient pas citées dans la question. Les professionnels les ont évoquées eux même.

Tableau VIII : Attribution du rôle de placement d'enfants maltraités à la sage-femme de PMI par les professionnels selon la profession, la zone géographique d'exercice et l'existence d'une correspondance avec un intervenant de la PMI.

		Placement d'enfants		P-Value
		OUI	NON	
Profession				
	Gynécologue-obstétricien	8 (20,5%)	31 (79,5%)	p=0,39
	Médecin généraliste	18 (32,1%)	38 (67,9%)	
	Sage-femme	48 (31,2%)	106 (68,8%)	
Zone géographique				
	Zone urbaine	60 (30,6%)	136 (69,4%)	p=0,001
	Zone rurale	1 (3,1%)	31 (96,9%)	
Correspondance PMI				
	Oui	63 (29,7%)	149 (70,3%)	p=1
	Non	11 (29,7%)	26 (70,3%)	

Tableau IX : Attribution de la compétence à réaliser des entretiens psychologiques à la sage-femme de PMI par les professionnels selon la profession, le genre et l'existence d'une correspondance avec un intervenant de la PMI

		Entretien psychologique		P-Value
		OUI (N=145)	NON (N=104)	
Profession				
	Gynécologue-obstétricien	28 (71,8%)	11 (28,2%)	p=0,008
	Médecin généraliste	39 (69,6%)	17 (30,4%)	
	Sage-femme	78 (50,6%)	76 (49,4%)	
Genre				
	Homme	38 (84,4%)	7 (15,6%)	p<0,001
	Femme	107 (52,5%)	97 (47,5%)	
Correspondance PMI				
	Oui	120 (56,6%)	92 (43,4%)	p=0,21
	Non	25 (67,6%)	12 (32,4%)	

8. La non orientation des femmes vers la sage-femme de PMI.

Pour les situations où les professionnels n'ont pas orienté vers la PMI, ils ont renseigné parmi quatre propositions les raisons de cette absence d'orientation. Parfois, ils ont répondu plusieurs raisons.

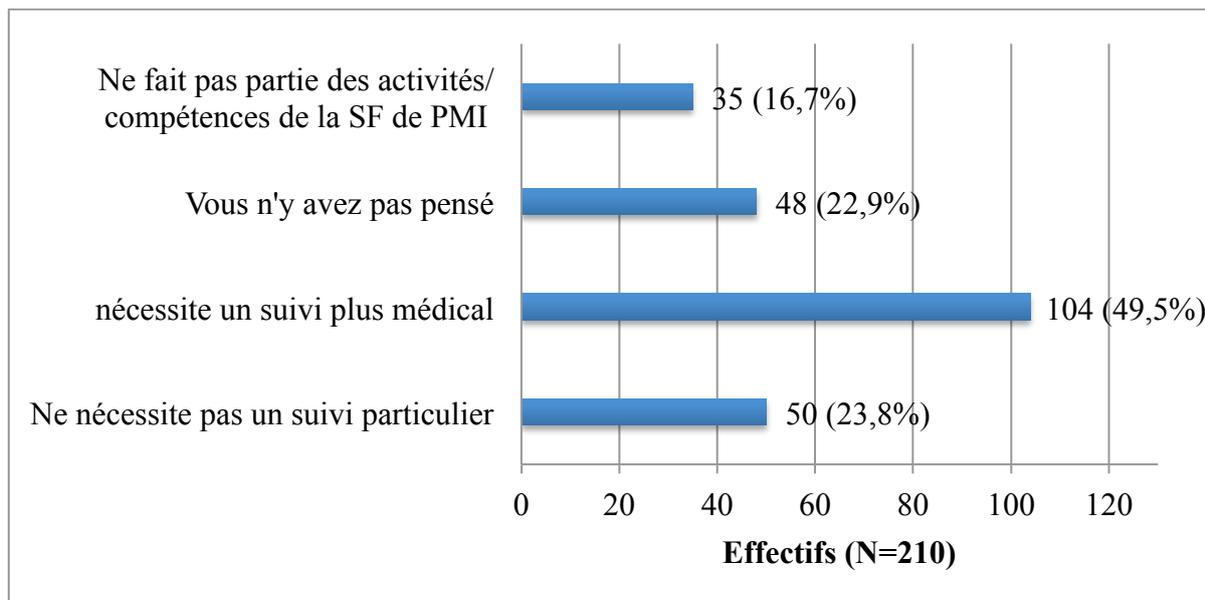


Figure 9 : Raisons d'une non orientation vers la sage-femme selon les professionnels

Tableau X : Professionnels n'ayant pas orienté car la situation nécessitait un suivi plus médical en fonction de la profession, le genre et le lieu d'exercice

		Nécessite un suivi plus médical		P-Value
		Oui	Non	
Profession				
	Gynécologue-obstétricien	22 (56,4%)	17 (43,6%)	p=0,13
	Médecin généraliste	22 (39,3%)	34 (60,7%)	
	Sage-femme	60 (39%)	94 (61%)	
Genre				
	Homme	24 (53,3%)	21 (46,7%)	p=0,08
	Femme	80 (39,2%)	124 (60,8%)	
Lieux d'exercice				
	Hospitalier	57 (42,5%)	77 (57,5%)	p=0,99
	Libéral	45 (42,5%)	61 (57,5%)	
Correspondance avec la PMI				
	Oui	92 (48,2%)	89 (51,8%)	p=0,25
	Non	15 (40,5%)	22 (59,5%)	

D'autres réponses que celles présentées ont été décrites par les professionnels pour justifier la non orientation vers la sage-femme de PMI pour les situations proposées. Nous les avons listé :

- Le professionnel assure lui-même ce type de suivi (n=5)

- Une autre prise en charge est en place (n=35)
- La femme a déjà été orientée vers la PMI (n=17)
- Refus de la patiente (n=6)
- Orientation non systématique pour certaines situations (n=1)
- PMI surchargée (n=1)
- Manque de moyens de la PMI (n=1)
- Pas de sage-femme de PMI dans le secteur (n=2)
- Peu de contact avec la PMI du secteur (n=1).

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. Critiques de l'étude

1.1 Points forts

1.1.1 La population cible

Les professionnels ciblés pour cette étude représentent une population suffisamment vaste permettant plus aisément la mise en évidence de caractères significatifs.

1.1.2 Un sujet peu abordé, une reconnaissance des sages-femmes de PMI

Peu de travaux jusqu'à présent ont pour objet la sage-femme de PMI. La plupart des études la concernant font mention du dispositif de PMI de façon générale. Les activités et les chiffres la concernant sont cités mais ne sont pas analysés ou discutés directement. En traitant ce sujet, c'est une manière de faire honneur à l'activité des sages-femmes de PMI, celles-ci étant minoritaires aussi bien dans la population des sages-femmes que dans celle des différents acteurs de la PMI.

1.2 Points faibles

1.2.1 Biais de recrutement

Le recrutement de la population cible s'est effectué par l'intermédiaire du réseau de périnatalité Bas-Normand. De ce fait, il existe un biais de recrutement puisque seulement les professionnels inscrits au réseau de périnatalité ont été interrogés et donc plus ou moins déjà impliqués dans le travail en réseau. Ce biais est peu significatif concernant la population de gynécologues-obstétriciens puisque la grande majorité d'entre eux en Basse-Normandie est inscrite au réseau. Il existe également un taux d'inscription des sages-femmes important. En revanche, le biais de recrutement concernant les médecins généralistes est plus conséquent étant donné le faible taux d'inscription de ces derniers au réseau de périnatalité. Cependant, beaucoup de médecins généralistes n'exercent pas le suivi de grossesse, et l'intermédiaire du réseau était une façon de cibler les professionnels concernés par le suivi périnatal dans cette vaste population.

1.2.2 Sincérité des réponses

Le questionnaire auquel les professionnels ont répondu était anonyme, à l'exception d'éléments distinctifs comme la profession, le genre, le lieu d'exercice et les années

d'expérience et d'installation. Cette étude ayant pour objectif d'estimer l'expérience d'orientation des professionnels vers la sage-femme de PMI, il se peut que certains, par crainte d'un jugement, n'aient pas été totalement honnêtes dans leurs réponses.

2. Analyse et discussion

2.1 Différents déterminants

2.1.1 Caractéristiques individuelles

La profession est un critère qui influence l'orientation vers la sage-femme de PMI. Tout d'abord, l'on remarque que le taux de connaissance ou correspondance avec la sage-femme de PMI du secteur d'exercice n'est pas égal selon la profession. Les sages-femmes ont cette connaissance ou ce lien pour 94,2% d'entre elles. En revanche, les gynécologues et les médecins généralistes connaissent la sage-femme de PMI de leur secteur d'activité pour 76,9% et 66,1% d'entre eux respectivement. Les sages-femmes semblent donc davantage correspondre avec leurs consœurs de PMI que les gynécologues-obstétriciens et de façon encore plus marquée que les médecins généralistes. De même, pour ce qui est de l'expérience d'orientation, les sages-femmes interrogées avaient pour 94,8% d'entre-elles déjà orienté au moins une fois vers la sage-femme de PMI. Les gynécologues obstétriciens semblent également impliqués dans cette orientation puisque 87,2% d'entre eux ont déjà orienté vers la sage-femme de PMI. En revanche, une différence est observable avec les médecins généralistes qui n'ont orienté vers la sage-femme de PMI que pour 60,7% d'entre eux.

Egalement, le genre des professionnels est un élément influençant l'orientation vers la sage-femme de PMI. En effet, les femmes auraient tendance à orienter plus souvent que les hommes. D'une part, les femmes semblent connaître voire correspondre avec cette dernière plus fréquemment que les hommes ($p=0,05$). D'autre part, dans leur expérience d'orientation, les femmes sont plus nombreuses à avoir déjà orienté vers la sage-femme de PMI (88,2%) que les hommes (75,6%). Cependant, la population de sages-femmes étant surreprésentée par les femmes et la population des médecins homogène, il se peut que ce constat soit simplement le reflet d'une meilleure orientation par les sages-femmes.

2.1.2 La correspondance avec la PMI

Le fait qu'un professionnel connaisse la sage-femme de PMI du secteur ou a déjà correspondu avec elle a évidemment une influence sur l'orientation vers celle-ci. En effet, les professionnels ayant connaissance de la sage-femme de PMI de leur secteur sont plus

nombreux à avoir orienté au moins une fois vers celle-ci ($p=0,003$) que les professionnels ignorant son existence.

2.1.3 Lieu d'exercice

Nous observons de manière significative que les professionnels exerçant en libéral ont une expérience d'orientation vers la sage-femme de PMI qui apparaît moindre à celle des professionnels hospitaliers. De plus, nous remarquons que les professionnels libéraux sont proportionnellement moins nombreux (79,2%) à connaître voire correspondre avec la sage-femme de PMI du secteur que les professionnels exerçant en hospitalier (89,6%). Cependant, les professionnels libéraux sont tout de même 75,5% à avoir déjà orienté vers la sage-femme de PMI, ce qui reste non négligeable.

Le département d'exercice des professionnels serait aussi un élément influençant l'orientation vers la sage-femme de PMI. Tout d'abord, la connaissance de celle-ci par le professionnel aurait tendance ($p=0,05$) à différer selon le département. Dans la Manche et l'Orne cette connaissance concerne respectivement 91,4% et 90,5% des professionnels interrogés. Ceux du Calvados connaissent la sage-femme de PMI du secteur pour 79,7% d'entre eux. Cependant, bien que les professionnels du Calvados semblent moins nombreux à connaître la sage-femme de PMI du secteur, leur expérience générale d'orientation vers celle-ci n'apparaît pas significativement moindre à celle des professionnels de la Manche et de l'Orne.

L'exercice en zone rurale ou urbaine n'a pas montré d'influence sur la correspondance des professionnels avec la sage-femme de PMI et leur expérience d'orientation vers celle-ci.

2.1.4 Durée d'installation ou d'exercice dans la zone géographique

La durée d'exercice et d'installation des professionnels sont des critères qui n'influencent pas l'expérience d'orientation de ces derniers.

Il semblerait que la durée d'exercice ait tout de même tendance à influencer la connaissance voire correspondance avec la sage-femme de PMI ($p=0,06$). Les professionnels ayant entre 21 et 30 ans d'exercice semblent les plus nombreux (94%) à connaître la sage-femme de PMI. En revanche, les professionnels ayant soit peu d'expérience soit beaucoup d'expérience apparaissent moins connaître la sage-femme de PMI du secteur ; à savoir ceux ayant une expérience inférieure ou égale à dix ans (79,2%) et ceux ayant une expérience supérieure à 30 ans (81,8%). Cette différence s'explique peut-être par le fait que les professionnels ayant le plus d'expérience n'ont pas été initiés à leurs débuts à cette

collaboration du fait d'une activité des sages-femmes de PMI encore peu présente. Par ailleurs, les professionnels les plus récemment installés n'ont pas significativement moins connaissance de la sage-femme de PMI du secteur que les professionnels les plus anciennement installés dans une zone géographique. Il est donc intéressant de se demander pourquoi les professionnels ayant le moins d'expérience ont moins connaissance de la sage-femme de PMI du secteur que ceux ayant plus d'expérience alors qu'une durée d'installation courte n'a pas d'influence sur cette connaissance.

2.2 Une orientation majoritairement sociale, peu souvent médicale

Concernant l'expérience d'orientation des professionnels vers la sage-femme de PMI, nous remarquons que pour certaines situations, celle-ci est satisfaisante. Or, il apparaît que les situations pour lesquelles les femmes sont convenablement orientées vers la sage-femme de PMI relèvent presque toutes de difficultés sociales : précarité financière, situation irrégulière, isolement, antécédents d'enfants maltraités et/ou placés. En revanche, les femmes médicalement ou psychologiquement fragilisées font moins l'objet d'une orientation vers la sage-femme de PMI. A savoir, pour les situations de grossesse pathologique, de femmes victimes de violences dans le passé, de familles monoparentales, de pathologies psychiatriques et de conduites addictives, moins de la moitié des professionnels a orienté ces femmes vers la sage-femme de PMI lorsque figuraient ces situations.

D'autre part, une dizaine de professionnels ayant participé à notre étude, informent toutes les femmes du suivi dont elles peuvent bénéficier en PMI. Cette information est principalement orientée sur le suivi post-natal. De même dans le cas de situations particulières, beaucoup de professionnels ont évoqué des activités de suivi post-natal : suivi du poids du nouveau-né, difficultés dans la relation mère-enfant, couple submergé, suspicion de maltraitance... Or, ce suivi concerne davantage l'activité des puéricultrices que celle des sages-femmes. Ainsi, la connaissance de ce que peut offrir la sage-femme de PMI aux femmes pendant la grossesse semble peu connue par certains professionnels. Il existe un flou concernant le discernement des activités des sages-femmes et des puéricultrices.

2.3 Le poids du rôle social de la sage-femme de PMI

Le rôle social de la sage-femme de PMI, nous l'avons vu, est beaucoup mis en avant par les professionnels interrogés. Pour 52,2% d'entre eux, il correspond au rôle principal de la sage-femme de PMI. Pour sept professionnels ce rôle était même considéré comme l'unique. Le rôle médical est également attribué à la sage-femme de PMI pour un grand nombre de

professionnels et il est considéré comme principal pour 36,9% d'entre eux. Le rôle psychologique est lui aussi considéré comme appartenant à la sage-femme de PMI pour la grande majorité des professionnels, cependant il apparaît au second plan puisque considéré comme principal pour seulement 2% des professionnels. Bien que manifeste, peu de professionnels (5,2%) considéraient ces trois derniers rôles comme analogues en termes d'importance.

Si l'on s'intéresse d'un peu plus près au rôle principal qui est attribué à la sage-femme de PMI par les professionnels, ce sont les sages-femmes qui attribuent plus volontiers le rôle social comme principal et beaucoup moins le rôle médical. Les gynécologues-obstétriciens considèrent moins ce rôle social comme principal et les médecins généralistes sont encore moins nombreux à le considérer comme tel. De même, les professionnels exerçant en zone rurale considèrent plus que ceux en zone urbaine le rôle social de la sage-femme de PMI comme principal. Il en est de même pour les femmes interrogées par rapport aux hommes. Ceci, probablement comme nous l'avons évoqué précédemment, en lien avec une surreprésentation des femmes dans la population de sages-femmes.

Il est vrai que depuis la promulgation de la loi sur la protection de l'enfance en 2007 [9] intégrant la PMI à la politique de protection de l'enfance, dans certains départements, les professionnels de PMI sont tellement sollicités par les services sociaux qu'ils ne peuvent plus remplir leurs missions de prévention en santé. Au final, les acteurs de la PMI dont les sages-femmes ont de plus en plus vocation à surveiller des familles et cette évolution a peut-être eu pour conséquence de ternir l'image de la PMI, y compris les sages-femmes [40]. Sur certains territoires, l'accueil des mères et des femmes enceintes s'est donc resserré autour des familles qui présentent des difficultés socio-économiques. Il est possible que cette constatation soit applicable à la région de Basse-Normandie. Ceci expliquerait le poids du rôle social attribué à la sage-femme de PMI par les professionnels Bas-Normands.

2.4 La variabilité des activités principales attribuées à la sage-femme de PMI

Nombreuses activités ont été citées par les professionnels pour définir l'activité principale de la sage-femme de PMI. Cependant, à juste titre, le suivi médical de la grossesse se démarque largement dans les réponses. La notion de facteur de risque précisée par certains professionnels est tout à fait adaptée. De plus, les activités citées comme : « accompagnement », « dépistage », « prévention », « interlocuteur » et « domicile » relèvent en effet toutes des activités de la sage-femme de PMI. Encore une fois, le rôle social de la sage-femme de PMI a été mis en avant par un nombre non négligeable de professionnels. En

effet, ces derniers ont cité les « démarches sociales » comme activité principale de la sage-femme de PMI. Cette affirmation est plus ou moins exacte. En effet, il est important de préciser que la sage-femme de PMI a un rôle à jouer dans ce domaine notamment en s'assurant que certaines démarches sociales ont été mises en place. Cependant il appartient à l'assistant(e) de service social d'instaurer celles-ci et non à la sage-femme.

2.5 L'attribution de compétences erronées

Parmi les activités proposées dans le questionnaire pouvant relever des compétences de la sage-femme de PMI, la grande majorité des professionnels ont répondu à raison que la prévention de la maltraitance, la surveillance à domicile, le suivi de grossesses, les consultations post-natales, l'EPP et la préparation à la naissance sont des activités qui concernent la sage-femme de PMI.

Certaines propositions du questionnaire ne relevaient pas des compétences de la sage-femme de PMI. Ainsi, concernant le placement d'enfants, près d'un tiers des professionnels interrogés considèrent que celle-ci est pourvue de cette mission. Bien que jouant un rôle dans la protection de l'enfance, notamment comme l'ont évoqué deux professionnels, par l'intermédiaire de signalements, la décision de placement d'enfant appartient à la justice. Il apparaît que cette erreur d'attribution a surtout été faite par les professionnels exerçant en zone urbaine ($p=0,001$). De même, plus de la moitié des professionnels ont désigné l'entretien psychologique comme compétence de la sage-femme de PMI. Certes celle-ci au cours d'un EPP ou d'une consultation médicale par exemple va mener cet entretien avec une dimension psychologique, mais il appartient au psychologue de réaliser les entretiens de cette nature. Il apparaît que les hommes qui plus est gynécologues-obstétriciens et médecins généralistes sont plus nombreux que les sages-femmes (représentées par une grande majorité de femmes) à attribuer l'entretien psychologique comme compétence des sages-femmes de PMI. En revanche, il ressort que pour les deux compétences précédemment attribuées à tort, le fait de connaître la sage-femme de PMI du secteur n'a pas d'influence sur l'attribution de ces compétences erronées. Aussi, 6% des professionnels interrogés pensaient que la sage-femme de PMI est apte à réaliser des accouchements à domicile, ce qui bien sûr ne fait pas partie des objectifs de celle-ci.

2.6 Un rejet des compétences médicales de la sage-femme de PMI

Parmi les professionnels, 16,7% d'entre eux ont répondu ne pas avoir orienté dans certaines des situations proposées car celles-ci ne relevaient pas des compétences/activités de

la sage-femme de PMI. Plus précisément, ils étaient la moitié à dire que certaines de ces situations nécessitaient un suivi plus médical. Or, pour chacune des situations qui étaient proposées, la sage-femme de PMI avait un rôle à jouer auprès de ces femmes. Bien que les professionnels aient cité paradoxalement le suivi médical comme activité principale de la sage-femme de PMI pour la majorité d'entre eux, nous constatons une certaine méconnaissance voire un rejet des compétences médicales de la sage-femme de PMI par certains professionnels. Il semblerait que cette ignorance soit plus manifeste ($p=0,08$) dans la population de professionnels masculins. Cependant, contrairement à ce que nous pourrions penser, la profession n'a pas d'influence sur la connaissance des compétences médicales de la sage-femme de PMI par les professionnels. Cette constatation va de paire avec ce que nous avons mis en évidence précédemment à savoir : la place dominante du rôle social de la sage-femme de PMI du point de vue des professionnels. C'est comme si, le fait d'exercer en PMI pour une sage-femme limitait son champ d'action avec une perte des compétences médicales que lui confère son statut. Ceci pourrait être la résultante des difficultés actuelles que rencontre le dispositif de PMI. Le manque d'investissement pour la PMI des autorités publiques en matière de santé publique [39] pourrait expliquer l'a priori actuel des professionnels envers la sage-femme de PMI, voire serait une conséquence directe d'une ignorance voire méconnaissance du savoir-faire qu'elle peut offrir. Cette idée est confortée par le fait que, pour 22,9% des professionnels, ceux-ci n'ont pas pensé à orienter vers la sage-femme de PMI face à des situations pouvant le nécessiter.

2.7 Une dérive des compétences qui alimente des préjugés

Seul service public interdisciplinaire décentralisé de prévention et de soins, le rôle de la PMI est essentiel au regard des enjeux de la société d'aujourd'hui en matière de santé. Pourtant, elle n'occupe pas la place qui devrait être la sienne. Parfois mal connue des usagers, la PMI est trop souvent perçue comme un service dédié aux personnes en situation de précarité. Il est vrai que les activités des PMI sont peu documentées par l'appareil statistique et que leurs actions sont rarement évaluées, ce qui limite ainsi les transferts d'expériences [41]. Il est également intéressant de noter la vision que peuvent avoir des professionnels en lien avec la périnatalité sur la sage-femme territoriale. En effet, il est bien connu que les sages-femmes manquent de reconnaissance, chez les territoriales, le sentiment est exacerbé. Leurs collègues et parfois même leurs consœurs les perçoivent comme des « *sages-femmes bas de gamme* », « *sous-sages-femmes* », « *sages-femmes au rabais* », « *planquées* »... [42]. Il apparaît donc que si certains professionnels ont cette attitude discriminante envers les

acteurs de PMI, ceux-ci sous-entendraient qu'un suivi purement médical prévaudrait sur une prise en charge globale médico-psycho-sociale. Ainsi il est parfois difficile de travailler avec les autres professionnels. Heureusement ce malaise n'est pas uniforme.

2.8 Une orientation pas toujours exécutable

Nous avons rencontré à plusieurs reprises dans les réponses ouvertes, des objections à une orientation vers la sage-femme de PMI ne dépendant pas du fait des professionnels. Ce défaut d'orientation était lié à un manque de moyens ou d'effectif de celles-ci. En effet, le manque de ressources économiques est criant. Combiné au manque de personnel, cela a déjà conduit à la fermeture de plusieurs centres. Les départements se chargent d'organiser l'implantation des services selon un maillage infra-départemental en adéquation avec les besoins des populations. Toutefois, des disparités territoriales concernant les consultations prénatales ont été relevées en 2006 par l'IGAS lors de son étude sur la PMI en France [19]. Le rapport précise que ces disparités ne correspondent ni à des indicateurs de précarité de la population, ni à la densité médicale, ni à des territoires ruraux mais « à la plus ou moins grande intensité de l'implication des élus départementaux dans ces politiques ». Les départements urbains apparaissent tendancielleme nt un peu mieux dotés que les départements ruraux. Par exemple en 2004, pour les sages-femmes, le respect des normes, c'est-à-dire 1 sage-femme pour 1500 naissances domiciliées, est assuré en moyenne à 148 %. Vingt-deux départements se situent tout de même en dessous de la norme. En Basse Normandie, nous l'avons vu, les normes étaient largement respectées pour les trois départements en 2004. L'effectif des sages-femmes de PMI en Basse-Normandie semble donc adapté. Cependant, la mise en évidence de difficultés à orienter vers la sage-femme de PMI pour certains professionnels nous questionne sur la légitimité de ces normes. Sont-elles trop basses pour répondre aux attentes de la population ou ces difficultés sont-elles la cause d'une moins grande implication des élus départementaux dans la PMI? Par ailleurs, dans plusieurs départements, les départs à la retraite sont mal remplacés, parfois les congés maternité ou les arrêts maladie ne sont pas du tout remplacés [42].

2.9 Synthèse des éléments constatés

L'objectif principal de cette étude était d'estimer l'orientation des femmes vers la sage-femme de PMI. Secondairement nous voulions savoir par qui et dans quelles circonstances les patientes sont orientées et pour quelles raisons certains professionnels n'orientent pas vers la sage-femme de PMI. Notre étude nous a révélé que l'orientation est plutôt satisfaisante.

Cependant, la prédominance à orienter les femmes en difficultés sociales de certains professionnels confirme notre hypothèse selon laquelle les femmes sont moins souvent orientées pour des raisons médicales et psychologiques. Des connaissances incomplètes voire erronées des professionnels sur les compétences de la sage-femme de PMI justifient comme nous l'avons prédit le constat précédent. Ainsi, une vision réductrice de son champ d'action par certains professionnels est vérifiée, notamment par une non reconnaissance de ses compétences médicales. En effet, la raison principale de non orientation par les professionnels était que la situation nécessite selon eux d'un suivi plus médical.

De plus, nous avons mis en évidence que les médecins généralistes sont proportionnellement plus nombreux à n'avoir jamais orienté vers la sage-femme de PMI que les autres professionnels.

Par ailleurs, la durée d'expérience et d'installation des professionnels, bien qu'ayant une influence sur la connaissance de la sage-femme de PMI du secteur, n'ont pas montré significativement avoir de répercussion sur l'orientation comme nous l'avions supposé.

V. PROPOSITIONS

1. Une meilleure information pour une meilleure collaboration

Manifestement, une meilleure connaissance des activités de la sage-femme de PMI, de son organisation et de ses collaborations, apparaît indispensable. Nous avons mis en évidence dans nos résultats que les professionnels n'ayant pas connaissance de la sage-femme de PMI du secteur étaient plus nombreux à n'avoir jamais orienté vers celle-ci que ceux ayant un contact avec elle. Ceci était particulièrement visible dans la population de médecins généralistes. Bien que la sage-femme de PMI ne puisse rencontrer tous les professionnels susceptibles de lui adresser des patientes, il serait intéressant que les coordonnées de celle-ci soient rappelées aux professionnels régulièrement. Cette information pourrait être délivrée par les conseils départementaux ou le réseau de périnatalité, sous forme de courrier ou par mail.

2. Mieux repérer les facteurs de vulnérabilités

Certes, il est intéressant pour les professionnels de disposer des coordonnées de la sage-femme de PMI du secteur pour orienter les femmes. Cependant, il est important que ces derniers puissent repérer les situations éligibles à une telle orientation. Or, nous avons vu que les connaissances des professionnels sur les compétences de la sage-femme de PMI ainsi que leur expérience d'orientation vers celle-ci semblent trop limitées à son rôle social. Il existe donc un mauvais repérage des situations de vulnérabilité par les professionnels, puisque les difficultés psychologiques ou médicales semblent passer au second plan et ne font pas assez souvent l'objet d'une orientation. Afin que les difficultés socio-économiques ne soient pas confondues avec les situations de vulnérabilité pouvant toucher toutes les couches sociales, une meilleure sensibilisation des professionnels aux différents facteurs de vulnérabilité périnataux s'avère nécessaire. La formation initiale des praticiens pourrait être l'occasion idéale de les sensibiliser à cela. Egalement, cette information pourrait être transmise aux professionnels dans le cadre de la formation continue en l'intégrant par exemple dans le module de suivi de grossesse.

3. Augmenter les effectifs des sages-femmes de PMI

Bien que les normes des effectifs des sages-femmes de PMI soient respectées en Basse-Normandie, il apparaît que certains professionnels rencontrent des difficultés à orienter vers celles-ci. En effet, le manque de moyens et de disponibilités des sages-femmes de PMI a été évoqué. La création de nouveaux postes serait une solution pour palier à ce manque. Ainsi, il serait intéressant que les normes soient revues. De plus, il est impératif que les sages-femmes

exerçant en PMI puissent réaliser les activités relevant de leurs compétences et puissent disposer de toutes les conditions matérielles nécessaires pour remplir leurs missions.

VI. CONCLUSION

La sage-femme de PMI dispose de compétences communes acquises au cours de sa formation initiale. Son activité se positionne dans le champ de la prévention, de l'éducation et surtout de l'accompagnement, ce qui en fait sa spécificité. Au sein de la PMI, la sage-femme collabore avec d'autres professionnels de la protection de l'enfance, elle joue ainsi un rôle majeur dans la prévention et le dépistage de la maltraitance. Pour mener à bien son rôle, la sage-femme de PMI dispose de plusieurs outils comme les déclarations de grossesse, les EPP et les staffs de parentalité. Cependant, une collaboration avec les autres professionnels de santé s'avère nécessaire afin que les femmes puissent bénéficier convenablement de ses services.

Nous avons constaté dans notre étude en Basse-Normandie que l'expérience d'orientation des professionnels vers la sage-femme de PMI est plutôt satisfaisante, cependant il existe quelques disparités parmi les professionnels et concernant les motifs d'orientation. En effet, il semblerait que les médecins généralistes soient proportionnellement moins nombreux à avoir une expérience d'orientation vers la sage-femme de PMI que les autres professionnels. Ceci est corrélé au fait qu'ils ont également moins connaissance de la sage-femme de PMI du secteur. D'autre part, l'expérience d'orientation des professionnels bas-normands ainsi que leur vision du statut de la sage-femme de PMI peuvent nous laisser penser que les difficultés socio-économiques sont considérées par ces professionnels comme facteur habituel de maltraitance infantile. Ainsi, les différentes autres causes de maltraitance semblent ignorées, d'où une orientation moins habituelle vers la sage-femme de PMI lorsque ces situations sont rencontrées. Il est donc important que les professionnels soient mieux informés sur le repérage des différents facteurs de vulnérabilité autres que les difficultés socio-économiques. D'autant plus que celles-ci sont facilement repérées par la sage-femme de PMI au travers des différents outils mis à sa disposition, ce qui est moins vrai pour les autres facteurs sources de maltraitance.

Nous avons également observé que certains professionnels attribuent à tort des compétences aux sages-femmes de PMI, comme par exemple le placement d'enfants et la réalisation de consultations psychologiques. Une information adéquate sur les compétences et missions de celle-ci s'avère donc nécessaire.

Par ailleurs, cette étude a permis de mettre en évidence les difficultés que rencontrent certains professionnels à orienter vers la sage-femme de PMI. Bien que les normes soient

respectées en Basse-Normandie, le manque d'effectifs de celles-ci a été évoqué, ce qui nous interroge sur la suffisance de ces normes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Code de la Santé Publique. Article L4151-1 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 127. [En ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892639&dateTexte>. Consulté le 19 mars 2016.
- [2] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Les compétences des sages-femmes. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>. Consulté le 14 mars 2016.
- [3] 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. Arch Pediatr. 2013 ; 20 : 21-22.
- [4] 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.
- [5] 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. J Off Répub Fr. [En ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19671229&numTexte=&pageDebut=12861&pageFin=. Consulté le 22 novembre 2015.
- [6] 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, 179-81.
- [7] Loi du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. J Off Répub Fr. [En ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19700717&numTexte=&pageDebut=06657&pageFin=. Consulté le 22 novembre 2015.
- [8] 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. J Off Répub FR. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000320195. Consulté le 22 novembre 2015.

[9] 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]. https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000823100. Consulté le 22 novembre 2015.

[10] Code de la santé publique. Article L2112-2 modifié par la loi n°2013-403 du 17 mai 2013. [En ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000017841378&cidTexte=LEGITEXT000006072665. Consulté le 22 novembre 2015.

[11] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé, ce qu'il faut retenir. [En ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>. Consulté le 19 mars 2016.

[12] 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. J Off Répub Fr. [En ligne]. <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000884091>. Consulté le 2 novembre 2015.

[13] Keller MJ. Portrait : Monique Battestini née Manoni. Première sage-femme de PMI de France. Contact Sages-femmes. 2010 ; 22 : 19-20.

[14] Schweyer FX. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. Sciences sociales et santé. 1996 ; 14(3) : 67-102.

[15] Décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile. J Off Répub Fr. [En ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000541414>. Consulté le 22 novembre 2015.

[16] CNFPT, Centre National de la Fonction Publique Territoriale. Fiches prospectives métiers. [En ligne]. <http://www.cnfpt.fr/sites/default/files/sage-femme.pdf?gl=ZDYxYmM1NTk>. Consulté le 22 novembre 2015.

[17] CNFPT, Centre National de la Fonction Publique Territoriale. Sage-femme. [En ligne]. http://www.cnfpt.fr/node/146/repertoire-metiers/metier/218?mots_cles=sage-femme&gl=ZDYxYmM1NTk. Consulté le 22 novembre 2015.

- [18] Delage A. L'accompagnement de la sage-femme : entre soutien et intrusion. In : Davoudian C. La grossesse, une histoire hors normes. Réflexions des artisans de PMI et d'ailleurs. Toulouse : Erès ; 2014, 33-47.
- [19] Dourgon L. Le secret professionnel des sages-femmes. Journal du droit des jeunes. 2006 ; 256 : 39-40.
- [20] HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Sorties de maternité après accouchement : Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/elements_de_chiffrage_et_analyses_des_donnees_du_pmsi.pdf. Consulté le 24 novembre 2015.
- [21] IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales. Étude sur la Protection Maternelle et Infantile en France : rapport de synthèse. [En ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000139/0000.pdf>. Consulté le 24 novembre 2015.
- [22] Ministère de la Santé. Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité. [En ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf. Consulté le 19 mars 2016.
- [23] HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf. Consulté le 24 novembre 2015.
- [24] Ponte C. L'exercice professionnel de la sage-femme dans le cadre de la PMI. Vocation Sage-Femme. 2011 ; 89 : 42-43.
- [25] Ponte C. La réforme de la protection de l'enfance, quel impact pour les sages-femmes ? Vocation Sage- Femme. 2008 ; 63 : 30-31.
- [26] Hébert M. L'entretien prénatal, premier maillon dans une démarche attentive de prévention ? Vocation Sage-femme. 2009 ; 70 : 25-28.
- [27] Groupe d'appui à la protection de l'enfance. Des dispositifs de soutien à la parentalité dans le cadre de la prévention. [En ligne]. http://www.reforme-enfance.fr/documents/groupe_dappui_actions_parentalite.pdf. Consulté le 24 novembre 2015.

- [28] Molénat F, Toubin RM, Roy J, et al. Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre. Profession sage-femme. 2007 ; 134 : 29-34.
- [29] Capgras-Baberon D. L'entretien prénatal précoce : mode d'entrée dans le réseau. Spirale. 2012 ; 61 : 47-53.
- [30] Ministère de la Santé. Enquête Nationale Périnatale : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. [En ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf. Consulté le 24 novembre 2015.
- [31] 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.
- [32] 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 : 74-77.
- [33] Hermange MT. Périnatalité et parentalité, rapport. [En ligne]. <http://www.reforme-enfance.fr/documents/rapphermange.pdf>. Consulté le 24 novembre 2015.
- [34] Calvados.fr. Schéma départemental de PMI 2011-2015. [En ligne]. <http://www.calvados.fr/cms/accueil-calvados/actions-departement/assurer-la-solidarite/agir-enfance-famille/protection-maternelle-et-infantile/schema-departemental-de-protection-maternelle-et-infantile-2011-2015>. Consulté le 24 novembre 2015.
- [35] Manche.fr. Schéma départemental 2011-2015 en faveur de la famille, de l'enfance et de la jeunesse. [En ligne]. https://www.manche.fr/conseil-departemental/iso_album/2011_04_14_shema_departemental_de_la_famille.pdf. Consulté le 24 novembre 2015.
- [36] Orne.fr. Schéma départemental de l'enfance et de la famille 2011-2016. [En ligne]. <http://www.orne.fr/sites/www.orne.fr/files/fichiers/parution/11/10/schema-dptale-enfance-famille-2011-2016.pdf>. Consulté le 24 novembre 2015.
- [37] Dress, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La protection maternelle et infantile (PMI). [En ligne]. <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi,6274.html>. Consulté le 22 novembre 2015.

[38] Datagouv, Plateforme ouverte des données publiques françaises. Nombre de naissances par département. [En ligne]. <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/nombre-de-naissances-par-departement/>. Consulté le 24 novembre 2015.

[39] Réseau de Périnatalité Basse-Normandie. Qui sommes-nous ?. [En ligne]. <http://www.perinatbn.org/index.php/qui-sommes-nous>. Consulté le 24 novembre 2015.

[40] Bellas-Cabane C. La place des pmi dans le dispositif de soin. *Enfances & Psy.* 2008 ; 40 : 35-42.

[41] Basset C. La protection maternelle et infantile : mandature 2010 - 2015, séance du 14 octobre 2014 ; avis du Conseil Economique, Social et Environnemental. [En ligne]. http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2014/2014_21_pmi.pdf. Consulté le 19 mars 2016.

[42] Magnan G. PMI : le grand flou. *Profession Sage-Femme.* 2015 ; 213 : 18-23.

ANNEXES

Annexe I. Extrait de l'article L 2112-2 du code de la santé publique.

LES MISSIONS DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE PMI

L'article L 2112-2 du code de la santé publique (CSP) impartit au service départemental de PMI une liste d'activités qui correspondent à des missions plus générales de protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile. Il doit organiser :

- *des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;*
- *des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles ;*
- *des activités de planification familiale et d'éducation familiale ;*
- *des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;*
- *un recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique ainsi que le traitement de ces informations en particulier celles relevant des examens de santé obligatoires (certificats) ;*
- *l'édition et la diffusion des divers documents obligatoires (certificats prénuptiaux, examens de suivi de grossesse, examens obligatoires des nouveaux nés et des enfants...);*
- *des actions d'information sur la profession d'assistant maternel¹ et des actions de formation destinées à aider dans leurs tâches éducatives les assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent."*

Ce service doit également "*participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités*".

Ces activités concernent cinq publics prioritaires :

- les publics masculins et féminins, en général adolescents ou jeunes, pour l'éducation sexuelle et de la planification des naissances ;
- les femmes enceintes ou en postnatal ;
- les enfants de moins de 6 ans et leurs familles ;
- les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- les assistantes maternelles et les professionnels des modes de garde

La loi fait mention de femmes et enfants "*requérant une attention particulière*" et le règlement de "*populations vulnérables et de quartiers défavorisés*".

Les centres de planification ou d'éducation familiale exercent les activités décrites à l'article R 2317-7 du code de la santé publique :

1°) *des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité² ;*

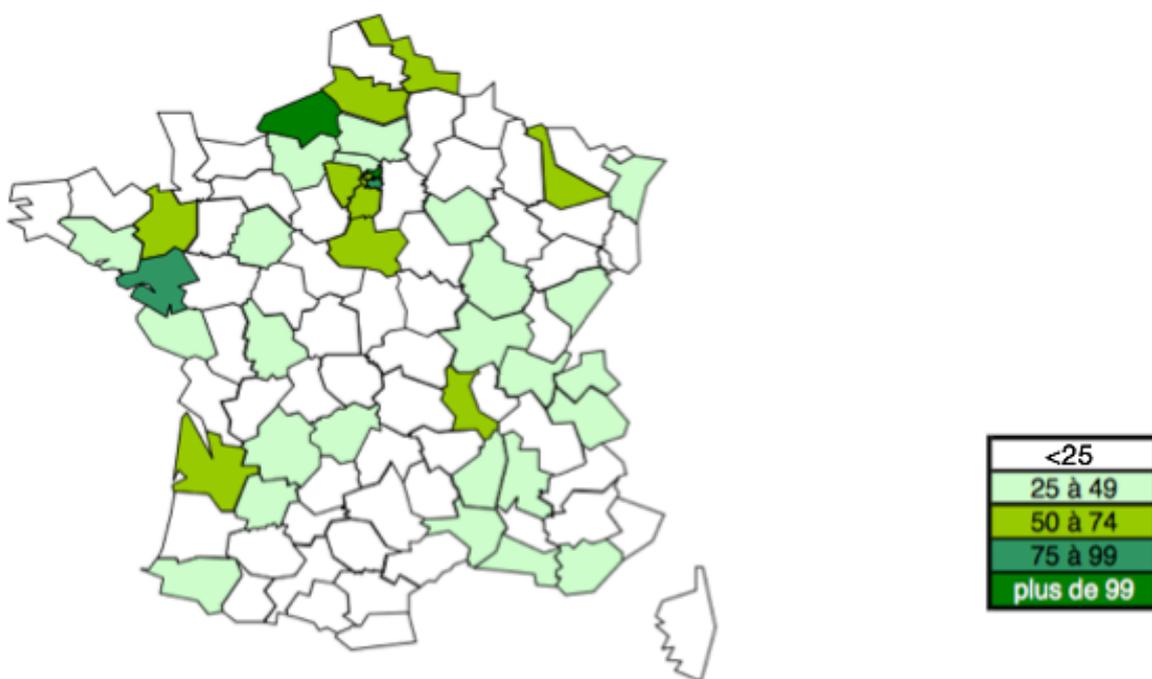
2°) *la diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisée dans les centres et à l'extérieur de ceux en liaison avec les autres organismes et collectivités concernées³ ;*

¹ Ajout de la loi n° 2005-706 du 27 juin 2005

² Les départements prennent généralement en charge financièrement les moyens de contraception et les examens de laboratoire pour les mineurs et pour les non assurés sociaux.

³ La circulaire n° 96-100 du ministère de l'éducation nationale prévoyait deux heures obligatoires d'éducation à la sexualité dans les classes de 4^{ème} et de 3^{ème}; les lois du 7 juillet et 11 août 2001 ont élargi cette mission en prévoyant qu'une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées en raison d'au moins trois séances par an et par groupe d'âge homogène.

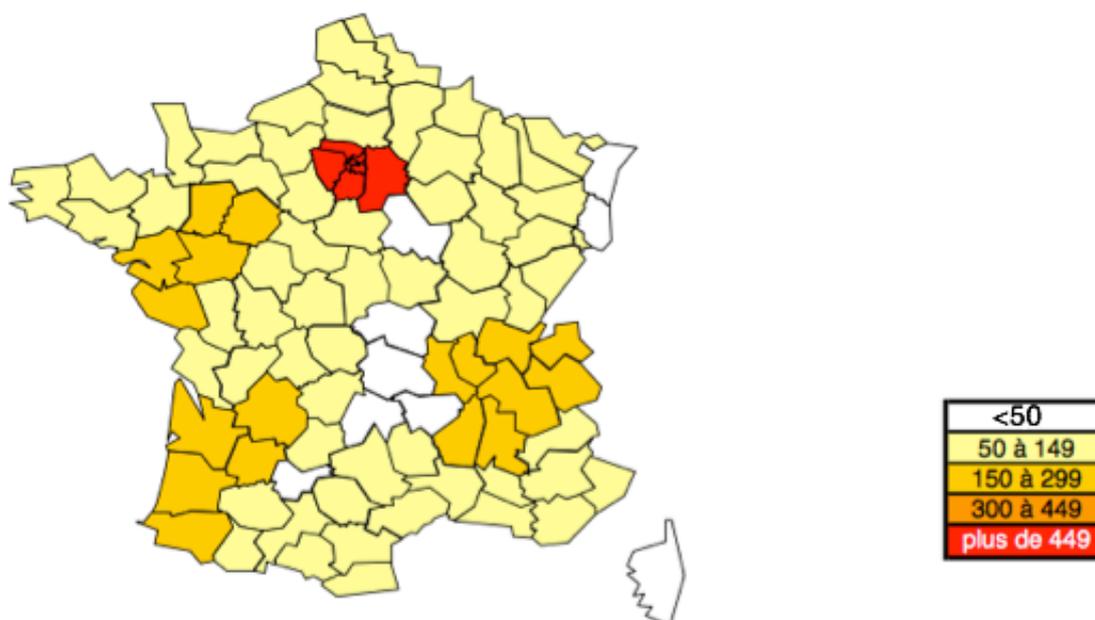
Annexe II. Carte de la répartition des centres de PMI sur le territoire (par département).



Source : HAS. Sorties de maternité après accouchement : Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés.

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/elements_de_chiffrage_et_analyses_des_donnees_du_pmsi.pdf.

Annexe III. Carte de la répartition des centres de PMI sur le territoire (par région).



Source : HAS. Sorties de maternité après accouchement : Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés.

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/elements_de_chiffre_et_analyses_des_donnees_du_pmsi.pdf.

Annexe IV. Exemple de Mise à disposition (MAD) envoyé par la sage-femme de PMI.



Cherbourg, le

Madame
Sage-femme

LA MANCHE
CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Département de la Manche
PÔLE SOLIDARITES, FORMATION, JEUNESSE, SPORT ET CULTURE
Direction Petite Enfance, Enfance et famille
Territoire de Solidarité de Cherbourg

Affaire suivie par :
Tél : 02.33.88 77 11

Madame,

Le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) reçoit les déclarations de grossesse des caisses chargées du versement des prestations familiales (CAF, MSA...).

En tant que sage-femme de PMI de votre secteur, j'ai appris que vous attendiez un (des) enfant(s).

Je me tiens donc à votre disposition notamment pour *un entretien précoce du 4^e mois de grossesse*, dont vous pouvez bénéficier seule ou accompagnée de votre conjoint. Il s'agit d'un moment d'écoute et d'échanges qui permet d'aborder toutes les questions que vous vous posez.

Vous pouvez me contacter au :

Territoire de Solidarité de Cherbourg Val de Saire
Centre Médico-Social – Place Jean Moulin – CHERBOURG OCTEVILLE
☎ 02.33.88.77.11

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

La sage-femme de PMI,

N.B. - cet entretien peut également être réalisé par une sage-femme libérale, hospitalière ou par votre médecin traitant.

P.J. – une plaquette sur le rôle de la sage-femme, une plaquette sur l'allaitement maternel et une plaquette PMI.

Conseil départemental de la Manche
50050 SAINT-LO CEDEX
T. 02 33 055 550
Manche.fr

Annexe V. Fiche de poste des sages-femmes du conseil départemental du Calvados.

FICHE DE POSTE Sage femme de PMI

Direction Service : DGA de la Solidarité

Direction de l'Enfance et de la Famille

Service PMI

Filière : Sanitaire et sociale

Catégorie : A

MISSION

La sage femme de PMI, sous l'autorité du médecin départemental de PMI, participe aux actions menées par le service de la protection maternelle et infantile : contraception, suivi gynécologique de prévention, suivi de grossesse et suivi post natal. Dans le cadre de la prévention médico sociale, son activité se réalise au sein d'une circonscription d'action sociale et au sein d'un centre de planification et d'éducation familiale.

ACTIVITES ET COMPETENCES

- S'inscrire dans un travail d'équipe pluridisciplinaire
- Mener des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes (visites à domicile, conseils en matière d'hygiène, de santé ...)
- Contribuer à la préparation à la naissance et à la parentalité
- Mener des actions de soutien à la parentalité
- Suivre des grossesses normales
- Suivre des grossesses pathologiques à domicile en lien avec le médecin référent
- Pratiquer un examen post natal si accouchement eutocique et prescrire des contraceptifs
- Apporter un soutien à l'allaitement maternel
- Informer sur les différentes méthodes de contraception

ACTIVITES SPECIFIQUES

- Travailler en relation avec le médecin de PMI et les travailleurs sociaux dans le cadre de la protection de l'enfance.
- Être référent PMI auprès des staffs psycho médico sociaux qui se déroulent dans les services maternités.
- Mettre en œuvre des interventions en éducation à la santé (mission d'éducation à la santé, à la sexualité et à la vie affective) :
 - En milieu scolaire
 - Dans les circonscription d'aide sociale dans le cadre des actions collectives de soutien à la parentalité.
 - En partenariat avec la CAF et la CPAM.

CONNAISSANCES ET COMPETENCES SOUHAITEES

- Sens de l'écoute et de l'observation
- Animation de réunions
- Aisance relationnelle
- Aptitude à la pédagogie
- Evaluation de l'urgence des situations
- Capacité de travail en équipe(s)

PARTICULARITES

- Déplacements
- Secret professionnel et code de déontologie médicale
- Obligation de formation continue
- Lieu d'exercice : circonscription d'action sociale et CPEF

DIPLOME OU FORMATION

- Diplôme d'Etat de Sage Femme

Annexe VI. Fiche de poste des sages-femmes du conseil départemental de la Manche.

Sage-femme (H/F)

Catégorie A

Filière médico-sociale

Identification du poste

Pôle : DGA « solidarités, formation, jeunesse, sport et culture »

Direction : petite enfance, enfance, famille

Service : protection maternelle et infantile

Résidence administrative : CMS de Cherbourg-Hague

Lien hiérarchique : médecin de PMI du territoire

Cadre d'emploi ou grade : sage-femme territoriale

Statut : Fonctionnaire ou non titulaire de droit public

Date de prise de fonction : Dès que possible

Missions/Activités

Missions :

Sous l'autorité du médecin de PMI, la sage-femme effectue les missions et activités suivantes :

Missions :

Les actions prénatales et de planification dévolues au service de PMI sont régies par le code de la santé publique : articles L 2112-1 et L 2112-2 et suivants.

Mise en œuvre des actions préventives médico-sociales dans les domaines suivants :

- le prénatal
- la planification et l'éducation familiale
- la protection des mineurs en danger et adultes vulnérables.

Activités principales :

1. Activités individuelles en prénatal :

- Anime et assure le bon déroulement de l'étude conjointe des avis de grossesse avec les partenaires médicosociaux du territoire et participe à l'évaluation des grossesses requérant une attention particulière.
- Propose l'entretien précoce de grossesse (4ème mois) à toutes les femmes enceintes, et s'assure de la bonne organisation de sa mise en place.
- Propose des séances individualisées ou collectives (groupe de 2 ou 3 personnes) de préparation à la naissance et à la parentalité des futurs mères et parents, à domicile ou au centre médico-social.
- Assure le suivi des grossesses à risque en lien avec le médecin prescripteur.
- Peut assurer un suivi de grossesse physiologique en fonction des besoins locaux et du contexte.
- Met en place des liaisons régulières avec les services de gynéco-obstétrique pour le dépistage des grossesses à risque médico-psycho-social et les grossesses pathologiques.
- Assure le suivi et l'accompagnement médico-psycho-social des femmes enceintes en difficulté particulière, en lien avec les médecins libéraux ou hospitaliers et les partenaires médicosociaux et notamment, évalue les conditions de vie de l'enfant à naître.
- Tient à jour les dossiers prénataux (médicaux et/ou psycho-sociaux).

2. Activités dans les centres de planification et d'éducation familiale :

- Propose des consultations de contraception
- Information individuelle et collective sur la contraception, les infections sexuellement transmissibles, la sexualité (approche médicale) en partenariat avec les conseillers conjugaux et familiaux,
- Assure la continuité de service dans le cadre des centres de planification et d'éducation familiale,
- Peut effectuer des entretiens IVG
- Participation à la protection des mineurs en danger et des personnes vulnérables, en collaboration avec l'ensemble de l'équipe de PMI.

3. Activités facultatives

- Développe, anime ou participe à des actions d'information en direction des futurs mères ou parents autour de la naissance (séances de préparation à la naissance, groupes allaitement, actions partenariales d'information ...)

Profil et compétences requises

Compétences :

Capacités relationnelles : motivation pour travailler en équipe et aptitude à développer le travail en réseau avec les partenaires extérieurs (hôpitaux, médecins).

Capacité d'autonomie dans l'organisation du travail et les prises de décision dans leur domaine de compétence.

Capacités d'analyse des situations.

Aptitudes rédactionnelles.

Profil :

Diplôme de sage-femme

Intérêt pour les actions médico-sociales.

Spécificités liées au poste

Renseignements pratiques

Personne à contacter pour les renseignements sur le poste :

Docteur Catherine Deberles, médecin de PMI du territoire de Cherbourg-Hague, 02 33 10 01 58 ou Docteur Catherine Daguts, médecin départemental, responsable du service de la protection maternelle et infantile, 02 33 77 79 70

Personne à contacter pour les renseignements administratifs :

Christophe Géland, responsable recrutement-mobilité, 02 33 05 95 67

Candidature à adresser à :

Monsieur le Président du Conseil départemental de la Manche

Direction des Ressources Humaines

Conseil départemental de la Manche

50050 Saint-Lô Cedex

Contact : recrutement@manche.fr

Date limite de candidature : 25/06/2015

Annexe VII. Fiche de poste des sages-femmes du conseil départemental de l'Orne.



Fiche de poste

Sage-femme

SITUATION FONCTIONNELLE ET GEOGRAPHIQUE	
Direction	PSS : Direction enfance/famille
Service	PMI
Bureau	
Supérieur hiérarchique	Médecin départemental de PMI
Responsabilité d'encadrement	élèves sages-femmes
Principales relations fonctionnelles	en interne : Médecins de la circonscription/médecins consultants sages-femmes et puéricultrices du service PMI l'ensemble du personnel du service social (polyvalence, AS spécialisées, AEMO administrative)
	en externe : AEMO, service de tutelle maternités, pédiatrie, médecins généralistes CAMPS, CMP centre maternel collèges - lycées MFR, associations d'insertion professionnelle TISF, CAF service prévention de la ville
Localisation géographique	Circonscriptions de Flers
DESCRIPTION DU POSTE	
Mission(s) principale(s)	Activités rattachées
Mener des actions de prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation à la santé en direction des futures mères et des nouveau-nés	visites à domicile pour les femmes enceintes (prévention médico sociale, information, accompagnement des familles en difficultés)
	entretien du 4e mois
	suivi à domicile des grossesses à risque, en liaison avec le médecin
	préparation à la naissance
Centre de Planification	évaluer les conditions d'accueil de l'enfant à naître et en informer le médecin de PMI si besoin
	visites post-natales à domicile
	accueil des usagers, consultations de contraception
	informations, éducation à la sexualité dans les collèges, les lycées, les maisons familiales rurales
	informations auprès d'associations d'insertion professionnelle
Mission(s) secondaire(s)	Activités rattachées
Participer à des animation pédagogiques et éducatives	Actions collectives auprès de groupes de parents
Encadrement d'élèves sages-femmes	Accueil et encadrement des stagiaires avec évaluation de stages
Mission(s) spécifique(s)	Activités rattachées
COMPETENCES	
Compétences techniques	connaissances médicales et législatives nécessaires à l'exercice de la profession
	connaissance des textes législatifs concernant la protection de la mère et de l'enfant
	savoir pratiquer les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la préparation à l'accouchement, au dépistage HIV et suivi de contraception
Aptitudes personnelles	capacité d'observation, d'analyse et de synthèse
	sens de l'organisation
	Faire preuve d'écoute et de patience
	savoir travailler en équipe et en réseau
	qualités relationnelles et d'écoute
	sens de la communication (contact avec les familles, les différents partenaires)
CONDITIONS D'ACCES	
Profil	
diplôme d'état de sage-femme	
Conditions statutaires requises	
sage-femme fonction publique territoriale ou détachement fonction publique hospitalière	
CONDITIONS D'EXERCICE	
Moyens matériels à disposition	
matériel obstétrical spécifique (portable) : monitoring, tensiomètre, sonicaid	
Contraintes et spécificités du poste	
secret professionnel, médical	
adaptabilité (déplacements, horaires)	

Annexe VIII. Questionnaire diffusé aux professionnels.

La sage-femme de PMI

Ce questionnaire a pour but de mener une étude sur la sage-femme de PMI dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. Celui-ci n'ayant aucunement pour but de juger votre pratique, je vous serais très reconnaissante de répondre le plus honnêtement possible.

Etes vous concerné par le suivi de femmes enceintes ou récemment accouchées?

- oui
 non

vous êtes *

- gynécologue-obstétricien
 médecin généraliste
 sage-femme

Vous êtes *

- un homme
 une femme

Vous exercez *

- à l'hôpital
 en libéral
 les deux

Dans quelle(s) ville(s) exercez vous votre profession? *

Depuis combien de temps exercez-vous votre activité? *

(en années, si < 6 mois mettre 0)

Durée d'installation dans la zone géographique actuelle d'exercice *

(en années, si < 6 mois mettre 0)

Connaissez vous une sage-femme ou un intervenant de la PMI le plus proche de votre lieu d'activité? *

- oui
 non

Pensez-Vous que la sage-femme de PMI a un rôle : *

(plusieurs choix possibles)

- médical
 social
 psychologique

Si plusieurs réponses à la question précédente, classez par ordre de prédominance

(du plus prédominant au moins prédominant)

Selon vous quelle est l'activité principale de la sage-femme de PMI? *

A votre avis, les propositions suivantes relèvent-elles des compétences des sages-femmes de PMI? *

- placement des enfants maltraités
- Entretien psychologique
- Aucune proposition
- Prévention de la maltraitance
- Consultations post-natales
- Accouchement à domicile
- Préparation à la naissance
- Entretien Périnatal Précoce
- Suivi de grossesse
- Surveillance de grossesses à domicile
- Autre :

Parmi les propositions suivantes, selon votre pratique et non votre intuition, lesquelles avez-vous déjà rencontrées chez une femme enceinte où récemment accouchée? Si oui l'avez-vous orientée vers une sage-femme de PMI (ou la PMI de manière générale)?

Si vous avez seulement rencontré la situation cochez "situation rencontrée". Si vous avez également orienté vers la PMI cochez seulement "orienté vers la PMI"

	Situation non rencontrée	Situation rencontrée	Orienté vers la PMI
Précarité financière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situation irrégulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conduites addictives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pathologies psychiatriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isolement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATCD de maltraitance envers la fratrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violence conjugale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Famille monoparentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antécédents de violences (victime)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
grossesses pathologiques ou ATCD nécessitant un suivi rapproché	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handicap (physique ou intellectuel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mineurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATCD d'enfant(s) placé(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous déjà orienté une femme vers la PMI pour une ou plusieurs autres raisons que celles citées au dessus? *

(Répondre par oui ou non, si oui précisez)

Si parmi les propositions précédentes vous avez répondu oui à "la situation rencontrée" et non à "orienté vers la PMI" pourquoi?

(plusieurs réponses possibles)

- Ne fait pas partie de l'activité/compétences de la SF de PMI
- La situation ne nécessite pas d'un suivi particulier
- La situation nécessite un suivi plus médical
- Vous n'y avez pas pensé
- Autre :

Annexe IX. Situations citées par les professionnels pour lesquelles ils ont orienté vers la sage-femme de PMI.

- Suivi des difficultés l'allaitement
- Suivi difficultés de prise de poids du nouveau-né
- Femmes présentant un besoin d'accompagnement
- Le professionnel qui adresse est en congés
- Demande de la patiente
- Dépression post-natale
- Grossesse non désirée, désinvestissement de la grossesse
- Difficultés dans la relation mère-enfant
- Femmes anxieuses
- Grossesses rapprochées
- Couple marginal avec un projet de naissance pouvant mettre en danger l'enfant à naître
- Suivi de la grossesse non rigoureux
- Couple submergé
- La femme parle peu français
- Pas de sage-femme libérale dans le secteur
- Peur du gynécologue
- Proximité du lieu d'habitation de la patiente
- Suspicion de maltraitance.

Annexe X. Réponses des professionnels à la question : Selon vous quelle est l'activité principale de la sage-femme de PMI? Les réponses ont été transcrites telles quelles.

<ul style="list-style-type: none"> • suivi des grossesses • social • Consult • suivi social de la grossesse • social • Medical • prévention • préventif • accompagnement social • social • suivi grossesse • Medical • domicile (accompagnement) • Médicale ? • suivi social, lien hopital-patientes • grossesse pre et post partum • Suivi de grossesse • prévention • ACCOMPAGNEMENT • Suivi grossesse • social • Suivi des patientes socialement défavorisées • accompagnement • sociale • suivi grossesse • inciter les femmes à bien faire suivre leur grossesse • médical • Suivi médical de proximité • suivi des grossesse • surveillance obstetricale • Surveillance pds bb • continuité des soins • suivi grossesse • suivi de grossesse et post partum des femmes en précarité • médicopsychosociale • Accompagnement post-partum • consultations pré nat ? • suivi pré et post natal • social • suivi de grossesse • preparation à la naissance • suivi des femmes enceintes • suivi grossesse • Social • suivi grossesse • Social • suivi pré et post natal famille à risque • suivi post accouchement • suivi du post-partum • la prévention • Sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • social • créer un lien • Suivi de patientes en difficulté sociale • suivi grossesse • grossesse patho • social • Suivi à domicile • suivi des grossesse avec risque social • social • Accompagnement • suivi map a domicile cours de prepa accht reeduc perinee • suivi de grossesse chez les familles ayant des contextes sociaux difficiles • suivi et prevention • suivi de grossesse pour les femmes avec des fragilités • suivi femme enceinte • suivi pré et post accouchement • accompagner les femmes dans sa vie de femme: contraception, grossesse, IVG, dépistage violences... • suivi des grossesses issues d'un milieu défavorisé • visites • Prévention sociale • ? • Social • Surveillance grossesse pathologique • consultation • sociale • prévention et acteur de la protection mère et enfant autour de la naissance • suivi de la grossesse • Suivi grossesse • planning familial • suivi grossesse • Prévention • Social • consultations • suivi • social • la prevention • suivi medical et social de la grossesse • prevention • accompagnement • ? surv grossesse et post partum dans le contexte social de la parturiente • prevention • social • suivi des femmes • sociale • suivi médico social • accompagnement
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Social • accompagnement pendant la grossesse • suivi des familles • reassurance • la prévention • Sociale • medical • rencontrer les femmes enceintes pour dépister les situations de fragilité psychosociales • ?? • suivi medical grossesse • dépistage • accompagnement à la parentalité • suivi de la femme enceinte • Prevention • médicale • prescription de contraception • accompagnement • Suivi et prévention • Médicale pour les jeunes et petits milieux • Prévention médicale femme enfant • Suivi grossesse population defavorisee • medical • peri accouchement • accompagnement des couples en difficultés • s'assurer qu'une femme a un bon suivi de grossesse ? • accompagnement • Medical • consultations • suivi post-natal • Surveillance des grossesses a risque psycho social • suivi de grossesse • SOCIALE • suivi de grossesse dans des conditions social et psychologique défavorisé • social • interlocutrice entre les différents intervenants des suivis de grossesses de contexte psychosocial à risque • contraception (ici en tout cas) • Suite de couche • mise en relation des différents intervenants concernés par la grossesse • consultations et visites • Suivi grossesses à risques à domicile • Éducation a la santé • veiller au bon déroulement de la grossesse • accompagnement education • Social • dépistage et accompagnement des personnes en situation particulièrement à risque • accompagnement lors de la grossesse et en post partum, accompagnement du couple mère-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • faire en sorte que les patientes de petit milieu aient un bon suivi médical • Suivi de grossesse compliquée sur le plan social ou psychologique • Social • Encadrement médico-social. • Dépistage et suivi des problèmes psychosociaux pouvant nuire à la relation parent-enfant • SUIVI ENTRE LES CS DE PATHO • suivi de grossesse et mise en relation avec hôpitaux pour se tenir informer de problème médicaux ou socio • suivi • Suivi des femmes enceintes • protection • suivi des grossesses à risque surtout en cas de difficultés sociales • surveillance de grossesse • médico-sociale • soutien prénatal • surveillance grossesse • voir des patientes avec risques sociaux • social • prévention • suivi de grossesse • social • prevention • suivi de grossesse • demarches sociales • soutien à la parentalité • sociale • alternative au gynecologue • social • coordination medico sociale • contraception • encadrer les populations les plus "demandeuses" • suivi grossesse • ?? • Prévention et depistage • suivi des grossesses en milieu social défavorisé • social • Prévention (prévention des risques pour la future maman et son(es) enfant(s), prévention auprès des adolescents en intervenant dans les collèges et lycées pour parler de contraception et de MST notamment. • Rôle social et coordination avec les assistantes sociales, relai avec les puéricultrices de secteur ainsi que les médecins de PMI • accompagner les femme enceinte en situation de precarité (que ce soit social, psychiatrique ou autre) • PREVENTION • consultations
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Social • prévention • grossesse socialement difficile • suivi des mineures • visite à domicile • Médical • accompagnement , information , • suivie des femmes enceintes et notamment les plus fragiles et assurer le lien entre les mater et les services sociaux (puer, assistantes sociales....) • rassurer, éduquer et protéger mère et enfant • suivre grossesses socialement difficiles • Surveillance à domicile • Suivi des femmes enceintes et nouveau nes à risque psychosocial • médicale • S'assurer du suivi médical de la grossesse chez des patientes en difficultés sociales, préparer l'arrivée de l'enfant, faire des transmissions aux puéricultrices de pmi • suivie de grossesse • medical • suivi grossesse et post partum enfant et femme • Suivi grossesse pathologique map rciu hta • grande inquisitrice • Prévention de la précarité et accompagnement des familles en difficulté sociale • Accompagner les mères en difficulté surtout sociale, économique et psychologique • lien • consultation • Elle a un rôle surtout social • variable selon les PMI, activité de prévention • Suivi de grossesse, contraception, lien avec les assistantes sociales et les puéricultrices pour un suivi sur du long terme • suivi de grossesse • prevention • surveillance du bon déroulement de la grossesse et évocation des risques potentiels • prenatal • social • entretien du 4°mois de grossesse • accompagnement des patientes isolées ou en difficultés 	<ul style="list-style-type: none"> • suivi femmes enceintes • suivi à domicile • entretien • sociale • suivi grossesse • suivi femme enceinte et couple mere bb • accompagner les grossesses dans un contexte de précarité sociale, psycho (mineures en rupture ,atcd d'enfants placés ,grossesses à risque • suivi de grossesse et conseil contraception • consultation grossesse à domicile • suivi en post partum • suivi des femmes enceintes ou jeunes mamans • le social • suivi des femmes en âge de procréer • repérer les situations à risques • social • suivi des grossesses • surveillance médicale et accompagnement social de la future mère • surveillance de la grossesse • accompagnement de la future maman et du couple vers leur futur rôle de parents dans les meilleures conditions possibles • réunion d'informations • entretien prénatal • accompagnement des couples socialement défavorisés • suivi à domicile • Accompagnement tout au long de la grossesse / lien avec les autres partenaires médicaux et sociaux / aide sociale • psychologique • Suivi grossesse et prévention • dépistage des situations à risque • repérage et accompagnement de patients en situation à risque • accompagnement • Social • Lien avec équipe médicale • surveillance post-partum • consultations
---	--

Résumé : Le but de ce mémoire était d'évaluer l'orientation des patientes vers les sages-femmes de PMI par les professionnels de santé du champ périnatal. L'étude ciblait 249 professionnels exerçant le suivi de femmes enceintes ou récemment accouchées. D'après les résultats, les professionnels orientent de façon plutôt satisfaisante les femmes vers la sage-femme de PMI. Cependant, ils orientent davantage pour des raisons sociales que médicales ou psychologiques. Ceci en raison de connaissances incomplètes ou erronées sur les compétences de la sage-femme de PMI, probablement en lien avec une dérive des missions de prévention de la PMI. Il est donc important que les facteurs de vulnérabilité soient bien repérés par les professionnels afin d'éviter ce glissement et ce qu'il comporte de stigmatisant pour la sage-femme de PMI, de façon à offrir aux familles un soutien adapté.

Mots clés : PMI, sage-femme, compétences, orientation, prévention.

Titre : La mise à profit des compétences des sages-femmes de PMI en Basse-Normandie.

Abstract : The purpose of this report was to estimate patients' orientation towards the midwives in maternal and child health care services by the healthcare professionals of the perinatal field in Basse-Normandie (France). The study included 249 professionals working on the follow-up of pregnant women or mothers of a newborn. According to the results, the professionals direct, in a rather satisfactory way, the women to the midwife in Maternal and child health care services. However, they direct them more for social reasons than medical or psychological ones. This is due to incomplete or erroneous knowledge of the midwives skills in mother and child welfare services, probably in connection with a drift of the prevention missions of the Maternal and child health care services. It is thus important that the factors of vulnerability should be well-spotted by the professionals to avoid this sliding and what it contains of stigmatizing for the midwife in maternal and child health care services, so as to offer to families an adapted support.

Keywords : maternal and child health care services, midwife, skills, orientation, prevention.

Title : The taking advantage of midwife skills in maternal and child health care services in Basse-Normandie (France).

Auteur : LETRECHER Marine
Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Ecole de Sages-Femmes de Caen
Promotion 2012-2016