



HAL
open science

Ordonnance de placement provisoire du nouveau-né à la naissance ou pendant le séjour en maternité : vécu des sages-femmes dans l'accompagnement de ces patientes

Adèle Le Sommier

► To cite this version:

Adèle Le Sommier. Ordonnance de placement provisoire du nouveau-né à la naissance ou pendant le séjour en maternité : vécu des sages-femmes dans l'accompagnement de ces patientes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. <dumas-03075335>

HAL Id: dumas-03075335

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03075335v1>

Submitted on 16 Dec 2020

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES
DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉE 2020

Ordonnance de placement provisoire du nouveau-né à la naissance ou pendant le séjour en
maternité : vécu des sages-femmes dans l'accompagnement de ces patientes

Présenté et soutenu par :

Adèle LE SOMMIER
Née le 06 novembre 1997

Remerciements

Je remercie vivement :

Ma famille, et plus spécialement mes parents, mon frère Arthur, et Thomas pour m'avoir épaulée, encouragée et accompagnée toutes ces années afin que je puisse exercer ce métier que j'aime tant.

Mme Anne Moal, Directrice de l'Ecole de sage-femme de Brest et guidante de ce mémoire, pour sa disponibilité, son investissement à mes côtés et son sens de l'écoute et de la bienveillance.

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Ecole de sages-femmes de Brest pour la formation de qualité qui nous est proposée et le soutien apporté tout au long de ces études.

Ma promotion pour cette belle entente et cette entraide durant quatre années et tout particulièrement mes copines devenues de véritables amies.

Mes amis et amies de longue date qui se reconnaîtront et qui depuis tout ce temps m'encouragent à m'épanouir dans la voie que j'ai choisie.

Merci aux sages-femmes ayant participé à cette étude d'avoir accepté d'aborder ce sujet difficile.

Table des matières

I - INTRODUCTION	5
II - SITUATION CLINIQUE OBSERVEE	7
III - METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	8
1) OBJET DE L'ETUDE.....	8
<i>A. Problématique.....</i>	<i>8</i>
<i>B. Objectifs.....</i>	<i>8</i>
2) MATERIEL ET METHODE	8
<i>A. Etude.....</i>	<i>8</i>
<i>B. Population.....</i>	<i>8</i>
<i>C. Recrutement.....</i>	<i>8</i>
3) OUTILS.....	9
IV - RESULTATS ET ANALYSE	10
1) PRESENTATION DE LA POPULATION INTERROGEE	10
2) LE VECU DE LA SAGE-FEMME.....	11
<i>A. La relation soignant-soigné.....</i>	<i>11</i>
<i>B. La violence.....</i>	<i>14</i>
<i>C. Le ressenti des sages-femmes.....</i>	<i>15</i>
<i>D. L'acceptation.....</i>	<i>18</i>
<i>E. Iatrogénie du système ?.....</i>	<i>20</i>
3) PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE CES PATIENTES	21
<i>A. Rôle perçu par les sages-femmes.....</i>	<i>21</i>
<i>B. La collaboration interprofessionnelle.....</i>	<i>23</i>
4) SOUHAITS ET AXES D'AMELIORATION.....	24
<i>A. Mise en place de débriefings.....</i>	<i>24</i>
<i>B. Création d'un document commun à tous les professionnels.....</i>	<i>24</i>
<i>C. Participation des sages-femmes aux synthèses pluridisciplinaires</i>	<i>24</i>
V - DISCUSSION	26
1) PRINCIPAUX RESULTATS (TABLEAU SYNTHESE EN ANNEXE III)	26
2) LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	26
3) LES POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	26
4) DISCUSSION DES RESULTATS.....	27
<i>A - Vécu de la sage-femme et relation soignant-soigné.....</i>	<i>27</i>

<i>B - Posture de la sage-femme</i>	29
<i>C - Des mères vulnérables</i>	30
<i>D - Difficultés soulevées par la séparation mère-enfant</i>	30
<i>E - Iatrogénie du système</i>	32
<i>F - Temporalité</i>	33
<i>G - Place et rôle perçus par la sage-femme dans la prise en charge</i>	33
<i>G - Collaboration interprofessionnelle</i>	34
<i>H - Souhaits et axes d'amélioration</i>	35
5) PERSPECTIVES DE PERFECTIONNEMENT	35
6) PROPOSITIONS	36
VI - CONCLUSION	37
VII - REFERENCES	39
VIII - ANNEXES	42
I - GUIDE D'ENTRETIEN	42
II - GRILLE D'ANALYSE.....	43
III - TABLEAU SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS : " <i>VECU DE LA SAGE-FEMME ; PLACE ET ROLE DE LA SAGE-FEMME</i> "	44
RESUME	46

I - INTRODUCTION

La loi du 5 mars 2007, revue en 2016, réforme la protection de l'enfance en mettant l'accent sur la prévention et en plaçant l'intérêt de l'enfant au centre des préoccupations (1)(2)(3). L'importance d'un dépistage précoce des situations à risque est reprise par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations de 2017 sur la maltraitance chez l'enfant déclarant que "*la maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité*" (4).

Le référentiel métier de la sage-femme met en lumière la protection de l'enfance comme l'une des missions inhérente à la profession à travers un rôle de prévention dans un premier temps : "*Les sages-femmes doivent avoir acquis les connaissances requises concernant : (...) la prévention de la maltraitance et des situations de vulnérabilité des femmes et des enfants*" (5), mais aussi de dépistage : "*En repérant les situations de vulnérabilité : en évaluant le lien mère-enfant*" et "*En accompagnant le développement du lien mère-enfant : en identifiant d'éventuelles distorsions du lien et en se référant à d'autres professionnels*" (5).

La sage-femme exerçant en salles de naissances et en service de maternité est l'un des témoins précoce et privilégié de la mise en place du lien mère-enfant. Elle pourra donc se trouver en première ligne pour repérer d'éventuels dysfonctionnements de la dyade mère-enfant. En effet, la grossesse et les jours suivants la naissance d'un enfant entraînent de nombreux remaniements psychiques chez les parents notamment dans l'instauration de leur "*parentalité*" (6).

La théorie de l'attachement a été développée par John Bowlby en 1957, il décrit l'attachement comme un "*besoin vital*" (7). Le lien mère-enfant s'instaure dès la naissance. Cela s'observe entre autre à travers la mise en place des interactions précoces décrites par Lebovici (8). Elles sont le fondement indispensable à la mise en place du "*bonding*" (attachement de la mère à l'enfant) qui se produit dès les premiers jours de vie, et de l'attachement (de l'enfant à sa mère) (9)(10). Des recherches récentes ont pu montrer que "*le fœtus s'anime davantage quand il est en présence de stimuli familiers (exemple : la voix de la mère)*" laissant supposer que "*l'alternance des systèmes d'exploration et d'attachement s'observe avant même la naissance*" (Miljkovitch, Gratier et Danet, 2012) (7).

Une réponse adaptée de la figure d'attachement aux besoins d'un nouveau-né lui procure une "*base sécurisante*" décrite par Mary Ainsworth en 1967 qui faciliterait le développement de son autonomie future (7). A l'inverse, si les réponses de la figure d'attachement ne sont pas adaptées ou inexistantes cela peut entraîner le développement de psychopathologies chez l'enfant et de difficultés à établir des relations sociales dans le futur, voire conduire à des carences affectives, sociales et cognitives graves (7).

L'instauration de la relation parents-enfant qui se joue donc dès les salles d'accouchement et le séjour en maternité est un élément crucial au bon développement du nouveau-né. Il appartient à la sage-femme de s'assurer de sa bonne mise en place. De la même manière, elle devra se montrer vigilante en cas de situations à risque pour le nouveau-né.

Lorsque *"la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises"* une ordonnance de placement provisoire peut être prononcée (11)(12). Cette mesure judiciaire peut être prise par le procureur de la république dans des situations d'urgence comme celles survenant parfois lors d'un séjour en maternité. Elle doit être revue par le juge des enfants dans les huit jours suivants. Elle ne consiste pas en un retrait de l'autorité parentale qui est conservée mais permet un placement de l'enfant hors du milieu familial en cas de mise en danger de ce dernier : *"lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles (...) affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée (...) afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie (...)"*(11).

D'après la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), fin 2017, en France, 341 000 mineurs faisaient l'objet d'une mesure en protection de l'enfance (13). Sur l'ensemble de ces mesures, les placements représentaient plus de la moitié : 52 % des mineurs suivis par l'aide sociale à l'enfance (ASE) étaient concernés (13). Le nombre de placements est en augmentation : il avait augmenté de 4,2 % en un an entre 2016 et 2017, et de 10,4 % depuis 2013 (13).

Ces situations de séparations précoces mère-enfant peuvent être sources de souffrance de la part des professionnels au contact de ces familles. Plusieurs auteurs abordent la question de la souffrance chez les professionnels de la protection de l'enfance intervenant après la naissance (14)(15)(16). Nous n'avons pas de données concernant le vécu de ces séparations précoces mère-enfant dans la profession de sage-femme.

C'est en partant de ce constat, et d'une situation rencontrée en service de maternité, que nous nous sommes attachés à explorer le vécu des sages-femmes face à ces situations de séparations mères-enfants précoces.

II - SITUATION CLINIQUE OBSERVÉE

Ce travail de recherche est motivé par une expérience personnelle d'étudiante sage-femme. Nous avons été témoin, au cours d'un stage en service de maternité, de la réalisation du placement d'un nouveau-né au troisième jour du séjour en maternité sur décision d'un juge ayant prononcé une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP).

En anténatal, la vigilance la plus importante avait été émise concernant le père de l'enfant qui avait dans son casier judiciaire des antécédents d'actes pédophiles.

Le délai des trois jours durant lesquels l'enfant est resté auprès de sa mère dans le service des suites de couches était destiné à l'observation et l'évaluation par les différents professionnels (sages-femmes, auxiliaires de puériculture, infirmières puéricultrices, médecins...) du lien parents-enfant et de l'existence d'un danger avéré ou non pour ce dernier.

Ce travail d'observation et d'accompagnement de la mère amenait l'équipe à une grande ambivalence dans leurs ressentis vis à vis de cette femme, il s'agissait de la soutenir dans sa maternité tout en restant vigilant à ce que l'entourage de cet enfant puisse lui assurer sécurité et bienveillance. Nous avons pu observer combien il était difficile de ne pas confondre méfiance et vigilance, de porter un regard neutre sur ce couple mère-enfant.

Nous avons pu constater combien les affects et les projections personnels de chacun pouvaient être mobilisés malgré eux. Les décisions qui découlent de ces observations sont lourdes de conséquences et ces situations chargées en émotions ne laissent pas les soignants indifférents.

Par ailleurs, de nombreux corps de métiers étant amenés à intervenir auprès de cette famille, du début de grossesse à la prise en charge après l'accouchement, la communication entre ces différents professionnels s'est avérée à certains moments compliquée voire conflictuelle.

Le jour où l'ordonnance de placement a été prononcée, il y a eu une mise en retrait du personnel du service en charge de la patiente (sage-femme et auxiliaire de puériculture), qui ont passé le relai à la cadre de service et aux agents de sécurité présents lors du placement. Ils ne sont pas retournés voir cette patiente qui est sortie le jour même du service de maternité. Était-ce par appréhension des affects que cela mobiliserait chez eux ? Par manque de ressources afin de soutenir cette patiente ? Par quels moyens faciliter la communication entre les acteurs ?

Le point de départ de notre questionnement a été de constater cette souffrance qu'avait provoqué la séparation d'un enfant de sa mère chez les professionnels, mais aussi le manque de clarté quant au rôle de la sage-femme hospitalière dans ces situations de placements durant le séjour en maternité.

III - MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

1) Objet de l'étude

A. Problématique

Nous avons cherché à explorer le vécu et la place perçue par les sages-femmes confrontés.es à l'accompagnement de patientes dont le nouveau-né fait l'objet d'une ordonnance de placement à la naissance ou durant le séjour en maternité.

B. Objectifs

Notre objectif principal était de recueillir le vécu et les ressentis de sages-femmes ayant rencontré cette situation. Nous souhaitions également recueillir les perceptions des sages-femmes vis à vis de leur rôle auprès de ces dyades mères-enfants et de leur place au sein de la prise en charge.

2) Matériel et méthode

A. Etude

Nous avons choisi de mener une étude qualitative réalisée par entretiens semi-directifs. N'ayant que peu de données sur le sujet nous souhaitions récolter des témoignages les plus riches possibles.

B. Population

La population interrogée dans cette enquête est constituée de sages-femmes exerçant en établissements de santé publics et privés.

Les sages-femmes ayant participé à l'enquête devaient avoir déjà rencontré une situation d'ordonnance de placement d'un nouveau-né dès la naissance ou durant le séjour en maternité et avoir participé à la prise en charge de cette dyade mère-enfant au cours de son exercice de professionnel.le diplômé.e.

C. Recrutement

Afin de recruter les sages-femmes correspondant à nos critères, nous avons pris contact avec les coordinatrices en maïeutique de maternités des Côtes d'Armor et du Finistère :

- Centre hospitalier de Saint-Brieuc (maternité de niveau 3)
- Centre hospitalier de Guingamp (maternité de niveau 1)
- Hôpital privé des Côtes d'Armor (maternité de niveau 2)
- Centre hospitalier de Lannion (maternité de niveau 1)
- Centre hospitalier régional universitaire de Brest (maternité de niveau 3)

Les coordonnatrices nous ont transmis les coordonnées de sages-femmes de leur service ayant rencontré la situation étudiée. Nous les avons ensuite contactés.es par leurs adresses mail professionnelles pour leur proposer la réalisation d'un entretien.

3) Outils

En vue de la préparation des entretiens semi-directifs nous avons réalisé un guide d'entretien disponible en Annexe I. Nous avons détaché trois thématiques :

- Vécu des sages-femmes
- Place perçue par la sage-femme dans la prise en charge de ces patientes
- Souhaits et axes d'amélioration

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'une l'application dictaphone sur Smartphone. Le consentement à l'enregistrement des échanges a été recueilli par oral au début de chaque entretien. Ils ont par la suite été anonymisés, retranscrits sur Word puis supprimés.

L'ensemble des entretiens a pu être analysé à l'aide d'une grille d'analyse disponible en Annexe II. Pour la réaliser nous nous sommes appuyés sur l'étude des champs lexicaux et avons relevé les principaux thèmes et sous-thèmes ressortant de l'analyse des entretiens.

IV - RÉSULTATS ET ANALYSE

1) Présentation de la population interrogée

Sages-femmes	Durée	Année du diplôme	Services d'exercice	Nombre d'années d'exercice
Mme A	12 min	2000	Salles de naissances, Suites de couches, Consultations	20 ans
Mme B	32 min	1985	Suites de couches, Grossesse à Haut Risque	35 ans
Mme C	32 min	2001	Salles de naissances, Suites de couches, Grossesse à Haut Risque <i>Ayant eu des fonctions d'encadrement</i>	19 ans
Mme D	24 min	2006	Salles de naissances, Suites de couches, Grossesse à Haut Risque <i>Ayant eu des fonctions d'encadrement</i>	13 ans
Mme E	11 min	2014	Salles de naissances, Suites de couches, Grossesse à Haut Risque	15 ans
Mme F	32 min	2011	Salles de naissances, Suites de couches, Grossesse à Haut Risque	8 ans
Mme G	38 min	2001	Salles de naissances, Suites de couches, Grossesse à Haut Risque <i>Ayant eu des fonctions d'encadrement</i>	18 ans

L'échantillon de sages-femmes ayant participé à ce travail de recherche est composé uniquement de femmes. Elles travaillent toutes dans une maternité de niveau 3. Six d'entre elles sont issues du CHRU de Brest et une d'entre elles du CH de Saint-Brieuc. La plus expérimentée était diplômée depuis 35 ans et la plus jeune diplômée depuis 8 ans. Elles exerçaient toutes dans le service de suites de naissances. La majorité, à savoir 6 sur 7 avaient également une activité en salles de naissances. Une seule avait une activité en consultations prénatales.

Trois d'entre elles ont eu des fonctions d'encadrement au cours de leur carrière en tant que "sage-femme référente" de manière ponctuelle. Pour deux d'entre elles : Mme C et Mme D, elles

exerçaient cette fonction au moment où elles ont accompagné une patiente dont le nouveau-né a été placé. Mme G, elle, a vécu cet accompagnement plusieurs fois : en tant que sage-femme référente, mais également en tant que sage-femme dans le service de suites de naissance.

2) Le vécu de la sage-femme

A. La relation soignant-soigné

1- Posture de la sage-femme

Les sages-femmes interrogées ont toutes mentionné la singularité de leur posture de soignante dans leur relation avec ces femmes dont le nouveau-né a été placé dès la salle de naissance ou bien durant le séjour en maternité.

Elles évoquent en premier lieu **une grande part de non-dits**. Mme B nous confie à propos d'une patiente dont elle s'est occupée en Grossesse à haut risque (GHR) pour qui un placement du nouveau-né était prévu au moment de la naissance : "*(...) en fait dès qu'elle abordait le futur avec son enfant on en parlait pas. Alors c'était difficile parce qu'effectivement soit on faisait semblant de ne pas avoir entendu, soit on disait "bah je vais vous prendre votre tension", enfin faire un truc autre pour ne pas en parler quoi, c'est parce que c'était vraiment le truc qu'on abordait pas. En tous cas moi y avait pas forcément de conduite à tenir établie claire mais moi je me sentais pas de dire "bah oui avec votre enfant..." puisque je savais très bien qu'elle n'aurait jamais son enfant quoi. Donc moi j'adoptais cette logique d'évitement pour ne pas avoir à aborder...*". Cette notion de "non-dits" et d'évitement est rapportée par 5 des 7 sages-femmes. Cette problématique se posait principalement lorsque les patientes abordaient le futur avec leur enfant ou avaient des interrogations quant au déroulement ou à la durée du séjour parfois prolongé en maternité sans justification médicale mais en prévision de la préparation du placement du nouveau-né. Dans la totalité des situations rencontrées par les sages-femmes la mère n'était pas informée d'un possible placement de son enfant.

Quatre d'entre elles iront **jusqu'à employer le terme de "mensonges"**. "*Après ce qui est difficile je trouve c'est que auprès de la patiente c'est beaucoup de mensonges... Dans le sens où à un moment on sait que, ben on sait que la décision va être prise, et on est obligés de mentir un peu à la patiente*" nous dit Mme F au sujet de l'attente de la décision de placement.

Mme D, elle, évoque **une trahison de la confiance de la patiente** : "*C'est-à-dire le placement de ses enfants lui a été quand même caché (...). Donc du coup dans la relation soignant-soigné c'était difficile parce que... Je me rappelle de ça en fait, elle nous posait des questions « Mais pourquoi je reste hospitalisée ? » « Pourquoi je peux pas rentrer à la maison » et on était obligés en fait de lui inventer un peu des raisons d'hospitalisation qui n'étaient pas justifiées donc c'était pas facile en terme de franchise, de communication avec la patiente...(...). Parce que normalement habituellement dans une relation soignant-soigné y a une confiance en fait qui s'établit entre le soignant et le soigné*

et là... Y avait un peu une trahison en fait de la part de l'équipe de cette confiance". Mme A appuie cette idée en décrivant la réaction de sa patiente après que le placement ait été réalisé "Elle nous a plus du tout fait confiance hein (...). Elle faisait la tête (...)", tandis que Mme C a pu dire "Vous avez des femmes qui vont exploser... quitter la maternité parce qu'elles veulent plus... voilà elle se sentent trahies (...)".

Des problématiques évoquées précédemment d'honnêteté et de confiance émerge une inquiétude de la part des sages-femmes, celle de pouvoir être "maltraitantes" envers la patiente. **L'idée de maltraitance** est présente entre autres dans les propos Mme C : "C'est quand même assez compliqué. Et puis c'est de trouver le... de ne pas être maltraitant pour ces femmes". Par ce terme de maltraitance les sages-femmes évoquent **l'ambivalence de leur posture de soignantes** : être dans le soin de la nouvelle accouchée tout en étant forcée de cacher certaines informations, parfois de mentir à la patiente, et pour finir d'organiser le placement de son nouveau-né.

2- Singularité des patientes

Le discours de l'ensemble des sages-femmes rapporte une particularité inhérente au contexte de vie de ces patientes mais aussi aux patientes en elles-mêmes. La caractéristique commune à toutes les situations, aussi différentes soient-elles, est **la vulnérabilité de ces femmes**. Mme G évoque leur passé souvent chargé : "il y a en général chez ces femmes un parcours qui est quand même très douloureux", elle ajoute "encore une fois ces femmes, elles sont très souvent victimes de ce qu'elles ont pu connaître". Mme C décrit "des terrains de fragilité", et précise "(...) ce sont souvent des femmes qui sont dans des situations de vie plus difficiles". On a pu retrouver dans le récit des situations exposées par l'ensemble de sages-femmes : des histoires de violences conjugales, d'addictions, de défaillances maternelles, de pathologies psychiatriques maternelles, de précarité, d'isolement familial et social...

La seconde caractéristique d'une grande partie de ces patientes qui a pu être décrite consiste en **une forme de repli sur elles-mêmes** allant dans certains cas jusqu'au refus de soin. Mme G notamment évoque plusieurs fois le repli sur soi dans son discours : "elles peuvent être très braques et fermées" mais encore "(...) t'as des patientes pour qui c'est très dur, faut vachement gratter...", elle emploie le terme de "carapace". Mme C y a aussi été confrontée : "Des femmes qui du coup ne parlaient pas, euh disaient d'accord juste pour une tension ou un examen clinique et c'est tout."

Au sujet du refus de prise en charge pouvant survenir parfois, Mme G l'explique comme "une défiance à l'encontre de tout ce qui va être institutionnel" à propos à la fois des services sociaux et du personnel hospitalier. Mme C, elle, mentionne certains cas où la méfiance concerne principalement les services sociaux : "(...) ça peut être des gens qui sont déjà suivis par la protection maternelle et infantile en amont, ou des fois qui les refusent parce que c'est des gens qui sont déjà dans

des situations de précarité ou de difficultés quel qu'elles soient et qui, justement refusent cette approche (...)". Ces réactions de défiance ou de refus de prise en charge par certains professionnels sont décrites comme accentuées par Mmes C et G concernant "(...) des gens qui ont déjà eu des enfants placés (...) et qui fuient tout cet accompagnement là pour ne pas revivre ça".

3- Biais dans la relation

L'idée d'un biais existant dans la relation soignant-soigné est présente dans le discours de certaines sages-femmes. Elles ont pu l'expliquer de différentes manières.

Le biais le plus fréquemment mentionné se situe du côté du soignant. Il s'agit de **l'absence de neutralité de la part du professionnel** à l'entrée dans la relation. Mme C nous fait part de son état d'esprit en allant à la rencontre ces femmes par ces mots : "(...) c'est certain que c'est des relations qui sont différentes parce que d'entrée de jeu on est averties, alertées, comme quoi il faut faire attention au lien mère enfant etc chez ces patientes donc on part déjà avec un à priori". Elle ajoute "(...) on part déjà avec un jugement dans notre relation quoi. On est peut être... peut être pas aussi bienveillantes à la base qu'avec une autre patiente.". Mme G, elle, pourra aller plus loin en évoquant parfois "une certaine antipathie" selon les situations rencontrées. A l'inverse, elle a pu dire au sujet d'une jeune femme très vulnérable qu'elle avait accompagné dont le nouveau-né avait été placé : "(...) elle était très touchante donc ça me donnait vraiment l'envie de la mater (...)". Des caractéristiques de la patiente et de son contexte, découlent donc deux réactions à l'opposé : d'un côté "l'antipathie", de l'autre "l'envie de mater".

Le second biais évoqué se situe cette fois du côté de la patiente. Il a pu être exprimé de deux manières différentes. Il concerne **le comportement de la femme face au soignant** : certaines vont se refermer sur elles-mêmes du fait de la surveillance effectuée au cours du séjour et d'autres vont au contraire se forcer à surjouer leur relation avec leur enfant toujours du fait de l'évaluation en cours.

La première réaction est décrite par Mme C : "On a des femmes qui justement, puisqu'elles se sentent peut être euh... surveillées, ciblées, euh... avec possiblement cette échéance là... et cette... ce drame pour elles au bout, vont complètement se refermer".

La seconde l'est par Mme G : " Des fois je m'interroge toujours, elles-mêmes, sur leur liberté d'expression, sur... Comment tu veux t'exprimer bien avec ton bébé ? Tu sais que la plupart elles savent bien qu'on est là, qu'on regarde, c'est... Ça fait de la peine je trouve, parce que tu sens bien que c'est un rapport forcé en fait qu'elles ont avec le bébé et des fois elles leur parlent, elles leur parlent, elles leur parlent... Bon bah t'as presque envie de dire "non mais personne ne parlerait autant à son nouveau-né quoi" (rires), "laisse le dormir".".

Un biais d'une autre nature a pu être relevé par Mme G au sujet de la réaction de certaines de ses collègues : *"Je me souviens avoir vu certaines de mes collègues (...) qu'étaient pareil, très remontrées "ouais c'est n'importe quoi"... Et je trouve que tu sens là clairement y a de l'affect en fait. (...) Alors que c'est pas notre bébé, ça reste une patiente, on n'est pas à sa place, on n'a pas à être en souffrance pour elle etc. Voilà, ça éviterait de tout mélanger. On n'est pas copines avec les... Et je me souviens justement de ma collègue sage-femme c'est marrant parce que quand elle m'en parlait c'est comme si elle était proche de la nana tu vois, enfin de la patiente. C'était presque "non mais attends n'importe quoi tu te rends compte", je me suis même demandée si elle la tutoyait pas la dame quoi. Enfin tu vois c'était un truc complètement dingue."*

4-Importance de la qualité de la relation

Malgré une relation soignant-soigné avec ses particularités et ses difficultés, Mme G en particulier a souligné **l'importance de la qualité de cette relation** pour plusieurs raisons qu'elle a détaillées.

Mme G explique en premier lieu que *"L'idée était pas de rompre non plus le lien avec la patiente, tu vois parce que même si elle n'avait plus son enfant tu te dis toujours elle peut en avoir un autre derrière, si elle commence même à se méfier de l'hôpital..."*. Elle donne ce premier argument dans un objectif de poursuite de la mission de protection de l'enfance pour de possibles futurs enfants.

Toujours dans un souci de protection de l'enfance, elle avance un second argument : *"vraiment faut essayer de tisser un lien très fort pour essayer de les comprendre, de savoir comment elles fonctionnent, de savoir aussi finalement, pas seulement pour les aider malheureusement, mais toujours dans ton rôle de protection de l'enfance, c'est de savoir ce que risque exactement l'enfant. Qui fait quoi à la maison ? etc... Qui s'occupe des mômes ?"*

Enfin, elle termine avec cet argument cette fois-ci centré sur l'accompagnement de ces patientes vulnérables : *"Je ne sais pas je trouve, de lui donner un moment, enfin du moins si elle souhaite y répondre, enfin si ça l'intéresse. Un temps d'écoute aussi... C'est pas forcément des patientes qui savent bien se livrer, souvent il y a un certain isolement, soit dans leur environnement ou soit un isolement parce qu'on ne leur pas appris à se livrer, y en a beaucoup qui ont un parcours institutionnel (...)"*.

B. La violence

Le **champ lexical de la violence est omniprésent** dans les récits des sages-femmes. On y distingue une part de violence issue du contexte de vie des patientes et une autre part issue du déroulement du placement des nouveau-nés en eux-mêmes.

Le thème de la violence est évoqué par les 7 sages-femmes. Il y a en premier lieu la violence intrinsèque à la situation de vie des patientes. A ce sujet, dans 3 des 7 situations évoquées par les sages-femmes, les forces de l'ordre ont dû être présentes au moment du placement de l'enfant du fait d'un contexte de violence préexistant ou qui pouvait s'amplifier à ce moment-là. Mme D nous explique : *"Alors là c'était très particulier parce que comme on était assez inquiets d'un contexte éventuellement violent du père, déjà les services de police en fait étaient à l'entrée du bâtiment et prêts à intervenir en cas de réaction en fait du papa."*, et cela va même plus loin *"Donc, je me rappelle qu'on m'avait demandé, enfin la psychiatre m'avait dit, de préparer une seringue de loxapac pour envisager en fait une injection pour la papa en fonction de sa réaction. Donc ça a été vraiment difficile."*

Puis, vient la violence extrinsèque, qui elle résulte du retrait de leur nouveau-né. Dans les différentes situations rencontrées par les 7 sages-femmes, l'ordonnance de placement était annoncée dès les salles de naissance dans 2 des situations et pendant le séjour en maternité pour les autres. Concernant les placements ayant été réalisés en maternité, dans les 2 établissements dont étaient issues les sages-femmes, le retrait du nouveau-né était effectué pendant qu'un entretien était réalisé avec les parents ou la mère seule pour lui ou leur annoncer la décision prise par le juge. La confrontation à la réalité par la mère au moment de l'annonce ou à son retour en chambre est dans tous les cas décrite comme violente. Mme D décrit ce moment au sujet d'un placement de jumeaux : *"Donc y a pas eu en fait d'annonce préalable parce que le contexte était tellement particulier et pouvait générer une telle violence que la décision a été fait de... de récupérer en fait les enfants pendant l'entretien, donc quand la maman et la papa sont revenus dans la chambre les enfants n'étaient plus dans leurs berceaux. Donc c'était... voilà. Donc ça a été assez violent quand même pour ce couple là parce que la maman quand elle est arrivée ses bébés n'étaient plus dans la chambre donc y a eu des hurlements, enfin voilà euh..."*. Elle précise *"(...) et c'est vrai que c'était très violent à la fois je pense pour les parents et pour l'équipe que ça puisse se passer comme ça"*. Mme F elle aussi évoque la violence de ces situations : *"Après l'entretien quoi, quand elles sortent du bureau et que du coup elle retourne dans sa chambre, du coup c'est assez violent souvent, enfin les deux fois c'était assez violent, parce que elles cherchent leur bébé partout... Et du coup le ton monte vite quoi. (...) il y a pu en avoir dans le service avec des patientes vraiment menaçantes envers le personnel bien qu'on leur explique que au final nous on fait que appliquer ce que nous ordonne le juge en fait quoi."*. Mme G va jusqu'à évoquer des équipes qui ont pu se sentir en danger dans certaines de ces situations du fait de la violence générée.

C. Le ressenti des sages-femmes

Les situations de placements de nouveau-nés n'étant heureusement pas le quotidien des sages-femmes dans le service des suites de naissance et s'accompagnant bien souvent de contextes

difficiles et de potentielles violences, elles génèrent chez les professionnelles interrogées des ressentis assez forts dont elles nous ont fait part.

La colère est une émotion qui a pu être décrite par Mme B et Mme G de manière assez forte, les deux ont qualifié ces pratiques de placement de nouveau-né de "dégueulasse". C'est un "mouvement de colère" qualifié de "vraiment abominable" et un sentiment de révolte qui se sont emparés de Mme B : " *Après, j'ai eu un moment de révolte en me disant c'est quand même dégueulasse... Enfin... C'est quand même assez dégueulasse ce qu'on vient de faire, on vient de retirer un enfant à sa mère quoi*". Mme G témoigne elle aussi en ce sens : " *J'avais trouvé ça franchement dégueulasse quoi ! Clairement ! J'étais vachement remontée ! J'étais en colère je me souviens.*"

Chez Mme B nous pouvons percevoir aussi une forme de déstabilisation lorsqu'elle nous confie " *Donc voilà ça c'est des histoires qui ébranlent un peu nos certitudes.*"

Les représentations de la séparation mère-enfant sont très dures dans les propos des sages-femmes. Mme A décrit cela comme " *un rapt d'enfant*" ou encore " *un bébé arraché à sa mère*". Mme C quant à elle amène le terme de " *rupture*" qui peut être utilisé pour décrire ces situations. Mme F formule clairement l'impact de son ressenti de mère sur sa représentation : " *(...) tu te mets dans ta position de maman et tu te dis que c'est déchirant en fait d'enlever un enfant à sa mère parce que dans les faits c'est vraiment un enlèvement d'enfant parce qu'en plus on fait ça un petit peu derrière son dos.*". Mme F insiste sur la façon dont se déroulent les placements et s'interroge sur le fait de ne pas laisser la liberté à la mère de dire au revoir à son enfant mais elle conclut en se disant que c'est la moins mauvaise manière de faire afin " *que ce soit pas des au revoir dans les pleurs et les cris, pour que ce soit fait en douceur*".

Les questionnements de Mme B reflètent un sentiment de **culpabilité** : " *Parce que je me suis toujours posé la question de savoir si elle m'avait pas mis dans la boucle des gens qui lui avaient enlevé son enfant, et j'ai jamais pu lui dire hein que j'étais pas dans la boucle mais que j'étais dans cette décision qui avait été prise et que je devais faire ce qu'on me demandait de faire quoi*". Et Mme B va plus loin, elle va jusqu'à comparer son accompagnement à de la "collaboration" : " *Parce qu'on a collaboré à l'histoire quand même quoi hein, vous voyez, quelque part.*"

Sous une certaine forme de culpabilité, **la peur des sages-femmes d'être maltraitantes** envers la patiente est exprimée par Mme C notamment : " *Mais de se dire "Est-ce que pour la mère ça va pas être pire que la situation dans laquelle elle est déjà ?". Je pense que ça c'est difficile pour nous en tant que sages-femmes.*"

Ce sont des situations qui touchent à l'**affect**, nous pouvons le constater chez l'ensemble des sages-femmes et particulièrement chez Mme E qui le verbalise clairement "Après moi dans ma vie personnelle ou professionnelle oui c'est sur que ça affecte (...)". Nous le percevons aussi dans les propos de Mme F et Mme G faisant référence à leurs représentations personnelles de mères. "C'est un petit peu le rôle d'une vie en fait d'être mère. Alors on a son boulot etc comme des millions d'autres, enfin tu me diras on est mères comme des millions d'autres aussi, mais... Pour la plupart des personnes quand même, c'est l'attache la plus importante, c'est la priorité, donc quand on t'enlève ça, c'est quand même une partie de toi qu'on enlève hein." nous dit Mme G. "(...) tu te mets dans ta position de maman et tu te dis que c'est déchirant en fait d'enlever un enfant à sa mère parce que dans les faits c'est vraiment un enlèvement d'enfant" selon Mme F.

La **tristesse** est mentionnée par Mme E "Ca t'attriste forcément. Ca... Voilà, tu penses à ce bébé, tu penses à son avenir, à l'avenir de cette patiente aussi, le côté je rentre chez moi j'ai plus rien, j'ai plus personne, j'ai plus de bébé. Même si tu sais que c'est pour son bien être à lui, ça fait toujours quand même quelque chose quoi." et Mme G "Il y a ce côté extrêmement triste, je me dis que ces femmes elles doivent quand même être bouleversées de, c'est pas rien quoi d'enlever un enfant, quelque part c'est...".

La **douleur** a marqué Mme G : "(...) et j'en ai un souvenir assez douloureux... Assez douloureux quand même parce que ça m'avait beaucoup touchée."

"(...) c'est des histoires qui nous percutent (...)" nous dira Mme B.

L'**incompréhension** se lit dans le discours de deux sages-femmes : Mme A et Mme G. Mme G le décrit lorsqu'elle se rappelle un accompagnement qu'elle avait réalisé étant jeune sage-femme "Moi j'avais pas bien vécu justement l'expérience du premier placement auquel j'avais été confrontée quand j'étais relativement jeune sage-femme, parce que j'avais rien compris quoi.", elle y voit aussi une forme d'innocence : "J'étais beaucoup plus innocente quand j'étais jeune sage-femme parce que au départ j'ai été très peu confrontée à ça ou du moins de loin, enfin pas...". "C'est presque comme si nous aussi on nous avait trompées. Alors que c'est pas notre bébé, ça reste une patiente, on n'est pas à sa place, on n'a pas à être en souffrance pour elle etc" ajoutera Mme G.

Le sentiment de **peur** est décrit dans l'accompagnement de patientes avec un contexte de violence et en particulier en cas de présence d'un conjoint violent au moment du placement. "Et puis ce qui était difficile à gérer aussi c'était toute l'anxiété, enfin l'angoisse de l'équipe par rapport à la réaction de ce papa qu'aurait pu être violente" décrit Mme D.

Mme A, elle, a été *"très choquée de la façon dont ça a été fait"*.

La majorité des sentiments exprimés sont plutôt négatifs, cependant elles ont été trois à mentionner **une part de ressenti positif**. Mme B a beaucoup apprécié le travail en équipe autour du cas de sa patiente. En effet, sa patiente ayant été hospitalisée en GHR avant son accouchement elle a pu créer un lien avec elle. Souffrant d'une pathologie psychiatrique il lui a été demandé de l'accompagner durant son travail en salles de naissances afin de la sécuriser en complément de la sage-femme de naissance. A propos de cet accompagnement Mme B nous dit *"Mais j'étais très contente d'être là parce qu'effectivement c'était dans le souci d'aider la patiente"*. Mme F qui a pu participer aux synthèses pluridisciplinaires a trouvé cela *"assez riche"*. *"Et moi je trouve que c'est aussi une situation extrêmement intéressante, je vais pas me réjouir de ça parce que c'est beaucoup de souffrance pour elle, pour son enfant, etc. Je trouve que ce sont des situations extrêmement intéressantes et riches parce qu'en plus c'est un travail après clairement d'équipe là c'est au-delà du travail simplement de l'hôpital (...)"* déclare Mme G.

D. L'acceptation

Nous avons pu relever dans les témoignages des sages-femmes des facteurs facilitant l'acceptation du placement d'un nouveau-né et au contraire ceux rendant le vécu des professionnelles en question plus difficile.

Parmi les facteurs aidant à l'acceptation de la décision prise par le procureur figure **le fait que la sage-femme perçoive un danger imminent** important pour l'enfant. C'était le cas de Mme B *"Donc je pense qu'il y avait vraiment eu des choses très lourdes dans le passé de cette femme pour qu'on en soit arrivés à ce genre de décision. Donc y a eu un moment de révolte parce que je trouve qu'au niveau humain c'était très... très fort. Mais après il y a eu l'acceptation parce qu'on disait effectivement peut être que... Peut être que ce bébé était en danger de mort si on lui avait laissé à elle quoi hein."*

Mme B a trouvé rassurant de rediscuter avec la psychiatre qui prenait en charge sa patiente pour qu'on lui confirme que *"(...) c'était une décision qui n'était pas prise à la légère bien sûr"*. *"Mais c'est vrai que c'est tout l'acceptation de cette décision, alors qu'on ne sait pas, mais il faut l'accepter et se dire que c'est pour le bien de la femme et de l'enfant quoi"* conclut Mme B.

Mme D évoque *"un recul"* en tant que professionnel qui est nécessaire et qui permettrait d'accepter dans ce cas que la protection de cet enfant passe avant tout le reste.

Pour Mme F, c'est notamment le fait d'avoir été **informée des carences chez les aînés de la patiente** qui l'a confortée dans l'accompagnement de la décision de placement : *"On avait déjà*

des faits, des faits qui étaient relatés des carences des enfants d'avant, donc comme on voit... Enfin voilà les enfants ils avaient déjà des gros retards... Dû aux carences affectives et éducatives ils avaient déjà des gros retards au niveau des acquisitions au sens large et donc bah quand on voit les dégâts que ça peut faire rien que au bout de 3-4 ans c'est là que on se dit que bah c'est essentiel de prendre en charge ces enfants dès... bah dès la maternité." "Donc j'étais plus au final, aux vues des faits qui étaient exposés, un peu soulagée pour cet enfant qu'allait être placé dans une famille qui allait prendre soin de lui." ajoute Mme F.

Un autre point qui a participé au "soulagement" de Mme F étant la **précocité des répercussions sur le nouveau-né** d'une distorsion du lien mère-enfant : *"ce qui était assez troublant, et pourtant je le savais théoriquement, c'est que dès quelques jours de vie le nouveau-né il montrait déjà des signes de... de fuite du regard maternel etc, parce que sa mère le regardait très peu, et donc on se disait, enfin je me disais "ouah il a que quelques jours et en fait y a déjà un impact sur lui" alors effectivement si on laisse comme ça pendant des mois ou des années avec sa mère, ça va être la cata quoi".*

Les sages-femmes ayant pu **participer aux différentes synthèses** autour du cas des patientes qu'elles ont accompagnées décrivent une meilleure acceptation. Selon Mme G qui a connu cet accompagnement en tant que sage-femme et en tant que "sage-femme référente" dit l'avoir mieux vécu en tant que "faisant fonction de cadre". Dans sa position de sage-femme, elle voyait les choses *"comme si tu vas au tribunal et que t'as que l'accusation qui s'exprime et pas la défense."* puis en tant que cadre : *"Même si là t'es directement impliqué parce que tu représentes le service, finalement tu sais pourquoi tu le fais, t'es vraiment pétrie dans l'idée que la priorité c'est la protection de l'enfant quoi, et en partant de ce principe là t'es un peu plus blindée en fait, t'y vas, y a toujours beaucoup d'émotions, mais... Voilà t'as pas l'impression que... qu'on est dans une situation on de façon arbitraire (bruitage) on prend l'enfant.*

A l'inverse, Mme A témoigne d'une situation plus difficile à accepter du fait d'une **discordance de points de vue entre professionnels** sur l'évaluation des capacités maternelles : *"J'étais peut être pas non plus très inquiète pour cette patiente et son enfant et certes elle avait des antécédents mais dans l'immédiat j'étais pas inquiète donc c'est peut être ça qui m'a encore plus troublée dans ce placement. Parce qu'on a eu un autre placement où je n'ai pas participé mais où on a beaucoup entendu parlé où là c'était une évidence pour tout le monde qu'il fallait que cet enfant soit placé. Donc plus facile à accepter (...) Et puis surtout voilà il y avait eu l'écrit de notre collègue qui nous paraissait peut être pas tout à fait fondé et qui nous voilà... On s'est dit si en plus c'est injuste c'est... Y avait ça qui se surajoutait au côté injuste de la chose mais euh... Vraiment ouais, mal vécu quand même." ce qui appuie l'idée exprimée précédemment.*

Plusieurs sages-femmes trouvent difficile de **ne plus avoir de nouvelles ni de la femme ni de l'enfant par la suite** : "(...) on a jamais la suite. Et ça c'est très difficile aussi. De savoir, ce travail là, de savoir, bah voilà la dame elle part, le bébé il est placé et puis boum. Comme toute famille qui s'en va et qui passe la porte mais... celle-ci on sait que l'avenir est... compliqué." ce sont les propos de Mme C. Mme B, elle, est retournée deux jours après le placement voir l'enfant qui avait été hospitalisé dans le service de néonatalogie ce qui l'a aidé aussi dans son cheminement, elle formule l'espoir d'un avenir meilleur pour cet enfant "J'espère qu'il est heureux ce petiot mais... Je sais pas ce qu'il est devenu quoi. C'est tout notre truc on sait jamais ce qui se passe après quoi."

Le fait de **ne pas avoir toutes les informations** concernant l'histoire de la patiente et les observations qui ont déjà été faites par divers professionnels complique l'acceptation, Mme nous dit à ce propos "Mais après ouais c'est l'acceptation de se dire "bah ouais mais t'es pas au courant de tout donc tu peux pas..." mais c'est un peu frustrant quand même... Enfin pas frustrant mais ouais, de colère... de se dire "je participe à ce truc". C'est un peu dérangeant."

Mme G décrit une situation où elle a beaucoup plus de mal à accepter les choses : "C'est typiquement la grande multi qui a l'ensemble de ses enfants qui sont placés, en grandes difficultés etc etc... C'est vachement dur je trouve. (...)Passe encore si ils sont placés et qu'ils s'épanouissent mais là on disait "oh non là ils sont encore à manger comme un chien dans leur assiette alors qu'ils ont 8 ans quoi". T'as l'impression d'un énorme gâchis."

E. Iatrogénie du système ?

Certaines sages-femmes nous ont fait part de leurs interrogations sur une éventuelle iatrogénie de notre système de protection de l'enfance Français.

Mme B nous raconte l'histoire d'une patiente qu'elle a accompagnée pour sa deuxième grossesse et pour qui son aîné avait été placé à la naissance puis lui avait rendu après qu'elle ait fait appel de cette décision et qu'une enquête complémentaire ait été effectuée. Elle nous dit à propos de ce risque d'erreur de jugement : "(...) je me dis que le système peut être très iatrogène (...). Et donc c'est vrai que ces histoires-là ça fait comprendre que notre système qui se veut bienveillant et qui est parfois malveillant parce qu'il mène à des catastrophes. (...) Parce que séparer une mère de son enfant c'est pas normal quoi, c'est pas normal du tout."

Mme F évoque une patiente pour qui une partie de ses aînés avaient été placés mais pas les derniers pour des faits et contexte strictement identiques : "Et c'était un peu incompréhensible dans le sens où bah c'était difficile d'admettre qu'elle ait eu ses deux premiers de placés et pas les deux suivants alors que c'était les mêmes faits qu'étaient relatés à chaque fois en fait."

3) Place de la sage-femme dans l'accompagnement de ces patientes

A. Rôle perçu par les sages-femmes

Nous avons questionné les sages-femmes sur ce qu'elles pensaient être leur rôle auprès de ces patientes et les points de vue sont variés.

Pour 2 d'entre elles, comme Mme A, elles considèrent leur rôle comme étant le même qu'auprès de n'importe quelle autre patiente : *"On a le même rôle de surveillance, de vigilance. Je pense que je les prends en charge de la même façon."*

Pour les autres, cette situation leur donne un rôle bien particulier aux côtés de ces femmes. Mme F décrit notamment *"un très gros rôle d'écoute"*.

Pour la majorité des sages-femmes la complexité dans leur rôle auprès de ces patientes a été de **devoir assurer leur mission de protection de l'enfance mais aussi celle de soutien à la parentalité** qu'elles ont habituellement auprès des patientes. *"C'est à dire que l'on est dans un soin, elles sont en postnatal donc on continue à être dans un accompagnement de soin pour elles et en même temps on a cette annonce à faire là dans le cadre la protection de l'enfance. Et y a un moment où y a... on a l'impression qu'on est... qu'on est contradictoires et qu'on est maltraitants pour ces femmes."* nous dit Mme C. Elle décrit ensuite combien il est difficile pour elle en tant que sage-femme sensibilisée aux théories de l'attachement et aux moyens de favoriser l'instauration du lien mère-enfant de se trouver dans ce qu'elle décrit comme une *"ambivalence"* : protéger l'enfant mais être maltraitant pour la mère. Elle l'illustre avec un exemple concret au sujet de mères dont le nouveau-né sera retiré et qui souhaitent allaiter pendant leur séjour en maternité : *"C'est de se dire « qu'est-ce que je suis en train de faire ? » quoi, « je suis en train de créer un truc que je vais détruire dans deux jours »."*

Cette problématique de **savoir quelle attitude adopter** auprès de ces dyades est très présente afin de laisser leur chance à ces mères sans non plus mettre en péril leur santé mentale et celle de leur nouveau-né si un placement est décidé par la suite. Mme C appuie cette idée : *"Y a des fois où c'est compliqué d'essayer de trouver le... La bonne attitude par rapport à cette situation-là quoi, toujours dans cette ambivalence de cette souffrance de cette mère et cet enfant qui... qui si on le laisse bah rien ne se crée non plus. Et si on laisse trop bah la rupture va être importante. Alors tout dépend si on parle de séparation ou de rupture, enfin ça c'est... compliqué aussi à définir."* Avec un autre point de vue, Mme D et Mme G, elles, insistent sur **l'importance de valoriser ces mères** dans leurs compétences avec leur enfant afin de ne pas rompre définitivement le lien. Selon Mme D *"(...) après je pense que notre rôle de sage-femme c'est (...) d'avoir mis en valeur en fait ses compétences maternelles par rapport à la prise en charge de ses enfants pour pas qu'il y ait une rupture de lien qui puisse se créer (...) puisqu'on sait qu'après il va y avoir tout un travail certainement avec des visites*

possibles de cette maman (...)". Cette idée de mise en valeur des compétences maternelles pour ne pas rompre complètement le lien mère-enfant est reprise par 3 sages-femmes en tout. Mme G voit les choses de la même façon que Mme D : *"essayer de les aider au maximum pour qu'elles puissent faire leurs preuves parce qu'après tout certaines peuvent s'améliorer, parce que voilà... Valoriser tous leurs actes aussi parce que même si l'enfant après est placé c'est important qu'elles sachent qu'il y a des tas de choses qu'elles font bien et qu'elles aient encore l'envie d'aller voir leur enfant puisque y a souvent des permissions."*

Le fait d'être dans une "évaluation" avec ce couple mère-enfant plus qu'avec les autres **fait craindre aux soignant de tomber dans le jugement** : *"(...) je pense que finalement pour beaucoup c'est difficile d'aller noter tous les défauts etc parce que c'est un petit peu faire de la délation et ce qui à juste titre n'a pas très bonne presse (...). Après quand tu rappelles aux équipes voilà l'idée c'est vraiment de protéger cet enfant et qu'il faut qu'on sache etc, bon aller tout le monde fait cet effort là"* nous explique Mme G.

Mme G relève un autre risque lié à ce rôle d'évaluation qui est attribué aux soignants qui est celui de la surinterprétation : *"Alors après faut faire attention aussi à pas être non plus dans l'interprétation, parce que une mère tout à fait sympathoche, attentive (...) et bah elle a des défaillances, y a pas de mère parfaite hein. Donc des fois même une super maman quand tu lui parles des fois elle regardera pas le bébé alors qu'elle donne le bib, enfin je sais pas (rires) donc il faut pas non plus être dans la surinterprétation "ohlala elle l'a pas bien posé avec toute la douceur, la tête a cogné" mais merde quoi, ça arrive aussi à n'importe quelle mère quoi tu vois."*

Pour Mme F, son rôle de protection de l'enfance de sage-femme va au-delà du seul nouveau-né, puisque s'il existe des aînés encore à la maison et non placés, elle nous explique *"ça nous a permis aussi d'avoir un regard sur sa fille de 4 ans qui était un peu hors circuit (...) y avait un entretien où y avait la petite fille de 4 ans et du coup on avait pu évaluer les carences et ça avait pesé du coup dans la prise de décision on va dire."*

Mme C évoque **un sentiment de solitude** : *"On est assez seule (silence). Très vite seules dans cet accompagnement."* Elle évoque la présence des services sociaux etc, mais elle nous dit avoir tout de même ressenti cette solitude dans son rôle de sage-femme. Mme E exprime également ce sentiment concernant son rôle auprès de la patiente dans l'après placement : *"Et en fait sur le coup on s'est senties un peu "bah voilà nous a pris le bébé et puis bah vous vous débrouillez après avec". C'était surtout ça en fait qu'avait été un peu difficile dans cette situation là c'était le côté après, le gérer, le bébé a été placé, il a été retiré, il est parti, et après comme c'était la fin de journée et la fin de semaine bah un peu compliqué sur ça, on s'est un peu sentis tout seul."*

Un élément qui revient dans la grande majorité des discours est la **nécessité de temps supplémentaire** par rapport aux autres patientes pour accompagner au mieux ces femmes qui ont bien souvent un contexte de vie particulier mais aussi pour évaluer la situation. Pour Mmes C, F, G prendre le temps de tisser un lien de confiance est important. Selon Mme G : *"c'est des patientes qui, tant pour la protection de l'enfance que pour elles-mêmes, il faut au maximum qu'on réussisse à passer du temps, à faire en sorte qu'elle se livre"*.

L'autre problématique concernant la temporalité du séjour est évoquée entre autres par Mme C : *"Rien n'est figé mais ça reste qu'on a trois jours pour évaluer une situation et moi j'ai toujours trouvé ça extrêmement... difficile et... quelle responsabilité quoi, d'évaluer ça sur si peu de temps avec les conséquences que ça a"*. Le temps insuffisant à une telle évaluation revient dans le discours de 4 des 7 sages-femmes.

Dans l'ensemble des situations les sages-femmes n'étaient pas présentes lors de l'entretien au cours duquel est annoncé le placement, mais Mme B s'interroge à ce sujet : *"(...) c'est vrai que je me suis dis "est-ce que c'était pas à moi de lui annoncer ?" mais après je me suis dis que non parce que ce n'était pas moi qui avait pris cette décision"*.

B. La collaboration interprofessionnelle

Le **manque d'information** ressenti par les sages-femmes travaillant dans les services de maternité est un élément qui revient dans le discours de toutes les professionnelles. C'est l'un des éléments qui explique le sentiment d'incompréhension décrit par certaines plus haut concernant leur vécu du placement. *"J'ai l'impression que c'était assez cloisonné. On a pas eu assez d'info sur ce qui s'était passé avant, nous on a l'impression que ça nous est un peu tombés dessus cette, euh... décision de placement là. (...) On a eu l'impression d'être mis de côté, que ça nous concernait pas alors que on était un peu en plein coeur de l'action. (...) et on aurait peut être été plus embarqués dans la façon de le faire, voilà on aurait aimé le faire tous ensemble quoi."* explique Mme A.

Trois sages-femmes ont décrit une **discordance** entre les décisions prises ou les éléments transmis par les services sociaux et ce qu'elles ont pu évaluer elles en maternité. *"Sur un signalement d'une de nos collègues qui nous paraissait peut être pas tout à fait justifié ou euh... peut être exagéré. Enfin, ça a été du coup gros gros malaise pour tout le monde"* explique Mme A à propos de sa patiente. Selon Mme C elle n'a pas été entendue dans son désaccord : *"(...) on a parfois l'impression de ne pas être entendus, quand on vous dit que cette dame là a été suivie et que pour nous elle a tous les critères de sécurité et d'accompagnement pour son enfant et d'autres fois où on se dit bah... Les équipes disent là on a quelques craintes mais il n'y a pas forcément un RIP derrière. Donc vous voyez y a des fois où les équipes se sentent un petit peu en désaccord avec le suivi ou les services sociaux (...)"*.

Les quatre autres sages-femmes ont décrit une bonne collaboration interprofessionnelle et Mme F a même trouvé cela "*assez riche*".

Mme F est la seule sage-femme interrogée qui, n'ayant pas de fonction d'encadrement au moment du placement, a pris part aux synthèses pluridisciplinaires sur le cas de sa patiente.

4) Souhaits et axes d'amélioration

A. Mise en place de débriefings

Mme C et Mme G ont pensé que la mise en place de débriefings en équipe après avoir géré ces situations émotionnellement compliquées pourrait être bénéfique. Mme G le compare au débriefings qui peuvent être réalisés après des situations difficiles comme des grosses réanimations nouveaux-nés ou des grosses hémorragies du post partum et selon elle : "*je pense que c'est bien de pouvoir rediscuter des différentes situations puisque je suis persuadée que c'est l'expérience de ces situations qui va faire qu'on améliore notre prise en charge, notre accompagnement*". Mme G ajoute : "*Je trouve dangereux l'idée que certaines sages-femmes aient des questionnements*" concernant des sages-femmes qui auraient un mauvais vécu ou une mauvaise compréhension de ces situations.

B. Création d'un document commun à tous les professionnels

Mme A propose la rédaction d'un **protocole adapté spécialement pour ces situations à risques** : "*(...) ce serait bien parce que ça ne nous arrive pas souvent mais on est vraiment démunies quand ça arrive, (...) des lignes de conduite en disant que voilà dans cas là il faut surveiller ça, ça, ça... il faut vachement accentuer là-dessus, sur le peau à peau peut être, sur euh... Je sais pas il y a peut-être des choses particulières pour que le lien mère-enfant se fasse encore plus vite et être plus précises, plus rapides en tous cas.*".

Mme D imagine de son côté un document qui servirait "*pour mettre toutes les informations, (...) pour pouvoir réunir tous les acteurs et toutes les données*".

Mme E propose la forme d'une plaquette d'informations "*un truc qui pourrait être à disposition, qu'on pourrait lire, même donner à la patiente*".

Mme F souhaiterait avoir "*une ligne de conduite*", à savoir "*quand on nous demande "surveillance lien mère-enfant" sur des grossesses pas investies ou sur des choses qui ont déjà alertées peut être avoir des items précis sur lesquels on peut s'appuyer*".

C. Participation des SF aux synthèses pluridisciplinaires

Trois des sept sages-femmes auraient aimé la mise en place de synthèses pluriprofessionnelles en amont du placement pour mieux connaître la situation et mieux s'y

préparer. Mme A aurait aimé cette synthèse "*pour nous dire sur quoi être particulièrement vigilantes peut-être et puis nous prévenir que ça peut arriver*".

Mme C voit ces échanges aussi comme un temps pour **mieux connaître les rôles et les missions de chacun** "*(...) parce que chacun voit que ses difficultés, mais de savoir quelles sont les difficultés ou les missions des autres, pouvoir être plus en pluridisciplinarisme (...)*".

Mme E le justifie par un **besoin de plus d'informations en amont** : "*mieux nous informer sur les démarches qui sont amenées à en arriver là, qu'est-ce qui fait qu'on en arrive là, comment on en arrive là, et nous ce qu'on peut dire à la dame en fait*".

Mme G propose même l'idée d'une **formation continue** : "*une petite formation sur 2/3h où on réexplique un petit peu comment ça se passe, qui fait quoi, parce que c'est vraiment très mystérieux je pense pour l'équipe soignante*".

V - DISCUSSION

1) Principaux résultats (tableau synthèse en annexe III)

Les entretiens menés auprès des sept sages-femmes ayant participé à cette étude ont soulevé de nombreuses émotions et des ressentis ayant une connotation très majoritairement négative : colère, culpabilité, peur vis à vis des violences éventuelles, tristesse, souvenirs douloureux, incompréhension, choc, mobilisation des représentations personnelles surtout concernant la séparation mère-enfant ainsi que des affects.

Concernant la place de la sage-femme dans la prise en charge de ces patientes : les professionnelles interrogées ont évoqué des sentiments de manque d'informations, de mise à l'écart parfois, et de solitude.

La difficulté principale décrite par les sages-femmes dans leur rôle en lui même était celle d'être à la fois dans une mission de soutien à la parentalité mais aussi de protection de l'enfance auprès de ces dyades mères-enfants. Le manque de temps pour une évaluation approfondie et la peur du jugement ou de la surinterprétation dans leurs observations ont été mentionnés.

2) Limites et biais de l'étude

La situation étudiée n'étant heureusement pas courante, le recrutement de sages-femmes ayant déjà accompagnées des patientes dont le nouveau-né a été placé avant la fin du séjour en maternité n'a pas été aisé. Nous n'avons en effet eu de retour que de professionnelles exerçant en maternité de niveau 3. Nous n'avons pas pu interroger de sage-femme issue d'établissement privé non plus.

Les différentes situations exposées dans les témoignages des sages-femmes sont très variées, les récits sont denses, chaque contexte est unique, et de ce fait certains points de vue et ressentis peuvent être difficilement généralisables.

3) Les points forts de l'étude

Notre étude représente une première. Nous n'avons trouvé aucun autre travail de recherche à ce sujet pourtant essentiel car il soulève de nombreuses problématiques chez les sages-femmes qui y sont confrontées.

De part son abord qualitatif ce travail de recherche nous a permis d'explorer au mieux le vécu et les représentations des sages-femmes à travers des entretiens qui se sont avérés extrêmement riches.

Notre échantillon présente une diversité dans le nombre d'années d'expérience des sages-femmes et dans leurs secteurs d'activité ce qui a pu enrichir les échanges. Le fait que certaines

d'entre elles aient pu rencontrer cette situation pendant qu'elles exerçaient des fonctions d'encadrement apporte un point de vue différent et complémentaire à celui des sages-femmes qui étaient uniquement dans les soins.

4) Discussion des résultats

A - Vécu de la sage-femme et relation soignant-soigné

Ces séparations mères-enfants sont décrites comme majoritairement mal vécues par les sages-femmes interrogées. Elles soulèvent de nombreuses émotions négatives décrites précédemment et sont qualifiées de : rapt, arrachements, enlèvements.

Marine Lamour, psychiatre pour jeunes enfants, a beaucoup travaillé sur la souffrance des professionnels de la protection de l'enfance confrontés aux troubles graves de la parentalité et aux séparations mères-enfants et affirme : *"la souffrance des équipes est particulièrement spectaculaire quand se pose la question de la séparation du jeune enfant d'avec sa famille"* (14). Elle rapporte dans ses travaux des émotions semblables à celles recueillies par notre étude. Elle évoque des ressentis *"étranges, troublants, violents"* et des professionnels se disant *"angoissés, déstabilisés, incapables de penser (sidération), vides, excités, incompetents, impuissants, disqualifiés, isolés dans l'équipe, dépassés par l'enfant et les parents, violents envers l'enfant et/ou envers les parents, négligents envers l'enfant et/ou envers les parents, coupables."* (14). Nous avons retrouvé dans nos témoignages : l'angoisse, la déstabilisation, le sentiment d'isolement, la culpabilité.

L'auteur a pu relever des facteurs aggravant l'intensité de ces ressentis : la proximité importante des professionnels avec les parents et l'enfant, le sentiment d'isolement du professionnel, une formation insuffisante, et enfin si la problématique de la famille *"entre en résonance avec leur propre fonctionnement"* (14). Nous pouvons identifier ces mêmes facteurs aggravants au sein de nos entretiens.

Elle souligne l'importance d'entendre et de prendre en charge les ressentis négatifs pouvant être exprimés par les professionnels car *"ils entravent leurs compétences et suscitent des dysfonctionnements majeurs dans le réseau des professionnels (disqualifications, conflits intra et interinstitutionnels, etc .)"* (14). Le mauvais vécu des professionnels représente donc un élément perturbateur de la collaboration interprofessionnelle.

Elle met en garde contre un risque de burn-out chez les soignants exposés à ces souffrances du fait d'un *"épuisement émotionnel"*. Si leur ressenti n'est pas entendu, elle cite un certain nombre de répercussions possibles : *"perte de l'estime de soi, accompagnés d'attitudes professionnelles négatives, ainsi qu'une perte de l'implication, envers les usagers (...). L'intervenant vit dans un grand malaise professionnel, teinté de culpabilité. Le doute l'envahit ; il perd confiance en ses compétences"*

techniques" (). Nous voyons donc à quel point il est crucial de mettre en lumière ces ressentis, de les faire entendre, car ils sont souvent méconnus ou ignorés (14).

Nous avons pu par ailleurs constater dans les témoignages recueillis combien certaines sages-femmes, elles-mêmes mères, avaient pu entrer en souffrance pour ou avec ces femmes. *"C'est un petit peu le rôle d'une vie en fait d'être mère. (...) Pour la plupart des personnes quand même, c'est l'attache la plus importante, c'est la priorité, donc quand on t'enlève ça, c'est quand même une partie de toi qu'on enlève hein."* nous a confié Mme G. *"(...) tu te mets dans ta position de maman et tu te dis que c'est déchirant en fait d'enlever un enfant à sa mère parce que dans les faits c'est vraiment un enlèvement d'enfant"* a ressenti Mme F. Ces propos montrent combien les représentations personnelles de ces professionnelles ont pu influencer leur vécu de la situation.

Mme G a pu nous parler de la réaction d'une de ses collègues à un placement : *"Et je me souviens justement de ma collègue sage-femme c'est marrant parce que quand elle m'en parlait c'est comme si elle était proche de la nana tu vois, enfin de la patiente. C'était presque "non mais attends n'importe quoi tu te rends compte", je me suis même demandée si elle tutoyait pas la dame quoi. Enfin tu vois c'était un truc complètement dingue."* A travers cet exemple nous constatons combien la frontière est fine dans cette relation soignant-soigné entre : empathie, compassion et sympathie. Cela a un impact sur le vécu de la sage-femme dans l'accompagnement de ces patientes.

L'empathie est définie dans le dictionnaire Larousse comme la *"Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent."* (17). Le psychothérapeute, Carl Rogers précise : *"Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du «comme si»."* (18).

La sympathie peut elle être décrite comme une *"contagion des émotions"* (19).

Il faut donc distinguer empathie et sympathie. *"Les auteurs définissent l'empathie comme la simple reconnaissance des émotions d'autrui tandis que la sympathie est un partage des émotions d'autrui"* (19). *"La fonction de l'empathie est de nous permettre de savoir et de comprendre les autres et, parfois, de nuancer notre point de vue en y intégrant celui des autres. C'est l'empathie qui nous rend tolérants et bienveillants. La fonction de la sympathie est de créer des liens affectifs, de partager ses émotions, d'établir des solidarités."* selon Gérard Jorland, directeur de recherche au CNRS (19).

Il décrit ces trois concepts d'empathie, sympathie et compassion comme trois types de relations : *"l'empathie est une relation cognitive, la sympathie une relation affective et la compassion une relation agentive, au sens d'une action intentionnelle vers autrui "* (19).

Cette distinction entre empathie et sympathie peut être complexe et variable pour une sage-femme, d'une patiente à l'autre, ou d'une sage-femme à une autre. Dans notre étude, certaines ont évoqué une envie de "materner" leur patiente, des sentiments de sympathie à l'égard de certaines des femmes qu'elles ont accompagnées. Elles ont parfois été tellement bouleversées par certaines situations de placements qu'elles ont ressenti : douleur, tristesse, révolte...

Marc Lorient, sociologue, dans l'ouvrage *"la souffrance des soignants"* de Robert Holcman, évoque *"la bonne distance"* (20). Il la définit comme *"passer d'une sympathie spontanée à une empathie contrôlée"* (20). Il explique qu'elle *"a pour but non seulement de protéger la santé mentale des intervenants, mais aussi de protéger les personnes aidées"* (20). Selon lui, son non respect pourrait avoir des *"effets néfastes"* également sur les patients *"en suscitant des attentes et un attachement excessif qui pourraient donner lieu à des désillusions ou un sentiment de trahison"* (20). Et nous avons pu le constater en effet dans certains récits des sages-femmes qui ont rapporté des réactions vives de patientes ayant vécu la prise en charge comme une *"trahison de la confiance"*.

Trouver la *"bonne distance"* est donc un élément essentiel afin d'améliorer le vécu des professionnels accompagnant ces dyades mères-enfants.

B - Posture de la sage-femme

Une question éthique est soulevée par les témoignages des sages-femmes qui ont pu évoquer leur mal-être causé par les non-dits, les mensonges et les informations cachées à la patiente sur sa situation et notamment le probable placement de son enfant à la naissance ou avant la sortie de la maternité. Certaines sages-femmes ont pu percevoir dans leur relation avec leur patiente une *"trahison de la confiance"*, allant même jusqu'à redouter une forme de *"maltraitance"*.

Si le code de la santé publique est très clair au sujet du devoir d'information de la sage-femme envers les patients sur leur état de santé et les soins qu'on leur délivre, la question se pose du devoir d'informer les parents du probable placement de leur enfant (21). Le code de déontologie des sages-femmes précise : *"Sous réserve des dispositions de l'article L.1111-7 et pour des raisons légitimes que la sage-femme apprécie en conscience, une patiente peut être laissée dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave la concernant."* (22). Le placement est une mesure judiciaire, il ne concerne pas l'état de santé à proprement parler ni de la mère ni de l'enfant, elle ne constitue pas non plus un soin, nous pouvons donc nous demander si elle rentre dans le cadre du devoir d'information du soignant ? Ou bien dans celui du droit de réserve de la sage-femme ?

En protection de l'enfance la loi n'apporte pas d'élément quant à la transparence ou non des professionnels sur les évaluations en cours ou les mesures envisagées.

Dans le but d'avoir une évaluation du lien mère-enfant la plus fiable possible, nous pouvons supposer que communiquer cette éventualité à la patiente pourrait renforcer des comportements

décrits par les sages-femmes comme le repli sur elles-mêmes, le refus de soins. A l'inverse elle peut les pousser à surjouer leur relation durant le séjour pour donner bonne impression comme cela a pu être le cas dans certaines des situations exposées par les professionnelles interrogées. Cette posture peu confortable pour la sage-femme de ne pouvoir communiquer que certaines informations à la patiente, voire d'être poussée à lui mentir, a pu mettre en difficultés les professionnelles concernées. Cependant ces dernières n'ont pas remis en cause le principe même de ne pas pouvoir tout communiquer à la patiente dans l'intérêt du bon déroulement de la prise en charge et de la protection de l'enfant.

C - Des mères vulnérables

Les sages-femmes ont décrit les patientes concernées par ces mesures de placement comme vulnérables. Maurice Berger dans "*Les séparations thérapeutiques*" explique au sujet de parents d'enfants placés "*Ils sont eux-mêmes des enfants en détresse, héritiers d'une enfance catastrophique qui les rend le plus souvent définitivement handicapés pour tout ce qui touche à une quelconque capacité éducative.*" (16).

Martine Lamour décrit également ces parents comme des "*adultes fragiles*". Elle soumet l'idée que cette vision des parents rend plus difficile à penser le placement pour les professionnels en leur donnant envie de les "*rassurer*" (14). Nous avons pu le constater également avec des sages-femmes qui ont pu décrire leur envie de "*materner*" certaines patientes.

D - Difficultés soulevées par la séparation mère-enfant

La séparation mère-enfant et parents-enfant a été mal vécue par l'ensemble des sages-femmes. Parmi les facteurs ayant pu influencer ce vécu nous avons retrouvé la projection de leurs représentations personnelles de mère et la violence de la réaction des parents à l'annonce du placement. Selon Martine Lamour, plus la séparation a lieu tôt dans la vie de l'enfant, moins bien elle est vécue par les professionnels : "*Quand l'indication de placement est posée précocement, dans la première année de vie de l'enfant, elle est vécue encore plus difficilement par les professionnels, comme un échec voire comme un rapt.*" (14). Le qualificatif de "*rapt*" a en effet pu être employé lors des entretiens, et les séparations évoquées ayant eu lieu dans les premiers jours de vie de l'enfant, elles étaient en effet majoritairement mal vécues par les sages-femmes.

Au-delà de ce constat, nous avons relevés dans les différents entretiens les **facteurs facilitant l'acceptation** de la décision de placement par la sage-femme : perception d'un danger immédiat pour l'enfant, avoir connaissance de carences éventuelles chez des aînés de la fratrie qui n'avaient pas été placés dès la naissance, constater des répercussion précoces des interactions

mère-enfant pathologiques sur le nouveau-né (ex : évitement du regard maternel), participer aux synthèses pluridisciplinaires.

A l'inverse, nous avons également relevé les **facteurs compliquant l'acceptation** de la décision : le fait de ne pas avoir toutes les informations ayant conduit à l'ordonnance de placement et donc sa justification, ne pas être en accord avec l'évaluation faite par d'autres professionnels en amont du séjour, ne plus avoir de nouvelles de l'évolution de la situation par le futur, être face à une grande multipare ayant déjà de nombreux enfants placés.

Maurice Berger s'est penché sur les "*difficultés à penser la séparation mère-enfant*" par les soignants et propose un certain nombre d'explications (16). Il évoque notamment "*la crainte d'une nouvelle conception*" par les soignants redoutant la conception d'un nouvel enfant qui vienne "*combler le vide*" laissé par le ou les enfants placés (16). Il décrit en réalité que de futures grossesses n'en seraient pas la conséquence directe car ce sont des couples qui "*continuent à faire des enfants de manière anarchique, parfois deux dans la même année, comme ils le faisaient auparavant et sans qu'on puisse relier ces nouvelles grossesses à la séparation*" (16). Il évoque aussi la moindre capacité de ces couples, psychique et financière, à maintenir une contraception (16).

Il a aussi relevé "*la crainte d'une décompensation psychique des parents*", que l'on retrouve dans nos entretiens quand certaines sages-femmes craignent d'accentuer les vulnérabilités des patientes à la suite du placement, mais avance que de son expérience aucune décompensation psychique grave n'a pu être constatée à la suite du placement d'un nouveau-né (16).

Il ajoute "*la difficulté à renoncer*" des soignants et à "*accepter que certaines incapacités éducatives sont définitives*" (16).

Il y a aussi chez les soignants l'idée que la présence d'une mère aux côtés de son enfant est indispensable à son bon développement. C'est le résultat de projections personnelles qui ont pu être formulées par certaines des sages-femmes que nous avons interrogées. Selon Maurice Berger ce qui est indispensable au bon développement d'un enfant est une "*fonction maternelle adéquate*" qui dans certains cas ne peut être portée par la mère biologique elle-même (16).

Nous avons relevé dans les témoignages des termes forts employés pour décrire la séparation mère-enfant : "*rapt*", "*bébé arraché à sa mère*", "*enlèvement*". Ces ressentis peuvent être expliqués en partie par une identification des soignants à ces parents sous la forme de "*parents imaginaires*" (16). Il s'agit de parents qui donneraient aux professionnels l'illusion d'être adaptés avec leur enfant et dont le déni de leur incapacité éducative serait contagieux (16). "*Une conséquence de cette identification aux parents imaginaires est que la séparation ne peut être pensée*

qu'en termes de vol d'enfant, de rapt, de dépossession (on voudrait s'emparer de l'enfant comme d'un bien précieux), ce qui entraîne une culpabilité importante par rapport aux parents." selon Maurice Berger (16). Le sentiment de culpabilité qui est mentionné est retrouvé dans certains de nos entretiens, tout comme les représentations fortes de la séparation mère-enfant.

L'une des sages-femmes a souligné une différence entre caractériser ces séparations mères-enfant de "rupture" ou de "séparation". Une nuance entre ces deux termes est en effet proposée par M. Berger : "Il n'y a rupture désorganisatrice de manière nocive que lorsqu'un enfant est privé d'une relation à l'environnement qui était auparavant organisatrice et structurante" (16). Il considère donc le placement comme une "séparation" et non une "rupture" car il s'agit d'isoler un enfant d'un environnement où les relations parents-enfants étaient pathologiques et non structurantes (16).

E - Iatrogénie du système

Une autre difficulté abordée par M. Berger rejoint le discours de certaines des sages-femmes qui s'interrogeaient sur une possible iatrogénie de notre système. Il explique que certains professionnels, confrontés à des parents en difficultés ayant eux mêmes un parcours institutionnel lié à un placement dans leur enfance, auront plus de difficultés à accepter la séparation du fait du manque d'efficacité et du parcours parfois destructeur sur les parents avec la crainte d'un phénomène de répétition (16).

Myriam David explique à propos de l'évolution de notre système de protection de l'enfance que nous étions au début du 20ème siècle dans une politique de placement généralisée à toutes les situations à risques quelque soit leur degré de gravité (15). Le développement des services de protection sociale sanitaire et familiale permet aujourd'hui de n'arriver aux mesures de placements qu'en cas de troubles graves de la parentalité (15). Une des motivations à ce changement a été le constat de développement de carences des enfants placés évoluant en milieu d'accueil, problème toujours présent aujourd'hui (15). L'auteur décrit dans son ouvrage les dramatiques conditions d'accueils des enfants placés dans les années 1950 : négligences, maltraitance... pour des enfants au parcours de vie et aux personnalités complexes qui demandent un accompagnement approfondi insiste-t-elle. M. David affirme "Il ne suffit jamais à un enfant d'être placé, tout enfant placé a besoin de soins particuliers" (15).

Aujourd'hui la question d'une iatrogénie de notre système de protection de l'enfance est toujours d'actualité. Le 16 janvier 2019, un documentaire "Enfants placés : les sacrifiés de la république" révélait le manque de moyens criant de la protection de l'enfance. Il a montré qu'une personne sans domicile fixe sur quatre était un ancien enfant placé. Devant ce constat, un secrétaire d'Etat à la protection de l'enfance a été nommé par le Président de la République afin de mieux répondre à la problématique de l'enfance en danger (23).

F - Temporalité

Les situations rapportées par les sages-femmes interrogées concernent des séparations mère-enfant très précoces puisqu'elles ont eu lieu dès la naissance ou dans les premiers jours de vie du nouveau-né. Elles ont pu évoquer la "*grande responsabilité*" qu'implique une telle décision aussi tôt dans la mise en place du lien mère-enfant. Une des questions qui a pu être mise en avant était : doit-on laisser à ces mères leur chance auprès de leur nouveau-né avant de décider d'une séparation aussi précoce ?

Une étude française a été menée par Francis Mouhot en 2003 dont le but était d'étudier la relation entre l'âge au moment du placement et la présence d'éventuels troubles du comportement ou de la personnalité que certains peuvent présenter ou non par la suite (24). Elle concernait 82 jeunes majeurs séparés de leurs parents dans l'enfance pour "*négligence parentale grave, maltraitance ou rejet*" (24). Cette étude montre "*que plus la séparation est tardive, plus les troubles du comportement des enfants sont fréquents et graves*" (24). En moyenne, 1 enfant sur 2 séparé de ses parents souffre de trouble du comportement ou de la personnalité, mais ceux ayant été placés avant l'âge d'un an sont seulement 1 sur 6 concernés par ces troubles (24).

Au sujet du délai plus ou moins long que l'on peut s'accorder pour évaluer une situation à risque de placement, Maurice Berger affirme "*Lorsqu'on pense à faire un placement, c'est qu'il est déjà trop tard pour le faire*" (16).

De plus, dans l'optique de la mise en place de possibles visites médiatisées après qu'une mesure de placement ait été prononcée, entre en jeu cette notion de "*séparations tardives*" (16). En effet, Maurice Berger explique que l'une des raisons pouvait freiner la mise en place de ces visites serait le développement par l'enfant d'une "*pathologie de début de contact*" trop importante imposant une séparation totale (16). Il définit cette pathologie comme le résultats de distorsions trop importantes des premières interactions mères-enfants et de négligences physiques et psychologiques importantes dès le début de la vie de l'enfant (16). Il explique qu'en ne laissant pas une telle situation se mettre en place et en séparant l'enfant de la mère précocement tout en encadrant les rencontres il y a moins de risque de nécessité de rupture du lien totale (16).

G - Place et rôle perçus par la sage-femme dans la prise en charge

La difficulté la plus évoquée concernant le rôle de la sage-femme dans ces situations toutes particulières est celle de faire cohabiter leur mission de protection de l'enfance et celle de soutien à la parentalité. La peur de laisser un lien se créer, voire même de le soutenir, pour ensuite le rompre, du moins momentanément, est omniprésente. Pour tenter d'apporter un éclairage à cette problématique nous pouvons nous rapporter aux directives dictées par la dernière réforme de la protection de l'enfance (1)(2)(3). En effet, la loi du 5 mars 2007 prône "*l'intérêt supérieur de*

l'enfant" (1)(2)(3). Mais comment cela se traduit-il dans les faits ? Certains auteurs de la protection de l'enfance en proposent cette interprétation : "Lorsque les intérêts de l'enfant sont antagoniques, comme par exemple le fait pour l'enfant de maintenir des liens avec ses parents mais également d'éviter qu'il souffre des attitudes de ses parents à son égard, les professionnels auront à trancher pour l'intérêt qui est le plus grand" (25). Il appartient donc à la sage-femme, dans l'exercice de sa mission de protection de l'enfance, d'évaluer le lien mère-enfant et le bien être du nouveau-né afin que le juge des enfants, si il est saisi, puisse, aux vues des éléments transmis, déterminer si l'intérêt supérieur de l'enfant serait l'ordonnance d'une mesure de placement provisoire ou le maintien dans son environnement.

Soutenir la mise en place de la parentalité fait partie du quotidien de la sage-femme, mais dans le cas des OPP, le fait que la protection de l'enfance prime sur le soutien à la parentalité vient perturber la représentation que se fait la sage-femme de son rôle auprès des patientes dans le service de maternité. *"Dans cette période où le soutien précoce à la parentalité soulève beaucoup d'espoir, ces situations confrontent violemment le professionnel à un vécu d'impuissance et d'échec."* souligne Martine Lamour au sujet des décisions de placements d'enfants précoces (14).

Au-delà de la vigilance dont doit faire preuve la sage-femme afin de s'assurer de la sécurité du nouveau-né, certaines ont tout de même souligné l'importance dans leur mission de valoriser ces mères dans leur rôle afin qu'elles aient l'envie plus tard de revoir leur enfant si cela leur est permis par des visites médiatisées entre autres. En effet, la mesure de placement judiciaire d'un enfant n'est pas prise à vie, elle est réévaluée de manière régulière par le juge qui peut décider de la maintenir ou d'organiser un retour au domicile des parents. Le travail de la protection de l'enfance ne s'arrête donc pas à cette décision, il ne fait que commencer (26).

Pour autant, certaines situations, notamment avec des patientes présentant des pathologies psychiatriques graves ou ayant des antécédents d'événements dramatiques, peuvent laisser à penser que l'intérêt supérieur de l'enfant serait de ne pas laisser un lien hautement pathologique se créer ou de l'exposer à une mise en danger. C'est notamment le cas des situations qui ont pu être rapportées par certaines sages-femmes où le placement a été effectué dès les salles d'accouchement et avait pu être évoqué déjà en anténatal par les équipes. Dans ce cas la sage-femme est dans un rôle purement d'application des mesures judiciaires prononcées.

G - Collaboration interprofessionnelle

Le manque de partage d'informations est un élément qui revient fréquemment dans les témoignages recueillis et il a été perçu comme un frein dans la prise en charge des dyades par les sages-femmes exerçant dans le service de maternité. Les informations détenues concernant le contexte des patientes, d'éventuels suivis antérieurs et la période prénatale par les acteurs des

services sociaux, dont les sages-femmes de PMI, sont visées. La justification du partage minimaliste d'informations souvent transmise aux sages-femmes du service était la crainte d'une évaluation moins objective de leur part. Ce partage d'informations est autorisé par la loi du 5 mars 2007 qui réforme la protection de l'enfance et permet le "*secret médical partagé*" (27). Il concerne uniquement des "*personnes soumises au secret professionnel qui mettent en oeuvre la politique de protection de l'enfance*" et autorise "*à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en oeuvre les actions de protection*" (27). Cependant la loi précise qu'il doit être "*strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance*" (27). L'interprétation de ce qui est "*strictement nécessaire*" à transmettre est donc laissé à l'appréciation des professionnels ce qui peut expliquer une forte variabilité dans la quantité et du détail des informations partagées avec le personnel de la maternité.

H - Souhaits et axes d'amélioration

Les sages-femmes interrogées ont pu formuler de nombreuses propositions d'amélioration pour la prise en charge de ces dyades mère-enfant dans ce contexte bien particulier. L'une d'elle a mentionné un perfectionnement des connaissances des sages-femmes par la formation initiale puis continue. En effet les sages-femmes ont pu rapporter à plusieurs reprises leur manque de connaissances à ce sujet. La loi du 5 mars 2007 affirmait déjà cette volonté de renforcement de la formation en protection de l'enfance de l'ensemble des professionnels pouvant y être confrontés (donc des sages-femmes) : "*les modalités de formation : le texte prévoit que les questions relatives à la protection de l'enfance soient abordées en formation initiale et en formation continue et que ces formations soient en partie commune aux différentes professions et institutions*" (3).

Plusieurs sages-femmes nous ont fait part de leur souhait d'avoir un outil afin de les aider dans leur évaluation du lien mère-enfant. F. Mouhot propose une grille d'évaluation du lien mère-enfant relativement détaillée, permettant de s'appuyer sur des éléments concrets, qu'il met notamment à la disposition des services de maternité car elle y est parfaitement adaptée (28).

5) Perspectives de perfectionnement

La protection de l'enfance met en jeu un nombre important de professionnels aux missions diverses et variées. De plus, la temporalité dans les interventions de chacun est différente : en anténatal, en périnatal ou en post natal, puis tout au long de la vie de l'enfant. Nous nous sommes concentrées uniquement sur les sages-femmes exerçant en établissement de santé, et pas en celles exerçant en Protection Maternelle et Infantile (PMI), du fait justement de ces disparités dans leurs interventions. Il serait intéressant d'explorer la perception et le vécu de l'accompagnement de ces situations par les sages-femmes de PMI qui sont amenées à intervenir en amont de la naissance et

parfois en maternité également. Aborder avec elles le déroulement de leur collaboration avec le personnel hospitalier et les différents acteurs de la protection de l'enfance permettrait de mieux en comprendre les freins et les moteurs et d'en faciliter l'amélioration.

6) Propositions

Elles sont issues des souhaits formulés par les sages-femmes ayant participé à cette étude. La mise en place d'un temps d'échange entre l'ensemble des professionnels du service ayant accompagné ces dyades durant le séjour jusqu'à la décision de placement et le/la cadre du service est fortement sollicité par les professionnels. Cela permettrait le partage et l'expression des ressentis de chacun, de pouvoir en équipe répondre aux éventuels questionnements restés en suspend, et de formuler à l'issue de ces expériences de possibles propositions d'amélioration pour de futures prises en charge.

Deux formes sont imaginées avec un objectif différent : la première type "débriefing", sur un versant psychologique et émotionnel, évoquée dans la majorité des témoignages, et une seconde s'apparentant plus à une "analyse de pratique".

Pour palier les difficultés rencontrées dans la mise en commun des informations entre les professionnels intra et extra hospitaliers la création d'un document commun à tous les acteurs pourrait être envisagée.

Des outils pourraient servir de support aux professionnels afin de les aider dans leur prise en charge, cela peut prendre la forme de recommandations où figureraient les informations sur le déroulement de la surveillance pendant le séjour en maternité, les points de vigilance, les personnes ressources à contacter si besoin, une grille d'analyse adaptée au contexte pour l'évaluation du lien mère-enfant. La grille d'analyse proposée par F. Mouhot peut être un support de départ intéressant à adapter aux besoins de chaque service (28).

Des formations continues apparaissent aussi nécessaires, sensibilisant les professionnels aux enjeux de la protection de l'enfance, aux missions des différents acteurs souvent méconnus, aux modalités de signalement. Certains objectifs sont ciblés, comme la rédaction d'informations préoccupantes, les modalités de traçabilité de la surveillance des situations à risque, le parcours juridique avant et après une OPP, les différentes mesures existantes : administratives et judiciaires. Une sage-femme nous a parlé de sa volonté d'aborder ce sujet lors de groupes de discussions éthiques qui soulève en effet de nombreuses problématiques.

VI - CONCLUSION

Plusieurs auteurs tels que Martine Lamour, Maurice Berger et Myriam David ont déjà mis en lumière, grâce à leur travaux autour de la séparation mère-enfant dans le cadre de la protection de l'enfance, une souffrance des professionnels qui y sont confrontés encore "*peu reconnue*" (14) (15) (16).

"L'ampleur du malaise et l'intensité des ressentis négatifs qu'expriment les intervenants au plus près de ces familles, quand la possibilité leur en est donnée et ce quelles que soient leur discipline, leur institution et leur position hiérarchique, contrastent avec le peu de formation et d'écrits de professionnels de terrain sur ce thème." selon Martine Lamour (14).

L'objectif de cette étude était d'explorer plus en particulier le vécu de ces situations de placements dans la profession de sage-femme. Cela nous a permis de constater que les sages-femmes interrogées dans ce travail de recherche ont elles aussi exprimés une majorité de ressentis négatifs dont certains identiques à ceux ayant pu être décrits par les professionnels de la protection de l'enfance confrontés à ces mêmes situations d'ordonnances de placements. Des termes forts ont été employés pour les décrire : "*rapt*", "*enlèvement*", "*bébé arraché à sa mère*". Ils témoignent de l'important impact émotionnel que ces placements peuvent avoir sur les professionnels qui les ont employés. Les ressentis négatifs rapportés en découlent avec notamment : colère, culpabilité, peur de la violence, tristesse, douleur, incompréhension, choc...

Martine Lamour souligne dans ses écrits combien il est important d'entendre et prendre en compte ces émotions négatives et ces mauvais vécus du fait de leurs possibles répercussions sur le bien être des professionnels, évoquant le risque de "*burn-out*", mais aussi sur leurs compétences en matière de protection de l'enfance (14).

A travers l'éclairage du sociologue Marc Loriol, nous avons pu noter l'importance de trouver "*la bonne distance*" vis à vis des couples mères-enfants dans leur ensemble, et plus particulièrement de ceux suivis dans le cadre de la protection de l'enfance, afin d'atteindre une attitude empathique qui ne nuise pas à la santé mentale du professionnel ni à la bonne prise en charge des patients (20).

Grâce aux travaux de Maurice Berger et Francis Mouhot nous avons pu conforter l'idée que ces ordonnances de placements dès la naissance ou durant le séjour en maternité sont certes difficiles à penser et à vivre pour les professionnels mais qu'elles s'avèrent parfois indispensables dans l'intérêt de l'enfant (16) (24).

Les acteurs sont nombreux en protection de l'enfance, et si parfois le partage d'informations et la collaboration interprofessionnelle peuvent rencontrer quelques difficultés, le travail en équipe reste un élément majeur pour la bonne prise en charge des mères et des nouveau-nés. Il a pu dans certains cas être perçu comme un frein par certaines des sages-femmes ayant participé à cette

étude et à l'inverse comme un moteur par d'autres : repenser la collaboration entre les professionnels et en faire une force apparaît indispensable. Pour se faire un certain nombre d'axes d'amélioration ont été proposés par les professionnelles au cours des entretiens.

Les retours d'expériences et les analyses de pratiques sont des outils très sollicités par les professionnels et plusieurs auteurs mentionnées précédemment l'encouragent (14)(16). Ils permettent une amélioration du bien être des professionnels et des prises en charge des patients mais aussi un meilleur travail en réseau lorsque les différentes profession peuvent y être conviées (14).

La création d'outils, potentiellement communs aux professionnels hospitaliers et extra hospitaliers, est également plébiscitée : possiblement sous la forme de grilles d'analyse du lien mère-enfant adaptées aux situations à risque comme celle proposée par Francis Mouhot (28), de supports d'informations destinés aux professionnels mais aussi aux patients...

Il pourrait être intéressant de mener un autre travail de recherche au sujet des ces situations à risque de placements à la naissance mais cette fois-ci auprès de professionnels extra hospitaliers, et en particulier auprès des sages-femmes de PMI, afin de connaître leur vécu de ces situations qu'elles accompagnent également. Il serait aussi intéressant de recueillir leur point de vue concernant leur collaboration avec le personnel hospitalier.

VII - RÉFÉRENCES

1. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CDC00E7EFC015AF413D1FFE09BC270B1.tplgfr34s_2?cidTexte=JORFTEXT000000823100&categorieLien=id. Consulté le 19 novembre 2018.
2. Convention nationale des associations de protection de l'enfant. Réforme de la protection de l'enfance. [En ligne]. <http://www.reforme-enfance.fr/texteloi.html?fbclid=IwAR2PX2Ny5UpHkz24806DayUa9XGfU8aYX07sOttoaLl5AZ8hVv5O60Foko8>. Consulté le 19 novembre 2018.
3. Observatoire national de l'enfance en danger. Les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. [En ligne]. <https://onpe.gouv.fr/search/node/7%20enjeux>. Consulté le 19 novembre 2018.
4. Haute autorité de santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf. Consulté le 15 octobre 2018.
5. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Référentiel métier. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>. Consulté le 20 septembre 2019.
6. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ?. Devenir. 2009 ; Vol 21 : 31-60. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm>. Consulté le 5 janvier 2020.
7. Miljkovitch R. La théorie de l'attachement : John Bowlby et Mary Ainsworth. [En ligne]. https://www.researchgate.net/publication/319955616_La_theorie_de_l_attachement_John_Bowlby_et_Mary_Ainsworth. Consulté le 28 février 2019.
8. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. Les interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. [En ligne]. <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.1.html>. Consulté le 1er octobre 2019.
9. Tereno, Susana, Soares I, Martins E, Sampaio D, and Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. Devenir. 2007 ; 19 : 151-188. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>. Consulté le 5 janvier 2020.
10. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz A.S, and Guedeney A. Attachment process between an infant and his/her mother : the first year. [En ligne]. https://www.duattachement.com/wp-content/uploads/2017/09/03_GUEDENEY-arch-Fr-peddev-attachement.pdf. Consulté le 5 janvier 2020.
11. Article 375 du code civil. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032207495&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20160316>. Consulté le 5 décembre 2018.
12. Article L221-1 du code de l'action social et des familles. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&i>

dArticle=LEGIARTI000006796780&dateTexte=&categorieLien=cid. Consulté le 5 décembre 2018.

13. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 341 000 mesures d'aide sociale à l'enfance en cours fin 2017. [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1090.pdf>. Consulté le 10 février 2020.
14. Lamour M. Parents défaillants, professionnels en souffrance. Bruxelles : Yapaka ; 2010 : 53 p.
15. David M. Prendre soin de l'enfance. Toulouse : Editions Erès ; 2014 : 460 p.
16. Berger M. Les séparations à but thérapeutique. Paris : Dunod ; 2011, 204 p.
17. Larousse. Définition empathie. [En ligne]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>. Consulté le 10 février 2020.
18. Simon E. Processus de conceptualisation d' "empathie". Recherche en soins infirmiers. 2009 ; 98 : p 28-31. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28.htm>. Consulté le 10 février 2020.
19. Jorland G. Empathie et thérapeutique. Recherche en soins infirmiers. 2006 ; 84 : 58-65. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-58.htm>. Consulté le 13 février 2020.
20. Loriol M. La bonne distance soignant-soigné. In : Holcman R. La souffrance des soignants. Dunod ; 2018 : 117-139. [En ligne]. <https://www.cairn.info/souffrance%20des%20soignants--9782100774920-page-117.htm>. Consulté le 16 février 2020.
21. Article R4127-35. Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006196409&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150313>. Consulté le 5 janvier 2020.
22. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Code de déontologie des sages-femmes : Article R.4127-331 du code de la santé publique. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-déontologie-des-sages-femmes-version-consolidée-au-19-juillet-2012.pdf>. Consulté le 5 janvier 2020.
23. Le monde. « Enfants placés, les sacrifiés de la République » : maltraités, humiliés et violés en foyers. [En ligne]. https://www.lemonde.fr/televisions-radio/article/2019/01/16/enfants-places-les-sacrifies-de-la-republique-maltraites-humilies-et-violes-en-foyers_5410069_1655027.html. Consulté le 27 février 2020.
24. Mouhot F. Séparations parents/enfant : impact de l'âge des enfants sur leur évolution. La psychiatrie de l'enfant. 2003 ; 46 : 609-629. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2003-2-page-609.htm>. Consulté le 10 janvier 2020.
25. Observatoire national de la protection de l'enfance. Les implicites de la protection de l'enfance. [En ligne]. <https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/ao2011.barreyrerf.pdf>. Consulté le 6 février 2020.

26. Service public. Placement d'un enfant sur décision judiciaire. [En ligne].
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3140>. Consulté le 15 février 2020.
27. Article L226-2-2. Créé par Loi n°2007-293 du 5 mars 2007- art. 15 JORF 6 mars 2007. [En ligne].
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796908&cidTexte=LEGITEXT000006074069>. Consulté le 8 janvier 2020.
28. Mouhot F. Observation des interactions mère-enfant à risque en maison maternelle. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2001 ; 49 : 469-476.

VIII - ANNEXES

I - Guide d'entretien

Présentation :

Mme X - âge - année du diplôme - services d'exercice - années d'exercice

Thème :	Questions :
<i>Vécu de la sage-femme</i>	<p>Dans les situations de placement de nouveau-nés durant le séjour en maternité que vous avez rencontrées :</p> <p>Pouvez-vous me décrire le déroulement de la prise en charge de la dyade mère-enfant durant le séjour puis au moment du placement du nouveau-né ?</p> <p>Quels ressentis et/ou émotions ont été soulevés en vous à ce moment-là face à ces situations ?</p> <p>Pourriez-vous décrire ce que ces ressentis et/ou émotions génèrent entre vous et la patiente ?</p> <p>Vos missions en tant que sage-femme à la fois de soutien à la parentalité mais aussi de protection de l'enfance sont mises en jeu dans ces situations, comment l'avez-vous vécu ?</p> <p>Pensez-vous que l'accompagnement de ces patientes puisse avoir un impact sur la prise en charge future d'autres patientes ? Sur vos pratiques ? Et si oui le ou lesquels ?</p>
<i>Place perçue par la sage-femme dans la prise en charge de ces patientes</i>	<p>Quel est selon vous votre rôle auprès de ces patientes ?</p> <p>En quoi ce dernier peut-il différer du rôle que vous jouez auprès des autres patientes n'étant pas confrontées à cette situation ?</p> <p>Quels sont vos soutiens / vos moteurs dans la prise en charge de ces patientes ? Et vos éventuels freins ?</p> <p>Comment percevez vous votre place au sein de la prise en charge ?</p>
<i>Souhaits et axes d'amélioration de la prise en charge de ces patientes</i>	<p>Quels sont selon vous les axes d'amélioration de la prise en charge de ces mères et de ces nouveau-nés ?</p> <p>Par quels moyens pensez-vous qu'elle pourrait être améliorée ?</p> <p>Est-ce que le développement de certains outils pourrait être nécessaire selon vous ? Si oui, lesquels ?</p>

II - Grille d'analyse

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes
Vécu de la Sage-femme	1) La violence	Intrinsèque (contexte) / extrinsèque (placement)
	2) Ressentis des SF	colère, révolte, mauvais vécu, incompréhension, culpabilité, douleur, solitude, affect, représentations personnelles, tristesse / intéressant, riche
	3) La relation soignant-soigné	Posture du soignant (mensonges, non dits) Singularité des patientes (vulnérabilité) Biais de la relation (côté soignant : a priori, et patient : repli sur soi / relation surjouée) Importance d'une RSS de qualité (ne pas rompre le lien, avoir le plus d'infos possible)
	4) Séparation mère-enfant	Représentations : rapt, bébé arraché, enlèvement
	5) Acceptation	Facteurs facilitants (infos, danger imminent perçu, séquelles aînés, impact précoce sur le nouveau-né) Freins (discordance points de vue, manque d'infos, absence de nouvelles de l'après)
	6) Iatrogénie du système ?	
Place de la Sage-femme dans la prise en charge	1) Collaboration interprofessionnelle	pas ou très peu de partage d'infos entre les professionnels intra et extra hospitalier / discordances de point de vue / sentiment d'exclusion
	2) Rôle de la SF	Contradiction entre soutien à la parentalité et protection de l'enfance Objectivité sans jugement complexe (trans vues comme délation) Temps réduit (évaluation lien mère-enfant chronophage, délai très court)
Axes d'amélioration	1) Débriefings	
	2) Document commun à tous les professionnels	
	3) Participation des SF mater aux synthèses	

III - Tableau synthèse des principaux résultats : "Vécu de la sage-femme ; Place et rôle de la sage-femme"

VÉCU DE LA SAGE-FEMME	A- La relation soignant-soigné	<p>1- <u>Posture de la Sage-femme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-dits • Mensonges • Trahison de la confiance • Crainte d'une forme de maltraitance • Ambivalence : soins / évaluation <p>2- <u>Singularité des patientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulnérabilité • Repli sur elles-mêmes <p>3- <u>Biais dans la relation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soignants : vigilance, a priori / sympathie envers la patiente • Patiente : repli sur soi, relation mère-enfant surjouée <p>4- <u>Importance de la qualité de la relation soignant-soigné</u></p>
	B- La violence	<ul style="list-style-type: none"> • Extrinsèque : contexte de vie de la patiente, conjoint violent.. • Intrinsèque : déroulement du placement
	C- Ressentis des sages-femmes	<p><u>Négatifs</u> :</p> <p>Colère, représentations personnelles de la séparation mère-enfant, culpabilité, maltraitance, affect, tristesse, douleur, incompréhension, peur et angoisse de la violence</p> <p><u>Positifs</u> :</p> <p>Intéressant, riche, travail en équipe</p>
	D- Acceptation	<p><u>Facteurs favorisants</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perception par la sage-femme d'un danger immédiat pour l'enfant • Constatation de répercussions précoces chez le nouveau-né • Informations de carences présentes chez les aînés • Participation aux synthèses pluridisciplinaires <p><u>Difficultés</u> :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Discordance des points de vue entre professionnels • Manque d'informations ressenti par les équipes de maternité • Plus de nouvelles de la mère et du nouveau-né par la suite • Patiente grande multipare avec déjà de nombreux enfants placés
	<p>E- Iatrogénie du système ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parfois 2 jugements différents pour des situations équivalentes • Crainte d'accentuer les vulnérabilités parentales • Crainte de placements excessifs
<p>PLACE ET RÔLE DE LA SAGE-FEMME</p>	<p>A- Rôle de la sage-femme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à concilier mission de soutien à la parentalité et protection de l'enfance • Comment laisser une chance à la mère sans mettre en danger sa santé mentale et celle du nouveau-né en cas de décision de placement finale • Valoriser les mères pour ne pas rompre le lien mère-enfant • Evaluer sans tomber dans le jugement ou la surinterprétation • Temps très court pour l'évaluation
	<p>B- Collaboration interprofessionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de partage des informations perçu par les sages-femmes de maternité • Possibles discordances des évaluations faites en maternité avec celle des équipes extérieures • Sentiment des SF d'être parfois exclues / mise à part

RÉSUMÉ

Objectif. Explorer le vécu des sages-femmes confrontées à l'accompagnement de patientes dont le nouveau-né fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) dès la naissance ou durant le séjour en maternité. Mais également connaître la perception des sages-femmes de leur rôle auprès de ces patientes et de leur place au sein de la prise en charge.

Matériels et méthode. Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par des entretiens semi-directifs auprès de 7 sages-femmes exerçant en maternité de niveau 3 en Côtes d'Armor et Finistère ayant été confrontées à ces situations de séparations mère-enfant précoces au nom de la protection de l'enfance.

Résultats. Les ordonnances de placements précoces ayant lieu avant la sortie du service de maternité provoquent d'intenses émotions et ressentis à connotations majoritairement négatives chez les sages-femmes interrogées. La principale difficulté rencontrée par les sages-femmes dans cet accompagnement particulier est de faire cohabiter leur mission de soutien à la parentalité et celle de protection de l'enfance. Face à des femmes souvent vulnérables, les sages-femmes ayant participé à cette étude ont trouvé complexe d'être à la fois dans le soin de la nouvelle accouchée et de mener dans un même temps une évaluation dans le cadre de la protection de l'enfance.

Conclusion. La mise en lumière de ces mauvais vécus et des difficultés perçues par les sages-femmes ayant participé à cette étude est indispensable à une amélioration de ces accompagnements tant pour le bien être des professionnels que pour celui des couples mères-enfants accompagnés. La mise en place de débriefings et d'analyses de pratiques est très sollicitée. Le développement d'outils et de supports tels que des grilles d'analyse du lien mère-enfant adaptées à ces situations a également été évoqué.

Mots-clés : Ordonnance de placement provisoire. Vécu. Sages-femmes. Maternité.

Titre : "Ordonnance de placement provisoire du nouveau-né à la naissance ou pendant le séjour en maternité : vécu des sages-femmes dans l'accompagnement de ces patientes"

Auteur : Adèle Le Sommier

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2020