



HAL
open science

Décision judiciaire de placement de l'enfant en maternité : vécu et accompagnement des sages-femmes

Leïla Raji

► To cite this version:

Leïla Raji. Décision judiciaire de placement de l'enfant en maternité : vécu et accompagnement des sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2021. <dumas-03972059>

HAL Id: dumas-03972059

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03972059v1>

Submitted on 3 Feb 2023

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.



HAL Authorization

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE RENNES

Année universitaire 2020-2021

**Décision judiciaire de placement
de l'enfant en maternité :
vécu et accompagnement des sages-femmes**

Mémoire présenté par

Leïla Raji

née le 25/09/1997

Sous la direction de Corinne Le Bras, sage-femme de PMI

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2021

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE RENNES

Année universitaire 2020-2021

**Décision judiciaire de placement
de l'enfant en maternité :
vécu et accompagnement des sages-femmes**

Mémoire présenté par

Leïla Raji

née le 25/09/1997

Sous la direction de Corinne Le Bras, sage-femme de PMI

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2021

« L'école de sages-femmes n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur »

Glossaire

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CADEM : Commission d'Aide à la Décision Enfance famille et Majeur vulnérable

CAE : Commission d'Aide à l'Evaluation

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IP : Information Préoccupante

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

REF : Responsable Enfance Famille

SAFED : Service d'Accompagnement des Femmes Enceintes en Difficulté

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

Sommaire

I.Introduction.....	4
II.Généralités.....	6
1.La Protection de l'enfance.....	6
2.Suivi des situations à risque et placement en maternité.....	7
3.L'identité sociale.....	8
4.L'identité professionnelle.....	9
III.Population et méthode.....	10
1.Forme de mémoire et type d'étude.....	10
2.Population étudiée.....	10
3.Recrutement et organisation des entretiens.....	11
4.Méthode d'analyse.....	11
IV.Résultats et analyse.....	12
1.Présentation de l'échantillon.....	12
2.L'identité professionnelle des sages-femmes.....	12
2.1 Les représentations du métier de sage-femme.....	12
2.2 Le parcours menant à la profession de sage-femme.....	14
2.3 Les représentations des rôles de la sage-femme en maternité.....	15
3.Accompagnement et vécu de la sage-femme dans une situation de décision judiciaire de placement de l'enfant en maternité.....	16
3.1 Les rôles des sages-femmes en maternité dans ces situations.....	16
Observer et réaliser la fiche de lien mère-enfant.....	16
Accompagner à l'établissement du lien mère-enfant.....	19
Accompagner comme n'importe qu'elle patiente.....	20
Accompagner sans jugement	20
Communiquer avec les partenaires.....	21
Accompagner avec bienveillance.....	21
Valoriser les compétences parentales.....	22
3.2 Organisation du placement de l'enfant en maternité.....	22
Un séjour long.....	22
Informations et directives reçues par les sages-femmes.....	23

	2
Autonomie des sages-femmes	24
Le cas des patientes avec des aînés confiés à l'ASE.....	24
Annnonce de la réalisation d'un signalement et de l'OPP.....	25
La question des cris et de la violence.....	28
Les difficultés vis à vis des autres patientes	28
Décision de séparation dès la naissance.....	29
Les difficultés d'un placement trop tardif dans la journée.....	29
Les difficultés rencontrées après la séparation.....	30
3.3 Vécus des sages-femmes.....	31
Des situations difficiles	31
Des situations chronophages	32
Des situations génératrices d'émotions	32
Les difficultés de la pathologie psychiatrique.....	33
La compréhension ou l'incompréhension de la décision de placement	34
Les difficultés lors d'absence de placement	36
La maternité : un lieu adapté pour réaliser les placements ?.....	37
Des événements marquants mais non traumatiques.....	38
La question de l'expérience.....	38
4.La formation des sages-femmes sur le sujet.....	39
4.1 La formation initiale.....	39
4.2 La formation continue	40
5.Les sages-femmes et la Protection de l'enfance.....	41
5.1 Les représentations de la Protection de l'enfance par les sages-femmes.	41
5.2 Les rôles des sages-femmes dans la protection de l'enfance	43
V.Discussion.....	44
1.Forces et limites de l'étude.....	44
1.1 Forces de l'étude	44
Intérêt personnel pour le sujet.....	44
Originalité du sujet.....	44
Méthode employée.....	45
1.2 Limites de l'étude.....	45
Biais de sélection.....	45
Biais dû à l'enquêteur	45
Biais de mémorisation.....	46
Biais de désirabilité sociale.....	46
2.Réflexions et propositions.....	46
2.1 Formation et connaissances des sages-femmes.....	46
Formation initiale.....	46
Informations et formation durant la carrière professionnelle.....	47

	3
2.2 Le sujet de l'attachement et des interactions parents-enfant.....	48
2.3 La sage-femme face à la dyade mère-enfant	49
2.4 Harmonisation et coopération	50
Harmonisation des pratiques	50
Coopération et coordination des acteurs.....	51
VI.Conclusion.....	54
VII.Bibliographie.....	55
VIII.Annexes.....	58

I. Introduction

« La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection » (1). Pour certains enfants, L'article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles s'applique dès les prémices de leur vie, au plus près de leur naissance. En effet, parfois, une décision judiciaire de séparation protectrice mère-enfant peut être prise dès la maternité avec ainsi un placement de l'enfant.

Durant le séjour en maternité, la sage-femme est au plus près des mères, couples, familles. Elle est en première ligne face aux complexités multiples que peuvent présenter les parents. Elle est donc un acteur essentiel dans le dépistage précoce de situations « de danger ou de risque de danger pour l'enfant » et dans l'accompagnement des femmes pour qui la réalisation d'un signalement et d'un placement de l'enfant est envisagé.

Nous pouvons imaginer que d'accompagner ces situations n'est pas toujours aisé à appréhender et à vivre pour la sage-femme, surtout lorsque c'est la première fois qu'elle y est confrontée. Nous pouvons également nous interroger sur la formation reçue par les sages-femmes sur les questions de la Protection de l'enfance, des situations de séparation protectrice mère-enfant et de la gestion de ces situations. S'estiment-elles assez formées et préparées à accompagner ces situations ?

Malgré les staffs, les commissions, les décisions collectives et judiciaires autour d'une situation, la sage-femme reste un sujet singulier qui a des connaissances, des vécus, des expériences, des représentations culturelles et familiales propres. Lorsqu'elle intervient auprès de patients, elle intervient alors en tant qu'individu doté de son identité personnelle. Elle s'est également forgée une certaine identité professionnelle, c'est à dire un ensemble de normes, de valeurs, partagées par ses pairs, correspondant aux représentations sociales de la profession (2) (3). Ainsi, ses attitudes psychiques et réactionnelles peuvent varier. Chaque sage-femme abordera la prise en charge d'une patiente pour laquelle une décision de séparation mère-enfant

est envisagée ou a été prise avec sa singularité. Elle aura alors un vécu et des ressentis de l'accompagnement de cette situation qui lui seront propres.

C'est pourquoi il m'a semblé intéressant de donner la parole aux sages-femmes, de recueillir et d'étudier leurs expériences de ces situations. Pour cela j'ai réalisé une étude qualitative en effectuant des entretiens auprès de sages-femmes afin de répondre à la problématique « En quoi la décision judiciaire de séparation protectrice mère-enfant en maternité, peut-elle interroger l'identité personnelle et professionnelle de la sage-femme ? ».

Pour répondre à cette question, j'ai émis différentes hypothèses :

- Cette situation peut être difficile à appréhender et à vivre, voire à accepter ou à comprendre, d'autant plus lorsque c'est la première fois que la sage-femme y est confrontée.
- Cette situation peut être perçue comme contradictoire aux représentations du métier de sage- femme.
- La sage-femme peut répondre aux interrogations suscitées par cette situation par une attitude différente :
 - fuite et défaut d'accompagnement : « pas la peine de créer du lien »
 - incompréhension de la décision, résistance et hyper-accompagnement : « il faut tenter, lui laisser une chance »
 - préparation à la séparation tout en travaillant le lien mère-enfant
- Les sages-femmes ne se sentent pas assez formées et préparées à la gestion de cette situation.

Les objectifs de mon étude sont :

- Recueillir et décrire le vécu d'expériences de sages-femmes lors de séparation protectrice mère-enfant en maternité.
- Comprendre quelles résonances personnelles et professionnelles cette situation vient susciter en elles.
- Comprendre comment elles accompagnent ces femmes et enfants en maternité. Quel rôle estiment-elles avoir dans la prise en charge de ces situations et dans la Protection de l'enfance ?

II. Généralités

1. La Protection de l'enfance

D'après le Ministère des Solidarités et de la Santé (4) :

« La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation. »

La protection de l'enfance comprend :

- des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents*
- l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant*
- les décisions administratives (prises par le président du conseil départemental) et judiciaires (prises par le juge des enfants ou en cas d'urgence par le procureur de la république) prises pour sa protection*

La protection de l'enfance en danger s'inscrit dans un triple cadre :

- international : les droits de l'enfant sont garantis par la convention internationale des droits de l'enfant*
- national : le ministère des Solidarités et de la Santé mène la politique générale de protection de l'enfance*
- local : la protection de l'enfant est une politique décentralisée dont le chef de file est le président du conseil départemental*

En 2018, selon les relevés de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) (5) :

- 123 239 enfants étaient placés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) par un juge en France*
- 2 223 enfants étaient placés à l'ASE par un juge en Ille-et-Vilaine, dont 159 enfants de moins de 3 ans*

En 2018, le nombre de naissances en Ille-et-Vilaine était alors de 11 656 (6).

D'après des données transmises par le Dr CHARTIER, médecin référent en Protection de l'enfance du Département, il y avait en date du 31 décembre 2020, 111 enfants de moins de 2 ans étaient confiés à l'ASE en Ille-et-Vilaine (en excluant les enfants nés sous le secret). Parmi eux, 48 étaient âgés de moins de 1 an dont :

- 7 avaient entre 3 et 6 mois
- 32 avaient moins de 3 mois

Ces chiffres montrent une augmentation importante du nombre de placements de bébés sur le dernier trimestre de 2020. En seulement trois mois il y a eu 32 enfants âgés entre 0 et 3 mois de confiés à l'ASE. Parmi eux, certains ont potentiellement été placés dès la maternité mais cette donnée n'est pas recensée.

2. Suivi des situations à risque et placement en maternité

Pendant la période prénatale, certains points que l'on peut considérer comme des « facteurs de risque » peuvent amener à être vigilant sur des situations. Nous pouvons en citer quelques-uns tels que : les troubles psychiatriques ou "border line", les addictions (alcool, diverses drogues, médicaments), l'errance, l'absence de suivi médical de grossesse, la déclaration tardive de la grossesse, le déni de grossesse, les mères adolescentes, le faible niveau d'études, l'isolement familial et social, l'absence du père du bébé, les difficultés conjugales, la violence conjugale, les parcours traumatiques (7) (8).

Souvent, les sages-femmes de PMI (Protection Maternelle et Infantile) des CDAS (Centre Départemental d'Action Sociale) ou du SAFED (Service d'Accompagnement des Femmes Enceintes en Difficulté) du Département d'Ille-et-Vilaine (7), participent au suivi et à l'accompagnement de futurs parents vulnérables, conjointement aux sages-femmes hospitalières ou libérales. \

Des Staffs médico-psycho-sociaux sont organisés dans les maternités afin d'échanger avec les différents acteurs du suivi de la grossesse, des situations fragiles qui font craindre à la défaillance parentale. Ces situations y sont exposées après avoir obtenu l'accord de la patiente lorsque cela est possible. Cela permet d'avoir une attitude préventive et d'anticiper l'accueil du futur enfant dans la maternité, en transmettant aux professionnels qui seront présents lors de sa naissance, les différentes problématiques et inquiétudes qu'il peut y avoir autour de sa famille et de ses conditions d'accueil, afin de les accompagner au mieux.

Par ailleurs des Commission d'Aide à l'Evaluation (CAE) et des Commission d'Aide à la Décision Enfance famille et Majeur vulnérable (CADEM) ont lieu dans les CDAS afin de réfléchir et de décider pendant la grossesse de la prise en charge la plus adéquate. Un signalement n'étant possible qu'une fois l'enfant né, il peut être convenu de pratiquer un temps d'observation en maternité à l'issue duquel il pourra être envisagé. Cependant, il peut être décidé pour les situations les plus dangereuses que le signalement auprès des autorités judiciaires soit effectué dès la naissance. Ces situations sont très vulnérables, on y retrouve souvent des problématiques de pathologie psychiatrique maternelle, de toxicomanie, de déficience intellectuelle ou bien de parents connus pour des maltraitances sur d'autres enfants. Ces problématiques ne sont pas forcément d'emblée motif de signalement à la naissance mais le sont lorsque les professionnels des CDAS, de la PMI, n'arrivent pas à contractualiser avec ces familles lors de propositions de soutien à la parentalité (centre maternel, intervention de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF), aide éducative, soutien PMI...) ou que les aides possibles du service social et/ou de leur entourage ne sont pas assez soutenantes pour garantir la sécurité de leur enfant. Il est parfois alors nécessaire d'anticiper dès la grossesse la mesure de protection qu'est le placement (9).

Ainsi, lors de la naissance de l'enfant, les professionnels dont les sages-femmes présentes pour accompagner la mère et son nouveau-né, ont pu être sensibilisés par les transmissions et les décisions prises en amont.

Lorsque la femme accouche, la maternité prévient, après information de la patiente, les travailleurs médico-sociaux et le CDAS qui l'a suivi, de la naissance de l'enfant. Dès la naissance ou après un temps d'observation, l'ASE réalisera alors le signalement auprès de l'autorité judiciaire. Le Procureur de la République pourra par conséquent décider d'une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) et le placement sera donc mis en place dès la maternité.

3. L'identité sociale

Selon C.DUBAR, « *l'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui conjointement, construisent les individus et définissent les institutions* » (10).

L'identité sociale est marquée par la dualité entre deux processus qui coexistent :

- le processus relationnel et ainsi l'identité pour autrui, correspondant aux actes d'attribution : « *quel type d'homme ou de femme dit-on que vous êtes* »
- le processus biographique et ainsi l'identité pour soi, correspondant aux actes d'appartenance : « *quel type d'homme ou de femme dites-vous être* »

C'est l'articulation de ces deux processus qui permet de forger l'identité sociale d'une personne.

L'identité correspond à ce par quoi on différencie une personne d'une autre. « *La différence qui constitue l'identité repose toujours sur ce qui est propre et exclusif à un être* » (2).

4. L'identité professionnelle

L'identité professionnelle, d'après GOHIER, n'est autre qu'un aspect de l'identité globale d'un individu. C'est à partir de l'identité personnelle que l'identité professionnelle se développerait (2).

L'identité professionnelle correspond à l'ensemble des normes, des valeurs, partagées par des pairs, aux représentations sociales de la profession.

Cette identité renvoie à différents éléments, que l'on peut corréler et questionner par rapport au sujet de mon étude :

- Tout d'abord, l'identité professionnelle renvoie à ce qui est vécu au travail et à la signification que lui accorde l'individu. On peut alors se demander ce que représente le métier de sage-femme et la protection de l'enfance pour l'enquêté. Selon lui quels rôles a la sage-femme dans la prise en charge en maternité d'une mère et de son enfant pour lesquels une décision judiciaire de séparation est ou va être prise ?
- Ensuite l'identité professionnelle renvoie aux relations interpersonnelles, et aux perceptions subjectives du professionnel. Cela implique donc toute la question du vécu, de l'impact de cette expérience.

- Un autre élément de l'identité professionnelle est qu'elle renvoie aux différentes étapes et trajectoires professionnelles. Cela permet de s'interroger sur la préparation des sages-femmes à la gestion de ces situations par la formation initiale ou continue et de s'interroger sur l'évolution de leur prise en charge et de leur vécu avec une certaine expérience.

Selon OSTY, l'identité professionnelle renvoie également à la question d'identité de métier et au sentiment d'appartenance à une profession, avec ainsi « *l'usage de pratiques, de vocabulaire ou de gestes communs* » (2).

Enfin, l'identité professionnelle n'est pas un concept figé, elle est au contraire un processus dynamique en constante actualisation du fait des expériences et des diverses interactions rencontrées par l'individu (2).

III. Population et méthode

1. Forme de mémoire et type d'étude

Mon travail est un mémoire d'apprentissage à la recherche en santé publique. Je réalise une étude qualitative par l'analyse d'entretien semi-directifs auprès de sages-femmes hospitalières exerçant en Ille et Vilaine.

2. Population étudiée

Les personnes incluses dans mon étude sont :

- les sages-femmes travaillant en hôpital ou en clinique en Ille et Vilaine.

Je n'éprouvais pas l'intérêt de dissocier les lieux (hôpital et clinique) et souhaitais donc inclure les sages-femmes travaillant aussi bien dans l'un que dans l'autre.

Je souhaitais que mon recrutement s'effectue dans un même département car la protection de l'enfant est une politique décentralisée à l'échelle départementale.

- les sages-femmes qui ont déjà été confrontées à la situation de séparation protectrice mère-enfant en maternité suite à une décision judiciaire de placement.

3. Recrutement et organisation des entretiens

Pour recruter des sages-femmes volontaires pour participer à mon étude, j'ai contacté par mail les cadres des différentes maternités d'Ille et Vilaine (Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, Clinique La Sagesse, Clinique de Saint-Grégoire, Vitré, Fougères, Saint-Malo, Redon).

Je leur ai écrit une première fois fin août 2020 en leur expliquant mon projet de mémoire et en leur demandant de transmettre ma sollicitation auprès des sages-femmes de leur établissement. Au mail était joint un document PDF à l'intention des sages-femmes, dans lequel je me présentais, j'expliquais mon projet, mes critères d'inclusion, la façon dont elles pouvaient me contacter pour convenir d'un rendez-vous...

Les sages-femmes pouvaient me contacter par téléphone, en m'envoyant un message ou m'appelant. Ainsi nous pouvions convenir d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien qui pouvait se passer dans le lieu de leur choix, un endroit calme et propice à la discussion.

J'ai relancé plusieurs fois, presque tous les mois, les cadres de maternité afin qu'ils sollicitent de nouveau les sages-femmes. Au vue de la situation sanitaire liée au Covid 19 et au confinement en novembre, j'ai précisé la possibilité de réaliser les entretiens par appel en vidéo-conférence.

Pour réaliser mes entretiens, j'ai utilisé un guide d'entretien. Celui-ci a été construit de la manière suivante, en trois parties principales :

- Présentation de l'enquêté et de son parcours professionnel
- Expérience de la sage-femme de la/des situation(s) de séparation mère-enfant en maternité suite à une décision judiciaire et de son vécu
- La formation des sages-femmes et les liens avec la protection de l'enfance

4. Méthode d'analyse

Une analyse verticale de chaque entretien a été réalisée à l'aide d'une grille d'analyse thématique. Ensuite les entretiens ont été analysés de façon transversale pour les confronter entre eux.

IV. Résultats et analyse

1. Présentation de l'échantillon

Neuf entretiens de sages-femmes hospitalières ont été réalisés. Ils ont été enregistrés afin de réaliser une retranscription fidèle des propos, l'accord de la sage-femme était bien entendu préalablement recueilli. Ils ont ensuite été anonymisés. Trois entretiens ont pu avoir lieu de visu et les six autres en vidéo-conférence.

J'ai également rencontré des personnes ressources : deux cadres sages-femmes de maternité, une Référente Enfance Famille (REF) dans un CDAS. En effet, il me paraissait intéressant d'avoir le discours d'un tiers sur la perception de l'accompagnement et du vécu de la sage-femme dans ces situations.

Talon sociologique des enquêtés

Sage-femme	Age	Année du DE de sage-femme	Ecole de formation	Type de maternité	Durée de l'entretien
SF1	(35-40)	2009	Rennes	3	55min
SF2	(35-40)	2004	Bruxelles	2A	48min
SF3	(40-45)	2006	Rennes	3	55min
SF4	(50-55)	1991	Rennes	3	1h15
SF5	(30-35)	2014	Nantes	2A	46min
SF6	(30-35)	2012	Rennes	3	1h09
SF7	(35-40)	2007	Rennes	3	1h28
SF8	(35-40)	2007	Nantes	3	1h
SF9	(35-40)	2006	Rennes	3	1h20
SF Cadre 1	(45-50)	1997	Rennes	3	1h08
SF Cadre 2	(40-45)	2007	Rennes	2A	1h

2. L'identité professionnelle des sages-femmes

2.1 Les représentations du métier de sage-femme

La profession de sage-femme a été décrite par les enquêtés comme étant un métier riche avec une dimension humaine importante ainsi qu'une dimension technique.

La dimension humaine a été caractérisée par des qualités relationnelles, d'écoute, de respect, de bienveillance, de soin et d'apport de bien être aux femmes.

Une notion de globalité est ressortie des entretiens. Cette globalité montre le rôle de la sage-femme en tant qu'accompagnatrice, comme un « *tuteur féminin* » qui va intervenir pour « *prendre soin de la femme en général, tout au long de sa vie* ». Cette généralité englobe les versants obstétricaux, gynécologiques et également d'accompagnement à la parentalité. Certaines soulignent le fait que leur profession ne se résume pas au fait d'accompagner les femmes lors de la naissance : « *je pense qu'effectivement on est à un moment crucial au moment de l'accouchement mais y'a pas que ça, clairement y'a pas que ça* ». La sage-femme se positionne comme étant « *au centre de la prise en charge et de la santé des femmes* », comme étant pour elles un professionnel de « *premier recours* ».

La sage-femme est décrite comme celle qui doit donner confiance aux femmes, leur « *donner confiance en leurs forces et leurs capacités* ». Elle est là pour « *rendre la place à la femme, qu'elle ne soit pas dans le subissement, qu'elle reprenne son rôle d'actrice, actrice en tant que mère, en tant que femme* ».

Ces notions sont retrouvées dans l'article d'Annie BERGERON « Les représentations de la sage-femme dans la presse francophone québécoise (1089-2002) » (11). La sage-femme y est décrite comme une professionnelle de santé différente des autres, qui ne s'attarde pas uniquement à la dimension physiologique de la grossesse et de l'accouchement mais qui développe une relation interpersonnelle riche basée sur la confiance. « *La sage-femme est montrée comme une personne-ressource qui n'est pas en quête de pouvoir mais qui cherche plutôt, et avec conviction, à redonner aux femmes enceintes leur autonomie et le contrôle de leur propre corps* ». Les sages-femmes revendiquent elles-mêmes l'importance des dimensions humaines et psychologiques qu'elles accordent à la maternité et à la femme en général, cela justifie la reconnaissance de leurs pratiques et les distingue positivement du reste du corps médical.

La dimension technique de la profession a également été mentionnée par des sages-femmes. C'est un métier qui nécessite une certaine « *expertise* », un sens clinique, avec des « *responsabilités* » et la prise de « *décisions médicales* ». Il demande également de grandes capacités d'adaptation.

Une dimension féministe a également été nommée dans un entretien, ce sont des femmes qui travaillent au service de la femme.

2.2 Le parcours menant à la profession de sage-femme

Les sages-femmes interrogées ont eu des parcours différents les menant à la pratique de ce métier.

Parmi les onze sages-femmes interrogées (9 sages-femmes de service et 2 sages-femmes cadre), trois voulaient l'être depuis l'enfance et ont d'une certaine manière « *toujours voulu faire ça* ». Peut-être était-ce pour elles comme une sorte de vocation, c'est à dire une « *inclination, un penchant pour une profession, un état* » (12).

Quatre sages-femmes se sont dirigées en Ecole de sage-femme suite à un échec au concours de médecine. Ce n'était donc pas à l'origine la filière qu'elles souhaitaient intégrer mais leur classement au concours commun ou la réussite en parallèle du concours d'entrée à l'école de sage-femme leur ont permis d'y accéder. Une interrogée explique alors que pour elle ce n'était justement pas du tout une vocation, « *je suis arrivée là-dedans en me disant ohlala je connais pas du tout cette affaire, comment ça marche cette histoire ?* ».

Pour deux sages-femmes il s'agissait d'une réorientation après un début de cursus universitaire dans une filière non médicale, et pour une autre après l'obtention d'un diplôme et d'une expérience professionnelle paramédicale. Une enquêtée exprime que malgré le fait que l'envie de devenir sage-femme lui soit arrivée plus tardivement, c'est tout de même devenu pour elle une vocation.

Une dernière sage-femme est arrivée en école de sage-femme après avoir passé de nombreux concours paramédicaux parmi lesquels figurait celui de l'école de sage-femme, qu'elle a obtenu. Elle y est donc arrivée par « *pur hasard, c'était pas un choix, j'y suis arrivée par hasard et je n'y suis pas restée par hasard* ».

Ces résultats nous montrent que nombreuses sages-femmes ne se projetaient pas forcément dans ce parcours professionnel à l'origine, mais que c'est une fois le cursus d'études intégré qu'elles ont vraiment découvert ce que représentait ce métier et qu'elles se sont forgées progressivement une certaine identité professionnelle.

2.3 Les représentations des rôles de la sage-femme en maternité

Les 11 sages-femmes interrogées (9 de service et 2 cadres sages-femmes) ont identifié les différents rôles qui sont selon elles, ceux d'une sage-femme en maternité, en particulier en suites de naissances. Les voici renseignés du nombre de fois qu'ils ont été nommés par les enquêtées :

- Accompagner à la parentalité (6)
- Donner confiance (5)
- Accompagner l'établissement du lien mère-enfant/parents-enfant (2)
- S'assurer que tout le monde soit dans des conditions de sécurité, de sérénité (2)
- S'assurer de la bonne santé de la mère et de l'enfant (2)
- Dépister les parentalités pathologiques, les situations à risque, les dépressions (2)
- Orienter, faire le lien avec les partenaires extérieurs (2)
- Eduquer aux soins (2)
- Accompagner à l'alimentation du bébé (2)
- Aider à l'investissement du rôle de mère (1)
- Avoir un rôle de veilleur sur les plans médicaux, psychologiques, sociaux (1)
- Avoir un rôle de prévention (1)
- Coordonner les soins de la mère et de l'enfant (1)
- Accompagner les situations difficiles (1)

En plus de son rôle de surveillance médicale et de soin, la sage-femme a aussi un réel rôle d'accompagnement. Cet accompagnement est multiple et global, auprès de la mère, de l'enfant, du couple, de la famille toute entière.

Une sage-femme explique que l'idéal pour elle serait de vraiment pouvoir adapter son accompagnement à chaque femme « *d'accompagner la patiente comme tu sens qu'elle a envie d'être accompagnée, pas de faire du systématique pour tout le monde, pas de faire à la chaîne, pas de faire du chiffre* ».

La notion de parentalité raisonne pour beaucoup de sages-femmes. Il leur paraît important de participer aux premiers pas de ces familles, de les aider à prendre un bon départ dans ce nouveau quotidien, qu'elles soient prêtes à rentrer chez elles dans de bonnes conditions.

Tous ces rôles font bien sûr écho aux représentations du métier précédemment identifiées par les sages-femmes. Tout ceci correspondant à l'identité professionnelle qu'elles se sont approprié.

3. Accompagnement et vécu de la sage-femme dans une situation de décision judiciaire de placement de l'enfant en maternité

3.1 Les rôles des sages-femmes en maternité dans ces situations

Voici les rôles identifiés des sages-femmes lors de situation de placement en maternité, avec le nombre de fois qu'ils ont été cités par les 11 interrogées :

- Observer et remplir la fiche d'établissement de lien mère-enfant (9)
- Accompagner comme toutes les mamans (6)
- Ne pas juger (6)
- Eduquer aux soins (5)
- Valoriser les capacités (4)
- Créer un lien de confiance avec la patiente (3)
- Accompagner l'établissement du lien mère-enfant (3)
- Être en lien avec les partenaires, organiser l'accompagnement (3)
- Accompagner à la parentalité (2)
- Dépister (2)
- Être bienveillant, respectueux (2)
- Être à l'écoute, rassurer (1)
- Veiller au bien-être de la femme et de l'enfant (1)
- Soutenir (1)
- Coordonner la prise en charge avec les auxiliaires (1)

- ***Observer et réaliser la fiche de lien mère-enfant***

Pour toutes les sages-femmes interrogées la question de l'observation de l'établissement du lien mère-enfant en maternité fait partie de leurs missions lors de l'accompagnement de ces patientes et de leurs enfants. Même si elles ne l'ont pas toutes énoncé lors de la question sur les rôles des sages-femmes, elles en ont toutes parlé et expliqué que lorsque les professionnels se questionnent sur la possible nécessité d'une mesure judiciaire de placement, une fiche pour décrire l'attitude de la mère avec son enfant est instaurée.

Pour certaines cela est assez clair et il n'est pas très difficile de compléter cette fiche car elles distinguent leur rôle d'observation du rôle décisionnaire qui appartiendra au Procureur de la République et au Juge des enfants :

Nous on a le bon rôle entre guillemets, on est pas dans... on observe la situation, on note les faits objectifs qu'on a observé sur la situation : la mère elle a participé aux soins, elle a pris son enfant, elle a été attentive, elle a eu des échanges par exemple. Que les choses soient positives ou négatives, par exemple elle le regarde pas, elle interagit pas avec lui... mais on met pas de jugement de valeur. Et ensuite c'est d'autres personnes qui vont prendre connaissance de ça et c'est ces personnes là qui vont juger si elle est capable ou pas de s'occuper de son enfant, à quel moment il va être placé, comment ça va être fait...

A l'inverse, parfois les sages-femmes peuvent avoir plus de mal à remplir cette fiche d'observation par peur que leurs écrits déterminent la décision qui sera prise, comme si elles émettaient elles même un jugement sur les capacités de la mère et la nécessité ou non que cet enfant soit confié à l'ASE. Une Cadre sage-femme interrogée explique que c'est ce que l'équipe a des fois du mal à comprendre, « *qu'elles ont l'impression que leurs observations vont faire plus aller dans un sens que dans un autre* », alors elle leur rappelle qu'en réalisant des observations strictes, sans interprétations, elles ne sont pas responsables de ce qui sera ordonné.

Il n'est pas rare en effet que les professionnels aient cette peur de dénoncer, d'être celui qui va dire et mettre des mots sur ce qui ne va pas, cette peur et ce refus d'être la personne responsable de la séparation. C'est ce qu'explique Martine LAMOUR : « *Dans toutes ces rencontres, j'ai été frappée par la violence des émotions et des angoisses, par la conflictualité des positions qui se font jour. (...) Quand la séparation est évoquée, ces phénomènes s'intensifient ; tout s'enflamme ! Pour les professionnels, submergés par le discours parental, il est difficile de la nommer, de la penser : le besoin domine qu'un autre le fasse, qui restera le dépositaire de ce qui est, d'emblée, vécu comme mauvais.* » (13)

Une sage-femme exprime le ressenti qu'elle a vis à vis de ce document :

Rien que la fiche de liaison mère-enfant je trouve que c'est hyper stigmatisant, rien que de dire on va faire une fiche de lien mère enfant, « ah parce que ça va pas ? ». Pour le CHU je trouve que rien qu'à partir du moment où tu te dis que tu l'ouvres, c'est que tu as une conduite à tenir par la PMI, le CDAS et que tu dois être attentive.

Le fait de savoir qu'une fiche de lien mère-enfant est mise en place va alors parfois susciter plus d'interrogations et plus d'inquiétudes pour la sage-femme et ainsi la

rendre peut-être plus suspicieuse qu'elle ne le serait avec une autre patiente. Une soignante dit : « *t'interprètes tout quoi, t'es vachement plus à l'affut* » et elle témoigne alors de sa difficulté « *de faire ressentir, de mettre un ressenti en écrit qui soit pas complètement à charge* ».

Les sages-femmes manquent peut être de repères pour les accompagner dans cette « Observation de l'établissement du lien mère-enfant » qui leur est demandée et dans la rédaction des éléments relevés. Une enquêtée explique que cette demande est un peu floue, qu'il faudrait qu'elle soit plus explicitée et qu'il faudrait par exemple que dans leur formation, les sages-femmes aient plus de notions sur le repérage des signes d'alerte, sur la qualité des interactions... ces choses qui au final selon elle s'apprennent ensuite avec l'expérience.

Les sages-femmes travaillent en maternité avec les auxiliaires de puériculture qui accompagnent également les mères et enfants dans l'apprentissage et la réalisation des soins. Les auxiliaires ont alors aussi une grande place dans l'observation de ce qui se joue entre le binôme mère-bébé. La sage-femme peut s'aider et s'appuyer sur des constats de l'auxiliaire pour compléter la fiche de lien mère-enfant.

Une interrogée qui a accompagné une patiente pour laquelle la mesure de placement de l'enfant a été ordonnée dès le lendemain de la naissance, avec le nouveau-né qui était alors hospitalisé en service de néonatalogie, témoigne des limites et de son sentiment de non utilité de la fiche de lien mère-enfant dans cette situation :

Et puis au final tu vois surveiller le lien mère-enfant, bah la première nuit d'accord et puis après t'façon c'est sûr qu'il y en avait plus... Fin qu'est ce qu'elle pouvait faire elle une demie heure trois fois par jour, fin elle était bien avec lui mais ça avait plus de sens, c'était forcément biaisé elle était sous surveillance entre guillemets.

La réalisation de cette fiche paraît cependant bien utile lorsque l'enfant est auprès de sa mère. Cela permet aux soignants de réaliser des transmissions qui sont souvent attendues des services sociaux afin de savoir comment se passent les premiers moments de la famille à la maternité, de pouvoir apprécier l'évolution de la situation, les capacités du ou des parents avec leur enfant, d'évaluer les potentiels risques de danger pour l'enfant et de décider alors de la poursuite de la prise en charge, de la nécessité par exemple de réaliser un signalement auprès du Procureur de la République.

Une sage-femme montre néanmoins son agacement. Selon elle dans certaines situations, le CDAS sait pertinemment en anténatal que l'enfant ne pourra pas être en sécurité auprès de ses parents. Pourtant une décision de placement ne pouvant être prise en anténatale, selon elle ils n'attendent parfois qu'une chose : qu'un des parents « *pète un câble en maternité* » pour que les soignants puissent recueillir les éléments et faire dire qu'ils ne sont pas capable de s'occuper de l'enfant. Elle a trouvé cette situation « *hyper dure* » et « *horrible* ».

- ***Accompagner à l'établissement du lien mère-enfant***

En dehors du fait d'observer l'établissement du lien mère-enfant, les soignants sont également là pour favoriser sa mise en place et l'accompagner. Des sages-femmes rappellent que même si cet enfant va être placé, il demeure l'enfant de ses parents et qu'il est alors important d'essayer qu'un lien se mette en place. C'est ce qu'expose une sage-femme :

Faire en sorte que ça se passe bien pendant le séjour, et qu'il y ait un lien qui se crée de manière correcte entre eux quand même quoi, parce que de toutes façons ils se verront, peut-être trop peu, peut-être plus du tout à un moment donné, mais il y aura eu un début de quelque chose...

De plus, il est nécessaire pour cet enfant d'avoir un lien d'attachement instauré le plus rapidement possible, il est alors important d'essayer, quand c'est envisageable, en maternité que celui soit établi avec sa mère, avec ses parents. En effets, les liens d'attachement de qualité font partis des besoins vitaux pour le bébé. Celui-ci, pour se développer correctement, doit avoir les premières années de sa vie, et ce le plus précocement, un lien d'attachement assez sécuritaire « *avec un objet d'élection suffisamment stable, prévisible et disponible* ». « *L'attachement est défini comme le lien émotif s'établissant entre une mère et son enfant, favorisant ainsi la proximité physique entre eux afin d'assurer à ce dernier soins et protection* » (14). Parfois, il n'est cependant pas possible qu'un lien de qualité et de sécurité s'établisse avec les parents.

Il peut être également difficile pour la sage-femme de favoriser l'établissement d'un lien durant le peu de temps qui est passé en maternité et lorsqu'elle sait que l'enfant va bientôt être placé. C'est ce qu'exprime une interrogée :

C'est vrai que c'est toujours délicat, parce que d'un côté t'essayes de

favoriser l'établissement de ce lien tout en sachant très bien que dans 48 heures ce bébé il va partir à la pouponnière ou dans une famille d'accueil ou chez les grands-parents ou je ne sais où, et que la maman elle va rentrer toute seule en fait. Donc c'est vrai que t'essayes quand même d'avoir ce petit établissement de lien en fait, d'avoir cette petite bulle maternité où elles ont pu être avec leur bébé, s'en occuper tout ça...

- **Accompagner comme n'importe qu'elle patiente**

De nombreuses sages-femmes ont évoqué le fait qu'elles doivent accompagner ces patientes comme elles accompagnent n'importe quelle femme en suites de naissances, « *pour l'aider à trouver sa place de maman auprès de son enfant et à veiller à la sécurité matérielle et affective de la mère et de l'enfant pendant le séjour* ».

Mais cela n'est pas toujours aisé car la sage-femme sait bien qu'il s'agit d'une situation particulière avec la possibilité que la mère et l'enfant soient séparés à la sortie de maternité. Une sage-femme témoigne :

Bah normalement on est censé s'en occuper comme d'habitude quoi « Bonjour ça va ? » et puis voir le lien mère-enfant, ne pas hésiter à la prendre comme une mère lambda, mais c'est ça qui est compliqué aussi c'est que toi tu sais, toi tu sais et que... mais faut pas les prendre pour plus bêtes qu'elles ne le sont, elles le savent aussi.

Le fait d'accompagner ces patientes comme toutes les autres indique également que les rôles des sages-femmes auprès d'elles sont ceux qu'elles ont habituellement, c'est à dire ceux qui ont été cités dans la partie précédente comme le fait d'éduquer aux soins, d'accompagner à la parentalité, de dépister et prévenir, tout en créant une relation de confiance avec la femme.

- **Accompagner sans jugement**

La notion de non jugement va de pair avec le fait de s'occuper de ces patientes comme toutes les autres. Plusieurs sages-femmes ont mentionné l'importance pour elles d'aller à la rencontre de ces personnes sans avoir d'opinions préconçues sur elles.

Une enquêtée témoigne qu'elle « *essaye d'y aller en tous cas en n'ayant pas trop d'a priori ou de préjugés* ». Pour cela elle explique que parfois elle préfère ne pas avoir trop d'informations sur l'histoire des familles, par exemple de ne pas savoir pourquoi

des aînés ont été confiés à l'ASE. Elle explique que sinon, cela a tendance à impacter la façon de les regarder et de s'en occuper.

Une sage-femme confie qu'elle trouve qu'il y a souvent des jugements hâtifs en maternité de la part des soignants, elle l'illustre avec une expérience qui l'a marquée :

Il y a eu une ou deux réflexions au moment du départ de l'enfant qui m'ont choqué. Au moment où la mère a cogné sa tête contre le mur, criait parce que son enfant allait partir, il y a quand même un ou deux personnels soignants qui ont dit : « ah bah elle était quand même un peu attachée à son enfant ». Et en fait c'est le genre de réflexions qui m'ont choqué, parce que moi j'avais aucun doute qu'elle était attachée à son enfant. Je pense que même quelqu'un qui est drogué ou malade et tout ça, est attaché à son enfant. Elle est pas capable de s'en occuper, elle est complètement à l'ouest, on est d'accord mais elle y est attachée.

Il leur paraît alors important de rester neutre, d'éviter de prendre parti, d'être objective que ce soit dans les transmissions écrites ou même orales envers ses collègues. Une sage-femme évoque justement la difficulté qu'elle a eu à recevoir des informations très subjectives avec des jugements de valeurs de la part de soignants.

- **Communiquer avec les partenaires**

Un autre rôle des sages-femmes est d'être en relation avec les partenaires extérieurs qui participent à l'accompagnement de la famille, c'est à dire avec l'ASE, la PMI, les associations d'hébergements etc... afin de transmettre les observations du séjour en maternité et d'organiser la suite de la prise en charge en fonction des décisions convenues.

- **Accompagner avec bienveillance**

De la même manière que nous les avons identifiées précédemment, la sage-femme présente des dimensions humaines dans l'accompagnement de ces familles. Elle a alors souvent une certaine bienveillance, du respect, est à l'écoute, rassure et soutient ses patients.

- **Valoriser les compétences parentales**

Plusieurs sages-femmes ont également mis en exergue l'importance de valoriser les capacités de ces parents, des compétences qu'ils ont pu montrer avoir vis à vis de leur enfant, de ce qu'ils ont appris et savent faire pour lui. C'est ce qu'exprime une enquêtée :

Vraiment ils vont pas avoir beaucoup de temps seuls avec ce bébé là à s'en occuper, donc c'est de valoriser qu'ils ont quand même des compétences parentales ces couples là, même si elles sont pas forcément au top du top, même si ils sont peut être pas autant capables que d'autres couples, essayer quand même de les valoriser là dedans et de les accompagner vers la décision de placement pour que ça se passe le mieux possible quoi.

Elle précise quand même ensuite qu'elle n'a jamais été confrontée à des situations où aucune compétence parentale n'était repérée, et qu'elle aurait peut-être par conséquent un autre discours si elle avait eu des situations où elle avait été très inquiète dès la maternité.

3.2 Organisation du placement de l'enfant en maternité

- **Un séjour long**

Quasiment toutes les sages-femmes évoquent qu'il est décidé d'un séjour long en maternité pour ces situations. En effet cela permet d'avoir du temps pour observer la rencontre parents-enfant, leurs attitudes et l'accordage ou non de ces protagonistes. Cela permet ensuite aux services sociaux en collaboration avec la maternité, de prendre une décision et de réaliser un signalement auprès du Procureur de la République si la situation le nécessite. Même s'il s'agit d'un séjour plus long que la normale, certaines sages-femmes trouvent que cela reste trop rapide. D'ailleurs, qu'est-ce qu'un séjour long ? Les interrogées n'ont pas précisé de temporalité à ce dernier. La durée de séjour standard est définie aujourd'hui entre 3 et 4 jours après un accouchement par voie basse et entre 4 et 5 jours après une césarienne. On peut alors s'imaginer qu'un séjour long corresponde à un minimum de 5 jours et peut s'étendre au delà selon les situations. La tendance étant plutôt au raccourcissement des temps d'hospitalisation en maternité, il ne faudrait pas que cela soit aussi le cas dans ces situations.

- **Informations et directives reçues par les sages-femmes**

Les sages-femmes indiquent qu'en général elles n'ont pas de directives particulières pour la prise en charge de ces patientes mis à part le fait de devoir observer et compléter la fiche d'établissement du lien mère-enfant.

Seules deux sages-femmes ont eu pour consigne, quand à elles, de ne pas laisser l'enfant seul avec sa mère car il était convenu que le placement soit demandé dès la naissance.

Les sages-femmes avaient souvent des informations notées dans le dossier, sur la fiche du staff médico-psycho-social, avec une présentation de la situation, de l'histoire de la patiente, de ses problématiques, des inquiétudes, parfois des décisions envisagées comme la réalisation d'un signalement dès la naissance... Certaines ont quand même mentionné avoir déjà été en difficulté du fait d'un manque d'information, qu'elles auraient aimé en savoir davantage sur les contextes. Une sage-femme donne l'exemple d'une situation d'un couple, tous deux déficients intellectuels, qui avaient été préparés pour un retour avec un accompagnement à domicile qu'ils avaient accepté et pour qui la PMI est finalement venue pendant le séjour annoncer que l'enfant allait être placé dès la sortie du service. Contrairement à l'information reçue par la maternité, la PMI indiquait que cette séparation était envisagée avant l'accouchement.

Une autre sage-femme aurait aimé connaître les motifs des Informations Préoccupantes (IP) réalisées pour une patiente. Selon elle cela aurait pu l'aider à mieux appréhender la décision de placement dès la naissance qu'elle avait du mal à comprendre. Elle dit :

Parce que des fois on a des dossiers on sait qu'il y a eu une IP, mais là quatre tu vois, quatre... Trois personnes différentes sur la même femme on se dit que franchement c'est grave et qu'elle est incapable de s'occuper de cet enfant. Mais on voyait pas nous pourquoi ils s'étaient enflammés à ce point là. Alors après c'est sûr on est pas chez elle, on voit pas comment elle vit, mais je trouve qu'il nous a manqué des détails de pourquoi les IP quoi.

De la même manière, cette sage-femme aurait souhaité savoir pourquoi il avait été décidé que cet enfant soit placé dès la naissance et non pas quelques jours après comme il est fait le plus souvent. Pour cette sage-femme, le manque d'information sur la situation a sûrement participé à l'incompréhension qu'elle a eu vis à vis de la décision et de l'organisation du placement.

- **Autonomie des sages-femmes**

Les sages-femmes sont assez autonomes dans l'accompagnement de ces patientes, c'est ce qu'exprime une interrogée : « *Je trouve qu'on nous laisse très, très très autonome et très décisionnaire, en tous cas de comment on souhaite gérer ça. Parfois trop je pense pour certaines. En fait on nous laisse très très, je veux pas dire seule même si c'est vrai on est seule on doit gérer notre service et c'est comme ça, mais très autonome dans l'appréhension de la qualité de tels soins, du lien mère-enfant...* ». Il est intéressant que les sages-femmes soient autonomes dans leurs prises en charge, mais dans ces situations, elles ont sûrement besoin d'être plus accompagnées et orientées.

- **Le cas des patientes avec des ainés confiés à l'ASE**

Une sage-femme indique que parfois les mères qui ont déjà des enfants placés ne sont pas conscientes que le nouveau-né le sera lui aussi. Une patiente pensait qu'elle allait garder cet enfant et récupérer tous les autres, comme si cet enfant allait réparer ce qui s'était passé jusqu'à présent. Une sage-femme qui a accompagné plusieurs fois des multipares qui avaient leurs ainés placés et à qui on laissait le bénéfice du doute le temps d'un séjour long, raconte : « *En fait c'est souvent des patientes qui t'en parlent pas, c'est noté dans le dossier mais qui te disent « du coup je sors dans 72h c'est ça? » . Elles tentent quoi, j'ai l'impression que souvent ces patientes là elles se disent on sait jamais ça peut passer. »*.

Michel BRIEX témoignait en ce sens en disant que la patiente espère souvent et projette un certain devenir sur l'enfant, voit à travers lui la possibilité de changer de vie et de « devenir une vraie mère ». (15)

Bien qu'il n'y ait pas toujours de placement de décidé lorsque les patientes ont des ainés confiés, d'autres femmes sont parfois d'avantage lucides, savent bien et ont compris que le nouveau-né sera à son tour placé. C'est ce qu'exprime une autre interrogée : « *Moi les deux dames que j'ai eu dans ces situations là disaient qu'elles savaient très bien, qu'elles se rendaient bien compte bah qu'elles avaient fait des bêtises et que c'était normal qu'on en arrive là même si elles auraient souhaité de tout leur cœur que ça ne se passe pas, mais que c'était pas juste par caprice en fait qu'on plaçait ces enfants là. »*.

Parfois, les parents ont une certaine conscience de leur incompétence parentale et la

séparation peut alors les soulager. Maurice BERGER ainsi que Martine LAMOUR en ont fait le constat. (13)

- ***Annnonce de la réalisation d'un signalement et de l'OPP***

Dans les deux cas cités ci-dessus, pendant la grossesse, les parents avaient été informés que des réunions seraient organisées pour réfléchir sur leur situation, qu'il s'agirait d'un séjour long avec des observations en maternité et il leur était suggéré qu'un probable placement de l'enfant aurait lieu. Pendant le séjour en maternité, les parents connaissaient la date où le signalement allait être réalisé. Ils ont ensuite été informés par téléphone de la décision d'OPP et que l'équipe de PMI arrivait en maternité pour venir chercher l'enfant. Ce qui selon la sage-femme « *leur laisse carrément le temps de se casser* ». Une fois c'est d'ailleurs la patiente elle même qui a mis au courant la sage-femme que la décision avait été prise et qu'ils venaient chercher le bébé.

La plupart du temps, une personne de l'ASE ou de la PMI informe effectivement les parents qu'au vu des inquiétudes des professionnels, un signalement auprès du Procureur va être réalisé pour demander le placement de l'enfant.

Mais une enquêtée explique que ce n'est pas toujours le cas. Elle raconte son expérience avec une patiente qu'elle accompagnait en suites de naissances et qui devait aller en Centre maternel, mais pour qui par manque de place il a été décidé la veille pour le lendemain que l'enfant serait placé. La sage-femme exprime : « *là moi j'ai explosé je dis bah la dame faut peut être qu'on la prévienne, c'est une dame qui allaite, elle va pas arrêter du jour au lendemain, peut être prendre le temps, lui laisser le temps* ». La sage-femme avait réussi à obtenir 48 heures supplémentaires pour prévenir et préparer la dame à l'idée qu'elle serait finalement séparée de l'enfant. Dans cette situation, les services sociaux ne se sont pas déplacés pour informer la patiente qu'un placement était demandé, c'est la sage-femme qui a dû le faire.

Une autre interrogée explique que parfois pour ne pas mettre l'enfant en danger, la patiente n'est pas mise au courant qu'un signalement est réalisé. L'enfant est isolé de sa mère lors de l'annonce de la décision de placement et parfois il n'y a pas de possibilité qu'elle lui dise au revoir. Ces situations sont selon elle très violentes pour les mères, les pères, l'enfant et le reste de l'équipe.

Michel BRIEX, gynécologue obstétricien, raconte dans une chronique son expérience sur le placement en maternité. Il donne son point de vue sur l'organisation et la gestion de ces situations. Il explique que malgré la réalisation de réunions pluridisciplinaires pendant la grossesse, tout le monde fuit la responsabilité de l'annonce, que ce soit de dire à la mère en anténatal les inquiétudes des professionnels et la surveillance qui va être établie, ou en post-natal quand il s'agira d'annoncer la décision de placement. Cette fuite conduit à un manque de préparation qui ne fait que compliquer ce moment redouté par les professionnels. *« À une époque où la médecine met de plus en plus de soin à préparer et à formaliser l'annonce du moindre diagnostic ou de résultat d'examen, il conviendrait d'en faire autant avec des situations humaines lourdes de conséquence. »*. (15)

En général, lorsque le Procureur de la République a ordonné le Placement Provisoire de l'enfant, des personnes de l'ASE ou de la PMI viennent annoncer et lire le compte rendu de la décision aux parents et viennent chercher l'enfant. Lors de cette annonce, les sages-femmes sont parfois présentes ou parfois restent en dehors de la pièce où elle est réalisée. Parmi les 6 témoignages où les sages-femmes étaient dans le service le jour du placement de l'enfant, 2 ont participé à l'annonce de l'OPP.

Une des sages-femmes raconte qu'elle était présente dans la chambre de la patiente avec les professionnelles de la PMI. Selon elle l'annonce de la séparation s'est bien passée grâce au temps qui a été accordé à ce moment. Elles sont restées pratiquement une heure pour expliquer aux parents la décision d'OPP, expliquer ce qui allait se passer pour le bébé, parler à l'enfant, prendre les parents en photos avec le bébé, choisir les vêtements de l'enfant... La sage-femme exprime : *« Je trouvais qu'il y avait une certaine implication des parents dans la décision de placement et de l'acte en lui-même ce que j'ai trouvé très bien. »*. Cette même sage-femme qui a aussi vécu une situation où elle n'a pas participé à l'annonce témoigne : *« Je pense vraiment que nous associer à tout ça, ça peut aider à ce que ça soit fait et annoncé en douceur, de renforcer ce côté positif qu'on a vu en mater »*.

L'autre sage-femme a participé à l'annonce de la séparation en présence de la cadre du service, de la sage-femme de PMI et d'une autre personne du CDAS. La sage-femme confie *« tu te rends compte que tout le monde est super mal, super mal à l'aise en fait et ne sait pas trop comment faire »*. C'est alors elle qui a pris les devants. En s'aidant de sa pratique en hypnose elle a amené les choses en conversationnel

avec la patiente afin que ce soit elle qui prenne la décision de confier son enfant. Elle insiste sur l'importance du choix des mots, de préférer le terme confier plutôt que donner ou enlever l'enfant. Elle insiste également sur le fait de prendre le temps nécessaire à la patiente pour qu'elle comprenne l'importance du placement et qu'elle décide d'elle-même du moment où elle se sent prête à le confier. La sage-femme a été étonnée que ce soit elle qui ait géré la situation : *« je trouve ça incroyable, ça m'avait un peu choqué qu'elles aient aussi peu d'éléments pour aider à ce que ça se passe dans le meilleur »*. Cependant cela ne l'a pas dérangé de devoir « mener la danse », car contrairement aux autres intervenantes, elle avait déjà établi une relation de confiance avec la patiente.

Pour la sage-femme qui a vécu deux situations, la fois où elle n'était pas présente à l'annonce, elle s'est retrouvée bloquée pendant une heure à devoir garder le nouveau-né : *« elles m'ont confié le bébé dans le bureau en disant que c'était pas la place de l'enfant d'être là pendant qu'elles expliquaient la décision à la mère »*. La sage-femme s'est alors retrouvée en difficulté car elle devait à la fois gérer le service et s'occuper de l'enfant. De plus, elle a trouvé que ça avait eu un côté excluant pour elle qui s'était quand même occupée de la patiente. Elle nomme également : *« là je pense que ça a été plus vécu comme un arrachement, le fait de dire bah attendez là on va mettre le bébé dans le bureau pendant qu'on discute avec vous »*.

Une autre enquêtée s'est retrouvée dans une situation inconfortable où elle a dû appeler la Police sur demande de l'ASE, du fait que suite à l'annonce, le père s'était enfermé dans la chambre avec sa femme et leur enfant. Surprise que ça soit à elle de réaliser cet appel, elle avait téléphoné à la cadre de garde pour questionner cela et celle-ci lui avait confirmé que c'était à elle de le faire.

Pour une autre interrogée, il était prévu à l'origine que l'annonce de l'OPP, au couple et à la grand-mère soit faite au CDAS et que le bébé reste à la maternité pendant ce temps. La grand-mère ayant refusé de laisser le bébé seul dans le service, l'organisation a été modifiée. Finalement ce sont l'ASE et le SAFED qui se sont déplacés à la maternité. Lors de l'annonce, la sage-femme est restée dans une autre pièce, aux côtés du bébé avec la puéricultrice et l'assistante sociale de l'ASE. Elle a apprécié le soin apporté à l'enfant, et raconte : *« cette puéricultrice en fait a pris le temps de parler à l'enfant, je me suis retrouvée un peu dans le même genre de situation que quand un enfant naît sous X en fait, où cet enfant naît et on lui explique la*

situation ». Elles ont pris le temps de s'occuper du bébé, de l'envelopper d'une couverture avec l'odeur de sa maman... ce que la sage-femme a apprécié. La sage-femme s'est plus tard retrouvée auprès de la mère lorsqu'elle est sortie en hurlant après l'annonce, son rôle était alors de l'apaiser.

Une sage-femme a exprimé la chance qu'elle a eu de ne jamais avoir été là le jour du placement.

Pour une autre, les annonces ne sont pas du ressort des sages-femmes. Dans ces situations elle reste dans le bureau ou derrière la porte, prête à appeler la sécurité ou à réaliser une injection de neuroleptique si jamais la patiente « *pète un câble* ». Elle n'a jamais souhaité être présente au moment de la séparation : « *moi je trouve que c'est pas ma place, parce que justement c'est pas moi qui le prend, c'est pas moi qui le place, c'est pas moi qui le place c'est vraiment les services administratifs et je veux justement que ça soit différencié dans la tête des gens* ».

- ***La question des cris et de la violence***

Les cris et la violence suscités par ces situations ont été mentionnés par 5 sages-femmes. Sans l'avoir forcément vécu, c'est le pré-sentiment et l'idée qu'elles peuvent avoir de ces annonces et de ces séparations. Une sage-femme explique : « *C'est des situations qui nous marquent parce qu'on en entend parler, parce que souvent c'est très douloureux, c'est dans les cris et dans les larmes etc... c'est surtout de celles là qu'on entend parler.* ».

Une interrogée raconte qu'une patiente qu'elle a suivi a du être sédaturée par la sage-femme présente dans le service à l'annonce du placement.

- ***Les difficultés vis à vis des autres patientes***

Deux sages-femmes racontent également qu'elles se sont senties en difficulté vis à vis des autres patientes du service du fait des cris et de l'agitation. Une sage-femme, lorsqu'elle a revu les patientes après la situation, devançait les questions des autres femmes et les rassurait en leur expliquant qu'ils avaient eu une situation compliquée mais que tout allait bien.

Ces situations demandent aussi du temps à la sage-femme et l'impactent dans sa gestion du service. Une interrogée explique qu'elle avait anticipé cela en prévenant les

patientes : « *Je suis passé voir toutes les dames en leur disant qu'on allait pas être disponibles pendant une heure et demi, qu'on avait une situation difficile à gérer et que je ne voulais pas qu'elles soient dans les couloirs.* ».

- ***Décision de séparation dès la naissance***

Des sages-femmes ont rencontré des difficultés lors de la prise en charge de patientes pour lesquelles il était mentionné que l'enfant devait être placé dès la naissance, mais pour qui l'OPP n'était pas possible dans l'immédiat car la naissance avait eu lieu le soir ou la nuit. Une interrogée raconte : « *il y avait des consignes que l'enfant ne doit pas rester seul avec sa mère et que moi je devais faire en sorte que l'enfant soit avec moi toute la nuit sans dire les raisons à la mère parce qu'ils avaient peur qu'elle réagisse et que c'est pas à nous d'annoncer qu'il va être placé. Donc il a fallu lui mentir pour que l'enfant fasse sa nuit avec nous* ». Elle exprime que selon elle, si l'enfant est considéré en danger et que le placement est décidé, il faut que ce soit fait quelque soit l'heure : « *même si c'est à 20h il faut que ça soit fait, parce que nous on est pas là... sous quel prétexte on peut séparer la mère et son enfant toute une nuit, du coup c'est pas évident.* ».

Deux autres sages-femmes ont eu la situation d'accompagner une naissance dans la nuit d'un enfant pour lequel il était décidé qu'un signalement serait réalisé dès la naissance. Une des deux sages-femmes avait alors pris l'initiative de ne pas laisser l'enfant seul avec ses parents dès la salle de naissance car il était inscrit sur le dossier qu'il irait en nurserie en suites de couches. L'autre sage-femme n'était pas vraiment au courant que le signalement allait être fait tout de suite et les parents ne l'étaient pas non plus. « *A aucun moment ça leur a été dit : non de toutes façons il sera placé à la naissance. Parce que la stratégie apparemment c'était qu'ils avaient peur de la perdre de vue complètement et donc il fallait lui faire miroiter ça pour qu'elle reste dans le circuit, pour qu'elle accouche à l'hôpital.* » L'enfant a donc passé la nuit avec ses parents et c'est le lendemain quand le CDAS a appris la naissance, que le Procureur a été sollicité.

- ***Les difficultés d'un placement trop tardif dans la journée***

Deux sages-femmes ont évoqué la difficulté rencontrée par des placements réalisés trop tardivement dans la journée, le soir, avec des sorties de patientes qui sont alors précipitées et parfois non préparées en soirées ou dans la nuit. Une interrogée

raconte qu'elle effectuait une nuit isolée, elle ne connaissait donc pas le couple et qu'en arrivant à sa garde elle apprend à 20h que l'ASE vient chercher l'enfant pour le placer, alors que le père est rentré chez lui et n'est pas au courant de cette décision. Elle explique « *ils voulaient se barrer vite fait avant que le mari revienne, j'ai juste trouvé ça hallucinant. J'ai questionné l'ASE sur comment ça se faisait qu'ils venaient qu'à cette heure là, et ils étaient débordés je pense tout simplement* ». La sage-femme s'est alors retrouvée en difficulté avec une patiente qui a quitté la maternité en pleine nuit contre avis médical car sa sortie n'avait pas été validée, qu'elle n'avait pas ses ordonnances alors qu'elle avait un traitement anticoagulant...

L'autre enquêtée qui a vécu deux fois la situation de placement témoigne de son incompréhension : « *pendant des mois et des mois on leur dit attention on sera là, on va surveiller et tout ça, et puis y a 3-4 jours où ça se précipite et où tout d'un coup tout le monde s'excite et où la décision tu vois je t'ai dit, elle arrive à être prise un soir à 17h30, et tu te dis ça fait 4 jours qu'elle est là on aurait peut être pu faire ça tranquille demain dans la journée* ».

- **Les difficultés rencontrées après la séparation**

Quatre sages-femmes ont parlé des difficultés de l'après séparation lorsque les services de PMI, de l'ASE partent avec l'enfant et que la sage-femme se retrouve alors seule avec le couple qui est souvent énervé et qui demande alors des explications sur la décision et sur ce qui est inscrit dans l'OPP. Une enquêtée raconte « *il est 18h30 donc t'as plus de cadre, t'as plus de service de la PMI, t'as plus personne en fait, donc là t'es là toute seule dans ton bureau face à ce monsieur qui est légitimement pas très content en fait* ».

Une sage-femme s'est également retrouvée embêtée à se questionner sur des procédures administratives du fait de la fugue d'une patiente qui a quitté le service en y laissant toutes ses affaires à la suite du placement.

Une autre difficulté abordée par deux enquêtées c'est lorsqu'il n'y a pas de place de trouvée pour l'enfant, ni en pouponnière ni en famille d'accueil. Dans cette situation, la PMI avait demandé à la maternité si la mère et l'enfant ne pouvaient pas rester en maternité tous les deux malgré la décision de séparation qui avait été prononcée. La sage-femme et la cadre n'avaient pas trouvé cela correct. La mère avait

elle même refusé cette proposition car elle trouvait cela trop dur psychologiquement. Le placement ayant eu lieu en fin de journée, le bébé a été hospitalisé tardivement en pédiatrie. La sage-femme s'est alors retrouvée perturbée et désorganisée : « *Et tu te retrouves avec un bébé dans les bras, la PMI qui est partie, la néonate qui est pas encore tout à fait prête parce que 19h30 tu comprends c'est l'heure des transmissions en néonate, donc bah du coup en fait t'es là avec le bébé et puis tu te dit bon bah je l'emmènerai après mes trans en néonate du coup* ».

Tous ces témoignages mettent en évidence les diverses organisations qui peuvent être rencontrées dans ces situations et le fait qu'il n'y a pas de consensus ou de protocoles sur leur prise en charge.

3.3 Vécus des sages-femmes

- ***Des situations difficiles***

Ce sont des situations souvent difficiles pour les sages-femmes, il n'est en effet jamais plaisant de devoir séparer un enfant de ses parents même si cela s'avère nécessaire. Une interrogée décrit : « *effectivement c'est difficile, c'est pas difficile dans le soin de base, dans l'examen clinique, dans rentrer dans la chambre avec la patiente.... c'est tout un versant psychologique et administratif qui est un peu compliqué à appréhender* ». Certaines sages-femmes parlent même de situations violentes.

Maurice BERGER disait que « tout professionnel confronté à des situations d'inadéquation éducative parentale importante ressent un tiraillement à l'intérieur de lui entre l'identification à l'enfant et l'identification au parent ». (16) La sage-femme travaille la rencontre mère-bébé et oeuvre à l'établissement du lien mère-enfant, elle est donc fortement impactée par cette posture professionnelle. La séparation précoce peut être vécue chez les professionnels de différentes manières. Comme assimilée à un enlèvement du bébé au moment où la mise en place du lien parent-enfant est la plus importante. Elle peut également être perçue comme un échec, le soignant se trouvant dans un dilemme entre le fait de ne pas vouloir être celui qui sépare et la réalité pathologique des parents. Ou bien encore, la séparation peut être vécue comme une protection, un remède pour l'enfant. (13)

Une enquêtée témoigne de son mécontentement quand à la façon dont une situation s'est déroulée et de l'insécurité dans laquelle elle s'est sentie : « *Vraiment,*

bien sûr moi j'ai fait remonter ça, le matin j'étais comment dire pas contente de comment ça s'était passé. Déjà j'avais trouvé qu'on m'avait mise moi en danger et que vraiment on avait pas aidé ce couple là. Et j'ai pas eu l'impression d'avoir été tellement entendue par ma hiérarchie » . Elle explique que si la déclaration d'Événement Indésirable avait existé au moment de la situation, elle en aurait réalisé une.

Une interrogée constate que pour elle, l'accompagnement de ces situations est plus difficile en suites de naissances qu'en salles de naissances, *« c'est plus bousculant en suites de couches parce que ça dure plus longtemps, parce que ça vient en plus de tout le reste et parce que tu veux être sûre de pas passer à côté de quelque chose... »*.

- **Des situations chronophages**

Deux sages-femmes évoquent que ces accompagnements sont chronophages, ils demandent une disponibilité plus importante de la sage-femme et de la gestion administrative supplémentaire.

- **Des situations génératrices d'émotions**

Ces prises en charge suscitent parfois chez les sages-femmes des émotions assez intenses. Une sage-femme confie son ressenti lorsqu'elle était auprès du bébé avec la puéricultrice de PMI qui expliquait à l'enfant ce qui allait se passer pour lui : *« c'était un moment quand même hyper émouvant, un moment assez poignant où on avait tous un peu les larmes aux yeux je pense, enfin pas la puéricultrice, mais nous soignants c'était, ça c'était dur. Dur et en même temps les mots étaient dits. »*

Une autre sage-femme explique avec émotion que c'est une situation qui l'a *« énormément marquée »* : *« j'ai été choquée, ça m'a bouleversé »*.

Une interrogée témoigne : *« Forcément que ça fait retentir des choses en toi plus personnelles, ça dépend de ton histoire personnelle je pense, et de ton vécu »*.

Une sage-femme aborde les côtés humains, personnels, subjectifs, dépendants de l'expérience de chacun, qui font qu'une décision peut être prise, comprise ou non : *« bah en fait on est humain, c'est pas tu remplis des cases et euh... le placement des enfants c'est plus fin que ça... c'est qui se bat corps et ongles pour que la mère parte*

avec son enfant et qui se bat corps et ongles pour qu'elle l'ai plus. ».

Maurice BERGER évoque cette notion et explique que *« Face à ces situations complexes, le contenu des différents rapports et les décisions dépendent malheureusement souvent de facteurs affectifs, personnels à chaque intervenant »*. Chaque professionnel agit selon ses représentations culturelles, politiques, économiques, ses expériences et sa singularité. (16)

Autour de la question de l'histoire personnelle intervient aussi la maternité vécue par la sage-femme et ce que cette séparation peut alors lui renvoyer à sa propre condition de mère. Deux sages-femmes ont évoqué cet aspect. Une interrogée explique que cette situation n'est pas vécue de la même façon depuis qu'elle est maman, que c'est plus difficile, ça lui renvoie à des choses personnelles différentes. Elle dit : *« Après tu fais ton métier de toutes façons avec toi ta vie, ta personnalité, ton parcours, mais ouais ouais depuis, c'est encore moins concevable depuis que je suis mère moi. »*

Le placement de l'enfant peut également d'une certaine manière apparaître comme à l'antipode de ce que le profession de sage-femme évoque. C'est ce qu'exprime la même interrogée : *« En fait nous notre métier c'est de les voir se rencontrer, donc euh les voir se séparer j'envisage pas. Je peux prendre en charge la mère après mais la séparation d'envisager ça ahlalala non non je veux pas y penser »* .

- **Les difficultés de la pathologie psychiatrique**

L'accompagnement de patientes avec des pathologies psychiatriques s'avère parfois plus difficile pour les sages-femmes : *« en fait les pathos psychiatriques c'est quand même toujours très impressionnant pour nous qui ne sommes pas formées »*. Ce sont des fois des situations pour lesquelles les sages-femmes vont avoir plus facilement des inquiétudes pour l'enfant. Plusieurs sages-femmes ont fait part d'un certain soulagement du fait que l'enfant soit placé, de le savoir en sécurité : *« Parce que tu vois là la schizophrène bah c'était un soulagement en fait que le bébé soit placé, et qu'on ait cette protection là pour lui. On avait peur qu'elle le tue. »*.

La période périnatale est une période particulière où la vulnérabilité psychologique est souvent exacerbée. C'est alors un moment durant lequel des troubles psychologiques et psychiatriques peuvent apparaître ou s'intensifier. Il arrive que l'enfant soit reconnu par la mère comme étant à l'origine de ses problèmes et soit ressenti comme un objet

persécuteur lui causant du mal et dont elle doit parfois tenter de se débarrasser. (17) Cela peut donc conduire à des situations de risque de danger pour l'enfant, des situations qui peuvent déstabiliser et inquiéter les sages-femmes.

- ***La compréhension ou l'incompréhension de la décision de placement***

La plupart des sages-femmes étaient en accord avec la décision de placement, « *pour toute l'équipe la décision elle était claire et nette, on avait aucun doute en fait* ». Une interrogée explique qu'elle reste persuadée que c'est une décision qui est prise dans l'intérêt fondamental de l'enfant. C'est ce qui est jugé le meilleur pour lui à ce moment là. Elle souligne que le fait d'en douter doit rendre difficile l'accompagnement.

Dans d'autres situations en effet, la décision de placement est moins évidente pour la sage-femme. Une interrogée raconte une expérience et clame : « *pour moi c'était injuste* ». Elle explique que l'équipe et elle avaient eu du mal à accepter et à comprendre la décision de séparation chez une patiente qui avait un handicap « *très très léger* » et qui selon elle était capable de s'occuper de son enfant mais avait besoin d'être accompagnée. Cette patiente devait à l'origine aller en centre maternel à la sortie de la maternité, mais par manque de place cet accompagnement n'a pu se faire. La sage-femme exprime alors de la colère vis à vis de cette situation et du manque de solutions proposées qui a amené par dépit au placement de l'enfant. Elle s'insurge : « *Rien que par rapport à l'allaitement je ne comprends pas qu'ils n'aient pas trouvé un foyer d'hébergement le temps de l'allaitement, on le fait bien en prison alors je vois pas pourquoi... c'est, je trouvais ça... on est qui pour juger si il va être mieux avec quelqu'un d'autre, sans sa mère et son lait ? Enfin ou même hospitalisé j'en sais rien mais de faire quelque chose. Enfin je sais pas je suis peut être un peu trop réac...* ».

En France, ce que M. BERGER appelle « l'idéologie du lien familial » est très fréquente et présente dans l'esprit de beaucoup de personnes. Il s'agit de la théorie selon laquelle « le maintien du lien physique réel entre l'enfant et ses parents a une valeur absolue et intouchable », « il est fréquent qu'on s'abrite derrière le pré-tendu besoin de l'enfant de rester avec ses parents ». (18) Il réfute cette croyance en affirmant que nous ne pouvons pas considérer que les liens familiaux soient bons pour un enfant par « essence ». (16) Certaines modalités de lien seulement peuvent permettre à un enfant de se développer harmonieusement, d'autres modalités elles, seront néfastes et traumatiques, provoquant des atteintes précoces et de graves troubles.

Trois sages-femmes avaient autrement souligné le fait qu'il n'existe pas assez de Centre maternel pour pouvoir accueillir des femmes à qui on pourrait proposer un accompagnement encadré pour s'occuper de leur enfant sans qu'il n'y ait besoin de séparation, pour permettre un maintien de lien continu.

Une autre sage-femme s'est questionnée sur la décision de placement dans une situation où la mère avait exprimé son incapacité à s'occuper de son enfant et cela à l'insu de son mari, et que le père lui s'occupait avec plaisir de son enfant. Elle a alors trouvé qu'on ne pensait peut être pas assez à la place du père et à ses capacités lors de ces situations : *« ça pose une question importante qui est de savoir, ça tourne toujours autour de la capacité de la mère à être présente mais en fait il y a des fois des mères défaillantes et des pères qui assurent. Et j'ai trouvé qu'on s'était pas assez posé cette problématique là en fait. Parce que dans l'autre sens, si une mère elle assure même si t'as un père défaillant tu te dis que ça va tenir quoi dans l'autre sens c'est moins vrai. »*.

Parfois c'est l'organisation et la manière dont le placement est décidé et réalisé qui est incompris par les soignantes. La sage-femme qui a dû annoncer elle même la décision d'un placement du fait du manque de place en centre maternel, parle *« d'inhumanité »*. Elle n'a pas compris le fait que personne ne se soit déplacé pour expliquer la décision à la patiente, pour être à son écoute et pour échanger avec les soignants.

Une sage-femme raconte avoir expliqué son ressenti à la cadre du service sur le fait que ça lui a posé souci la manière dont l'accompagnement d'une patiente s'est passé. Elle a trouvé en effet qu'ils avaient joué un mauvais rôle en participant à faire croire à la patiente qu'elle aurait son enfant avec elle alors qu'ils ont été séparés dès le lendemain de la naissance. L'équipe n'a pas compris que ça se soit fait d'une manière si rapide et *« brutale »* ; ça l'avait beaucoup marquée.

Des sages-femmes, celles qui se sont d'avantage questionnées sur la décision de placement, ont évoqué avoir été touchées par ces situations. Une interrogée décrit avec émotion : *« Elle nous faisait trop mal au cœur, elle était perdue quoi. »*. Une autre explique qu'avant que la décision du Procureur ne soit prise, la patiente espérait toujours pouvoir garder son enfant, et que la sage-femme espérait aussi un peu avec elle car elle admet *« après on est toujours un peu du côté de la femme »*. La sage-femme qui s'est interrogée sur la place donnée au père révèle que le monsieur l'a

beaucoup émue : « *c'était un monsieur qui avait un frère handicapé dont il s'occupait, qui portait tout sur ses épaules quoi. Et j'ai eu un peu l'impression qu'on l'avait vraiment trahi* ».

La réaction des professionnels diffère selon leur rôle, leur proximité avec la famille et s'ils se situent du côté de l'enfant ou du parent. Un professionnel qui se positionne et s'identifie davantage aux parents va être sensible à leurs difficultés, à leurs fragilités, sans voir parfois réellement la mise en danger de l'enfant et être dans une sorte de déni. A l'inverse un professionnel qui s'identifie davantage à l'enfant, va pouvoir souhaiter une séparation rapide et un placement de l'enfant car il lui est insupportable de voir la souffrance de celui-ci, et cela sans tenir compte des liens familiaux. (13) (19) La notion de transfert et de contre-transfert est inévitable dès lors qu'il s'agit d'une rencontre entre des individus.

Ce qui a été difficile pour une autre sage-femme c'était que la patiente n'avait pas de solution de logement, elle savait donc qu'elle allait se retrouver à la rue le soir de sa sortie. C'est quelque chose qui l'a beaucoup travaillée les jours qui ont suivi le placement, elle s'est dit « *Ok on a protégé l'enfant mais la mère qu'est ce qu'on en fait ?* ». Elle a été rassurée quand elle a su ensuite que la SAFED allait la recontacter pour poursuivre un accompagnement. Cette sage-femme a quand même insisté sur le fait qu'elle a apprécié la bonne coordination qu'il y a eu entre le SAFED et la cadre de maternité qui a joué un rôle essentiel dans cette prise en charge. Elle a apprécié toute la bienveillance que les professionnels ont eu à l'égard de la patiente.

Cette sage-femme a eu une réflexion globale de protection, ne se limitant pas à la mesure nécessaire de protection de l'enfant, mais à la nécessité d'accompagnement de toute une famille. Myriam DAVID disait « *Il faut se méfier de la tendance à protéger enfant et parent l'un contre l'autre alors qu'il est toujours nécessaire de les soigner simultanément l'un et l'autre, que ce soit ensemble et/ou séparément* ». (17)

- ***Les difficultés lors d'absence de placement***

Dans d'autres situations, c'est l'absence de placement qui peut perturber les sages-femmes, lorsqu'elles sont inquiètes dès la maternité et que l'enfant rentre avec sa mère au domicile. Une interrogée exprime que ce sont finalement ces situations qui sont les plus difficiles à vivre.

Une sage-femme a été très en difficulté et préoccupée par l'accompagnement d'une patiente atteinte d'une pathologie psychiatrique. Malgré un séjour de trois semaines et demie en maternité et de multiples alertes de la soignante quand à ses craintes pour la sécurité de l'enfant, aucun signalement n'a été réalisé. Elle raconte :

Moi j'avais peur pour la vie de cet enfant pour le coup. C'est la seule patiente où j'ai appelé la sécurité en leur disant si ma collègue vous appelle vous montez dar dar. Où j'ai été chercher de quoi contentionner la dame si ça beurrait. Où j'avais une seringue de prête au cas où ça beurrait... Je me souviens d'une réunion collégiale, médecins, internes, trois sages-femmes autour de transmissions à 20h et le psychiatre qui dit bah moi je prends le risque.

Elle avait finalement été soulagée quand elle a appris que l'enfant avait été placé quelques semaines après le retour au domicile.

De la même façon, deux sages-femmes ont parlé de leur incompréhension de certaines situations où les parents ont déjà des aînés de confiés à l'ASE et qu'ils rentrent au domicile avec le nouveau-né. Une sage-femme s'indigne de ces situations :

Il y a beaucoup de fois où on sait que les aînés sont placés, où ils sont tombés, ils ont dévalés trois escaliers en cosy, on sait qu'ils se sont fait frapper, on les retrouve après à côté en pédiatrie... eh bah non la réponse de la PMI « non non ils repartent à la maison et si on remarque quelque chose c'est après qu'ils seront placés ». Et ça on comprend pas nous, ou des défauts de soins aussi des gens inaptés, t'as beau faire de surveillance mère-enfant et compagnie, c'es comme pisser dans un violoncelle quoi.

- ***La maternité : un lieu adapté pour réaliser les placements ?***

Une interrogée développe que selon elle les observations, les décisions d'OPP et les placements ne devraient pas avoir lieu à la maternité. Elle considère que les patientes devraient être accompagnées et observées dans un foyer spécialisé pour prendre ainsi plus de temps pour évaluer les capacités maternelles. Elle imagine alors un service spécifique à l'hôpital qui permettrait un accompagnement pré, per et postnatal des patientes avec des difficultés psychologiques ou psychiatriques, des situations sociales particulières etc... Un service autour de la femme enceinte en difficulté, dans lequel des sages-femmes spécialises, formées, travailleraient pour un

suivi global de ces patientes.

- ***Des événements marquants mais non traumatiques***

Aucune sage-femme ne s'est sentie suffisamment affectée par ces situations pour réclamer un accompagnement particulier, psychologique par exemple. Ce n'est pas quelque chose qui a été traumatisant pour elles, même si plusieurs disent que c'est quand même un événement marquant et auquel elles ont pensé en rentrant chez elles le soir ou les jours qui ont suivi.

Deux interrogées évoquent le besoin d'en parler avec leur entourage, leur mari et leurs amies soignantes. Une sage-femme raconte avec franchise et humour :

Les clés ouais c'est les copines sage-femmes, y a des coups de fil que tu peux passer à 21h en disant putain ça va pas du tout là je sors de garde j'en ai ras le cul j'ai fait ça, et puis elle va t'écouter. Les copines sage-femmes ouais, parce qu'elles comprennent, elles elles l'ont fait, ouais je pense que c'est ça c'est le fait d'être passé par là de savoir ce qu'on doit faire, ce qu'on peut faire et ce qu'on peut éprouver à ce moment là, ça fait du bien, la communauté.

D'autres disent ne pas avoir trop ressenti le besoin d'en parler si ce n'est avec les collègues ou les cadres lors des gardes suivantes, à qui elles ont raconté comment cela s'était passé. Une interrogée explique qu'à son retour au travail la cadre a pu faire le lien avec ce qui avait été fait après le placement et lui apporter des nouvelles sur la situation, ce qui a été très important pour elle.

Au vu des réponses de certaines sages-femmes, de l'intensité de leurs discours, du besoin de témoignage ressenti lors des entretiens; nous pouvons nous demander si elles ne minimisent pas leur vécu de ces expériences de placement. Ne se défendent-elles pas d'une certaine façon des effets de ces situations, en se persuadant que cela est normal, que cela fait parti de leur métier ?

- ***La question de l'expérience***

Une sage-femme qui a déjà été présente deux fois lors d'un placement d'enfant en maternité explique qu'elle s'est sentie moins en difficulté, « *moins démunie la deuxième fois* », surtout dans l'organisation de sa journée du fait qu'elle connaissait d'avantage comment cela se déroule habituellement. Le fait de savoir un peu comment

ça risque de se passer permet d'anticiper les choses, de s'organiser et de mieux vivre le déroulement de la journée.

Une autre interrogée évoque le fait qu'avec l'expérience elle est de plus en plus critique sur la façon de prendre en charge les situations et sur le déroulement des choses. Par conséquent cela la touche plus lorsque, selon elle, les choses ne se passent pas assez bien, « *quand on travaille pas assez bien* ».

4. La formation des sages-femmes sur le sujet

4.1 La formation initiale

Quasiment aucune sage-femme n'a eu de cours ou d'intervention spécifique sur ce qu'est la Protection de l'enfance, l'ASE, les différentes mesures d'accompagnement éducatif, le placement, les procédures qui y conduisent...

Seule une interrogée a eu une intervention qui expliquait les procédures pour faire une IP ou un signalement. Mais selon elle, cela manquait de sens pratique et concret sur le rôle et l'accompagnement de la sage-femme pour la patiente et son bébé.

Sept interrogées pensent que la question du placement avait peut être rapidement été abordée dans des cours comme ceux de Droit, de législation professionnelle ou lors de la présentation de l'Accouchement dans le secret.

Une interrogée qui a réalisé ses études en Belgique a eu des cours de relation d'aide, d'empathie et des séances de simulation d'annonce lors d'accompagnement de situations difficiles. Ce n'était pas spécifique au placement, mais elle pense que cela avait été abordé et elle se considérait sensibilisée au sujet.

Seulement 3 interrogées se sentaient préparées à la sortie de leurs études à prendre en charge ces situations. Les autres n'avaient pas assez de connaissances sur le sujet et l'organisation de celles-ci. Une interrogée dit s'être sentie « *très démunie* » la première fois.

Plusieurs sages-femmes pensent que cela devrait être abordé dans la formation initiale. Une enquêtée propose : « *il pourrait y avoir un module sur présenter ce que c'est l'ASE, présenter ce que c'est la pouponnière de Chantepie, savoir comment ça se passe, les prises en charge sociales c'est tellement compliqué !* ».

Deux sages-femmes ont eu la réflexion qu'il pourrait y avoir une présentation

sur le placement de l'enfant en maternité de la même façon qu'il y a déjà une présentation sur l'Accouchement dans le secret, car dans les deux cas ce sont des situations rares mais qui arrivent tout de même.

Trois sages-femmes ont évoqué leur stage de PMI dans leur formation initiale qui leur a permis d'avoir un peu de connaissances sur le sujet. Une interrogée décrit ce stage comme essentiel.

Trois sages-femmes ont également avoué qu'avant d'avoir rencontré la situation elles ne savaient pas qu'un signalement et une décision de placement d'enfant ne pouvait pas être effectués en anténatal, ce qui illustre le manque de connaissances sur le sujet.

4.2 La formation continue

Plusieurs sages-femmes expliquent avoir découvert ces prises en charges et appris sur le tas, avec les pairs. Deux sages-femmes parlent de l'importance du « *compagnonnage* », que ce soit par les collègues sages-femmes ou les cadres des services.

Aucune des interrogées n'a reçu de proposition de formation continue sur le sujet. Cinq pensent que cela serait nécessaire et intéressant qu'une formation ou intervention soit proposée d'une certaine façon. Une sage-femme précise : « *Je pense que c'est une fois que tu as été confrontée à une situation comme ça que tu sens que t'as besoin de formation.* ».

Certaines sages-femmes expliquent qu'une formation pourrait être intéressante mais que le problème vient du fait que ces situations sont assez rares. Elles s'interrogent sur ce qui leur restera des acquis, le jour où elles seront confrontées à la situation.

Une sage-femme exprime que pour elle si une formation devait être proposée, il faudrait qu'elle soit associée à une globalité. Pour elle cela se joint « *aux soins de développement, à la PMI et son organisation, à l'accouchement dans le secret, au juste positionnement professionnel...* ».

Une sage-femme propose que ce soit par exemple que quelques sages-femmes de la maternité qui soient formées et qui puissent relayer ensuite les informations aux autres soignants, que « *les quelques personnes qui vont à la formation mettent en place un petit cahier avec les choses à éviter, les choses conseillées j'en sais rien, mais avec des outils quoi pour faire ça mieux* ».

Sans que ce soit forcément une formation externe à l'établissement, une sage-femme pense qu'il faudrait de temps en temps refaire un point dans les services pour expliquer comment se passent ces situations, les accompagnements plus compliqués à la parentalité, ce qui pourrait par exemple être groupé avec un point sur les accouchements sous le secret.

Une autre interrogée propose l'idée d'une plaquette pour référencer les numéros de téléphones et les différents intervenants que ce soit de l'ASE, de la pouponnière etc... pour faciliter l'accompagnement commun avec les partenaires.

Une enquêtée souligne également qu'il ne faut pas oublier les auxiliaires de puériculture qui ont aussi une place importante dans ces accompagnements et qui selon elle sont peut être encore moins formées et préparées que les sages-femmes à ces situations.

Des sages-femmes évoquent aussi l'importance des échanges avec les partenaires comme le SAFED ou la PMI qui permettent d'apprendre et de comprendre les accompagnements au fur et à mesure de leur carrière.

5. Les sages-femmes et la Protection de l'enfance

5.1 Les représentations de la Protection de l'enfance par les sages-femmes

Trois sages-femmes évoquent la Protection de l'enfance comme étant un service ou des personnes qui travaillent auprès des familles, avec une consonance très administrative. Pour une sage-femme cela est très lié à la PMI.

Une sage-femme énumère les différents acteurs qui y participent selon elle : *« Pour moi la protection de l'enfance c'est les sage-femmes, la PMI, l'école, les crèches, c'est tout ce qui est mis en place pour que les enfants se développent normalement et dans une sécurité psychologique, émotionnelle et cognitive à peu près correcte. »*

Les sages-femmes se rejoignent sur les objectifs de protection et de sécurité globale des enfants, sur tous les plans, qu'ils soient physiques, matériels, psychologiques, cognitifs... *« pour faire en sorte que tous les enfants partent avec un minimum de possibilités, de garanties et de chances de bon développement et de bonne éducation ».*

Deux interrogées développent les dangers qui doivent être écartés par la Protection de l'enfance : *« De malnutrition, de maltraitance, de carence de soins, de*

carences affectives, de parents alcooliques, de toutes les dérives qui peuvent arriver qui ne doivent plus concerner les enfants ».

Une enquêtée parle de la Protection de l'enfance comme permettant « *la mise à l'abris en cas de danger* ».

Une autre sage-femme explique que la Protection de l'enfance ne correspond pas forcément à des mesures « *coercitives* » comme le placement, mais que cela passe aussi par des mesures préventives d'accompagnement à l'éducation et d'aide aux familles.

Pour deux interrogées, la protection de l'enfance représente le respect des droits de l'enfant.

Une sage-femme aborde le côté politique que lui évoque la protection de l'enfance, la charge importante de travail pour les différents acteurs et le manque de moyen qui y est alloué.

Une interrogée exprime son désarroi sur les accompagnements des enfants placés qui sont selon elle « *baladés de foyer en foyer* ». Elle expose avec détermination son point de vue sur le fait qu'elle trouve dommage que certains enfants placés ne soient pas en position d'adoption. Elle pense que pour certains, il est clair que leurs parents ne retrouveront jamais leur garde et qu'ils seraient peut être mieux dans un foyer vraiment fixe, stable et « *aimant* ». Elle confie honnêtement : « *je pense que certains enfants on leur enlève vraiment des chances de se construire dans la vie en refusant l'adoption parce que soit disant peut être qu'un jour cette personne là, la mère sera un peu plus...* ».

Une sage-femme témoigne quand à elle, d'une expérience positive connue d'un placement en maternité. En effet une amie de sa fille placée à ses 5 jours, est toujours dans la même famille d'accueil 9 ans après. Cette histoire l'a accompagnée lorsqu'elle a été confrontée à un placement en maternité. Elle espérait que la petite aurait la chance de grandir aussi bien et d'être aussi heureuse que l'amie de sa fille.

5.2 Les rôles des sages-femmes dans la protection de l'enfance

Toutes les sages-femmes interrogées sont d'accord sur le fait qu'elles estiment qu'elles ont une place et un rôle dans la protection de l'enfance. Pour certaines il est considéré comme majeur, pour d'autres comme plus limité.

Les différents rôles identifiés sont des rôles :

- de vigilance
- de dépistage
- de promotion en santé
- de prévention
- d'éducation
- de transmissions et de relais vers les autres partenaires

Une interrogée explique qu'en tant que sage-femme cela passe par la protection des mères et le repérage des situations à risque.

Plusieurs sages-femmes évoquent l'importance de ces rôles en anténatal, d'anticipation et de prévention de ces situations complexes.

Selon une enquêtée, tout cela nécessite beaucoup de temps, pour apprendre à connaître les couples afin de les accompagner de manière globale.

Au sujet de la réalisation de déclaration, d'Information Préoccupante, une sage-femme observe : *« à la maternité on est dans une équipe, c'est pas toi qui va aller faire une déclaration. Par contre je me suis dit qu'en tant que sage-femme libéral, j'aurai sûrement plus tard, plus un rôle d'alerte ».*

Une interrogée aborde l'importance du suivi à domicile de ces situations, que le dépistage se fait aussi chez les gens, dans leur environnement et que pour elle, *« la PMI a cette occasion rêvée et même inespérée parfois de rentrer chez les gens et de voir comment ça se passe chez eux ».*

V. Discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Forces de l'étude

- ***Intérêt personnel pour le sujet***

Depuis ma petite enfance, du fait de la profession d'Assistante Familiale de ma mère, je vis avec des enfants confiés à l'ASE en famille d'accueil. Je suis donc sensible et porte un intérêt particulier à la question de la Protection de l'enfance qui fait inévitablement parti de mon quotidien. Lorsque j'ai commencé mes études en science maïeutique, ma mère m'a rapidement émis la réflexion qu'en tant que sage-femme je serai en première ligne face aux difficultés et défaillances parentales et que j'aurai un véritable rôle dans la protection de l'enfance. Depuis le début de mes études, la question de la séparation protectrice mère-enfant en maternité, n'a pas directement été abordée. Pourtant en tant que professionnel nous y seront tous confronté un jour ou l'autre. Il m'a alors semblé intéressant de réfléchir autour de ce sujet souvent laissé dans l'ombre et de réaliser un mémoire qui intriquerait la profession de sage-femme et la protection de l'enfance.

Le sujet de mon mémoire est alors un sujet qui me tenait à cœur d'étudier, j'ai pris plaisir à le porter et le présenter, à réaliser les entretiens et écouter les témoignages des sages-femmes. Certains penseront peut être l'intérêt personnel comme une limite à mon étude mais je pense d'avantage qu'il est important de réaliser une enquête qui nous motive pour nous encourager à son élaboration.

- ***Originalité du sujet***

Le sujet du placement de l'enfant en maternité est rarement abordé. Il amène les sages-femmes et les acteurs de la Protection de l'enfance à être en lien et à travailler ensemble. De plus, il existe peu de bibliographie sur cette thématique originale. Cela soulève peut être un certain tabou autour de ces questionnements dans notre société ou bien un intérêt limité qui y est porté du fait de son occasionnelle survenue ? Pourtant, cela fait aussi parti de la réalité du métier de sage-femme. Cela mérite selon moi d'être d'avantage réfléchi, discuté et communiqué aux travailleurs médicaux et sociaux. La plupart des sages-femmes interrogées ainsi que les différents professionnels de la Protection de l'enfance avec qui j'ai pu échanger m'ont témoigné le fait qu'ils trouvaient d'ailleurs ce sujet de mémoire intéressant et innovant.

- ***Méthode employée***

La réalisation d'une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs paraît adaptée au sujet. Elle a permis de recueillir des témoignages variés sans chercher à généraliser les propos ou établir de consensus. Les sages-femmes interrogées ont pu parler librement des expériences vécues et de ce qui leur paraissait important d'aborder et de me faire savoir. Les entretiens sont apparus pour certaines sages-femmes comme libérateur, leur permettant de décrire, de révéler ce qu'elles avaient pu vivre et ce qu'elles en pensaient.

1.2 Limites de l'étude

- ***Biais de sélection***

Mon recrutement était basé sur le volontariat, on peut donc imaginer que les sages-femmes qui ont souhaité participer à mon étude sont celles qui sont plus intéressées par le sujet de mon enquête et qui s'y sentent peut être plus concernées.

Un autre biais de sélection est apparu au cours de l'étude. En effet parmi les sept maternités sollicitées pour le recrutement, des sages-femmes de seulement trois établissements différents ont répondu à mon enquête. Sept sages-femmes venaient du CHU de Rennes, nous pouvons imaginer que puisque c'est la maternité avec le plus de sages-femmes en Ille-et-Vilaine et celle qui réalise le plus d'accouchements, il y avait par conséquent plus de sages-femmes concernées qui pouvaient participer à l'étude. Il est dommage cependant de ne pas avoir eu d'avantage de maternités représentées ce qui aurait permis une plus grande exhaustivité des réponses et d'étudier différentes prises en charge selon les structures. Cependant cela a permis de montrer que même au sein d'une unique structure, en l'occurrence le CHU de Rennes, les expériences lors des situations de placement de l'enfant ont été très diverses, ce qui révèle qu'il n'y a pas de protocole ou de prise en charge harmonisée de ces évènements.

- ***Biais dû à l'enquêteur***

L'absence d'expérience de ma part dans la conduite d'entretien semi-directif avant la réalisation de cette étude a sûrement dû induire des limites quand aux résultats relevés et à l'analyse de ceux-ci. En effet certaines de mes réactions verbales et non verbales, les relances et questions que j'ai pu soumettre ont pu influencer les

réponses et attitudes des interrogés. Cependant le fait de m'être appuyée sur un guide d'entretien pour mener l'échange, ainsi que mes efforts pour rester neutre ont dû faciliter les entretiens et limiter ce biais.

- ***Biais de mémorisation***

Plus l'expérience de séparation protectrice mère-enfant était ancienne et plus les faits relatés et sentiments ressentis sur le moment risquaient d'être biaisés par souci de mémorisation de l'interrogé. Cependant les questions ne portaient pas sur des détails précis qui auraient pu facilement être oubliés.

- ***Biais de désirabilité sociale***

Lors d'entretiens semi-directif un phénomène de désirabilité peut apparaître avec une certaine reconstruction de discours des interrogés qui cherchent à apporter la réponse qu'ils pensent attendue, ou essayent de se montrer sous leur meilleur jour.

2. Réflexions et propositions

2.1 Formation et connaissances des sages-femmes

- ***Formation initiale***

Au vue des résultats, il paraît intéressant et important d'aborder la question de la protection de l'enfance et des placements de l'enfant en général et dès la maternité, durant la formation initiale des études de sage-femme. En effet, les étudiants sages-femmes sont les futurs professionnels de demain. Il semble judicieux qu'ils aient les connaissances sur le sujet à la sortie de leurs études et à leur arrivée dans les services, pour se sentir armés à accompagner au mieux les familles concernées par des mesure de protection de l'enfance.

Cela pourrait se concrétiser par l'organisation d'une intervention conjointe de différents professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance, de la PMI, des maternités. Une sorte de conférence avec des présentations théoriques, des témoignages, pour ouvrir le débat sur le sujet. Par exemple un Responsable Enfance Famille pourrait venir y présenter à quoi correspond la Protection de l'enfance, les différents acteurs et missions de chacun, le cadre légal et judiciaire avec les différentes procédures (IP, signalement, OPP...), ce qu'impliquent les décisions et comment elles sont mises en place.

Les sages-femme de PMI et du SAFED pourraient raconter les accompagnements de ces patientes. Les cadres sages-femmes et sages-femmes de maternité pourraient témoigner de leur expérience et de l'organisation des situations de placement en maternité.

Il semble en effet intéressant de présenter également de façon pratique et concrète le travail de la sage-femme hospitalière dans ces situations et quels sont ses rôles attendus. Par exemple de les sensibiliser à l'observation de l'établissement du lien mère-enfant qui leur ai demandée et aux transmissions à réaliser, à l'attitude et l'accompagnement qu'elles peuvent avoir avec ces femmes...

En formation initiale, cette sensibilisation passe également par la réalisation du stage en PMI. Celui-ci doit permettre aux étudiants sages-femmes de découvrir l'organisation d'un CDAS, les différentes personnes qui y travaillent, de participer à des réunions de services et à des commissions comme des CADEM afin de comprendre quel cheminement et travail se fait avant d'arriver à des décisions par exemple de placement de l'enfant, les différents accompagnements qui existent pour les familles...

- ***Informations et formation durant la carrière professionnelle***

Afin que les sages-femmes qui travaillent déjà dans les services aient également connaissance de toutes ces informations, il pourrait être envisagé de proposer des réunions d'information dans les maternités, des formations, réalisées là encore par les acteurs de la Protection de l'enfance des CDAS de proximité. Cela permettrait aux soignants de découvrir ou se mettre à jour sur le sujet.

Des formations sur l'accompagnement des diverses prises en charges psycho-sociales complexes, pourraient être proposées aux sages-femmes. La question du placement en maternité y serait entre autre abordée. Cette formation permettrait d'améliorer les savoirs, savoir-être et savoir-faire des sages-femmes dans ces accompagnements. Cela en vue d'optimiser leurs compétences spécifiques et de rassurer les professionnels dans leur pratique.

Des supports d'aide aux prises en charge pour les accompagnements sociaux pourraient être réalisés et mis en place dans les services. Un répertoire téléphonique pourrait par exemple être proposé, listant les numéros et les contacts des différents

services, associations et personnes ressources de proximité, gravitant autour des situations psycho-sociales. Cela pourrait faciliter les mises en relation des différents acteurs.

Le Département d'Ille-et-Vilaine est actuellement à l'initiative d'un projet de création de guide sur la prise en charge des IP et des signalements, à destination des différents partenaires : professionnels du médico-social, des hôpitaux et soignants, de l'éducation nationale... Une cadre de maternité a d'ailleurs été contactée pour aborder la question de la réalisation des IP et signalements pour des patientes en maternité, des difficultés qui pouvaient être rencontrées... afin d'aider à la réalisation de ce guide. Nous pouvons alors espérer qu'une mention sur les décisions de placements en maternité y sera faite.

2.2 Le sujet de l'attachement et des interactions parents-enfant

Nous avons évoqués précédemment, l'importance de l'accordage et de la création de liens d'attachement parents-enfant de qualité comme besoin fondamental de l'enfant. En effet BOWLBY insistait sur les conséquences d'un défaut d'attachement entraînant des défaillances du développement du sujet, des représentations qu'il a de l'autre et de la capacité qu'il aura à susciter des relations interpersonnelles. Les interactions entre une mère et son enfant sont observables pendant les temps de soins du nouveau-né. Là encore les interactions sont essentielles au développement harmonieux du bébé. La parole et le regard permettent d'offrir à l'enfant, sécurité, autonomie et conscience de son corps. (20)

LEBOVICI décrit 3 grands types d'interactions entre le nouveau-né et son donneur de soin particulier, sa figure d'attachement :

- des interactions comportementales qui se rapportent aux échanges corporels d'une part, tel que le portage, le positionnement de la mère et l'enfant, les caresses et baisers. D'autre part cela fait également référence aux interactions visuelles et vocales.
- des interactions affectives qui correspondent au partage d'expériences émotionnelles entre la mère et son bébé. Cela fait écho au modèle de l'accordage réciproque entre le bébé et sa mère décrit par STERN comme un partage d'états affectifs, au sens où la mère et le bébé sont dans une adaptation réciproque pour répondre aux affects envoyés par l'autre par des affects équivalents.

- des interactions fantasmatiques consistants à l'influence de la vie psychique de la mère sur celle de l'enfant et inversement.

Parfois, les interactions précoces sont défailtantes. Il s'agit par exemple d'alternance imprévisible avec un passage de surinvestissement et surstimulation de la mère, vis à vis de son enfant, à un désinvestissement. Cela peut également correspondre à une défaillance dans les soins corporels. Cela peut aussi être objectivé par des signes de désaccordage entre la mère et son bébé, par le fait par exemple que l'enfant soit porté sans ajustement tonico-postural et ce de façon à éviter les échanges visuels, ou qu'un enfant ne soit pas nourri dans les bras... (14)

WINNICOTT, bien connu pour sa notion de « mère suffisamment bonne », prônait dès 1958 le repérage et le traitement des troubles les plus précoces. Il « *indiquait qu'un certain nombre de mères et de pères ne peuvent offrir des conditions satisfaisantes au moment de la naissance de l'enfant, pour causes de difficultés sociales, familiales ou personnelles, et qu'il appartient aux soignants de comprendre et de traiter, ou de tenter de prévenir les troubles qui peuvent en résulter chez l'enfant, dès la première année* ». (14)

Nous voyons bien ici, l'importance qui est conférée aux soignants dans l'évaluation des situations, ce qui appartient comme nous l'avons vu aussi aux sages-femmes dans les services de maternité. Or celles-ci ne sont peut être pas assez formées au sujet des besoins fondamentaux de l'enfant et du fameux accordage parent-bébé. Cela semble pourtant essentiel afin de les aider à avoir une bonne appréciation et compréhension de ce qui se joue dans la relation parent-enfant des familles qu'elles accompagnent dans les services ainsi que de concevoir et adapter leur prise en charge. Même si nous pouvons imaginer que les sages-femmes font ces observations avec un certain instinct, la formation permettrait également de mettre une certaine distance afin de moins être dans l'émotion ou l'affectif lors de l'accompagnement de ces situations.

2.3 La sage-femme face à la dyade mère-enfant

Ce mémoire était porté sur l'accompagnement des sages-femmes dans les situations de placement en maternité. Comme nous l'avons vu, la sage-femme est une professionnelle présente auprès de la dyade mère-enfant, elle œuvre à la rencontre de ces deux individus. Il a alors été évoqué précédemment qu'il est parfois difficile pour elle d'imaginer les voir se séparer. Nous pouvons supposer que cette difficulté

s'explique justement du fait de sa position particulière d'accompagnatrice de ce duo, elle présente de fait un intérêt important pour la mère. Nous pourrions imaginer alors que les résultats de cette étude pourraient être différents si elle s'intéressait au vécu d'un autre professionnel comme par exemple les puéricultrices. En effet celles-ci travaillant avant tout pour l'enfant et non pour la femme, leur positionnement vis à vis du placement pourrait être différent avec consciemment ou non un intérêt d'avantage porté sur le nouveau-né et potentiellement une demande et acceptation plus importante de la mesure de placement que les sages-femmes.

2.4 Harmonisation et coopération

- ***Harmonisation des pratiques***

D'après le Dr CHARTIER médecin référent en protection de l'enfance au département d'Ille-et-Vilaine, la question du placement de l'enfant en maternité est un sujet qui préoccupe et qui est pris en compte par le département. Il y a une réelle envie de faire avancer les choses, de réaliser des projets autour de cela mais qui sont pour l'instant non abouti.

Une réflexion que nous pouvons avoir est qu'il pourrait peut être être nécessaire et intéressant de réaliser des protocoles afin d'harmoniser les prises en charge lorsque la question d'un placement en maternité se pose ainsi que la façon dont sont organisées les annonces d'OPP et les placements en maternité.

En effet la gestion de ces situations est très personne dépendante aussi bien dans les hôpitaux que dans les CDAS. C'est ce qui a été exprimé par une cadre de maternité rencontrée qui a fait savoir que selon les CDAS et donc les interlocuteurs, les organisations pouvaient être différentes. Elle expliquait alors qu'il lui était plus facile de travailler avec un CDAS avec lequel elle avait déjà eu des situations de placements, par habitude, plutôt qu'avec des intervenants qu'elle ne connaît pas.

Le discours de la REF interrogée allait aussi dans ce sens. En tant que REF ils n'ont pas de protocole ou de consignes particulières pour gérer ces situations et il en va dès lors à chacun de faire à sa façon. Elle expliquait par exemple que personnellement elle se déplace toujours pour rencontrer les familles en maternité et les informer du signalement et de l'OPP. Il lui semble important d'avoir un contact direct avec les personnes et de représenter le service décisionnaire. Elle peut imaginer que certains collègues préfèrent réaliser l'annoncer par téléphone ou par délégation.

Le Département a justement un autre projet en cours qui devrait se réaliser d'ici la fin d'année, de création de protocole pour encadrer la réalisation des IP et des signalements avec les différents partenaires (judiciaires, hospitalier, de l'enseignement...). Ceci pourrait permettre de créer un cadre de co-intervention organisée, signé par le président du Département et les Centres Hospitaliers qui s'y engageraient. Il serait alors intéressant que soient abordés dans ces protocoles, les prises en charge anténatales des situations pour lesquelles un placement est envisagé et la réalisation d'OPP en maternité.

- ***Coopération et coordination des acteurs***

Une chose importante qui apparaît c'est la nécessité de faire passerelle entre les deux univers : médical et social. Que chaque acteur de l'un connaisse et comprenne le travail de l'autre permettrait une meilleure coopération et une amélioration des prises en charge. Il est alors utile que les sages-femmes appréhendent mieux l'organisation de la Protection de l'enfance, les missions des intervenants de l'ASE et autres travailleurs sociaux et dans l'autre sens, que ces derniers conçoivent le travail des sages-femmes et ce qu'elles peuvent apporter dans les situations de placement et dans les missions de protection de l'enfance en général.

J'ai eu un exemple marquant de ce défaut de connaissance mutuelle lorsque j'ai rencontré une REF. Celle-ci se déplace dans les maternités pour annoncer les OPP aux familles et mettre en place le placement de l'enfant, elle a donc l'habitude de travailler avec les maternités et va sur le terrain. Elle n'avait pourtant pas conscience que ce sont des sages-femmes qui travaillent dans les services de suite de naissances et qui prennent en charge les mères et nouveaux-nés en suite de couches. Dans son esprit le rôle de celles-ci était limité en maternité à l'accompagnement de l'accouchement. C'est en effet lorsque je lui ai demandé si selon elle les sages-femmes ont un rôle dans l'accompagnement des patientes et de leurs enfant dans des situations où un placement est envisagé, qu'elle n'a pas su me répondre en me disant qu'elle pensait que les sages-femmes n'intervenaient pas auprès de ces femmes pendant le séjour. Elle s'imaginait que c'était des infirmières puéricultrices qui travaillaient dans ce service, et qui réalisaient par exemple les transmissions qu'elle recevait à travers les fiches de lien mère-enfant.

Cela illustre l'importance de l'interconnaissance des professionnels et également le simple fait que chacun se présente lorsqu'ils se rencontrent dans les

services lors d'une situation de placement. En effet il semble fondamental dans ces situations que les professionnels prennent un temps pour se poser, s'identifier, échanger et se coordonner sur la façon dont vont se passer l'annonce de l'OPP et la séparation et ainsi de définir les rôles et places de chacun, ceci avant d'aller voir la patiente.

Il pourrait aussi être essayé d'anticiper les difficultés rencontrées par les sages-femmes lorsque les acteurs sociaux ont quitté le service avec l'enfant et que les soignantes se retrouvent alors seules avec les parents. En effet elles se retrouvent souvent face à des familles en colère qui leur demandent des explications sur la décision de placement et sur ce qui est indiqué sur le compte rendu de l'OPP qui leur est donné. Cela les met dans une position éprouvante et inconfortable. Ce ne sont pas à elles d'apporter les réponses à leurs questions pour justifier la décision. Des solutions d'organisation pourraient sûrement être réfléchies afin d'éviter cela. Par exemple, on peut penser qu'un psychologue de l'ASE soit présent pour débriefer avec les parents s'ils en ont besoin, et qu'il reste dans le service jusqu'à ce qu'ils quittent la maternité. Une chose importante qui a été soulevée par les sages-femmes c'est d'éviter que les placements se fassent en fin de journée car cela complique d'avantage ces situations aussi bien pour les soignantes que pour les familles.

La REF rencontrée et le Dr CHARTIER nomment que parfois les acteurs de la Protection de l'enfance ont l'impression d'avoir comme une étiquette de « *méchants qui séparent les enfants de leur mère* » et qu'il leur paraît essentiel que les soignants n'aient pas ce « préjugé ». Elles aimeraient que tout le monde se rende compte qu'ils agissent dans un but commun, celui du bien être de l'enfant.

En réalité, ces situations et ses prises en charges bousculent en réalité tout le monde, aussi bien les soignants que les travailleurs sociaux. Pour les travailleurs sociaux non plus ce ne sont pas des situations faciles. La REF et le médecin m'ont toutes deux témoigné que personne n'aime séparer un bébé de sa mère.

La coordination anténatale et post natale de tous les acteurs qui participent à l'accompagnement de ces familles est primordiale.

Pour optimiser cette coopération, un représentant médical des maternités pourraient participer en anténatal aux commissions organisées dans les CDAS. Dr CHARTIER m'a fait part d'une expérience positive vécue à Saint-Malo où des médecins du centre hospitalier étaient venus à une CADEM. Ceci avait été apprécié par tout le monde.

Elle se souvient que la pédiatre de l'hôpital était soulagée et rassurée de voir qu'un travail d'équipe était entrepris.

Dans le même principe, des représentants de l'ASE pourraient participer aux staffs médico-psycho-sociaux des maternités. Cela leur permettrait de prendre une place, de se montrer comme acteur principal de la Protection de l'enfance et acteur décideur dans ces prises en charge, alors qu'aujourd'hui ce sont la PMI et le SAFED qui apparaissent comme interlocuteurs principaux aux services de maternité.

Après les placements, des réunions de débriefing entre tous les acteurs pourraient être organisées afin de réaliser un retour d'expérience, d'analyser comment la situation s'est déroulée, les éléments positifs de cet accompagnement et ceux qui seraient à améliorer. Cela permettrait à chacun de pouvoir s'exprimer et livrer son ressenti, toujours dans un but d'amélioration des pratiques professionnelles et de travail en coopération. Des sages-femmes sont également demandeuses d'avoir, dans la mesure du possible, des nouvelles sur la prise en charge de l'enfant après sa sortie de maternité. Cela pourrait alors leur être transmis lors de ces réunions d'équipes.

VI. Conclusion

La sage-femme qui accompagne les femmes, les couples, aux différentes étapes de la grossesse, de la naissance et du post-partum, est en première ligne face aux futurs parents. Elle est donc un acteur essentiel dans le dépistage de situations « de danger ou de risque de danger pour l'enfant », dans l'éducation des familles, la prévention et l'accompagnement à la parentalité... La sage-femme a un réel rôle à jouer dans la Protection de l'enfance.

Pourtant les sages-femmes ne sont que peu ou pas formées à ces sujets et manquent de connaissances sur les cadres et procédures qui peuvent conduire à des mesures protectrices comme le placement de l'enfant. Il semble important de favoriser leur compréhension de ces prises en charge en instaurant d'avantage de temps d'intervention sur le sujet en Formation initiale et tout au long de leur pratique professionnelle.

Lorsque la nécessité d'une séparation précoce mère-enfant en maternité se pose, la sage-femme va avoir une place essentielle dans l'observation et l'accompagnement de l'établissement du lien mère-enfant, dans l'apprentissage des soins et la prévention de la sécurité et du bien être du nouveau-né. Les placements de l'enfant en maternité sont des événements souvent difficiles pour les soignantes tant dans l'impact émotionnel que cela peut générer que dans l'organisation et la gestion de la situation qui vient se mêler au reste du service qu'elles ont en charge. La plupart du temps, les sages-femmes sont en accord avec la décision de séparation, parfois cela vient même les soulager. Mais dans d'autres cas, une certaine incompréhension peut être ressentie, que ce soit dans la façon dont les choses sont entreprises ou dans le choix du placement qui est perçu comme injustifié ou n'étant pas la meilleure solution.

Enfin, ces accompagnements nécessitent un réel travail commun et une relation de confiance entre les différents partenaires du médical et du social. Aujourd'hui que ce soit à l'hôpital ou dans les CDAS, tout le monde court après le temps. La coordination et la coopération des équipes nécessite de la disponibilité de chacun, mais à terme, cela participerait justement à d'avantage d'optimisation. Une bonne organisation et clarté de l'accompagnement permettrait à tous les acteurs de gagner en efficacité et en qualité de prise en charge.

VII. Bibliographie

Référencée

1. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.
2. Fray A-M, Picouveau S. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*. 2010;38(8):72.
3. Villet T. Construction de l'identité professionnelle des étudiantes sages-femmes. Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage femme, Caen; 2018, 148p.
4. Ministère des solidarités et de la santé. Qu'est-ce que la protection de l'enfance ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/qu-est-ce-que-la-protection-de-l-enfance>
5. Drees. Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2018 (personnes âgées, personnes handicapées, aide sociale à l'enfance) [Internet]. 2018. Disponible sur : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,371,375
6. Bilan démographique 2019 en Bretagne : légère baisse des naissances et des décès - Insee Analyses Bretagne - 96 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4776248>
7. Département d'Ille-et-Vilaine. Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté : Guide à l'usage des professionnels. 2013.
8. Conseil départemental du Finistère. Enfance en danger ou en risque de danger : Guide de l'information préoccupante et du signalement judiciaire. Département du Finistère. 2016.
9. Département d'Ille-et-Vilaine. Règlement départemental d'Aide sociale - Enfance famille - Ille-et-Vilaine. 2020.
10. Dubar C. La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Paris: Armand Colin; 2015. 256 p.

11. Bergeron A. Les représentations de la sage-femme dans la presse francophone québécoise (1989-2002)¹. RF. 5 mars 2004;16(2):139-65.
12. Vocation - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/vocation>
13. Debourg A, Blazy M, Lévy-Soussan P, Mignot C, Prat R, Glangeaud-Freudenthal NM-C, et al. Séparation précoce: rapt, échec ou soin? Ramonville St-Agne: Érès; 2003. (1001 bébés).
14. Bonneville-Baruchel E. Les traumatismes relationnels précoces. Clinique de l'enfant placé. Toulouse: Érès; 2015. 256 p
15. Briex M. Le placement. Spirale. 4 déc 2014;N° 71(3):102-5.
16. Berger M. L'utilité des critères indicateurs de placement ? Journal du droit des jeunes. 2002;213(3):18.
17. Durieux M-J. Il était une fois... ou l'histoire de l'enfant qui cherchait sa mère désespérément. Champ psychosomatique. 2009;56(4):71-100.
18. Berger M. Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale (première version). Dialogue. 2001;152(2):33.
19. De Truchis A, Debourg A, Blazy M. 15. Reste-t-il des indications de placement à la naissance et qui peut les poser ? Dans le cas d'une séparation précoce et inéluctable faut-il favoriser le lien entre la mère et son bébé ? In: Orages à l'aube de la vie [Internet]. Toulouse: Érès; 2009. p. 191-9. (La vie de l'enfant). Disponible sur: <https://www.cairn.info/orages-a-l-aube-de-la-vie--9782749211220-p-191.htm>
20. David M, Appell G. Lóczy ou le maternage insolite. ERES; 2008.

Non référencée

- David M. Séparation précoce : traumatisme de la première enfance ? Dialogue. 2005;168(2):97.
- Fregonese C. Le processus de professionnalisation de la profession de sage-femme au travers de la dynamique des représentations de deux objets : la profession sage-femme et la profession de médecin. [Toulouse]: Toulouse II; 2013.
- Martin-Blanchais M-P. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. 2017 février.

- Poinso F, Glangeaud-Freudenthal M-C, Soulayrol R, Sutter-Dallay A-L, Thieulin A-C, Chardeau P, et al. Orages à l'aube de la vie, liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-enfants [Internet]. Toulouse: Érès; 2009. Disponible sur: <http://www.cairn.info/orages-a-l-aube-de-la-vie--9782749211220.htm>
- Potin É, Rollet C. Enfants placés, déplacés, replacés: parcours en protection de l'enfance. Toulouse: ERES; 2014.
- Russeil E. En cas de placement, coordination de la prise en charge de l'enfant et de ses parents [Internet]. 29e journées d'étude de l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales; 2018 juin 7; Poitiers. Disponible sur: <https://www.ansft.org/documents/2018/juin-2018/7---e.-russeil---juin-2018.pptx>
- Simmat-Durand L. Les professionnels de la maternité et de l'enfance et le signalement des enfants de mère toxicomane. *Psychotropes*. 2008;Vol. 14(3):179-99.
- Vacheron M-N, Beguier I, Boileau B, Cassagnes S, Cointot M, Acremont J, et al. Maternité et psychiatrie: répercussions et prise en charge. Paris: Lavoisier Médecine; 2015.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Document de présentation de l'étude transmis aux sages-femmes

Décision judiciaire de séparation protectrice mère-enfant en maternité : vécu et accompagnement des sages-femmes

Bonjour, Je m'appelle Leïla, je suis étudiante sage-femme à l'école de Rennes. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête sur le vécu et l'accompagnement des sages-femmes lors de la prise en charge de patientes pour lesquelles une décision judiciaire de séparation protectrice mère-enfant en maternité a été prise ou allait l'être.

Les objectifs de mon étude sont de décrire le vécu d'expérience des sages-femmes lorsqu'un placement de l'enfant dès la sortie de maternité est envisagé, de comprendre comment elles/ils accompagnent ces patientes et leurs enfants, et de comprendre quelles résonances personnelles et professionnelles ces situations viennent susciter en elles/eux.

Description de la recherche :

Cette étude est basée sur des entretiens.

- Vous êtes sage-femme
- Vous travaillez en hôpital ou clinique en Ille et Vilaine
- Vous avez déjà été confronté(e) à la prise en charge en maternité (salle de naissance ou suite de couche) d'une patiente pour laquelle une décision judiciaire de séparation mère-enfant était ou allait être prise

Si vous êtes volontaires, vous pouvez alors me contacter pour que l'on se rencontre.

L'entretien se déroulera dans un lieu de votre choix ou par appel-visio, il faudra généralement compter 40 minutes de discussion en moyenne. L'entretien sera anonymisé.

Les entretiens se dérouleront entre le début du mois de septembre et la fin du mois de novembre/ décembre.

Vous pouvez me contacter par téléphone au 06..... afin que l'on convienne d'une date pour se rencontrer.

Je vous remercie par avance,

Leïla Raji

Annexe 2 : Guide d'entretien

Rappel du cadre d'entretien à l'enquête :

- projet de mémoire
- buts
- anonymat
- enregistrement

I - Présentation de l'enquête et parcours professionnel

- âge
- école de formation et année d'obtention du diplôme
- modes et lieux d'exercices passés
- exercice actuel, depuis combien de temps
- Que représente pour vous le métier de sage-femme ? Pourquoi avoir choisi l'exercice de ce métier ?

II - Le vécu de la sage-femme

- Selon vous, quels sont les rôles de la sage-femme dans la prise en charge en maternité, d'une mère et de son enfant ? *en général*
- Avez-vous été confrontée une ou plusieurs fois à la prise en charge d'une mère et de son enfant pour lesquels une décision judiciaire de séparation était prise ou allait être prise ?
- Comment avez-vous appréhendé cette situation quand vous y avez été confronté ?
 - Quel ressenti avant de rencontrer la patiente, pendant l'accouchement ou les soins de suite de couche (selon le moment de la PEC), pendant la mise en place du placement, et après le placement ?
- Aviez-vous eu des directives de prise en charge, une procédure à appliquer ?
 - Si oui, lesquelles, et comment vous avaient-elles été transmises ?
 - Qu'en aviez vous pensé ?
 - Cela a t-il eu un impact sur vos soins ?
- Quelle attitude, quel accompagnement auprès de la mère et de l'enfant avez-vous eu lors de cette prise en charge ?
- Quelles sont pour vous les difficultés majeures dans cette prise en charge ? Pourquoi ?

- Y a t-il des situations plus difficiles que d'autres ? Pourquoi ?
- Etiez-vous présente au moment de la séparation physique mère-enfant ?
 - Comment s'est-elle réalisée ?
 - Qu'en avez-vous pensé ?
- Avez-vous vécu une situation qui vous a mis en difficulté ou pour laquelle en y repensant vous auriez fait autrement ? Expliquez pourquoi ?
- Après avoir vécu cette situation avez-vous éprouvé le besoin d'en parler, d'en débriefer ?
 - Avez vous bénéficié ou trouvé des moyens pour le faire ?
- Selon vous, quels sont les rôles de la sage-femme dans la prise en charge en maternité, d'une mère et de son enfant pour lesquels une décision judiciaire de séparation est prise ou va être prise ?

III – Formation et évolution

- Durant votre formation initiale, avez-vous reçu des cours et/ou informations sur : la protection de l'enfance, la séparation protectrice mère-enfant...?
 - Avez vous-été préparée à prendre en charge ces situations ? Expliquez.
- Comment vous sentiez-vous lorsque vous avez dû prendre en charge cette situation (pour la première fois) ?
 - Préparée, peu préparée, pas préparée du tout ? Pourquoi ?
- Avez-vous participé à des formations complémentaires sur le sujet depuis le début de votre pratique professionnelle ?
 - Est ce qu'on vous en a déjà proposées ?
 - Cela vous semble-t-il nécessaire ? Pourquoi ?
 - Aimerez vous en avoir ?
- Si vous avez déjà été confrontée plusieurs fois à cette situation. Avez-vous constaté ou perçu une évolution de votre prise en charge de ces situations avec « l'expérience », et du ressenti et réflexions qu'elles suscitent chez vous ? Expliquez.
- D'après vous y aurait-il des éléments ou stratégies à mettre en place pour améliorer votre prise en charge et/ou celle de vos collègues lors de ces situations ?
- Qu'évoque pour vous « la protection de l'enfance » ?
- Estimez-vous que la sage-femme a un rôle dans la protection de l'enfance ? Expliquez.

Résumé

La sage-femme qui accompagne les femmes, les couples, aux différentes étapes de la grossesse, de la naissance et du post-partum, est en première ligne face aux complexités multiples que peuvent présenter les futurs parents. Parfois des situations « de danger ou de risque de danger pour l'enfant » conduisent au placement du nouveau-né dès la maternité. Ce mémoire vise à décrire le vécu de sages-femmes lors de séparation protectrice mère-enfant en maternité, à comprendre comment elles accompagnent ces femmes et enfants et quel rôle elles estiment avoir dans la prise en charge de ces situations et dans la protection de l'enfance. Par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de onze sages-femmes nous avons montré que ces situations sont difficiles tant dans ce qu'elles représentent émotionnellement que dans leur organisation pratique. De plus, bien qu'elles y aient un réel rôle, les sages-femmes ne sont pas assez formées aux questions de la Protection de l'enfance. Une plus grande coopération et coordination entre les services de maternité et les services sociaux semblent également nécessaires pour faciliter ces prises en charge et améliorer les accompagnements.

Mots clés : Sage-femme, placement de l'enfant en maternité, OPP, Protection de l'enfance

The midwife guides women and couples throughout the different stages of pregnancy, from birth to post-partum. She is in the frontline facing the diverse complexities parents can experience. Sometimes situations of « danger or risk of danger for the child » lead to the placement of the newborn directly from the maternity ward. This essay aims to describe the experience of midwives during the protective separation of mother and child, to understand how they guide women and children and which role they feel they have in the management of these situations and in child protection. Through semi-structured interviews with eleven midwives, we have shown that these situations are difficult both in terms of emotion and in their practical organization. In addition, although they have a real role, midwives are not sufficiently trained in child protection issues. Greater cooperation and coordination between maternity and social services also seems necessary to facilitate this care and improve support.

Keywords : Midwife, placement of child placement in maternity ward, OPP, child protection