



HAL
open science

La prise en charge des grossesses vulnérables par les sages-femmes hospitalières : Étude qualitative au sein de deux maternités parisiennes

Mathilde Chabre

► To cite this version:

Mathilde Chabre. La prise en charge des grossesses vulnérables par les sages-femmes hospitalières : Étude qualitative au sein de deux maternités parisiennes. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-04630041

HAL Id: dumas-04630041

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04630041v1>

Submitted on 2 Jul 2024

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Ecole de sages-femmes Hôpital Foch

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Mathilde CHABRE

**LA PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES
VULNERABLES PAR LES SAGES-FEMMES
HOSPITALIERES**

**Etude qualitative au sein de deux maternités
parisiennes**

Soutenu le : 14 juin 2021

Directeur de mémoire

Madame Béatrice JACQUES : Maîtresse de conférences, Faculté de sociologie
Université de Bordeaux, Chercheuse au Centre Emile Durkheim, UMR 5116

Numéro national d'étudiant : 0108037417A

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Béatrice JACQUES, qui m'a fait confiance dès notre première discussion et m'a accompagnée pendant deux ans. Merci pour ses conseils, sa disponibilité, sa bienveillance.

Ce mémoire de fin d'études est aussi l'occasion de remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative pour la qualité de l'accompagnement.

Je remercie également Emmanuelle ASSOUS, Bernard BRANGER, Hélène MALMANCHE, Priscille SAUVEGRAIN, Clémence SCHANTZ et l'ensemble des professionnels rencontrés qui ont pris le temps de faire mûrir ma réflexion et donné de précieux conseils.

Je remercie les cadres et sages-femmes des maternités qui ont accepté les entretiens parfois plus longs que prévus.

Enfin, pour leur soutien sans faille mes parents, mon frère Clément, Sophie, Manon, Astrid et Beb.

Table des matières

AVERTISSEMENT.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
TABLE DES MATIERES.....	IV
LISTE DES ANNEXES.....	VI
LEXIQUE.....	VII
TITRE ET RESUME	VIII
TITLE AND ABSTRACT	IX
1 INTRODUCTION	1
2 MATERIEL ET METHODE	4
2.1 Construction de l'enquête	4
2.1.1 Approche.....	4
2.1.2 Choix du terrain.....	4
2.1.3 Choix de la population.....	5
2.1.4 Recrutement.....	6
2.1.5 Déroulement des entretiens	7
2.1.6 Analyse et interprétation	8
2.2 Aspect éthique et réglementation	8
3 RESULTATS ET DISCUSSION.....	10

3.1	Qu'est-ce qu'une grossesse vulnérable ?	10
3.1.1	La vulnérabilité périnatale : une dimension souvent multifactorielle.....	10
3.1.1.1	Les facteurs de vulnérabilité matérielle : une situation financière ne permettant pas de subvenir aux besoins vitaux	11
3.1.1.2	Les facteurs de vulnérabilité psychosociale : l'enjeu de l'isolement social	14
3.1.1.3	Les facteurs de vulnérabilité psychoaffective : un lien mère-enfant incomplet.....	21
3.1.2	Vignette clinique : l'interprétation des sages-femmes vis-à-vis des facteurs de la HAS	25
3.2	Le dépistage et la prise en charge des grossesses vulnérables	27
3.2.1	Les facteurs de la HAS : des vulnérabilités plus ou moins faciles à dépister et à prendre en charge	28
3.2.1.1	Les antécédents obstétricaux mal vécus	28
3.2.1.2	Violences domestiques : un dépistage encore délicat.....	29
3.2.1.3	Le stress : un dépistage lié aux évènements de la vie quotidienne	32
3.2.1.4	L'anxiété : à la recherche d'une peur.....	33
3.2.1.5	Troubles du sommeil : comment dépister les situations pathologiques ?	34
3.2.1.6	Episode dépressif : le passé plus facile à questionner que le présent	36
3.2.1.7	Dépendance et/ou addiction : une question parfois difficile à poser	38
3.2.1.8	Précarité : un dépistage factuel	40
3.2.1.9	Risque social : un dépistage basé sur le ressenti et le dialogue	42
3.2.1.10	Naissances à haut risque psychoaffectif	44
3.2.2	Le cadre hospitalier : des atouts et des contraintes.....	46
3.2.2.1	Les atouts.....	46
3.2.2.2	Les contraintes hospitalières	49
3.2.3	Les outils.....	51
3.2.3.1	L'EPP : un outil insuffisamment exploité	51
3.2.3.2	Les autres outils utilisés de façon consensuelle par les sages-femmes.....	54
4	CONCLUSION	59
	BIBLIOGRAPHIE	61
	ANNEXES	68

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien	69
Annexe II : Aide à l'entretien.....	71
Annexe III : Récapitulatifs des entretiens	72
Annexe IV : Comparaison des deux maternités	73
Annexe V : Tableaux d'analyse des entretiens.....	74
Annexe VI : Recommandations HAS.....	75
Annexe VII : Equation personnelle	78

Lexique

- AME** : Aide Matérielle d'Etat
- CMU** : Couverture Médicale Universelle
- ENxx** : Entretien semi-directif suivi du numéro 01 à 10
- ENP** : Enquête Nationale Périnatale
- EPP** : Entretien prénatal précoce
- FCS** : Fausse Couche Spontanée
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- PMA** : Procréation Médicale Assistée
- PMI** : Protection maternelle et infantile
- PNP** : Préparation à la naissance et à la parentalité
- RSA** : Revenu de Solidarité Active
- TCA** : Troubles du Comportement Alimentaire

Titre et résumé

Introduction / Objectifs

Les grossesses vulnérables représentent un problème de santé publique. L'objectif de cette étude était d'une part d'examiner la façon dont les sages-femmes hospitalières identifiaient les grossesses vulnérables et d'autre part d'appréhender leur démarche concernant le dépistage et la prise en charge de ces grossesses.

Matériel et méthodes

L'étude portait sur 2 maternités et nous avons rencontré 10 sages-femmes. Les entretiens semi-directifs ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien et les verbatims ont été analysés de façon exhaustive.

Résultats

Les sages-femmes n'avaient pas toujours la même définition d'une grossesse vulnérable. Certains facteurs de vulnérabilité étaient difficiles à dépister et à prendre en charge. L'EPP était souvent "détourné" devenant uniquement un outil de dépistage. Les réunions interprofessionnelles favorisaient le dépistage et la prise en charge.

Conclusion

L'identification des grossesses vulnérables et le dépistage des facteurs de vulnérabilité étaient relativement sages-femmes-dépendants mais des outils de communication mis en place dans les structures de soins tendaient à réduire ce phénomène.

Mots-clés : vulnérabilité, sages-femmes hospitalières, Entretien prénatal précoce, dépistage

Title and Abstract

Introduction / Objective

Vulnerable pregnancies are a public health problem. The objective of this study was to examine how hospital midwives identified vulnerable pregnancies and to understand their approach on the screening and the antenatal care of these pregnancies.

Methods

The study was conducted within 2 maternity units and we met 10 midwives. Semi-directing interviews were performed by using a predefined framework and the verbatims were analyzed exhaustively.

Results

Midwives did not always have the same definition of a vulnerable pregnancy. Screening and women's management were difficult for some vulnerability factors. Early prenatal interview was often misused becoming only a screening tool. Interprofessional meetings promoted screening and management.

Conclusion

The identification of vulnerable pregnancies and the detection of vulnerability factors were relatively midwives-dependent, but communication tools set up in care structures tended to reduce this phenomenon.

Keywords : vulnerability, hospital midwives, Early prenatal interview, screening

1 Introduction

La grossesse est une période de vulnérabilité tant sur le plan psychique que physique. Bydlowski et Golse (2001 ; 30) font état d'un "*abaissement des résistances habituelles de la jeune femme face au refoulé inconscient*" qu'ils nomment "*transparence psychique*". Les femmes revivent alors tous les éléments de leur enfance, ruptures, séparations, conflits, doutes afin de construire leur identité parentale et s'attacher à l'enfant en devenir (Vozari, 2015). Ce processus est nommé par Racamier (1961) la "*maternité*" et est décrit comme le déroulement naturel et indispensable pour devenir mère. Ce dernier constitue pour la majorité des femmes enceintes un état transitoire sans conséquence. Toutefois, pour certaines, il rend leur grossesse vulnérable. Pour Barreyre (2015 ; 29), cette vulnérabilité tient compte de la situation quotidienne de la femme vis-à-vis "*des ressources et des potentialités d'une personne, de l'abondance ou de la pénurie des ressources environnementales*" mais également des solutions qui peuvent y être apportées par "*la réactivité des personnes et des dispositifs publics*". En septembre 2020, Cyrulnik (2020 ; 12) met en avant les relations entre la situation de vie des parents et celle du bien-être de l'enfant. Il indique que cette "*période sensible pour le développement et la sécurisation de l'enfant*" se déroule du 4^{ème} mois de grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant. L'évocation de ces relations n'est pas nouvelle. En effet, celles-ci ont été régulièrement abordées depuis la création des centres de Protection maternelle et infantile (PMI) en 1945. En 1994, le Haut Comité de Santé Publique (1994 ; 12) énonçait que "*le suivi médical de la grossesse et de la naissance ne sont pas seuls en cause et que la qualité de la naissance est influencée par le niveau socioculturel et le mode de vie des parents*". En 2003, la Mission de périnatalité formulait 20 propositions dont celle d'"*assurer une prise en charge psychosociale*" pour "*dépister toutes formes d'insécurité (couple, famille, précarité) pouvant entraîner des complications sur le «lien parents-enfant» mais aussi sur la pathologie de la grossesse*" (Bréart et al.,

2003 ; 6). Le plan «*périnatalité*» 2005-2007 «*Humanité, proximité, sécurité, qualité*» met en avant la nécessité de créer des conditions d'échange avec les futurs parents leur permettant d'exprimer leurs souhaits et questionnements, au travers notamment de l'entretien individuel du 4^{ème} mois (Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 2004 ; 2). Suite au plan, un groupe de travail a été constitué par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui en novembre 2005 a élaboré des recommandations sur la Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Au sein de celles-ci, est abordée "*la reconnaissance des vulnérabilités personnelles et familiales et les dispositifs qu'il est possible de mettre en œuvre pour prévenir les troubles psycho-affectifs des enfants*" (Pauchet-Traversat, 2005 ; 10). Le comité de rédaction a constaté que "*ces facteurs de vulnérabilité sont bien plus complexes à repérer que les critères démographiques ou socio-économiques défavorables*". Afin d'aider les professionnels de santé à les reconnaître, la HAS a établi une liste "*non exhaustive*" de facteurs de vulnérabilité qu'elle considère comme principaux : "*antécédents obstétricaux mal vécus, violence domestique et problèmes de type relationnel, stress, anxiété, troubles du sommeil, épisode dépressif, dépendance ou addiction, précarité, risque social*" et enfin "*haut risque psycho-affectif*" (HAS, 2005 ; 17). Pour la HAS, l'entretien individuel qui deviendra l'entretien prénatal précoce (EPP) doit être systématiquement proposé au couple, dès la déclaration de grossesse. Il permettra entre autre de repérer et prendre en charge les facteurs de vulnérabilité.

Or, l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 révèle l'absence de proposition systématique. Le taux de proposition par les professionnels était alors de 34% et seules 28,5% des femmes bénéficiaient de l'EPP (Branger, 2015 ; Blondel et al., 2017 ; 46).

L'ENP 2021 présente des axes inédits dans la prévention de la santé globale. Ainsi "*les mesures de prévention pendant la grossesse et dans les mois qui suivent*", "*les facteurs de risque médico-socio-démographiques concernant la santé*" ainsi que "*les inégalités sociales de santé, de soins et de comportements de prévention dans l'organisation des soins dans les maternités*" sont autant de

nouveaux indicateurs montrant une prise de conscience sur la nécessité d'évaluer ces pratiques et de les modifier si besoin (Rozenbaum, 2021).

Les premiers résultats ne seront connus qu'en octobre 2021. C'est dans ce contexte que débute mon travail de recherche avec la rédaction de mon équation personnelle (Annexe VII). En discutant avec des sages-femmes hospitalières, il est apparu que les pourcentages de l'EPP présentés dans l'ENP de 2016 reflétaient leur pratique à l'échelle des 2 maternités.

Ainsi ma question de recherche est la suivante :

Du point de vue des sages-femmes hospitalières quels sont les facteurs qui rendent les grossesses vulnérables, comment les dépistent-elles et les prennent-elles en charge ?

Les objectifs de cette étude sont d'une part d'examiner la façon dont les sages-femmes hospitalières identifient les grossesses vulnérables et d'autre part d'appréhender leur démarche concernant le dépistage et la prise en charge de ces grossesses.

Pour mener ce travail, je formule plusieurs hypothèses :

- Les sages-femmes ont une perception différente de l'importance des facteurs de vulnérabilité dans l'identification des grossesses vulnérables.
- La prise en charge de certaines vulnérabilités, même dépistées, reste difficile.
- L'EPP, du moins à l'hôpital, a été détourné de son objectif initial.

Je répondrai à la question en deux parties. La première portera sur l'identification d'une grossesse vulnérable en confrontant les 10 facteurs de vulnérabilité énoncés par la HAS avec la perception de ces facteurs par les sages-femmes hospitalières. La seconde partie examinera la manière dont le dépistage est appréhendé par les sages-femmes en le confrontant à la réalité du terrain.

2 Matériel et méthode

2.1 Construction de l'enquête

2.1.1 Approche

Afin de mieux établir des liens possibles dans les interactions soignants-soignés et pour répondre à mes objectifs de compréhension du vécu des soignants, l'utilisation d'entretiens semi-directifs m'a semblée la plus adaptée. Ainsi, j'ai ouvert le champ des réponses possibles en permettant au professionnel de parler spontanément en lui offrant l'opportunité d'une réponse non binaire. De ce fait, j'ai éliminé les questionnaires, entretiens directifs et entretiens libres. En effet, j'ai souhaité utiliser les 10 facteurs de vulnérabilité de la HAS et y faire réfléchir les professionnels. Afin de construire mon guide d'entretien (présenté en Annexe I), je me suis appuyée sur les observations faites lors de mes stages et j'ai utilisé le *Guide de l'enquête de terrain* (Beaud et Weber, 2010).

2.1.2 Choix du terrain

Afin de pouvoir analyser au mieux mes entretiens, je devais avoir une bonne connaissance du terrain (Copans, 1996). Le protocole initial de recherche comportait une phase d'enquête de terrain anthropologique en observant des consultations prénatales et des EPP. La durée de réalisation du mémoire apportait une contrainte importante rendant impossible cette observation dans le temps imparti. Pour contrer cette difficulté, j'ai choisi de réaliser les entretiens dans des maternités déjà connues. Au détour de mes stages, j'ai pu réaliser des observations sur les protocoles, les habitudes des sages-femmes et le comportement des patientes. Malgré tout, ce type d'observation diffère de celle initialement prévue de par mon statut de futur professionnel et non d'un chercheur

focalisé sur la question de recherche.

Le choix de la première maternité (maternité A) dans laquelle j'ai réalisé mes entretiens s'est fait en novembre 2018. Alors en stage dans le service des consultations prénatales, plusieurs questionnements ont émergé sur l'orientation des femmes et sur l'importance de la première consultation en maternité. Cette réflexion a abouti à la construction de mon mémoire. Dans cette maternité, je connaissais les habitudes du service et ai pu faire une observation plus ou moins directe me permettant de recueillir des informations et de cerner plus largement le terrain. Il me paraissait plus simple de me présenter et de solliciter des entretiens au sein d'une maternité connue.

2.1.3 Choix de la population

Mon terrain de stage trouvé, je me suis interrogée sur les professionnels que je devais intégrer. Il était compliqué dans le temps imparti de réaliser en amont une étude comparative de la population interrogée afin de savoir si elle était statistiquement comparable. J'ai donc volontairement cherché à limiter au maximum les biais de sélection. Ainsi, en interrogeant les professionnels réalisant des consultations prénatales dans le service, je m'assurais d'avoir des lieux et conditions d'exercice semblables (temps de consultations, ressources à disposition, protocoles...). J'ai aussi choisi de limiter mes entretiens aux sages-femmes et d'exclure les gynécologues-obstétriciens, afin de limiter l'apparition d'un biais lié à la formation initiale différente, les sensibilités propres à chaque profession et les consultations liées à une pathologie médicale ou obstétricale.

En discutant avec d'autres sages-femmes et des cadres, je me suis rendu compte que le nombre d'entretiens réalisables dans une seule maternité n'était pas satisfaisant pour proposer des résultats. Réfléchissant sur la façon dont je pouvais augmenter le nombre de sages-femmes à interroger, j'ai rapidement exclu les sages-femmes libérales. Les inclure dans l'étude aurait nécessité un examen de la population de femmes enceintes suivies afin de déterminer si les conditions d'exercice étaient comparables entre les sages-femmes libérales et hospitalières.

Afin de répondre à mes critères d'inclusion, j'ai intégré une seconde maternité (maternité B) de niveau et de localisation différents. J'y ai, comme pour la précédente, effectué mes stages. Mon terrain d'enquête se présente ainsi :

- La maternité A est située dans Paris intramuros. Elle est de niveau IB. Une équipe de 23 sages-femmes assure le suivi médical des femmes enceintes. Cinq d'entre elles pratiquent l'EPP.
- La maternité B est également située dans Paris intramuros. Elle est de niveau III. Elle assure la prise en charge des grossesses à bas et hauts risques. Une équipe de plus de 60 sages-femmes assure le suivi médical des femmes enceintes. Trois d'entre elles pratiquent l'EPP.

Les 2 maternités proposent un éventail de consultations. Celles qui présentent un intérêt dans le suivi des femmes enceintes sont listées en Annexe IV.

2.1.4 Recrutement

Les stages, dans ces 2 maternités, m'avaient déjà permis d'évoquer le sujet de mon mémoire avec les sages-femmes. Ainsi, lorsque mon guide d'entretien a été terminé, j'ai pris contact avec les cadres des maternités afin qu'elles transmettent ma demande d'entretien aux sages-femmes réalisant des consultations.

A l'issue de cette première demande, je n'ai eu qu'une seule réponse et me suis donc déplacée dans les services. Dans la maternité A, après discussion avec une sage-femme, j'ai obtenu les coordonnées d'une autre cadre à qui j'ai renouvelé ma demande laquelle a immédiatement déclenché 3 réponses positives. Trois semaines plus tard, j'ai dû renouveler ma demande en utilisant les adresses professionnelles des sages-femmes dont je connaissais l'identité. J'ai alors eu 3 nouvelles propositions d'entretien. J'ai effectué la même démarche dans la maternité B. J'y ai rencontré une sage-femme qui m'a expliqué le déroulement du suivi des grossesses au sein de leur structure et a accepté un entretien. Obtenir des entretiens dans cette maternité a été plus difficile et a nécessité des déplacements auprès des cadres du service qui m'ont directement mise en contact avec les sages-femmes.

Pour chaque réponse positive, j'ai échangé personnellement avec la sage-femme afin de convenir d'une date et d'un lieu. Compte tenu de la situation sanitaire, j'ai laissé le choix au professionnel de réaliser l'entretien en visioconférence ou en présentiel (Annexe III). J'ai pris le soin à chaque demande et en début d'entretien de préciser son objet, son caractère facultatif, anonyme et demandé l'autorisation d'enregistrer afin de le retranscrire le plus fidèlement (Annexe I).

2.1.5 Dérroulement des entretiens

J'ai choisi volontairement de débiter l'entretien par une présentation très générale du service et du fonctionnement de la prise en charge prénatale. De cette façon, j'ai souhaité établir un climat de confiance permettant au professionnel de ne pas parler de sa pratique personnelle dès le début. Ainsi, dans un premier temps, je l'ai invité à discuter de l'environnement dans lequel il travaillait et la façon dont il percevait la prise en charge établie. Cela m'a permis également d'avoir un bref aperçu de sa vision de l'EPP en début d'entretien me permettant de le situer dans le protocole même de la maternité. En m'appuyant sur les statistiques publiées dans l'ENP de 2016, j'ai amené le professionnel à faire une rétrospective de la pratique de l'EPP dans l'établissement.

Dans un deuxième temps, j'ai choisi d'énoncer les 10 facteurs de vulnérabilité proposés par la HAS. Volontairement, j'ai énuméré leur intitulé sans donner plus de précision pour ne pas influencer leurs réponses. A ce moment-ci de l'entretien, j'ai proposé aux sages-femmes d'aborder les 10 facteurs dans l'ordre de leur préférence. Aucune d'entre elles n'a exprimé cette volonté de sorte que les facteurs ont été traités dans le même ordre pour l'ensemble des entretiens. Pour analyser les éléments recueillis, j'ai défini 3 axes de réflexion que je proposai systématiquement. Premièrement, je souhaitai recueillir la définition générale de chaque terme. Ensuite, je leur ai demandé leur compréhension de chaque facteur dans le contexte obstétrical et leur importance dans la prise en charge. Puis, j'ai invité le professionnel à réfléchir sur les éléments qui lui permettraient de repérer ce facteur de vulnérabilité.

En conclusion de l'entretien, j'ai laissé aux sages-femmes la possibilité de parler

plus personnellement de leur pratique, sans être concentrées sur les facteurs présentés. Je souhaitai également pouvoir les faire réfléchir sur ce qu'elles considéraient indispensable dans leur dépistage en consultation. L'entretien était complété par une vignette clinique préalablement préparée (Annexe I).

A l'issue du premier entretien, la sage-femme interrogée m'a conseillé de réaliser un support visuel sur lequel était mentionnée la liste des 10 facteurs de vulnérabilité et la trame des questions posées. Le professionnel pouvait ainsi se situer facilement dans l'avancement de l'entretien (Annexe II).

2.1.6 Analyse et interprétation

J'ai choisi de réaliser une analyse de discours me permettant de le décrire pour comprendre la réflexion des personnes interrogées (Blanchet et Gotman, 1992 ; 91;115). Lors de la retranscription, certaines formes grammaticales ont été ajustées de façon à respecter les normes de la langue française écrite, tout en prenant soin de ne pas dénaturer les propos recueillis.

Une fois retranscrit, chaque entretien a été lu une première fois en intégralité de façon à repérer les grands thèmes. J'ai noté les idées principales qui en ressortaient en m'aidant d'un tableau (Annexe V). J'ai ensuite repris un à un les entretiens faisant cette fois-ci une lecture par thème. J'ai réalisé dans un premier temps une analyse linéaire permettant de synthétiser le vécu individuel du professionnel et ce pour chaque thème, puis une lecture verticale afin d'avoir une vision collective. Cette démarche m'a permis de faire ainsi ressortir les points d'accord et de discordance des professionnels sur un thème donné. J'ai ainsi cherché à replacer leurs pratiques afin de mettre en avant les différentes composantes intervenant dans la prise en charge des grossesses.

2.2 Aspect éthique et réglementation

Réalisant des entretiens auprès des professionnels de santé, j'ai suivi la méthodologie préconisée par l'école : «Evaluation des pratiques professionnelles auprès de professionnels, que ce soit sous forme de questionnaires ou

entretiens». Ainsi je ne suis pas soumise à la loi Jardé. Par ailleurs, je ne présente aucune donnée privée ni médicale des patientes. Je n'ai pas eu besoin de demander l'avis du comité éthique. Aucun lieu, ni le statut interne des sages-femmes n'a pas été mentionné de façon à garantir l'anonymat. Dans ce même but, les extraits d'entretiens seront indiqués par l'abréviation (ENxx), se référant à l'entretien semi-directif 01 à 10.

3 Résultats et discussion

3.1 Qu'est-ce qu'une grossesse vulnérable ?

3.1.1 La vulnérabilité périnatale : une dimension souvent multifactorielle

Lors de la rédaction des recommandations sur la PNP de 2005, la HAS (2005 ; 17) avait défini la vulnérabilité comme étant *“une caractéristique principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique”*. Dans ce texte, les *“circonstances”* citées par la HAS rendant une grossesse vulnérable peuvent être identifiées par la présence d'un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité (Annexe VI, encadré 4).

Plusieurs expressions sont employées dans la littérature comme synonyme de grossesses vulnérables telles que *“problèmes multiples”* (Tissier et al., 2011), *“situations de femmes nécessitant un suivi rapproché”* (Vozari, 2015), *“catégorie générale qui recouvre toute la diversité des situations à problèmes”* (Bresson, 2020).

Les entretiens menés dans les 2 maternités et l'étude de la littérature m'ont permis d'appréhender très rapidement le côté multifactoriel des grossesses vulnérables ; ces facteurs pouvant agir isolément ou en synergie. Le terme précarité était souvent associé à plusieurs facteurs. Aussi, afin de retranscrire l'idée principale ressortie des entretiens, le terme de vulnérabilité matérielle sera utilisé pour discuter de la précarité dans son versant socio-économique et celui de vulnérabilité psychosociale dans son versant insertion sociale. Un bilan des 10 entretiens réalisés m'a permis d'avoir un état des lieux de la compréhension des

facteurs de vulnérabilité et d'en dégager 3 dimensions : une dimension matérielle, psychosociale et une dimension non associée à la précarité, de type psychoaffective.

3.1.1.1 Les facteurs de vulnérabilité matérielle : une situation financière ne permettant pas de subvenir aux besoins vitaux

La vulnérabilité matérielle est communément appelée "précarité" par l'ensemble des auteurs dans *la sociologie de la précarité* (Bresson, 2020). De façon unanime, les sages-femmes s'accordent pour définir cette vulnérabilité avec les termes suivants : "*Pas de revenus, pas de ressources, pas de logement*" (EN07). En effet, il s'agit d'une situation de carence financière ne permettant pas de satisfaire les besoins primaires de l'être humain : se nourrir, se loger et se soigner. Il s'agit donc de familles dont les revenus sont précaires (RSA, allocations chômage, sans ressources liées à un emploi), qui n'ont pas de logement personnel (sans domicile, hébergement ou hôtel social) et dont l'accès à la nourriture est partielle ou restreinte (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2008 ; Dugravier, 2014 ; Einaudi et al., 2019 ; Gaugue-Finot et al., 2010 ; Mahieu-Caputo, 2010 ; Maubert, 2007 ; Vozari, 2015).

L'analyse des entretiens montre que cette vulnérabilité est identifiée au sein des 2 maternités. Les sages-femmes de la maternité A ont noté une augmentation de cette vulnérabilité et semblent l'associer à un changement de population de femmes suivies. Depuis quelques années, la fermeture de maternités de la banlieue sud (Bagneux) et l'arrivée de patientes du département du Val d'Oise (95) ou du 18^{ème} arrondissement de Paris a conduit à la prise en charge de femmes moins aisées financièrement. Les entretiens menés dans la maternité B le soulignent également. EN06 explique : "*Ce sont des gens qui, pour beaucoup, arrivent avec des parcours de migration, c'est plutôt ce genre de précarité qu'on a. [...] C'est un énorme problème parisien et qui ne cesse d'augmenter*".

Les entretiens montrent qu'au sein de la population ayant un emploi, la crise économique se traduit par une augmentation relative des charges fixes et amène à des situations de vulnérabilité matérielles caractéristiques. EN06 le formule ainsi : *“Mais avec la crise économique, il va y avoir de plus en plus de précarité. Quand on leur dit d'aller voir une sage-femme libérale, systématiquement, elles nous demandent si elles vont devoir payer”*. Les données de la littérature confirment, en situation de crise économique, que certaines personnes travaillant n'ont même plus assez de revenu pour obtenir un logement adapté (Azria, 2015). Dans un contexte de vulnérabilité matérielle ne permettant pas d'accéder aux besoins essentiels au bon déroulement de la grossesse ou de l'accueil de l'enfant, les conséquences peuvent être *“graves et définitives”* (HAS, 2005). En effet, il est montré une augmentation significative des accouchements prématurés, d'un retard de croissance intra-utérin, et plus largement de la mortalité maternelle et néonatale pour des grossesses se déroulant dans un contexte de vulnérabilité matérielle (Saurel-Cubizolles et al., 2012 ; Vilain et al., 2013).

Ainsi, si, dans la littérature, les principaux déterminants de vulnérabilité matérielle sont fixés par des seuils de revenus, de nombre de mètres carrés ou d'accès aux soins, le domaine de la périnatalité nécessite une attention particulière sur le type et la durabilité du logement, l'accès à la nourriture et la santé environnementale.

3.1.1.1.1 L'absence d'un logement fonctionnel et durable : un paramètre caractérisant des situations vulnérables

Lors des entretiens, la préoccupation du logement est largement placée en première réponse à l'évocation de la définition de la précarité. Celle-ci peut se manifester par l'absence de logement personnel durant la grossesse ou au retour de la maternité. Cette notion est exprimée par EN05 : *“Quand on n'a pas de ressources personnelles et que l'on ne vit pas chez soi, je trouve que ça peut rentrer déjà dans la précarité parce qu'il y a une forme de dépendance. Ce ne sont pas uniquement les femmes au 115”*. L'absence de logement sécurisé pouvant accueillir l'enfant ou un logement inadapté au nombre de personnes y vivant représentent également des situations de vulnérabilité matérielle. Ce dernier point

est aussi exprimé par EN05 : *“Quand on a déjà un conjoint et 2 enfants et que l’on habite dans un 8m² et que l’on attend un 3^{ème} enfant, on a un logement à soi mais bon...”*.

3.1.1.1.2 L’accès à la nourriture : un paramètre tout aussi important

L’impossibilité de certaines femmes de se nourrir à leur faim et de façon équilibrée est identifiée dans les entretiens comme un paramètre important. EN01 aborde la question ainsi : *“La précarité, c’est un signe d’appel de dépistage du diabète gestationnel. On va leur demander une alimentation particulière, [...] alors que certaines ne mangent que deux fois par jour”*. Dans le cas de cette pathologie, une surveillance particulière est en effet nécessaire pour éviter les complications obstétricales de type macrosomie, hypoglycémie néonatale ou césarienne pour non-engagement.

3.1.1.1.3 La santé environnementale : la pauvreté oubliée

Les sages-femmes ont mis en évidence un nouvel axe. En effet, 6 d’entre elles évoquent la santé environnementale en abordant les conditions de vie. EN01 indique : *“On ne va pas avoir les moyens de consommer des aliments sains, [...] cuisiner avec des ustensiles sains ou [...] vivre dans des conditions d’insalubrité, d’humidité”*. Ce sujet est déjà bien documenté dans la littérature. En effet, la malnutrition, les traces de plomb dans des peintures murales et l’insalubrité sont autant d’éléments responsables, à court et long terme, du développement de pathologies telles que le saturnisme, des problèmes respiratoires ou encore une atteinte du système nerveux (Domergue et Taoussi, 2016).

3.1.1.1.4 L’absence de couverture sociale : un droit aux soins limité

Pour les professionnels de santé, l’absence de couverture sociale représente à elle seule un facteur de vulnérabilité liée à la précarité : *“Elle va te dire la CMU ; ben là tu vois ça t’oriente forcément. Ça t’aiguille sur quelque chose”* (EN03). En

effet, le fait d'avoir accès à la Couverture Médicale Universelle (CMU) ou à l'Aide Matérielle d'Etat (AME) est un bon indicateur de vulnérabilité matérielle. Le pôle ressources en promotion de la santé indique que *“se soigner peut leur paraître même une préoccupation secondaire par rapport à leur souhait de retrouver un travail et/ou un logement”* (Calvez et Carles-Onno, 2018 ; 8).

3.1.1.2 Les facteurs de vulnérabilité psychosociale : l'enjeu de l'isolement social

Si la vulnérabilité matérielle apparaît très explicite dans les recommandations de la HAS (2005 ; 14) il n'en est pas de même pour la vulnérabilité psychosociale. On y retrouve quelques associations de mots tels que *“social”, “médico-social”, “psychologique”* ainsi que des exemples cités entre parenthèses *“(violences, isolement extrême, etc.)”* qui pourraient toutefois suggérer ce terme sans jamais le définir. Pour rappel, j'ai choisi d'utiliser, dans ce mémoire, le terme de vulnérabilité psychosociale.

La notion de risque psychosocial est plus largement utilisée dans le domaine de la santé au travail lorsqu'il s'agit de comprendre la souffrance de certains travailleurs (Gaulejac, 2010).

Les risques psychosociaux posent un ensemble de problèmes divers, complexes et importants du fait du poids de leurs conséquences. Parce qu'ils se développent à la frontière entre la sphère privée (le psychisme individuel) et la sphère sociale (les collectifs d'individus au travail), ils sont au cœur de beaucoup de conflits. [...] L'objet principal de l'étude : le couple formé par la santé psychique de l'individu et ses conditions sociales de travail (Nasse et al., 2008 ; 4).

A travers l'étude des entretiens et de la littérature, il m'a semblé pertinent de transposer cette dernière phrase au domaine de la périnatalité en définissant ainsi le terme psychosocial comme le couple formé par la santé psychique de la femme et les conditions sociales de la grossesse.

En interrogeant les sages-femmes sur le facteur “*risque social*” cité par la HAS, il est apparu que celui-ci n’était pas perçu de façon homogène. L’hétérogénéité des réponses ne semble pas être imputable à un biais de méthodologie dans la mesure où les facteurs de vulnérabilité ont été énoncés dans le même ordre (détaillé dans 2.1.5).

La première moitié des sages-femmes considère que ce risque social est directement associé à la précarité et s’interroge sur la distinction apportée par la HAS entre “précarité” et “risque social”. EN04 indique : “*Le risque social, c’est vraiment lié à la précarité. Donc pour moi, les deux vont ensemble*”.

L’autre moitié considère que ce risque social est entendu dans un sens plus global, au-delà de la précarité et allant jusqu’à une notion de “*fourre-tout*” pour l’une d’entre elles. EN05 indique en effet : “*C’est vague risque social, je ne sais pas trop ce que l’on peut mettre dedans*” et considère dans le même temps que cet item est redondant expliquant : “*On en a déjà parlé dans les autres cases*”. EN01 exprime aussi la globalité de ce risque : “*On va dire que dans le social je mets précarité, violence conjugale et puis le côté aussi vulnérabilité psychique parce que ça entraîne des risques sociaux. Mais ça me semble très large*”. Avec cette vision élargie, les sages-femmes appliquent au quotidien une préconisation de la HAS (2005 ; 14) qui est “*de ne pas réduire les difficultés aux seules situations connues comme la précarité [...] mais de les élargir à d’autres facteurs*”. Cette approche de la vulnérabilité psychosociale est également retrouvée chez plusieurs auteurs dont Mahieu-Caputo (2010 ; 86) qui l’assimile à des “*problèmes liés à l’exclusion, à l’isolement, à des pratiques addictives ou à des troubles psychologiques*”.

Dans les paragraphes suivants, nous allons présenter les différentes situations à l’origine de cette vulnérabilité psychosociale : l’environnement de vie instable, le déracinement et l’absence de soutien de l’entourage.

3.1.1.2.1 L'environnement de vie instable : une insécurité d'insertion sociale

Cet aspect de la vulnérabilité psychosociale est peut-être celui qui apparaît le plus évident puisque toutes les sages-femmes interrogées considèrent que ce risque social est directement lié à la précarité. EN02 illustre : *“Il y a quand même [...] un environnement social qui va être compliqué dans ces situations-là”*. Ces propos sont confirmés par Azria (2015 ; 1081) qui écrit que *“les facteurs environnementaux auxquels sont confrontés de manière chronique les femmes enceintes en situation de grande précarité (problème d’habitat, de revenu, isolement, violence) pourraient être un mécanisme important reliant la précarité sociale au risque médical accru”*. En effet, on peut aisément comprendre la relation entre des conditions de vie insalubres et des difficultés d'insertion sociale (Caillaux, 2014). A l'identique, l'absence de travail rend plus difficile l'intégration à un groupe social.

Si la vulnérabilité matérielle peut entraîner un risque de rupture sociale, la vulnérabilité psychosociale ne peut, en revanche, être restreinte à l'absence de ressources matérielles suffisantes. Viennent en effet s'ajouter des situations qui peuvent potentiellement se dégrader en cours de grossesse. L'arrivée d'un nouveau-né peut en effet aggraver une situation de logement déjà compliquée et obliger un déménagement alors vécu comme une source de stress supplémentaire. EN02 indique : *“Chez les personnes qui sont assez jeunes, qui vivent encore chez leurs parents, ou qui ont plus un risque d'être mis à la porte du jour au lendemain, qui n'ont pas encore de ressources financières, des gens qui ne travaillent pas”*. Mahieu-Caputo (2010 ; 86) indique que *“certaines femmes [...] voient souvent leur situation sociale se dégrader au fur et à mesure de leur grossesse, avec d'avantage de recours aux logements sociaux et une baisse des aides financières de l'entourage”*.

3.1.1.2.2 La difficulté d'insertion sociale : des causes multiples

La difficulté d'insertion sociale est également un autre aspect de cette vulnérabilité psychosociale. Cette dimension prend en compte le comportement en société de l'individu et sa faculté à utiliser les ressources de la vie en communauté.

Le « stress » et les « événements de vie » stressants, le type de la personnalité, la « capacité à faire face » ou encore le « support social », sont autant de concepts qui tentent d'expliquer les mécanismes par lesquels le psychosocial et le social peuvent influencer sur le biologique (Adam et Herzlich, 1994 ; 50).

Il arrive qu'un individu s'isole ou soit exclu du groupe social en présence de situations détaillées ci-dessous. L'individu se retrouve alors sans le soutien *“cognitif, normatif et affectif”* apporté par l'intégration sociale (Adam et Herzlich, 1994 ; 54). En effet, le soutien social est fondé sur l'entraide des individus d'une même collectivité *“afin de satisfaire leurs besoins fondamentaux”* (Savard, 2019). Les difficultés d'insertion sociale peuvent trouver leur origine dans les situations suivantes :

➤ **Les violences conjugales conduisent à des difficultés d'insertion sociale**

Ces difficultés dues aux violences conjugales ont été citées de façon fréquente dans les réponses des sages-femmes. Comme indique précisément EN02, les violences peuvent être physiques et/ou psychologiques : *“Violences conjugales que ce soit physiques, morales, harcèlement, pressions de la part du conjoint”*. Il est établi que la vulnérabilité psychosociale est attribuée à une privation de la liberté décidée par le conjoint ou la famille. Comme explique EN01 : *“On est complètement exclu de toute la sphère sociale parce qu'on a un conjoint qui nous prive de tout. On est sous la contrainte, sous emprise”*. Savard a précédemment écrit une revue dans laquelle elle conclut à une manipulation du conjoint pour garder l'emprise totale sur son épouse en formulant que *“l'isolement de la victime est une tactique fréquemment employée par les hommes violents. Il limite [...] le fait qu'une personne extérieure à la famille puisse être témoin des violences et permet aussi d'éviter à la victime de disposer du soutien nécessaire pour*

envisager son départ” (Savard, 2019 ; 144). Cet isolement prive la femme de tout soutien familial et médical et a une conséquence sur la prise en charge de la grossesse (détaillé dans la partie 3.2.1.2).

➤ **Le déracinement : une autre source de difficultés d’insertion sociale**

L’insertion sociale d’un individu dans une société donnée passe nécessairement par une bonne compréhension de celle-ci. Le déracinement met en situation de vulnérabilité toutes les femmes se retrouvant dans une culture différente. Il concerne les femmes ayant quitté leur pays d’origine pour faire des études, travailler ou en situation de mixité culturelle au sein des couples d’origine culturelle différente. Cette vulnérabilité ne touche donc pas uniquement des femmes réfugiées ou ayant un parcours d’immigration difficile. EN01 évoque en effet : *“L’intégration dans le pays, le suivi, l’accouchement, ça met la patiente en difficulté si ce n’est pas sa langue, sa culture”*.

En effet, la barrière de la langue est un facteur de difficulté d’insertion sociale lorsqu’elle est associée à un isolement ne permettant pas à la femme de comprendre ce qui lui a été dit. *“Les femmes ne disposent pas autour d’elles de tiers capables de traduire, interpréter ou d’évaluer ce qui leur a été dit ou ce qu’elles en ont retenu”* (Le mener, 2016 ; 26). Il est intéressant de noter que la barrière de la langue ne fait pas partie des facteurs de vulnérabilité énoncés par la HAS, ni de ceux retenus en prime abord par les sages-femmes. En revanche, si la personne n’est pas en mesure d’avoir une traduction, la barrière de la langue devient alors un facteur de vulnérabilité. Ainsi, ce déracinement est une réelle vulnérabilité dans la prise en charge et la continuité des soins pour ces femmes, du fait de la méconnaissance du système de soins. EN10 choisit volontairement 2 situations caricaturales soulignant l’importance du déracinement sous tous ces aspects : *“Il y a une différence entre la nana du 15^{ème}, avec un CDI, sa famille, qui a effectivement des troubles alimentaires qu’elle se traîne depuis ses 16 ans mais qui est bien. Et la nana complètement paumée sur le territoire français qui vient de débarquer, pas de logement, pas de sécurité sociale”*.

Herzlich (1988 ; 67) confirme la complexité des systèmes de soins de chaque pays et souligne que *“pour s’adresser à un spécialiste [...] acheter des médicaments [...] il faut comprendre le système de soins”*.

➤ **Le retrait sur soi : un comportement conduisant à des difficultés d’insertion sociale**

Les sages-femmes évoquent un retrait sur soi majoritairement lié aux addictions dû à la désinsertion sociale en lien avec la marginalisation quotidienne subie. Leur situation sociale ne leur permet pas toujours d’adhérer à un suivi régulier et conventionné, par crainte des implications juridiques quant à la garde de leur enfant. Il s’agit donc souvent de grossesses déclarées très tardivement, peu ou mal suivies (Simmat-Durand, 2002). Les professionnels évoquent majoritairement le tabac en mentionnant également la dépendance du conjoint ou de l’entourage pouvant entraîner des violences. *“J’essaye d’avoir des renseignements sur les consommations du conjoint en demandant si ça peut causer des violences dans le couple”* (EN01).

Des causes autres que l’addiction peuvent également conduire à un isolement de l’individu et des difficultés d’insertion sociale telles qu’un faible niveau d’études ou des troubles psychiatriques. Elles peuvent être isolées ou combinées. EN02 met en lumière ce cumul de difficultés : *“D’une situation qui est compliquée peuvent découler d’autres problématiques parce que c’est quelque chose qui est angoissant”*. La femme isolée peut alors être dans l’incapacité de mettre en place un suivi en ville sans l’accompagnement soutenu des professionnels. EN08 le résume bien en indiquant : *“Celles qui sont tellement noyées, tellement loin [...] on sait qu’elles ne vont pas mettre en place toute seule leur suivi”*.

La littérature confirme également qu’en santé périnatale, l’isolement de ces femmes conduit à un suivi de grossesse *“sous optimal”* avec un *“risque médical accru”* (Azria, 2015 ; 1079).

3.1.1.2.3 L'absence de soutien de l'entourage : un facteur de difficulté à l'insertion sociale

Il semble essentiel de différencier l'intégration de l'individu à la société dans laquelle il vit et le soutien social qu'il reçoit de son entourage proche. Adam et Herzlich (1994 ; 114) définissent ce dernier comme le *"noyau dur"* qui vient en aide aussi bien cognitivement, psychologiquement et matériellement à l'individu lorsqu'il rencontre une difficulté ou une situation de stress.

L'absence de soutien peut se retrouver dans toutes les situations de violences domestiques. *"Ce n'est pas seulement le conjoint. Il y a des cas où c'était soit la famille de la patiente, soit la belle-famille. [...] Il y a beaucoup de violences psychologiques, [...] où elles étaient rabaissées dans leur rôle de mère"* (EN05).

On retrouve également dans l'absence de soutien la notion de déracinement. *"Elle peut avoir des facteurs d'isolement, il faut voir un peu s'il y a de la famille autour en France, s'il y a éventuellement d'autres personnes de la même communauté avec qui elle pourra discuter"* (EN02). En effet, l'absence de famille sur le territoire ou d'autres membres de sa communauté rend la transmission de savoir-faire impossible pour la femme. Dans la littérature, l'absence de soutien est considérée comme un élément majorant les difficultés. Le Mener (2016 ; 26) indique ainsi qu'*"on constate alors qu'en absence de tiers plus expérimenté dans l'entourage la grossesse se complique considérablement"*.

Enfin, toutes les situations de rupture familiale, de monoparentalité ou de grossesses adolescentes entraînent une vulnérabilité psychosociale en l'absence de soutien. EN06 évoque la grossesse adolescente dans les termes suivants : *"On peut évoquer une maman très jeune [...] C'est un risque qu'elles quittent leur éducation, qu'elles se mettent en marge de la société et c'est un cercle vicieux"*. Wendland (2010 ; 171) a étudié l'ensemble des situations de monoparentalité et les conséquences sociales d'une grossesse adolescente telles que *"l'abandon scolaire, les difficultés de formation et d'insertion professionnelle, la rupture ou le conflit dans les liens familiaux et/ou conjugaux"*.

3.1.1.3 Les facteurs de vulnérabilité psychoaffective : un lien mère-enfant incomplet

La HAS (2005) définit une naissance à haut risque psychoaffectif comme résultante de *“l’annonce pré et postnatale d’une maladie, d’une malformation ou d’un handicap”*. Elle cible une situation inattendue propre au déroulement de la grossesse.

Lors des entretiens, la vulnérabilité psychoaffective est la notion la plus discutée. En effet, 4 sages-femmes utilisent le terme *“fourre-tout”* pour parler de *“Tout ce qui ne rentre pas avant [les 9 autres facteurs de vulnérabilité] mais qu’on veut quand même surveiller”* (EN03). A l’opposé, 5 d’entre elles ont pu définir cette notion avec des éléments spécifiques, certains ayant déjà été mentionnés dans les autres facteurs. Cette vulnérabilité est alors associée à des situations telles que des *“Grossesses difficiles, grosses malformations”* (EN07), à des difficultés pour la création d’un lien affectif ou à des événements passés de la vie de la femme risquant de ressurgir avec la grossesse. *“Toutes les femmes qui vont avoir vécu de la maltraitance parce qu’elles vont avoir un défaut de construction”* (EN04).

Le risque psychoaffectif tel que défini par la HAS semble devoir être élargi, compte tenu des propos des sages-femmes, en incluant tout événement spécifique (au niveau des parents, de la mère ou de l’enfant) impactant le lien mère-enfant et la construction de l’identité parentale. Cette définition élargie est confirmée par la littérature. Molénat (2016 ; 47) notamment indique que *“les facteurs de dysfonctionnement [...] peuvent relever de l’enfant (handicap, séparation précoce...) ou des parents (difficultés affectives actuelles ou anciennes, problèmes médicaux ou sociaux, événements traumatiques, perturbations de l’identité parentale...)”*.

D’autres auteurs soutiennent que cette vulnérabilité est principalement associée à la santé mentale de la mère et la dépression post-natale (Ibanez et al., 2018).

Ainsi, les éléments conduisant aux risques psychoaffectifs sont divers. Pour la clarté du mémoire, ils sont regroupés selon 4 axes : les situations issues du

parcours de vie de la mère, le mal-être psychologique de la femme, les situations propres à la grossesse et/ou à l'enfant et l'idéalisation de l'enfant à venir.

3.1.1.3.1 L'histoire personnelle de la mère

La construction de la parentalité peut être impactée par des relations familiales conflictuelles. EN02 le souligne que *“quelqu'un qui a eu des relations compliquées avec ses parents ou une enfance elle-même compliquée, c'est à prendre en compte pour la suite de la relation mère-enfant”*. En effet, la réminiscence des événements traumatiques (détaillé dans l'introduction) prend toute son importance et va mettre en doute leur capacité à comprendre leur enfant et à le protéger (Bréhat et Thévenot, 2019). La question *“d'être une bonne mère”* est ainsi présente avant et pendant toute la grossesse (Boulvain et Qayoom, 2011 ; 37).

Outre des antécédents relationnels, la femme peut également avoir eu des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) pouvant affecter la grossesse actuelle. Dans ses recommandations, la HAS n'évoque pas ces troubles comme des facteurs de vulnérabilité. Pourtant, ils sont omniprésents dans les entretiens et décrits comme un facteur de vulnérabilité majeur de la grossesse.

C'est sûr que c'est un facteur de vulnérabilité parce que ce sont des patientes qui sont dans le contrôle et la maîtrise, et au niveau de la grossesse, de l'accouchement et surtout des suites de couches et bien on ne maîtrise plus rien. Et donc on perd facilement pied et on a beaucoup plus de risques de dépressions du post-partum chez ce type de patientes (EN05).

Peolidis (2004 ; 28) évoque des risques d'automutilation liés à l'incapacité de voir son corps se modifier, rapportant les propos d'une femme qui avait *“des crises de violence sur son ventre et qu'elle le frappait”*. L'auteur interprète cet acte comme une réaction contre le fœtus alors responsable de la situation.

Le rapport à la nourriture de la mère pose aussi la question d'une vulnérabilité dans l'établissement du lien mère-enfant. EN02 souligne : *“Les modifications corporelles, la prise de poids, le fait qu'après tu vas devoir toi-même devoir nourrir une autre personne”*. Hubin-Gayte et al. (2008) relèvent l'apparition très précoce des TCA chez les enfants nés de mères non diagnostiquées.

3.1.1.3.2 Un “mal-être psychologique” pouvant entraîner une dépression

Sous l'appellation “mal-être psychologique”, je souhaite évoquer le risque de dépression post-natale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2004 ; 7), *“la santé mentale signifie la possibilité pour les individus et les groupes humains de développer leurs compétences et d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés”*. Cette définition peut être appliquée aux femmes enceintes dont la santé mentale affectée par une dépression post-natale les prive du développement des compétences pour atteindre l'objectif d'établir des bons liens mère-enfant. La HAS recommande de dépister le facteur de vulnérabilité intitulé *“épisode dépressif durant la grossesse”* (Annexe VI, encadré 4). Il est intéressant de noter que le premier point évoqué par les sages-femmes porte sur l'histoire personnelle de la femme. *“Par contre épisode dépressif ça c'est clairement les antécédents à risque, je dirais même plus que dépressif, antécédent psychiatrique, dépression, anorexie, boulimie, schizophrénie, tout ce qui est un antécédent psy...”* (EN07). La dépression de post-partum n'a été évoquée que dans 3 des entretiens alors que ce sujet est très présent dans la littérature. Gaugue-Finot et al. (2010 ; 442) décrivent *“la dépression maternelle post-natale comme une réelle pathologie de l'interaction entre une mère et son bébé”*.

Le risque d'avoir une dépression pré ou postnatale est très caractérisé si la femme présente au moins deux des trois éléments parmi l'anxiété, la succession d'évènements stressants ou du manque de soutien (Gaugue-Finot et al., 2010).

Les facteurs de vulnérabilité de la HAS *“stress”* et *“anxiété”* ont effectivement été évoqués au cours des entretiens mais les sages-femmes y sont passées très rapidement dessus sans les assimiler à une quelconque forme de dépression. Une d'entre elles a néanmoins évoqué les troubles du sommeil comme pouvant faire partie des facteurs de vulnérabilité entraînant une fatigue malade à risque de dépression. *“Quand on a des troubles du sommeil on est fatigué ça veut dire que ça influe sur le moral [...] on va arriver vers des idées noires, des dépressions”* (EN04). Des études confirment qu'un état dépressif pendant la grossesse favorisent la dépression du post-partum (Gaugue-Finot et al., 2010).

3.1.1.3.3 Des situations propres à la grossesse et à l'enfant

Ce paragraphe traite des antécédents obstétricaux mal vécus, des grossesses compliquées, de l'annonce de malformations, d'accouchements difficiles et des naissances prématurées ou gémellaires.

Les antécédents obstétricaux mal vécus sont définis par la HAS (2005) comme *“une précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse”*.

Les sages-femmes interrogées sont unanimes sur la définition de ce facteur. Les antécédents obstétricaux mal vécus ne se limitent pas uniquement à l'épisode de l'accouchement mais s'étendent sur l'ensemble de la prise en charge de la grossesse intégrant les consultations prénatales et les suites de couches. EN02 indique : *“Pour moi l'antécédent obstétrical mal vécu c'est une partie de l'accouchement, du travail, du pré-travail, du séjour qui s'est mal passée”*. De même, les fausses couches spontanées (FCS) et les interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont des événements très souvent mal vécus parce que banalisés par les professionnels de l'époque. *“Ce n'est pas uniquement sur une naissance, un accouchement”* (EN01).

Les grossesses pathologiques avec de nombreuses hospitalisations sont également considérées comme un facteur de vulnérabilité psychoaffective. A la question sur cette vulnérabilité, EN05 précise : *“Les prématurés, les jumeaux et les grossesses difficiles avec des pathologies, des malformations ou encore de nombreuses hospitalisations ou des traumatismes obstétricaux”*.

La littérature confirme les propos des sages-femmes en considérant le vécu des femmes comme facteurs majeurs de vulnérabilité périnatale. En effet, par le biais d'études sur les facteurs de risque de la prématurité, l'impact *“de la crainte liée à des antécédents obstétricaux défavorables”* a été démontré comme un facteur à prendre en compte dans les complications obstétricales de la grossesse actuelle. (Boulvain et Qayoom, 2011 ; Clutier-Seguin et al., 2012).

3.1.1.3.4 L'idéalisation de l'enfant

Ce paragraphe traite des troubles addictifs et de la Procréation Médicale Assistée (PMA) pour cette problématique.

Concernant les addictions, EN01 mentionne : *“Sur le lien mère-enfant : si une patiente est instable ou a un terrain addictif [...], ce terrain psychoaffectif peut-être compliqué”*. Le profil psychique de ces femmes reste instable et elles peuvent décompenser très rapidement. Or, l'enfant est souvent idéalisé et représente l'opportunité d'une nouvelle vie. Pour autant, la mère, sous emprise de stupéfiants, malgré toute l'attention portée au bébé, peut être empêchée de s'en occuper correctement. La difficulté de mettre en place un lien mère-enfant est confirmée par la littérature, dans le contexte d'une situation sociale fragile (Roy et al., 2011 ; Simmat-Durand, 2009).

Concernant la PMA, les femmes suivent un parcours rempli de contraintes administratives, médicales et d'interrogations sur l'enfant à venir. Tous les risques d'échecs sont autant de facteurs aboutissant à une vulnérabilité psychoaffective.

Déjà, rien que quand il y a marqué PMA sur le dossier, on sait effectivement que ces patientes sont à risque de dépression du post-partum. La grossesse idéalisée qui ne s'est pas passée comme prévu, l'accouchement idéalisé qui ne s'est pas passé comme prévu, le bébé tant attendu qui ne va pas correspondre à l'enfant idéalisé (EN05).

L'ensemble des situations évoquées dans ce paragraphe intitulé “Idéalisation de l'enfant” donne à ce futur enfant une place particulière avec le risque qu'il ne soit perçu qu'à travers le statut qu'il donne à sa mère. En effet, *“bien souvent, l'enfant conçu leur permet à la fois d'accéder à un statut de « personne digne » et à une assistance socio-éducative”* (Wendland, 2010 ; 173).

3.1.2 Vignette clinique : l'interprétation des sages-femmes vis-à-vis des facteurs de la HAS

Au travers des entretiens et de la littérature, il est évident que l'évaluation d'une grossesse vulnérable ne peut se faire qu'au cas par cas. En effet, toutes les situations sont imbriquées entre elles et chaque situation de vulnérabilité est un facteur de risque d'une autre vulnérabilité. Les ressources individuelles de chaque femme influent sur l'impact de la présence d'un facteur de vulnérabilité. *“Après on*

est bien d'accord qu'il peut y avoir plusieurs facteurs ça c'est sûr qui se cumulent. C'est même souvent le cas. A partir d'un facteur de vulnérabilité, tu dois chercher tous les autres qui peuvent en découler" (EN03).

La vignette clinique (Annexe I) a été élaborée afin de présenter toute la diversité et la subtilité des facteurs de vulnérabilité. Face à la même situation, les sages-femmes se questionnent différemment sur les facteurs de vulnérabilité. Toutefois, elles se sont focalisées sur la barrière de la langue et la traduction par le mari. Les interrogations qui en découlent tournent autour de la relation avec le mari : Confiance ? Dépendance ? Soumission ?

Plusieurs sages-femmes mentionnent l'importance d'être vigilantes sur la possibilité d'un mariage forcé ou arrangé, face à l'attitude d'une femme qui ne communique que par l'intermédiaire de son mari. *"Quand tu as une grande différence d'âge avec une arrivée très récente en France tu fais attention à un mariage arrangé"* (EN03). Les professionnels ne peuvent pas avoir de certitude sur la traduction correcte de leurs propos. *"Je pense que je vais être vigilante sur l'impression que me donne le couple. Est-ce qu'il est dans la rétention d'information, est-ce qu'il traduit vraiment, est-ce qu'il est bienveillant, est-ce qu'elle a l'air en confiance ?"* (EN01).

L'arrivée très récente en France évoque chez les professionnels une immigration qui interroge sur l'absence de famille sur le territoire français ou d'autres contacts de la même communauté. Cela peut révéler une situation d'isolement social par déracinement mais également une intégration difficile dans un pays culturellement différent. EN05 suppose aussi un isolement par l'absence *"de famille sur le pays"*.

Le faible niveau d'études, l'absence de travail et de logement personnel supposés au regard de l'énoncé de la situation évoquent pour les professionnels une situation de précarité : *"J'imagine que si elle était couturière c'est qu'elle n'a pas fait beaucoup d'études forcément"* (EN03), *"Qui n'a pas de travail, qui n'a pas de chez-elle"* (EN05).

Il est intéressant de noter que cette vignette clinique a permis de relever 2 autres facteurs de vulnérabilité : l'âge et la primiparité. Ces derniers ne sont pas détaillés par la HAS. En effet, être primipare à un âge "extrême" apparaît pour les

professionnels être un facteur de vulnérabilité (détaillé dans la partie 3.2.1.10). *“L’âge maternel pour moi c’est un facteur de risque surtout l’âge élevé, ce sont des grossesses qui sont plus compliquées sur le plan psychique ou alors au contraire un âge vraiment jeune, des grossesses très précoces”* (EN02).

Les entretiens ont été réalisés en énonçant les 10 facteurs de vulnérabilités édités par la HAS. Les 10 sages-femmes adhèrent à la terminologie de la HAS et associent des définitions relativement proches y compris en prenant en compte le fait d’une activité dans deux maternités différentes. Certains ajustements semblent toutefois nécessaires. En particulier, les facteurs de stress, d’anxiété et les troubles du sommeil définis comme facteurs de vulnérabilité par la HAS ne sont pas considérés comme tels par les sages-femmes mais plutôt comme des signes d’appel à ne pas négliger. Il ressort aussi que les sages-femmes identifient des facteurs de vulnérabilité non listés par la HAS. Il en est ainsi des TCA, de l’âge, de la primiparité, de la PMA considérés comme des facteurs de vulnérabilité majeurs. Nous avons identifié les facteurs de vulnérabilité et il convient maintenant d’en comprendre le dépistage et la prise en charge.

3.2 Le dépistage et la prise en charge des grossesses vulnérables

Pour traiter du dépistage et de la prise en charge des facteurs de vulnérabilité, j’ai choisi de les présenter individuellement, tenant compte à la fois de l’ordre donné par la HAS et des ajustements faits par les sages-femmes lors des entretiens. Pour chaque facteur, je détaille le dépistage et précise la prise en charge ainsi que les freins impactant la pratique quotidienne des sages-femmes.

3.2.1 Les facteurs de la HAS : des vulnérabilités plus ou moins faciles à dépister et à prendre en charge

3.2.1.1 Les antécédents obstétricaux mal vécus

C'est l'un des facteurs de vulnérabilité le plus unanimement et facilement dépisté. *“C'est quelque chose que l'on doit repérer assez facilement lorsque qu'on pose la question à l'ouverture de dossier”* (EN02). En utilisant le verbe *“devoir”*, EN02 exprime bien la vision générale des sages-femmes qui considèrent le dépistage d'événements antérieurs indispensable au bon suivi de la grossesse actuelle. Cette notion est confirmée par la littérature dont Clutier-Seguin et al. (2012 ; 91) qui insistent sur le fait qu'il *“est important de ne pas isoler la grossesse actuelle mais de la relier aux autres”*. Parallèlement, certaines sages-femmes expliquent ne pas avoir besoin de le dépister puisque les femmes en parlent très ouvertement et spontanément. *“C'est quelque chose qu'on n'a pas besoin de dépister puisque la patiente va nous en parler spontanément”* (EN05). Cependant, une sage-femme relève qu'elle ne formule certainement pas la question de façon suffisamment ciblée pour obtenir la réponse attendue : *“C'est vrai je ne leur pose pas franchement la question «Quel vécu avez-vous de votre accouchement ?» je leur demande «Comment cela s'est passé ?» Et du coup [...] elles vont raconter mais finalement je me rends compte que je n'aurai pas forcément la réponse sur la façon dont elles l'ont vécu”* (EN04). Par ailleurs, au cours de ce dépistage, la sage-femme cherche à connaître l'ensemble des antécédents obstétricaux. Elle sera ainsi vigilante à poser la question sur toutes les grossesses y compris les IVG et les FCS, parfois les plus mal vécues. *“Et quand on parle de mauvais vécu obstétrical, ne pas oublier de parler aussi des fausses couches et avortements”* (EN01). Pour 2 sages-femmes, certains comportements comme une patiente très exigeante sur un projet de naissance ou une demande de césarienne les amènent à approfondir la question des antécédents obstétricaux.

Pour la prise en charge de cette vulnérabilité, les sages-femmes considèrent qu'elles sont en première ligne pour agir auprès de la femme. Elles vont ainsi

revenir sur les évènements antérieurs, discuter, expliquer et les noter dans le dossier. Parfois, leur intervention suffit à rassurer la femme. *“En consultation je vais débriefer de cet accouchement, du mauvais vécu pour comprendre un petit peu ce qu’il en est, peut-être pouvoir expliquer des choses, s’il y a besoin de l’apaiser ou si elle a des questions”* (EN01). Mais, au cours de ces débriefing, la sage-femme peut ressentir que la situation a trop d’impact sur la grossesse nécessitant ainsi une aide psychologique. Elle est alors au premier rang pour orienter la femme vers les psychologues. *“D’autres ont besoin de plus, moi je ne suis qu’au premier niveau. [...] Mais il y a des patientes où on sent que le traumatisme est tel qu’il va y avoir besoin de plus et d’un suivi psychologique plus important, oui !”* (EN05).

Dans son article, Faure (2012 ; 114) illustre la répercussion que peut avoir un antécédent obstétrical mal vécu sur les couples qui peut *“aller jusqu’à l’abandon de leur projet d’enfant par peur d’une répétition traumatique”*.

3.2.1.2 Violences domestiques : un dépistage encore délicat

Le dépistage des violences domestiques reste encore très difficile pour les 10 sages-femmes même si elles notent une réelle augmentation depuis 5 ans. Elles l’expliquent en partie par la médiatisation et la libération de la parole des femmes. Certaines sont même surprises de la sincérité des réponses. *“Je pense que médiatiquement, ce sont des choses qui ressortent. [...] C’est vrai que c’est étonnant leur manière de répondre parce que c’est sincère”* (EN03). D’autres se questionnent sur une possible augmentation de la violence domestique ces dernières années pouvant expliquer le nombre croissant de dépistage. *“En fait je ne sais pas s’il y en a plus ou si c’est parce qu’on le dépiste mieux et qu’on en parle plus”* (EN04).

Pour dépister, les sages-femmes ne procèdent pas toutes de la même façon. Sept interrogent systématiquement en posant la question : *“Avez-vous déjà subi des violences physiques ou morales au cours de votre vie ?”*. Cinq d’entre elles la pose directement, 2 autres préfèrent l’introduire en commençant par demander

“Avez-vous déjà eu l’occasion d’aller voir un psychiatre ou un psychologue ?”. EN04 précise : *“En fonction de la réponse on pose la question”*. Une 8^{ème} ne pose la question des violences qu’en présence de la femme seule. *“Quand elles sont avec le conjoint, [...] il faut que je trouve une excuse pour faire sortir le conjoint”* (EN05). Les 2 dernières considèrent que la question est toujours posée à l’ouverture de dossier et ne la reposent pas. *“Ce n’est pas la question que je pose systématiquement parce que je sais que ça a été fait en consultation”* (EN07). Bréhat et Thévenot (2019 ; 140) confirment pourtant la nécessité de poser la question et rapportent que des études *“montrent que seulement 25 % des femmes victimes de violences conjugales en parleraient spontanément à leurs médecins”*. Quelle que soit la situation, l’ensemble des sages-femmes y compris celles qui ne reposent jamais la question interroge sur signes d’appels. Ils correspondent à des situations pour lesquelles le comportement et les réponses de la femme les interpellent. Ainsi, les sages-femmes sont vigilantes à la réponse donnée. *“Selon leur réponse, s’il y a une petite hésitation, une petite pause ou si ce n’est pas spontanément comme d’habitude”* (EN07). Elles sont également attentives à l’attitude des femmes qui, en présence de leur mari, peut révéler une forme d’emprise ou de soumission. *“Une femme qui sursaute à chaque fois que son mari parle”* (EN07), *“qui viennent systématiquement accompagnées par leur conjoint”* (EN05). Enfin, le fait pour une femme de se rendre très souvent aux urgences doit être à considérer comme un signe d’appel. *“Une femme que tu vois très souvent...ça doit te mettre la puce à l’oreille”* (EN04).

Le dépistage des violences rencontre de nombreux freins. Premièrement, la présence d’une tierce personne et plus particulièrement du mari est le frein principal mis en avant. *“Après je ne suis pas sûre que la réponse soit forcément sincère quand la personne est là mais bon en tout cas je pose la question”* (EN03). Les sages-femmes inventent alors des ruses pour se retrouver seules avec les femmes. *“J’envoie les dames aux toilettes [...] et je les rejoins après pour leur demander ce qui se passe. Et ça du coup les maris ne le voient pas”* (EN06). D’ailleurs, lors des entretiens, les sages-femmes ont évoqué que l’absence du conjoint en consultation liée aux “gestes barrières” COVID a permis de mettre en

lumière une véritable différence de comportement des femmes. *“Elles sont seules et c’est vrai qu’on se rend compte qu’elles parlent plus facilement”* (EN04).

Deuxièmement, le silence des femmes est aussi un frein à ce dépistage. *“Je trouve que c’est plus compliqué de réussir à les faire parler”* (EN05). Ce silence est parfois lié à un manque de connaissances des femmes sur leurs droits. EN02 en parle ainsi : *“Parfois il y en a qui ne savent pas trop ce qu’elles ont comme droit”*. Il arrive également que les femmes ne considèrent pas ce qu’elles ont vécu comme de la violence domestique ou qu’elles occultent ces violences par peur ou honte. *“Il y en a qui assument et d’autres qui ne vont pas oser dire”* (EN04). Enfin, certaines femmes ne vont pas évoquer les violences subies considérant que les sages-femmes ne pourront rien pour leur situation. *“Souvent, [...] la situation à la maison est compliquée mais que ça aurait trop de conséquences et [...] ont l’impression qu’on ne peut pas intervenir dessus”* (EN02). La littérature est en accord avec l’observation des sages-femmes (Savard, 2019).

Un troisième frein est l’absence de relation de confiance envers la sage-femme. Les mots et expressions *“livrer”, “confiance”, “vont finir par le dire”* des sages-femmes soulignent leur persévérance pour établir un climat de confiance nécessaire. *“Je trouve qu’il faut les revoir plusieurs fois pour qu’elles se livrent. Ce n’est pas la première fois qu’on va réussir à les faire se livrer”* (EN05). Il arrive que ce frein soit levé par un effet de surprise. EN02 illustre que les femmes *“ne s’y attendaient pas et du coup elles le disent”*.

Enfin, un dernier frein est lié à la formation essentiellement médicale des sages-femmes. Par manque d’expérience, lorsque la femme va se livrer, elles vont se trouver en difficulté pour questionner répondre et dépister sereinement cette vulnérabilité. Ce frein peut être levé par une approche pluridisciplinaire (détaillé dans la partie 3.2.2.1.1).

S’agissant de la prise en charge, les sages-femmes considèrent qu’elle doit être globale et inclure les compétences des assistantes sociales, des psychologues et de la PMI pour encadrer le retour à la maison.

3.2.1.3 Le stress : un dépistage lié aux évènements de la vie quotidienne

Par définition, *“le stress est une réponse physiologique qui est déclenchée par l’organisme lorsqu’il fait face à un état de perturbation, que ce soit un danger réel ou une menace physique ou psychologique”* (Clinique Psychologie Québec, 2019). Les sages-femmes semblent avoir une notion du stress assez proche de cette définition. Le stress est facilement repérable par le comportement des femmes en consultation. *“Il y a des gens, juste ils sont rentrés dans la pièce et l’ambiance montre ce qu’elle est”* (EN06). Pour les 10 sages-femmes interrogées, le stress s’apparente à un état proche du “burn-out”. Elles l’associent aux conditions de travail, de transport en commun ou à la gestion du quotidien à la maison ; sujets sur lesquels les femmes verbalisent aisément. *“Elles en parlent beaucoup plus facilement”* (EN03). Toutes les sages-femmes s’accordent pour dire que c’est la cause du stress qu’il faut dépister. Ainsi, 3 sages-femmes ne posent pas de question directe sur le stress et évoquent d’emblée sa cause principale, le travail. EN03 poursuit ses propos en disant : *“Je leur demande «Est-ce que l’annonce de votre grossesse à votre employeur s’est bien passée ?» et après au détour des consultations : «Est-ce que vous travaillez encore?»”*. Il est intéressant de voir que le confinement lié à la période COVID a, indirectement, diminué le stress chez les femmes travaillant à distance, se trouvant sans contrainte de transport ni problème relationnel professionnel et demandant même à reculer la prise du congé maternité. *“En ce moment, le télétravail aide beaucoup. On a beaucoup plus de dames qui travaillent tardivement et qui sont bien en bossant”* (EN06).

Les sages-femmes considèrent que la prise en charge du stress lié aux conditions de travail est simple et qu’il suffit de faire un arrêt de travail pour le solutionner. EN01 précise ainsi : *“Stress égal réponse rapide et efficace”*.

3.2.1.4 L'anxiété : à la recherche d'une peur

Par définition l'anxiété est différente du stress. D'après le VIDAL (2019) : *“L'anxiété se manifeste par un sentiment diffus d'inquiétude qui a des répercussions négatives sur le quotidien. La personne anxieuse [...] craint toujours l'arrivée d'une catastrophe, même lorsque les choses vont bien”*. L'anxiété est alors définie *“comme une peur sans objet”* (Widlöcher, 2000 ; 1) Les sages-femmes, de prime abord, semblent considérer qu'il s'agit de la même chose que le stress et ont souhaité traiter les deux en même temps. Cependant, des difficultés de dépistage et de prise en charge de l'anxiété sont très rapidement évoquées. Elles indiquent toutes finalement que son dépistage nécessite plus d'investigations pour la différencier du stress physiologique résultant de la grossesse. *“L'anxiété, c'est plus profond, parfois plus caché. Il faut creuser un petit peu plus et là encore, il y en a certaines où je me dis que ce n'est pas moi qui vais réussir à trouver exactement la source de l'anxiété”* (EN05). Pourtant, la question de l'anxiété n'est pas systématiquement posée en consultation. Comme l'indique EN07 : *“Non, sauf si la dame en parle. Mais on ne va pas lui poser de questions”*. Le dépistage est d'autant plus difficile que les patientes auraient tendance à se renfermer et très peu s'exprimer sur leurs sources d'anxiété actuelle. Ainsi le dépistage est surtout fondé sur un ressenti de la sage-femme au travers de signes d'appel révélés par l'attitude de la femme. Les sages-femmes s'accordent pour décrire des comportements extrêmes *“soit du mutisme, soit de la logorrhée [...] qui ne tiennent pas en place sur leur chaise ou bien on sent qu'elles sont dans la réserve ou la méfiance, qui ont cent mille questions”* (EN05). Cette description de la femme anxieuse est complétée par EN02 indiquant que souvent ces questions sont répétitives malgré ses efforts de réassurance. *“Il y en a pour qui ce sera un puits sans fond où on a beau répondre à toutes leurs questions, il y aura toujours des angoisses ou des questions qui ne s'arrêtent pas”* (EN02). De même, les femmes répètent de façon continue le mot “peur” sans toutefois l'attribuer à une situation en particulier. *“J'ai peur d'avoir mal, j'ai peur... j'ai peur, j'ai peur. Ça fait des petits signes d'appel quand on te répète plusieurs fois j'ai peur”* (EN03). Devant ce type de patientes n'exprimant pas

spontanément leur crainte 2 sages-femmes mettent en place une stratégie en abordant le thème de la PNP : *“Tant qu’elles ne m’ont pas dit qu’elles se sont inscrites aux séances de PNP, [...] je leur pose systématiquement la question et si elles ne l’ont pas fait, je leur explique que ça permet de discuter sur d’éventuelles angoisses sur leur accouchement”* (EN04).

EN02, quant à elle, va s’attacher également à rechercher dans l’anamnèse *“celles qui ont déjà eu un suivi psychologique”*. Elle identifie ainsi dans le dossier des signes d’un état de stress persistant lui permettant de conforter son ressenti sur la femme.

Une fois l’anxiété dépistée, la prise en charge peut intervenir en deux temps.

Les sages-femmes vont d’abord essayer de résoudre par elles-mêmes les problématiques anxiogènes. Certaines utilisent le cadre de l’EPP qui permet d’instaurer un dialogue. *“L’EPP, on va réussir à faire baisser le niveau d’anxiété”* (EN05). Pour d’autres, la solution peut passer par une augmentation des examens. *“On peut lui proposer des échographies plus proches pour la rassurer le temps qu’elle sente son bébé bouger. [...] Ce n’est pas en 5 minutes qu’on va résoudre le problème, mais au moins les guider vers les bonnes choses”* (EN06). Toutefois, d’autres situations vont nécessiter une prise en charge à plus long terme faisant intervenir d’autres acteurs. Comme l’explique EN01 : *“Je vais proposer la psychologue, la relaxation avec sa sage-femme libérale, de l’hypnose, de l’acupuncture, voilà des choses pour l’entourer pour qu’elle soit plus à l’aise”*. Les sages-femmes essayent ainsi de créer un cocon de bien-être.

3.2.1.5 Troubles du sommeil : comment dépister les situations pathologiques ?

Les sages-femmes considèrent à l’unanimité qu’il s’agit d’un dépistage très compliqué. En effet, distinguer les troubles du sommeil relevant d’un inconfort physique ou hormonal dû à la grossesse de ceux causés par un environnement stressant nécessite de la part du professionnel un approfondissement des questions. *“Je pense que le trouble du sommeil, il faut creuser un petit peu pour savoir”* (EN01).

Une seule sage-femme pose systématiquement la question et 8 autres ne la posent que si la femme évoque des troubles du sommeil de façon spontanée ou si son comportement témoigne d'une extrême fatigue (faible tension, perte de mémoire, visage marqué). EN06 donne un exemple de sa pratique : *“Ça m'est déjà arrivé que des dames s'endorment à l'échographie. Donc là c'est poser plus de questions pour savoir”*. La dernière sage-femme, quant à elle, considère que le trouble du sommeil a déjà été évoqué au cours des questions posées précédemment. *“Ça n'a pas d'intérêt ! Je pense qu'on pose déjà la question à travers d'autres”* (EN07).

Il en ressort ainsi une banalisation des troubles du sommeil freinant son dépistage. EN03 les considère comme des maux classiques rencontrés par les femmes enceintes aux 1^{er} et 3^{ème} trimestres : *“C'est vrai que mal dormir pendant une grossesse c'est quand même un peu leur quotidien”*. Ceci est confirmé par la littérature qui considère que 90% des grossesses sont accompagnées de troubles du sommeil. La difficulté du dépistage consiste donc à faire ressortir des éléments les différenciant de ces troubles habituels (Caron, 2019 ; Paulovic, 2016). Cette difficulté est résumée par EN05 : *“C'est hyper compliqué ! Il faut réussir à dépister en quoi son trouble du sommeil peut être pathologique”* (détaillé dans la partie 3.1.1.3.2).

La prise en charge des troubles du sommeil pose question aux sages-femmes. Certaines n'en proposeront aucune si le trouble n'est pas accompagné d'éléments médicaux objectifs dans le dossier. D'autres, malgré un dépistage, ont des difficultés pour le prendre en charge. EN02 explique : *“Je trouve qu'on est un peu frileux à prescrire des médicaments pour le sommeil pendant la grossesse”*. La prise en charge va donc s'orienter vers des médecines alternatives (acupuncture, sophrologie, yoga...).

Sans plainte des femmes, les sages-femmes ne posent donc pas la question des troubles du sommeil retardant ainsi une prise en charge qui aurait nécessité l'intervention d'un psychologue. *“Je pense qu'on ne le dépiste pas assez rapidement parce que c'est souvent banalisé. Ou alors quand elles en parlent c'est que ça ne va pas du tout et qu'il y a déjà les conséquences”* (EN02).

Des 10 entretiens, nous retenons que le dépistage des troubles du sommeil n'est pas traité avec l'importance qu'il faudrait. Sur la base d'un travail mené dans 8 maternités et sur 61 sages-femmes, Paulovic (2016 ; 49) confirme la nécessité de tenir compte des troubles du sommeil au cours de la grossesse. *“Il est donc important que les professionnels questionnent la femme enceinte et ne négligent pas ses plaintes pour les prendre en charge dans les meilleures conditions possibles [...] Il faut se défaire du préjugé que les troubles du sommeil sont inhérents à la grossesse”*.

3.2.1.6 Episode dépressif : le passé plus facile à questionner que le présent

Le dépistage est réalisé à l'ouverture du dossier sous la forme de 2 questions : *“Avez-vous déjà été hospitalisée et pourquoi ?”* et *“Avez-vous déjà consulté un psychologue ou psychiatre ?”*. En formulant les questions au passé composé, les sages-femmes orientent la réponse des femmes sur des épisodes antérieurs dont les antécédents psychologiques. Les sages-femmes s'accordent pour mettre en avant la facilité avec laquelle les femmes se confient sur ces épisodes. Pourtant, comme le dit EN05, un dépistage approfondi nécessiterait de poser des questions plus précises : *“C'est à nous de poser la question et d'avoir la réponse. Il y a une liste importante de questions si on veut vraiment bien dépister”*. Quatre sages-femmes font alors le choix de dépister également les TCA en insérant les termes *“anorexie”* et *“boulimie”* dans leurs questions. *“C'est quelque chose qu'il faut absolument qu'on dépiste”* (EN05). Ce facteur de vulnérabilité ajouté par toutes les sages-femmes à ceux de la liste de la HAS n'est toutefois pas dépisté systématiquement. Certaines sages-femmes sont également vigilantes sur l'utilisation de psychotropes et questionnent spécifiquement sur la prise de traitements antidépresseurs ou sur une automédication.

Toutefois, plusieurs freins au dépistage des épisodes dépressifs sont relevés. Le premier est lié au fait qu'au sein de la maternité A, les professionnels ne posent pas réellement la question de la dépression essayant d'obtenir des éléments en interrogeant indirectement sur le suivi psychologique. Ce n'est pas le cas de la

maternité B où le questionnaire mentionne : *“Avez-vous déjà eu une dépression et/ou un traitement?”*. Le second frein peut s’expliquer par l’ignorance des femmes vis-à-vis d’une situation antérieure de dépression qu’elles auraient pu vivre. EN02 rapporte que des femmes ne sont pas *“conscientes qu’à certains moments elles allaient très mal et que c’était un épisode dépressif non identifié”*.

La prise en charge se déroule suivant un protocole bien établi commun aux 2 maternités. En fin de consultation, la femme est informée à titre de prévention du risque de rechute et de la présence de psychologues dans l’établissement. Une proposition de rendez-vous est formulée. En parallèle, la sage-femme transmet le dossier au “staff psy” pour une prise en charge transversale (détaillé dans la partie 3.2.3.2.2).

Alors que les épisodes dépressifs anciens semblent bien interrogés, les épisodes dépressifs actuels apparaissent beaucoup plus compliqués à être dépistés. Si les sages-femmes savent reconnaître des comportements qui peuvent s’apparenter à une attitude dépressive (*“regard fuyant”, “hésitation”, “recroquevillée sur elle-même”, “tête baissée”, “parlent peu”, “tout changement d’attitude”*), elles n’interrogent pas pour autant directement la femme.

Plusieurs freins viennent compliquer ce dépistage. Tout d’abord, les sages-femmes ne semblent pas être à l’aise pour interroger la femme à ce sujet. EN02 explique ainsi : *“En tant que sage-femme, je pense que c’est une question qui n’est pas souvent posée. C’est un sujet qui reste encore tabou dont on ne va pas forcément parler en société”*. EN05 rend compte de l’attitude fermée des femmes vis-à-vis de ce sujet. *“C’est souvent compliqué parce que les femmes n’ont pas envie d’en parler. En tout cas, pour ce qui concerne l’anorexie, elles passent très vite dessus”*. De même, Tissier (2011 ; 112) relève que certains parents se cachent la vérité et *“qu’il n’est pas facile de se dire déprimé quand on devient parent, événement qui devrait être, dans notre culture, ô combien joyeux pour toutes les femmes”*.

Les sages-femmes s’appuient donc sur la connaissance d’antécédents psychologiques et leur ressenti face à la patiente pour suspecter un épisode

dépressif. Deux sages-femmes évoquent la nécessité de connaître sa patiente sur le long terme pour pouvoir juger de son comportement habituel et ensuite détecter des signes de mal-être. *“Chez une patiente qui ne le verbalise pas, c’est surtout quand tu vas la voir plusieurs fois et que tu vois qu’au fur et à mesure, elle va mal, elle parle moins [...], tu vas te dire qu’il y a peut-être quelque chose à ce niveau là”* (EN04). Elles peuvent donc se faire un avis sur la fragilité potentielle de leurs patientes et ainsi se sentir légitimes à aller un peu plus loin dans leurs investigations.

L’absence de verbalisation des femmes ne permet pas de confirmer le ressenti des sages-femmes qui restent alors incertaines de l’efficacité de leur dépistage. EN02 l’indique ainsi : *“Moi je ne me sens pas légitime de dire « Pour moi aujourd’hui, elle a un épisode dépressif »”*.

La complexité de dépistage est confirmée par Gaugue-Finot et al. (2010 ; 442) qui soulignent la ressemblance des symptômes pour différentes pathologies créant ainsi une confusion. *“La dépression prénatale est parfois difficile à identifier par [...] les sages-femmes en charge du suivi de la grossesse, de par la ressemblance entre certains symptômes de la dépression et les maux classiques de la grossesse, et de ce fait pourrait être souvent sous-estimée”*.

Le dépistage difficile rend la prise en charge délicate. La femme va alors être orientée vers un EPP permettant un approfondissement via un autre professionnel.

3.2.1.7 Dépendance et/ou addiction : une question parfois difficile à poser

Les sages-femmes ont distingué le tabac des autres addictions (alcool, drogues) : *“Je pense qu’il y a un sous-dépistage surtout sur alcool, cannabis et que le dépistage pour le tabac est plutôt bon”* (EN01).

Les sages-femmes dépistent le tabagisme en demandent simplement lors de la première consultation : *“Est-ce que vous fumez ?”* (EN05). Le tabagisme passif est, quant à lui, peu dépisté. Comme l’explique EN01 : *“Le vrai problème c’est qu’on pose la question à la patiente mais on ne la pose pas au mari”* (EN01).

S'agissant des drogues et de l'alcool, il est encore difficile pour les sages-femmes de les dépister. Plusieurs freins peuvent l'expliquer. Le premier est lié au fait que, pour les sages-femmes, certaines populations ne sont pas concernées conduisant à une sous-estimation du risque. *“On est dans une population favorisée donc il n'y a pas de ça chez nous”* (EN01). Un deuxième frein peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes ont des difficultés à différencier l'alcoolisme de l'alcool mondain. EN05 exprime sa difficulté dans les termes suivants :

Je parle alcoolisme mondain parce que dans ce coin là c'est plus ce qui existe, mais j'avoue sincèrement ne pas savoir le dépister à par demander «qu'est ce que vous buvez au repas ?» Si la patiente me répond «Je bois du vin à chaque fois », j'insiste effectivement sur les dangers de l'alcool, mais sinon je ne sais pas trop comment l'amener. Je pourrai peut-être dire «Combien de verres d'alcool buvez-vous par semaine ?», peut-être une question comme ça...”

La difficulté de dépistage se retrouve également citée par la littérature. *“La plupart des médecins se disent en difficulté pour dépister l'alcoolisation des femmes enceintes”* (Fline-Barthes et al., 2014 ; 439). Un dernier frein est lié à la crainte des sages-femmes de ne pas pouvoir proposer une prise en charge adaptée en cas d'une réponse positive à l'addiction. Pour minimiser leur crainte, elles utilisent des questions fermées limitant ainsi la réponse. EN01 explique : *“Si on pose des questions fermées. «Vous ne buvez pas ? Vous ne fumez pas ?» Forcément on n'aura pas de réponse”*. EN03 l'exprime aussi : *“En fait au départ, on ne posait pas trop les questions. Je pense que quelque part on avait un peu peur des réponses parce qu'on n'avait pas forcément les outils derrière”*. Ce frein tend à être éliminé par l'amélioration de la prise en charge des femmes par des professionnels expérimentés et par le fait qu'elles semblent moins hésiter à répondre sincèrement à la question. *“Il y a dix ans les gens n'auraient jamais dit qu'ils prenaient de la drogue alors que maintenant quand on leur pose la question, direct ils vous répondent”* (EN06).

Dans les entretiens, 3 sages-femmes ont également alerté sur une dépendance aux médicaments de plus en plus fréquente chez certaines femmes notamment lors de troubles de sommeil (prise quotidienne de Lexomil® ou Donormyl®).

Concernant la prise en charge de tous les types d'addiction, les sages-femmes s'accordent sur la priorité de remettre la grossesse au premier plan et d'avoir une démarche de prévention pour ne pas culpabiliser ces femmes. La littérature confirme que la condition *sine qua non* à l'ouverture du dialogue est la considération de la femme en tant que mère (Simmat-Durand, 2002 ; Roy et al., 2011). En cas de consommation soutenue, la femme est orientée vers une consultation d'addictologie.

Pour autant, les femmes ne vont pas toujours adhérer à la prise en charge proposée. En effet, elles ont tendance à culpabiliser et craindre qu'on leur retire la garde de leur enfant. *“Ce n'est pas forcément évident parce que c'est souvent un peu culpabilisant pour elles. Assez souvent elles s'en veulent un peu de continuer à consommer du tabac ou du cannabis”* (EN02).

Lors de la prise en charge, il est enfin essentiel d'explorer l'ensemble du contexte social (détaillé dans la partie 3.2.1.9) et, en fonction, mettre en place un travail interdisciplinaire. *“D'une façon générale [...] le psychologue ou psychiatre peut aider ; parfois il y a tout un contexte social derrière ; donc en fonction assistante sociale et puis après orienter soit vers l'addictologue ou le tabacologue”* (EN01).

Depuis les années 2000, les Centres Hospitaliers Universitaires relatent des difficultés pour la prise en charge de ces femmes nécessitant un suivi à long terme (Epiney, 2011). A l'heure actuelle l'une des maternités dans laquelle j'ai réalisé les entretiens met en place une collaboration avec un autre hôpital afin de réaliser une prise en charge optimale des femmes.

3.2.1.8 Précarité : un dépistage factuel

Ce dépistage est considéré facile par les sages-femmes puisqu'il ne nécessite pas de recherches fines et approfondies. Il est basé sur une série de questions préétablies auxquelles les femmes répondent par oui ou par non. *“Ça c'est vraiment pendant la première ouverture de dossier, sur questionnaire c'est clair !”* (EN07). Ces questions sont identiques pour les 2 maternités et abordent la couverture sociale, les revenus, les aides sociales et le logement.

Concernant la couverture sociale, 4 sages-femmes précisent la question en demandant si la femme a la sécurité sociale, la CMU ou l'AME. Dans ces derniers cas, il est essentiel de vérifier les dates de validité. *“On doit bien vérifier que l'AME est à jour parce que parfois on a des surprises avec des choses qui s'arrêtent en cours de grossesse”* (EN02).

Concernant le logement, bien que ce soient des questions fermées et *a priori* simples, EN05 fait remarquer : *“Ce n'est pas si facile que ça ne serait-ce que parce que ne pas habiter chez soi c'est déjà un facteur de précarité”*. Aujourd'hui les sages-femmes n'hésitent pas à poser des questions directes sur le logement. *“C'est vrai qu'au départ je ne posais pas les questions du type de logement”* (EN03). Celles-ci mentionnent en effet l'importance d'interroger la femme sur la capacité d'accueil du logement, sur le nombre de chambres mais aussi sur la présence d'une cuisine. EN02 me dit toutefois que si le couple travaille et bénéficie de la sécurité sociale, elle ne va pas poser la question : *“Effectivement, j'ai deux personnes qui vont me dire travailler, qui ont sécu et mutuelle, je ne vais pas poser la question du logement et savoir comment ça se passe financièrement”*. Ainsi, la question n'est donc pas encore posée systématiquement. Il existe un frein au dépistage de la précarité au logement.

Il ressort également des entretiens que certaines patientes présentent un comportement inadapté face au cumul de problèmes. EN06 indique : *“On essaye de les aider beaucoup mais elles veulent être autonomes, elles ne veulent pas, elles n'ont pas de papier donc elles ont peur”* (EN06). Ces comportements de fuite sont confirmés dans la littérature. Caillaux (2014 ; 117) décrit que *“les familles s'enferment dans la honte, la peur et la méfiance”*. En effet, si, dans la plupart des cas, les femmes demandent de l'aide, certaines préfèrent ne rien dire par honte et par peur du jugement. *“Ça touche à l'image que l'on renvoie [...] de dire qu'elles n'ont pas de logement, [...] qu'elles n'ont rien acheté pour le bébé parce qu'elles n'ont pas de quoi payer. [...] Ce n'est pas forcément quelque chose de facile à évoquer spontanément”* (EN02). Cette dissimulation retarde la prise en charge. Or, les sages-femmes sont unanimes pour considérer que la précarité matérielle doit être prise en charge le plus précocement possible dès l'inscription. Les 6-7

mois de grossesse restants permettent ainsi de mettre en place un suivi avec l'assistante sociale ou la PMI. Il peut également y avoir une prise en charge de l'ensemble des examens à l'hôpital afin que cette patiente n'ait pas d'avance financière à supporter dans une structure en ville. Toutefois, comme le dit EN04, *“Il y en a qui passe à la trappe”* et cela amène à des situations de précarité à traiter en urgence. *“Notre rôle ça va être effectivement de savoir repérer cela. Parce que ça arrive quand même souvent qu’il y en a qui, au 8^{ème} mois nous disent « ah bah oui je suis au 115 »”* (EN02). Dans la littérature, Domergue et Taoussi (2016 ; 18) constatent également la fréquence de ces situations compliquées. *“Parmi les patientes en grande précarité sociale, la présence de nombreuses femmes enceintes ou sortant de la maternité sans solution de logement adapté interpelle”*.

Enfin, les facteurs environnementaux identifiés comme facteurs de précarité matérielle (détaillé dans la partie 3.1.1.1.3) ne sont pas dépistés par les sages-femmes. Toutes sont unanimes sur le fait qu’il s’agit d’un sujet en émergence mais qui n’est pas encore pris en compte. *“Après tout le côté plomb, moi j'avoue que je ne pose pas la question [...] peinture, humidité, tout ça [...] je ne rentrerai pas dans les détails un peu environnementaux”* (EN03).

Domergue et Taoussi (2016 ; 18) confirment la sous-estimation des facteurs environnementaux évoquée par les sages-femmes : *“les conditions de logement ne sont pas systématiquement considérées comme faisant partie des déterminants [...] qui influencent leur état de santé”*.

3.2.1.9 Risque social : un dépistage basé sur le ressenti et le dialogue

Le facteur de vulnérabilité *“risque social”* semble très compliqué à dépister. Comme vu dans la partie 3.1.1.2, il convient de repérer un isolement social. Le dépistage se base principalement sur le dialogue et le ressenti de la sage-femme. EN01 explique *“Ce sont des patientes dans les extrêmes [...] c’est là où on va être plus vigilant. « Normal » ... c’est relatif ! Sur des comportements qui ne nous semblent pas adaptés”*. De même, Caillaux (2014 ; 121) confirme *“qu’il faut*

apprendre à décrypter ces comportements qui peuvent de prime abord apparaître comme incohérents et dépourvus de bon sens”.

Le risque est dépisté par la sage-femme dès qu'elle perçoit un cumul de situations nécessitant l'intervention d'autres acteurs. Ainsi EN02 indique : *“Je le cocherais si pour moi il y avait besoin d'une rencontre avec l'assistante sociale...”*

Afin de profiter des quelques mois du suivi de grossesse et d'optimiser la prise en charge, ces situations devraient être dépistées le plus tôt possible. *“Pour le coup notre rôle c'est de dépister cela pour avoir le temps de mettre les choses en place. On a quand même quelques mois devant nous pour les aider”* (EN02).

Les freins au dépistage sont nombreux. Certaines femmes peuvent considérer que la sage-femme s'occupe de ce qui *“ne la regarde pas”* (EN08) et vont être perturbées ou ne pas répondre honnêtement. *“Il y en a qui peuvent être un peu gênées d'en parler. Ça dépend de comment tu poses la question. En règle générale elles répondent même si parfois elles te trouvent un peu intrusives, donc elles te disent «ouais, bon tout va bien»”* (EN03).

Un autre frein tient au fait que certaines femmes vont percevoir la sage-femme comme une ressource ponctuelle pour l'aider à résoudre leurs problèmes. Ainsi, elles ne l'informent de leur situation que progressivement au cours de la grossesse et au gré de l'aide attendue. *“Elles t'en parlent parce qu'elles ont besoin d'aides et que c'est un problème pour elles”* (EN07). Cette attitude freine le dépistage du risque avec des conséquences potentiellement désastreuses dans la prise en charge. EN09 rapporte: *“Parfois on se dit «Là comment je vais m'en sortir ?» parce qu'il y a tellement de choses à prendre en compte qu'il faut prioriser mais tu ne sais même pas comment prioriser, sur quels critères?”*.

Ces freins au dépistage s'expliquent par la volonté des femmes à cloisonner leur grossesse du reste de leur vie. D'après Mahieu-Caputo (2010 ; 86) *“Les femmes peuvent également avoir le souhait de cloisonner leur vie et de dissimuler cette condition sans doute pour éviter toute stigmatisation mais au-delà peut être aussi pour tenter d'avoir un parcours de mère le plus normal possible au sein de la maternité”*.

Un autre frein est lié à la barrière de la langue et la difficulté de communiquer. Le dépistage du risque social consiste à mesurer son impact sur la compréhension de la femme et ses interactions sociales. Ainsi, plusieurs sages-femmes mettent en avant la nécessité de pouvoir demander des traducteurs pour s'entretenir avec la femme durant la consultation afin de réaliser une prise en charge minutieuse et globale. Ce dépistage reste compliqué lorsqu'aucun échange n'est possible avec la femme et que tout passe par l'intermédiaire d'un proche. Lorsqu'il s'agit du mari, les sages-femmes sont d'autant plus vigilantes. *“Parfois, tu parles pendant 10 minutes et lui traduit en 3 mots. Alors forcément tu te dis qu'il y a quelque chose”* (EN04).

Pour leur prise en charge, ces femmes sont orientées rapidement vers les assistantes sociales afin d'être accompagnées sur du long terme. La PMI de même que l'EPP sont également très souvent évoqués : *“Je vais l'orienter vers les assistantes sociales pour le côté précarité et la PMI. Je pense qu'un EPP avec une de nos sages-femmes serait bien. Au mieux du mieux avec un traducteur qui permettrait d'aborder tous les sujets”* (EN01).

Le guide pratique pour les professionnels rappelle l'importance d'une prise en charge des allophones en *“ayant recours à l'interprétariat professionnel [...] recommandé par le plan de périnatalité 2005-2007”* (Comède, 2015 ; 340).

3.2.1.10 Naissances à haut risque psychoaffectif

Ce dépistage peut se faire à toutes les étapes de la grossesse, à la naissance et dans le post-partum. En effet, comme dit EN02 : *“je pense qu'il y a des facteurs qui fragilisent et qui sont un peu des signes d'alertes en amont mais parfois on ne voit pas venir et les suites de couches sont vraiment un moment important”*. Le dépistage consiste donc à repérer toutes les situations pouvant rendre compliquées les conditions d'accueil de l'enfant.

Parmi celles-ci, la question de la méthode de procréation est revenue dans les entretiens et il est essentiel de la prendre en compte. *“Ça fait partie de toute façon du questionnaire d'ouverture du dossier de savoir si c'est une grossesse spontanée ou non. Donc forcément on pose la question”* (EN05). Toutes ces

questions sont nécessaires à la bonne compréhension du vécu de la grossesse: est elle spontanée, inopinée, bien accueillie, après un temps de stérilité, issue d'un parcours de PMA?

Lorsqu'on parle de PMA, il faut interroger le couple sur un possible don de gamètes voire double don et la façon dont il intègre cette naissance dans son parcours. EN06 illustre, par une situation réelle, l'importance de cette question :

On a de plus en plus d'enfants qui viennent de dons, de double don [...] On arrive à des situations où les couples [...] révèlent parfois beaucoup plus tard. Quand on voit un bébé tout petit à l'échographie et que les parents sont très grands, c'est là qu'ils nous disent qu'en fait le bébé n'est pas d'eux.

Il faut aussi dépister les échecs antérieurs, le suivi psychologique proposé. *“Des gens qui ont fait 10 FIV et qui finalement ont un enfant, [...] l'attente de l'enfant rend les choses assez compliquées dans les suivis de ces grossesses”* (EN06).

Quatre autres sages-femmes s'accordent pour être vigilantes sur les situations de grossesses compliquées, avec hospitalisations ou annonce de malformations. Il s'agit de grossesses très suivies sur le plan obstétrical devenant parfois très anxiogènes. De par leurs déplacements limités, ces femmes n'ont pas accès aux séances de PNP sur site qui pourraient leur apporter un soutien. Le suivi médical mis en place, en effet, ne propose pas toujours de PNP à domicile. Les sages-femmes libérales pourraient effectuer les séances mais sont peu sollicitées dans ces situations pathologiques. La période COVID a permis de mettre en place un suivi plus complet en téléconsultation offrant ainsi à toutes ces femmes de suivre les séances. *“Se servir de cet outil qu'on a mis en place pour le COVID pourrait être une bonne solution pour ces patientes là”* (EN05).

L'âge et la primiparité sont également des facteurs à prendre en compte pour les sages-femmes. Ces deux éléments ne se dépistent pas réellement, faisant partie des informations d'ouverture du dossier. Cependant, toutes mettent en avant la nécessité de poser des questions sur le soutien reçu par ces femmes et sur la gestion des réactions engendrées par l'entourage à l'annonce de leur grossesse.

Toutefois, l'âge, en tant que facteur de risque ne fait pas l'objet d'un consensus.

Certaines y attachent de l'importance lorsque la mère a moins de 18 ans, pour d'autres, ce risque est considéré jusqu'à 24 ans. Les mêmes observations sont faites pour la femme "âgée" puisque, pour certaines sages-femmes, le risque existe dès l'âge de 37 ans alors que pour d'autres cela va jusqu'à 46 ans. Dans la littérature, Foucauld et Wendland (2019) présentent une étude sur les primipares de plus de 35 ans montrant sensiblement une différence de comportements psychique et social pouvant impacter la perception maternelle et celle du lien à l'enfant. En effet, ces femmes là auraient déjà atteint une stabilité professionnelle, financière et sociale, rendant moins acceptables les changements induits par la naissance d'un enfant.

La prise en charge s'avère, elle, être commune pour tous les risques psychoaffectifs dépistés. EN01 mentionne une prise en charge par des "sages-femmes libérales pour le retour à la maison, la PMI. Peut être une unité mère-enfant si le lien est compliqué, psy, HAD mais la PMI est le meilleur moyen sur le retour". Elle consiste ainsi en un accompagnement principalement après l'accouchement pour tisser le lien mère-enfant.

Les facteurs de vulnérabilité identifiés et dépistés, nous allons voir, dans la partie suivante, les atouts et les contraintes auxquelles sont confrontées les sages-femmes hospitalières.

3.2.2 Le cadre hospitalier : des atouts et des contraintes

3.2.2.1 Les atouts

3.2.2.1.1 Le travail interdisciplinaire : un atout dans la continuité du suivi

Le milieu hospitalier regroupe à lui seul l'ensemble des acteurs en périnatalité, en y intégrant les professionnels du monde psychosocial (assistante sociale, psychologue, pédopsychiatre...) facilitant des prises en charge rapides du fait de

la proximité des compétences. *“C’est toujours plus facile d’avoir la personne en face et tu lui parles du dossier et tu lui présentes la patiente directement dans son bureau”* (EN03). La femme reste alors dans le même environnement cadré et organisé de l’hôpital. De plus, les professionnels connaissent les domaines de compétences de leurs collègues et savent vers qui orienter et pour quelles raisons. En fonction de la personnalité de la femme et si l’opportunité se présente, la sage-femme n’hésite pas à prendre rendez-vous avec le praticien qu’elle considère le plus adapté pour obtenir la confiance et la compliance de la patiente. *“Je ne dis pas que les autres ne sont pas qualifiées mais toutes deux ont une expérience beaucoup plus ancienne donc on va dire que suivant la gravité et les antécédents, je cible vraiment les sages-femmes à qui je les envoie”* (EN04). Ces praticiens ne sont pas toujours physiquement présents mais leurs coordonnées sont à disposition des sages-femmes en cas de besoin. *“On a la chance d’avoir la psychologue et la psychiatre sur place. C’est un plus, même si après elle n’est pas à temps plein”* (EN03). Les entretiens rapportent l’interdisciplinarité comme un atout pour la prise en charge des femmes quelle que soit l’avancée de la grossesse.

3.2.2.1.2 Un dossier commun : un gage de simplification d’accès aux informations

La présence du dossier commun à la maternité permet à chaque professionnel d’y noter des remarques. EN05 explique qu’elle a mis en place des *“petits codes”* dans ses dossiers connus de ses collègues et qui lui permettent d’attirer leur vigilance sans pour autant influencer leur appréciation : *“Il y a le cas [...] où je vais écrire moi dans mon commentaire « EPP proposé » [...] et je mets une grosse croix en entourant EPP. C’est à dire que moi j’insiste pour qu’elle ait ce RDV”*. L’ensemble des intervenants autorisés a donc accès aux mêmes renseignements sans nécessiter de transmissions orales parfois chronophages.

Le dossier commun permet également de respecter les souhaits de la femme si celle-ci ne veut pas qu’un sujet soit de nouveau abordé. *“Après si dans le compte-rendu je vois qu’il est marqué « sujet abordé, mais patiente ne souhaite plus en*

parler », je ne vais pas revenir sur ce point avec elle. [...] Il faut aussi que les femmes puissent comprendre qu'on a lu le dossier" (EN04). La littérature rapporte aussi que les parents peuvent être angoissés par la nécessité de répondre plusieurs fois aux mêmes questions. Bligny (2012 ; 107) indique qu'"il s'agit de sélectionner avec la patiente ce qui est utile de dire aux autres professionnels déjà en place ou à rencontrer, afin qu'ils puissent rapidement s'ajuster aux besoins exprimés, mais également pour éviter qu'elle n'ait à relater à l'identique des éléments difficiles".

3.2.2.1.3 Une équipe de sages-femmes : un atout pour trouver "la bonne" intervenante

Le professionnel doit faire preuve de "neutralité affective" afin "d'assurer l'objectivité du rapport qu'il entretient avec le malade" (Adam et Herzlich, 1994 ; 78). Malgré tout, la personnalité et le vécu de chaque soignant est unique et le parcours d'une femme peut faire écho au sien. Aussi, pour une prise en charge optimale, les sages-femmes peuvent s'échanger des patientes si cela leur semble plus bénéfique. "Oui on peut être complémentaire. Un dossier où toi tu n'y arrives pas. Moi c'est très souvent que « tiens je pense que tu vas mieux y arriver »" (EN08). Ces échanges sont permis par l'équivalence des compétences des professionnels et par la réalisation protocolaire des consultations. Il est à noter que cela n'impacte en rien la femme habituée à voir des sages-femmes différentes à chaque consultation. A propos de l'importance de la continuité des soins, la littérature rapporte la collaboration médicale sur un dossier et indique qu'"on peut s'appuyer sur l'autre, on peut se remettre en question sans disparaître ou faire disparaître l'autre" (Toubin et al., 2012 ; 53).

3.2.2.1.4 La polyvalence des sages-femmes : un atout pour le suivi de la femme à l'hôpital

Dans les deux maternités étudiées, les sages-femmes sont dites "volantes". Cela signifie qu'elles ont *a minima* un jour fixe en consultations et sont affectées, le reste du temps, dans l'ensemble des services de la maternité. Cette polyvalence

leur permet d'avoir une vue d'ensemble, d'apporter des informations et un regard critique sur la constitution des dossiers. Parfois, elles ont même l'opportunité de retrouver une patiente déjà vue lors d'une consultation en salle de naissance ou en suites de couches. Le protocole de prise en charge peut ainsi être amélioré pour les femmes suivantes.

3.2.2.2 Les contraintes hospitalières

3.2.2.2.1 L'organisation du service : une adaptation limitée face à des situations imprévues

Les sages-femmes hospitalières sont confrontées au fonctionnement et au planning du service. Le nombre cadencé de consultations impose un respect des durées pour atteindre l'objectif numéraire quotidien et la sage-femme n'a pas la liberté de prévoir une consultation supplémentaire pour investiguer. *“A un moment il faut que tu finisses ta journée, que tu vois toutes les patientes qui sont sur ta liste”* (EN08). *“C'est aussi le problème des consultations en lui-même on enchaîne [...] et ça c'est le pire”* (EN07).

En outre, les temps attribués pour les consultations de suivi sont respectivement de 15 et 20 minutes pour les maternités A et B. Cette contrainte de temps a été soulevée dans tous les entretiens. L'objectif principal des consultations est une surveillance médicale. Par manque de temps, les sages-femmes peuvent être contraintes de prioriser mettant de côté certains aspects dont la prise en charge psychosociale. *“On a tous fait ça, [...], quand tu n'as pas le temps... [...] tu fermes les yeux, enfin tu ne creuses pas [...] tu ne vas pas plus loin”* (EN10). Face à cette priorisation, les sages-femmes expriment leur mal-être. *“On a 30 minutes. [...] Si tu ne veux pas faire juste un catalogue de questions. C'est un peu compliqué”* (EN03). EN01 souligne : *“On a des qualités de bienveillance et d'écoute, on fait de l'humain [...] et donc oui on doit prendre le temps !”*. Perrillat (2016 ; 57) se questionne également sur la priorisation des sujets et de son impact. *“Or une prise en charge médicale complète ne peut se faire sans prendre en considération le champ psychosocial. Mais comment, pour ces femmes, révéler ces conditions de*

vie et d'hébergement insalubres dans une consultation médicale où l'enjeu de leur santé et de celle de leur futur enfant est au cœur des préoccupations ?”.

Par ailleurs, les habitudes du service peuvent engendrer des contraintes sur le dépistage. EN10 explique : *“Je sais que dans notre équipe on a aussi quelques automatismes [...] Peut-être que d'autres équipes en ont d'autres. [...] Voilà notre accompagnement est peut-être biaisé aussi”.* EN02 évoque le même phénomène dans l'autre maternité : *“En fait selon comment sont faits les dossiers, il y a des critères qui seront plus ou moins abordés, d'autres vraiment peu ou de façon très large”.* Enfin, EN07 explique que la connaissance du travail réalisé par les autres professionnels lors des consultations peut inciter certaines sages-femmes à passer plus vite sur certains points considérant que leurs collègues ont déjà dépisté : *“Je pense que si je n'avais pas de dossier et de certitudes sur ce qui été fait en consultations je referais vite fait un petit tour d'horizon”.*

Tous les points évoqués dans ce paragraphe rendent compte d'une optimisation du temps dans les 2 maternités. Dans la littérature, Quagliariello (2017 ; 66) généralise cette tendance en indiquant qu'*“une logique fondée sur des critères de productivité et d'efficacité domine aujourd'hui dans l'espace hospitalier”.*

3.2.2.2.2 Le réseau ville - hôpital : des lacunes de communication

L'absence de communication entre les professionnels libéraux et la maternité semble être à la base des difficultés du réseau ville-hôpital.

Toutes les sages-femmes regrettent l'absence de compte-rendu des prises en charge réalisées en ville. *“Quand les femmes sont suivies en ville par leur sage-femme ou leur gynéco. [...] c'est rare d'avoir un compte-rendu et ça c'est vraiment manquant”* (EN01). En effet, lorsque les femmes viennent à l'hôpital, elles ne disposent que de leurs échographies et le temps limité des consultations ne permet pas à la sage-femme hospitalière de prendre contact avec sa collègue pour avoir un retour de celle-ci. EN08 explique que trop souvent elle entend : *“Ah bah oui c'est ma sage-femme qui a tout”.* Ainsi, en présence de vulnérabilités, les sages-femmes hospitalières préfèrent suivre l'ensemble de la grossesse. *“C'est*

vrai que ça a un côté un peu plus rassurant [...] plutôt que de se dire qu'elle m'a l'air vulnérable, je l'envoie en ville mais je n'ai pas de retour" (EN01).

L'absence de communication semble également liée à une méconnaissance réciproque des pratiques de l'hôpital *versus* celles en ville. En effet, les sages-femmes hospitalières connaissent peu les sages-femmes libérales ni leurs réseaux permettant d'assurer une prise en charge efficiente. Au demeurant, l'hôpital semble regretter une prise en charge des grossesses en libéral trop tardive. *"En ville, ils disent tous aux dames «Vous prendrez une sage-femme au 7^{ème} mois» C'est quand même insupportable! [...] Et parfois [...], elles contactent des professionnels de la périnatalité en ville [...] qui leur disent «C'est trop tôt Madame, rappelez moi quand vous êtes en congés»"* (EN08).

Il convient, toutefois, de noter que les sages-femmes libérales regrettent aussi le manque de communication de l'hôpital à leur rencontre. Au cours de mes stages réalisés auprès de sages-femmes libérales, ces dernières déploraient, entre autre, de ne pas connaître l'identité du professionnel en charge du dossier à l'hôpital.

Dans la partie suivante, nous allons voir les outils dont les sages-femmes hospitalières disposent et quelle place y occupe l'EPP.

3.2.3 Les outils

3.2.3.1 L'EPP : un outil insuffisamment exploité

Dans ses recommandations, la HAS a mis à disposition des professionnels un outil leur permettant d'améliorer leur prise en charge médico-psycho sociale. L'EPP était la mesure phare du plan de périnatalité 2005-2007 (Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 2004). Il a été créé initialement pour accorder aux femmes ou au couple un espace de dialogue devant leur permettre d'exprimer leurs craintes et diminuer leurs angoisses avec une prise en charge éventuelle. Cet entretien dure 45 minutes et, selon la HAS (2005), il *"ne se substitue pas aux consultations de suivi de la grossesse"*.

La création de l'EPP ne s'est malheureusement pas accompagnée de l'ouverture de créneaux horaires suffisants. En effet, il y a encore 1 an, au sein des 2

maternités, seuls 4 créneaux hebdomadaires étaient disponibles. Dans le même temps, le secteur libéral ne proposait qu'une offre limitée ou tardive ainsi que l'explique EN09 : *“En fait il n’y a pas si longtemps que ça, la cadre évoquait le fait qu'en ville, il n’y avait pas assez d’EPP [...]. Toutes les femmes n’y avaient pas accès et c’est pour ça que les hôpitaux ont mis en place un système pour pallier”*. Dans ce contexte, les sages-femmes ont alors limité la proposition de l'EPP à certaines femmes. EN05 explique qu’*“on ne le proposait pas à tout le monde parce qu'on ne pouvait pas assurer. Donc on essayait de dépister et de n’envoyer qu’un petit nombre de patientes pour qui ça nous semblait vraiment très important”*. Les sages-femmes s'expriment aisément sur cette nécessité de “sélectionner” les femmes : *“Si je sens que”* (EN01), *“On estimait que c’était nécessaire”* (EN02), *“On ciblait”* (EN03), *“Si on se rendait compte qu'il y avait besoin”* (EN04), ou encore *“c’est louche, je ne la sens pas”* (EN07). A eux seuls, les termes employés révèlent que la proposition de l'EPP est subjective. Les sages-femmes étaient bien conscientes que le choix effectué entraînait inévitablement des oublis. *“Mais du coup on est passé à côté de beaucoup de choses très certainement”* (EN05).

L'EPP perdait de l'intérêt puisqu'il ne permettait pas de repérer les vulnérabilités ; les femmes en bénéficiant étant déjà dépistées vulnérables. Les sages-femmes n'en voyaient d'ailleurs plus l'utilité et orientaient directement les femmes pour leur prise en charge. Cette position est encore d'actualité pour certaines sages-femmes. *“J’ai une copine sage-femme qui travaille à l’hôpital et qui me disait : « l’EPP c’est nul, ça ne sert à rien ! ». Une copine de PMI aussi elle me fait : « les patientes je les connais, je n’ai pas besoin de faire l’EPP avec elle ». Beaucoup dénigrent complètement l’EPP. En tout cas dans celles que je connais”* (EN07).

Aujourd'hui, l'EPP devenant obligatoire, plus de créneaux sont ouverts (Gouvernement, 2019). Les sages-femmes ont, alors, redécouvert un outil à la fois de soutien et de sécurité relevant le bénéfice de pouvoir s'entretenir avec l'ensemble des femmes. *“Depuis que c’est systématique, elles viennent plus et ça c’est vraiment super et c’est vraiment je pense le processus normal et l’intérêt de l’EPP. Elles viennent quoi qu’il arrive et après on voit. Ça doit pas être un truc sur*

signes d'appel" (EN07). L'EPP apparaît également comme une opportunité d'accorder aux femmes 45 minutes de temps supplémentaire sans pour autant nuire aux autres patientes en cumulant du retard. Les sages-femmes constatent d'ailleurs que le nombre d'EPP réalisé est en augmentation et que, contrairement à ce qu'elles pensaient, toute la durée de l'entretien est utilisée car chaque femme a des choses à exprimer. *"Il y a toujours quelque chose à dire, toujours, même pour celles pour qui on pensait qu'il n'y aurait rien. Il y a toujours un bagage familial, il y a toujours des choses qui n'auraient pas forcément été évoquées si on n'avait pas mis l'EPP de manière systématique"* (EN03). En effet, lors de la première rencontre avec le professionnel de santé, la constitution de l'anamnèse peut paraître très intrusive et directive pour la femme. Entre les formalités administratives, les documents à retourner signés, les formulaires d'information, il lui est très difficile d'intégrer toutes les informations et de poser ses questions éventuelles. *"C'est toujours un moment où on leur balance un tas d'informations"* (EN04). Ainsi, l'EPP, réalisé après la première consultation, apporte du temps nécessaire pour répondre aux questions de la femme voire du couple. Les professionnels ne s'intéressent plus uniquement au repérage des difficultés mais cherchent à accompagner au mieux la femme ou le couple dans leur parentalité. En permettant de nombreuses discussions, des temps de réflexion, l'EPP permet de créer le climat de confiance essentiel dans la relation soignant-soigné. Dans les entretiens, il ressort que ce lien de confiance apparaît indispensable au dépistage des situations vulnérables. Il est aussi important pour les sages-femmes qui se sentent plus légitimes à recueillir des propos sur la vie intime des gens, en étant parfois leur première et unique confidente. L'EPP apparaît également, pour les sages-femmes, un élément sécurisant dans la prise en charge. Il semble être une suite logique de la première consultation. Cette dernière est en effet extrêmement dense et les sages-femmes se sentent alors rassurées de savoir qu'une deuxième personne s'entretiendra avec la femme. Elle pourra ainsi apporter son point de vue et éventuellement rattraper des oublis. EN05 exprime son soulagement ainsi : *"Ouf, au moins elle va être vue et là où j'ai pointé le doigt et que je n'ai pas eu le temps de m'en occuper, ça va être pris en*

charge”. Pour EN04, ce deuxième avis est important : *“D’autant plus que si je me suis trompée, l’EPP servira à ça et permettra de remettre la femme dans le bon circuit”*.

Toutes les sages-femmes interrogées ont vanté l’intérêt de l’EPP. Toutefois, j’ai pu constater des divergences concernant sa finalité. Si certaines le voient comme un outil pour faire connaissance avec le couple, d’autres le perçoivent comme l’outil de dépistage des situations de vulnérabilité. Ces différences de discours coïncident avec ceux des femmes qui ne savent pas toujours en quoi consiste l’EPP. *“Même encore aujourd’hui elles ne savent pas ce que c’est, il y en a qui sont étonnées «Ah c’est ça ? Je croyais qu’on allait faire autre chose » [...] Il y en a quelques unes qui arrivent avec leur liste de questions [...] mais la plupart des femmes non”* (EN07). Les divergences autour de l’EPP semblent pouvoir être en partie expliquées par le fait qu’il n’est pas utilisé à sa juste valeur. L’EPP reste ainsi un outil insuffisamment exploité.

Dans la littérature, Reyftmann (2010 ; 121) témoigne de sa pratique de l’EPP plus élaborée. Il considère que *“ce n’est pas seulement un nouvel outil à notre disposition, c’est aussi un changement de culture médicale et d’habitudes”*. Il ajoute que : *“la proposition de l’EPP est d’autant mieux accueillie par les couples qu’ils perçoivent l’intérêt que nous y portons. A nous de proposer l’entretien, mais surtout de le faire vivre, pour le plus grand bénéfice des équipes et de nos patientes”*.

3.2.3.2 Les autres outils utilisés de façon consensuelle par les sages-femmes

3.2.3.2.1 La mise en place d’un support écrit : un outil qui homogénéise la pratique

Dans les deux maternités, les femmes sont interrogées sur les facteurs de vulnérabilité à 11-16 semaines d’aménorrhée. Dans la maternité A, les sages-femmes ont pour support un questionnaire informatique mentionnant des grands thèmes tels que (renseignements socio-démographiques, contexte psychosocial,

etc..). Les facteurs de vulnérabilité (détaillé dans la partie 3.2.1) ne sont pas clairement explicités. C'est donc à la sage-femme d'énumérer mentalement l'intégralité des facteurs de vulnérabilité. EN05 considère d'ailleurs cela comme un point à améliorer. *“Si toutes ces questions étaient sous nos yeux, et bien on penserait à les poser”* (EN05). Pour la maternité B, un auto-questionnaire est mis en place depuis 2 ans et remplace un questionnaire identique à celui de la maternité A. Il est remis aux femmes lors de la première échographie, à charge pour elles de le remplir et de le rapporter lors de la consultation suivante 48 heures après. Ce questionnaire comprend 23 questions fermées précises. Il a été élaboré pour avoir une vision globale de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité. Il est à noter que la HAS (2005 ; 16) n'avait pas recommandé l'utilisation des questionnaires quelle qu'en soit la forme indiquant que *“le groupe de travail craint que l'utilisation d'un questionnaire, comportant une liste des principaux facteurs de vulnérabilité, administré ou auto-administré, puisse aboutir à stigmatiser les personnes et à augmenter leur sentiment de dévalorisation”*. Lors de la mise en place des auto-questionnaires, certains professionnels, comme EN06, émettaient des doutes sur la fiabilité des réponses. *“J'étais un petit peu dubitative au départ de faire un auto-questionnaire”*.

L'intérêt d'un auto-questionnaire a maintenant fait ses preuves et les sages-femmes sont unanimes : *“On se rend compte que depuis qu'on a mis en place cet auto-questionnaire, on dépiste beaucoup plus de vulnérabilités”* (EN01). Ce constat a pu être confirmé en période COVID lorsque ces questionnaires n'étaient plus distribués physiquement et que l'interrogatoire se pratiquait par téléphone. Les sages-femmes ont alors remarqué une franche diminution des réponses des femmes et à nouveau des situations très compliquées en suites de couches.

L'utilisation de l'auto-questionnaire et du questionnaire informatique apporte aussi aux sages-femmes des 2 maternités un support et une légitimité à poser les questions. *“Il y a beaucoup de femmes qui vont penser qu'on s'intéresse un peu trop à elles parfois. C'est toujours important d'avoir un outil qui prouve que ce n'est pas juste pour elles, qu'elles ne sont pas cataloguées et qu'on discute de ça avec tout le monde”* (EN08). La littérature indique que les professionnels ne sont pas

toujours à l'aise pour poser des questions intimes à la femme. Ils cherchent le moyen de se sentir légitimes. *“Quand j'arrivais à l'item «facteurs de vulnérabilité psychologique» l'ordinateur me donnait un prétexte et me déculpabilisait pour m'introduire dans une zone où je ne me sentais pas en sécurité et qui pouvait heurter la sensibilité de la patiente”* (Reyftmann, 2010 ; 120).

L'introduction de cet auto-questionnaire a également permis aux sages-femmes de trouver des formulations pré-établies à poser à la femme de vive voix dans la suite des consultations. EN09 indique : *“En tout cas ce questionnaire il nous a servi nous à nous familiariser, à trouver des outils pour aborder des problématiques”*.

Dans la littérature, Fline-Barthes et al. (2014 ; 434) confirment l'intérêt de l'auto-questionnaire dans des situations où le dépistage bloque lors d'une consultation par *“manque de temps et de savoir-faire des médecins pour aborder ces questions. [...] l'utilisation d'auto-questionnaires - remplis par les patientes elles-mêmes - est venue pallier à ces difficultés, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool”*.

3.2.3.2.2 Les réunions d'équipe médico-psychosociales: la complémentarité des métiers au service d'une patiente

Ces réunions plus communément appelées “staff” ou “staff de parentalité” sont présentes dans les 2 maternités. Elles regroupent une équipe pluridisciplinaire composée de pédopsychiatres, psychologues, pédiatres, assistantes sociales, sages-femmes, cadres et permettent d'étudier les dossiers des femmes pour lesquels une prise en charge plus globale semble nécessaire. L'utilisation de staff de parentalité est de plus en plus mentionnée dans la littérature.

Le staff de parentalité qui se réunit une fois par mois dans la plupart des maternités est assez central dans la réflexion et la coordination des différents professionnels. [...] Le point de vue de chaque professionnel est souvent très riche et aide aux décisions. Les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes avec les référents sociaux, les éducateurs, les psychologues, les psychiatres et pédopsychiatres, les pédiatres, les puéricultrices, les

professionnels de PMI, les cadres de maternité et suites de couches... sont tous indispensables (Perrillat, 2016 ; 61).

L'augmentation en fréquence de ces staffs dans les deux maternités montre une prise de conscience de l'intérêt de recueillir le point de vue des différents professionnels.

3.2.3.2.3 Les réunions de "savoir-faire" : vers une homogénéisation des pratiques pour les sages-femmes

Des réunions entre les sages-femmes exerçant la même activité au sein du service sont de plus en plus souvent organisées afin d'harmoniser leur pratique et prise en charge des femmes. Ces réunions se déroulent dans les 2 maternités et ont un caractère spontané. Les professionnels ont, en effet, trouvé un intérêt à échanger et partager leurs informations. Cela permet parfois l'élaboration d'un répertoire commun pour suivre ou orienter au mieux les femmes. Ce carnet d'adresses est réalisé à partir des témoignages et retour d'expérience des femmes. *"Oui après on essaye quand même de créer un carnet commun. On se fait des réunions parfois toutes ensemble, pour harmoniser nos pratiques"* (EN07). Il est à noter qu'il est rare qu'une femme soit suivie par la même sage-femme au cours des consultations. L'harmonisation des pratiques au sein de la même structure est ainsi appréciée.

3.2.3.2.4 Les formations et l'expérience du terrain : des atouts pour perfectionner le dépistage

Les sages-femmes sont de plus en plus sensibilisées au dépistage et prises en charge des situations vulnérables. En effet, les équipes suivent régulièrement des séminaires ou "journées" organisés dans les services avec des acteurs médicaux venant exposer leurs études ou des associations expliquant leurs actions. Ces interventions s'apparentent à des formations. *"On est beaucoup plus sensibilisées ; on a été sensibilisée par une interne l'année dernière qui avait fait une étude sur les violences et qui nous avait fait un petit topo"* (EN04).

Toutefois, les formations ne sont obligatoires ni dans les recommandations de la HAS, ni dans les deux services. Néanmoins, les sages-femmes y réalisant les EPP sont conscientes de l'exigence requise et ont entrepris les démarches à titre personnel pour être formées. *“C'est plutôt une [...] une démarche individuelle de la part des filles qui font l'EPP de s'être formées [...] Mais moi personnellement, je ne me lancerai pas sans avoir fait de formation”* (EN03). Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes les encourage à obtenir des diplômes universitaires complémentaires pour les aider au dépistage des facteurs de vulnérabilité mais uniquement sur leur initiative et financements personnels (CNOSF, 2021).

Au cours d'un stage en maternité B, j'ai eu un retour de 3 sages-femmes au sujet des formations. Il en ressortait qu'elles reconnaissaient la nécessité d'être formées, regrettant l'absence de formation obligatoire tout en soulignant que l'expérience acquise sur le terrain était le moyen de réussir.

“Tu as l'impression d'avoir été formé ? Parce que moi pas du tout” (SF3). *“Moi pas réellement non plus”* (SF2). *“Parce que j'ai quand même le sentiment d'avoir été lâchée là-dedans”* (SF3). *“On apprend sur le terrain quoi”* (SF2). *“Moi je ne suis pas formée mais je me suis prise 2-3 patates chaudes [...] Du coup après j'ai fait des MOOC en ligne. Ça ne suffit pas. Mais le MOOC plus discuter avec tes collègues plus apprendre de tes erreurs. Ca m'a bien aidé quand même”* (SF1). *“Parce qu'il y a des mots à utiliser. Après c'est avec l'expérience, en le faisant aussi qu'on a acquis”* (SF2).

L'apport de l'expérience acquise est aussi confirmé dans la littérature par Chanal et al. (2011 ; 152). *“La souffrance, les pleurs, les cris, les larmes, la colère, la prostration, le mutisme, l'indifférence, l'angoisse, la peur, j'en faisais quoi, de ces manifestations émotionnelles de ces patientes? Dans ma formation initiale, cette face de la pathologie ne faisait l'objet d'aucune formation”*

4 Conclusion

Les objectifs de cette étude sont d'une part d'examiner la façon dont les sages-femmes hospitalières identifient les grossesses vulnérables et d'autre part d'appréhender leur démarche concernant le dépistage et la prise en charge. Pour cela, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs avec 10 sages-femmes en les interrogeant sur les facteurs de vulnérabilité de la HAS. Les résultats présentés en deux parties répondent aux questions suivantes :

- Quels sont les facteurs qui rendent une grossesse vulnérable ?
- Comment dépister et prendre en charge ces grossesses vulnérables?

J'ai regroupé l'ensemble des facteurs de vulnérabilité en trois dimensions. M'appuyant sur l'absence de définition par la HAS, j'ai émis l'hypothèse que les sages-femmes avaient une perception différente des facteurs de vulnérabilité pour identifier les grossesses vulnérables. Elles s'accordent facilement sur la vulnérabilité matérielle renvoyant à des éléments factuels. L'hypothèse n'est donc pas vérifiée. En revanche, elle l'est pour les dimensions psychosociale et psychoaffective. En effet, l'appréciation des facteurs reste liée au ressenti de chaque sage-femme et leur perception s'en trouve très subjective.

J'ai aussi émis l'hypothèse que la prise en charge de certaines vulnérabilités, même dépistées, pouvait être difficile. Elles ne dépistent les vulnérabilités que si elles sont certaines de pouvoir proposer une prise en charge (temps de discussion, actions concrètes de type arrêt de travail ou orientation vers d'autres professionnels). L'intégration d'une équipe pluridisciplinaire dans les services hospitaliers tend à améliorer le dépistage et la prise en charge. L'hypothèse d'une difficulté de prise en charge reste vérifiée.

Lors de mes stages, j'ai remarqué que l'EPP était peu proposé, en accord avec les conclusions de l'ENP 2016. La HAS ayant recommandé une proposition "systématique" de l'EPP, j'ai émis l'hypothèse que l'EPP, du moins à l'hôpital, était

détourné de son objectif principal. Pour mémoire, l'EPP a été créé dans un double objectif : 1) être un temps d'information et de prévention centré autour des besoins du couple, 2) permettre au professionnel de mieux connaître l'environnement global du couple et de dépister les vulnérabilités. Les résultats montrent que les sages-femmes, confrontées aux contraintes de l'hôpital, restreignent l'EPP aux situations nécessitant un temps supplémentaire pour le dépistage des facteurs de vulnérabilité. L'hypothèse d'une utilisation détournée de l'EPP est ainsi vérifiée.

Lorsque j'ai réalisé les entretiens, l'EPP n'était obligatoire que depuis 4 mois (Gouvernement, 2019). Face à cette obligation et en dépit du peu de recul, les sages-femmes ont paru très positives et notaient une réelle progression dans le dépistage et la prise en charge. Elles s'interrogent toutefois sur l'impact du défaut de communication et de coordination ville-hôpital. Ainsi, les EPP planifiés tardivement en ville ne répondent pas aux attentes de l'hôpital pour le dépistage et la prise en charge. L'amélioration de la coordination semble incontournable pour permettre une prise en charge optimale. La PMI n'a pas beaucoup été évoquée dans ce mémoire, pourtant elle semble une réponse facile à mettre en place dans la collaboration ville-hôpital. En effet, présentes dans les hôpitaux et en ville et connaissant le fonctionnement de ces 2 acteurs, elles pourraient avoir un rôle de coordinateur.

Des propositions d'amélioration du dépistage et de la prise en charge ont été formulées par les sages-femmes rejoignant celles du Collège National des Sages-Femmes (2019 ; 8). Il serait important que la formation initiale des sages-femmes donne une place plus importante au dépistage des vulnérabilités, leur permettant ainsi de disposer d'outils très concrets lors des consultations.

De même, l'importance de continuer le dépistage en période post-natale a été évoquée. La réalisation d'un entretien post-natal précoce devrait être mise en place pour faire un retour immédiat sur la grossesse, l'accouchement et la rencontre avec l'enfant. Le facteur de vulnérabilité "*antécédents mal vécus*" serait ainsi éliminé pour une prochaine grossesse.

Bibliographie

ADAM P., HERZLICH C. (1994) – *Sociologie de la maladie et de la médecine*, édition 2016, Malakoff, Armand Colin (Tout le savoir 69), 128 p.

ARBORIO A.-M., FOURNIER P. (2015) – *L'observation directe*, Armand Colin, Malakoff (Tout le savoir en 128 pages), 116 p.

AZRIA E. (2015) – Inégalités sociales en santé périnatale, *Archives de Pédiatrie*, 22, 10, p. 1078- 1085. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X15002754> [Accédé le 16 mars 2021].

BARREYRE J.-Y. (2015) – La dimension familiale de la vulnérabilité, *Informations sociales*, 188, 2, p. 28- 35. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2015-2-page-28.htm> [Accédé le 27 avril 2021].

BEAUD S., WEBER F. (2010) – *Guide de l'enquête de terrain*, La découverte, Paris (Grands repères), 311 p.

BLANCHET A., GOTMAN A. (1992) – *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*, vol. 19, Claire Hennaut, paris, Nathan (128), 128 p.

BLIGNY M.-D. (2012) – 6. Transmettre et anticiper : Intérêt, difficultés et mode d'emploi, in *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*, , Toulouse, Érès (Prévention en maternité), p.101- 111.

BLONDEL B., GONZALEZ L., RAYNAUD P. (2017) – *Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010*, Paris, Inserm et dress (Enquête Nationale Périnatale 2016)

BOULVAIN M., QAYOOM Z. (2011) – 4. Risque d'accouchement prématuré : un effet validé ?, in *Stress et grossesse : Quelle prévention pour quel risque ?*, , Toulouse, Érès (Prévention en maternité), p.35- 42.

BRANGER B. (2015) – Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce: Résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité; France 2012, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 6- 7, p. 123- 131. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_5.html.

BREART G., PUECH F., ROZE J.C. (2003) – *Mission périnatalité : vingt propositions pour une politique périnatale*, Paris, Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale

BREHAT C., THEVENOT A. (2019) – Traces psychiques de violences conjugales passées sur la grossesse et risque de prématurité, *Recherches familiales*, 16, 1, p. 129- 140. <http://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2019-1-page-129.htm>.

BRESSON M. (2020) – *Sociologie de la précarité*, 3ème édition, France, Armand Colin (Cursus), 180 p.

BYDLOWSKI M., GOLSE B. (2001) – De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l’objectalisation, *Le Carnet PSY*, n° 63, 3, p. 30- 33. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-3-page-30.htm> [Accédé le 3 avril 2021].

CAILLAUX M. (2014) – Être parent contre vents et marées . Parentalité et grande pauvreté, in *Être parents aujourd’hui : un jeu d’enfants ? Les professionnels de PMI face aux enjeux de la parentalité*, , France, Érès (1001 bébés 139), p.115- 124. <http://www.cairn.info/etre-parents-aujourd-hui-un-jeu-d-enfants--9782749242606-page-115.htm> [Accédé le 15 avril 2021].

CALVEZ M., CARLES-ONNO F. (2018) – Les déterminants de la vulnérabilité Pôle ressources en promotion de la santé (dir.), https://irepsbretagne.fr/wp-content/uploads/2020/06/synthese_determinants_de_la_vulnerabilite_pole_ressources_02_2018.pdf.

CARON A. (2019) – *Le sommeil chez la femme enceinte*, mémoire de fin d’étude, Gynécologie et obstétrique, Centre hospitalier universitaire de Rouen, Rouen, 57 p.

CHANAL C., CLUTIER-SEGUINET J., MOLENAT F. (2011) – 15. Et les soignants face au stress ? L’intégration progressive des facteurs d’insécurité dans le suivi des grossesses, in *Stress et grossesse : Quelle prévention pour quel risque ?*, , Toulouse, Érès (Prévention en maternité), p.151- 156. <http://www.cairn.info/stress-et-grossesse--9782749213736-page-151.htm> [Accédé le 1 mai 2021].

CLINIQUE PSYCHOLOGIE QUEBEC (2019) – Anxiété, stress et angoisse: comment les distinguer?, *Clinique de Psychologie Québec*. <https://cliniquepsychologiequebec.com/anxiete-stress-angoisse-comment-les-distinguer/> [Accédé le 9 mai 2021].

CLUTIER-SEGUIN J., MOLENAT F., TOUBIN R.-M., KOJAYAN R., HAVASI K. (2012) – 5. La relecture des antécédents périnataux par un soignant : quel objectif?, in *Prévention précoce, petit traité pour construire des liens humains*, , Toulouse, Érès (Prévention en maternité), p.83- 100. <https://doi-org.ezproxy.u-paris.fr/10.3917/eres.molen.2009.01.0083>.

CNOSF (2021) – Les diplômes complémentaires, *Conseil national de l’Ordre des sages-femmes*. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/services/formalites-ordinales/diplomes-complementaires/> [Accédé le 16 mai 2021].

CNRS, ORTOLANG (2012) – Portail lexical, *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/definition/portail> [Accédé le 21 avril 2021].

CNSF (2019) – *Contribution des 1000 Jours*, Collège National des Sages-Femmes

COMEDE (2015) – Prévention et Promotion de la Santé : Périnatalité, *in Soins et accompagnement: Migrants/étrangers en situation précaire. Guide pratique pour les professionnels*, France, comède édition p.350- 354.

COMMISSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (2008) – *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, OMS https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/ [Accédé le 21 mars 2021].

COPANS J. (1996) – *Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie*, vol. 124, 2ème édition refondue, Espagne, Armand Colin (128), 128 p.

CYRULNIK B. (2020) – *Les 1000 premiers jours Là où tout commence*, France, Ministère des solidarités et de la santé (Rapport de la commission des 1000 premiers jours) <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf> [Accédé le 2 mars 2021].

DANZON A., CHAUSSUMIER M., LACROIX A. (1994) – *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité.*, Rennes, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (HCSP)

DOMERGUE M., TAOUSSI L. (2016) – Le mal-logement, déterminant sous-estimé de la santé, *La santé en Action*, Dossier Accompagner le développement du jeune enfant, 437, p. 18- 21.

DUGRAVIER R. (2014) – *CAPEDP: une étude longitudinale périnatale évaluant une intervention à domicile de prévention de la dépression postnatale et des troubles de la relation mère-enfant auprès d'une population de femmes présentant des critères de risque psychosociaux*, Neurosciences, Université Pierre et Marie Curie, Unité INSERM U669, 80 p. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127646/document>.

EINAUDI M.-A., BERNARD O., TARDIEU S. (2019) – Vulnérabilités prénatales, enjeux éthiques de la prévention : enquête de pratiques, *Sante Publique*, 31, 3, p. 347- 355. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-3-page-347.htm> [Accédé le 21 mars 2021].

EPINEY M. (2011) – 8. Assuétudes, facteurs de comorbidité ?, *in Stress et Grossesse: quelle prévention pour quel risque ?*, France, Érès (Prévention en maternité), p.83- 90.

FAURE J.-M. (2012) – 7. Le médecin face aux émotions en cours de grossesse - Le repérage d'un décalage émotionnel, *in Prévention précoce : Petit traité pour construire des liens humains*, Toulouse, Érès (Prévention en maternité), p.114- 124.

FLINE-BARTHES M.-H., VANDENDRIESSCHE D., GAUGUE J., URSO L., THERBY D., SUBTIL D. (2014) – Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44, p. 433- 442.

FOUCAULD M.-I., WENDLAND J. (2019) – Primiparité après 35 ans : désir d'enfant et vécu de la grossesse, *Périnatalite*, 11, 3, p. 109- 116. <http://www.cairn.info/revue-perinatalite-2019-3-page-109.htm> [Accédé le 15 avril 2021].

GAUGUE-FINOT J., DEVOUCHE E., WENDLAND J., VARESCON I. (2010) – Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58, 8, p. 441- 447. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0222961710001443> [Accédé le 16 mars 2021].

GAULEJAC V. (2010) – RPS : Quels diagnostics ? Enjeux scientifiques et politiques, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10, 2, p. 51- 70. <https://www-cairn-info.ezproxy.universite-paris-saclay.fr/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2010-2-page-51.htm> [Accédé le 9 avril 2021].

GOUVERNEMENT (2019) – *LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020*

HAS (2005) – *Recommandations pour la pratique clinique : Préparation à la naissance et à la parentalité*, France, HAS (Service des recommandations professionnelles) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf.

HAS (2016) – *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* www.has-sante.fr.

HERZLICH C. (1988) – Consommation médicale et catégories sociales : des disparités subsistent mais les écarts se réduisent, in C. Brisset et J. Stoufflet (dir.), *Santé et médecine : l'état des connaissances et des recherches*, Paris, La Découverte-Inserm-Orstom p.67.

HUBIN-GAYTE M., SQUIRES C., DONCIEUX K., SAJKO A. (2008) – De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes, *L'information psychiatrique*, 84, 8, p. 725- 731. <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-8-page-725.htm> [Accédé le 19 avril 2021].

IBANEZ G., FALCOFF H., DENANTES M., MAGNIER A.-M., BAUNOT N., CHAUVIN P., DOMMERGUES M., ROBERT S. (2018) – Projet Bien-être : vers un meilleur repérage et accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales, *Santé Publique*, 30, S1, p. 89- 97. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-89.htm> [Accédé le 21 mars 2021].

JACQUES B. (2016) – Séverine Gojard, Le Métier de mère, Paris, La Dispute, coll. Corps santé société, 2010, 221 p., *Corps*, N° 14, 1, p. 198- 201. <http://www.cairn.info/revue-corps-2016-1-page-198.htm> [Accédé le 28 avril 2021].

JACQUES B. (2007) – *Sociologie de l'accouchement*, Presses Universitaire de France (Partage du savoir)

LE MENER E. (2016) – L'impact de la précarité sur la santé des femmes enceintes, *La Santé en action*, 9, 437, p. 26- 27. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ile-de-france/documents/article/2016/l-impact-de-la-precarite-sur-la-sante-des-femmes-enceintes>.

MAHIEU-CAPUTO D. (2010) – Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ?, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38, 2, p. 83- 91. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958909003567> [Accédé le 16 mars 2021].

MAUBERT M. (2007) – *La lutte contre les inégalités de soins dans le SROS 3. Exemple de l'accès au suivi de grossesse sur le territoire de santé Paris Nord*, mémoire en action sanitaire et sociale, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 70 p.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE (2004) – *Plan « Périnatalité » 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité*, paris, ministère chargé de la santé (Rapport final)

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES (2015) – *INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.*, France, ministère des affaires sociales, santé et droits des femme (mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit)

MOLENAT F. (2016) – De la nécessité de resserrer les liens interprofessionnels: Compte rendu d'une étude clinique réalisée en 1994-1995 avec le soutien du Réseau national de santé publique, in *Naissances : pour une éthique de la prévention*, , Toulouse, Érès (Prévention en maternité), p.43- 80.

NASSE P., LEGERON P., BERTRAND X. (2008) – *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, France, Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité (Rapport officiel) <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000156.pdf>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2004) – *OMS | Investir dans la santé mentale*, Genève, OMS https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/ [Accédé le 19 avril 2021].

PAUCHET-TRAVERSAT A.-F. (2005) – *Argumentaire : Préparation à la naissance et à la parentalité*, France, HAS (Service des recommandations professionnelles) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf.

PAULOVIC J. (2016) – *Les troubles du sommeil et la grossesse*, mémoire de fin d'études Gynécologie et obstétrique, Université Pierre et Marie Curie, Paris, 73 p.

PEOLIDIS M. (2004) – La maternalité chez des femmes ayant été anorexiques mentales à l'adolescence, *Le Carnet PSY*, 90, 4, p. 26- 30. <http://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2004-4-page-26.htm> [Accédé le 15 avril 2021].

PERRILLAT N. (2016) – Accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité par une sage-femme de Protection maternelle et infantile : un lien précieux, *Enfances Psy*, 72, 4, p. 56- 64. <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2016-4-page-56.htm> [Accédé le 10 avril 2021].

QUAGLIARIELLO C. (2017) – Le temps consacré à la communication médecin-patient : Analyses socio-anthropologiques du consentement éclairé, *Politiques de communication*, 9, 9, p. 63- 88. <https://www-cairn-info.ezproxy.universite-paris-saclay.fr/revue-politiques-de-communication-2017-2-page-63.htm> [Accédé le 17 janvier 2020].

RACAMIER P.-C. (1961) – La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum, *L'évolution psychiatrique*, 26, 4, p. 526- 570.

REYFTMANN L. (2010) – Comment j'ai découvert les vertus de l'entretien prénatal précoce et ne peux plus m'en passer, *Revue de Medecine Perinatale*, 2, 3, p. 119- 121.

ROY J., TOUBIN R.-M., MAZURIER E., CHANAL C., MISRAOUI M., BRULET C., MOLENAT F. (2011) – Devenir à 5 ans des enfants de mères dépendantes aux opiacés : effets d'un suivi multidisciplinaire pendant la grossesse, *Archives de Pédiatrie*, 18, 11, p. 1130- 1138. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X11003666> [Accédé le 18 mars 2020].

ROZENBAUM M. (2021) – Enquête nationale Périnatale : la santé des mères et de leur nouveau-nés à l'étude, *Inserm Le magazine*, 4, 49, p. 2.

SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., SAUCEDO M., DREWNIAK N., BLONDEL B., BOUVIER-COLLE M.-H. (2012) – Santé périnatale des femmes étrangères en France, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 1, 2-3- 4, p. 30- 34. <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=447345>.

SAVARD N. (2019) – Les réseaux de soutien des mères victimes de violences conjugales et leur impact sur le stress, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 123- 124, 3, p. 141- 156. <https://www-cairn-info.ezproxy.universite-paris-saclay.fr/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2019-3-page-141.htm> [Accédé le 10 avril 2021].

SECRETARE D'ÉTAT EN CHARGE DE L'ENFANCE ET DES FAMILLES (2020) – Les 1000 premiers jours : Boris Cyrulnik remet le rapport de la commission d'experts à Adrien Taquet, Secrétaire d'État en charge de l'Enfance et des Famille, <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp-1000j-remise-rapport.pdf>.

SIMMAT-DURAND L. (2009) – Devenir mère en situation d'addiction : quelle trajectoire ?, *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 77, 3, p. 65- 70. <https://www-cairn-info.ezproxy.universite-paris-saclay.fr/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2009-3-page-65.htm> [Accédé le 18 mars 2020].

SIMMAT-DURAND L. (2002) – Grossesse et drogues illicites, *Déviance et Société*, 26, 1, p. 105- 126. <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2002-1-page-105.htm> [Accédé le 18 mars 2020].

TILLARD B. (2002) – *Des familles face à la naissance*, L'Harmattan (savoir et formation)

TISSIER J., BOUCHOUCHI A., GLAUDE C., LEGGE A., DESIR S., GREACEN T., DUGRAVIER R. (2011) – Une intervention préventive communautaire en périnatalité, *Pratiques Psychologiques*, 17, 2, p. 107- 117. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1269176310000908> [Accédé le 16 mars 2021].

TOUBIN R.-M., MOLENAT F., FEBBRARO W., FAURE J.-M., GROLIER C., CLUTIER-SEGUIN J. (2012) – 2. Facteurs de discontinuité et d'insécurité en cours de grossesse, in *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*, Toulouse, Érès (Prévention en maternité), p.41- 55.

VIDAL (2019) – Les symptômes et les causes de l'anxiété, VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/symptomes-causes.html> [Accédé le 9 mai 2021].

VILAIN A., GONZALEZ L., REY S., MATET N., BLONDEL B. (2013) – Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques DRESS (dir.), *Etudes et Résultats*, 7, 848, p. 6.

VOZARI A.-S. (2015) – « Si maman va bien, bébé va bien. » La gestion des risques psychiques autour de la naissance, *Recherches familiales*, 12, 1, p. 153- 163. <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-153.htm> [Accédé le 16 mars 2021].

WENDLAND J. (2010) – Grossesse, désir d'enfant et parentalité dans les maternités célibataires à risque, *La psychiatrie de l'enfant*, 53, 1, p. 167- 210. <http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2010-1-page-167.htm> [Accédé le 15 avril 2021].

WIDLÖCHER D. (2000) – Anxiété, *encyclopaedia Universalis*, p. 7. <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/anxiete/> [Accédé le 7 mai 2021].

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Questions	Idées de relances / approfondissement.
Je suis Mathilde CHABRE, étudiante sage-femme en dernière année d'études à l'école de Foch. Je réalise des entretiens dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Il porte sur la proposition de l'EPP que reçoivent les femmes en consultation. La durée de l'entretien est d'environ 1h-1h30. Afin de pouvoir participer entièrement à notre discussion sans être focalisée sur mes notes et par la suite le reprendre sans oublier d'information, je vous demande votre autorisation pour pouvoir enregistrer l'entretien. Celui-ci sera retranscrit dans son intégralité et l'enregistrement effacé. Lors de la retranscription, je m'engage à ne faire figurer aucune information personnelle qui puisse révéler votre identité.	
Introduction générale je vous propose pour commencer de présenter votre activité au sein de la maternité	
Depuis combien de temps exercez-vous ici ?	
Avec quel statut ? Temps plein au Cs ? Alternance des services ?	
Selon vous quelle est la place de l'EPP au sein de l'organisation du service ?	Protocole ? Critères établis par le service pour accéder à l'EPP ? Est-ce un accord entre les différents professionnels réalisant les consultations pour orienter les femmes vers l'EPP ?
Quelle place a l'EPP en consultation de suivi de grossesse ?	Importance du sujet dans le service ? dans la consultation ?, case à cocher dans le dossier ? possibilité de documentation ? rdv disponibles ?
Une définition de l'EPP Je souhaiterais maintenant vous interroger sur le sujet plus précis de l'EPP.	
Pouvez-vous me donner les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « entretien prénatal précoce » ?	
Selon vous comment et quand doit-il être introduit en consultation ?	
Je vais maintenant vous donner 2 affirmations validées : Quelles explications leur donnez-vous ?	
En 2016, 29.1% de femmes ont bénéficié d'un EPP	
En 2015, 33.8% déclarent ne pas avoir été informées de l'existence de l'EPP	
Les facteurs de vulnérabilités de la HAS Il existe des facteurs de vulnérabilités mis en avant par l'HAS, mis à disposition des professionnels.	
ATCD obstétricaux mal vécus	
Violences domestiques	
Stress	
Anxiété	
Trouble du sommeil	
Episode dépressif	

Dépendance ou addiction	
Précarité	
Risque social	
Naissance à haut risque psycho-affectif	
Description et analyse des facteurs	
Comme ce sont des termes très larges, je vous propose de discuter de chacun d'entre eux individuellement	
Comment définissez-vous chacun de ces termes?	Qu'est ce que cela signifie pour vous : « avoir un risque de violences, stress... »
Comment percevez-vous ces termes en tant que sage –femme ? Comment les comprenez-vous ? Quelle importance leur donnez-vous dans votre PEC des couples ?	Que vous évoquent-ils ? Une PEC particulière ? Certains sont-ils inutiles, inappropriés au domaine de la maïeutique?
Si dans le dossier de la maternité vous aviez à cocher oui/non en face de chaque facteur de vulnérabilités ? Comment pouvez-vous repérer des facteurs de vulnérabilités ?	Avez-vous associé des « signes, phrases, gestes, attitudes à certains facteurs de vulnérabilités ? »
La proposition de l'EPP	
Qu'est ce qui vous incite à proposer de façon plus « appuyée » un EPP à une femme ? Y-a-t-il des questions que vous posez systématiquement aux femmes ? Y-a-t-il des éléments auxquels vous faites particulièrement attention dans vos consultations ?	Sont-ils associés à votre proposition de l'EPP? Pourquoi ? Servent-ils à sélectionner les femmes ? Utilise-t-elle d'autres facteurs ? Pourquoi ?
Avez-vous la liberté d'orienter toutes les femmes comme vous le souhaitez? Avez-vous besoin de faire des choix? Pensez-vous orientez de façon efficace ?	
Le professionnel	
Rapidement pour finir et pour me permettre de mieux comprendre votre témoignage	
Age Année de diplôme Formation continue ? Formation spécialisée ? Expérience professionnelle ?	

Je vous présente maintenant une vignette clinique :

Mme H, 22 ans, est arrivée en France, il y a un an. Elle vient d'avoir son visa français. Elle parle très peu le français et vient accompagnée de son mari pour aider à la traduction. Elle a déjà déplacé deux fois le rendez-vous car son mari avait un empêchement et ne pouvait pas l'accompagner. Monsieur a déjà deux enfants vivant une semaine sur 2 au domicile. Elle était couturière dans son pays.
C'est un premier enfant. Vous la voyez pour sa première consultation à 20 SA.

Annexe II : Aide à l'entretien

Au cours de cet entretien, une série de questions vous seront posées de façon systématique pour 10 sujets.

- 1- ATCD obstétricaux mal vécus
- 2- Violences domestiques
- 3- Stress
- 4- Anxiété
- 5- Trouble du sommeil
- 6- Episodes dépressifs
- 7- Dépendance ou addiction
- 8- Précarité
- 9- Risque social
- 10- Naissance à haut risque psycho-affectif

Pour faciliter la tenue de l'entretien, voici la trame des questions sur chaque thème :

Réflexion 1 : De façon générale

Comment définissez-vous chacun de ces termes?

Réflexion 2 : En vous replaçant en tant que sage-femme

Comment percevez-vous ces termes en tant que sage-femme ? Comment les comprenez-vous ?

Quelle importance leur donnez-vous dans votre prise en charge des couples ?

Réflexion 3 :

Si vous aviez à cocher dans le dossier de la maternité oui ou non pour chaque facteur de vulnérabilités, que mettriez-vous en place ? Vous sentiriez-vous légitime ?

Annexe III : Récapitulatifs des entretiens

Informations descriptives des entretiens

code entretien	Sexe	Année de diplôme	maternité	lieu d'entretien	durée	Formations supplémentaires
EN01	F	2008	B	Box	1h03	Addictologie, Acupuncture
EN02	F	2014	A	Au domicile	1h31	Acupuncture
EN03	F	2000	A	Salle de staff	1h08	Violences faites aux femmes
EN04	F	1990	A	Au domicile	1h41	Echographie, Violence
EN05	F	2007	A	Box	1h30	Formation initiale
EN06	F	1997	B	Salle isolée	2h15	Echographie, Violence
EN07	F	2002	A	Box	1h00	EPP, Addictologie, Acupuncture
EN08	F	2009	B	Box	0h30	Echographie
EN09	F	ND	B	Box	0h30	EPP/ Echographie
EN10	M	2015	B	Box	0h30	Echographie

Synthèse des conditions d'enquête

Nb de SF contactées	27
Nb de réponses totales	21
- réponses négatives	2
- réponses positives sans avoir pu fixer de date d'entretien	9
- réponses positives avec entretien fixé	10
Nb d'entretiens total	10
- réalisé en visio-conférence	3
- réalisé en présentiel	7
- au sein de la maternité A	5
- au sein de la maternité B	5
Durée moyenne des entretiens	1h16

Annexe IV : Comparaison des deux maternités

Comparaison des services proposés par les deux maternités de l'étude

	Maternité A	Maternité B
PNP	Oui	Non
Séance d'information mensuelle	Oui (1 spécifique père)	Oui
Consultations d'acupuncture	Oui	Oui
Consultations d'aide au sevrage tabagique	Oui	Consultation addictologie générale
Consultations de diététique	Diabétologie générale (non spécifique à la grossesse)	Oui
Consultations de psychologues / pédopsychiatres	Oui	Oui
EPP réalisé par une sage-femme	Oui	Oui
Échographies, diagnostic anténatal	Echographie de référence associée à des consultations de diagnostique anténatal.	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN)*
Lactation	Non	Consultation lactation pré et post-natale

* Les spécialités de diagnostic de la maternité B ne peuvent être détaillées sans risque de lever l'anonymat.

Annexe V : Tableaux d'analyse des entretiens

Extrait d'analyse linéaire du facteur de vulnérabilité « violence domestique »

	difficultés	question systématique	question posée	définition	attitudes	prise en charge	freins
EN01	"c'est un sujet encore difficilement abordé"	"Uniquement sur signe d'appels"	"comment ça se passe à la maison ?"	Attention à ne pas oublier la violence psychique	triste, fermée sous emprise, peur dans le regard, conjoint qui répond à toutes les questions	Orientation directe dès dépistage.	"Si on pose la question et qu'on n'a aucune réponse à donner, aucune orientation, c'est ce qui met un peu en difficultés."
EN04	"ce n'est pas pour ça qu'on les dépiste toutes"	"pour le coup chaque fois je leur demande"	"avez vous déjà eu l'occasion de consulter un psychologue ou psychiatre ?" "avez vous déjà subis des violences physiques ou morales au cours de votre vie ?"	se passe à la maison/ personne avec qui elle vit	souvent aux urgences; description de la relation dans le couple, vaginisme	EPP obligatoire. Puis psy ou AS	" quand elles sont seules elles parlent plus"
EN07	"toujours très délicat encore aujourd'hui"	"ce n'est pas la question que je pose systématiquement"	"est ce qu'elle est avec le papa et s'ils habitent ensemble ? " "et alors il est content de l'arrivée du bébé ?"		S'il y a une petite hésitation, une petite pause ou si ce n'est pas spontané	je pense que pour le coup là ça a vraiment été un bon boulot parce qu'il y a vraiment eu tout ce processus et du coup elle a été voir l'AS.	en couple: abordé différemment. Mais pas du côté de la sage femme mais de la femme. Considère qu'en couple les femmes ne disent pas forcément les choses.
...							

Extrait de la lecture verticale du facteur de vulnérabilité « épisode dépressif »

Dépistage (nb/10)	Simple	Complicqué	question systématique	questions posées	Définition
épisodes dépressifs passés	10/10	0/10	10/10	questionnaires " est ce que vous avez déjà été suivie par un psychiatre ou psychologue ?" " avez vous déjà eu des antécédents de dépression, d'anorexie, boulimie, trouble dans l'enfance ? "avez vous déjà consulté un psychiatre ou psychologue?", "avez vous déjà été mise sous traitement par votre médecin traitant?" « est ce que vous avez déjà vu un psychologue/ psychiatre ? »« pourquoi ? le voyez-vous toujours ? " est ce que vous avez déjà consulté un psychiatre ou psychologue et pour quelles raisons ?"	antécédents de dépression, consultation psychologue/psychiatre, traitement, boulimie, anorexie
				est ce que vous avez déjà été suivie en ville ? Pourquoi? Combien de temps ? est ce qu'il y a eu un traitement et pourquoi ?	

Annexe VI : Recommandations HAS

Encadré 2. Conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien individuel ou en couple

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète)
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées
- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé
- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social

Encadré 3. Principaux thèmes à aborder lors de l'entretien individuel ou en couple

- « Qui est la femme enceinte, le couple »
- « Ce que la femme vit et a vécu »
- « Ce qu'elle ressent »
- « Ce qu'elle fait »
- « Ce qu'elle sait »
- « Ce qu'elle croit »
- « Se sent-elle menacée et par quoi »
- « Ce dont elle a envie »
- « Ce qu'elle veut connaître et apprendre »
- « Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »

Encadré 4. Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité

► Définition de la vulnérabilité

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

► Principaux facteurs de vulnérabilité

- *Les antécédents obstétricaux mal vécus* : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
- *Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple* : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
- *La violence domestique*, en particulier conjugale.
- *Le stress* traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- *L'anxiété* est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- *Les troubles du sommeil du début de grossesse* peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- *Un épisode dépressif durant la grossesse* se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
- *La dépression du post-partum* est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du *post-partum* où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.
- *La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)* entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- *La précarité* est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- *Le risque social* est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- *La naissance à haut risque psycho-affectif* après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

Annexe VII : Equation personnelle

Dans le cadre de mon mémoire, avant même de commencer à rédiger ma méthodologie, il a fallu que je rédige mon équation personnelle. Dans ce texte, je devais mettre à plat toute ma subjectivité et stéréotypes afin d'être la plus objective possible et pour limiter au maximum les biais.

Pour commencer, je m'appelle Mathilde et suis étudiante Sage-Femme. Lorsque des personnes apprennent ma future profession, elles ne l'oublient pas. En tant qu'étudiante, je m'aperçois déjà qu'être Sage-Femme libère la parole autour de la naissance, aussi bien pour les femmes que les hommes. J'ai 21 ans, célibataire et sans enfant et, pourtant, des amis, des proches connaissances m'ont déjà confié des choses très personnelles, comme si la parole d'une sage-femme même étudiante avait une certaine valeur.

Lorsque j'ai souhaité devenir sage-femme, j'étais jeune et même trop jeune pour espérer que cela se réalise. Je n'avais de la vision de sage-femme que celle qui fait accoucher. Et puis, j'ai découvert réellement ce qu'était ce métier et toutes les opportunités qu'il offrait. Plus j'avance dans mes études et plus je me questionne sur la sage-femme que je vais devenir ou du moins celle que j'aimerais devenir. Je parle souvent d'exercer en tant que Sage-Femme libérale en milieu rural pour permettre aux femmes enceintes de vivre plus sereinement leur grossesse en leur évitant notamment les heures de trajet pour aller jusqu'à la maternité. Au-delà de nos connaissances techniques, j'ai constaté que le côté humain était très important. L'accompagnement des femmes et du couple dans la grossesse jusqu'à l'accouchement me semble en effet un élément essentiel.

En stage en consultations, j'ai été surprise et mal à l'aise de la rapidité des consultations. Juste le temps de dire bonjour, d'examiner et de dire au revoir. Peut-on encore parler d'accompagnement dans ces conditions? En effet, les femmes ne considèrent pas la sage-femme comme un médecin et ne souhaitent donc pas avoir uniquement qu'une consultation médicale.

Dans la plupart des consultations auxquelles j'ai assistées, la PNP et encore plus l'EPP n'étaient pas vraiment abordés et lorsqu'ils l'étaient, les primipares étaient

majoritairement concernées. Il m'est arrivé de poser la question en consultation : Pourquoi avez-vous directement coché la case « non » pour la question préparation à la naissance et EPP ? Et avoir eu comme réponse... Parce que ça se voit qu'elle ne s'y rendra pas ! Je ne peux pas généraliser ces réponses à tous les professionnels mais cela m'a quand même questionnée sur la façon dont les femmes étaient orientées. Est-il possible que malgré nous certains préjugés limitent notre appréciation de la situation ? Il est évident que la réalité de la consultation, entre 15 et 20 minutes, rend difficile la possibilité de s'entretenir avec le couple pour percevoir ses besoins. Bien sûr, il existe les entretiens précoces mais ceux-ci ne sont pas toujours proposés. J'ai eu l'impression que la question de la PNP n'était envisagée qu'avec les femmes qui nous semblaient aptes à s'y rendre.

Mais est-il possible dans un accompagnement personnalisé de se limiter à ce que la femme nous renvoie comme image ? Il y a aujourd'hui une multitude de PNP mais je me questionne sur les véritables connaissances des professionnels. En tant qu'étudiante, moi-même, je me rends compte qu'avant de commencer mes recherches, je ne connaissais pas toutes les modalités des différentes PNP et ce qu'elles pouvaient apporter à chaque femme. Très peu de professionnels en consultations réalisent eux aussi des cours de PNP. Peut-être ne se sentent-ils pas légitimes pour en parler ou pour orienter des femmes ? Peut-être utilisent-ils des stéréotypes pour essayer de correspondre au plus grand nombre de femmes ?

Toutes ces interrogations renforcent mon cheminement vers la sage-femme en devenir que je suis. Comment pourrais-je accompagner au mieux les femmes en répondant à leur besoin et à leur interrogation ?

Rédigée le 15 octobre 2020