

**Utilité et conditions d'applicabilité
d'un guide d'entretien
dans le cadre
du suivi de la femme enceinte**

**Rapport final
présenté au Comité Scientifique de l'ONE
le 16 juin 2006**

APES-ULg

**G. Absil
E. Caspers
C. Vandoorne**

Ecole de santé Publique de
l'Université de Liège
sart Tilman B23 4000 Liège
Belgique
t : 32 (0) 4 366 28 97
f : 32 (0) 4.366.28.89
www.apes.be ,
stes.apes@ulg.ac.be

APALEM

**M.E. Denis
V. Masson
Prof. J.-M. Foidart**

Aide et Prévention Anténatale
Liégeoise de l'Enfance Maltraitée
CHR la Citadelle
Bld du 12° de Ligne 1
4000 Liège
Belgique
t: 04/225.65.10
f : 04/224.03.61

Au terme de ce travail intensif et passionnant, nous tenons à remercier l'ONE de nous avoir confié cette mission d'évaluation, ainsi que les membres du Comité d'accompagnement pour leur aide logistique et pour leur précieuse participation à la réflexion.

Nous remercions toutes les personnes, professionnels et futures mamans, qui ont accepté d'apporter leurs expertises et de dévoiler leur vécu, souvent avec beaucoup d'empathie ; qui ont partagé avec nous leurs analyses de la situation actuelle comme de ce projet d'entretien.

Nous remercions spécialement, les Comité subrégionaux, toujours présents pour nous épauler dans nos recherches d'information et de locaux, ainsi que toutes les personnes qui nous ont ouvert leurs portes dans les consultations prénatales et accueilli chaleureusement.

Chacune de ces rencontres individuelles ou collectives s'est révélée un moment d'humanité unique et enrichissant. Nous espérons avoir mené à bien cette étude dans le respect des personnes rencontrées. Qu'ils nous pardonnent si, malgré toute notre attention, certains propos ont été oubliés ou mal interprétés,... Qu'ils n'hésitent pas à s'approprier les éléments de réflexion et de prise de recul que nous leur présentons ici, afin d'affronter de nouveaux défis.

Les équipes de l'APES-ULg et de l'APALEM

A. Introduction

B. Historique de la recherche

1. Compétences respectives et apports mutuels	9
2. Cahier des charges	9
3. Questions de recherche	10
4. Protocole proposé	12
• Par l'APES-ULg	
• Par l'APALEM	
5. Adaptations du protocole	14
• A l'APES-ULg	
• A l'APALEM	

C. Méthodes de collecte et d'analyse des données

1. Choisir les informateurs	15
1.1. Les informateurs en Communauté française de Belgique	
• Les professionnels	
• Les femmes enceintes	
1.2. Les informateurs sur le site de Liège	
2. Recueillir les données	17
2.1. Les groupes focalisés	
2.2. Les entretiens individuels ouverts	
2.3. L'approche ethnographique	
2.4. Les entretiens semi-structurés	
2.5. Veiller aux croisements entre les deux volets de la recherche	
3. Analyser les informations	19
3.1. Créer les codes	
3.2. Faire évoluer les codes	

D. Résultats par question de recherche

1. CE QUE LES PROFESSIONNELS OBSERVENT (VOIENT, ENTENDENT) ET JUGENT SIGNIFICATIF POUR ÉVALUER LA SITUATION	23
1.1. Questions et sources	23
1.2. Quelles sont les questions que les professionnels souhaiteraient poser pour être au clair sur une situation de grossesse ?	23
<ul style="list-style-type: none"> • L'avis des professionnels sur les items manquants dans la grille de l'APALEM • L'avis des TMS du groupe focalisé • Les contenus privilégiés par les professionnels de Liège 	
1.3. Quels sont les sujets que les professionnels estiment pouvoir aborder avec la future mère ou avec les parents ?	32
<ul style="list-style-type: none"> • Le point de vue des professionnels • Le point de vue des mamans 	
1.4. Les concordances et les discordances entre les publics	34
1.5. Conclusions	35
2. LES « MOMENTS » OÙ LES PROFESSIONNELS SONT EN POSITION DE PRATIQUER L'« ENTRETIEN-ACTION »	36
2.1. Questions et sources	36
2.2. Quels sont les signes qui conduiraient à l'utilisation de l'« entretien-action » ?	36
<ul style="list-style-type: none"> • L'avis des TMS du groupe focalisé • L'avis des professionnels de Liège 	
2.3. Comment les professionnels construisent-ils « naturellement » leur analyse de la situation ?	37
<ul style="list-style-type: none"> • Une analyse écologique de la situation • La conception du temps 	
2.4. Quel est le cadre de l'entretien ?	40
<ul style="list-style-type: none"> • Les prémisses des professionnels / des mamans • A domicile ou en consultation : point de vue des professionnels des mamans • Un contrat de confiance : point de vue des professionnels/point de vue des mamans 	
2.6. Les concordances et les discordances entre les publics	51
2.7. Conclusions	51

3. QUELS PROFESSIONNELS POURRAIENT REALISER CET ENTRETIEN ?	54
3.1. Questions et sources	54
3.2. Quels sont les acteurs de la périnatalité qui pourront utiliser cette méthode ?	54
3.3. Les professionnels de périnatalité sont-ils tous en position favorable pour conduire un « entretien-action » ?	56
3.4. À quelles conditions pourront-ils utiliser l'« entretien-action »?	59
3.5. Les concordances et les discordances entre les publics	60
3.6. Conclusions	60
4. COMMENT SONT ORGANISÉS LA FORMALISATION, LE PARTAGE ET LA SYNTHÈSE DES INFORMATIONS RECUEILLIES ?	66
4.1. Questions et sources	62
4.2. Comment les informations peuvent-elles être partagées avec l'ensemble de l'équipe	62
• Améliorer la certitude de l'information, « asseoir le jugement »	
• Secret professionnel	
• Temps du partage	
• Procédure de formalisation et de fixation	
• Des intervenants sociaux et des relais	
• Renouer avec les consultations privées	
• Activer le réseau	
4.3. Les concordances et les discordances entre les publics	72
4.4. Conclusions	72

5. L'INTÉGRATION DE L'« ENTRETIEN-ACTION » DANS UNE DÉMARCHE DE SUIVI	74
5.1. Questions et sources	74
5.2. Les « entretiens-action » seront-ils des méthodes « one shot » au quatrième mois de grossesse ?	74
• Le point de vue des professionnels	
• Le point de vue des mamans	
5.3. Les concordances et les discordances entre les publics	78
5.4. Conclusions	78
6. LA PARTICIPATION DES FUTURES MÈRES	79
6.1. Questions et sources	79
6.2. Comment permettre aux futures mères de participer à la construction de l'outil ?	79
6.3. De quoi aimeraient-elles parler pour décrire leur situation aux professionnels ?	79
6.4. Quelles informations peuvent-elles récolter en routine dans leur quotidien ?	80
6.5. L'intégration du carnet de la mère dans cette démarche pourrait-elle favoriser l'entretien ?	81
6.6. Les concordances et les discordances entre les publics	81
6.7. Conclusions	82

E. Conclusions

Introduction	83
1. Les pratiques actuelles fondatrices d'un entretien au 4^e mois	83
2. Des points qui nécessitent réflexion	86
3. Des profils d'entretien au 4^e mois	88
Intérêts et limites de cette étude	89

F. Bibliographie

G. Annexes

1. Guide d'entretien utilisé par l'APALEM	
2. Guide d'entretien utilisé par l'APES-ULg	95

Liste des tableaux

Tableau 1 : les mots clefs des entretiens	22
Tableau 2 : les éléments manquants dans la grille de réflexion de l'APALEM	24
Tableau 3 : items problématiques dans la grille de réflexion	25
Tableau 4 : l'appréciation de l'utilité des items de la grille de réflexion	26
Tableau 5 : le cadre privilégié de l'entretien	46
Tableau 6 : les professionnels en position de réaliser l'entretien	57
Tableau 7 : les compétences des professionnels	58
Tableau 8 : l'accord parental.	65
Tableau 9 : la transmission de l'information entre les professionnels	68
Tableau 10 : l'activation du réseau	70
Tableau 11 : le moment de l'entretien	76

A. Introduction

« Eux aussi, eux particulièrement, n'ont que le pouvoir de porter un jugement. Les faits leur arrivent déjà découpés par une observation qui n'est pas la leur. Sur ce que d'autres, les médecins, ont déjà déterminé, il ne leur reste que d'ajouter un sens dont ils disent, au nom de connaissances transmises, qu'il est la vérité. Mais puisqu'en réalité une vérité est déjà posée par la présentation même des faits, il leur faut ajuster leur vérité à celle qui leur est imposée¹ ». Ce que M. de Certeau développe dans son livre est justement la circulation des informations entre des spécialistes. Certes il s'agit ici d'un cas de possession au 17^e siècle. Pour comprendre et diagnostiquer de manière juste, pour poser un jugement raisonné, les spécialistes vont se succéder, dialoguer et, parfois, télescoper des univers de sens tous légitimes mais qui ne s'accordent pas aisément. « It is only by considering the collective sum of all of our specialized vision that we can consider ourselves the most acute observers in man's history² »

« L'entretien au 4^e mois », voilà un concept dont les contours se dessinaient dans le miroir d'un projet français. La réponse conjointe de l'APES-ULg et de l'APALEM à l'appel de l'ONE, proposait de concrétiser cette idée à partir d'entretiens, de rencontres avec les professionnels et les futures mamans. « Au fait, c'est quoi l'entretien au 4^e mois ? ». Cette question, la plupart des professionnels et des mamans nous l'ont posée. Que pouvait bien recouvrir concrètement cette appellation ? C'était nous retourner la question de recherche. La lecture du projet du Docteur F. Molénat, pédopsychiatre, établirait *mutatis mutandis* la définition suivante : « L'entretien au 4^e mois s'adresse à chaque femme enceinte ou couple. Il doit s'adapter aux besoins spécifiques des femmes, dont c'est ou non la première grossesse, mais s'appuyant plus, pour les adolescentes, les femmes venant de pays étrangers, des femmes en situation de précarité, en difficultés sociales, familiales et même médicales. Ces entretiens concernent l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité et susceptibles d'intervenir de manière coordonnée autour des femmes et de leur famille. La continuité et la cohérence du suivi autour de la femme enceinte impliquent une évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau entre les différents acteurs concernés ».

A propos de ces entretiens au 4^e mois, nous avons quelques idées issues de nos pratiques, de nos lectures et des rencontres avec le Comité d'Accompagnement de l'ONE. Ces idées formaient un contour indéfini, de nombreuses possibilités semblaient ouvertes. Permettre un choix entre ces possibilités est un des objectifs de cette recherche. Les idées ont été transformées en questions de recherches, en hypothèses testées auprès des professionnels et des femmes enceintes.

L'entretien au 4^e mois étant une idée à tester auprès des participants à l'enquête, nous avons pris le parti d'investiguer leur pratiques actuelles et leurs projections, pour les confronter ensuite avec nos hypothèses *a priori* sur l'orientation cet entretien. En effet, les rencontres entre l'APES-ULg, l'APALEM et le Comité d'Accompagnement ont permis un véritable travail partagé de construction collective de l'image de ce projet qu'est « l'entretien au 4^e mois ».

¹ M. de CERTEAU, *La possession de Loudun*, édition revue par Luce Girard, Folio Histoire, n° 139, Gallimard/Juliard, 2005, p. 268. (première édition, 1970).

² COLLIER J. et COLLIER M., *Visual anthropology. Photography as a research method*, University of Mexico, Alburque, 1986 (première édition 1967), p. 6.

B. Historique de la recherche

1. Compétences respectives et apports mutuels

La complémentarité entre les deux équipes engagées dans cette recherche s'est construite au fil des rencontres et des échanges. Les premières rencontres ont permis de mieux cerner les questions de recherches. Ensuite, ces rencontres se sont focalisées sur la méthodologie de recueil des données en lien avec l'analyse (toujours selon une méthode compréhensive). Enfin, la méthodologie d'analyse a été affinée et arrêtée. Cette dernière représente environ trois cinquièmes des rencontres. A ces rencontres s'ajoutent de nombreux contacts téléphoniques et échanges d'emails.

L'APALEM a mis à disposition de cette recherche une chercheuse à temps plein, accoucheuse de profession. Elle a apporté sa connaissance du terrain (structures et acteurs) et des problématiques. L'APALEM a soutenu l'APES-ULg pour constituer les listes de professionnels en fournissant les coordonnées de personnes de référence parmi les sages-femmes, les gynécologues et les consultations prénatales de quartier de Liège. Les compétences et l'expérience médicale de cette équipe ont apporté des précisions aux questions de recherche. Enfin, l'analyse des données a été facilitée par sa connaissance du vocabulaire professionnel et de la culture des informateurs. L'APALEM a été pour l'APES-ULg, ce que l'anthropologie appelle un informateur privilégié, c'est-à-dire un référent déjà installé dans le terrain et qui y introduit le chercheur.

L'APES-ULg a mis à disposition de cette étude, en principal, un anthropologue spécialisé dans le recueil et l'analyse de données qualitatives. Celui-ci a été entouré par des chercheurs de l'équipe spécialisés dans les approches participatives, caractéristiques de la promotion de la santé. Forte de ces compétences, l'APES-ULg est devenu le référent méthodologique de cette étude et y a en outre introduit le volet relatif à la parole des futures mères. L'APES-ULg a accompagné les chercheurs de l'APALEM dans leur démarche afin d'assurer la cohérence et la validité des données recueillies.

La complémentarité entre les deux équipes a abouti à l'idée de la rédaction d'un seul rapport afin que les connaissances et les compétences puissent se croiser dans la présentation et la discussion des résultats.

2. Cahier des charges

L'appel d'offre de l'ONE fixait à l'étude les objectifs et balises méthodologiques suivants :
« *Tester l'utilité et les conditions d'applicabilité d'un guide d'entretien à utiliser lors du 4^e mois de grossesse dans le but d'instaurer un dialogue avec les futures mères (ou les futures parents) et d'évaluer les facteurs de risques (ou les préoccupations) en vue d'adapter le suivi aux différentes situations et en particulier celles qui nécessitent un soutien particulier.*

Une enquête participative devrait être menée auprès des «équipes médicales (médecins, TM.S., sages-femmes) et auprès des futurs parents.

Les recommandations issues de la recherche devront s'intégrer dans le contexte institutionnel de l'ONE ce qui suppose une collaboration étroite avec le groupe de travail sur le suivi prénatal. »

Par ailleurs, l'accent était placé sur la prise en compte dans cet entretien de critères médicaux, sociaux et psychologiques, sur l'attention aux populations socialement plus défavorisées que la moyenne tout en n'excluant pas le public tout venant, sur l'approche pluridisciplinaire.

En réponse à ce cahier des charges, les questions ont été reformulées de la manière suivante. Ces questions ont constitué les premiers jalons de notre réflexion.

Quels pourraient être les objectifs spécifiques fixés à ce type d'outil d'intervention ?

Il semble nécessaire d'ouvrir un espace de communication propice à assurer/renforcer le lien entre des futures mamans et des équipes de professionnels, ainsi qu'entre les professionnels eux-mêmes. Somme toute, l'entretien est envisagé comme un outil de communication au sens où :

- il supporte le lien (le dialogue),
- il permet un échange d'informations,
- il facilite l'accès à des informations délicates (consommation d'alcool, situations de toxicomanies, situations familiales difficiles ou maltraitantes, réseau de soutien, etc),
- il favorise une prise en compte intégrée des déterminants/facteurs de risques dans leurs dimensions biologiques, psychologiques et sociales.

Bien que l'on parle d'entretien, la recherche devra rester attentive à envisager la faisabilité de démarches plus larges qu'un entretien réalisé en une fois au cours d'une consultation à une période définie. En effet, en raison de son caractère intime ou délicat, nombre de sujets nécessitent une mise en confiance. Or, cet entretien doit-il sans doute être considéré comme le premier pas d'un cycle d'interactions qui seront intimement mêlées aux procédures de suivi mises en place. Ainsi, les visites à domiciles sont évoquées par plusieurs expériences et propositions. On parlera donc, dans le texte qui suit, d'« entretien-action ».

En lien avec le point précédent, il importe de distinguer les conditions, la praticabilité et l'intérêt d'un tel « entretien-action » selon que les professionnels travaillent plus ou moins intensivement en réseau, en staff interprofessionnel ou en faisant appel à des référents.

Enfin, on ne peut occulter la question de l'acceptabilité de ce type de démarche par les patients/usagers des consultations, qui peuvent percevoir celles-ci comme une intrusion dans leur vie personnelle et leur intimité, ou se sentir « menacés » par le réseau de professionnels qui s'organise autour d'eux.

3. Questions de recherche

1. Ce que les professionnels observent (voient et entendent) et jugent significatif pour évaluer la situation.

Quelles sont les questions que les professionnels souhaiteraient poser pour être au clair sur une situation de grossesse ? Quels sont les sujets qu'ils estiment pouvoir aborder avec la future mère ou avec les parents ?

2. Les « moments » où les professionnels sont en position de pratiquer l'«entretien-action»
*Quels sont les signes qui conduiraient à l'utilisation de l'« entretien-action » ?
Comment les professionnels construisent-ils « naturellement » leur analyse de la situation ?
L'« entretien-action » doit-il être un outil à destination de tous ou bien être utilisé en fonction de l'opportunité d'une situation ?
Cette méthode trouvera-t-elle sa place dans leur pratique professionnelle ?
Cette pratique sera-t-elle une perte de temps et d'argent ?*
3. Comment les observations peuvent-elles être formalisées ?
*Comment formaliser les résultats ?
Quels sont les acteurs de la prénatalité qui pourront utiliser cette méthode ?
À quelles conditions pourront-ils l'utiliser ? Faudra-t-il prévoir une formation ou un guide avant de généraliser l'utilisation de cet outil ?*
4. Comment sont organisés le partage et la synthèse des informations recueillies dans les réseaux de professionnels?
Comment les informations recueillies lors d'un « entretien-action » peuvent-elles être partagées avec l'ensemble de l'équipe ?
5. Les pratiques existantes d'entretien
Quelles sont les pratiques d'entretien qui existent déjà au sein des équipes ? Ces pratiques pourront-elles être réorientées, formalisées dans un outil de type « entretien-action » ?
6. L'intégration de l'entretien action dans une démarche de suivi
*Les « entretiens-action » seront-ils des méthodes « one shot » au 4^e mois de grossesse ?
Ne serait-il pas intéressant de les utiliser pour assurer la qualité du suivi tout long de la grossesse ? Les visites à domicile sont-elles un outil intéressant et réaliste pour pratiquer ce suivi ?*
7. La participation des futures mères
*Comment permettre aux futures mères de participer à la construction de l'outil ?
Quelles sont les questions auxquelles elles souhaitent répondre ?
De quoi aimeraient-elles parler pour décrire leur situation aux professionnels ?
Quelles informations peuvent-elles récolter en routine, dans leur quotidien, qui à la fois répondent à des critères pour les « équipes médicales », et permettent un processus d'apprentissage/régulation pour les parents ?
Le carnet de la mère pourrait-il être intégré dans cette démarche pour favoriser l'entretien ?*

4. Protocole proposé

Il était prévu que les réponses à ces questions de recherche soient construites de manière participative et inductive, sur base de deux types d'investigations.

- **D'un côté, l'équipe de l'APES ULg** réalisait des entretiens de groupe exploratoires auprès d'un échantillon de professionnels travaillant dans le cadre des consultations prénatales de l'ONE sur l'ensemble de la Communauté française. Ces entretiens devaient faire émerger leurs pratiques actuelles, afin de clarifier dans quel contexte un entretien au 4^e mois devrait s'implanter.

Cette recherche prévoyait de mêler plusieurs variantes de « l'entretien », ce, en fonction des personnes rencontrées.

Enquête auprès des « équipes médicales »

Il apparaissait pertinent de rencontrer les professionnels lors de groupes focalisés. Ainsi, les échanges entre professionnels devaient favoriser la richesse des informations sur les pratiques et perspectives professionnelles. La méthodologie des groupes focalisés nécessitait cependant que les groupes soient homogènes, c'est-à-dire qu'il fallait veiller à ne pas mélanger des personnes ayant différents statuts ou différentes fonctions, ceci afin d'assurer les conditions d'un confort de parole. Était donc prévue l'organisation d'au moins trois groupes parmi les professionnels, un par corps de métier.

En outre les entretiens devaient être organisé en deux temps :

- trois groupes pour des entretiens exploratoires,
- trois autres groupes pour des entretiens de validation.

Les entretiens exploratoires avaient comme objectif d'interroger les participants sur :

- leurs pratiques actuelles de l'entretien lors des consultations prénatales,
- ce qu'ils peuvent observer (voir et entendre),
- dans quelles conditions,
- auprès de qui,
- comment ils peuvent rendre en compte, de manière structurée, leurs observations pour assurer un suivi.

Le guide d'entretien incluait des questions thématiques et des questions de relance. Les thèmes du guide d'entretien étaient transversaux à toutes les professions médicales, mais les questions elles-mêmes devaient être adaptées à la spécificité des professions si nécessaire.

Les entretiens de validation devaient se fonder sur les résultats de l'analyse des trois entretiens exploratoires auprès des professionnels et de la dizaine d'entretiens individuels avec les futures mères. Il s'agissait ici de valider et d'enrichir l'analyse. Cette procédure accentuerait la validité de l'analyse en créant des croisements entre les résultats issus des divers profils de participants à l'enquête, et renforcerait la représentativité des informations retenues *in fine*.

Historique de la recherche

Les entretiens exploratoires seraient enregistrés, retranscrits, puis feraient l'objet d'une analyse de contenu. L'analyse devait tabler sur l'émergence de l'existant (ce qui se fait déjà), afin de formuler des propositions s'intégrant dans la pratique professionnelle ou de dégager ce qui, avec un minimum d'efforts ou de perturbation du travail, pourrait être mis en place. Les entretiens de validation devraient aboutir à une estimation quantifiée du niveau d'accord sur les différentes informations/propositions

Enquête auprès des « parents »

L'équipe de l'APES souhaitait privilégier l'interview de mères « tout venant » et recrutées par le biais de consultations volontaires, dans le but de faire émerger leur perception de ce type d'entretien, leur adhésion à celui-ci. Il s'agissait aussi de recueillir leurs représentations par rapport aux réseaux de professionnels qui cherchent à les connaître et à s'organiser pour leur apporter un soutien.

A priori, il semblait plus approprié de rencontrer les futures mères en entretien individuel, en fonction de leur disponibilité. Un travail en groupe n'était pas souhaitable, compte tenu du fait qu'il s'agit pour une large part de « personnes précarisées » (comme décrit dans le document : primo arrivants, mères toxicomanes, mères adolescentes etc.).

Articulation prévue des entretiens exploratoires et des entretiens de validation.

Mois 2 (I/II/III/IV) – 3 (I/II)		Mois 3(I/II)		Mois 3 (III/IV) et 4 (I/II)
15 entretiens individuels avec les mères.	3 entretiens exploratoires avec les professionnels	15 entretiens individuels avec les mères.	Analyse transversale des entretiens exploratoires et des entretiens individuels	Entretiens de validation de l'analyse transversale avec les professionnels.

De l'autre côté, le chercheur de l'APALEM devait rencontrer, en entretien individuel, des professionnels appartenant au réseau liégeois. L'objectif de ces rencontres était de définir comment ils intégreraient ou pourraient intégrer dans leur pratique, la collecte des informations nécessaires afin d'identifier des vulnérabilités telles que mises en évidence dans la grille de réflexion mise au point par l'APALEM. En effet, au-delà de l'utilisation de cette grille comme outil, l'APALEM valorise surtout les démarches de dialogue et de réflexion qui entourent celle-ci. Cette grille de réflexion fournit des balises, sert de cadre de référence pour les interventions concertées des professionnels.

Les questions de recherche citées précédemment seraient adaptées et porteraient sur les points suivants :

- Adéquation de l'entretien :
 - Comment créer un espace :
 - où la femme et le couple peuvent se confier, sans jugement ;
 - où le professionnel est respecté, encadré et susceptible de gérer la « violence » des confidences ;
 - Quelle stratégie adopter afin d'aider au mieux la famille,... ?

- Adéquation de la grille de réflexion :
 - sur le contenu (nature et formulation des questions à poser lors de l'entretien)
 - sur la période (existe-t-il un moment plus favorable à ce type d'entretien ?)
 - sur les conditions de son utilisation (nécessité d'harmoniser ?)

- Identification du réseau de professionnels
 - sur l'identification personnalisée des référents de toutes les disciplines impliquées ;
 - sur le registre des collaborations pour construire le réseau de soutien aux familles en difficulté ;
 - sur le besoin de structuration des transmissions d'informations en interne et en externe ;

Le chercheur de l'APALEM adresserait un questionnaire dirigé aux obstétriciens (n=5), néonatalogues (n=5), pédiatres hospitaliers (n=5), médecins de famille (n=5), infirmières en périnatalité (n=5), accoucheuses (n=5), infirmières et assistantes sociales (TMS) (n=5), psychologues (n=5), intervenants des mondes associatif et institutionnel (partenaires de l'APALEM) (n=5).

5. Adaptations du protocole

La planification de la recherche – décrite dans le cahier des charges - a été modifiée en cours de route, avec l'accord du Comité d'Accompagnement, essentiellement pour tenir compte de la disponibilité des professionnels.

Ainsi les gynécologues se sont montrés, pour la plupart, peu intéressés à participer directement à cette phase préliminaire de l'enquête. Ni le groupe focalisé, ni d'autres propositions ne semblent les motiver. Le manque de temps ou l'impression qu'il s'agit d'une « recherche de plus » au sein de l'ONE sont les motifs de refus les plus fréquemment rencontrés. Le protocole prévoyait un groupe focalisé avec les gynécologues de Bruxelles et Namur travaillant en consultations prénatales. Finalement, nous avons pu réaliser deux entretiens téléphoniques avec les gynécologues de Bruxelles et un entretien avec un gynécologue de Charleroi.

Le protocole de l'enquête prévoyait également de réaliser un groupe focalisé avec les sages-femmes de Bruxelles. Le petit nombre et les problèmes de disponibilité de sages-femmes ont entravé ce projet. Nous avons pu rencontrer deux d'entre-elles et avoir un entretien téléphonique avec deux autres.

Le groupe focalisé avec les TMS du Hainaut a pu être organisé comme prévu dans de très bonnes conditions.

Les difficultés d'organisation reprises ci-dessus ont remis en cause l'organisation de la deuxième phase de groupes focalisés, qui devait servir de validation. Cependant autant le groupe focalisé organisé dans le Hainaut, que les entretiens individuels auprès des professionnels et des futures mères ont intégré au fur et à mesure les acquis des entretiens réalisés par l'APALEM au CHR de Liège pour en envisager le caractère de généralité.

C. Méthodes de collecte et d'analyse des données

1. Choisir les informateurs

1.1. Les informateurs en Communauté française de Belgique

Dans le cadre de l'étude préalable sur l'utilité et les conditions d'utilisation d'un guide d'entretien pour le suivi des femmes enceintes, l'APES-ULg a prévu de mener des entretiens de groupe avec des professionnels de l'ONE et des entretiens individuels avec des femmes enceintes. La collaboration des services de l'ONE a été nécessaire pour recruter les participants aux entretiens.

Etant donné l'orientation qualitative de la recherche, cet échantillon pouvait être « restreint » et « orienté », l'important étant d'illustrer la variabilité des situations. L'échantillon de professionnels devait comprendre un éventail des professions susceptibles d'utiliser le guide d'entretien. Les femmes enceintes ont été recrutées par les consultations ONE, le critère de choix étant la variabilité des situations à risque.

Les professionnels

Le projet prévoyait trois groupes focalisés avec chaque type de profession (médecins, sages-femmes, TMS). Les groupes focalisés devaient donc être homogènes (par profession). Le nombre de participants requis à un entretien de groupe est au minimum de huit et au maximum de douze personnes.

Les étapes du recrutement des participants :

Il a été possible de disposer de la liste des médecins, infirmières, sages femmes et TMS travaillant dans les consultations prénatales de la Communauté française de Belgique.

Dans ces listes l'APES-ULg a retenu 75 personnes par type de profession. Une invitation pour participer au groupe focalisé a été envoyée aux personnes retenues.

Les personnes participant à l'enquête ont été choisies parmi les réponses positives. Le critère de choix a été la proximité géographique, ce, afin de limiter les frais de déplacement.

La planification de la recherche a été modifiée en cours de route, avec l'accord du Comité d'Accompagnement. Pour rappel, toutes les modifications apportées à ce calendrier sont le fruit des aléas propres à une recherche, de la mauvaise circulation de l'information dans les services et de la (faible) disponibilité des professionnels. L'effectif final des professionnels rencontrés est présenté ci-après.

Les femmes enceintes

Le recrutement s'est fait dans les consultations ONE, en fonction de la disponibilité des femmes enceintes (rappelons notre souci de ne pas « gêner » ces personnes).

Nous n'avons indiqué a priori aucune caractéristique pour sélectionner les femmes enceintes : d'une part la variété des situations n'est pas saisissable dans un échantillon restreint, d'autre part, il est plus acceptable pour une femme enceinte de parler en tant que « femme enceinte », plutôt qu'en tant que « toxicomane » ou « femme battue ».

C. Méthodologie

Les étapes du recrutement les femmes enceintes.

Pour ce faire l'APES-ULg a disposé de la liste des consultations ONE et, pour chaque consultation, du nom d'une personne de référence à qui présenter la méthode. Nous avons proposé de grouper les entretiens dans trois consultations choisies, en collaboration avec les centres de l'ONE

Le nombre final d'entretiens individuels prévus est de 15, soit 5 entretiens par centre. Il est raisonnable de prévoir un échantillon de 30 personnes, puis de s'arranger en fonction des disponibilités des personnes.

Les modalités de l'entretien ont été définies avec les consultations (heure, lieux, ...). L'entretien s'est déroulé dans les locaux de la consultation quand cela était possible (cf. intrusion, stigmat, présence d'un tiers, ...).

Le choix des femmes enceintes a été laissé à l'appréciation des consultations ONE. Nous leur accordons ainsi le statut « d'informateur privilégié ». Nous considérons que leur laisser la liberté des critères de choix fait partie de l'enquête. En effet, nous leur avons demandé d'explicitier par après les critères de choix. Nous nous sommes contentés, comme consignes, de rappeler les caractéristiques qui peuvent être prises en compte, et de veiller à une variabilité des cas.

A ces « informateurs », s'ajoutent les personnes rencontrées au sein des consultations et qui ont dialogué avec nous de manière informelle à propos de l'objet de la recherche.

Les entretiens avec les femmes enceintes dans les consultations prénatales se sont, contre toute attente, révélés les plus faciles à organiser. Au total, nous avons rencontré 22 futures mères réparties dans les consultations prénatales de Liège, Bruxelles et Charleroi (voir tableau)

Au total, nous avons interviewé 36 personnes. A ce nombre, nous ajoutons les personnes rencontrées lors de l'approche ethnographique (voir méthodologies) soit une vingtaine de professionnels qui étaient là, à leur poste de travail au moment de l'enquête.

C'est donc, 61 personnes qui ont été rencontrées par l'APES-ULg dans le cadre de cette enquête, qui, rappelons-le, courait sur quatre mois.

Les informateurs en Communauté française		
Qui	Comment	n
TMS du Hainaut	Groupe focalisé	12
Gynécologues de Bruxelles	Interview par téléphone	3
Sages-femmes de Bruxelles	Interview en face à face	2
Sages-femmes indépendantes	Interview par téléphone	2
Professionnels de Charleroi	Interview ethnographique	15
Professionnels de Liège	Interview ethnographique	2
Professionnels de Bruxelles	Interview ethnographique	7
Futures mères	Entretien face à face	18
	Total :	61

1.2. Les informateurs sur le site de Liège

Le travail de l'APALEM, a débuté par le relevé de la liste de tout le personnel médical et paramédical travaillant à la maternité du CHR.

Il comportait le nom -des psychologues, et pédopsychiatres,
-des TMS de l'ONE : infirmières ou assistantes sociales,
-des assistantes sociales de l'hôpital travaillant en maternité,
-des gynécologues universitaires,
-des gynécologues travaillant en privé et venant accoucher au CHR,
-des assistants en gynécologie,
-des sages-femmes : accoucheuses du bloc accouchement, et des grossesses à haut risque, des accoucheuses et infirmières de post-partum,
-des pédiatres.

Une lettre à été envoyée à chaque personne de la liste, à cette lettre était jointe une liste de questions issue de la grille « investir pour grandir ensemble » de l'APALEM. Cette lettre expliquait le but de la recherche, et faisait passer le message de l'importance de la participation du plus grand nombre de personnes.

Après un court délai, de nombreuses réactions favorables à l'entretien nous ont permis de choisir un éventail varié reflet de la diversité des compétences de la maternité CHR. Les personnes retenues ont été contactées par téléphone, et un rendez-vous d'une heure a été fixé en fonction des disponibilités de chaque personne.

L'entretien enregistré, était un moment assez enrichissant, de libre échange, ayant comme trame quelques questions de recherche fixées précédemment.

Au bout du compte , les professionnels suivants ont été rencontrés sur le site de Liège. Seuls les médecins de famille n'ont pas été rencontrés.

Les professionnels du site de Liège	N
Sages-femmes	8
Psychologues	4
Infirmières	2
Assistants sociaux de l'hôpital	1
Gynécologues	10
Pédiatres	3
TMS	6
Total :	34

2. Recueillir les données

Les deux équipes souhaitaient donner la parole aux différents informateurs, c'est-à-dire laisser la place pour une expression personnelle de leurs expériences, propositions et ressenti. Un questionnaire fermé ne permettait pas autant de finesse. Pour ces raisons, l'entretien a été la méthode privilégiée pour cette enquête. Il a été décliné sur plusieurs modes, décrits ci-dessous.

Les informateurs ont été assurés de la confidentialité des entretiens. L'enregistrement des entretiens n'a pas été systématique. L'accord des informateurs a toujours été demandé. La majorité des professionnels ont accepté d'être enregistrés. Les futures mères n'ont pas été enregistrées conformément à la demande des responsables des consultations.

2.1. Les groupes focalisés

L'APES-ULg a choisi de conduire des groupes focalisés avec les professionnels. Un questionnaire ouvert a servi de guide pour les groupes focalisés (annexe 1). Pour s'assurer de la correction du vocabulaire du questionnaire, celui-ci a été relu par un médecin.

2.2. Les entretiens individuels ouverts

Les gynécologues, les sages-femmes et les mamans ont été rencontrés selon cette modalité. Pour les professionnels, le guide d'entretien s'inspire de celui utilisé pour les groupes focalisés.

Pour les mamans, l'entretien a été organisé autour des thèmes de la recherche. Nous avons préféré une forme totalement ouverte de conversation. En effet, lors du premier entretien, les questions précises donnaient lieu à des réponses très stéréotypées, qui étaient davantage une confirmation de leur contenu que le reflet des attentes et du vécu des mamans. Le choix s'est rapidement porté sur un entretien ouvert mis au point selon une méthode itérative et réalisé par deux chercheurs et analysé par un seul chercheur, dans un souci de cohérence.

2.3. L'approche ethnographique

Une approche ethnographique complète les données récoltées par les entretiens. Cette approche n'était pas formulée dans la réponse à l'appel d'offre. Cependant, les nombreuses négociations pour rencontrer les mères dans les consultations prénatales ont permis un bon accueil du chercheur au sein de celles-ci. Cet accueil a été l'occasion d'entretiens non planifiés et d'observations fortuites. Ces observations ont été consignées de manière systématique dans un carnet de terrain.

2.4. Les entretiens semi-structurés

L'APALEM a rencontré les professionnels du CHR en entretiens individuels). Les entretiens ont été menés par une seule chercheuse sur base d'un guide d'entretien standardisé semi-structuré (cf. annexe 2).

2.5. Veiller aux croisements entre les deux volets de la recherche

Les guides d'entretien des deux équipes s'articulent et se complètent ; ils augurent une collecte de données cohérente et organisée par le travail sur les questions de recherche.

Ainsi, les guides d'entretien portent leur attention sur les « limites de l'entretien », notamment, en ce qui concerne ce qui « peut être demandé » ou ce qui « peut être dit ». En croisant les analyses des données autour des « limites de l'entretien », nous pouvons déterminer les convergences et les divergences entre les professionnels (différents dans un contexte d'énonciation en tête à tête et en groupe) et les « futures mères ».

À l'inverse, en ce qui concerne « l'évaluation de la situation », les guides d'entretien n'abordent pas le même contenu. Le guide de l'APALEM est structuré par rapport aux items du questionnaire, tandis que le guide de l'APES-ULg est plus ouvert : il tient compte des réalités qui émergent de la pratique des professionnels en consultation.

3. Analyser les informations

3.1. Créer les codes

« Les codes sont des étiquettes qui désignent des unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude. Les codes sont habituellement attachés à des segments de taille variable- mots, locutions, phrases ou paragraphes entiers, connectés ou déconnectés d'un contexte spécifique³»

Dans notre étude, les codes sont appelés codes thématiques en référence à la classification d'Huberman. Nous choisissons les codes thématiques en raison de leur caractéristique principale : rassembler une grande quantité de matériels dans des unités d'analyse plus significatives et efficaces. Les codes thématiques procèdent souvent d'une réorganisation des codes simples et complexes. Les codes thématiques sont plus économiques, c'est-à-dire qu'il faut moins de codes pour exprimer la réalité des personnes interviewées. Ils se constituent dans un dictionnaire plus restreint – mais chaque code est plus riche en significations – facilement maîtrisable par les chercheurs.

Nous optons pour une construction inductive des codes : c'est-à-dire que nous les laissons émerger hors des entretiens. Cependant, nous ne versons pas dans l'illusion de « chercheurs totalement vierges de tous présupposés ». Le temps alloué à l'enquête nous a forcé à rentabiliser l'analyse en la focalisant sur certains thèmes. Une première liste de codes a donc été construite *a priori*, il s'agit des grands thèmes répondant aux questions de recherche. En contrepartie, les chercheurs ont veillé à ne pas verrouiller la première liste des codes. Petit à petit leurs intuitions, construites sur base de leurs expériences, de la littérature scientifique et des questions de recherche, laissent place à la parole des acteurs. C'est-à-dire que les codes proposés par les chercheurs sont remplacés par ceux issus des entretiens.

Le passage d'une première liste raisonnée issue des chercheurs vers une liste issue des entretiens représente une première partie de l'analyse. Aussi toutes les modifications apportées dans la liste des codes ont dû être consignées et justifiées. Cette justification consiste à analyser le sens que le code a pour la personne interviewée. Comme les codes doivent toujours avoir les mêmes sens pour les chercheurs, toute modification a fait l'objet d'une discussion. Cette discussion est à rapprocher de l'interprétation collective. L'accord entre les chercheurs étant une garantie de rigueur.

La constitution d'un dictionnaire de codes présente les avantages suivants :

- Il assure que les deux équipes analysent les entretiens avec des codes identiques qui ont le même sens.
- Puisque les codes sont identiques, les données issues des entretiens de l'APALEM et ceux de l'APES-ULg peuvent être comparées et croisées.
- La réalisation d'un dictionnaire de codes et, surtout, la modification au cours de l'analyse des codes utilisés (ajouts, retractions) ainsi que leur regroupement en catégories, préparent la rédaction finale du rapport.
- La construction inductive assure de rendre compte du point de vue des personnes interviewées : il s'agit d'ethnométhodologie.

³ MILES M.B. et HUBERMAN M., *Analyse des données qualitatives*, traduction de la 2e édition américaine, Bruxelles, De Boeck, 2003, p. 112-113.

3.2. Faire évoluer les codes

Construction des codes et leur évolution.

1. Vérification de l'adéquation des codes choisis avec les mots clefs évoqués par les participants pour synthétiser l'entretien.
2. A la fin de l'entretien sur le site de Liège, il a été demandé aux professionnels de résumer celui-ci en quelques mots clefs. Ces mots clefs ont été utilisés pour analyser les demandes des professionnels.

Si les mots clefs s'harmonisent avec les codes utilisés pour l'analyse, cela n'est pas dû au hasard. En effet, nous avons utilisé ces mots clefs pour la dernière structure des codes, qui respecte les grands thèmes évoqués.

C. Méthodologie

Thèmes	Codes	Définition
Signes perçus par le professionnel	Perçu-général :	L'état général (suivi de la grossesse)
	Perçu-psychosocial	L'état psychologique (dépression, euphorie, ...) L'état social (réseau social, hygiène, ...) Le vécu antérieur de la patiente
	Assuétudes :	Assuétudes (tabac, alcool, drogues, ...)
Ce qui est induit par la future mère	Induit-confiance :	Confiance
	Induit-demande :	Demande
Comment les professionnels organisent le temps	Temps-partagé :	Le temps partagé (avec les parents)
	Temps-privé :	Le temps privé (consultation)
	Temps-professionnels :	Le temps d'échange (avec les professionnels)
	Manque de temps :	Les professionnels n'ont pas le temps de faire l'entretien
	Temps-parents :	Tenir compte du temps des parents
Comment les professionnels construisent le cadre de l'entretien	Confiance:	Les précautions autour de la prise d'information des professionnels auprès de la mère/du couple/...
	Professionnel-Ecoute :	Le professionnel écoute sans trop agir
	Prof-Ecoute active :	Le professionnel est à l'affût d'information qui pourrait avoir du sens
	Init-couple :	C'est à la mère d'en parler en premier
		C'est au couple d'en parler en premier
C'est à l'entourage d'en parler en premier		
Liberté-Patient :	Liberté du patient	
Lieu-entretien :	Lieu où se fait l'entretien	
Contexte-entretien :	Dans quel cadre devrait se dérouler	
Le professionnel face à lui-même	Ressenti-professionnel.:	Comment le professionnel gère ses affects
	Non-jugement :	Ce que le professionnel s'interdit de faire (inquisition, ...)
Réseau	Demande de réseau	Le professionnel exprime clairement une demande de travail en réseau
	Suivi des informations	Partager formellement les informations avec d'autres professionnels
		Partager informellement les informations avec d'autres professionnels
	Professionnel-relais :	Le prof. reconnaît l'intérêt d'un réseau de relais + mise en route
	Temps-administratif :	Le temps des démarches administratives
	Entretien-confidentialité:	La confidentialité des informations recueillies
Finalités de l'entretien	Entretien-soutien :	L'entretien a pour finalité, entre autres, de soutenir la mère/le couple/...
	Entretien-futur :	L'entretien est une pratique de suivi, les informations sont utiles dans le temps.
	Entretien-info-eéuc. :	L'entretien permet l'éducation, la responsabilisation de la mère et du couple
Qui fait l'entretien	Professionnel-entretien :	Les professionnels qui font l'entretien
	Compétence- Exp-entr :	L'expérience de ceux qui font l'entretien
	Formation-entretien :	La formation de ceux qui font l'entretien

C. Méthodologie

Tableau 1 : les mots clefs des entretiens						
N°						
19	a soc hôp	respect	réseau	temps	non jugement	
1	Acc	temps	stress	méfiance	coordination	non jugement
2	Acc	confiance	temps	réseau	Important	émotion
5	Acc	réseau	stress	information	Émotion	temps
7	Acc	prévention	émotion	trop ciblé tms	communication	temps
16	Acc	temps	coordination	confiance	communication	impuissance
18	Acc	confiance	réseau	non jugement	Stress	temps
25	Acc	bien-être	temps	non jugement	coordination	réseau
26	Acc	bien-être	prévention	temps	coordination	information
4	Gyn	communication	réseau	coordination	Temps	
11	Gyn	bien-être	individuel	humain	non jugement	écoute
13	Gyn	réseau	confiance	écoute	non jugement	temps
21	Gyn	temps	écoute	confiance	non jugement	coordination
23	Gyn	prévention	coordination	réseau	Stress	bien-être
24	Gyn	temps	qualité	écoute	Positivité	bien-être
27	Gyn	temps	formation commune	réseau	coordination	respect
29	Gyn	bien-être	moment	temps	Confiance	écoute
30	Gyn	bien-être	confiance	temps	coordination	réseau
32	Gyn	écoute	confiance	bien-être	Rigueur	information
3	Inf	confiance	émotion	temps		
17	Inf	coordonner	communication	prévention	bien-être	temps
28	Péd	passage information	formation commune	non jugement	Temps	
31	Péd	confiance	bien-être	communication	Prévention	temps
34	Péd	bien-être	communication	confiance	Écoute	temps
10	Psy	réseau	écoute	formation commune	Stress	bien traitance
20	Psy	réseau	communication	coordination	Écoute	temps
22	Psy	prévention	information	coordination	Diagnostic	non substitution
33	Psy	bien-être	réseau	confiance	coordination	temps
9	tms 40 inf	communication	bien traitance	sans jugement	coordination	bien-être
15	tms 40 inf	respect	temps	confiance	coordination	communication
6	tms one as	bien traitance	non jugement	temps	Information	formation commune
8	tms one as	communication	bien-être	temps	Personnel	
12	tms one inf	non jugement	respect	écoute	coordination	temps
14	tms one inf	émotion	bien -être	coordination	psychologique	non jugement

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

D. Réponses aux questions de recherche

1. CE QUE LES PROFESSIONNELS OBSERVENT (VOIENT, ENTENDENT) ET JUGENT SIGNIFICATIF POUR ÉVALUER LA SITUATION

1.1. Question et sources

Quelles sont les questions que les professionnels souhaiteraient poser pour être au clair sur une situation de grossesse ?

Quels sont les sujets qu'ils estiment pouvoir aborder avec la future mère ou avec les parents ?

	1 groupe focalisé de 12 TMS (Communauté française)	7 Entretiens individuels auprès de gynécologues et sages-femmes (Communauté française)	18 entretiens individuels avec les futures mères (Communauté française)	Données ethnographiques (Communauté française)	34 entretiens individuels avec les professionnels (Site de Liège)
Sources utilisées	X	X	X	X	X

1.2. Quelles sont les questions que les professionnels souhaiteraient poser pour être au clair sur une situation de grossesse ?

L'avis des professionnels sur les items manquants de la grille APALEM

Le tableau des items manquants, ci-dessous, donne un aperçu de ce qui ne figure pas dans la grille de réflexion de l'APALEM soumise à l'expertise des professionnels du site de Liège. Seize professionnels pensent qu'il ne manque rien dans les items de la grille. Ce sont principalement les gynécologues, les accoucheuses et les pédiatres. Parmi les 18 autres, deux tiers restant, la grille présente des lacunes. Ces lacunes, nous les regroupons en trois catégories :

- Cinq professionnels constatent le manque d'**informations médicales** (antécédents, contraception, don de sang de cordon)
- Sept constatent le manque d'**informations psychologiques** (principalement le projet de vie avec l'enfant à venir et le désir d'enfant)
- Trois constatent le manque d'**informations psycho-sociales** (l'entourage et la place du père)

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Tableau 2 : les éléments manquants dans la grille de réflexion de l'APALEM		
N°	Prof	ITEMS MANQUANTS
19	a soc hôp	Non (rien ne manque)
1	acc	une rubrique, précisant une évolution positive après des antécédents difficiles cette rubrique sera basée sur la confiance et le non jugement
2	acc	un point sur la contraception
5	acc	mieux développer l'entourage, grands-parents, amis, voisins,
7	acc	Non
16	acc	Non
18	acc	quel projet de vie avec l'arrivée de ce bébé
25	acc	Non
26	acc	Non
4	gyn	Non
11	gyn	quel projet de vie avec l'arrivée de ce bébé
13	gyn	quel projet de vie avec l'arrivée de ce bébé et parler de la sexualité
21	gyn	voir dans suite IMG si sexe du nouveau bébé est important
23	gyn	quel projet de vie avec l'arrivée de ce bébé
24	gyn	la place du gynécologue, et sa disponibilité
27	gyn	quel projet de vie avec l'arrivée de ce bébé
29	gyn	Non
30	gyn	Non
32	gyn	Non
3	inf	mieux développer le point de l'adoption propre aux deux parents
17	inf	développer le milieu de vie (insalubrité) parler du don de sang de cordon l'inscription correcte du nom du bébé en fonction pays d'origine
31	péd	Non
34	péd	Non
10	psy	Non
20	psy	Non
22	psy	Non
33	Psy	relier les antécédents des accouchements antérieurs, et même ceux dans d'autres hôpitaux
6	tms one as	mieux développer l'entourage familial, amis, quartier, mettre plus en avant la place du futur papa mettre en évidence les capacités à gérer un budget
9	tms 40 inf	relier les antécédents des accouchements antérieurs, et même ceux dans d'autres hôpitaux
15	tms 40 inf	quel projet de vie avec l'arrivée de ce bébé
8	tms one as	mettre plus en avant la place du futur papa
12	tms one inf	Non
14	tms one inf	Non

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Ces données sont complétées par l'utilisation qu'envisagent les professionnels des divers items de la grille de l'APALEM. L'utilisation donne une idée de l'intérêt de l'item. Pour chaque item, le professionnel devait choisir le type d'utilisation qui lui semblait adéquat. En répondant à cette question, les professionnels donnent une indication sur ce qui, à leurs yeux, compose l'identité de la future mère en tant que patiente. Ou autrement dit, ce qui pourrait fonder des prises de décisions pour améliorer le suivi de la grossesse.

A ce stade, nous pouvons attirer l'attention sur quelques points saillants synthétisés dans le tableau suivant.

Items	Constats
It1 b (attitude face à la grossesse)	Présence significative de <ul style="list-style-type: none"> • utilisé si une situation difficile est pressentie
It 7a (Grossesse programmée ou inopinée)	Variété des réponses concernant cet item <ul style="list-style-type: none"> • utilisé si une situation difficile est pressentie • reconnaissance de l'utilité mais il n'est pas posé
It7b (l'image de l'enfant à naître)	Avis partagés entre <ul style="list-style-type: none"> • reconnaissance de l'utilité • reconnaissance de l'utilité mais il n'est pas posé
It10b (dépression, déficience intellectuelle)	Avis partagés notamment entre <ul style="list-style-type: none"> • utilisé si une situation difficile est pressentie • utilisé si une situation difficile est détectée
It 10c (Stress PMA, IVG, IMG, ATCD pathologiques)	Majorité de <ul style="list-style-type: none"> • reconnaissance de l'utilité mais il n'est pas posé
It 11 expérience traumatique dans l'enfance de la mère et/ou du compagnon (violence, fugue, alcool-drogues des parents)	Majorité de <ul style="list-style-type: none"> • reconnaissance de l'utilité mais il n'est pas posé
It 12a, b, c (suivi prénatal débuté <20 semaines, irrégulier/gain de poids/hospitalisation)	Avis partagés notamment entre <ul style="list-style-type: none"> • utilisé si une situation difficile est pressentie • utilisé si une situation difficile est détectée

Les items qui posent question sont tous de l'ordre psychologique, alors que les items concernant les données sociales ne sont pas présents. Les items (2, 3,4,5,6) – qui concernent tous la situation sociale – sont simplement jugés utiles sans qu'il soit possible de connaître leur emploi dans la pratique. L'analyse des verbatims associée à des items, tend à montrer l'importance de ces items, mais que leur utilisation est conditionnée par le respect de la vie privée.

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Tableau 4 : l'appréciation de l'utilité des items de la grille de réflexion (légende et comment aires à la page suivante)

prof	It1		It2	It3	It4	It5	It6			It7			It8	It9	It10			It11			It12			It13	It14	It15	It16	It +
	a	b					a	b	c	a	b	c			a	b	c		a	b	c							
Psy	C	F	C	E	C	C	C	C	C	F	C	C	F	A	C	E	E	F	F	F	F	H	H	H	H		oui	
psy	C	F	C	L	C	C	C	C	C	F	L	C	C	A	C	E	E	L	E	E	E	H	H	H	H		oui	
psy	A	C	C	C	C	C	C	C	C	F	F	C	C	A	C	K	L	L	C	C	C	C	C	C	C	H		
psy	C	C	C	C	C	C	C	C	E	C	L	C	C	A	A	C	L	L	E	E	E	H	H	H	C			
acc	C	C	C	C	C	C	C	C	K	C	D	C	C	A	A	E	E	L	F	F	F	H	H	I	H		non	
acc	A	F	C	E	C	E	C	C	C	C	L	C	C	A	A	C	K	L	C	E	E	H	H	H	H		oui	
acc	A	C	C	E	I	I	C	C	C	C	C	C	L	A	C	E	C	L	C	C	C	H	H	H	H		0	
acc	A	F	A	C	A	A	A	A	E	E	C	C	C	A	A	F	F	L	E	E	E	H	H	H	H		oui	
acc	A	C	C	C	C	C	C	C	C	L	L	C	F	C	C	C	K	L	F	F	F	H	H	H	H			
acc	C	F	C	C	C	C	C	C	C	C	L	C	C	A	C	C	K	L	E	E	E	H	H	H	H			
acc	C	F	C	C	C	C	C	C	C	F	E	C	C	A	A	C	I	L	F	F	F	H	H	H	H		non	
acc	C	C	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C	C	A	C	E	C	K	F	F	F	H	H	C	C			
inf	A	D	A	A	F	J	C	C	C	G	G	G	E	A	C	C	I	L	G	G	G	H	H	J	H		0	
inf	E	C	C	A	A	F	A	C	C	C	C	C	F	A	A	C	L	L	C	C	E	H	H	H	H		oui	
a soc	C	E	C	C	C	C	C	C	C	I	F	C	L	A	C	F	F	L	E	K	F	H	H	F	H		non	
a gyn	A	D	I	C	E	D	C	C	C	D	D	D	D	A	C	C	J	L	C	C	C	H	H	H	H		0	
a gyn	C	L	F	C	C	C	C	C	E	F	L	C	L	A	A	I	L	C	F	F	F	H	I	H	H		oui	
a gyn	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C	C	C	L	A	C	E	K	L	F	F	F	H	C	D	H		oui	
tms	A	C	C	C	C	C	C	C	C	L	L	C	F	A	C	C	L	L	A	C	C	H	H	H	H		oui	
tms	C	C	C	C	C	L	C	C	C	C	C	C	C	A	C	C	L	F	C	C	C	H	H	H	H		oui	
tms	A	F	C	C	C	C	C	C	C	F	L	C	L	A	A	E	L	L	E	E	E	H	H	H	H			
tms	C	C	C	F	C	I	C	C	C	L	L	C	D	A	C	F	L	L	F	F	F	H	H	H	H		oui	
tms40	A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	C	C	C	C	C	C	H	H	H	H		oui	
tms40	C	D	C	A	C	C	C	C	C	A	L	C	C	A	A	C	L	C	F	K	F	H	H	H	H			
gyné	C	C	C	C	E	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	C	L	L	F	F	F	H	H	C	C			
gyné	A	E	I	E	C	I	C	C	L	C	L	C	C	A	C	C	L	L	F	F	F	H	H	H	H		oui	
gyné	C	C	F	E	C	L	C	C	C	C	C	C	L	A	A	A	L	L	E	E	E	H	H	H	H		oui	
gyné	C	C	I	C	C	C	C	C	E	E	E	C	C	A	C	C	L	L	E	F	F	H	H	I	H		oui	
gyné	A	C	C	C	I	E	C	C	F	L	L	C	D	A	C	C	J	E	E	F	F	H	H	H	H		oui	
gyné	C	F	C	C	C	C	C	C	C	L	L	C	C	A	C	F	L	L	F	F	F	H	H	C	H		non	
gyné	C	C	C	G	E	C	C	C	K	C	L	C	F	A	A	F	F	F	I	E	F	H	H	H	C		non	
péd	C	C	L	G	G	G	G	C	G	I	F	C	L	A	A	C	F	G	F	F	F	H	H	H	H		non	
péd	C	F	C	G	C	C	C	C	C	I	C	C	C	A	C	L	F	L	K	K	K	H	H	I	C		non	
péd	C	C	C	C	C	C	C	C	C	F	C	C	C	A	A	E	L	F	E	E	E	H	H	H	C			

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Typologie des positionnements des professionnels	Codes
Déjà connu dans l'anamnèse	A
Est utilisé souvent	B
Est utile	C
Utilisé si le contexte s'y prête (l'occasion fait le larron)	D
Utilisé si situation difficile détectée	E
Utilisé si situation difficile ressentie	F
Utile mais se réfère à un autre professionnel	G
Utile pour donner de l'information à la future mère/à son entourage	H
Peu utilisé	I
Pas utilisé	J
Pas possible de se prononcer	K
Utile mais pas posé	L

Liste des items

1. Identité de la future mère et du futur père (ou du partenaire) :
 - a. Etat civil
 - b. Attitude face à la grossesse (présent, absent, pas de partenaire...)
2. Composition familiale (Nom, prénom, âge et ATCD médico-sociaux de la fratrie)
3. Réseau d'intervenants extérieurs déjà en place (CPAS, ONE, SOS enfants, MT, SAJ, Refuge ou Maison Maternelle, La Lumière, ...)
4. Source de revenu de la mère et du compagnon (Indépendant, salarié, chômage, CPAS, pas de revenu).
5. Activité quotidienne de la mère et du compagnon (niveau d'instruction...)
6. Contexte sociodémographique
 - a. Nationalité et origine
 - b. Langues
 - c. Immigration (depuis quand ?), clandestins
7. Relation prénatale mère / bébé
 - a. Grossesse programmée ou inopinée
 - b. Image de l'enfant à naître (positive, négative, irréaliste,...)
 - c. Stress (PMA, IVG, IMG, ATCD pathologiques)
8. Evénements stressants importants < 12mois (perte d'emploi, divorce, décès, maladie)
9. Santé de la mère (ATCD Méd-Chir-Obstétricaux)
10. Bien-être psychologique de la mère
 - a. Consommation tabac, alcool, drogues
 - b. Dépression, déficience intellectuelle
 - c. Estime ou non de soi et confiance en sa capacité de parent
11. Expérience traumatique dans l'enfance de la mère et du compagnon (violence, fugue, alcool-drogues des parents)
12. Grossesse :
 - a. Suivi prénatal débuté < 20 semaines, irrégulier
 - b. Gain de poids
 - c. Hospitalisations
13. Choix de l'allaitement et connaissances
14. Lectures et /ou séances d'information
15. Elaboration des préparatifs concernant l'enfant (ex : réservation d'une crèche, préparation de la chambre, lever alterné, achats divers, suivi nourrisson, ...)
16. Organisation administrative
 - a. Prime de naissance
 - b. Allocations familiales
 - c. Reconnaissance de paternité
 - d. Congé de maternité et paternité

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Ces données sont issues de l'enquête de l'APALEM localisée sur Liège. Les résultats du groupe focalisé avec les TMS, des entretiens individuels avec les gynécologues et les sages-femmes permettent-ils de relativiser cette analyse ?

Les TMS présentes au groupe focalisé s'accordent sur les signes à observer. Il s'agit surtout de signes *psycho-sociaux*, c'est à dire des signes qu'elles définissent comme ne relevant pas du *domaine médical*.

La grossesse, c'est tout le côté qui est peut-être plus spécifique, plus carré, plus facile à mettre dans des règles. Tout ce qui est vécu de la grossesse, c'est beaucoup plus sensitif... Une maman peut être très bien un jour puis très mal 15 jours après quand on la revoit et expliquer ce qui se passe à ce moment là. Ça peut très mal tomber aussi si l'entretien tombe au moment où elle est bien alors que 15 jours après elle est mal dans sa peau. (GF/TMS Hainaut).

Ces signes peuvent être regroupés en cinq catégories. L'unité des catégories est le fruit de leur expérience, de leurs formations, et de l'utilisation d'une « fiche sociale » qui leur permet d'aborder ces différents sujets :

1. Les aspects financiers
2. L'entourage et en particulier le père
3. Le désir d'enfant que manifeste la maman
4. La résurgence d'une blessure enfouie dans l'inconscient, le renvoi à soi-même
5. Des caractéristiques médicales comme l'âge, le nombre de grossesses, la gémellité

C'est principalement sur le désir d'enfant et sur la résurgence que les TMS s'expliquent.

Oui, c'est vrai que quand on est enceinte, on se pose beaucoup de questions par rapport à ce que c'est d'être mère.. Ma mère elle m'a élevée comme ça, est-ce que je vais faire la même chose ? Ce que moi j'ai vécu, est-ce que je vais le faire revivre à mon futur enfant ? Ca se pose souvent comme question parce que le désir d'enfant et être enceinte, c'est quand même tout à fait différent. C'est autre chose. Quand on désire un enfant, c'est parfois plus facile. Je désire un enfant, oui et puis bon quand il est là, c'est la réalité. C'est le ventre qui grossit, c'est les nausées, c'est le mal-être parfois, c'est le rejet parfois du futur papa et même parfois « encore un » par rapport à la famille, c'est plein choses. Ca peut être une adolescente aussi. Elle a encore plus de problèmes (GF/TMS Hainaut).

Ainsi globalement les TMS savent sur quels aspects de la vie leur attention devrait se porter. Cependant, si les catégories semblent partagées, il ne leur est pas possible de citer l'ensemble des signes qui composent ces catégories. Nous pourrions les lister en les sélectionnant dans l'entretien, mais nous perdriions l'impression de variété à laquelle elles tiennent. *On ne peut pas être exhaustif...Il y en a plein !!!!! [rire] ça c'est simplement quelques exemples*(GF/TMS Hainaut).

Les professionnels rencontrés individuellement sur le site de Liège développeront davantage les items liés à la situation « psycho-sociale » de la future mère. Les thèmes qui leur paraissent les plus importants sont ceux liés à l'entourage, au désir d'enfant, à la culture et à l'histoire de la future mère. Les thèmes médicaux les plus prégnants sont ceux du bilan psychologique (dépression et déficience principalement) et du dossier médical des antécédents. Il n'est pas étonnant de constater cette prédominance des caractéristiques psychosociales toutes professions confondues. Elle est en accord avec l'analyse des items manquants. L'importance que les items psychosociaux prennent dans les données ne signifie pas que dans sa pratique professionnelle priorise l'aspect psychosocial comme l'explique ce gynécologue :

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Quelqu'un qui perd du poids cela ne m'ennuie pas du tout, j'en discute avec elle, je la rassure, mais si je vois que le problème n'est pas physiologique, alors j'essaie de plus développer, est-ce un problème social, psychologique ? (gyn 24)

L'entourage est un terme générique pour désigner les personnes adultes et enfants qui gravitent autour de la future mère. L'entourage de la mère est composé du père et des enfants, principalement. Les mères, les sœurs/le frères, les amis ne sont quasi pas cités. L'entourage, c'est d'abord s'assurer que la future mère n'est pas seule (l'isolement étant un facteur de risque reconnu). L'entourage est un champ d'observation important. L'entourage permet d'évaluer le réseau social ou de soutien de la future mère -. Il permet de connaître les autres personnes qui gravitent autour de la maman et l'implication de ceux-ci dans la grossesse, d'évaluer le climat familial.

Voyons en détail les signes qui, dans l'entourage, alertent les professionnels. Le plus fréquemment cité est le cas de la famille recomposée (Est-ce bien le père de l'enfant ? Comment réagissent les autres enfants ? Combien d'enfants la mère aura-t-elle à charge ?).

Oui à partir du moment où ce sont des couples reconstitués, il faudra voir le nombre d'enfants dont la maman aura à s'occuper, quels sont les liens avec ces enfants de couple reconstitué, cela se passe-t-il bien, pour l'environnement de l'enfant à venir, on peut voir s'il y a des disputes (acc5).

Dans le cadre des familles recomposées, c'est peut-être intéressant de savoir comment les relations se passent entre les différents enfants de la famille (acc 26)

Pour les couples recomposés, j'analyse plus profondément, pour voir dans quel contexte arrive ce bébé, je demande l'âge des demi-frères et soeurs, si ce nouveau bébé est attendu par cette fratrie, s'il y a des gardes alternées, je parle du contexte social, mais pas des antécédents médicaux (gyn 32)

La solitude de la future mère, donc la « pauvreté » de son entourage, est considérée comme un facteur de risque. Principalement, il s'agit de l'absence du père – les autres membres de la familles n'étant que rarement cités parmi les personnes de l'entourage.

*Oui, par exemple, la composition familiale, si elle dit qu'elle est seule, j'essaie en général de savoir pourquoi, pour un peu cerner comment va évoluer la grossesse, ce qui a amené ces difficultés dans le couple, voir si le père qui est absent interviendra plus tard
Oui, si la mère est célibataire par exemple il faudra qu'elle prenne en charge tout.
Pourquoi est-elle célibataire et n'y a-t-il pas de père (acc. 5) ?*

Les signes observés par les professionnels témoignent parfois à l'égard de l'entourage d'une vision normative, probablement influencée par des facteurs culturels et par l'idée d'une situation idéale. L'absence du père est souvent excusée par le simple fait qu'il travaille.

Je pense que l'état civil n'a plus tellement d'intérêt à l'heure actuelle, le plus important pour moi à l'heure actuelle est surtout de voir s'ils vivent en couple.

Les membres de la famille peuvent être perçus comme un facteur de risque. Par exemple ce gynécologue, lorsque la famille prend en charge la grossesse :

Très important, au niveau de la relation prénatale mère-bébé, et je trouve un point qui vaut la peine d'être mis en évidence, c'est l'intervention des parents de la future mère, la maman accompagne sa fille, et gère en partie cette grossesse, et là je ne trouve pas cela logique.(gyn 24)

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Un autre exemple de famille considérée comme facteur « à risque » est celui du père qui présente un profil à risque, par exemple : *si je vois la maman avec un dealer, un compagnon fortement sous l'emprise de la drogue, ou de l'alcool, des enfants dont l'état d'hygiène laisse à désirer.*

C'est donc à une évaluation de la qualité et de la densité de l'entourage que se livrent les professionnels.

Oui, c'est important, car le fait de connaître le nombre de frères et sœurs, les pères différents, la présence d'un enfant avec ce nouveau couple, si un des enfants souffre d'un handicap, et de là voir certaines réactions, de comprendre ces réactions en fonction de ce qu'ils ont traversé.

La présence d'une grand-mère, d'une sœur, de voisines, ou alors justement la maman est isolée, cela te donne déjà pas mal de critères, une maman marocaine te dit que son mari travaille toute la semaine à l'extérieur, mais que sa maman ou belle-mère est venue du Maroc, que cela se passe bien ou pas, je trouve qu'au final les mamans parlent assez facilement (AS)

Dans l'analyse des items, on sait bien par exemple une maman qui vit seule avec 2 enfants, on sera plus attentif à l'évolution de la grossesse, ou si elle a par exemple un mari qui est routier international, un mari en prison (TMS inf 40)

Le désir d'enfant est une information importante concernant le déroulement de la grossesse.

Je pense qu'il faudrait tout d'abord réfléchir sur les éléments déterminants, dans le cadre de la possibilité d'accueil de l'enfant, dans le cadre de la prise en charge de l'enfant, de l'acceptation de la grossesse, c'est important pour nous, d'être éveillés sur des indications, et d'une manière de cerner cela et de sortir du cadre strictement médical.

Ici encore, les signes qui permettent d'évaluer le désir d'enfant sont assez partagés. D'abord, les signes « objectifs ». Ceux-ci sont « l'accident », une demande d'IVG, des irrégularités dans la compliance. Puis il y a toute une panoplie de « trucs » pour évaluer le désir de grossesse qui passent tous par l'image de l'enfant à venir et du projet de couple. On retrouve ici le même contexte normatif que précédemment.

L'enfant qui va naître c'est sûrement le plus beau du monde, si elle [l'image] est négative, c'est qu'il s'est passé quelque chose durant la grossesse, angoisse vis-à-vis d'un diagnostic.(gyn 11)

Savoir si c'est une grossesse programmée ou non, est une relation à mon avis tout à fait différente, le couple qui essaye vraiment d'avoir un enfant, c'est une toute autre démarche, avant, pendant et après la grossesse (gyn 27)

Quelle attente les parents ont-ils du bébé à naître, cela résume bien si c'est une grossesse désirée ou pas, si l'image du bébé est positive ou pas, si eux-mêmes ont une image parentale positive, s'ils vivent des stress autour de la grossesse (TMS as 6)

Les psychologues ont une tout autre compréhension de l'image de l'enfant, et l'on voit à cette occasion les transformations que les concepts et les méthodes subissent en passant de main en main.

Comment poser la question de l'image de l'enfant à naître, et c'est important au niveau du travail psychologique, car il y a toujours la relation avec le bébé idéal, l'enfant parfait, et la difficulté qu'ont certaines devant même un petit problème informatif qui ne transcendant pas, ont tout de suite l'impression d'un monstre en elles, toute espèce de faille dans le déroulement de grossesse est vécu comme quelque chose de narcissiquement insupportable.

Il est très important de voir la façon dont une maman se projette dans un enfant et de faire vivre cet enfant.

Les parents avec une fragilité psychologique, ceux qui ont tendance à idéaliser leur enfant, les vécus de PMA, les idiopathiques (ps. 33)

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Enfin, l'ethnicité/la culture de la femme enceinte interroge les professionnels, au point d'être parfois appréhendée comme un facteur de risque. Facteur de risque, dont à ce stade, l'on ne sait pas toujours s'il relève d'un risque réel ou d'un malaise face à l'altérité. L'ethnicité peut présumer une fragilité sociale comme dans le cas d'immigration illégale ou de méconnaissance de la langue. La méconnaissance de la langue peut amener le professionnel à faire intervenir un traducteur, même si alors il n'a plus d'accès direct à la future mère.

Il y a le contexte sociodémographique, la nationalité, la façon dont elle vit dans son installation, les problèmes culturels, la comparaison avec son pays, les problèmes de langue, sa situation, présence ou non de soucis financiers, l'isolement, toutes les connaissances, son immigration (acc 2).

Connaître la culture de la future mère fournit une indication sur la manière de gérer les interactions.

De même pour les origines, car il y a des traditions, des attentes différentes, Au niveau de l'immigration aussi, savoir quelle est par exemple la 1^{ère} ou 2^{ème} génération, et si ils sont clandestins, voir si ils sont entourés ou pas

Suivant que les parents sont belges, immigrés ou qu'ils ont une situation légale ou s'ils sont ici dans la précarité, ça change beaucoup de choses. On a la grande chance d'avoir, ici à l'hôpital, une médiatrice. Ce qui n'est pas toujours le cas à domicile. Parfois, les mamans nous racontent les conditions dans lesquelles elles sont arrivées en Belgique et on n'imagine pas le ¼ de tout ce qu'elles ont vécu. Il faut savoir établir un lien de confiance avec les clandestines sinon elles ne vont pas oser parler de leur situation (TMS 12)

Quelques signes permettent d'évaluer l'état psychologique de la future mère. Par exemple, les accoucheuses parlent des « vomisseuses chroniques » dont le problème est *considéré comme psychologique*.

Mais le psychologique est une dimension qui, bien que reconnue comme importante, ne se laisse pas facilement saisir. « Que se cache-t-il sous les apparences ? » se demandent les professionnels qui n'ont pas de formation spécifique en psychologie.

Une maman timorée, refermée sur elle-même, toujours souriante et qui ne dit jamais rien, ou une maman qui émet d'elle-même un stress, pose mille questions sortant même du cadre de la grossesse. (TMS 40)

Une maman peut avoir, vis-à-vis de sa grossesse, une attitude de protection, ou une envie, mais lorsqu'elle se situe avec le mari, ou la pression familiale, rejeter la grossesse, alors que dans son for intérieur elle souhaite garder la grossesse, tout dans son comportement, et pas forcément verbal, laisse penser qu'elle souhaite le contraire de la démarche. (TMS 9)

Comme en témoigne cette TMS, le masque que porte la future mère doit tomber pour pouvoir l'aider. L'effet « bombe à retardement » est aussi craint par les professionnels. Pour eux, il existe un risque qu'une situation dégénère à cause d'une réminiscence liée à l'histoire de la future mère.

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

1.3. Quels sont les sujets que les professionnels estiment pouvoir aborder avec la future mère ou avec les parents ?

Le point de vue des professionnels

Ce n'est pas tout d'affirmer que tels ou tels items sont plus utiles, il faut les moyens (compétences, temps, etc.) pour oser poser les bonnes questions au bon moment. C'est en somme ce que les professionnels nous disent.

Les TMS du groupe focalisé se positionnent par rapport à leur objectif qui est d'assurer le bon déroulement de la grossesse. Aussi, ne se sentent-elles pas limitées dans les domaines qu'elles peuvent aborder avec les futures mères. La limite est fixée par la future mère en termes d'intrusion dans sa vie privée

Non parce que la personne reste tout à fait libre dans ce qu'elle nous dit. Si elle me dit « Ecoutez, maintenant, j'estime qu'on est allé trop loin, c'est tout, j'arrête l'entretien. » On arrête là(GF/TMS Hainaut)..

et par la TMS qui souhaite respecter le contrat de confiance pour ne pas *casser le lien*.

*Des choses qui sont interdites de poser non je ne pense pas car quand on sent justement qu'il y a un souci, on a au contraire envie d'aller jusqu'au bout pour être sûr de bien sentir les choses comme elles sont. Moi je repense à une situation où on est allé assez loin ...
Maintenant il y a aussi des personnes avec qui on voudrait aller plus loin mais que la personne ne désire pas, on le sent bien et moi là je ne peux pas forcer quoi...
C'est une question de respect. (GF/TMS Hainaut).*

Si l'on peut tout poser, il n'est pas possible de le faire n'importe comment ni avec tous. Les questions directes dont le ton évoque l'enquête sociale sont à proscrire.

Les TMS du groupe focalisé se sentent moins armées pour évaluer les situations de l'ordre du risque psychologique et toxicomaniaque, dont les signes ne leur paraissent pas évidents, faute de connaissance.

*Ce serait intéressant aussi, parce qu'il y a des choses qu'on ne perçoit pas. Tous les jours sont différents, les visites sont différentes peut-être qu'il y a des jours où je dirais en fonction de ses problèmes aussi
Des choses qui pourraient aider, notamment sur le désir de grossesse, ou sur les personnes dépressives, il y a des petits signes que l'on pourrait mettre en évidence pour nous aider à améliorer le suivi avec cette personne, pour aider cette personne, pour mieux déceler...je pense que cela pourrait être positif.
Oui, oui
Le risque de dépression, les problèmes psychiques que l'on ne voit pas.
Le problème de l'attachement
C'est vraiment des choses que vous avez du mal à voir vous toutes, les problèmes de l'attachement, la dépression, ...
Ca se sent un peu
Il y a des choses qui se sentent mais y a des mamans qui ferment complètement la porte et ...Il y en a qui cachent bien
Les risques de dépression post partum, parce qu'il y a eu une étude à Mons pour dépister les risques, celles qui avait été retenues, il y en a franchement, on aurait pas vu Celle qui ne se voyait pas, vous auriez pu ?
Peut-être si on avait eu les signes.(GF/TMS Hainaut).*

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Savoir ce que l'on peut demander est une question de « feeling », de ressenti par rapport à la future mère.

En fait quand les gens ne sont pas prêts à faire certaines choses, certaines démarches, je crois que là c'est comme les psychologues, elle dit, il y a des moments où on ne sait pas avancer...si la personne n'est pas prête à vouloir accepter un travail ou...

Et ce n'est pas votre rôle de la pousser ?

Non. Tant que les gens ne sont pas prêts on ne doit pas les pousser (GF/TMS Hainaut).

Les professionnels rencontrés individuellement sur le site Liège rejoignent les TMS du groupe focalisé. Les questions que les professionnels peuvent poser aux futures mères sont en fait limitées, non pas par l'objet de la question, mais par le contexte -les conditions où la question peut être posée- et par les compétences du professionnel. En gros, les questions sont limitées par : les compétences du professionnel qui ne peut pas tout connaître sur tout ; par le temps dont le professionnel dispose pour mener son enquête ; par la qualité du lien de confiance qui est créé avec la future mère et par la capacité du professionnel à saisir les opportunités qu'il crée ou qui s'offrent à lui.

Ce sont en partie les représentations que le professionnel a de la situation, ou de la personne qu'il rencontre qui limitent d'emblée le champs du dire et du voir. C'est pourquoi, la facilité avec laquelle certaines futures mères parlent leur apparaît comme une surprise.

Peut-être mais je ne pose pas la question d'emblée. Il y a des signes d'appels par beaucoup de mamans via une réflexion. On peut être surpris du nombre de futures mamans qui, même connues, et suite à une intervention chirurgicale, parlent de leur enfance, de violence, que le mari n'est pas au courant et l'on se pose parfois la question de se dire est-ce vrai ou pas. On les envoie chez un psychologue pour dédramatiser. Elles peuvent refuser le contact mais il y a souvent quelque chose (acc 2)

J'étais parti avec la même idée, que la maman ne parlerait pas, ou peu de sa grossesse suivie en prénatale. En acceptant cette idée, j'avais accepté l'idée que se font les professionnels des futures mères.

Ces limites seront développées selon un point de vue plus communicationnel dans la réponse à la question deux.

Le point de vue des mamans

Les futures mères ont aussi leur avis sur la question. Les futures mères nous ont largement entretenu à propos de ce que les professionnels peuvent leur demander.

Deux tendances se dessinent : celle du « on peut tout demander » et celle du « oui mais, pas pour contrôler ». Ces deux tendances sont à préciser. Elles sont soutenues par le contrat de confiance dont il sera traité par ailleurs.

« On peut tout demander », voilà ce que rapportent une grande partie de futures mères. Tout peut être posé sans gêne tant que cela concerne le bien être de l'enfant. C'est-à-dire tant que les informations ont du sens pour la suite de la grossesse.

On peut tout demander, tant que ce sont des questions normales. La limite à ne pas franchir est la vie privée. Elles ne sont pas suffisamment informées sur les questions d'argent, sur le chômage. Ce qui devrait préoccuper les professionnels, c'est comment « assumer le rôle de parent » (avec quels moyens). Surtout pas de critiques sur la vie privée, ça non, les professionnels doivent se limiter aux questions « biesses ». « A chacun sa vie ». Ce que la maman gagne et ce que la maman dépense, ça, ça ne les regarde pas.

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Les professionnels ont plus ou moins le droit de fouiller. Il faut que ça améliore quelque chose avec un regard extérieur. Surtout pas de menace sur les enfants. (GF/TMS Hainaut)

Ce n'est pas tant l'information qui pose problème que son sens ou son utilisation. Que la même information soit récupérée à d'autres usages, il suffit que les parents en aient un vague soupçon, et le professionnel ne peut plus poser la question. De même, si l'information récoltée est porteuse d'un sens qui n'est pas souhaité par la future mère, celle-ci se sent trahie. Les futures mères expriment très clairement leur peur d'une stigmatisation qui fausse les rapports humains et, qui, sur une erreur de jugement, peut les conduire dans les rets du contrôle social.

Parfois, les futures mères ne parlent pas de leurs difficultés si elles estiment qu'il appartient à la famille de les régler, comme l'explique cette maman turque :

Il y a des problèmes dont elle ne parle pas, sauf avec son mari ou avec des autres femmes. C'est surtout les difficultés d'argent. Ça ça se règle entre nous, au sein de la famille. Par exemple, c'est ne pas pouvoir payer une facture, être un peu juste pour finir le mois.

Dans ce « tout demander », les futures mères évoquent : les aspects financiers, l'alimentation, la famille, les enfants, *si tout va bien pour la grossesse.* (GF/TMS Hainaut).

Si les mamans autorisent les professionnels à tout demander, c'est parce qu'elles ont des stratégies de défense contre leurs intrusions : le chantage au lien, la rupture, la confiance, le mensonge, l'omission, etc.

Une maman me confie qu'elle fait des travaux dans sa maison. Comme le gynécologue lui a interdit de faire des activités physiques trop lourdes, elle ne lui en a pas parlé. Elle ne voulait pas se faire enguirlander parce qu'elle portait des charges et vivait dans la poussière.

1.4. Les concordances/les discordances entre les publics

Concordances

Les futures mères autorisent les professionnels à tout leur demander dans certaines conditions de contexte d'utilisation, sur tous les domaines balayés par les items de la grille de réflexion de l'APALEM.

De leur côté, les professionnels sont demandeurs d'une meilleure information concernant les aspects « psychosociaux de la grossesse ».

Un même objectif est partagé : le bien-être de l'enfant.

Toutefois, professionnels et futurs parents s'imposent mutuellement des limites sur ce qui peut être demandé ou livré.

Ce phénomène se traduit par un sentiment de malaise par rapport aux éléments psychosociaux et, pour les professionnels, par la question : « comment approcher ces sujets dont « je » sais qu'ils sont délicats (par expérience) et pour lesquels « je » n'ai pas toujours les compétences ou les connaissances nécessaires ? ».

1. Ce que les professionnels observent et jugent significatif pour évaluer la situation

Discordances

Les futures mères sont très sensibles à la composante « contrôle social » des questions posées par les professionnels. Le « control social » est encore différent de ce que les professionnels appellent le non jugement. Il s'agit d'un risque pour les parents de voir leur vie entraînée dans les réseaux de l'assistance dont ils ont, en général, une image négative.

Les futures mères tiennent au bien-être de l'enfant plus qu'elles ne tiennent -sauf quelques unes- au bien être durant la grossesse.

1.5. Conclusions

Les professionnels tentent de dresser un bilan complet de la future mère et du suivi de sa grossesse. Leurs appréciations sur les items de la grille de réflexion de l'APALEM, sur les items manquants, de même que les thèmes évoqués par les participants au groupe focalisé démontrent leur besoin d'identifier des signes – « des signes d'appel » - dans chaque dimension constitutive de la future mère. Les signes sont ainsi biologiques, psychologiques, sociaux et psychosociaux. Ils permettent une distribution des grossesses entre « normal », « potentiellement à risque » ou « à risque ». L'intérêt des professionnels pour une approche globale de la grossesse est manifeste mais ils sont mal à l'aise avec les signes qui leur semblent difficilement objectivables (exemple : les signes psychosociaux).

Chaque professionnel analyse avant tout la situation en fonction des ses compétences et des objectifs qu'il assigne à la visite prénatale. De plus, parce qu'il reconnaît l'importance d'une appréhension globale de la future mère, le professionnel souhaite investir le champ de compétence d'autres professions. Ainsi, les professionnels sont tous un peu « psychologue », « médecin » ou « assistant(e) social(e), et ce sont précisément les signes qui ne relèvent pas de leurs compétences qui leur posent des difficultés (par exemple en termes d'interprétation). Peut-être motivés par une volonté de « tout » appréhender, comprendre, analyser (contrôler ?) d'une part, et en proie à la difficulté de cerner les limites de leur intervention d'autre part, les professionnels semblent quelquefois victimes d'effet non souhaité au départ de leurs compétences.

L'étendue de ce que les professionnels peuvent percevoir est limitée par le contexte de la rencontre (climat, conditions matérielles, etc.) avec la future mère, le sentiment d'incompétence et, parfois, par le manque de temps.

De leur côté, les futures mères sont prêtes à tout dire aux professionnels si l'utilité des informations pour le bien-être de l'enfant pendant la grossesse et après la naissance est garantie. Elles demandent aux intervenants de veiller au secret professionnel et à la neutralité des informations.

Ce que les professionnels peuvent connaître des facteurs psychosociaux de la grossesse est également à déterminer en partenariat avec chaque future mère, au cas par cas. Ici intervient déjà la notion de participation qui, dans les champs de la promotion de la santé et de la santé publique, induit un regard particulier sur le « public bénéficiaire », non plus réceptacle de l'intervention mais partenaire et acteur de celle-ci.

Se pose ici clairement la question des limites d'un tel entretien, tant sur le plan pratique (temps, lieu) que du côté des compétences (écoute, empathie etc.).

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

2. LES « MOMENTS » OÙ LES PROFESSIONNELS SONT EN POSITION DE PRATIQUER « L'ENTRETIEN-ACTION »

2.1. Questions et sources

Quels sont les signes qui conduiraient à l'utilisation de l' « entretien-action » ?

Comment les professionnels construisent-ils « naturellement » leur analyse de la situation ?

Le vocable « moment » est fort imprécis. Il désigne l'ensemble des éléments qui construisent le cadre dans lequel pourrait se pratiquer cet entretien au 4^e mois.

	1 groupe focalisé de 12 TMS (Communauté française)	7 Entretiens individuels auprès de gynécologues et sages-femmes (Communauté française)	18 entretiens individuels avec les futures mères (Communauté française)	Données ethnographiques (Communauté française)	34 entretiens individuels avec les professionnels (Site de Liège)
Sources utilisées	x		x		x

2.2. Quels sont les signes qui conduiraient à l'utilisation de l' « entretien-action » ?

Les TMS du groupe focalisé n'ont pas de signes d'alerte bien arrêtés dans le cas d'une grossesse normale : de nombreux signes peuvent être relevés. Il y a plein de signes possibles. Le tri entre ces signes se fait au cas par cas, au fur et à mesure, au fil des visites.

Mais, les choses, elles viennent au fur et à mesure des entretiens, des visites. Elles ne sont pas formalisées, fixées... On ne va pas attendre le 4^e mois pour poser des questions qu'on a à poser en fonction de ce qu'on sent. Et donc, qu'est-ce qu'il va encore y avoir de ce qu'on sent, de ce qui est intuitif, de ce qui n'est pas dirigé, de spontané dans l'entretien avec une maman, si on doit le faire pil poil à un moment donné ? (GF/TMS Hainaut).

Les TMS cherchent d'abord à évaluer le contexte avant de donner un sens aux informations qu'elles recueillent. Elles se fient à leur intuition, à leur capacité – à leur compétence – d'empathie. *On ne cherche pas non plus à tout savoir. C'est uniquement si on sent quelque chose. On n'a pas besoin de tout savoir.* Par exemple, le cas de familles dont la culture est estimée comme différente :

C'est-à-dire par exemple des personnes africaines n'ont pas la même manière d'être avec leur enfant, ou d'accueillir leur enfant, nécessairement que des Asiatiques ou des choses comme ça. Elles ont chacune des idées qui suivent par rapport à tout ce qui est l'arrivée de bébé, que ce soit, elles, au niveau personnel ou au niveau familial. C'est très différent entre chez nous Européens et une personne africaine. (GF/TMS Hainaut).

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Les professionnels trient les patients en deux catégories : (1) les grossesses « à risque » et (2) les grossesses « normales ». TMS, sages-femmes et gynécologue ne partagent pas exactement la même définition de ce qu'est une grossesse à risque. Cependant, tous partagent l'idée que si le bébé est réellement en danger pour une cause ou une autre, il s'agit d'une grossesse à risque. Il s'agit de cas dits « lourds » dus à des consommations de drogues dures ou à un état de santé préoccupant.

Evidemment, la position de chaque professionnel implique qu'il recueille des informations d'un ordre différent. D'une manière privilégiée, les gynécologues récoltent des informations biomédicales et les TMS, des informations sociales. Tous deux récoltent des informations de type psychologique au bonheurs de leurs formations et expériences.

L'entretien au 4^e mois serait, d'après les informations récoltées dans cette étude, plutôt destinés à des femmes (des couples) dont la grossesse serait normale. *In fine*, l'entretien devrait permettre de détecter des grossesses qui semblent normales mais qui risquent de devenir « à risque ».

Les signes relevés par les professionnels concernent les situations de doute : finalement, il y a toute la question de l'intuition, du ressenti. Les situations sont nombreuses. Or, ce ressenti est assez insécurisant pour les parents et pour les professionnels. Même si ce ressenti est en fait une qualité de leur pratique. L'entretien au 4^e mois pourrait fournir l'occasion de vérifier des suspicions, des hypothèses, des intuitions que les professionnels ont développées durant leurs interactions avec la future mère et/ou son entourage.

On serait tenté de ramener l'intuition à un jugement dont les critères se fondent dans une expérience accumulée. Pourtant, la demande de formation est prégnante chez les professionnels. L'intuition décrite par les professionnels ressemble à une information qui sort de l'ordinaire et qui accroche leurs sens, qui attire leur attention. Elle est fondamentalement subjective, et tous ne supportent pas cette subjectivité.

Les professionnels rencontrés sur le site de Liège possèdent aussi une forte intuition sur laquelle ils s'appuient pour « sentir » la situation. L'analyse de la situation se construit par la conjonction d'éléments qui, agencés les uns avec les autres, font sens. C'est peut-être ces réseaux de signification (s) qu'il importerait de creuser.

En montrant mes retranscriptions d'entretien à un professionnel, celui-ci me dresse immédiatement un aperçu des risques qu'il perçoit chez la future mère. Les informations que j'avais consignées lui avaient suffi : pourtant elles étaient lacunaires par rapport à une anamnèse ou à un bilan psycho-social. (données ethnographiques)

2.3. Comment les professionnels construisent-ils « naturellement » leur analyse de la situation ?

Une analyse écologique de la situation

Les TMS du groupe focalisé construisent leur analyse de la situation de manière « écologique ». Elles tiennent compte du contexte de la future mère et en investiguent les différentes dimensions. A partir de la première rencontre avec la future mère se met en place un processus de récolte d'information qui balaie les aspects psycho-sociaux de la situation, tout en laissant à la future mère le choix de ne pas répondre à certaines questions.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Dans l'embrouillamini des signes psycho-sociaux, les TMS du groupe focalisé usent de points de repère. C'est-à-dire qu'elles rencontrent les mamans avec l'optique d'avoir une conversation ouverte sur des thèmes prédéfinis par la fiche sociale et par leur expérience.

Par formation, par habitude, par expérience, par la personnalité, par l'être. Je crois que chacun va pouvoir se dire : tiens après une première visite, un premier entretien j'ai décelé ça, ça et ça on se repère ... On a des points aussi auxquels on se repère.

On a une fiche sociale, donc on a différentes questions qu'on pose systématiquement. De par cette fiche, on aborde pas mal de sujets notamment sur la composition de la famille, sur le désir de la grossesse ou le stress quotidien, familial, par rapport au travail et à partir de là, on a déjà quelques pistes pour avancer. (GF/TMS Hainaut).

On a des formations, mais il faut se faire son expérience, [...] on n'irait pas au feu avant d'avoir, ce serait bien....

C'est d'aller au feu qui vous forme toutes à la finesse que vous avez...

Oui, oui (GF/TMS Hainaut).

« Aller au feu », c'est l'expression employée par les TMS du groupe focalisé pour expliquer comment elles construisent leur expertise.

Chaque professionnel a une pratique d'anamnèse qui lui sert de support pour reconstruire la situation de la future mère en fonction de critères professionnels. Cette anamnèse est souvent orientée vers les informations biomédicales pour les gynécologues et sociales pour les TMS.

La majorité des professionnels rencontrés pratiquent une écoute active : c'est-à-dire qu'ils se mettent dans une position telle que les informations reçues sont exploitées pour en savoir plus, connaître mieux leur interlocuteur. La pratique de l'écoute active consiste à ouvrir des portes, puis à espérer que la future mère voudra bien s'y engager. Pour d'autres professionnels, il s'agit de trouver ce que les anthropologues anglo-saxons appellent « the can opener » (ouvre-boîte) ou « the golden Key » (le passe-partout). L'écoute active constitue alors une stratégie pour favoriser l'expression de la future mère. Dans cet exemple, la TMS entre dans l'univers de la future mère par la composition de la famille :

C'est très important de connaître le nom, le prénom de la fratrie, ce qui nous permet de voir s'il y a d'autres partenaires, et ce qui me paraît aussi important c'est le lieu de vie des enfants, cette anamnèse au niveau familial me paraît fort importante, car elle permet de constituer l'histoire familiale, si l'enfant vit ailleurs, dans quelles circonstances cela s'est-il passé, y a-t-il eu intervention de services extérieures, SAJ par exemple, la maman a-t-elle toujours des contacts avec cet enfant, cela permet vraiment d'avoir une approche psychosociale importante, approfondie,

Cela permet aussi de voir si le nouveau compagnon a d'autres enfants, et comment sont les relations avec les aînés (tms 15)

Une autre pratique de l'écoute active consiste à repérer les *signes d'appel* ou *la perche tendue par la maman*..

L'entretien-action doit-il être un outil à destination de tous ou bien être utilisé en fonction de l'opportunité d'une situation ?

Il faut distinguer pratiques d'entretien et « l'entretien au 4^e mois ». Les pratiques d'entretien s'appuient sur une écoute active et « opportuniste ». Il s'agit d'une pratique partagée. L'« entretien au 4^e mois » se présente comme un dispositif. Ce dispositif peut-il être organisé en fonction des opportunités ?

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

L'entretien au 4^e mois est vu comme un service offert aux femmes enceintes, sans qu'elles soient nécessairement suivies par l'ONE. Il semble que les professionnels souhaiteraient une généralisation de ces pratiques, y compris en dehors de l'ONE.

*Cette méthode trouvera-t-elle sa place dans leur pratique professionnelle ?
Cette pratique sera-t-elle une perte de temps et d'argent ?*

Il n'est pas question de la pratique professionnelle, mais des pratiques des professionnels. Chaque pratique professionnelle intègre déjà un entretien, mais aucune de ces pratiques d'entretien ne recouvre la complexité de la situation vécue par la future mère ou les objectifs de prévention et de bien traitance de l'entretien au 4^e mois.

La conception du temps

Rares sont les professionnels mentionnant le fait que l'entretien pourrait être pour eux une perte d'argent. Ils sont en position de le faire ou pas. Cette position est traduite par des circonstances, un cadre, par une disponibilité ou des compétences.

Les TMS du groupe focalisé mettent en valeur le temps dont elles disposent pour réaliser un entretien qui vise les dimensions psychosociales de la future mère. En ce sens, elles se positionnent volontiers par rapport aux gynécologues dont elles connaissent les cadences de travail et la tendance toujours plus grande à prendre des précautions envers les assurances.

Oui parce que quand vous avez 3 médecins en CP, le temps qu'on peut donner à la future maman est très court. Donc c'est plus d'ordre médical. Mais si la dame a un problème d'ordre psycho social, ça devient plus difficile à gérer. (GF/TMS Hainaut).

Les gynécologues reconnaissent ce manque de temps qui peut nuire à la qualité de la relation ou des informations recueillies.

En général, j'attends de connaître un peu les parents, mais je reconnais qu'il m'arrive tout en connaissant la situation difficile, d'éviter le sujet, car je sais que cela prendra du temps et ce temps, je n'en dispose pas à ce moment-là. (gyn 29)

Honnêtement, ça me semble difficilement réalisable au niveau temps et au niveau financier, sauf dans les structures sociales comme ici [au chr]. Dans le privé, il ne faut même pas l'imaginer. (gyn 4)

En écho, les gynécologues interviewés par téléphone sur Bruxelles soulèvent aussi les difficultés liées au temps. Pour l'un d'eux, la paperasse, le travail administratif généré par le travail avec le CPAS, ne laissent plus de temps pour une pratique qui serait celle de l'entretien. Un autre met en avant que les assurances sont de plus en plus dures avec les gynécologues, que la nouvelle législation sur l'erreur médicale et la responsabilité du médecin l'incite à se concentrer sur l'acte médical et non sur la qualité des rapports humains. Comme elle le dit : *un juge regardera si j'ai respecté toutes les conditions des actes médicaux, et s'il en manque alors....tandis que si j'ai pris la peine de poser telle question à la maman, ça, ça a moins d'importance.*

2.4. Quel est le cadre de l'entretien ?

Le cadre de l'entretien c'est, du point de vue des sciences de la communication, les circonstances qui président à l'ensemble de l'interaction entre les personnes. Ce cadre se construit souvent de manière naturelle par des accommodations successives des personnes engagées dans l'interaction. Les professionnels prennent certaines précautions pour créer un cadre qui leur semble le plus favorable.

Répondre à cette question demande un détour vers la sociologie de Goffman qui traite de l'interaction entre les individus. Goffman a développé sa théorie en empruntant le vocabulaire du théâtre (les acteurs, la scène, les coulisses) et du jeu (enjeu, mise). Nous lui empruntons ces concepts pour clarifier ce qu'est réellement l'entretien au 4^e mois : une situation de communication et d'interaction.

Les prémisses des professionnels ?

Plusieurs TMS du groupe focalisé soumettent l'enjeu d'une pratique professionnelle réflexive :

C'est quelque chose qu'on commence à croire. Il me semble qu'il faut commencer à comprendre ce genre de choses parce que ça n'est pas toujours nécessairement dans nos valeurs personnelles tout de suite mais il faut quand même pouvoir l'entendre et réfléchir de manière professionnelle avant de réagir. (GF/TMS Hainaut).

Puisqu'il est question de mieux se connaître pour mieux comprendre l'autre, voyons quelles sont les valeurs reflétées par les professionnels lors des entretiens.

- La culture ONE

Il y a dix ans c'était plus rationnel, on s'occupait plus de l'hygiène du régime, on voyait moins le contexte psychosocial

C'était plus facile...

L'ONE n'aimait pas trop à l'époque tout ce qui était psy.

Quand tu voulais faire des formations, c'était pas bien vu, c'était plus information, éducation à la santé, l'hygiène

On a appris la relation, avec la bientraitance, on a appris à être autrement, on a appris l'apprentissage de la relation.

La formation systémique ça a été une horreur à l'ONE, il fallait toucher à tout ce qui était psy, maintenant c'est l'inverse.

C'est un travail plus relationnel, plus intéressant qu'auparavant.

C'était surtout dans les situations défavorisées, comme si l'on ne s'occupait que de ça, on se cantonnait là-dedans. (GF/TMS Hainaut).

- Confidence, copinage, amitié

La manière dont le professionnel va définir son rôle auprès de la future mère est importante. Les TMS du groupe focalisé affirment qu'il est plus rentable de rester professionnel, c'est-à-dire de ne pas se considérer comme ami ou parent.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

- Le bébé d'abord

Les personnes rencontrées lors de la phase ethnographique de l'enquête sont partagées sur les finalités de leur travail. On trouve aussi bien des professionnels qui ont une culture « bien traitance » et d'autres qui ont une culture du « le bébé d'abord ».

Une TMS du groupe focalisé affirme que agir de manière professionnelle, c'est agir *dans le bien-être de l'enfant...* (GF/TMS Hainaut)

Les personnes précarisées sont plus dans le concret, dans l'aide à apporter au bébé, les personnes moins précarisées sont plus dans l'information sur le bébé(GF/TMS Hainaut).

- Intervention/inquisition

La question du positionnement entre une intervention légitime et une pratique inquisitrice de l'entretien est très sensible.

Comment en tant que professionnel, puis-je régler ce choix entre mes objectifs professionnels et le respect de la future mère ?

Le cas relaté par une TMS du groupe focalisé est à ce point de vue éclairant :

Et vous parliez d'un cas tout à l'heure, vous pourriez l'exposer en quelques mots?

C'est une future mère qui venait en consultation avec un enfant déjà plus grand et une fois la gynécologue a remarqué que cet enfant arrivait avec une marque sur le visage et puis, à la salle de biométrie, là où on pèse les futures mères, on s'est rendu compte que le comportement de la future mère et du beau-père de cet enfant par rapport à cet enfant était assez violent en paroles, et donc les deux collègues, enfin j'étais avec une autre collègue, là en salle de biométrie, on a essayé de pousser l'entretien assez loin par rapport à cet enfant et par rapport à comment ça se passait avec lui. Et on s'est rendu compte que ce qui nous faisait le plus peur c'est que la maman ne le défendait pas par rapport à ce comportement du beau-père. Elle allait dans le même sens lui et en fait cet enfant était vu vraiment comme un manipulateur par ces deux adultes alors que c'est un enfant de 7 ans... Et donc, on a essayé d'aller très loin, de proposer des pistes, de discuter beaucoup avec eux et puis on a recontacté pour voir si ... On avait dit qu'on lui retéléphonerait pour voir si elle avait suivi ces pistes. Et elle a accouché peu de temps après et en fait elle n'est jamais revenue à son rendez-vous postnatal. Donc il y a eu un suivi par la collègue de l'ONE après mais...C'est vrai que je pense qu'on est allé tellement loin que quelque part on lui a fait peur mais en même temps, on ne pouvait pas laisser passer ce qui se passait sous nos yeux depuis plusieurs fois sans intervenir je pense...

Et sans juger, par rapport à ce cas-là tout le monde aurait réagi de la même façon ? Ou alors est-ce qu'il y en a d'autres qui auraient plutôt référé vers d'autres professionnels.

On a référé en même temps, ça a été fait, mais elle n'a pas suivi.

Et elle n'a pas suivi, à votre avis toujours par méfiance ?

C'est difficile. On est allé la revoir après quand elle a accouché. Donc on en a reparlé avec elle et elle a dit qu'elle n'a pas eu le temps et qu'elle le ferait. Et puis on lui a retéléphoné parce qu'elle n'était pas venue à son rendez-vous postnatal, donc on a retéléphoné et on a juste demandé des nouvelles pour voir un peu comment ça allait et en fait elle a dit qu'il n'y avait plus de problème. Qu'on avait interprété...(GF/TMS Hainaut).

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

- De ce qui est normal et anormal

Les professionnels, on l'a dit par ailleurs, envisagent la grossesse normale (sans risque, naturelle) et la grossesse à risque. Les différences entre une grossesse normale et une grossesse à risque ne sont pas les mêmes dans le chef de tous les professionnels, surtout à propos des facteurs psychosociaux.

Un aspect des prémisses de la relation qui va se construire est celui du seuil de tolérance du professionnel. Ce seuil de tolérance est le fruit de la confrontation avec la réalité et des normes médicales imposées.

*Je suppose que c'est demandé à l'anamnèse pour pouvoir faire une prévention.,
En ce qui concerne l'alcool, on n'y pense pas assez, on disait un verre ok, pas de souci, et
puis dernièrement, même un verre par jour peut avoir des répercussions, en plus on est
même pas mis au courant (inf 17)*

Une infirmière rencontrée dans une consultation raconte comment et pourquoi elle est amenée à *abaisser son seuil de tolérance*.

Au début de sa carrière, elle avait comme références les normes apprises à l'école et les standards de l'ONE. Dans sa pratique, elle ne pouvait pas appliquer les normes apprises, car alors il y avait peu de grossesses qui étaient considérées comme normales. Il lui a bien fallu revoir son seuil de tolérance à la baisse. Elle a relativisé les normes à l'aune de sa pratique. Cette stratégie lui permet de mettre plus d'énergie sur les « cas » vraiment lourds et de continuer de surveiller moins intensivement les situations « border line ». Pour illustrer son propos, elle argumente autour de la consommation d'alcool : les normes médicales ne sont pas des critères pratiques pour les professionnels parce que les limites qu'elles fixent sont trop exigeantes aux yeux de ces professionnelles.

Quelles sont les prémisses des mères/ du couple ?

- Le contrôle et la confiance

L'image de l'ONE auprès des mères est ambivalente. L'ONE est perçu comme une institution de contrôle social (avec ce que ça implique d'improductif) et comme une grande famille. Ce sens double pourrait être exprimé de la manière suivante : les TMS pour le contrôle et les « dames de l'ONE » pour l'aspect famille. Cette image de contrôle est fortement ressentie et admise par les TMS du groupe focalisé.

Et là, c'est la personne qui le manifeste de manière explicite ou encore une fois c'est vous qui gérez la situation ?

Non, parfois c'est la personne aussi qui n'a pas envie qu'on aille plus loin dans la discussion. Moi j'ai déjà eu ça.

Parce que vous êtes vous-mêmes identifiées comme un Service Social [au sens péjoratif de service de contrôle social] ? *Oui.*

Est-ce que vous l'êtes vraiment ? *Oui. Oui.* (GF/TMS Hainaut).

Les futures mères acceptent cette ambivalence. Elles développent des stratégies pour jongler entre le contrôle et la confiance. En premier, il est clair que les professionnels ne peuvent pas « faire d'enfants dans le dos » (trahir la confiance), ni porter de jugement sur la manière de vivre, à partir des informations reçues.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Ceci est bien illustré par un couple.

Lorsque la TMS est venue à leur domicile, ils ont tout particulièrement surveillé les attitudes de cette dernière. C'est-à-dire qu'ils ont été attentifs à voir si elle ne scrutait pas avec trop d'insistance leur milieu de vie.

Lorsque le professionnel a réussi son « test », il est identifié comme un partenaire de confiance, alors les futures mères tendent à l'inclure, petit à petit, dans leur réseau de copains, d'amis, voire de parents.

- Le bébé avant tout

Toutes les mamans rencontrées s'accordent pour affirmer que l'intérêt du bébé prime. C'est la seule justification qui vaut à leurs yeux pour expliquer l'enquête sociale

- L'avenir

Les futures mères partagent le même souci de préparer l'accueil de l'enfant à naître. Elles préparent la chambre, les vêtements, les accessoires et s'inquiètent de la place qu'il va prendre dans la famille et la société, ainsi que de son éducation.

- Amis et parents

Les futures mères de l'une des consultations tendent à inclure les professionnels, et c'est essentiellement des TMS qu'il s'agit, dans leur réseau social. Au minimum, le professionnel avec lequel elles ont des rapports fréquents (visite, téléphone, rencontre au supermarché) est considéré comme un ami. Pour certaines mamans, les mêmes professionnels rentrent petit à petit dans la filiation de l'enfant à venir, au point que parfois les professionnels sont considérés comme « des parents » de l'enfant. Notons que ce phénomène n'est pas constaté dans les autres consultations, où les futures mères posent des limites claires entre famille et professionnels.

A domicile ou en consultation ?

Le lieu où se déroule l'interaction est reconnu comme important par les professionnels et les mères. Ce n'est un secret pour personne, un endroit convivial met plus à l'aise. Encore faut-il comprendre à quoi pourrait ressembler cet endroit convivial. Les personnes qui ont répondu à cette question avaient deux modèles en tête : la consultation et le domicile. Les professionnels et les mamans sont d'accord sur le fait que la consultation n'est pas l'endroit privilégié pour cet entretien. Les mamans sont plutôt, et c'est compréhensible, en faveur du domicile. Ce qui est exprimé, c'est avant tout l'inadéquation d'un lieu qui serait une répétition des conditions de la consultation médicale. Mamans et professionnels souhaitent que l'entretien ne ressemble pas à une visite médicale mais réellement à une rencontre dans un cadre favorable. *Je pense que cela ne doit pas se faire derrière un bureau, dans un endroit qui invite à la parole, je vois bien cela dans un local agréable, non stressant, où la communication est favorisée.*

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Le point de vue des mamans

Pour les mères, le domicile est l'endroit convivial par excellence. Elles se sentent à l'aise, sur leur terrain, dans leur environnement familial. Le problème, c'est que l'on ne peut pas reproduire la convivialité d'un domicile particulier. Par exemple, il n'est pas possible d'y afficher la collection de photographies familiales, ou de reproduire les aboiements du chien. Aussi, ne faudrait-il pas chercher à remplacer la visite à domicile par un entretien du 4^e mois en consultation.

A domicile, c'est moins impersonnel, on est plus à l'aise. Par exemple, la dame de l'ONE a vu le chat et a dit qu'il fallait faire attention. Ça elle aurait pas pensé à le demander. Pour le chien, c'est la même chose, elle a entendu le chien aboyer. La dame pose des questions qui mettent à l'aise.

Mais, par contre pour la cigarette, elle s'est sentie jugée. La dame de l'ONE lui a proposé une aide pour arrêter de fumer, comme si c'était si facile. Elle essaie quand même de limiter sa consommation de cigarettes.

Pour une maman, le domicile est un espace de confort mental.

Ce serait plus facile à domicile, d'autant plus qu'on se souvient plus facilement des questions à poser quand on se trouve chez soi.

Par contre, l'espace de l'entretien est entièrement à penser ou à recopier. Après tout, les mères apprécient l'accueil réalisé dans les consultations prénatales par les TMS dont la pratique est certainement le modèle.

Le point de vue des professionnels

Emblématiques de ce contexte «cosy» sont les moments que les professionnels choisissent pour engager certaines conversations : le massage et la toilette.

C'est ce que l'on demande dans les anamnèses, mais il est vrai aussi que durant le massage, je lui en parle, et d'elle-même, elle dit parfois quelle a les enfants du conjoint, plus les siens, et je pense que c'est important d'en parler, car il y a des gardes partagées, et le bébé qui vient doit être intégré « dans » les enfants qu'il y a déjà. (acc 25)

A mon avis il y a des signes, puis il y a des choses qui ne sont pas que de l'émotionnel. Dans une bonne anamnèse, durant une toilette, si elle nous parle de son divorce par exemple ou de choses qui sont concrètes. Quand je dis émotionnel, il y a des choses que l'on sent. (inf 3)

Oui il faut que ce soit relax, sans téléphone. Le fait d'une conversation, tout le temps interrompre, fait que la maman ne parlera peut être plus (acc. 2)

La définition de ce cadre favorable n'est pas aisée sur base des données recueillies. Nous savons qu'il s'agit d'un endroit plutôt «cosy», qui ne rappelle pas l'hôpital, qui serait un peu «comme à la maison».

Cet endroit, les mamans souhaitent qu'il soit accessible. Pour être accessible, il doit rencontrer un critère de gratuité et de mobilité (les deux marronniers qui limitent l'accès aux soins). Sont en contraste les pratiques de consultations organisées dans les hôpitaux et les pratiques adaptatives des consultations de quartier. Nous soulignons ici l'intérêt pour les mamans d'avoir un accès facilité à l'entretien, et si possible dans le cadre d'une autre activité prévue à leur intention.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Le tableau des résultats du site de Liège montre que les professionnels souhaiteraient que l'entretien soit couplé avec d'autres examens. L'échomorphologie est l'examen le plus cité, d'autres circonstances comme la première visite ou la visite à domicile sont minoritaires. Donc à la consultation dans un hôpital correspond une intégration de l'entretien parmi d'autres actes médicaux. Evidemment, les professionnels ont des raisons pour proposer la proximité de l'entretien avec l'échographie : gain de temps pour eux, coup double pour la maman qui en un déplacement unique, bénéficie de deux « examens » et le lien entre l'échographie et l'image de l'enfant.

A la consultation de quartier correspond le rythme de quartier. Les consultations où les futures mères ont été rencontrées vivent au rythme du quartier, elles sont par exemple accessibles le jour du marché.

Dans la consultation de J'ai vu une maman passer en coup de vent pour demander une information. L'infirmière confirme que des mamans profitent du jour du marché pour aller à la consultation et faire des emplettes. De fait, les mamans ont souvent des sacs de courses accrochés à leur buggy.

Ni l'un, ni l'autre de ces deux modèles n'est plus apprécié par les mamans. En effet, lorsque les mamans fréquentent une consultation, elles en apprécient toujours les services et l'organisation. Toutefois, il n'est pas réaliste de faire voyager une future mère de consultation en consultation pour recueillir ces observations.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Tableau 7 : le cadre privilégié de l'entretien

n°	Prof.	cabinet médical	lieu accueillant différent	à domicile	la grossesse autrement
19	a soc hôp	non	Oui	non	pas posé
1	Acc	non	Oui	non	oui
2	Acc	non	Oui	non	pas posé
5	Acc	non	Oui	non	pas posé
7	Acc	non	Oui	a voir	oui
16	Acc	non	Oui	oui	oui
18	Acc	non	Oui	non	oui
25	Acc	non	Oui	non	oui
26	Acc	non	Oui	a voir	oui
4	Gyn	non	Oui	non	oui
11	Gyn	non	Oui	non	pas posé
13	Gyn	non	Oui	a voir	pas posé
21	Gyn	non	Oui	non	oui
23	Gyn	non	Oui	non	oui
24	Gyn	non	Oui	non	oui
27	Gyn	non	Oui	non	oui
29	Gyn	non	Oui	a voir	oui
30	Gyn	non	Oui	non	oui
32	Gyn	non	Oui	non	oui
3	Inf	non	Oui	non	oui
17	Inf	non	Oui	non	pas posé
28	Péd	n'en parle pas	Oui	oui	pas posé
31	Péd	non	Oui	non	oui
34	Péd	non	Oui	non	oui
10	Psy	non	Oui	a voir	pas posé
20	Psy	non	Oui	non	oui
22	Psy	oui	Oui	oui	pas posé
33	Psy	non	Oui	non	oui
9	tms 40 inf	non	Oui	a voir	oui
15	tms 40 inf	non	Oui	non	pas posé
6	tms one as	non		oui	pas posé
8	tms one as	non	Oui	oui	pas posé
12	tms one inf	non	Oui	non	pas posé
14	tms one inf	non	Oui	non	oui

Les TMS du groupe focalisé sont partagées sur la question. Les deux lieux (consultation et domicile) offrent des avantages. *Disons qu'il faut les deux pour des choses très ponctuelles...* (GF/TMS Hainaut).

Le fait de venir en consultation est une occasion pour les futures mères de rencontrer d'autres professionnels mais, le contexte médical n'est pas toujours favorable, il ne met pas à l'aise.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Ce qu'il y a en consultation, c'est que d'autres collègues peuvent rencontrer la maman aussi et partager leur impression. [Mais], c'est-à-dire que les mamans qui viennent en CP ne sont pas toujours très à l'aise d'abord. Ce n'est pas tellement gai d'aller chez le gynéco. D'autre part, elles ne sont pas toujours très tranquilles, nous non plus : parce que, on est soumis euh, que ce soit à des médecins ou à des collègues qui rentrent, et il y a des choses dont les mamans ne sont pas toujours capables et qu'elles ont la possibilité de dire en CP.

Pour certaines, le domicile est quelque chose qui doit se proposer et que l'on ne peut pas imposer.

C'est créer le lien petit à petit. Qu'il y ait une confiance.

Oui parce que je crois, que comme elle dit, ce n'est pas toujours la première fois. Moi quand elles viennent en consultation, je ne vais pas toujours tout de suite à domicile, j'attends un petit peu qu'il y ait quelque chose qui se construise et puis à domicile, généralement...

C'est vous qui proposez la visite ou parfois la maman peut demander ?

On propose et elle peut demander. (GF/TMS Hainaut).

On ne peut pas l'imposer parce que les professionnels perçoivent les limites liées au contrôle social.

Au domicile ?

Pourquoi pas, on aurait une tranche de la population très demandeuse de ce type de pratique, mais on en loupera une autre, ceux qui refusent toute ingérence dans leur vie privée, je ne sais pas, c'est vrai que l'on perdrait le fait d'une mise en confiance par la connaissance des lieux (gyn 32)

Le choix du domicile ou de la consultation dépend aussi de la culture de travail de la TMS.

Moi ça fonctionne uniquement à domicile. Donc le premier entretien, est un entretien où je réalise le dossier médical à domicile puis je les vois au fur et à mesure de la grossesse. Uniquement à domicile, mais c'est vrai que ce n'est pas à la première visite que la situation sera exposée et que j'ai les informations utiles (GF/TMS Hainaut).

Le domicile est l'occasion d'avoir plus d'informations sur le milieu de vie de la future maman, et notamment sur sa famille. La présence de cette dernière peut être perçue comme perturbante ou comme une aide.

En visite, on voit la famille élargie. Ce qui est assez souvent le cas lorsque ce sont des familles à problèmes. Elles font souvent appel... Enfin je trouve. Lorsqu'on va en visite, il y a parfois la maman qui est là, une fois les copains, C'est parfois difficile d'ailleurs...

Et ils restent présents lors de l'entretien ?

Moi je demande qu'ils sortent.

Parfois, ils rentrent, ils sortent.

Par contre pour tout ce qui est information d'ordre pour démystifier par exemple l'accouchement ou d'ordre allaitement maternel..., information médicale, j'aime beaucoup que la famille élargie soit présente : donc le père, la grand-mère etc pour être un relais, après, par rapport à ce qui a été dit. Parce que la future mère n'enregistre pas toujours toutes les informations et avoir une autre personne présente peut être un soutien à un moment plus difficile, par exemple je pense à l'allaitement maternel. (GF/TMS Hainaut).

Le tableau de synthèse des entretiens menés par l'APALEM est univoque, ni la consultation, ni le domicile ne sont des lieux privilégiés pour ces professionnels qui souhaiteraient la création d'un nouvel espace.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Un contrat de confiance

«On peut définir une règle de conduite comme étant un guide pour l'action, recommandé non parce qu'il serait agréable, facile ou efficace, mais parce qu'il est convenable ou juste. L'enfreindre conduit de façon caractéristique à se sentir mal à l'aise et entraîne des sanctions sociales négatives »⁴.

« Les règles de conduite empiètent sur l'individu de deux façons générales : directement, en tant qu'obligations, contraintes morales à se conduire de telle façon ; Indirectement en tant qu'attentes de ce que les autres sont moralement tenus de faire à son égard.⁵ » La définition de Goffman aide à mieux comprendre le sens de ce contrat de confiance évoqué par les professionnels et par les futures mères. Bien plus qu'une règle, il s'agit d'un cadre dans lequel vont se dérouler les interactions entre les professionnels et les futures mamans. Ce cadre a des répercussions sur le rôle des professionnels (comment ne pas perdre la ligne de conduite ?) et sur les futures mères (comment estimer que le professionnel respecte sa ligne de conduite ?). Goffman pousse plus loin son analyse lorsqu'il écrit que « un acte soumis à une règle de conduite constitue donc une forme de communication, car il représente une confirmation du moi, aussi bien de celui pour qui la règle est une obligation que de celui pour qui elle correspond à une attente⁶. ». Ce rite d'interaction est présent entre les professionnels et les futures mères.

Le point de vue des professionnels

Evoqué à plusieurs reprises dans le traitement des questions précédentes, le « contrat de confiance » est ce qui permet et maintient le dialogue entre la future mère et les professionnels.

Les TMS du groupe focalisé nous apprennent comment elles construisent cette relation de confiance.

Un cadre à créer et une relation à créer. Et ce n'est pas dans un entretien de courte durée que ça peut se faire. Quand on arrive chez les gens, en tout cas pas moi à la première visite, la communication ne se fait pas. Les informations ne seront pas glanées prioritairement cette fois-là mais au fur et à mesure, ça se construit et les personnes se confient. Ce n'est pas un entretien sporadique d'un quart d'heure, vingt minutes qui donnera des informations sur la situation de la personne.

Ce qui est important, c'est que ce soit la même personne. Je trouve que c'est important qu'on soit référent. Qu'on envoie peut-être à gauche à droite mais qu'on reste la personne de référence, ça la dame y tient fort. Elle nous voit en consultation, elle nous voit à domicile. S'il y a quelque chose de plus particulier, elle nous voit. C'est important aussi d'être référent.

C'est vraiment une des conditions sine qua non que l'existence de ce cadre qui permet le lien, la confiance ?

Et combien est-ce qu'il faut de visites pour créer ce lien ?

Ça dépend des personnes.

Je dirais à la 3^e visite, je sens déjà qu'il y a quelque chose de différent.

Tu fais combien de visites ?

Une par mois.

Une par mois ! (GF/TMS Hainaut).

⁴ GOFFMAN E., *Les rites d'interaction*, Les Editions de Minuit, Sens Commun, Paris, 1974, p. 44.

⁵ GOFFMAN E., id., p. 44.

⁶ GOFFMAN E., id., p. 46.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Pas d'ingérence dans la sphère privée : la limite entre le médical (pour le bien de l'enfant) et la sphère privée étant parfois très difficile à percevoir. Les TMS prennent soin de ne pas trahir cette confiance, ce même dans les relations entre professionnels.

Même entre professionnels, on demande l'autorisation à la personne pour pouvoir dire certaines choses. Donc elles savent quand elles arrivent à la maternité ce qui a été dit. On travaille le plus aussi dans la transparence (GF/TMS Hainaut).

Les professionnels rencontrés sur le site de Liège sont aussi tenus par cette ligne de conduite, ce contrat de confiance. L'un d'eux pose la question de la gestion de la ligne de conduite. En effet, si l'on admet que le professionnel a une ligne de conduite envers les futures mères, ils en a une autre vis-à-vis de son institution. C'est de trouver une position entre les lignes de conduites qui conduit les professionnels à négocier avec les futures mamans. Cette négociation prend comme point d'appui le secret professionnel, la transformation d'une confiance en signe d'appel et l'idée que l'on agit pour un mieux.

La démarche est de leur demander pourquoi. Alors que vous m'en parlez et que c'est un signe d'appel, ne souhaitez-vous pas que le médecin soit au courant? Vous me mettez dans une situation difficile. Je crois que ce que vous me confiez est assez important, grave. On ne peut pas rester nous deux, seuls vis-à-vis de ces éléments. Maintenant, je n'ai pas envie d'en parler sur la place publique. Mais ne pensez-vous pas que le médecin, pourra avoir une autre approche par son expérience, et l'on verra ensemble si on doit le faire suivre ou pas ? Mais si vous m'en parlez, il y a une raison, on ne fait pas de confidences gratuites, cela est rare

Même face à des facteurs de risques graves, les professionnels se tiennent à la ligne de conduite qui consiste à préserver le contrat de confiance. Par exemple en usant de pédagogie et en invoquant le bien-être de l'enfant.

Il faut savoir respecter un contrat de confiance, mais ce qui est sérieux passe, l'accord des parents est important, et si non accord sur le passage de l'information, je veux savoir pourquoi, mais je fais toujours passer le message que certains faits sont trop importants pour le suivi du bébé pour ne pas en parler (gyn. 27)

Du point de vue des professionnels, la confiance est clairement évoquée comme un critère qui leur assure la qualité des informations recueillies, c'est la condition qui leur permet d'accéder à certaines choses qui autrement ne seraient pas dites.

L'échange d'informations entre le patient et le professionnel se fait, dans un entretien c'est la relation privilégiée qui s'établit, et si c'est quelque chose de purement administratif, cela n'aura pas le même sens que si cela se fait dans une dynamique et une relation de confiance, donc attention à la manière de ce que l'on va faire de ces informations (psy 20)

Cet échange entre une TMS et une gynécologue témoigne de la difficulté pour le professionnel de tenir une ligne de conduite uniforme. Chacun possède ses propres enjeux propres, parfois philosophique et politique, ou, tout aussi important, l'objectif de préserver le lien et la confiance.

A la consultation ..., la gynécologue vient me voir, un peu furieuse que la responsable des TMS m'ait donné l'autorisation de réaliser l'enquête sans l'avertir. Après lui avoir expliqué qui j'étais et pourquoi j'étais là, la conversation commence sur le thème des assistés. La gynécologue explique sont « ras-le-bol » des structures qui assistent les futures mères et qui les empêchent d'être des acteurs de leur grossesse. S'ensuit un échange conflictuel entre la gynécologue et la TMS qui vient de rentrer dans le bureau. Cette dernière se sent attaquée, elle a l'impression que son travail est ramené à de l'assistance sociale.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Le point de vue des mamans

Quand on se confie, c'est une question de confiance. La confiance, c'est un feeling : vous sentez qu'ils ne sont pas faits pour le métier. Ils ont une gueule jusque par terre, ils ne disent pas bonjour. Il faut un bon accueil.

Les futures mères et, parfois, leur accompagnant sont plus loquaces sur les exigences envers les professionnels que sur ce que les professionnels peuvent exiger d'eux. Cette manière d'envisager la relation entre professionnels et future mère est souvent résumée par les professionnels par la sentence : elles ont des droits, mais elles ont aussi des obligations.

La future mère exploiterait-elle le filon « pour le bien de l'enfant » en jouant sur les limites de la ligne de conduite ? Ou plus simplement, certaines d'entre elles, très aguerries aux risques du contrôle social (elles ont une sacrée expérience), ont-elles appris à créer du flou pour mieux échapper au contrôle et à la stigmatisation ? Dès lors, la menace du contrôle social ne devient-elle pas une dernière « bonne » carte du professionnel dans ce jeu sur la ligne ?

Les futures mères évaluent la qualité de la ligne de conduite des professionnels par ces quelques critères (non exhaustifs) qui donnent une idée de ce qu'elles imposent aux professionnels.

- La confiance entre les professionnels et les parents.
- Il ne faut pas faire d'enfants dans le dos, ce qui relève de la confiance doit rester de la confiance.
- On peut tout demander aux parents tant que c'est pour le bien de l'enfant.
- Il ne doit y avoir aucun jugement.
- Le même référent : c'est le même professionnel qui les reçoit.

Les futures mères qui ont fait des études (puéricultrice, infirmière, éducatrice) sont plus compréhensives par rapport à la ligne de conduite. Elles ont eu des cours de déontologie ou elles ont vécu des situations similaires dans leur carrière. Elles partagent la même culture. Les mamans plus fragilisées, celles qui nous ont expliqué leurs déboires avec les services sociaux, sont plus méfiantes.

Toutes imposent au professionnel l'obligation de conserver le secret professionnel au sein de l'équipe qui les accompagne – ce que les professionnels traduisent par secret professionnel partagé. Les professionnels sont les garants du devenir de l'information que les futures mères transmettent. Celles-ci ne sont pas intéressées par des processus où elles auraient un droit de regard sur le dossier médical. Soit qu'elles n'en ont pas les compétences, soit qu'elles refusent de cautionner un écrit qui pourrait bien se retourner contre elles.

D'après une gynécologue de Bruxelles, les futures mères ont aussi de fortes attentes en termes de résultats de la part des professionnels. Ceux-ci sont les garants que la grossesse se déroulera sans risque, sans accroc jusqu'à son terme. *Ce que beaucoup ne comprennent pas, c'est qu'il y a des limites à la médecine.*

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

2.6 Les concordances/les discordances entre les publics

Concordances

Les TMS et les sages-femmes sont reconnues comme étant le profil « idéal » par les professionnels et les futures mères.

Les informations recueillies par les professionnels et transmises par les mamans sont de qualité – c'est-à-dire vraies – si un climat de confiance est établi et partagé.

Les prémisses des professionnels et des futures mamans s'accordent ou se complètent.

Les professionnels et les futures mères construisent ensemble un ligne de conduite qui modèle leur relation, leurs interactions et les informations sur la grossesse.

Le secret professionnel doit être respecté, mais il peut s'étendre au secret professionnel partagé.

Discordances

Les futures mères sont plutôt favorables à un profil qui se rapprocherait de la TMS. Attention qu'elles ne disent néanmoins pas préférer les TMS, mais c'est bien la pratique de construction du lien des TMS qui est la plus appréciée.

Les futures mères insistent plus sur l'importance que peut avoir pour elles la préparation de l'accueil du futur enfant, tant au plan matériel que relationnel.

La conciliation n'est pas évidente entre les pratiques professionnelles -mais également les cadences ou l'humeur du professionnel ce jour-là- avec l'attente des futures mères de rencontrer des professionnels souriants et disponibles.

Parfois, il existe un conflit entre l'éthique professionnelle et le lien de confiance avec les futures mères : « on ne fait pas d'enfant dans le dos », entre d'une part la mission d'aider ou d'offrir un service et d'autre part la mise en jeu d'un dispositif instauré par les parent visant à bénéficier d'un maximum d'aides.

2.7. Conclusions

Actuellement, les techniques d'entretien des professionnels s'appuient sur leur intuition et sur une pratique que l'on pourrait qualifier d'« écoute active ». Cette pratique d'entretien est à distinguer du dispositif appelé « entretien au 4^e mois » qui serait un processus de suivi et de partage. Nous abordons ici la pratique privée. Il s'agit de poser des questions ouvertes et de rechercher un « can opener » (une amorce) pour progressivement connaître mieux la situation. Il s'agit d'une pratique propre à chaque professionnel. Court (2006) a observé les styles de communication entre les professionnels et les futures mères. Suite à l'observation des interactions lors de 40 entretiens, elle conclut que les professionnels récoltent plus d'informations concernant les risques psychosociaux en pratiquant une forme de l'entretien qui se rapproche de la conversation. Cette forme « conversationnelle » laisse plus de liberté à la future mère, lorsqu'elle s'inscrit dans une démarche de suivi.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Cependant, la conversation peut se décliner en deux modes : (1) « routine as choice⁷ » (en référence à ce que sont la norme ou les standards) et (2) « choice as routine⁸ » (plus ouvert mais plus consumériste). Ces deux modes ne permettraient pas à la future mère d'être un véritable partenaire du suivi de sa grossesse, dans la mesure où tous deux ne lui accordent pas la possibilité (explicitement ou implicitement dans le (2)) d'investir réellement la rencontre et, in fine, d'être actrice de celle-ci (cf. participation évoquée supra).

L'entretien mené par les professionnels s'insère dans un cadre temporel, spatial et relationnel. Il semble important de noter que tous les professionnels ne partagent pas la même définition de ce qu'est une grossesse à risque. La position de chaque professionnel implique qu'il recueille des informations d'un ordre différent à des moments différents.

Le **cadre temporel** des professionnels est contraint par leur horaire et leur cadence de travail. En fonction du temps dont ces derniers disposent, ils interagiront avec la future mère concernant son ressenti, ses « petits problèmes ». Cette variabilité, dans l'attention que les professionnels portent à la future mère, n'est pas bien comprise ni acceptée par celle-ci. Même s'il peut arriver, que les mamans, conscientes de la surcharge des professionnels tolèrent la situation, comme un état de fait. L'une d'elles avait l'impression d'être à *la boucherie* (pour l'aspect : « on fait la file avec un ticket et on doit pas laisser passer son tour »).

Le **cadre spatial** dans lequel se déroulent les pratiques d'entretien ne satisfait pas les professionnels. La consultation (en hôpital ou de quartier) n'est pas un cadre favorable à une pratique d'entretien qui mettrait réellement à l'aise. De plus, les professionnels sont mitigés quant à l'entretien à domicile. Le domicile est à la fois confortable pour les mamans, mais contraignant pour les professionnels (déplacement, présence d'autres membres de la famille, « bruits »).

Les futures mères apprécient les entretiens à domicile. Cela limite leur déplacement, elles sont plus à l'aise parce que dans un contexte familial. Cette dimension familière est importante, dans la mesure où elle peut suggérer des questions et demandes d'information auxquelles les mamans ne pensent pas dans un cadre qui évoque majoritairement les aspects médicaux. Une solution envisagée par les professionnels serait de repenser un espace au sein des consultations, espace qui serait « cosy ».

Le **cadre relationnel** se construit avec les prémisses des professionnels et des mamans. D'après cette recherche, les prémisses concernant la grossesse, le devenir de l'enfant et le positionnement des professionnels sont partagées par les professionnels et les futures mères. Le contrat de confiance semble être le ressort du cadre relationnel. Ce contrat de confiance s'apparente « à la ligne de conduite » définie par Goffman. Il est une construction itérative entre les professionnels et la future mère. Il semble bien que ce contrat de confiance soit plus contraignant pour les professionnels que pour la future mère. Cette recherche met en avant les exigences des futures mères envers les professionnels, exigences que ceux-ci essaient de respecter pour préserver la confiance.

⁷ Cette pratique consiste à proposer au court de l'entretien une série de services dont l'ordre, la quantité et la qualité sont définis par des standards. Le professionnel propose donc à la future de mère de rentrer dans un processus préétabli.

⁸ Cette pratique consiste à proposer des services en fonction des besoins de la future-mère qui émergent de l'entretien.

2. Les moments où les professionnels sont en position de pratiquer l'entretien

Herzig et al. (2005) étudient les méthodes des professionnels pour identifier et réduire les risques liés à la consommation de psychotropes et à la violence domestique. La ligne de conduite des professionnels décrite par cette recherche est une approche des patients dans une optique de non jugement évitant les questions menaçantes et préférant les questions ouvertes. Surtout s'il s'agit pour les professionnels d'envisager les situations au cas par cas, par petites touches répétées. Précisons que dans le cas de la recherche d'Herzig et al, il est question de consommations de psychotropes ce qui pourrait (même si ce n'est pas le cas présentement) suggérer une situation « problème ». En ce qui concerne l'entretien au 4^e mois, dans une visée globale et positive, il pourrait être pertinent d'envisager une attitude « neutre » (approche biographique), ou, plus loin, une attitude positive du professionnel, orientée vers la mise en évidence des ressources de la maman et non exclusivement sur la recherche des difficultés, « incompétences », fragilités, etc. susceptibles de produire du risque (voir B. Cyrulnik et P. Jamouille).

Kerker B. D. et al (2004) ont démontré que la décision des professionnels de soumettre les femmes enceintes à un dépistage pour consommation de drogues est influencées par l'attitude des patientes, par les caractéristiques des patientes (médicales, sociales, psychosociales) et par l'attitude (l'estimation de ses compétences) des professionnels eux-mêmes.

3. Quels professionnels pourraient réaliser cet entretien ?

3. QUELS PROFESSIONNELS POURRAIENT RÉALISER CET ENTRETIEN ?

3.1. Questions et sources

Quels sont les acteurs de la périnatalité qui pourront utiliser cette méthode ?

À quelles conditions pourront-ils l'utiliser ? Faudra-t-il prévoir une formation ou un guide avant de généraliser l'utilisation de cet outil ?

Il me semble que poser des questions pour mieux connaître la patiente, surtout dans un contexte de suivi obstétrical où c'est quand même un changement aussi bien physiologique que psychologique, c'est important de nouveau de restituer la patiente et son contexte global (gyn 13)

L'expression « restituer la patiente et son contexte global » est à ce titre exemplatif du rôle de l'entretien.

	1 groupe focalisé de 12 TMS (Communauté française)	7 Entretiens individuels auprès de gynécologues et sages-femmes (Communauté française)	18 entretiens individuels avec les futures mères (Communauté française)	Données ethnographiques (Communauté française)	34 entretiens individuels avec les professionnels (Site de Liège)
Sources utilisées	x				x

Ce phénomène d'appropriation se rapproche de l'usage social d'une innovation, d'un outil ou d'une technologie. L'usage social tend à ce que la technologie (ici un calcul de risque) devienne pratique.

3.2. Quels sont les acteurs de la périnatalité qui pourront utiliser cette méthode ?

Ils ne sont pas tous en position de faire cet entretien. Il faut trouver un moyen terme, une sorte de médiateur entre le monde des gynécologues et des TMS. Ce moyen terme doit-il être une personne de référence ou un processus de communication/de partage des informations ? Il semble que les opinions se tournent vers un profil similaire à celui des sages-femmes.

L'analyse des résultats des entretiens individuels avec les professionnels en Communauté française ne permet pas de confirmer la préférence pour la sage-femme. A l'inverse, les professionnels du site de Liège partagent cette préférence.

Pourquoi ? Les sages-femmes représentent une sorte de « synthèse » entre le médical et le social, leurs connaissances couvrent les deux champs. Il s'agit donc d'un profil qui permet à la personne de recoudre les morceaux de la future mère découpés par l'organisation des structures de soins et d'accueil. Découpage soutenu, par ailleurs, par une fracture toujours présente dans la culture occidentale entre ce qui relève du corps et ce qui relève de l'esprit.

3. Quels professionnels pourraient réaliser cet entretien ?

Ce profil idéal de la personne qui possède une sorte de « regard total » (point de vue social et médical), est une première donnée sur le profil de cette personne. Les sages-femmes pourraient prendre en main cet entretien ou la coordination des suites de cet entretien.

Alors là, je suis catégorique, la personne qui ferait cet entretien, doit avoir une formation, une bonne connaissance du réseau, de l'éventail des solutions proposées, et (doit connaître) les aspects organiques et psychiques de la grossesse. (gyn 13)

L'entretien portant sur la prévention liée aux facteurs psychosociaux, il faut que le profil du professionnel rencontre les attentes des futures mères pour assurer un contexte communicationnel rassurant participant à la création du lien et au climat de confiance.

Lorsqu'il est demandé aux futures mères qui pourrait conduire cet entretien, en qui elle aurait confiance, les réponses sont presque univoques : une personne qui agit en professionnel. On retrouve ici, un des éléments du contrat de confiance, de la ligne de conduite : « agir en professionnel » est une attente forte des futures mères. Cela signifie pour elles ne pas franchir la limite de ce qui peut être demandé (qui relève du cas par cas) et ne pas projeter, en tant qu'intervenant, ses propres expériences dans la situation.

L'expérience compte énormément, les mamans n'ont pas trop confiance en un professionnel qui sort à peine de l'école. Ce dernier n'a pas d'expérience – il n'a pas été « au feu » – et n'a pas encore travaillé son seuil de tolérance. Il est donc trop jugeant, catégorique, attaché aux normes apprises à l'école. De plus, le ton théorique (« je récite mes leçons ») n'installe pas toujours un bon climat par rapport à des mamans peu instruites. Si, pour certaines, cela peut avoir effet sécurisant (« elle a fait des études, elle sait »), pour d'autres, c'est interprété comme une prise de position hautaine (« pour qui elle se prend celle-là »).

L'humanité du professionnel est un autre critère. Les mamans, leur compagnon et leur famille, sont très attentives à la qualité de l'accueil, à la gentillesse du professionnel. Cette gentillesse – qui n'est pas gérable pour définir un profil de professionnel – se traduit par l'idée que le professionnel prend du temps pour écouter, ne manifeste ni mauvaise humeur, ni énervement face aux situations. Le ton de la rencontre est celui de la conversation non inquisitrice (qui ne cherche pas à voir derrière les faits), qui relève plutôt d'une écoute bienveillante.

Enfin, le professionnel serait plutôt quelqu'un qui ne manifesterait pas trop ostensiblement son appartenance au corps médical. Pour les mamans, la personne doit être habillée *normalement, c'est-à-dire comme vous et moi*. Simplement, avec des vêtements de tous les jours propres mais sans marque. Il y a donc un travail à faire sur l'image de la personne qui conduirait l'entretien. Le tablier blanc devrait rester au vestiaire.

Les futures mères sont plus partagées quant à la question du sexe de cette personne. En fait, cela dépend de leur expérience, de leur vécu en tant que patiente. Il suffit qu'une maman perde confiance dans une gynécologue pour qu'elle ne souhaite plus être reçue que par des hommes. Cela dépend aussi de la consultation qu'elles fréquentent. Par exemple, sur l'un des sites, le gynécologue, un homme, recueille tous les suffrages des mamans. Alors que sur un autre site, les gynécologues féminines sont plébiscitées.

En faveur des hommes, les femmes avancent la capacité de ceux-ci à prendre des décisions et à ne pas se projeter à la place de la maman. Ils restent plus neutres.

3. Quels professionnels pourraient réaliser cet entretien ?

Les gynécologues féminins ont tendance à minimiser les problèmes, à manquer d'attention avec les mamans. Un gynécologue masculin est mieux, elle a été déçue par son gynécologue précédent qui était une femme. Ici elle se sent moins mal à l'aise. Il prend son temps pour parler, il est présent : il téléphone de temps en temps.

En faveur des femmes, les futures mères évoquent le fait qu'elles ont eu des enfants et sont donc plus capables de comprendre la situation, de favoriser le dialogue sur l'intimité. Cela est surtout manifeste chez les futures mères musulmanes.

Une TMS évoquait ce souvenir d'une musulmane (elle portait le voile, dit-elle) qui fut surprise lorsque, la porte du cabinet s'ouvrant, elle s'aperçut que le gynécologue était un homme. Elle refusa tout contact, (et) même de lui serrer la main.

3.3. Les professionnels de périnatalité sont-ils tous en position favorable pour conduire un « entretien-action » ?

Le contexte actuel – par exemple la crainte des TMS quant à la place accordée à la sage-femme- incite les professionnels rencontrés en Communauté française à défendre leur cause ou à promouvoir celle-ci. Ainsi, les TMS du groupe focalisé, ont clairement exprimé, sans ambiguïté qu'il était stratégique pour elles d'affirmer qu'elles étaient les mieux placées. On constate le même effet auprès des sages-femmes interviewées. Les premières argumentent autour de leur compétence à construire une relation de confiance, les secondes autour de leur double casquette médicale et sociale.

Si l'on exclut les TMS et les sages-femmes des informateurs, et que l'on s'appuie sur les affirmations des autres professionnels, c'est effectivement entre ces deux profils professionnels que se situe la réponse.

Ce qui semble certain c'est que les gynécologues sont les professionnels qui sont le moins en position de réaliser un entretien dont la visée dépasserait le cadre médical stricto sensu.

Pour affirmer ceci, on peut s'appuyer sur les professionnels privilégiés et sur les entretiens avec les mères.

En effet, les mères décrivent avec assez de précision le portrait d'un professionnel idéal qui pourrait les rassurer dans une pratique d'entretien. Le choix devrait donc composer avec cet idéal. Du point de vue des mères, qui serait le professionnel au centre du réseau ? La TMS ? Pourquoi ? à cause de la relation qui s'est établie entre elles.

Cet idéal est à mettre en balance avec la perception que les mamans ont des compétences des professionnels. Ce qu'exprime cette maman de Charleroi, nous le retrouvons chez la majorité des mamans :

Pour elle les questions concernant la grossesse se posent au gynécologue, alors que les questions concernant l'alimentation et les services se posent à la TMS.

Donc, si les futures mères apprécient la qualité du travail relationnel des TMS, elles restent lucides sur les compétences des professionnels. Il appartient au professionnel auquel une future mère s'adresse d'apporter une réponse compréhensible aux questions de celle-ci. Si la réponse du professionnel ne rencontre pas les attentes de la future mère ou si celle-ci n'a pas compris la réponse, alors elle se tourne vers un autre référent. Par exemple si un gynécologue donne une réponse trop technique sur les risques liés à la toxoplasmose, la future mère peut très bien « faire semblant » d'avoir compris, puis reposer la question à la TMS, à la sortie de la consultation ou à l'occasion d'une autre rencontre.

3. Quels professionnels pourraient réaliser cet entretien ?

Tableau 6 : les professionnels en position de réaliser l'entretien					
Numéro	profession	tms ass social	INF Accoucheuse	tms inf social	Psychologue
2	accoucheuse	2	1		
5	accoucheuse	1	2	2	
7	accoucheuse		1		
16	accoucheuse	3	1	2	3
18	accoucheuse	3	1	2	
25	accoucheuse		1		
26	accoucheuse		1	1	
4	Ass gynéco			1	
21	Ass gynéco	2	1	1	
19	ass sociale	2	1	1	2
11	gynécologue	3	1	2	
13	gynécologue	3	1	1	2
23	gynécologue	3	1	1	2
24	gynécologue		1		
27	gynécologue		1	2	
29	gynécologue		1		
30	gynécologue		1		
32	gynécologue		1		
1	infirmière	2	1		
3	infirmière	2	1		
17	infirmière	3	1	2	
28	pédiatre	1	1	1	1
31	pédiatre	2	1	2	
34	pédiatre		1		
10	psychologue	2	1	1	
20	psychologue		1	1	
22	psychologue	2	1	2	2
33	psychologue		1		
6	tms	2	1		
8	tms	1	2		3
9	tms	2	1	1	3
12	tms			1	
14	tms	2	2		1
15	tms	2	1	1	

3. Quels professionnels pourraient réaliser cet entretien ?

N°	Prof.	A les compétences générales	Demande Formation particulière	A les acquis pour		
				médicale	sociale	psychologique
1	acc	oui par expérience		oui	oui	Oui
2	acc	oui par expérience	Gestion entretien	oui	oui	Oui
5	acc	oui par expérience	Gestion entretien	non	oui	Oui
7	acc	oui par expérience	remise a niveau	non	oui	Oui
16	acc	oui par expérience	n'en parle pas	oui	remise à niveau	Oui
18	acc	oui par expérience	Gestion entretien	oui	remise à niveau	Oui
25	acc	non	remise a niveau	oui	non	Non
26	acc	non	Gestion entretien	oui	non	Non
19	as soc hôp	oui par expérience	Gestion entretien	non	oui	Oui
4	gyn	non	Gestion entretien	oui	non	Non
11	gyn	oui par expérience	Gestion entretien	oui	non	Oui
13	gyn	oui par expérience	Gestion entretien	oui	non	Oui
21	gyn	oui	Gestion entretien	oui	non	Oui
23	gyn	non	Gestion entretien	oui	non	Non
24	gyn	non	Gestion entretien	oui	non	Non
27	gyn	oui par expérience	remise à niveau	oui	non	Oui
29	gyn	oui par expérience	remise à niveau	oui	oui	Oui
30	gyn	oui par expérience	remise à niveau	oui	oui	Oui
32	gyn	oui/pas son ressort	remise à niveau	oui	non	Oui
3	inf	oui par expérience	Gestion entretien	oui	non	Oui
17	inf	oui par expérience	Gestion entretien	oui	non	Oui
28	péd	non/pas son ressort	remise à niveau	oui	non	Non
31	péd	non/pas son ressort	remise à niveau	oui	non	Non
34	péd	oui/pas son ressort	Gestion entretien	oui	non	Oui
10	psy	oui par expérience	la grossesse	oui	oui	Oui
20	psy	oui par expérience	Gestion entretien	non	oui	Oui
22	psy	oui par expérience	Gestion entretien	non	non	Oui
33	psy	non	Gestion entretien	non	non	Oui
9	tms 40 inf	oui par expérience	Gestion entretien	non	non	non
15	tms 40 inf	oui par expérience	Gestion entretien	oui	oui	oui
6	tms one as	oui par expérience	n'en parle pas	non	oui	oui
8	tms one as	oui par expérience	n'en parle pas	non	oui	oui
12	tms one inf	oui par expérience	Gestion entretien	oui	oui	oui
14	tms one inf	non	Gestion entretien	oui	oui	non

3. Quels professionnels pourraient réaliser cet entretien ?

3.4. À quelles conditions pourront-ils utiliser l' « entretien-action » ? Faudra t-il prévoir une formation ou un guide avant de généraliser l'utilisation de cet outil ?

Des formations à une nouvelle pratique appelée actuellement « entretien au 4^e mois » devront être proposées. Beaucoup de professionnels se trouvent à court de compétences, et c'est la fonction du travail en réseau d'y suppléer. L'idée n'est pas de transformer chaque professionnel en une espèce de « Pic de la Mirandole » du suivi prénatal. Par contre, les professionnels rencontrés, tous confondus, identifient les mêmes obstacles. Ces obstacles sont de l'ordre du malaise par rapport à la subjectivité. Une piste évoquée pour limiter le rôle de la subjectivité est une formation à une approche réflexive de sa pratique professionnelle. Elle pourrait se résumer comme ceci : « me connaître moi-même, c'est connaître ce qui implicitement oriente mon jugement ».

Une personne peut être plus à cheval par rapport à l'hygiène, admettons, qu'une autre va regarder quelque chose et que l'hygiène sera quelque chose de moins important dans sa pratique à elle.

C'est un peu subjectif

C'est d'abord te connaître toi, et savoir ce que tu peux accepter et entendre.

c'est subjectif d'une collègue à l'autre.

D'où l'importance de se connaître d'abord...

Il faut prendre du recul, se détacher, passer la situation à un autre collègue.

L'ONE organise des supervisions.

Des supervisions de groupe ou individuelles.

C'est un risque quotidien ? d'être confronté à soi-même ?

C'est tout le travail sur soi-même, il faut arriver à se sortir de l'écho que ça fait quand on travaille avec les personnes sinon ce serait impossible de travailler. Impossible si tout fait écho dans ce que l'on est, ce serait très compliqué. (GF/TMS Hainaut).

Ce professionnel explique clairement le phénomène qu'elle nomme écho. Il se produit quand le professionnel franchit la « fameuse » barrière qui sépare l'empathie et la sympathie. Verser dans la sympathie est ici le résultat de la réactivation d'un vécu propre au professionnel face à une situation similaire à celle que vit la future mère.

L'analyse des données sur le site de Liège, montre que la majorité des professionnels (21/34) pensent acquérir les compétences par l'expérience – « aller au feu » disaient les TMS du groupe focalisé. Cependant, cette expérience ne semble pas développer leur compétence en « gestion d'entretien ». Ils sont 22 sur 34 à le reconnaître.

3. Quels professionnels pourraient réaliser cet entretien ?

3.5. Les concordances et les discordances entre les publics

Concordances

Les professionnels utilisent les « listes d'anamnèse » comme pense-bête pour envisager la situation de manière socio-écologique.

Les professionnels ressentent le besoin de recevoir une formation spécifique à la gestion de l'entretien.

Certains professionnels mettent en avant la nécessité d'une formation à la réflexivité pour éviter les effets d'écho ou les limiter.

3.6. Conclusions

Tous les professionnels ne sont pas en position de pratiquer un entretien au 4^e mois plus formalisé. Les professionnels et les futures mères ne sont pas d'accord sur le profil idéal de la personne qui pourrait mener un tel entretien.

De leur point de vue, les professionnels pensent que la sage-femme représente le profil idéal parce qu'il cumule des compétences dans le savoir médical et psychosocial. De leur côté, les futures mères préfèrent un profil professionnel de type TMS parce qu'il a la possibilité de prendre du temps, de construire une relation de confiance et est accessible.

Les futures mères insistent particulièrement sur le fait que la personne qui mènerait l'entretien devrait être un professionnel, avec de l'expérience, humain.

A condition qu'il réponde à un objectif commun de santé publique, le guide d'entretien devra s'inscrire dans un réseau qui garantit d'une part une formation avant sa mise en application et, d'autre part, une définition d'objectifs communs. Chaque professionnel devrait avoir en tête le champ de l'autre et le reconnaître comme juste. Le guide pourrait contenir une liste d'items soutenant le professionnel dans sa réflexion et sa démarche auprès des futurs parents. Toutefois, il lui faudrait s'approprier cette liste en l'enrichissant personnellement au fil de ses rencontres d'informations visant le bien-être de l'enfant à venir et ayant sens pour la suite de la grossesse.

4. COMMENT SONT ORGANISÉS LA FORMALISATION, LE PARTAGE ET LA SYNTHÈSE DES INFORMATIONS RECUEILLIES ?

4.1. Questions et sources

Comment les informations recueillies lors d'un entretien-action peuvent-elles être partagées avec l'ensemble de l'équipe ?

La pratique en réseau est une pratique courante dans l'organisation professionnelle, et l'ONE n'y échappe pas. Le réseau fait partie des stratégies que les professionnels mettent en place généralement pour améliorer leur confort de travail et atteindre plus efficacement leur objectif. A ce titre, nous reprenons la distinction que V. Lemieux pose entre les réseaux et les appareils. Les premiers visent l'amélioration de leur environnement interne, et les seconds de leur environnement externe. Cette distinction est intéressante si l'on se pose la question de la finalité du réseau : qui en bénéficie ? Dans le cas du réseau, les premiers bénéficiaires sont les professionnels qui – on peut en faire l'hypothèse- en améliorant la qualité de leur pratique, améliorent le suivi des mamans. Dans le cas de l'appareil, les premiers bénéficiaires seraient les futures mères, les professionnels se présentant organisé en réseau comme un « service public ».

L'organisation en réseau est un pratique très actuelle tant elle semble la solution à tous les maux. Parmi les maux que le réseau est à même de soigner, il y a le partage insuffisant d'informations. Comment assurer l'échange d'informations dont la finalité est de mieux connaître et comprendre pour améliorer la prévention ? Quels supports pour quelles informations ? Comment préserver le sens de l'information transmise ? Comment assurer que l'information ne soit fixée, comme une photographie, alors que la vie continue ?

Tout à fait, travailler en partenariat pour le bien-être des parents et de l'enfant, dédramatiser, informer, et mettre en collaboration, les personnes nécessaires à cette situation, tout en me tenant au courant, il faut travailler à l'unisson, je pense que cela soulagerait aussi le travail des TMS, car certaines situations pourraient être réglées différemment (gyn 32)

	1 groupe focalisé de 12 TMS (Communauté française)	7 Entretiens individuels auprès de gynécologues et sages-femmes (Communauté française)	18 entretiens individuels avec les futures mères (Communauté française)	Données ethnographiques (Communauté française)	34 entretiens individuels avec les professionnels (Site de Liège)
Sources utilisées	x				x

4.2. Comment les informations recueillies lors d'un « entretien-action » peuvent-elles être partagées avec l'ensemble de l'équipe ?

L'enquête auprès des professionnels sur le site de Liège montre trois tendances pour le partage des informations qui en fait correspondent à plusieurs supports de l'information. Ces trois « supports » sont : (1) la formalisation par écrit, (2) le partage oral formel (réunion) et (3) le partage oral informel (entre deux portes, à la pause-café). Tous, sans exception, reconnaissent que les items du guide de l'APALEM pourraient être utiles dans le cadre d'un travail en réseau.

Ces trois modes de communications posent tous la question du secret professionnel partagé ou non, ainsi que la question de la préservation du sens de l'information. Autrement dit, transmise de A vers B, l'information X est-elle connotée différemment et pourquoi ? Chaque support pose en particulier certaines questions. Ainsi, l'écrit a la réputation de fixer une fois pour toute une situation, alors que l'oralité permet la labilité. A l'inverse, l'écrit passe pour une technique plus sûre quant à la préservation du sens. On ne sort pas de l'adage « les paroles s'envolent, seuls les écrits restent ».

En dépit de ces questions, les réseaux s'organisent. Voyons le sens que les professionnels leur donnent dans leur pratique.

Améliorer la certitude de l'information, « asseoir le jugement »

Oui, mais je pense que cela ne reflète pas la totalité des choses, il y a des familles qui vivent sur le CPAS, alors qu'ils ont des revenus propres mais non déclarés, et d'autres qui ne demandent rien par fierté, et qui en aurait bien besoin, c'est cela qu'il vaudrait la peine de bien décrypter (acc 18)

Un des intérêts du fonctionnement en réseau est de lutter contre les incertitudes dues à la qualité des informations que les professionnels perçoivent. On l'a vu, la subjectivité est de mise et elle insécurise les professionnels. En partageant les informations, ils peuvent « conjurer » le subjectif et cautionner les informations par l'objectivité (qui est plutôt, dans ce cas, une intersubjectivité). Améliorer la certitude des informations récoltées, à la fois leur authenticité et leur véracité, permet d'entamer certaines procédures d'accompagnement, de prendre des décisions.

Et lorsque vous avez rencontré les personnes, que vous vous êtes fait une idée, vous avez établi sa situation, est-ce que vous avez parfois un doute en vous disant, sur quoi est-ce que j'ai fondé mon jugement ? Est-ce que je ne suis pas en train de me tromper ? Ou est-ce que la personne n'est pas en train de me mener en bateau ?

On en discute avec des collaborateurs et on essaie un peu de voir comment les autres ont perçu la situation pour avoir un autre éclairage.

Et puis on discute avec la maman et on dit nos impressions à la maman pour voir ce qu'elle en pense.

Et c'est tout ce croisement qui vous permet d'avoir finalement ce jugement-là ?

Oui...

4. Comment sont organisés la formalisation, le partage et la synthèse des informations ?

Un soin particulier doit être pris lorsque les synthèses sont produites. *J'ai l'impression qu'on n'a pas toujours un bon compte-rendu des lignes principales des problèmes des gens ; donc on a eu quelques cas où cela posait beaucoup de problèmes. Quelle garantie offrent ces informations si (j)écris sur ma fiche sociale, et (si), suivant les intervenants que (j'ai), on fait une réunion et (que je fais) une sélection des informations utiles (tms 8)*

Secret professionnel

Une TMS du groupe focalisé raconte une anecdote très significative sur les risques du partage de l'information entre les professionnels.

Je crois qu'on n'a pas le droit non plus de dévoiler tout ce qu'une future maman nous dit

...

Si ce n'est pas dans le but d'être un mieux pour la future maman. Par exemple ce que je mets sur ma fiche de visite c'est « futurs parents à soutenir, à aider, à encourager » ou des choses comme ça. Mais je vais pas commencer à entrer dans les détails...A dire qu'elle a eu une enfance difficile, qu'elle a eu des tas de problèmes,

Parce que si une accoucheuse ou une TMS va le raconter. On colle des étiquettes. On risque de perdre « sa » confiance [de la maman].

On avait tout un temps des réunions de concertation , nous la prénatale et puis y avait l'accoucheuse qui travaille chez nous, en prénatale, le pédiatre, la responsable de la maternité, l'as et la psy. Donc le but était de préparer le séjour de la maman à la maternité. Le but était de venir en aide et de préparer la venue du bébé et le retour à la maison. Mais parfois, transmettre les informations, c'est pas évident. Enfin, moi ça me posait problème de ce que, justement du secret qu'on allait partager, de ce qu'on allait en faire, de ce qui allait se dire dans l'équipe et alors des étiquettes alors que l'on met sur les gens. Si la chef de service entend quelque chose et le relate à l'équipe de l'après-midi et parfois qui le relate encore à l'équipe de pédiatrie et alors il y a beaucoup, beaucoup de monde au courant de tout et alors, moi, ça me posait problème.

Et on a toutes un seuil de tolérance différent. Une acceptation de ces différences et un objectif aussi différent : l'accoucheuse n'a pas les mêmes objectifs que nous ni le pédiatre, le néonatal non plus.

Et alors dans ce cas-là, tout le monde s'éparpille dans tous les sens. Parce que chacun veut faire son action par rapport à la situation. L'AS de l'hôpital elle va dans son sens et la psy dans l'autre, la pédiatrie encore dans l'autre et la maternité... Et puis finalement le peu d'informations qu'on veut transmettre de l'histoire de la maman, ça me semblait partir dans tous les sens. Donc on a stoppé.

On a stoppé en se disant, on verra.

C'est mieux ?

Oui, enfin, moi je me sens plus à l'aise avec les gens. Sauf qu'on fait des relais intra-ONE, avec les collègues des nourrissons, il y a moins de tierces personnes, et la collègue de la maternité.

Pour ça, il faut de la confiance, il est important d'avoir confiance dans les gens avec qui on travaille. (GF/TMS Hainaut).

Un autre TMS expose les raisons pour lesquelles elle hésite à partager des informations avec des professionnels «hors ONE », c'est-à-dire des personnes qu'elle ne connaît pas ou qu'elle connaît moins bien.

Au sein de l'ONE, ça ne pose pas trop de problème parce que c'est la même institution et Mais par rapport à l'extérieur, c'est plus difficile. Surtout en milieu hospitalier (2x).

Pourquoi ?

C'est pas la même chose. Quand on souhaite donner uniquement des informations qui nous semblent importantes uniquement pour leur travail à la maternité, elles veulent en savoir plus. Elles veulent savoir plus sur l'histoire des gens. [inaudible] Et hop, on est partie dans des choses moi qu'il ne me semble pas important qu'elles sachent mais on creuse quand même ? Ce n'est pas la même façon de voir.

4. Comment sont organisés la formalisation, le partage et la synthèse des informations ?

On est des enquêteurs, on n'est pas des policiers. Et on ne va pas enquêter pour les autres non plus .

Mais d'un autre côté, c'est vrai que parfois aussi quand on ne manifeste rien par rapport à une maman (...)

Pendant le séjour en maternité, après l'accoucheuse nous dit qu'il s'est passé ça, ça et ça. Des choses qui, (à) elles, leur paraissent très grandes et tout alors que finalement pour nous c'est des choses tout à fait normales ou qu'on peut expliquer.

On sert parfois à relativiser une situation. Ou parfois il y a des gens qui arrivent en hôpital en urgence et qui s'est passé quelque chose ponctuellement. Mais nous on a connu la dame avant. Nous, on dit : c'est ponctuel. Il s'est passé ça et ça pour qu'elle arrive dans cet état-là. Alors on peut finalement temporiser la situation. Ça c'est après souvent.

Et vous êtes toujours disponibles pour faire ce travail-là ?

En général oui. (GF/TMS Hainaut).

Face à ces incertitudes sur le devenir de l'information transmise et en relation avec la volonté de conserver la confiance des futures mères, les professionnels partagent l'idée qu'une information ne peut pas être transmise sans l'accord des futures mères. Sur le site de Liège, les professionnels (toutes catégories confondues) affirment tous que l'accord des parents est nécessaire pour le suivi des informations. La variabilité se situe dans les précisions comme la participation à l'entretien (2/35) et la mise en route du réseau (6/35). Seuls deux professionnels n'évoquent pas le réseau parce que cela coule de source.

L'idée est peut-être de se dégager des dysfonctionnements entre professionnels par l'accord de la future mère.

Ce serait bien que ce soit fait systématiquement, pourquoi cela n'est pas fait, je pense que tous les intervenants sont soumis au secret professionnel, supposons qu'une maman ait de antécédents d'assuétudes à l'héroïne il y a 10 ans, il n'y a pas de raison que ce soit pas inscrit, cela ne va pas porter préjudice pour la surveillance de la grossesse, de nombreuses fois nous avons des informations qui sont coupées, qui ne sont pas accessibles, sous prétexte que cela doit rester confidentiel pour la maman, les informations médicales, HIV, HEP C, ... apparaissent dans le dossier médical, et les TMS qui recueillent des informations sociales importantes ne le mettent pas dans le dossier. (acc 7)

De mon expérience vécue pendant cette recherche une personne qui entre en contact avec les futures mères est toujours susceptible d'être questionnée par les autres acteurs de la prénatalité.

Dans les consultations, j'ai toujours dû faire un feedback sur le contenu des entretiens à l'équipe présente. Dans une consultation, j'ai été questionné, à mon tour, sur le contenu de l'entretien, au cas où la future mère m'aurait révélé quelque chose de neuf qui aurait du sens pour un meilleur suivi de la grossesse. (données ethnographiques)

4. Comment sont organisés la formalisation, le partage et la synthèse des informations ?

Tableau 8 : l'accord parental

n°	Profession	est nécessaire pour
19	a soc hôp	pour le suivi de information et pour mise en route réseau
1	Acc	pour le suivi de l'information
2	Acc	pour le suivi de l'information
5	Acc	pour le suivi de l'information et pour participer entretien
7	Acc	n'en parle pas coule de source
16	Acc	pour le suivi de l'information
18	Acc	pour le suivi de l'information
25	Acc	pour le suivi de l'information
26	Acc	pour le suivi de l'information
4	Gyn	pour le suivi de l'information
11	Gyn	pour le suivi de l'information
13	Gyn	pour le suivi de l'information
21	Gyn	pour le suivi de l'information
23	Gyn	pour le suivi de l'information
24	Gyn	pour le suivi information
27	Gyn	pour le suivi de l'information
29	Gyn	pour le suivi de l'information
30	Gyn	pour le suivi de l'information
32	Gyn	pour le suivi de l'information et pour mise en route réseau
3	Inf	pour le suivi de l'information
17	Inf	pour le suivi de l'information
28	Péd	n'en parle pas coule de source
31	Péd	n'en parle pas coule de source
34	Péd	pour le suivi de l'information
10	Psy	pour le suivi de l'information
20	Psy	pour le suivi de l'information et pour mise en route réseau
22	Psy	pour le suivi de l'information
33	Psy	pour le suivi de l'information
15	tms 40 inf	pour le suivi de l'information et pour mise en route réseau
9	tms 40 inf	pour le suivi de l'information et pour participer à l'entretien
6	tms one as	pour le suivi de l'information et pour mise en route réseau
8	tms one as	pour le suivi de l' information et pour mise en route réseau
14	tms one inf	pour le suivi de l'information et pour mise en route réseau
12	tms one inf r	pour le suivi de l'information

4. Comment sont organisés la formalisation, le partage et la synthèse des informations ?

Temps du partage

Chez nous, ils sont parfois pressés, ça dépend lesquels mais à la fin de la consultation, on voit avec eux chaque femme, on les pousse un petit peu, on les oblige un peu à voir avec nous toutes les futures mères qu'ils ont vues et que nous avons vues et on fait le point quand même. C'est systématiquement (GF/TMS Hainaut).

Procédure de formalisation et de fixation

L'analyse des données sur le site de Liège, montre que :

- 82 % des informateurs sur le site de Liège utilisent le dossier médical comme support de communication.
- 44 % des informateurs pratiquent l'échange d'information de manière orale.
- 50 % pratiquent des réunions multidisciplinaires
- 58% regrettent que l'information ne circule pas

Fixer par écrit

Le carnet de communication sert à fixer l'information pour la transmettre. Cependant, il ne faudrait pas se tromper sur son rôle. Il n'est pas question d'objectiver l'information par l'écrit. Les professionnels décrivent plutôt une pratique qui assure la disponibilité de l'information en leur absence. Un peu comme si le carnet était une extension de leur mémoire. Le carnet est une sorte de métaphore de la réunion, mais en l'absence de personnes. Il assure le lien. Dans l'exemple ci-dessous il est une véritable interface entre le médical et le psychosocial.

J'ai un carnet de communication avec le gynéco avec qui je travaille. Donc quand elle a des soucis, par rapport à certaines futures mères, et qu'elle souhaiterait que j'aie les voir régulièrement sur un point, elle me laisse un mot pour contacter cette future mère et avoir un nouvel entretien.

Cette pratique du carnet, il y en a d'autres qui l'utilisent ? Ou d'autres manières plus formelles de partager les informations ?

Moi je ne côtoie pas du tout le gynécologue dans le cadre de ma consultation. Je ne travaille qu'à domicile...Le carnet, c'est le lien. Moi je ne croise pas en séance.

Nous on le contacte après chaque consultation. Puis une fois par semaine on a un staff avec les médecins aussi où on parle des situations plus difficiles et donc on a l'avis médical et nous on donne un peu notre avis aussi. Donc le médecin reste plus du côté médical et nous du côté psychosocial, et on partage un peu nos informations pour essayer de voir comment faire ensemble.

Et ces informations, quand elles sont réunies, elles sont consignées quelque part ou c'est juste de l'échange entre professionnels pour se tenir au courant ?

Nous on les consigne ...derrière les feuilles(GF/TMS Hainaut).

Et dans le cadre d'un congé de maladie, d'un remplacement ou de quelqu'un qui part à la retraite, est-ce qu'il y a une transmission de tout ce qui était... ?

Ça se passe comment ?

Oui. Il y a des rapports plus précis que la feuille de visite. Ce sont des rapports plus sociaux que l'on fait, que l'on tient dans un endroit particulier qui font que les collègues sont bien au courant. Donc si on avait besoin de ce rapport parce que la situation ne se passe pas bien si on est absent, la collègue sait où le trouver. Mais il ne sera pas mis dans le dossier qui va partir à la maternité ou, ...c'est impossible(GF/TMS Hainaut).

4. Comment sont organisés la formalisation, le partage et la synthèse des informations ?

La fiche est une synthèse des informations disponibles qui reste à disposition des professionnels. Elle ne se suffit pas toujours à elle-même, elle peut être complétée par une information orale. Elle porte en elle l'idée de fixer des informations sur la future mère. Avant, la fixation des informations peut se révéler stigmatisante surtout si ces informations ne sont pas valides.

Les choses les plus importantes sont aussi consignées dans la fiche de visite ????? qui reste dans le dossier de maternité. Donc je veux dire les personnes peuvent le voir au niveau de l'accouchement, le gynéco peut très bien aussi le consulter s'il le souhaite. Donc, c'est repris quelque part.

Avec assez de précisions ?

S'ils n'ont pas assez de précisions, ils peuvent toujours nous interroger pour savoir ce qu'on a voulu dire etc...

Les écrits, ça reste et c'est statique.

Et ça vous embête ?

Oui, parce que c'est statique et ça dépend de comment on l'a écrit, de comment on l'interprète et si on n'est pas là pour expliquer un peu ce qu'on a écrit, ça peut parfois être mal interprété.

Donc, les écrits, c'est un bien mais c'est un mal aussi. (GF/TMS Hainaut).

Se réunir

La réunion telle qu'elle est présentée ici est le complément nécessaire à l'interprétation des informations contenues dans la farde de service. Ici, encore nous sommes en présence d'une recherche d'un processus pour augmenter la validité de l'information afin de distinguer le vrai du faux.

Ça fonctionne un peu pareil ici, on a des réunions tous les 15 jours entre le service de liaison et le service prénatal où les informations sont transmises et gardées dans une farde à part à laquelle nous seules avons accès. Et donc les informations transmises à la maternité médicale sont juste l'essentiel de ce qui est utile au travail pour le séjour. Donc pas le détail.

Et ces informations utiles, elles sont définies par vous ou par la ... ?

Par nous avec la maman, toujours. (GF/TMS Hainaut).

Refuser les outils de scoring

Les professionnels sont unanimes concernant les grilles à cocher et le calcul de score de risque. Ils n'en veulent pas ou plus. L'exemple du CRAP devient le leitmotiv de leur réponse

Mais je ne veux pas un questionnaire quand on voit ce qui se passe au niveau des nourrissons.

Puis on a connu le CRAP

Le CRAP ?

A un certain moment on devait remplir le questionnaire, entre les semaines, on tenait compte du nombre de cigarettes, etc. On devait le rendre à un moment précis. (GF/TMS Hainaut).

L'usage du CRAP aurait été détourné par son appropriation dans la pratique des professionnels. D'un outil dont la finalité était le calcul d'un score de risque, il est devenu une sorte de pense-bête pour mener l'anamnèse ou les entretiens.

La discussion se prolonge après les entretiens avec les futures mères. Elle [l'infirmière] me montre les outils qu'elle utilise pour réaliser ses entretiens. Je pense qu'il s'agit du CRAP. Elle explique qu'elle ne remplit pas systématiquement la grille. Elle s'en sert, comme cela est le cas pour les TMS du groupe focalisé, comme pense-bête, pour être certaine d'avoir tout passé en revue. (données ethnographique).

4. Comment sont organisés la formalisation, le partage et la synthèse des informations ?

Tableau 9 : la transmission de l'information entre les professionnels

N	Prof	dossier médical	oral	multi disciplinaire	regrets information ne circule pas
19	a soc hôp	Oui	oui		oui
1	acc	Oui			oui
2	acc		oui		oui
5	acc	oui			oui
7	acc	oui	oui		oui
16	acc	oui	oui		oui
18	acc	oui	oui		oui
25	acc	oui	oui		oui
26	acc	oui			n'en parle pas
4	gyn	oui			n'en parle pas
11	gyn	oui	oui	oui	oui
13	gyn	oui	non	oui	oui
21	gyn	oui			oui
23	gyn	oui	oui		oui
24	gyn	oui		oui	oui
27	gyn	oui	oui	oui	oui
29	gyn	oui		oui	oui
30	gyn	oui		oui	oui
32	gyn		oui		oui
3	inf	oui			oui
17	inf	oui			oui
28	péd	oui		oui	oui
31	péd	oui		oui	oui
34	péd	oui		oui	oui
10	psy	oui	oui	oui	n'en parle pas
20	psy	oui		oui	oui
22	psy	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas
33	psy		oui		oui
15	tms 40 inf	oui		oui	oui
9	tms 40 nf	oui	oui	oui	oui
6	tms one as	a voir	oui	oui	n'en parle pas
8	tms one as			oui	n'en parle pas
12	tms one inf	oui		oui	n'en parle pas
14	tms one inf	oui	oui	oui	n'en parle pas

Des intervenants sociaux et des relais

Travailler en réseau est une opportunité pour partager les compétences à disposition ou pour relayer une future mère vers un professionnel plus compétent.

De situations potentiellement à risques sans nécessairement tomber systématiquement dans les cas les plus lourds comme la toxicomanie et ce genre de choses...

Mais en prénatal, on est vraiment dans la prévention. Sauf dans des cas où il y a des aînés comme ça mais sinon c'est plus souvent de la prévention. Par rapport au bébé qui va venir, on a en principe 8 mois pour..., les 8 mois de grossesse pour pouvoir agir, mettre quelque chose en place puisque de toute façon, le SAJ n'est pas contactable puisqu'il n'y a pas de bébé, l'enfant n'a pas de statut, donc on ne sait rien faire.

Mais il peut parfois venir. Moi ça m'est arrivé pour une situation vraiment difficile pdt la grossesse de demander à un délégué du SAJ de venir en réunion prénatale pour préparer l'arrivée du bébé.

On peut travailler par contre avec l'équipe SOS enfant. Dans notre équipe on a un psychologue, une AS, toute une équipe pluridisciplinaire à Ath et on a aussi des réunions.

Mais nous on fait aussi des réunions une fois par semaine avec les situations difficiles qu'on a et on essaie d'abord de s'apporter un éclairage mutuel et puis alors aussi de voir à la maternité, ce qu'il y a lieu de faire pour ces personnes là, ne fût-ce qu'une toute jeune, où on lui dit là c'est important...c'est un accueil différent. (GF/TMS Hainaut).

Je pense qu'en tant que sage-femme nous faisons déjà énormément et, nous ne sommes pas là pour soigner tout cet environnement qui demande des rencontres et un environnement psychologique.

L'utilité de l'entretien du 4^e mois sera de cibler et de transférer les parents vers des intervenants de qualité. (acc 7)

Les analyses des réseaux déclarés par les professionnels sur le site de Liège (schéma à la page suivante) montrent que tous les professionnels partagent les mêmes quatre intervenants de référence : les TMS, les médecins traitants, les psychologues, le SAJ et le gynécologue. Mais aussi, elles montrent que le réseau se dispose en trois couronnes :

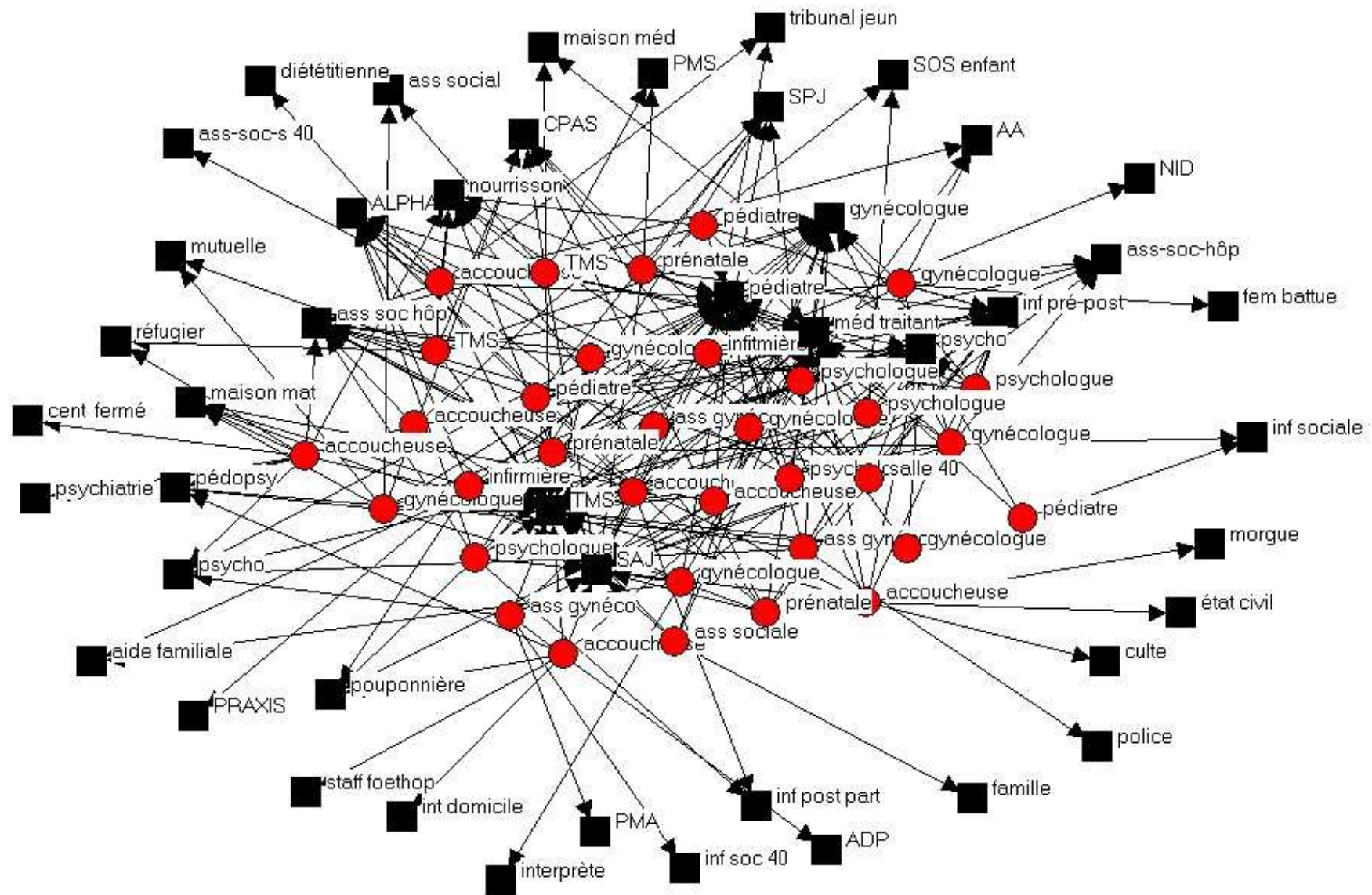
1. au centre les intervenants essentiels (les incontournables),
2. puis les intervenants sociaux (du système social et juridique)
3. enfin les intervenants « d'opportunité » (parce que la situation s'y prête).

Le regroupement des professionnels par profession (les points rouges) témoigne que chaque profession a les mêmes intervenants de référence. Dès lors, si par hypothèse l'on supprimait les intervenant centraux, chaque profession travaillerait dans son coin avec ses intervenants de référence. En effet, si les points de liaisons entre les sous réseaux disparaissaient, le graphique présenterait au moins quatre réseaux indépendants.

A partir du moment où le réseau s'active, émerge la question sur la place de la future mère dans ce réseau : acteur, usager, client ? Et si la future mère avait déjà un réseau ?

Je ne sais pas trop le bon moment, ce que j'ai peur parfois, c'est que cela fasse double emploi, si on sait qu'il y a déjà des services sociaux en route, faire plus une coordination interprofessionnelle, avec bien entendu l'accord des parents, pour pouvoir travailler en réseau (tms 9)

4. Comment sont organisés la formalisation, le partage et la synthèse des informations ?



4. Comment sont organisés la formalisation, le partage et la synthèse des informations ?

Activer le réseau

Tableau 10 : l'activation du réseau

n		ne sait pas	active réseau	
			comment	qui en premier
19	a soc hôp		Téléphone	Référent
1	acc		Contact	assistante sociale
2	acc		Téléphone	Gynécologue
5	acc		va trouver	Tms
7	acc		Contact	psychologue tms
16	acc		Téléphone	Tms
18	acc		Téléphone	Tms
25	acc		Contact	assistante sociale
26	acc	seul non	Contact	Référent
4	gyn		Contact	Superviseur
11	gyn		va trouver	Tms
13	gyn		Contact	qui de droit
21	gyn		Téléphone	qui de droit
23	gyn		Téléphone	Tms
24	gyn		Téléphone	qui de droit
27	gyn	seul non	Contact	Superviseur
29	gyn		Contact	Tms
30	gyn		Contact	qui de droit
32	gyn		contact	qui de droit
3	inf		Contact	assistante sociale
17	inf	seul non	Téléphone	assistante sociale
28	péd		Contact	qui de droit
31	péd		Contact	qui de droit
34	péd		Contact	Référent
10	psy		Réunion	équipe one
20	psy		Téléphone	qui de droit
22	psy		Téléphone	qui de droit
33	psy		Contact	Gynécologue
9	tms 40 inf		Contact	qui de droit
15	tms 40 inf		Réunion	équipe pluridisciplinaire
6	tms one as		Réunion	équipe one
8	tms one as		Réunion	équipe one
12	tms one inf		Contact	psychologue tms
14	tms one inf		Réunion	équipe pluridisciplinaire

4.3. Les concordances et les discordances entre les publics

Les professionnels ne veulent pas d'une liste scorée pour calculer un facteur de risque. Ils ne veulent plus d'outil semblable au CRAP.

Les professionnels utilisent les « listes d'anamnèse » comme pense-bête pour envisager la situation de manière socio-écologique.

Les professionnels sont demandeurs de plus de coordination interne ou, du moins, de procéder au partage d'information.

Les professionnels ont déjà des pratiques de réseaux. Les gynécologues sont peut être les plus « vulnérables », ceux qui reconnaissent davantage leur manque de connaissances des autres intervenants sociaux.

Les référents clefs du réseau, dans la pratique actuelle, sont : les TMS, le SAJ, les médecins traitants et les pédiatres.

4.4. Conclusions

Au sujet de la formalisation des informations, les interrogations clés balisant la réflexion pourraient être les suivantes : quels regroupement et recoupement des informations ? Comment les consigner ? Faut-il tout consigner ? Le public est-il toujours averti de ce qui est consigné et, le cas échéant, du pourquoi et de la finalité de l'«enregistrement» des informations ?

Les professionnels ne veulent plus d'un CRAP, à savoir une liste permettant un calcul de score ou d'indice de risque. Ils ont donc d'autres stratégies de formalisation qui sont aussi des stratégies d'interprétation, notamment au sein d'un travail en équipe ou en réseau.

Au sein de l'équipe APALEM, une grille d'items (voir annexe) est à la disposition des professionnels. Tout le contraire d'une grille de scoring, cette grille est avant tout une aide à la réflexion devant toute situation de grossesse. Chaque item n'est pas forcément utile à chaque grossesse. Une attention particulière devra être posée sur les items dits utiles et pourtant non utilisés. (temps, gérer émotion du patient). Certains professionnels interrogés au cours de cette étude y relèvent le manque de certaines *informations médicales* (contraception, don de sang de cordon), *d'informations psychologiques* (projet de vie avec l'enfant), *d'informations psycho-sociales* (entourage et place du père). Ces observations rejoignent l'avis et l'expérience des TMS qui bien que s'appuyant, elles aussi, sur un document appelé « fiche sociale », signalent que qu'il n'est pas possible de dresser une liste exhaustive de l'ensemble des signes sans risquer de perdre la variété.

A condition qu'il réponde à un objectif commun de santé publique, le guide d'entretien devra s'inscrire dans un réseau qui garantit d'une part une formation avant sa mise en application et, d'autre part, une définition d'objectifs communs. Chaque professionnel devrait avoir en tête le champ de l'autre et le reconnaître comme juste. Le guide pourrait contenir une liste d'items soutenant le professionnel dans sa réflexion et sa démarche auprès des futurs parents. Toutefois, il lui faudrait s'approprier cette liste en l'enrichissant personnellement au fil de ses rencontres d'informations visant le bien-être de l'enfant à venir et ayant sens pour la suite de la grossesse.

4. Comment sont organisés la formalisation, le partage et la synthèse des informations ?

Plus avant, cela nous amène à interroger, d'une part les arguments en faveur d'un entretien « informel » et « morcelé » (à plusieurs moments), et d'autre part, ceux en faveur d'un entretien « formalisé » et « unique ». Alors que le premier semble plus proche de la pratique actuelle des professionnels et d'une saisie d'informations adaptée au vécu de la grossesse (conforme au temps/rythme des futures mères, de type « suivi »), le second pourrait favoriser un enregistrement plus homogène des informations, en fonction d'un cadre clair, réduisant le risque de saisies d'information intempestives, à l'insu des mamans (éthique) et non exploitées/exploitable

Il est impératif de distinguer la coordination interne et le travail réseau. Nous proposons de parler de coordination interne à propos de la circulation des informations au sein d'une même équipe, et de parler de réseau lorsqu'il s'agit de travailler avec des professionnels extérieurs à l'équipe.

Les professionnels nous ont longuement entretenu à propos des difficultés de coordination relatives au partage d'information au sein des équipes. Actuellement, il semble que chaque « équipe » ait ses habitudes de partage qui vont du moins formel (oralement, « entre deux portes », à la pause-café) au plus formel (Intervision, carnet). Les pratiques d'échange ont trois fonctions. Premièrement, il s'agit de compléter les informations disponibles. Deuxièmement, il s'agit de vérifier l'authenticité des informations et d'asseoir leur véracité. Troisièmement, le partage est l'occasion de fixer les informations pour assurer leur transmission ou leur pérennité.

Les professionnels s'autorisent à partager les informations, à condition de respecter le secret professionnel. Le non respect du secret professionnel entraîne la défiance envers les autres professionnels. Une fois cette défiance installée, une culture de travail en réseau se développe où les professionnels sont choisis parce qu'ils sont reconnus comme partenaires de confiance. Il semblerait qu'une réactualisation du passage de l'information soit importante (tous les acteurs de la santé rencontrés en sont conscients) pour qu'une situation soit claire. Afin de se donner toutes les chances de créer un climat de confiance, il faut que l'information circule. Les mamans ne sont d'ailleurs pas opposées à cette circulation d'informations, à condition que ce soit pour le bien-être du bébé et en respectant le secret professionnel. Le travail de transmission de l'information doit se faire de façon claire et constructive avec la mère. Le professionnel devrait oser exprimer la difficulté ou l'inquiétude ressentie et valoriser les solutions et les ressources de la patiente.

Concernant le travail en réseau avec des professionnels externes à l'équipe, deux constats s'imposent. Premièrement, les professionnels des équipes prénatales ne peuvent gérer les situations sans avoir la possibilité de s'appuyer sur des acteurs extérieurs. Leur question serait : face à tel problème, quel autre professionnel serait un bon soutien ? Deuxièmement, les professionnels du site de Liège pointent tous les mêmes intervenants sociaux : la TMS, le SAJ et le médecin traitant. Ce serait les incontournables parmi les intervenants. Ce qui place la TMS, le SAJ et le médecin traitant comme des relais indispensables de l'information entre les professionnels de la périnatalité. Sans eux, les professionnels fonctionnent non pas en réseau professionnel centré sur un meilleur suivi, mais sur base d'un réseau construit en fonction des habitudes de travail.

5. L'INTÉGRATION DE L'« ENTRETIEN-ACTION » DANS UNE DÉMARCHE DE SUIVI

5.1. Questions et sources.

Les « entretiens-action » seront-ils des méthodes « one shot » au 4^e mois de grossesse ? Ne serait-il pas intéressant de les utiliser pour assurer la qualité du suivi tout au long de la grossesse ? Les visites à domicile sont-elles un outil intéressant et réaliste pour pratiquer ce suivi ?

	1 groupe focalisé de 12 TMS (Communauté française)	7 Entretiens individuels auprès de gynécologues et sages-femmes (Communauté française)	18 entretiens individuels avec les futures mères (Communauté française)	Données ethnographiques (Communauté française)	34 entretiens individuels avec les professionnels (Site de Liège)
Sources utilisées	x	x	x		x

5.2.. Les « entretiens-action » seront-ils des méthodes « one shot » au 4^e mois de grossesse ?

Le point de vue des professionnels

Le moment : 4^e mois « or not » ?

Moi ce que je ne comprends pas dans ce truc formalisé c'est que quand on rencontre la maman, parfois au premier entretien, ces choses-là sortent déjà. On va pas revenir au 4^{ème} mois, reposer des questions dont on a déjà les réponses. Si c'est formalisé, comment on va faire, je ne comprends pas bien ...ce qui va y avoir de ce à quoi la maman vient au moment où elle vient. (GF Hainaut)

Nous étions partis, sur base de ce que suggère le titre de l'appel d'offre, de l'idée que l'entretien pourrait avoir lieu au 4^e mois de grossesse. Le 4^e mois de grossesse, est-ce bien un mois que les professionnels jugent propice pour conduire cet entretien ? Qu'en pensent les futures mères ?

Leur point de vue se fragmente suivant que l'on envisage que l'entretien est un moment où les professionnels tentent de resituer la future mère dans sa globalité pour mieux prévenir les risques, ou si l'on envisage l'entretien comme un processus continu. Les avis se brisent sur l'écueil du vécu : doit-on envisager l'entretien pour le confort des professionnels ou doit-on l'envisager du point de vue des futures mères ? Les futures mères, elles, ne se mettent pas à la place des professionnels, elle s'appuient uniquement sur leur vécu de femme enceinte.

Quels moments sont les plus réceptifs ? Je pense qu'il y a tellement d'éléments à digérer pendant une grossesse, qu'il faut s'y prendre assez tôt. Quand on dit 4^{ème} mois, il me semble qu'un certain nombre d'items sont déjà posés (à condition de la certitude de la bonne évolution de la grossesse, il me semble que la 12^{ème}, 13^{ème} semaine, un peu plus tôt, écho 1^{er} trimestre). On peut dire à la maman, je pense que la grossesse est bien démarrée, surtout pour celles qui ont des antécédents de fausse couche, ou d'infertilité de longue date.

5. L'intégration dans une démarche de suivi

12^e à la 14^e semaine (acc 2)

Pour les TMS du groupe focalisé, le 4^e mois n'a pas de sens – sauf lorsqu'elles font le lien avec le projet français. Il n'a pas de sens parce qu'il est vu comme un moment ponctuel dans la grossesse. Or, leur pratique actuelle se situe, elle, dans l'accompagnement au fil de la grossesse. Pour justifier ce point de vue, les TMS du groupe focalisé argumentent que les questionnements et les difficultés que peut rencontrer la maman évoluent au fil de la grossesse. Cet argument est aussi repris par les mamans : les questions qu'elles se posent sont fonction de ce qu'elles ressentent à un moment de leur grossesse. De plus, que toutes les mamans viennent en consultation prénatale au 4^e mois relève davantage du contenu et de l'objectif d'un programme de dépistage que de la réalité. Toutes les mamans ne viennent pas pour la première visite au 4^e mois, à en croire les professionnels et les mamans, il n'est pas rare que la première visite soit plus tardive. Ces mamans qui viennent après le 4^e mois devraient-elles être exclues de ce service ?

L'organisation d'un entretien au 4^e mois ? Tous les professionnels rencontrés et les mamans ne comprennent pas bien pourquoi l'entretien doit avoir lieu à ce moment-là. Les professionnels de Liège sont acquis à l'idée d'un service où les risques de la grossesse seraient évalués globalement afin d'améliorer le suivi.

Les professionnels rencontrés en Communauté Française restent très attachés à la construction progressive d'un lien qui permet de connaître la future mère et d'évaluer les risques.

Tous partagent l'idée de voir la future mère à plusieurs reprises. Il y aurait un premier entretien, puis des entretiens de suivi organisés, si nécessaire.

Au départ de la prise en charge, 4^e mois, mais je pense que dans les situations difficiles refaire le point au 8^e mois, oui, pourquoi pas tout en sachant que l'on a déjà pas mal de renseignements (inf 17).

Si le 4^e mois ne fait pas sens, c'est que les professionnels s'intéressent de plus en plus aux aspects psychosociaux et ils constatent que ceux-ci ne sont pas assujettis au rythme biologique. Ainsi, si le 4^e mois a du sens d'un point de vue biomédical, il n'en a pas toujours au regard de certains facteurs d'ordre psychologique.

Ca dépend encore de la situation. L'image de l'enfant au 4^{ème} mois est encore très floue. Il y a des parents qui ont déjà le chemin tout tracé pour leur enfant et d'autres qui vivent au jour le jour et qui laissent une plus grande liberté.

La prévention est un autre motif que les professionnels évoquent pour remettre en question le 4^e mois.

Trop tard non, mais, à mon avis, plus tôt on le fait, mieux c'est. Laisser le temps que la maman ait intégré la grossesse, être sûr que la grossesse évolue bien.

Oui, à mon avis, entre 3 et 5.

Car s'il y a des réseaux à mettre en place, ce n'est pas au 8^e mois que l'on va mettre quelque chose en route. A mon avis cela doit être avant le 3^e trimestre.(inf 3)

5. L'intégration dans une démarche de suivi

Tableau 11 : le moment de l'entretien

n°	Prof.	Moment	Combiné avec:	one ou partenariat	gynécologue privé	conditions d'application
19	a soc hôp	22 semaines	échomorpo	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel
1	acc	4 mois	en fonct nécessité	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel
2	acc	12 semaines	écho conf grossesse	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel
5	acc	25 semaines	écho morpho	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix quand cela leur convient
7	acc	cas par cas	à voir selon nécessité	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
16	acc	28 semaines	après écho morpho	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel
18	acc	20sem	à voir selon nécessité	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel
25	acc	15 semaines	écho conf grossesse	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
26	acc	12 semaines	écho conf grossesse	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
4	gyn	12 semaines	écho conf grossesse	sans problème	n'en parle pas	proposé et liberté choix et maman en recherche
11	gyn	22 semaines	à voir selon nécessité	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
13	gyn	cas par cas	à voir selon nécessité	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel
21	gyn	20 semaines	échomorpo	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel
23	gyn	22 semaines	écho morpho	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
24	gyn	16 semaines	écho conf grossesse	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
27	gyn	13 semaines	écho conf grossesse	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
29	gyn	13 semaines	Écho conf grossesse	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
30	gyn	22 semaines	échomorpo	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
32	gyn	24 semaines	échomorpo	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté e choix mais conseillé si ressenti professionnel
3	inf	22 semaines	échomorpo	sans problème	n'en parle pas	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel

5. L'intégration dans une démarche de suivi

17	inf	4 et 8 mois	à voir selon nécessité	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel
28	péd	4 mois	écho conf grossesse	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
31	péd	22 semaines	échomorpo	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
34	péd	20 semaines	échomorpo	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
10	psy	cas par cas	à voir selon nécessité	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
20	psy	22 semaines	échomorpo + si néc	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel
22	psy	12 semaines	premier écho	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix quand cela leur convient
33	psy	22 semaines	échomorpo	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
9	tms 40 inf	20 semaines	échomorpo	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix mais conseillé si ressenti professionnel
15	tms 40 inf	cas par cas	anamnèse	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix mais conseillé si ressenti professionnel
6	tms one as	4 mois	scéances info	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix quand cela leur convient
8	tms one as	20 semaines	visite domicile	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté de choix quand cela leur convient
12	tms one inf	avant 12 sem	1ère visite	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé à tout le monde
14	tms one inf	25 semaines	echomorpo	sans problème	accord parents/tél r-v par lui	proposé et liberté choix quand cela leur convient

Ouvrir en dehors de l'ONE

Maintenant il faut voir aussi si c'est quelque chose qui reste au niveau de l'ONE ou si on étend ça à toutes les grossesses hors personnes ONE. Ça, il faut peut-être voir aussi si c'est quelque chose qui peut s'adresser au niveau des gynécos et des infirmières accoucheuses ou quoi, qui peut se lancer au niveau de toutes les grossesses ou si on reste au niveau des grossesses ONE uniquement ?

Vous souhaiteriez que cela s'étende à l'ensemble des grossesses ?

Ben, on avait quand même toujours dit qu'on était un service public, et que, par conséquent, ça pouvait effectivement s'adresser à tout le monde. Moi j'avais déjà eu l'occasion de discuter avec une maman qui avait souhaité que je parle et qu'elle n'accouche pas dans hôpital avec un service ONE. Mais justement, elle était consciente de tout ce qu'elle pouvait poser comme questions et [...] Donc pourquoi pas.

Je pense que les futures mamans, suivies à l'ONE ou pas, mais qui souhaitent avoir des informations, une visite, je ne vois pas pourquoi elles ne pourraient pas (en) bénéficier...

Y'en a pas beaucoup qui sont au courant...

Je vois par exemple ici. On va faire une animation sur l'alimentation et je m'étais fait la réflexion : on va mettre ceci dans un toute boîte, comme ça toutes les personnes sont invitées. De toute façon, on les revoit après en nourrisson aussi. Donc c'est intéressant de les connaître en période prénatale. Parce qu'à ce moment-là, on détecte des milieux, des familles à risque, et qu'on sait là déjà remédier, au niveau de la TMS, c'est un avantage au niveau des visites à domicile. (GF/TMS Hainaut).

5.3. Les concordances et les discordances entre les publics

Concordances

Le 4^e mois ne fait pas sens pour les professionnels. L'aspect d'un entretien « one shot » ne correspond pas à leur pratique, ni à la réalité qu'ils vivent (les mamans ne viennent pas systématiquement dès le début de leur grossesse).

L'entretien aurait du sens si et seulement si il est intégré dans une démarche de suivi. Vu comme les mamans apprécient la visite à domicile, une articulation entre l'entretien au 4^e mois et les visites à domicile est pensée.

L'entretien devrait être intégré à d'autres examens, surtout à l'écho morphologie.

5.4. Conclusions

Le 4^e mois ne fait pas sens pour les professionnels, ni pour les futures mères. D'abord, il ne fait pas sens s'il n'est pas intégré dans une démarche de suivi, qui « chemine » avec l'évolution de la grossesse. Ensuite, toutes les futures mères ne viennent pas en consultation avant le 4^e mois. Enfin, il faut que la relation de confiance soit établie s'il on veut que l'entretien soit profitable aux professionnels et aux futures mères.

Les professionnels aimeraient coupler l'entretien et l'échomorphologie, ce pour limiter les déplacements de la future mère et, peut-être, « capitaliser » sur les affects suscités par cet examen. Cependant cela pourrait focaliser exclusivement l'entretien sur la grossesse coupée de son environnement. Or, ceci ne constitue qu'une facette, certes de poids, de l'approche « triangulaire » idéalement souhaitable, à savoir : l'enfant - la mère - l'environnement. De plus, HERTLING-SCHAAL E. et al. (2001) ont attiré l'attention sur l'anxiété produite par les techniques de diagnostic prénatal. Notamment, l'échographie pourrait court-circuiter les étapes de la grossesse en forçant la future mère à passer trop vite de « l'être enceinte » à « attendre un enfant ». Pour ces futures mères, l'entretien ne pourrait pas avoir lieu après l'échomorphologie. Si la solution d'un lien entre échomorphologie et entretien au 4^e mois devait être maintenue, il faudrait inclure les techniciens de l'échomorphologie dans le travail en réseau suscité par le projet de « l'entretien au 4^e mois ».

6. LA PARTICIPATION DES FUTURES MÈRES

6.1. Questions et sources

*Comment permettre aux futures mères de participer à la construction de l'outil ?
Quelles sont les questions auxquelles elles souhaitent répondre ?*

De quoi aimeraient-elles parler pour décrire leur situation aux professionnels ?

Quelles informations les futures mères peuvent-elles récolter en routine, dans leur quotidien, qui à la fois répondent à des critères pour les « équipes médicales », et qui permettent un phénomène d'apprentissage/régulation pour les parents ?

Le carnet de la mère pourrait-il être intégré dans cette démarche pour favoriser l'entretien ?

	1 groupe focalisé de 12 TMS (Communauté française)	7 Entretiens individuels auprès de gynécologues et sages-femmes (Communauté française)	18 entretiens individuels avec les futures mères (Communauté française)	Données ethnographiques (Communauté française)	34 entretiens individuels avec les professionnels (Site de Liège)
Sources utilisées			X		

6.2 Comment permettre aux futures mères de participer à la construction de l'outil ?

Les mamans évoquent l'idée de rencontres entre mamans.

Elle aimerait une table ronde où les mamans pourraient se rencontrer. Avec d'autres mamans, ce serait plus convivial. On peut parler plus facilement. En plus, on ne serait pas seule devant le professionnel et on pourrait partager les problèmes et les solutions.

Un endroit pourrait exister où les mamans pourraient se rencontrer. Là, elles pourraient échanger des expériences, voir d'autres expériences. À la consultation, elle rencontre d'autres mamans (et) souvent elles ne parlent français. Elle aimerait un endroit pour discuter et dissiper les craintes. Ce serait bien aussi si on y diffusait des informations sur les services : ce qui concerne le bien-être de la maman et du futur bébé. Mais, il ne faudrait pas des services où l'on se sent visée et jugée.

6.3. De quoi aimeraient-elles parler pour décrire leur situation aux professionnels ?

Si les futures mères sont satisfaites – d'après leur déclaration – de l'accueil et du suivi de la grossesse, elles le sont moins quant à l'information qui leur est donnée. Certaines déplorent le manque d'information sur certains thèmes (les relations sexuelles pendant la grossesse, la place que va prendre le futur enfant dans la famille, la gestion administrative de la grossesse, les moyens de préparer l'accueil de l'enfant d'un point de vue matériel, l'éducation etc.), d'autres trouvent que les informations sont trop centrées sur l'allaitement, d'autres témoignent de leurs difficultés à gérer le trop plein d'informations qui leur sont adressées.

6. La participation des futures mères

Cette future mère résume bien, les propos des autres en clarifiant d'une part ce qui relève des *questions « bièsses »* (expression en wallon signifiant les questions ordinaires), et d'autre part, ce que les futures mères perçoivent comme limites à ce qu'elles peuvent demander.

Les questions abordées concernent avant tout la grossesse et sa « gestion » : alimentation, exercices physiques et de relaxation, bien-être/détente. Elle se sent libre de tout aborder et si elle n'obtient pas de réponses aux questions, elle n'insiste pas. Elle a par exemple senti que la question des « relations sexuelles » était hors du champ professionnel des interlocuteurs rencontrés jusqu'ici.

6.4. Quelles informations peuvent-elles récolter en routine, dans leur quotidien ?

Les futures mères observent surtout des signes liés à la grossesse, tous ce qui leur paraît anormal. Or cette question de l'anormal est réellement complexe. Ce n'est pas une surprise de constater que les futures mères n'ont pas le même regard sur leur grossesse que ne l'ont les professionnels.

Comme on l'a dit, les futures mères protègent certains secrets et les secrets protégés varient avec les situations. Aussi, ce qu'elles observent dans leur entourage, ou ce qu'elles veulent bien dire de leur vie ou de leur comportement, pourrait toujours être sujet à caution aux yeux des professionnels.

La vie « normale », celle à laquelle, plus ou moins implicitement, les professionnels se réfèrent pour évaluer la situation, est-elle le bon étalon ? Tient-on compte de ce que les futures mères estiment être une vie « normale » ? C'est la quadrature du cercle. On, l'a dit par ailleurs, les professionnels n'ont pas tous le même seuil de tolérance. De leur côté, les futures mères sont porteuses d'une histoire qui transforme leur seuil de tolérance. Un cas extrême peut peut-être illustrer ce propos.

Mme m'explique qu'elle a connu la guerre dans son pays, qu'elle a perdu toute sa famille, qu'elle a dû survivre. Elle raconte comment, enceinte, elle a passé la frontière de nuit, en passant par les forêts. Elle a conclu par cette phrase : « quand on est enceinte, c'est normal d'avoir mal ». Elle ajoute qu'en Belgique les mamans sont trop douillettes.

En Afrique, les femmes qui sont déjà mères ne sont pas pour autant compatissantes avec les futures mamans. C'est démoralisant.

Tenir un inventaire de tous les éléments qui composent le jugement des mamans sur leur grossesse dépasse le cadre de cette enquête. Disons que ces éléments sont tributaires de représentations, notamment de représentations culturelles. Ce qui explique que les professionnels tiennent tant à connaître « l'ethnie » des patientes. Mais, que deviennent alors les processus d'acculturation ?

Les futures mères sont bien placées pour expliquer leur vécu, leur ressenti. Elles sont aussi capables par expérience, ou parce qu'elles ont une formation, parce qu'elles ont des référents dans la famille, de poser un diagnostic « médicalisé ». Encore faut-il que les professionnels soient prêts à entendre ce diagnostic et à composer avec celui-ci.

Pour la péridurale, elle, elle la veut parce qu'elle ne veut pas avoir mal. La gynécologue ne veut pas « si vous avez eu les trois enfants avant, celui-ci ça ira aussi ». Le gynécologue prend des décisions pour « tout ce qu'on peut avoir ».

6. La participation des futures mères

A propos des questions, il est impératif de sortir de l'idée qu'une question est une demande d'information. Plusieurs futures mères posent des questions pour être rassurées. Ces questions sont-elles pour autant des signes d'appels ?

Les discussions lui ont permis de poser des questions sur la péridurale. Elle a vu un reportage à la télévision et elle a eu peur à cause de l'aiguille. Au début, ces discussions ne l'ont pas rassurée. Pas plus d'ailleurs que les questions qu'elle a posées au gynécologue. Maintenant, elle sait que la péridurale ne présente pas de risque.

Elle avait besoin qu'on la rassure : elle a donc posé des questions au gynécologue et à l'infirmière. Dans sa famille, il y a des risques à l'accouchement de mère en fille....On ne parle pas de tout ça.

6.5. L'intégration du carnet de la mère dans cette démarche pourrait-il favoriser l'entretien ?

Les futures mères rencontrées avaient – pour un tiers d'entre elles – le carnet de la mère en main lorsque je les ai rencontrées. Avec plus de temps, il aurait été possible de consulter ces carnets, et de demander à la maman, au fil des pages, de raconter l'histoire de sa grossesse.

Les futurs pères présents, et quelques futures mères, affirment leur intérêt pour un carnet du père.

6.6. Les concordances et les discordances entre les publics

Concordances

A l'exception des deux mamans, elles sont toutes partantes pour que des rencontres entre mamans soient organisées. Ces rencontres devraient être des moments de détente et d'échange entre elles, sans nécessairement la présence d'un professionnel en blouse blanche.

Elles pensent pouvoir aborder toutes les questions relatives à la grossesse. Ces questions concernent avant tout le bon déroulement de l'accouchement et la bonne santé du bébé.

Discordances

Par contre, les mamans souhaiteraient des changements dans les informations qui leur sont communiquées. Elles ne jugent pas de la qualité des supports d'information reçus. Elles disent seulement qu'ils sont trop nombreux. L'information leur apparaît comme pléthorique. Par exemple, elles se sentent surinformées à propos de l'allaitement. A l'inverse, pour certains thèmes, elles estiment que l'information n'est pas satisfaisante. Ces thèmes sont ceux de la sexualité, de la gestion administrative de la grossesse (congé parental, obligations relatives à l'emploi) et du rôle de parent.

Parfois, les futures mères posent des questions pour être rassurées et non pour être informées.

6.7. Conclusions

Selon les futures mères, il semblerait que les informations données en cours de grossesse sont trop complexes. De plus, les futures mères peuvent à la fois relever le trop grand nombre d'informations ou au contraire, le manque d'information.

La place des futures mères peut se décliner sur le paradigme de la participation et recouvrir différentes facettes : les mères actives dans l'entretien, les mères actives dans le processus de prévention et la prise en compte par les professionnels du regard des mères.

L'implication des mères dans l'entretien signifie que la récolte d'information ne se fait pas à leur insu et volontairement consentie, et plus loin qu'elles sont associées à l'élaboration du contenu de l'entretien (tient compte de leurs demandes et besoins réels).

L'implication des futures mères dans le processus de prévention pourrait sous-entendre qu'elles seraient partenaires des activités à développer pour favoriser (entre autres) l'information des mamans (exemple : groupe de parole, entraide par les pairs, réseaux informels) et autogérées (ONE = facilitateur, elle fournit les conditions).

Enfin, prendre en compte le regard (représentations, seuil de normalité, etc.) des mamans impliquerait de les associer au processus de création de l'outil. Tay K. McNamara et al. (2005) ont comparé l'efficacité du dossier médical et du questionnaire auto administré auprès des femmes enceintes, particulièrement concernant les risques liés à la consommation d'alcool. Les résultats de cette étude montrent que patients (femmes enceintes) et cliniciens n'ont pas la même perception des risques. Les cliniciens détectent plus de risques médicaux que les futures mères. Cependant, l'efficacité des cliniciens s'estompe quant aux risques liés à la consommation d'alcool. Toutes les futures mères de l'échantillon présentaient des risques attestés liés à la consommation d'alcool, pourtant les cliniciens n'en ont détecté que 10,8%. De plus, les cliniciens détectent plus facilement les risques pour les futures mères « non blanches ». L'étude conclut qu'un questionnaire auto administré (le T-ACE) est plus efficace que le dossier médical.

E. CONCLUSIONS

Ce travail a été réalisé, grâce à une intense collaboration entre les deux partenaires. Les échanges fréquents ont fait évoluer cette recherche, permettant à chacun d'aider l'autre par ses compétences spécifiques.

« Pour ma part, je tiens à remercier le CHR de m'avoir libérée les 4 mois nécessaires, le Professeur J.-M. Foidart d'avoir cru en mes compétences, mais également l'ONE, qui m'a permis de vivre une expérience unique. » (Marie Elise Denis)

En conclusion, ce travail est d'une grande richesse, et constitue une porte ouverte sur une nouvelle vision de ce que pourrait devenir **le travail pluridisciplinaire**. Il est source de réflexions, de remises en question ou d'ouverture d'esprit.

Il demande aux différents intervenants d'admettre que la société évolue, que les façons de faire précédemment étaient pertinentes en leur temps mais qu'il semble important d'envisager la grossesse en regard du contexte actuel.

On a travaillé dans « l'hyper médical », le social, et si, on allait vers du « **bien-être** » ? Nous pensons qu'avec un peu de bonne volonté de la part des acteurs de la santé, l'acceptation du partenariat, et en se disant que prévention, écoute, information, bien-être, coordination, éducation ne font plus qu'un (promotion de la santé ?), à ce moment-là, nous pourrions dire qu'un grand pas a été fait vers un nouveau suivi de la grossesse. Suivi au sein duquel le gynécologue, la TMS, le psychologue, la sage-femme et d'autres artisans de la bienveillance, formeront un entrelacement où tout est connecté, mais pour un résultat final cohérent: des parents heureux, un enfant naissant dans un milieu le plus propice à son épanouissement moral, physique, intellectuel, à son éducation, bref à **son bien-être**.

Pour que ce guide d'entretien soit efficace, il faudra choisir le bon moment. L'entretien-action se fera-t-il au 4^e mois ? Au 5^e mois ? La période doit-elle être fixée au cas par cas ? Sera-t-il évolutif ? Répété en fonction des nécessités ? N'oublions pas ces mamans qui arrivent pour accoucher, sans avoir bénéficié d'un suivi prénatal. Que faire ? Comment compenser cette absence éventuelle de prise en charge, et leur donner ainsi qu'à leurs enfants, les mêmes possibilités, que pour un autre suivi. Comment motiver les futurs parents à rencontrer les acteurs de ces entretiens ? Comment rendre cette démarche positive et non inquisitrice ? Comment rallier le plus grand nombre d'acteurs de santé à ce genre de travail ?

1. Les pratiques actuelles fondatrices d'un entretien au 4^e mois

Une première série de constats permettent d'identifier des représentations et des pratiques qui, dans le chef des professionnels et/ou des futures mères, constitueront le terreau d'un éventuel « entretien du 4^e mois » pour peu que celui-ci rencontre leurs souhaits et exigences.

1.1. La volonté de placer le suivi de la grossesse dans une approche globale

Tous les professionnels rencontrés manifestent un véritable intérêt pour une approche globale de la grossesse. C'est-à-dire faire évoluer la grossesse vers le « bien-être », resituer la future mère dans un contexte élargi aux facteurs de son environnement psycho-social et restituer la future mère dans son intégrité bio-psycho-sociologique.

E. Conclusions

1.2. Le besoin d'approfondir, d'aller voir plus loin, au-delà des apparences tout en respectant les limites tracées par la future mère.

Tout se joue dans le passage d'un regard sur la surface des choses vers un regard qui scrute l'épaisseur des faits observés. Ce qui motive ce besoin d'aller voir derrière les apparences tient à la fois de la conscience professionnelle, de la bonne connaissance de la culture des futures mères et d'un certain goût pour l'interprétation psychologique.

L'utilisation du concept de « signes d'appel » représente cette volonté d'être attentifs à des éléments qui fonderont la suite des interventions. Le signe d'appel est ce qui fait sens dans un contexte donné et qui va focaliser l'attention du professionnel, lui mettre « la puce à l'oreille ». Le signe d'appel va prendre deux sens : soit il est un signe d'alerte sur un facteur de risque, soit il est pris comme une demande implicite de la maman. Le signe d'appel en tant que signe d'alerte ressortit plutôt de la pratique prédictive, il est proche parent des notions de dépistage, nous n'y reviendrons pas dans ce cadre, puisque l'entretien du 4^e mois a d'emblée été positionné comme autre chose qu'un outil de diagnostic. Par contre, il est intéressant de s'arrêter sur le signe d'appel interprété comme la manifestation de l'existence d'une demande implicite.

Tout en étant attentif à ces signes d'appel qui l'incitent à aller plus loin dans l'interaction avec la future mère, le professionnel doit être capable d'entendre et d'accepter la limite fixée par la celle-ci ainsi que les stratégies de défense élaborées contre ce qui peut être vécu comme des intrusions. Ce que les professionnels peuvent connaître des facteurs psychosociaux de la grossesse est ainsi à déterminer en partenariat avec chaque future mère, au cas par cas. Ici intervient la notion de participation qui, dans les champs de la promotion de la santé et de la santé publique, induit un regard particulier sur le « public bénéficiaire », non plus réceptacle de l'intervention mais partenaire et acteur de celle-ci.

1.3. Des pratiques de l'écoute active

Les professionnels pratiquent pour la plupart une forme d'écoute-active, c'est-à-dire une forme d'entretien qui saisit la parole de la future mère afin de mieux la comprendre. Les questions qui structurent cette forme de l'entretien sont construites de manière itérative. De rencontre en rencontre, le professionnel s'informe et complète ses informations concernant l'environnement psychosocial de la future mère.

Il s'agit pour le professionnel de trouver la « clé », qui favorisera l'expression de la future mère, d'ouvrir la porte par laquelle elle voudra bien s'engager vers des thèmes moins strictement médicaux et parfois bien plus intimes et délicats. Il s'agit d'une pratique propre à chaque professionnel.

Court (2006) a observé les styles de communication entre les professionnels et les futures mères. Suite à l'observation des interactions lors de 40 entretiens, elle conclut que les professionnels récoltent plus d'informations concernant les risques psychosociaux en pratiquant une forme de l'entretien qui se rapproche de la conversation. Cette forme « conversationnelle » laisse plus de liberté à la future mère, lorsqu'elle s'inscrit dans une démarche de suivi.

E. Conclusions

1.4. Beaucoup d'échanges dans un contexte de sincérité.

Ainsi, les professionnels et les futures mères échangent quantité d'informations sur divers sujets pouvant avoir trait à la grossesse. Ces échanges d'information tendent à se dérouler dans un contexte de sincérité où chacun se cherche une position adéquate. On reviendra ci-dessous sur le contrat de confiance créé par un cadre relationnel sécurisant, où chacun respecte une ligne de conduite qui a progressivement émergé dans la relation.

De leur côté, les futures mères sont prêtes à tout dire aux professionnels si l'utilité des informations pour le bien-être de l'enfant pendant la grossesse et après la naissance est garantie.

Par ailleurs, les futures mères regrettent ne pouvoir échanger des informations entre-elles dans un lieu convivial. De plus, elles soulignent le manque d'informations sur certains aspects de la grossesse (relations sexuelles, gestion des papiers administratif, ...) ou d'être surinformée sur l'allaitement.

1.5. Des réflexions concrètes sur le partage d'information entre professionnels

Les professionnels nous ont longuement entretenu à propos des difficultés de coordination relatives au partage d'information au sein des équipes. Actuellement, il semble que chaque « équipe » ait ses habitudes de partage qui vont du moins formel (oralement, « entre deux portes », à la pause-café) au plus formel (interview, carnet). Les pratiques d'échange ont trois fonctions. Premièrement, il s'agit de compléter les informations disponibles. Deuxièmement, il s'agit de vérifier l'authenticité des informations et d'asseoir leur véracité. Troisièmement, le partage est l'occasion de fixer les informations pour assurer leur transmission ou leur pérennité.

Les professionnels s'autorisent à partager les informations, à condition de respecter le secret professionnel. Le non respect du secret professionnel entraîne la défiance envers les autres professionnels.

Les mamans ne sont d'ailleurs pas opposées à cette circulation d'informations, à condition que ce soit pour le bien-être du bébé et en respectant le secret professionnel. Le travail de transmission de l'information doit se faire de façon claire et constructive avec la mère. Le professionnel devrait oser exprimer la difficulté ou l'inquiétude ressentie et valoriser les solutions et les ressources de la patiente.

Concernant le travail en réseau avec des professionnels externes à l'équipe, deux constats s'imposent. Premièrement, les professionnels des équipes prénatales ne peuvent gérer les situations sans avoir la possibilité de s'appuyer sur des acteurs extérieurs. Leur question serait : face à tel problème, quel autre professionnel serait un bon soutien ? Deuxièmement, les professionnels du site de Liège pointent tous les mêmes intervenants sociaux : la TMS, le SAJ et le médecin traitant. Ce serait les incontournables parmi les intervenants.

2. Des points qui nécessitent réflexion

2.1 Identification et interprétation des signes en fonction du contexte, des compétences, des formations

L'étendue de ce que les professionnels peuvent percevoir est limitée par le contexte de la rencontre (climat, conditions matérielles, etc.) avec la future mère, par le sentiment d'incompétence et, parfois, par le manque de temps.

2.2. La problématique spécifique des facteurs psycho-sociaux

L'intérêt des professionnels pour une approche globale de la grossesse est manifeste mais ils sont mal à l'aise avec les signes qui leur semblent difficilement objectivables, par exemple les signes qui laissent supposer des déterminants d'ordre social ou psychologique.

2.3. Tous les professionnels ne sont pas également formés, également compétents, également positionnés pour pratiquer l'entretien.

Tous les professionnels ne sont pas en position de pratiquer un entretien au 4^e mois plus formalisé. Les professionnels et les futures mères ne sont d'ailleurs pas totalement en accord sur le profil idéal de la personne qui pourrait mener un tel entretien.

De leur point de vue, les professionnels pensent que la sage-femme représente le profil idéal parce qu'il cumule des compétences dans le savoir médical et psychosocial. De leur côté, les futures mères préfèrent un profil professionnel de type TMS parce qu'il a la possibilité de prendre du temps, de construire une relation de confiance et est accessible.

Les futures mères insistent particulièrement sur le fait que la personne qui mènerait l'entretien devrait être un professionnel, avec de l'expérience, humain.

2.4. Le cadre temporel de l'entretien

Le cadre temporel des professionnels est contraint par leur horaire et leur cadence de travail. En fonction du temps dont ces derniers disposent, ils interagiront avec la future mère concernant son ressenti, ses « petits problèmes ».

Le 4^e mois ne fait pas sens. En effet, les professionnels s'intéressent de plus en plus aux aspects psychosociaux et ils constatent que ceux-ci ne sont pas assujettis au rythme biologique. Ainsi, si le 4^e mois a du sens d'un point de vue biomédical, il n'en a pas toujours au regard de certains facteurs d'ordre psychologique.

2.5. Le cadre spatial de l'entretien

Le cadre spatial dans lequel se déroulent les pratiques d'entretien ne satisfait pas les professionnels. La consultation (en hôpital ou de quartier) n'est pas un cadre favorable à une pratique d'entretien qui mettrait réellement à l'aise. De plus, les professionnels sont mitigés quant à l'entretien à domicile. Le domicile est à la fois confortable pour les mamans, mais contraignant pour les professionnels (déplacement, présence d'autres membres de la famille, « bruits »).

E. Conclusions

Les futures mères apprécient les entretiens à domicile. Cela limite leurs déplacements, elles sont plus à l'aise parce que dans un contexte familial. Cette dimension familiale est importante, dans la mesure où elle peut suggérer des questions et demandes d'information auxquelles les mamans ne pensent pas dans un cadre qui évoque majoritairement les aspects médicaux.

Une solution envisagée par les professionnels serait de repenser un espace au sein des consultations, espace qui serait « cosy ».

2.6. Le cadre relationnel de l'entretien

Le cadre relationnel se construit avec les prémisses des professionnels et des mamans. D'après cette recherche, les prémisses concernant la grossesse, le devenir de l'enfant et le positionnement des professionnels sont partagées par les professionnels et les futures mères.

Le contrat de confiance semble être le ressort du cadre relationnel. Ce contrat de confiance s'apparente « à la ligne de conduite » définie par Goffman. Il est une construction itérative entre les professionnels et la future mère. Il semble bien que ce contrat de confiance soit plus contraignant pour les professionnels que pour la future mère.

Cette recherche met en avant les exigences des futures mères envers les professionnels, exigences que ceux-ci essaient de respecter pour préserver la confiance.

2.7. Le secret partagé, la transmission d'informations neutres

Au sujet de la formalisation des informations, les interrogations clés sont les suivantes : quels regroupement et recoupement des informations ? Comment les consigner ? Faut-il tout consigner ? Le public doit-il toujours être averti de ce qui est consigné et, le cas échéant, du pourquoi et de la finalité de l'«enregistrement» des informations ?

A l'occasion d'un forum organisé par les maisons médicales, C. Havelange, synthétise les débats : « Qu'exigez-vous du dossier médical ? Soit vous attendez du dossier médical quelque chose qui relève d'une certaine forme de *complétude* : le profil idéal et complet du patient avec ce souci de faire droit à sa dimension de sujet, sujet de sa maladie, sujet social, mais aussi d'un certain nombre de données biologiques. Soit on considère le dossier médical comme nécessairement incomplet et on accepte ça, on assume l'*incomplétude* du dossier en considérant qu'il ne fait que synthétiser, rassembler pour un usage déterminé un certain nombre de données et on se garde bien, alors, de cet idéal de complétude⁹. ».

Les informations transmises devraient être neutres et ne pas se transformer en stigmates pour la future mère. Pour favoriser un meilleur suivi d'une maman, ces informations devraient être plus proches de recommandations concrètes que d'un jugement de valeur.

⁹ HAVELANGE C., La trace, construction d'un récit in *Santé Conjuguée*, janvier 2002, n° 19, p. 12.

3. Des profils d'entretien du 4^e mois ...

3.1. *L'entretien comme pratique professionnelle et l'entretien comme processus d'amélioration du suivi*

La pratique professionnelle de l'entretien est à distinguer du dispositif appelé « entretien au 4^e mois » qui serait un processus de suivi et de partage.

Dans la pratique professionnelle de l'entretien, il s'agit de poser des questions ouvertes et de rechercher un « can opener » (une amorce) pour progressivement connaître mieux la situation.

Cela nous amène à interroger, d'une part les arguments en faveur d'un entretien « informel » et « morcelé » (à plusieurs moments), et d'autre part, ceux en faveur d'un entretien « formalisé » et « unique ». Alors que le premier semble plus proche de la pratique actuelle des professionnels et d'une saisie d'informations adaptée au vécu de la grossesse (conforme au temps/rythme des futures mères, de type « suivi »), le second pourrait favoriser un enregistrement plus homogène des informations, en fonction d'un cadre clair, réduisant le risque de saisies d'information intempestives, à l'insu des mamans (éthique) et non exploitées/exploitable.

3.2. *Le refus du « one shot » mais l'importance de fixer un moment de réactualisation, de mise au point.*

Il semblerait qu'une réactualisation du passage de l'information soit importante (tous les acteurs de la santé rencontrés en sont conscients) pour qu'une situation soit claire.

Mais le 4^e mois ne fait pas sens pour les professionnels, ni pour les futures mères s'il n'est pas intégré dans une démarche de suivi, qui « chemine » avec l'évolution de la grossesse. De plus, toutes les futures mères ne viennent pas en consultation avant le 4^e mois. Enfin, il faut que la relation de confiance soit établie s'il on veut que l'entretien soit profitable aux professionnels et aux futures mères.

3.3. *Quel « support » pour soutenir l'entretien au 4^e mois ?*

Les professionnels ne veulent plus d'un CRAP, à savoir une liste permettant un calcul de score ou d'indice de risque. Au scoring, les professionnels préfèrent une « check list » (ce à quoi ils devraient prêter attention) qui les soutiendrait dans leur pratique d'entretien.

Un tel guide pourrait contenir une liste d'items soutenant le professionnel dans sa réflexion et sa démarche auprès des futurs parents. Toutefois, il lui faudrait s'approprier cette liste en l'enrichissant personnellement au fil de ses rencontres d'informations visant le bien-être de l'enfant à venir et ayant sens pour la suite de la grossesse.

E. Conclusions

3.4. La pratique en réseau et la formation comme corollaires de l'entretien du 4^e mois

Les professionnels reconnaissent que des formations seraient nécessaires pour mener le projet d'un entretien au 4^e mois. D'une part, il s'agit d'améliorer les compétences des professionnels en gestion d'entretien, d'autre part, il s'agit d'une formation qui expliquerait « l'entretien au 4^e mois » comme processus pour un meilleur suivi de la grossesse.

A condition qu'il réponde à un objectif commun de santé publique, le guide d'entretien devra s'inscrire dans un réseau qui garantit d'une part une formation avant sa mise en application et, d'autre part, une définition d'objectifs communs. Chaque professionnel devrait avoir en tête le champ de l'autre et le reconnaître comme juste.

En effet, les professionnels des équipes prénatales ne peuvent gérer les situations sans avoir la possibilité de s'appuyer sur des acteurs extérieurs. Le SAJ et le médecin traitant apparaissent comme des relais indispensables pour le suivi de situations problématiques et la TMS comme référent pour le passage d'informations entre ceux-ci, la future mère et les professionnels de la prénatalité. Sans une formalisation de ces mécanismes de relais, les professionnels fonctionnent non pas en réseau professionnel centré sur un meilleur suivi, mais sur base d'un réseau construit en fonction des habitudes de travail.

Intérêts et limites de cette étude

Les informateurs

L'enquête n'a certes pas couvert l'étendue géographique espérée pour les professionnels. Dès lors, on serait tenté de simplifier la situation en s'en tenant aux faits. Les professionnels du site de Liège sont plus nombreux, il y a un biais dans les données. Premièrement, l'écart entre les informateurs pressentis et ceux réellement rencontrés n'est pas gérable dans le cadre d'une enquête de 4 mois où chaque retard, chaque négociation est du temps perdu pour planifier les rencontres dans de bonnes conditions. Deuxièmement, les données n'ont pas été traitées en donnant plus de poids à tels informateurs au détriment de tels autres. En effet, les données ethnographiques et les entretiens réalisés par téléphones en Communauté française de Belgique compensent, sinon la quantité, au moins la qualité des données récoltées. Or, il s'agit bien dans cette enquête de favoriser un traitement qualitatif de l'information où le sens compte plus que la récurrence.

La méthodologie

Les réorientations dans la méthodologie et l'intérêt croissant des données ethnographiques sont le fruit des difficultés éprouvées pour rencontrer les professionnels (sages-femmes et gynécologues). L'organisation d'un groupe focalisé avec les professions médicales semble presque impossible, principalement à cause du temps. L'enquête par questionnaires auto administrés ou par téléphone ne peut s'appliquer à la récolte de toutes données.

De notre expérience, nous pouvons tirer deux conclusions. Premièrement, le chercheur a plus de chance de rencontrer les gynécologues et les sages-femmes s'il est déjà reconnu dans leur milieu. Deuxièmement, une approche ethnographique (qui tend à l'observation participante) est une bonne méthodologie pour entrer en contact avec ces professionnels, qui viennent alors « naturellement » parler au chercheur.

E. Conclusions

L'objet de la recherche

Ce travail n'est que la partie émergée de l'iceberg, mais nous n'avons que quatre mois pour répondre à la demande. Si nous avions dû aller au fond des choses cela aurait demandé plus de temps, toutes les pistes proposées mériteraient une analyse plus fine, plus en profondeur.

A ce stade de l'enquête et en croisant le travail des deux équipes attachées à la recherche, nous devons constater la « saturation » des données. Par saturation, on entend que les données récoltées tendent à ne plus fournir de nouveauté.

Deux solutions se présentent pour l'avenir

- une analyse plus fine des données en attachant d'autres questions aux contenus des entretiens et aux données ethnographiques
- un retour vers le terrain autour de quelques questions et propositions fondamentales issues de ce rapport.

F. BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- M. de CERTEAU, *La possession de Loudun*, édition revue par Luce Girard, Folio Histoire, n° 139, Gallimard/Juliard, 2005, p. 268. (première édition, 1970).
- COLLIER J. et COLLIER M., *Visual anthropology. Photography as a research method*, --- *University of Mexico, Alburque*, 1986 (première édition 1967).
- GOFFMAN E., *Les rites d'interaction*, Les Editions de Minuit, Sens Commun, Paris, 1974.
- LAPLANTINE Fr., *La description ethnographique*, Armand Colin, col 128, Paris, 2005.
- MILES M.B. et HUBERMAN M., *Analyse des données qualitatives*, traduction de la 2e édition américaine, Bruxelles, De Boeck, 2003.

Articles

- CAROLL C. J. et al., Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns : a randomized controlled trial in *Canadian Medical Association Journal*, août 2, 173 (3), p. 253-9, 2005.
- DELVAUX T., Barriers to prenatal Care in Europe in *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (1), p. 52-9, 2001.
- HAVELANGE C., La trace, construction d'un récit in *Santé Conjuguée*, janvier 2002, n° 19.
- HERTLING-SCAAL E., Anxiété maternelle induite par les techniques de diagnostic prénatal : reconnaissance et prise en charge in *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*, n)29, p. 440-6, 2001.
- HERZIG K. et al., Seizing the 9-month moment : Addressing behavioural risks in prenatal patients in *Patient Education and Counselling* (article in press), 2005.
- KERKER B. D. et al., Patients' characteristics and providers' attitudes : predictors of screening pregnant women for illicit substance use in *Child Abuse et Neglect*, 28, p. 209-33, 2004.
- McCOURT C., Supporting choice and control ? Communication and interaction between midwives and women at the antenatal booking visit in *Social Science & Medicine* (article in press).
- REID A. et al., Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health in *Canadian Medical Association Journal*, septembre 22, 159 (6), p. 677-84, 1998.
- TAY K. McNMARA et al., Risk during pregnancy- Self-report versus medical record in *American Journal of Obstetrics & Genecology*, n° 93, 2005, p. 1981-5.

Rapports

- MOLENAT F., Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. mission DHOS, Rapport janvier 2004.
- *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Argumentaire*, Haut Autorité de Santé, novembre 2005.

Annexe 1 : Guide d'entretien/groupe focalisés

<i>Consignes</i>	<i>Possibilité de relances</i>	<i>Thèmes</i>	<i>Durée indicative</i>
<p>Introduction/prise de contact</p> <p>Bonjour,</p> <p>Je m'appelle G. Absil,</p> <p>D'abord je vous remercie de vous être déplacés pour participer à cet entretien. Pour ceux qui le souhaitent, il y a des boissons et des biscuits, servez-vous à votre aise.</p> <p>Il prend place, pour rappeler brièvement le contexte, dans le cadre d'une recherche prospective commandée par l'ONE. Cette recherche porte sur l'utilisation d'un questionnaire au 4^e mois pour les consultations prénatales.</p> <p>Nous n'allons débattre de manière précise sur le contenu du questionnaire. Notre propos sera centré sur la place de ce questionnaire dans votre contexte professionnel : son utilité, sa praticabilité, son efficacité, ...</p> <p>Considérez cet entretien comme une discussion entre collègues autour d'une tasse de café, n'hésitez pas à parler de cas concrets, de vos expériences heureuses ou malheureuses, faites-nous part de vos observations, de vos conclusions, ...</p> <p>Si vous le permettez, l'entretien sera enregistré pour mise par écrit puis analyse. Ce qui sera dit ici restera strictement confidentiel, votre nom n'apparaîtra pas dans le rapport, non plus que les informations qui permettraient de vous identifier.</p>			10'
<p>Les motivations en quelques mots</p> <p>Pour commencer, je propose un tour de table afin que chacun puisse se présenter : nom, prénom, lieu de travail et aussi en quelques mots la raison qui vous a motivé à participer à cet entretien. Ce tour de table nous permettra de faire connaissance, et d'identifier vos voix pour la retranscription.</p>	<p><i>Prévoir une feuille pour noter les noms et les motivations. Sur petit schéma.</i></p>	<p>[Les motivations déblayent le terrain pour la suite, matière pour interagir avec eux]</p>	10'
<p>Définition grossesse à risque</p> <p>Moi qui si un peu néophyte sur la question de la périnatalité, j'aimerais savoir pourquoi le 4^e mois</p>	<p>Certaines femmes enceintes présentent plus risques ? Lesquelles/lesquels ? Comment savoir qu'une</p>	<p>Emergence des critères</p>	10'

G. Annexes

<p>de la grossesse est si important ? Pourquoi serait intéressant de réaliser un entretien à ce moment là plus particulièrement ?</p>	<p>patiente met sa grossesse, sa santé ou son futur enfant en danger ?</p>	<p>d'identification du profil de la femme enceinte à risque</p>	
<p>L'entretien informel</p> <p>Comment enquêtez-vous sur les risques particuliers à la grossesse ?</p>	<p>Quels sont les signes que vous recherchez ? Quelles sont les questions que vous posez ? Ces informations sont-elles sûres ?</p> <p>L'un de vous s'est-il déjà trompé sur la situation d'une patiente ? Pouvez-vous raconter ?</p> <p>Y a-t-il des questions que vous n'osez pas poser lesquelles ? Pourquoi ?</p> <p>D'autres professionnels (TMS, sage-femme) vous alertent-elles sur des risques ? Comment gérez-vous les informations transmises par d'autres professionnels ?</p> <p>Avez-vous identifié des moments pendant la consultation ou à l'occasion d'autres contacts qui sont plus favorables pour voir les signes et poser les questions ?</p> <p>De quoi les femmes enceintes vous parlent-elles spontanément ? Y a-t-il des moments où vous quittez votre rôle de médecin pour endosser celui de confident, de « parents », de femmes, d'homme, de papa, de maman ? par exemple, ...</p>	<p>Pratiques de l'anamnèse et de l'examen des femmes enceintes</p> <p>Risque de la pratique de l'entretien</p> <p>Limite de l'entretien</p> <p>Orientation de l'entretien grâce aux informations d'autres professionnels</p> <p>Cadre favorable pour la communication</p> <p>Ce que les femmes disent</p> <p>A qui s'adressent les femmes</p>	<p>30</p>

G. Annexes

<p>Statut des informations recueillies</p> <p>Que faites-vous des informations recueillies ?</p>	<p>Les consignez-vous par écrit, les transmettez-vous à d'autres professionnels ?</p> <p>Êtes-vous tenu par le secret professionnel ?</p>	<p>Recueil des informations</p> <p>Partage des informations</p>	<p>10</p>
<p>Vers l'entretien plus formel</p> <p>Si il existait un guide d'entretien qui proposait des « idées de questions » et des conseils pour établir un contexte favorable de communication, utiliseriez-vous cet outil ?</p>	<p>Quelles seraient les conditions pour qu'un « entretien plus formalisé » s'intègre naturellement dans votre pratique ? Ne soit une contrainte administrative ?</p> <p>Cet entretien pourrait-il améliorer le partage d'informations ? A quelles conditions ?</p> <p>Un formulaire partagé pour consigner les informations ?</p> <p>L'entretien a-t-il pour vous d'autres objectifs que de récolter des informations sur les risques courus par les femmes enceintes ? (Bien différencier ici consultation avec examen physique et entretien verbal, pour éviter qu'ils ne repartent sur l'examen médical sensu stricto).</p>	<p>Surcharge ou outil facilitateur</p> <p>Comment partager les informations ?</p> <p>Créer du lien, améliorer le suivi ?</p>	<p>30</p>
<p>Clôture</p>			

<p><i>Temps</i></p>	<p>3. Comment formaliser les observations ?</p> <ul style="list-style-type: none">a. Selon vous, quels sont les acteurs de la prénatalité qui sont en position favorable pour la pratique de cet entretien ?b. A quelles conditions pourront-ils le réaliser ?c. Faudra-t-il prévoir une formation avant de généraliser la pratique de cet entretien ?d. Estimez-vous vos connaissances psycho-médico-sociales adéquates pour participer à l'entretien de grossesse ? <p>4. Comment est organisée la synthèse des informations ?</p> <ul style="list-style-type: none">a. Vous paraît-il important de transmettre les informations recueillies lors de cet entretien ?b. Vers qui répercutez-vous les informations recueillies ?c. Comment répercutez-vous les informations recueillies ? Utilisez-vous le carnet de la mère ?d. Le faites-vous systématiquement ? Si non, pourquoi ? <p>5. Les pratiques existantes d'entretien</p> <ul style="list-style-type: none">a. Quelles sont vos pratiques d'entretien dans votre catégorie professionnelle ?b. Existe-t-il un cadre privilégié selon vous pour aborder ces items ? Décrivez. <p>6. Activation du réseau ou intégration de l'entretien dans une démarche de suivi</p> <ul style="list-style-type: none">a. Selon vous, connaissez-vous les différents acteurs de votre « réseau périnatalité » ? Citez 10 partenaires déjà sollicités lors de différentes grossesses.b. Estimez-vous être en position d'activer votre réseau ?c. Comment activez-vous votre réseau ? <p>7. Connaissez-vous l'information disponible à l'ONE (carnet de la mère, brochures diverses, Devenir parents)</p>
---------------------	--