



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Université de Lorraine**

**École de Sages-femmes de Metz**

*De la prise en charge gynéco-obstétricale des  
patientes en psychiatrie*

*La sage-femme au service de toutes les femmes*



Mémoire présenté et soutenu par

Camille HOEN

Née le 12 février 1989

Promotion [2009-2013]



**Université de Lorraine**

**École de Sages-femmes de Metz**

*De la prise en charge gynéco-obstétricale des  
patientes en psychiatrie*

*La sage-femme au service de toutes les femmes*

Mémoire présenté et soutenu par  
Camille HOEN

Née le 12 février 1989

Promotion [2009-2013]

# REMERCIEMENTS

A M. ZILLIOX Maurice, Directeur des soins au centre hospitalier de Rouffach pour son soutien, sa disponibilité, son écoute, le partage de ses connaissances et son aide tout au long de ce travail de recherche.

A mes Parents pour leur patience et leurs encouragements tout au long de mes études,

A mes Amies pour la bonne humeur, les fous rires, les coup de blues et la complicité qui nous ont accompagnés tout au long de ses quatre années de formation,

A mon Ami, pour sa gentillesse, son soutien et sa douceur,

A l'arbre devant la maison de NEUFGRANGE pour avoir tout simplement été là.

Cet écrit n'engage que son auteur

# SOMMAIRE

<b>Remerciements.....</b>	<b>1</b>
<b>Sommaire.....</b>	<b>2</b>
<b>Préface .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>Partie 1.....</b>	<b>8</b>
<b>1. De la difference entre handicap mental et pathologie mentale .....</b>	<b>9</b>
1.1. La notion de handicap mental.....	9
1.1.1. Définitions : .....	9
1.1.2. Les causes pouvant être à l'origine d'un handicap mental [2] .....	10
1.2. La pathologie mentale : définitions .....	11
1.2.1. Maladie psychique [3] .....	11
1.2.2. Handicap psychique [4] .....	13
1.2.3. Quelques chiffres en France [5] .....	14
<b>2. Structure d'accueil des patients souffrant de troubles mentaux.....</b>	<b>15</b>
2.1. Un peu d'histoire [6] .....	15
2.2. Les différentes structures de prise en charge en psychiatrie adulte [7] .....	17
2.2.1. L'ambulatoire .....	17
2.2.2. Les prises en charge à temps partiel .....	18
2.2.3. La prise en charge à temps complet .....	18
<b>3. La sage femme : définition de ses compétences .....</b>	<b>20</b>
3.1. Législation [8] .....	20
3.1.1. Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L.4151-1 : .....	20
3.1.2. La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer : .....	21
3.1.3. Dans le cadre des dispositions de l'article L.4151-3 : .....	21
3.2. Compétences de la sage-femme .....	21
3.3. Le référentiel métier [9].....	22
<b>Partie 2.....</b>	<b>24</b>
<b>1. Méthodologie.....</b>	<b>25</b>
1.1. Problématique.....	25
1.2. Hypothèses .....	25
1.3. Objectifs .....	25
1.4. Les établissements concernés .....	26
1.5. Le recueil des données.....	26
1.6. La recherche documentaire.....	27
1.7. Le questionnaire prospectif .....	27
1.8. Les limites de l'enquête.....	28
<b>2. Exploitation des résultats.....</b>	<b>29</b>
2.1. Connaissances de la profession de sage-femme par les professionnels de santé en psychiatrie.....	29

2.2. Etat des lieux sur les actions mises en places en gynécologie-obstétrique et en matière de prévention des risques.....	32
2.3. Plus value d'une collaboration avec une sage-femme selon les professionnels de santé .....	38
<b>Partie 3.....</b>	<b>40</b>
<b>1. analyse des données .....</b>	<b>41</b>
1.1. Connaissance de la profession de sage-femme par les professionnels de santé en secteur de psychiatrie (questions 1 à 2f).....	41
1.2. Etat des lieux sur les actions mises en place dans les services.....	44
1.2.1. Par rapport à la prise en charge gynécologique et obstétricale (questions 3 à 7 et 12, 13, 14, 15) .....	44
1.2.2. Prévention et maîtrise des risques (questions 8 à 10).....	47
1.2.3. Plus value d'une collaboration entre la sage-femme et les professionnels de santé en secteur psychiatrique (question 16) .....	49
<b>2. Proposition d'actions.....</b>	<b>51</b>
2.1. Informations auprès des professionnels de santé concernant l'étendue des compétences de la sage-femme .....	51
2.2. Mise en place d'un questionnaire type lors de l'admission.....	53
2.3. Collaboration pluridisciplinaire en cas de grossesse ou de désir de grossesse. ....	53
<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
<b>Annexe 1 .....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe 2 .....</b>	<b>I</b>



# PREFACE

<< La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose que pierre. Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple. >>

Antoine de Saint-Exupéry

# *Introduction*

Lors de mes différents stages en tant qu'étudiante sage-femme, j'ai été confrontée à des patientes présentant des tableaux cliniques divers et variés. Parmi celles-ci, il m'a été donné de rencontrer et d'accompagner des femmes présentant des troubles mentaux : handicap ou pathologies mentales. Devant l'approche, l'attention voir les soins particuliers que nécessitent ces femmes, le professionnel de santé est bien souvent démuni. Ce constat est certainement à mettre en rapport avec le manque de formation adaptée et l'insuffisance de coopération avec les professionnels du secteur psychiatrique dans la mise en œuvre de ces prises en charge complexes. Bien souvent, j'ai remarqué des comportement d'évitement vis-à-vis de ces patientes parce qu'elles font « peur » de par leur instabilité émotionnelle, leur pathologie, leur incompréhension... Leur vie sexuelle, leur recherche d'épanouissement voir d'accomplissement de leur féminité au travers d'une maternité désirée ou recherchée interpelle et interroge le positionnement éthique et déontologique, individuel ou collectif, de l'équipe pluri professionnelle chargée de la prise en charge de la patiente. En effet, lorsque ces dernières sont enceintes, les questions qui se posent sont « comment vont-elles s'occuper de leur enfant ? Qui va les accompagner ? En seront-elles capables ? ». J'ai alors commencé à interroger mon propre positionnement et ce qui était ou pouvait être mis en place pour ces femmes afin d'améliorer la qualité et la sécurité de leur prise en charge.

La profession de sage-femme est en plein essor et les compétences de celles-ci s'élargissent de plus en plus. Le champ de prescription devient de plus en plus important et ce notamment en matière de contraception et de prévention, de suivi de grossesse et de préparation à la naissance et à la parentalité. L'activité libérale s'intensifie partout en France. Pourquoi ne pas réfléchir à une pratique plus spécifique dans un milieu spécialisé, au service de femme en souffrance psychique voir psychiatrique ? Faute de référence en la matière ce questionnement a suscité mon intérêt afin d'explorer l'approche particulière de cet exercice professionnel.

Pour ce travail de recherche, je m'intéresse donc à la place que pourrait occuper la sage-femme dans la prise en charge des femmes présentant des pathologies mentales au sein des établissements spécialisés en santé mentale en Moselle.

Pourquoi la sage femme n'est elle pas associée à la prise en charge et/ou au suivi gynéco-obstétrical des femmes présentant des troubles psychiatriques et prise en soin en établissement spécialisé en santé mentale ?

Cette question nous amène à formuler plusieurs hypothèses de recherche :

Tout d'abord, il semble que les professionnels de santé travaillant dans les établissements publics de santé mentale ont une connaissance superficielle et imprécise de la profession de sage-femme et de ce fait n'ont jamais pensé ni même évoqué une collaboration avec celles-ci au sein de leur secteur. Ensuite, la sphère gynécologique et obstétricale ne constitue pas une priorité dans la prise en charge globale de ces patientes et notamment la sexualité en général avec tous les facteurs associés qu'elle comporte (prévention des IST, contraception,...). Enfin, de par l'élargissement de ses compétences, la sage-femme pourrait assurer un suivi gynécologique régulier et efficace de ces femmes (frottis, contraception,...) ainsi que le suivi obstétrical (déclaration de grossesse, biologie, échographies...). De plus, la sage-femme qui pratiquerait dans ces centres hospitaliers permettrait également un suivi en amont et des transmissions de qualité à la maternité où ces patientes iraient éventuellement accoucher.

Mes objectifs pour ce travail de recherche sont donc de démontrer qu'une sage-femme peut tout à fait avoir sa place, de façon ponctuelle, dans les EPSM (établissements public de santé mental), en collaboration avec les professionnels de santé du secteur psychiatrique, afin d'effectuer des consultations gynécologiques ou obstétricales. Il s'agit aussi d'apporter des connaissances et de promouvoir le métier de sage-femme au sein de ces établissements, où il semble qu'il reste assez peu connu, afin de proposer une prise en charge pluridisciplinaire plus complète à ces patientes (en matière de contraception et de prévention surtout). Le but serait également d'avoir un interlocuteur entre les EPSM et les maternités où ces femmes seraient susceptibles de se rendre pour accoucher ou subir une intervention gynécologique afin qu'il y ait une prise en charge en amont.

Pour réaliser ce travail de recherche, j'ai choisi dans un premier temps d'expliquer la différence entre handicap et pathologie mentale, d'exposer le plus simplement possible les diverses catégories de pathologies mentales, d'exposer les différentes structures de prise en charge de ces patientes et de rappeler les nouvelles compétences de la sage-femme. Dans un deuxième temps, je détaille mon travail d'enquête qui repose sur un questionnaire prospectif adressé aux professionnels de santé



# *Partie 1*

## PRESENTATION DE LA POPULATION ETUDIEE

# **1. DE LA DIFFERENCE ENTRE HANDICAP MENTAL ET PATHOLOGIE MENTALE**

Lorsque l'on parle de maladie mentale, il est difficile de faire la différence entre handicap mental et pathologie mentale. Pour pouvoir bien différencier ces deux notions tout à fait différentes, il est important de bien les définir et de présenter les différentes catégories de handicap et leurs origines ainsi que les diverses pathologies mentales qui peuvent être rencontrées.

## **1.1. La notion de handicap mental**

Tout d'abord, il faut définir le handicap mental et il en existe plusieurs définitions, notamment celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ensuite, les diverses causes du handicap mental seront présentées et, enfin, quelques chiffres du handicap mental en France viendront compléter cette présentation.

### **1.1.1. Définitions :**

Selon l'OMS [1], on appelle personne handicapée tout individu dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise.

Aussi peut-on distinguer trois dimensions dans le handicap : la déficience, l'incapacité et le désavantage. Afin d'appréhender avec exactitude ces différentes notions une exploration de ces dernières s'impose :

- La déficience : elle correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. Elle ne concerne qu'une partie de l'individu.

- L'incapacité : elle se définit par toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans

les limites considérées comme normales, pour un être humain. Elle concerne l'individu dans son ensemble.

- Le désavantage est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe, et des facteurs socioculturels. Il concerne les interactions entre l'individu et son environnement.

En France le Code de l'action sociale et des familles définit dans le livre 1<sup>er</sup> : disposition générale, titre 1<sup>er</sup> principes généraux au chapitre IV personnes handicapées, à l'article L.114 le handicap comme suit :

« Constitue un handicap en France, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mental cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Après avoir défini le handicap mental grâce à la définition de l'OMS et la loi française issue de l'article L.114 du code de l'action sociale et des familles, il est intéressant d'étudier les causes qui pourraient être à l'origine de ces différentes formes de handicap mental.

### **1.1.2. Les causes pouvant être à l'origine d'un handicap mental [2]**

La personne handicapée, quelle que soit la nature de sa déficience, est avant tout une personne ordinaire disposant des mêmes droits et devoirs inhérent à tout citoyen. Mais de par son handicap elle est une personne singulière disposant de droits supplémentaires destinées à accompagner ou compenser son handicap.

Ainsi la personne handicapée mentale est elle porteuse de façon permanente d'une déficience intellectuelle dont l'origine peut être très diverse. Ces déficiences provoquent un handicap car elles touchent à différentes fonctions : la compréhension, la mémoire, l'analyse des situations, la prise de décisions...

Aussi le handicap mental est à mettre en rapport avec un contexte situationnel, il peut trouver son origine dans :

- la conception avec pour causes les aberrations chromosomiques ou les incompatibilités sanguines,
- la grossesse, dont le déroulement peut-être impactée par un virus, un parasites, la prise d'un médicament, d'alcool, la consommation tabagique,...
- à la naissance, lors d'accidents causés par la souffrance fœtale, l'accouchement prématuré, les infections...
- après l'accouchement, à cause des maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxication, traumatismes,...

## **1.2. La pathologie mentale : définitions**

Après avoir défini le handicap mental, il est à présent important de définir la pathologie mentale et ses formes principales telles que la lignée névrotique, la lignée psychotique et l'organisation limite.

### **1.2.1. Maladie psychique [3]**

La maladie psychique, comme la maladie organique, se caractérise d'abord et avant tout par une très grande complexité et diversité de ses origines, de ses symptômes, de ses conséquences et de ses traitements.

Elle provoque différentes difficultés et souffrances d'ordre relationnel qui perturbent le sujet dans son rapport à lui-même ou à autrui (sentiments, pensées, comportements).

Elle peut être appréhendée selon trois grandes catégories à savoir les pathologies d'ordre névrotique, les pathologies d'ordre psychotique et les structures borderline.

#### ***La lignée névrotique***

Selon Sigmund Freud, la névrose est une maladie qui touche la personnalité et qui est provoquée par des conflits importants entre les trois dimensions de celles-ci : le ça, le moi et le surmoi. Le « ça » représente les pulsions, le « surmoi » intériorise les interdits et le « moi » est la fonction synthétique de la personnalité.

Un névrosé garde le contact avec la réalité. Il a conscience du caractère pathologique de son trouble et il peut présenter différents symptômes tels que



l'angoisse, une asthénie, des troubles sexuels, des troubles du sommeil, une hypocondrie, une inhibition motrice ou intellectuelle, de l'agressivité et des difficultés relationnelles. La névrose est souvent compliquée d'une dépression.

Il existe différents types de névroses : la névrose phobique où le patient a des crises d'angoisse (exemple : arachnophobie), la névrose obsessionnelle ou trouble obsessionnel compulsif (TOC) où le patient subit des idées ou des affects qui parasitent la pensée (exemple : peur des microbes, il se lavera donc les mains de façon compulsive). La névrose d'angoisse ou trouble panique, aucun facteur précis ne déclenche les crises d'angoisse, elles surviennent n'importe quand. Enfin, la névrose hystérique : le patient exprime de façon inconsciente ses angoisses à travers son corps (malaise sans cause).

Les névroses sont des maladies de la personnalité qui se traitent par des méthodes médicamenteuses et psychothérapiques car elles ont une origine psychologique mais aussi biologique.

### ***La lignée psychotique***

La psychose, à la différence de la névrose, se caractérise par une perte de contact avec la réalité, le sujet n'arrive pas à différencier le vrai du faux. C'est pourquoi le premier épisode psychotique est souvent terrifiant. Les femmes sont touchées par la psychose à un âge plus avancé que les hommes, elles réagissent mieux au traitement mais le risque de rechute est plus élevé à certains moments de la vie comme à l'approche des règles, à l'accouchement, à la ménopause.

Les symptômes qui permettent d'évoquer cette maladie sont différents d'un sujet à un autre, peuvent apparaître subitement ou se développer de façon graduelle. Les symptômes les plus courants sont les suivants : troubles de la concentration, idées délirantes, hallucinations, troubles de l'humeur, comportement désorganisé et pensées suicidaires ou se rapportant à la mort.

Il faut savoir que dans la psychose, l'angoisse est majeure, envahissante. Il est possible de s'en faire une idée en se remémorant l'angoisse oppressante vécue lors d'un cauchemar. Mais l'angoisse dans un cauchemar ne dure que quelques secondes, alors que l'angoisse psychotique, subie à l'état de veille, peut durer plusieurs heures.

La psychose est à l'origine de deux grandes catégories de pathologie à savoir :

- les psychoses aiguës comme la bouffée délirante, la confusion mentale, la mélancolie, la psychose puerpérale...

- les psychoses chroniques comme la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive ou trouble bipolaire, psychose hallucinatoire chronique...

La psychose se traite par des médicaments et des interventions psychosociales, en consultation externe ou en hôpitaux.

### ***L'organisation limite***

Le syndrome borderline se caractérise par une instabilité émotionnelle prononcée, c'est un trouble de la personnalité. Ce syndrome touche différemment les individus, les femmes sont plus atteintes que les hommes. Cette maladie se déclare à l'âge adulte mais elle pourrait être présente de façon latente dès l'enfance. Ce syndrome aurait plusieurs origines : génétiques, traumatismes pendant l'enfance, éducation parentale particulière. Les symptômes que manifestent les sujets sont variés : impulsivité, humeur instable, crises émotionnelles, problèmes relationnels, perturbation de l'image de soi, actes d'automutilation. Les sujets borderline présentent souvent un usage de drogues ainsi que d'autres troubles psychiatriques (dépression, troubles anxieux, troubles alimentaires).

Le syndrome se traite par psychothérapie.

### **1.2.2. Handicap psychique [4]**

Le handicap psychique est secondaire à la maladie psychique. Les capacités intellectuelles sont indemnes et le patient peut évoluer tout à fait normalement. Il est spécifié par un déficit relationnel, des difficultés de concentration. Pourtant le patient garde des facultés intellectuelles normales. Le handicap psychique peut être dû à différentes maladies : la psychose, le trouble bipolaire, les altérations de la personnalité, l'autisme ainsi que des accidents ou pathologies somatiques comme les traumatismes crâniens ou les maladies neuro-dégénératives.

Le handicap psychique associe donc une limitation des capacités intellectuelles, une stabilité dans les manifestations des symptômes et selon le trouble une prise de médicaments.

### **1.2.3 Quelques chiffres en France [5]**

Par ignorance ou par crainte, la société française a longtemps jeté un voile pudique sur les maladies psychiques. Cependant il faut noter que d'après le dossier de presse du 29 janvier 2010 de la Fondation FondaMental – Réseau de coopération scientifique en santé mentale :

- 1 personne sur 5 soit 18.8 % de la population française souffrent de troubles psychiatriques.
- 1 % de la population souffre de schizophrénie.
- 1 à 2 % de la population française souffre de psychose maniaco-dépressive.
- 1 % de la population française souffre d'autisme dont 100 000 souffrent d'une forme grave.

En France la prise en charge des maladies psychiatriques coûte 107 milliards d'euros par an dont 20 milliards de dépenses directes (sanitaire et médico-social) et 87 milliards de dépenses indirectes (arrêt de travail,...). Cela représente l'équivalent d'un tiers des dépenses de l'état.

## **2. STRUCTURE D'ACCUEIL DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX**

Précédemment, nous avons pu constater que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent des pathologies très diverses, plus ou moins difficiles à diagnostiquer et à traiter. Il serait donc intéressant de comprendre comment ces patients sont pris en charge en France et quelles sont les différentes possibilités d'accompagnement qui s'offrent à eux avec, tout d'abord, un rappel historique de l'évolution de la psychiatrie en France. Ensuite, nous verrons quelles sont les structures d'accueil pour les adultes atteints de troubles psychiatriques.

### **2.1. Un peu d'histoire [6]**

C'était la loi du 30 juin 1838, promulguée sous la monarchie de juillet, qui ordonne pendant plus de cent cinquante ans l'hospitalisation des malades mentaux en France dans les établissements publics et privés. Elle modélisait l'organisation de la psychiatrie en créant les conditions décentes d'accueil et de soins des patients souffrant de troubles psychiatriques, en imposant à chaque département l'organisation et la charge financière de structures de soins pour ces malades : les asiles d'aliénés. En plus d'organiser les mesures de protection contre les risques que faisaient courir dans certains cas les aliénés à la population générale, elle réglementait les circonstances dans lesquelles une personne pouvait être, contre son gré, placé dans un asile d'aliénés (placement volontaire, placement d'office).

Aussi l'internement a longtemps été pratiqué parce qu'il était le seul moyen d'avoir accès aux soins spécialisés. Les circulaires du 13 octobre 1937 et du 2 septembre 1946 transforment petit à petit l'asile en hôpital ouvert. Ce n'est qu'avec l'avènement de la circulaire du 15 mars 1960 qu'une impulsion décisive est donnée à l'évolution du secteur psychiatrique français. Ses objectifs réactivés par la circulaire du 14 mars 1990 ont fait voler en éclats l'asile. Le traitement précoce du malade dans son cadre de vie naturel par une équipe pluridisciplinaire médicale et soignante spécialisée devient la cible. Le territoire national est découpé en aires géographiques appelées "secteurs". Le secteur se définit par la mise à disposition d'une communauté géo-démographique d'un

service public de protection en santé mentale. Le principe fondamental du secteur est le refus de la ségrégation du malade mental. Cela implique de la part de l'équipe soignante une volonté d'intégration, de maintien ou de réintégration du patient dans son milieu familial et social. Le second principe est la continuité des soins, la responsabilité en continu de la même équipe soignante pour toutes les phases de l'itinéraire thérapeutique.

Dans ce cadre en 1970, avec la loi du 31 décembre portant réforme hospitalière, les hôpitaux psychiatriques sont intégrés dans la catégorie des centres hospitaliers et deviennent des centres hospitaliers spécialisés (CHS). Une loi du 25 juillet 1985 consacre la sectorisation et intègre la psychiatrie dans le cadre général de la carte sanitaire. Une loi du 27 juin 1990 redéfinit les droits des malades mentaux et les modalités de l'hospitalisation sans consentement, elle abroge la loi du 30 juin 1838. Enfin la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement et aux modalités de leur prise en charge, modifie en profondeur les conditions de prise en charge de ces personnes.

Aussi le principe des soins libres pour les personnes atteintes de troubles mentaux reste la règle. La notion d'hospitalisation sous contrainte est remplacée par celle d'un régime de « soins sans consentement » permettant ainsi l'ouverture à d'autres formes de prises en charge incluant des soins ambulatoires (hospitalisation partielle, consultations, ateliers thérapeutiques,...). L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers se substitue à la notion « d'hospitalisation à la demande d'un tiers » (HDT) comme l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat à celle « d'hospitalisation d'office » (HO). De plus les personnes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et sur décision du préfet peuvent être prises en charge en dehors du cadre de l'hospitalisation complète. Aussi peuvent-ils bénéficier de soins en structure alternative à l'hospitalisation complète dans le cadre d'un « programme de soins ».

## **2.2. Les différentes structures de prise en charge en psychiatrie adulte [7]**

Organisées et centrées autour du patient, les structures de prise en charge s'articulent autour de notion comme la coopération et la complémentarité entre elle. Ces notions fondent également la trajectoire de soin du patient qui repose sur des structures variées du champ sanitaire, médico-sociale et sociale, rattachées à des établissements de santé publique et privée, et/ou le secteur libéral.

Il existe trois grands modes de prise en charge pour les personnes présentant des troubles psychiatriques : l'ambulatoire, la prise en charge à temps partielle et la prise en charge à temps complet.

### **2.2.1. L'ambulatoire**

Depuis 1960, la politique en matière d'organisation des soins psychiatriques a consisté à développer les alternatives à l'hospitalisation complète. Le mode de prise en charge en ambulatoire répond à cette logique et s'inscrit dans une politique de développement de la sectorisation psychiatrique.

L'ambulatoire comprend deux structures principales : le centre médico-psychologique (CMP) et la psychiatrie de liaison.

- Le Centre Médico-Psychologique : il permet d'organiser et de coordonner toutes les activités extra-hospitalières en lien avec les unités d'hospitalisation. Il permet aux équipes soignantes présentes sur place (médecins, psychologues, infirmiers,...) de faire de la prévention, du diagnostic, des soins et des interventions à domicile ou dans les institutions de substitution comme les établissements pénitentiaires. Certains CMP, appelés Centres d'Accueil Permanent (CAP), peuvent également prendre en charge les urgences psychiatriques.

- La psychiatrie de liaison : elle assure les soins prodigués aux patients dans les unités d'hospitalisation somatique.

Les soins et interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile, menés par les équipes pluri professionnelles, viennent en complément de l'activité de prise en charge réalisée au sein de la structure même.

### **2.2.2. Les prises en charge à temps partiel**

On parle de prise en charge à temps partiel lorsque le patient n'est pas hospitalisé pendant un jour et une nuit consécutive. Elle se fait au sein de structures plus ou moins médicalisées où il n'y a aucun hébergement sauf en cas d'hôpital de nuit. La prise en charge à temps partiel comprend quatre formes d'accueil : l'hôpital de jour, l'hôpital de nuit, les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) et les Ateliers Thérapeutiques (AT).

- L'hôpital de jour : permet de dispenser des soins polyvalents et intensifs à temps partiel (dans la journée et ce un ou plusieurs jours par semaine),

- L'hôpital de nuit : il est proposé aux patients qui sont autonomes ou en cours de réhabilitation psychosociale au travers d'une structure médico-sociale la journée et qui ont besoin d'un accompagnement en fin de journée. Il permet une surveillance médicale de nuit et de poursuivre et/ou de consolider une démarche d'autonomisation. Ce mode de prise en charge peut également être proposé en fin de semaine,

- Le CATTP : il offre des activités thérapeutiques de soutien et des thérapies de groupe afin de permettre une reconstruction de l'autonomie et une réadaptation sociale au patient,

- Les AT : ils sont constitués de professionnels de santé (médecins, infirmiers, ergothérapeutes, techniciens) qui proposent des activités thérapeutiques et artisanales dans le but de favoriser la réinsertion professionnelle et sociale des patients.

### **2.2.3. La prise en charge à temps complet**

Celle-ci se définit par une hospitalisation à temps plein de façon quasi-exclusive. Les patients bénéficiant de ce mode de prise en charge sont hospitalisés dans des structures où ils bénéficient d'une surveillance constante (24h sur 24). Elle s'adresse aux patients dont les troubles rendent incompatible leur maintien au domicile ou à ceux étant en phase productive de la pathologie. Elle se décline en cinq modalités : l'hospitalisation à temps plein, le centre post-cure, l'hospitalisation à domicile (HAD), l'appartement thérapeutique et, enfin, l'accueil familial thérapeutique.

- L'hospitalisation à temps plein : permet de prodiguer des soins intensifs adaptés aux malades en phase aiguë qui nécessitent un suivi continu. Ce mode de prise en charge s'inscrit dans le cadre de la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux

droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge,

- Le centre post-cure : est une unité de moyen séjour proposée après une phase aiguë afin de poursuivre les soins actifs et les traitements nécessaires en vue d'un retour à une autonomie et une réinsertion,

- L'HAD : permet une prise en charge thérapeutique du patient à son domicile et d'y associer, si besoin, des prestations d'entretien nécessaires,

- L'appartement thérapeutique : est mis à la disposition du patient, pour une durée limitée. Il dépend de l'hôpital et permet au malade de se réinsérer socialement et de mener une vie « quasi-normale » tout en continuant à être suivi quotidiennement par des professionnels de santé,

- L'accueil familial thérapeutique : le malade est placé dans une famille d'accueil, et ce quel que soit son âge, lorsque le retour dans sa propre famille ou à domicile n'est pas souhaitable. Cela offre une alternative ou une suite à une hospitalisation à temps complet.



## **3. LA SAGE FEMME : DEFINITION DE SES COMPETENCES**

### **3.1. Législation [8]**

Les compétences de la sage-femme ont beaucoup évolué depuis quelques années.

D'après le code de déontologie :

Article R.4127 modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012

#### **3.1.1. Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L.4151-1 :**

1°) La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

- Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période post-natale ;
- Le fœtus ;
- Le nouveau-né

2°) La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

- L'échographie gynéco-obstétricale ;
- L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;

- La réanimation du nouveau-né ;
- Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;
- La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;
- Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté Européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen.

### **3.1.2. La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer :**

La demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

### **3.1.3. Dans le cadre des dispositions de l'article L.4151-3 :**

La sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée.

## **3.2. Compétences de la sage-femme**

D'après l'article L.4151-1 du code de santé publique de la sage femme :

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à

L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

### **3.3. Le référentiel métier [9]**

De par son cursus de formation et des droits que lui confèrent les dispositions législatives et réglementaires, la sage-femme dispose de compétences multiples. En effet, elle peut mener une consultation prénatale, préparer et dispenser des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, répondre à des consultations d'urgence au cours de la grossesse, suivre le travail des parturientes, diagnostiquer les différentes pathologies au cours de celui-ci, réaliser l'accouchement et assurer la surveillance du post-partum pour une grossesse à terme normale. La sage-femme peut également prendre en charge les hémorragies de la délivrance qu'elle diagnostique, assurer le suivi mère-enfant en post-partum et ce jusqu'à la visite postnatale ainsi que réaliser une réanimation complète du nouveau-né.

Enfin, elle peut assurer un suivi gynécologique de prévention ainsi que prescrire, poser, surveiller et retirer une contraception.

Lors d'une consultation de contraception et/ou de suivi gynécologique de prévention, la sage-femme va accueillir, examiner et informer sa patiente. Elle doit s'adapter à son niveau de compréhension, d'analyse des situations et des risques, et aux ressources disponibles en matière de gestion du capital santé de la femme qu'elle va suivre.

Au cours de l'anamnèse qu'elle va effectuer, la sage-femme s'attellera à dépister les conduites addictives, les comportements à risque ainsi que les facteurs de risque

présents chez la patiente. Elle s'efforcera également de détecter toute forme de vulnérabilité chez sa patiente.

Lors de l'examen clinique, la sage-femme peut, si nécessaire, réaliser un frottis cervico-vaginal de dépistage ainsi qu'un prélèvement vaginal.

Ces actes lui permettent ainsi de prévenir et de dépister les cancers gynécologiques et les infections sexuellement transmissibles.

A l'occasion de cette consultation, les différents moyens de contraceptions pourront être proposés et expliqués à la patiente, elle pourra choisir celui qui lui correspond le mieux, si elle souhaite en utiliser un, avec l'aide de la sage-femme qui aura connaissance des antécédents et des facteurs de risque présents grâce à l'anamnèse préalablement effectuée.

La sage-femme prescrira la méthode contraceptive souhaitée en s'assurant que la patiente a bien compris comment l'utiliser et elle procèdera au suivi régulier (biologique et gynécologique) de celle-ci.

La sage-femme peut également prescrire d'autres thérapeutiques comme les vaccins ou des médicaments si nécessaire.

En cas de pathologie diagnostiquée ou de suspicion, la sage-femme doit adresser sa patiente à un médecin.

## *Partie 2*

### LE TRAVAIL D'ENQUETE

# **1. METHODOLOGIE**

## **1.1. Problématique**

Dans ce travail de recherche, je cherche à savoir quelle pourrait-être la place de la sage-femme dans la prise en charge des femmes atteintes de pathologies mentales en âge de procréer (entre 20 et 45 ans) et prise en charge par un établissement public de santé mentale.

## **1.2. Hypothèses**

La question pourquoi malgré les compétences développées par la sage femme, cette dernière n'est pas associée à la prise en charge pluridisciplinaire de la femme atteintes de pathologies mentales en âge de procréer et prise en soin en établissement spécialisé me conduit à formuler trois hypothèses de recherche :

- Les professionnels de santé travaillant dans ces établissements ont, une mauvaise connaissance du champ d'exercice de la sage-femme et de ce fait ne s'interrogent pas sur l'intérêt d'une collaboration.

- La prise en charge gynécologique et obstétricale de ces patientes ne constitue pas une priorité dans le cadre des soins spécialisés. De plus, la prise en compte de la dimension globale de leur sexualité (contraception, grossesse,...) ne bénéficie pas d'une attention renforcée.

- La sage-femme, de part ses nouvelles compétences, peut répondre tant aux besoins de prise en charge gynécologique qu'obstétricale des femmes prise en soin en établissement public de santé mentale.

## **1.3. Objectifs**

Les objectifs de ce travail de recherche sont principalement de :

- de démontrer l'intérêt de la présence d'une sage-femme, même ponctuelle, en établissement public de santé mentale car elle aurait un rôle dans l'information et la prévention (contraception, IST,...),
- de promouvoir la profession en apportant des informations et le savoir,
- de proposer une meilleure prise en charge globale des patientes, plus sous forme de consultations (gynécologiques, obstétricales), grâce à la collaboration avec les autres professionnels de santé travaillant dans le secteur de la psychiatrie,
- d'avoir un interlocuteur entre les services de psychiatrie et la maternité ou la gynécologie pour une meilleure prise en charge en amont.

## **1.4. Les établissements concernés**

Pour ce travail de recherche, la réalisation de l'enquête s'effectue sur trois centres hospitaliers, établissements publics de santé mentale, lesquels sont répartis sur la Moselle. Par soucis d'anonymats, ils seront appelés A, B et C. Il est à noter que l'un d'entre eux n'a pas donné une réponse favorable à la demande de diffusion de l'enquête en son sein, ne seront donc utilisés que les questionnaires des établissements A et B. L'objectif de la démarche est de répondre à la problématique en dépassant les réalités structurelles et organisationnelles d'un seul établissement de santé, d'analyser les résultats de l'enquête en s'appuyant sur des pratiques diverses et de comparer les résultats observés, globalisés et/ou individualisés par établissement, aux hypothèses posées.

## **1.5. Le recueil des données**

Le recueil des données s'est articulé autour d'une recherche documentaire et d'une enquête réalisée à l'aide d'un questionnaire prospectif adressé aux professionnels de santé exerçants dans les établissements cités précédemment. Afin de réaliser mon enquête, des lettres de demande de diffusion de mon questionnaire (validé par le directeur de mémoire) ont été envoyées aux différents directeurs de soins exerçant dans les trois établissements publics de santé mentale de Moselle, à savoir Jury-Lès-Metz, Sarreguemines et Lorquin. Deux réponses positives ont été renvoyées et un refus est à

noter. Les différents directeurs de soins ayant accédé à la demande ont confirmé téléphoniquement et se sont proposé de diffuser eux même les questionnaires aux unités concernées et de les faire parvenir, une fois terminés, par courrier. L'enquête s'est effectuée sur deux semaines, du 1<sup>er</sup> au 17 décembre 2012.

## **1.6. La recherche documentaire**

La recherche documentaire s'est organisée grâce aux ressources mises à disposition par l'école de sage-femme de Metz à savoir la bibliothèque ainsi qu'un centre de documentation d'un établissement de santé mentale mis à disposition par mon directeur de mémoire.

## **1.7. Le questionnaire prospectif**

Le questionnaire a été élaboré avec soin avec l'aide de celui réalisé par Eloïse OTT et son accord pour reprendre quelques questions (cf annexe). Celui d'Eloïse OTT s'adresse aux professionnels de santé afin de déterminer l'étendue de leurs connaissances sur la profession de sage-femme. Celui réalisé pour ce mémoire, relatif à la psychiatrie, s'adresse aux professionnels de santé travaillant dans le secteur de la santé mentale, et dans sa première partie, l'intérêt est également de connaître l'étendue des connaissances concernant la profession de sage-femme afin de voir s'ils verraient un intérêt à une éventuelle collaboration avec celle-ci.

Ensuite, dans une deuxième partie, il était intéressant de savoir comment font actuellement les professionnels de santé en psychiatrie pour répondre aux besoins des patientes en matière de prévention, de contraception, de sexualité et d'éducation sexuelle, de gynécologie et d'obstétrique.

Enfin, dans une troisième partie, la question de la prise en charge lors de l'admission de ces femmes en secteur psychiatrique est posée.

La population ciblée pour ce mémoire comprend donc les professionnels de santé travaillant dans les établissements publics de santé mentale où ils côtoient des femmes présentant des pathologies mentales et en âge de procréer, de ce fait pouvant avoir une sexualité active.



## **1.8. Les limites de l'enquête**

Le travail de recherche, initialement prévu dans trois établissements publics de santé mentale, de part le refus de l'un deux, ne s'effectuera donc plus que dans 2 établissements. Il y aura donc un biais car la population sera moins représentative de toute la Moselle.

Le fait que l'enquête n'a eut lieu qu'en Moselle peut également présenter un biais de sélection car l'échantillon n'est pas représentatif de tous les établissements français.

Etant donné que l'enquête est réalisée à partir de questionnaires présentant des questions à choix multiple, des réponses sont induites et ne correspondent pas forcément à ce que l'interrogé aurait répondu en cas de question libre. Ce choix a été fait pour faciliter l'exploitation et l'analyse.

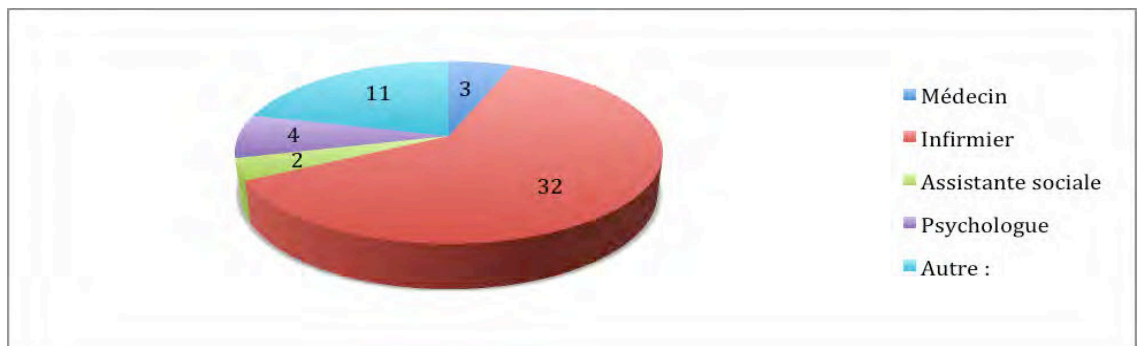
52 questionnaires ont été remplis dont 25 pour l'établissement A et 27 pour l'établissement B. Selon les indications reçues en matière d'exploitation des données, l'approche par pourcentage ne peut être utilisée car le total des réponses est inférieur à cent.

## 2. EXPLOITATION DES RESULTATS

Avant de procéder à l'analyse des résultats une présentation des réponses, question par question semble indispensable afin d'avoir une approche globale de l'enquête.

### 2.1. Connaissances de la profession de sage-femme par les professionnels de santé en psychiatrie

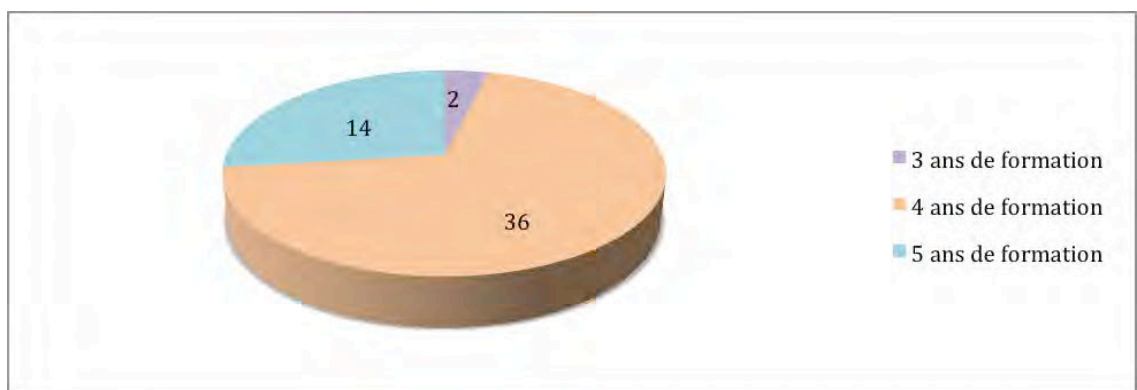
**Question 1 : Quelle est votre profession ? :**



On constate qu'une majorité des personnes interrogées exerce la profession d'infirmier diplômé d'état. Dans la catégorie « autre » on retrouve les professions suivantes : Aide-soignante 1, ASHQ 3, Assistant médico-administratif 1, Cadre de santé 3, cadre supérieur de santé 1, étudiante infirmière 1, secrétaire médicale 1.

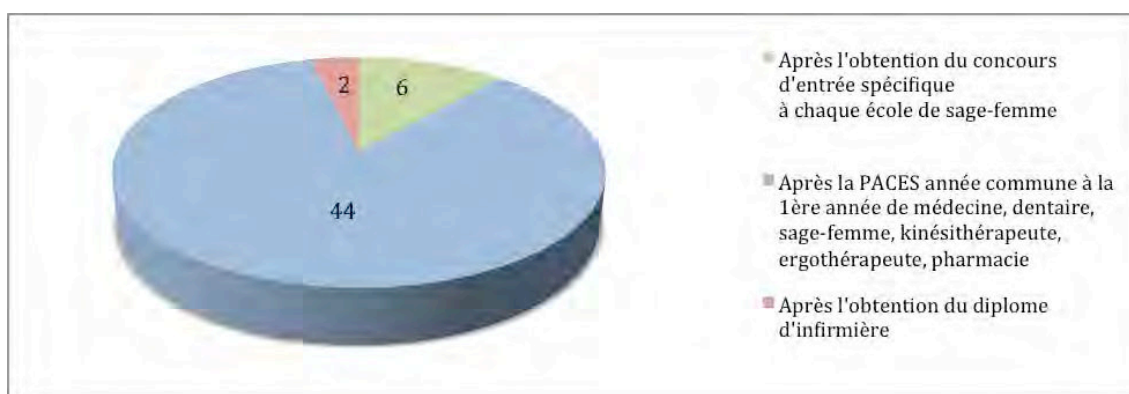
**Question 2 : Connaissez vous la profession de Sage femme ?**

**a. Les études de sage-femme comportent**



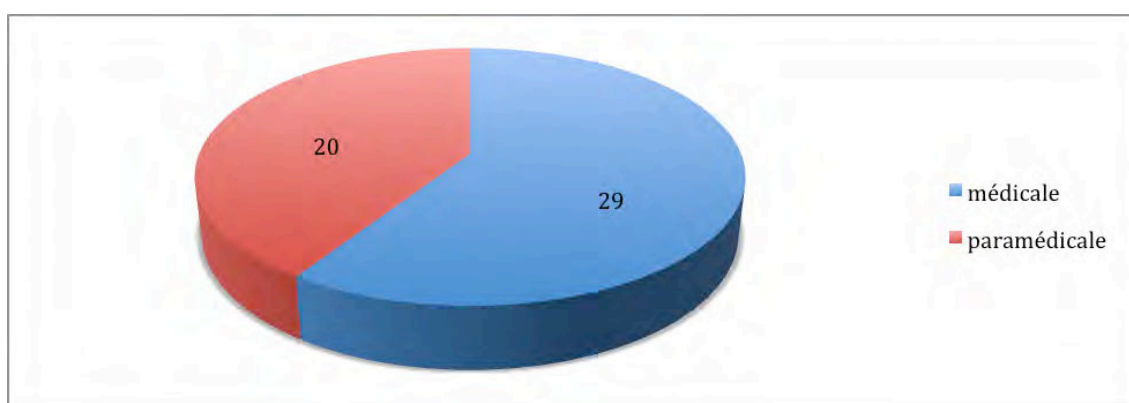
La plupart des professionnels qui ont répondu à l'enquête pense que la formation de sage femme s'effectue en quatre ans

### b. L'admission en école de sage-femme se fait



44 des 52 personnes interrogées savent que la formation de sage femme s'effectue après la PACES.

### c. La profession de sage-femme est



La majorité des professionnels savent que la profession de sage femme est une profession médicale.

### d. Selon vous, une sage-femme a le droit de

Nombre de réponses obtenues	oui	non	Ne sait pas
déclarer une grossesse	28	20	4
pratiquer le suivi gynécologique de prévention	47	4	1
poser un dispositif transdermique à visée contraceptive (implant, Nexplanon)	13	29	10
pratiquer les échographies obstétricales	38	12	2
pratiquer les échographies gynécologiques	20	28	4
animer des séances de préparation à la naissance et à la	50	1	1

parentalité			
pratiquer un accouchement physiologique en toute autonomie	47	5	0
pratiquer l'épisiotomie sans un médecin	29	18	5
pratiquer seule la réfection de déchirure périnéale et/ou vaginale	24	21	7
poser un stérilet	30	15	7
effectuer un frottis cervico-vaginal	23	25	4
pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne	48	3	1
pratiquer l'IVG médicamenteux (Interruption volontaire de grossesse)	16	27	9

Les actes pouvant être réalisés par la sage-femme sont connus par la majorité des professionnels de santé interrogés à l'exception de certaines pratiques comme : la mise en place du dispositif transdermique (13/52), la pratique des échographies gynécologiques (20/52), la réfection de déchirure périnéale et/ou vaginale (24/52) et effectuer un frottis cervico-vaginal (23/52). Ils ont donc une meilleure connaissance des actes pouvant être réalisés par la sage-femme dans le domaine obstétricale à l'instar de ceux réalisés en gynécologie pure.

#### e. Selon vous, une sage-femme peut prescrire

Nombre de réponses obtenues	oui	non	Ne sait pas
Une contraception d'urgence (Norlevo, Ellaone)	40	7	5
Une mammographie	16	27	9
Le vaccin de la coqueluche dans le post partum	12	24	16
Le vaccin préventif contre les lésions de col de l'utérus (HPV).	20	16	16
Prescrire des antibiotiques pour traiter une infection urinaire dans le cadre du suivi de grossesse	30	12	10

Comme précédemment, les professionnels de santé montrent qu'ils ont une connaissance du champ de prescription de la sage-femme moins étendue dans le domaine de la gynécologie alors qu'en obstétrique une nette majorité (40/52 et 30/52) maîtrise l'étendue du droit de prescription.

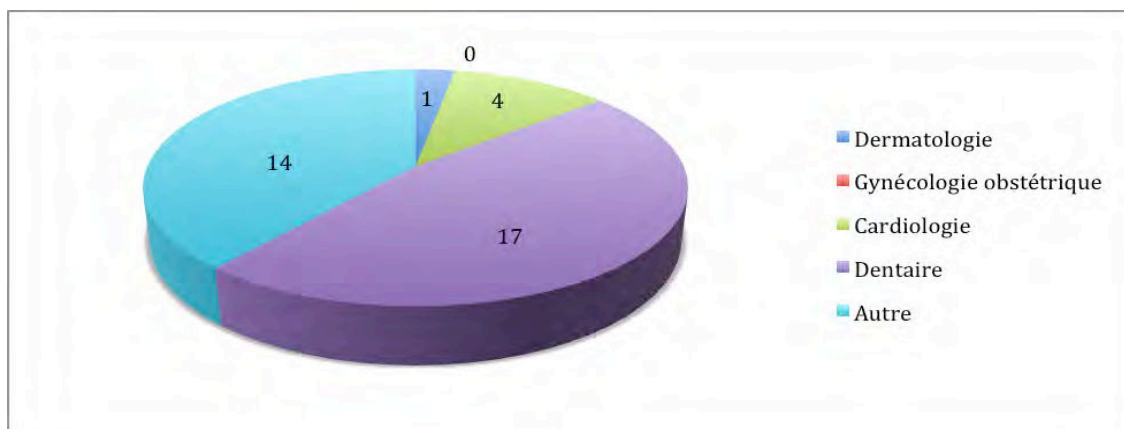
#### f. Champs d'action : une sage-femme peut

Nombre de réponses obtenues	oui	non	Ne sait pas
Travailler en PMI (Protection Maternelle et Infantile)	50	0	2
Travailler en PMA (Procréation Médicalement Assistée)	42	4	6
Assurer le suivi médical en autonomie, d'une femme enceinte, dans le cadre d'une grossesse physiologique	39	9	4
Effectuer la consultation médicale obligatoire et préalable à l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse)	14	25	13
Travailler dans un centre de planification	46	1	5

Une fois de plus les professionnels de santé présentent une connaissance approfondie du champs d'exercice de la sage femme à l'exception du domaine de la gynécologie car seuls 14 professionnels sur les 52 interrogés savent que la sage-femme peut effectuer la consultation médicale obligatoire et préalable à l'IVG.

## 2.2. Etat des lieux sur les actions mises en places en gynécologie-obstétrique et en matière de prévention des risques

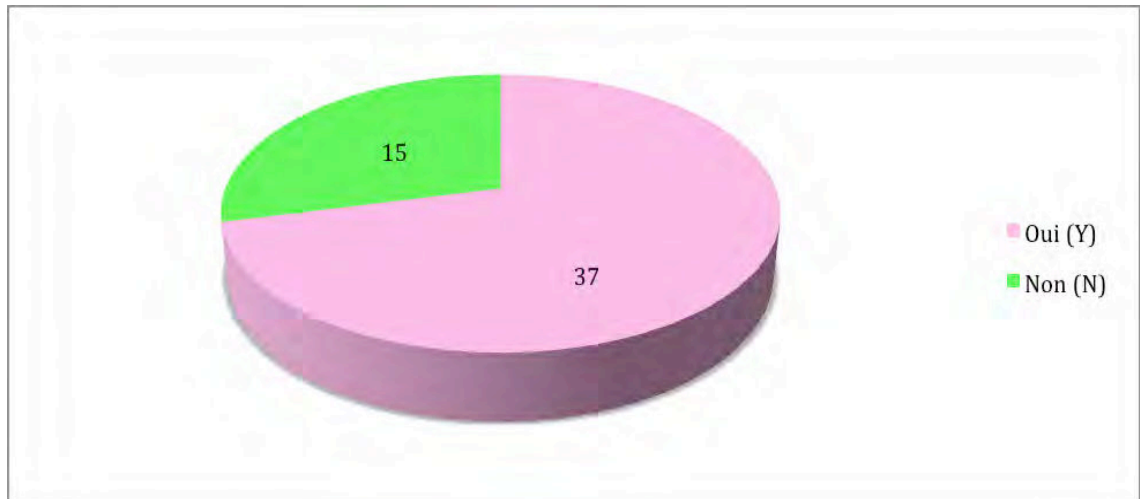
**Question 3 : Y a-t-il des consultations spécialisées dans votre établissement ?**



D'après les réponses obtenues lors de l'enquête, il ressort qu'il n'y a aucune consultation gynéco-obstétricale d'organisée au sein des centres hospitaliers audités.

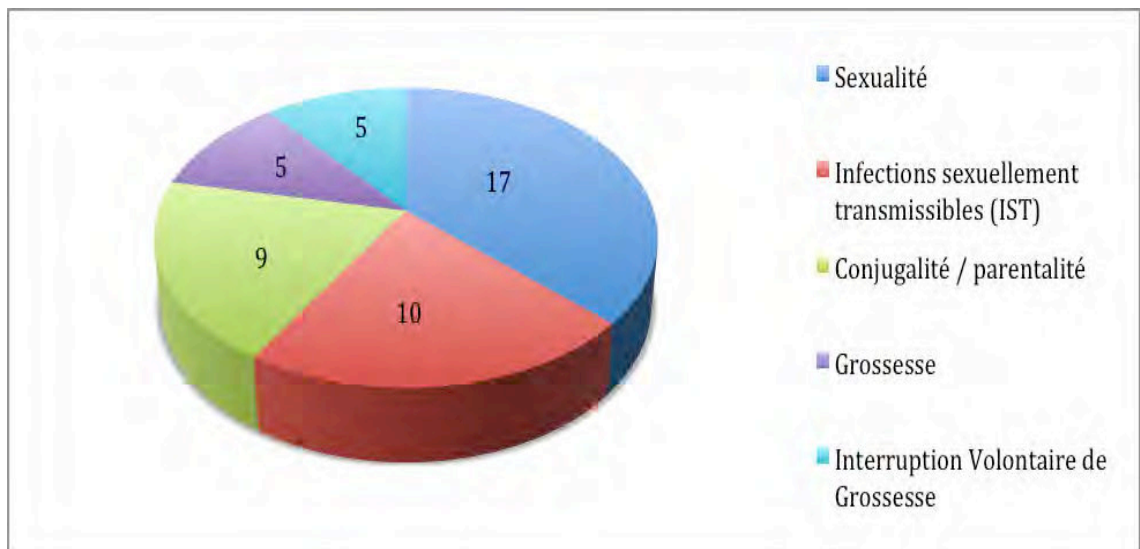
Par ailleurs, on y retrouve des consultations ophtalmologiques, de pédicure et de pédiatrie.

**Question 4 : Avez-vous des groupes de parole au sein de votre service ?**



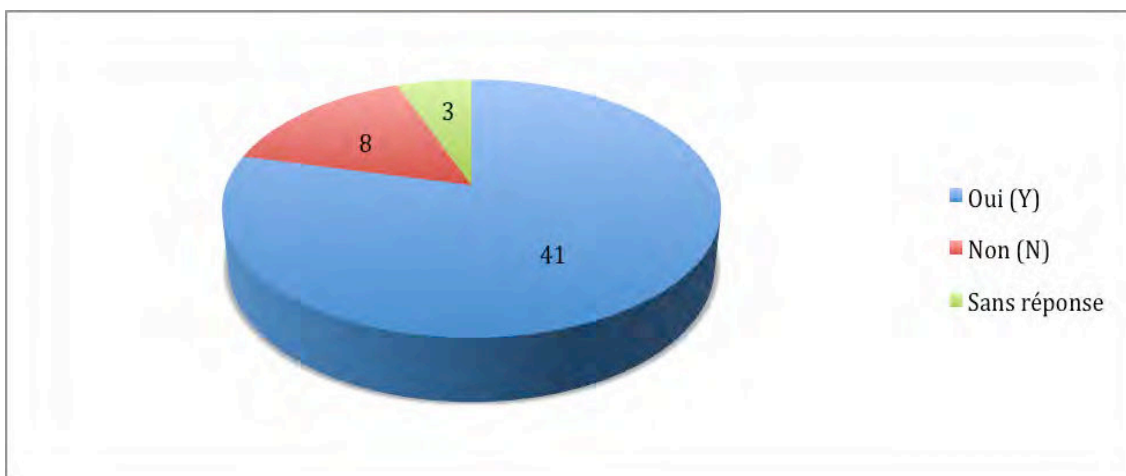
37 professionnels sur les 52 interrogés répondent qu'il existe des groupes de parole au sein de l'unité dans laquelle ils exercent. Il est à noter que 15/52 professionnels déclarent ne pas utiliser cet outil thérapeutique au sein de leur service.

**Question 5 : Si oui, abordez-vous les thèmes suivants :**



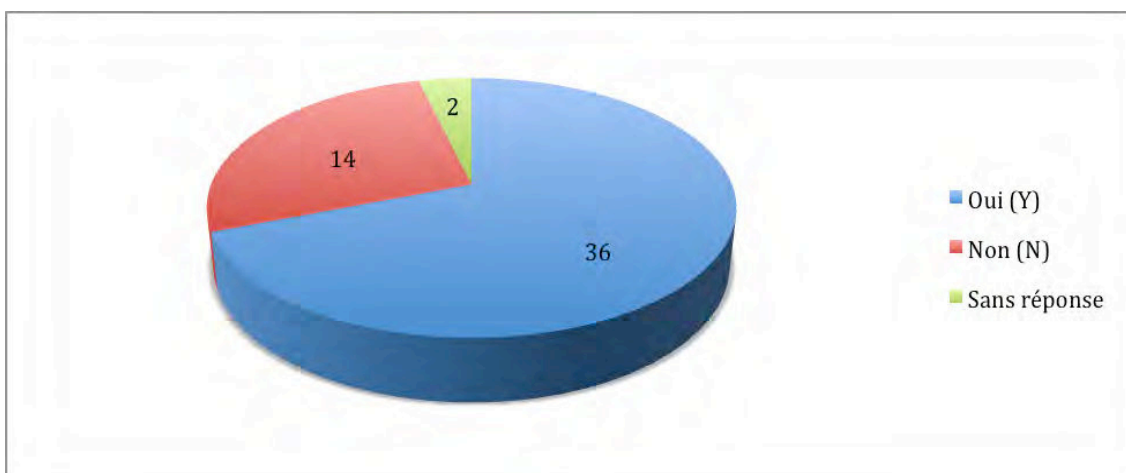
A l'aune des résultats, on constate que dans le cadre de la prise en charge des patientes, les groupes de parole sont un outil thérapeutique usité. Les trois thèmes récurrents sont : la sexualité, les infections sexuellement transmissibles et la conjugalité/parentalité.

**Question 6 et 7: La contraception et la sexualité sont elles des problèmes abordés, une préoccupation dans la prise en charge globale des patientes en âge de procréer ? Si non, pourquoi ?**



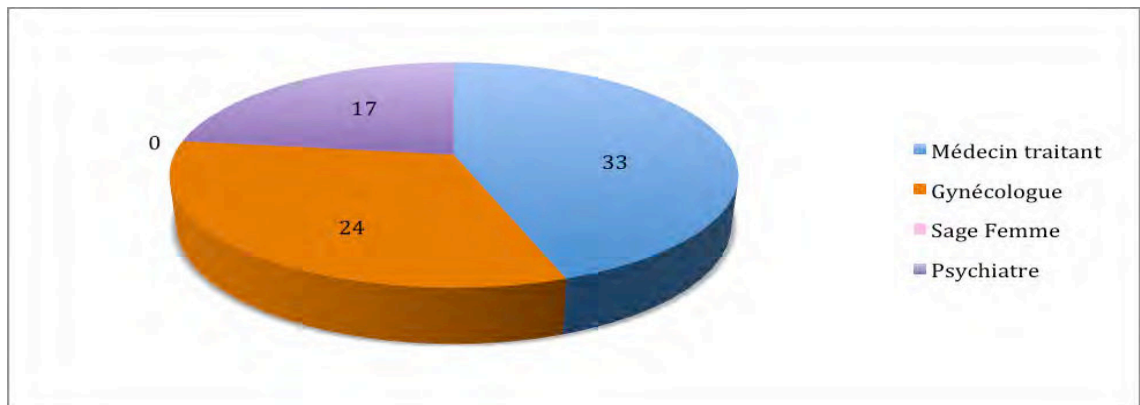
La contraception et la sexualité des patientes sont des préoccupations pour une très grande majorité des professionnels. Pour ceux qui ont répondu par la négative, ils estiment que ces thématiques doivent plutôt être abordés par le médecin traitant ou lorsque la situation de la patiente l'exige.

**Question 8 : Proposez-vous des moyens de contraception à vos patientes**



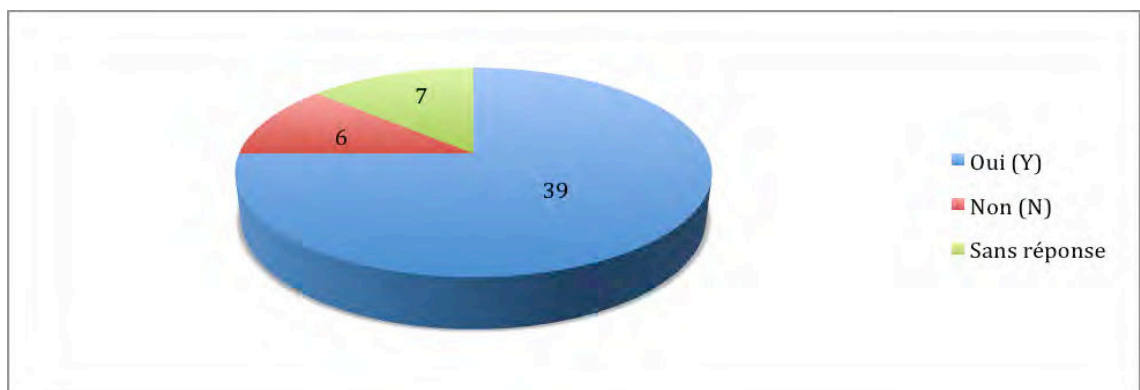
Parmi les professionnels interrogés 36/52 affirment que des moyens de contraception sont proposés aux patientes alors que 14/52 déclarent l'inverse. 2/52 ne donnent aucune information.

**Question 9 : Si oui, qui leur prescrit cette contraception ?**



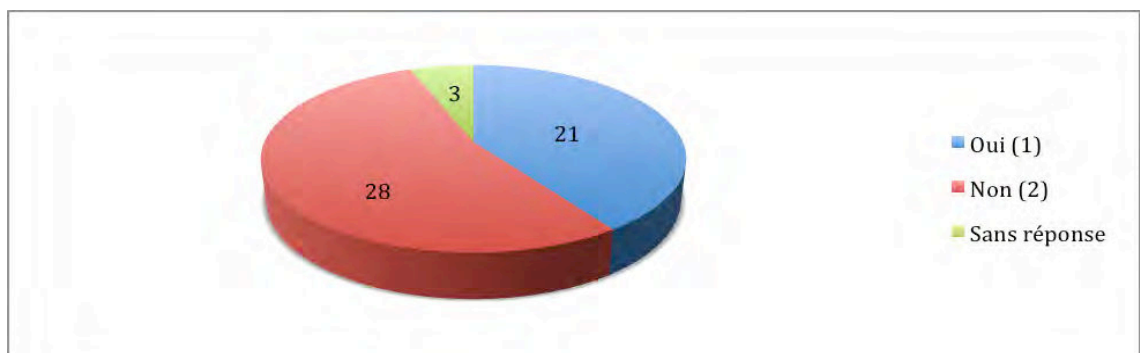
On constate, que la majorité des professionnels qui prescrivent une contraception à ces patientes, sont des médecins traitant ou des gynécologues mais qu'en aucun cas il est fait appel à une sage-femme. Seul dans 1/3 des cas, c'est le psychiatre qui se charge de la prescription du contraceptif.

**Question 10 : Rencontrez-vous des patientes ayant des relations multi partenariales ?**



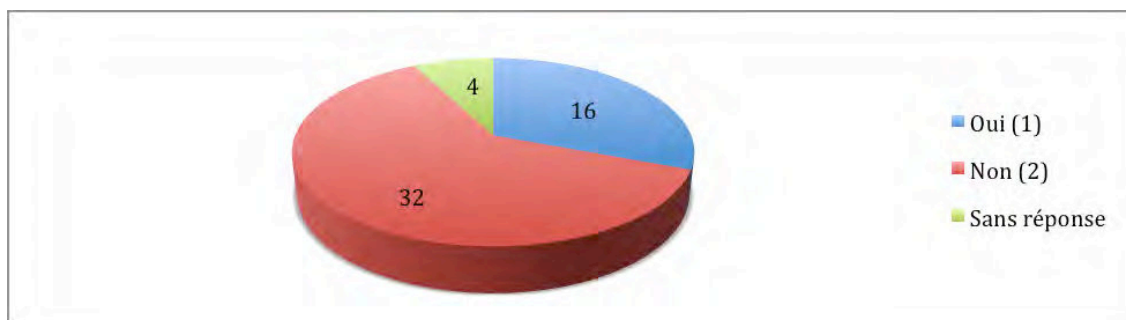
39 professionnels interrogés sur 52 déclarent avoir déjà cotoyé des patientes ayant des relations multipartenariales. Cela représente une très large majorité.

**Question 11 : Les patientes bénéficient-elles :**



Action de prévention des IST

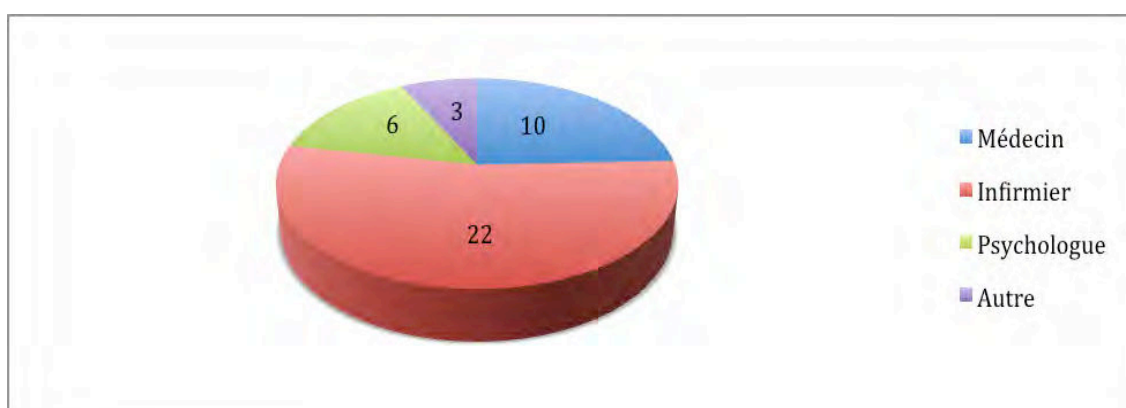




Action d'éducation sexuelle

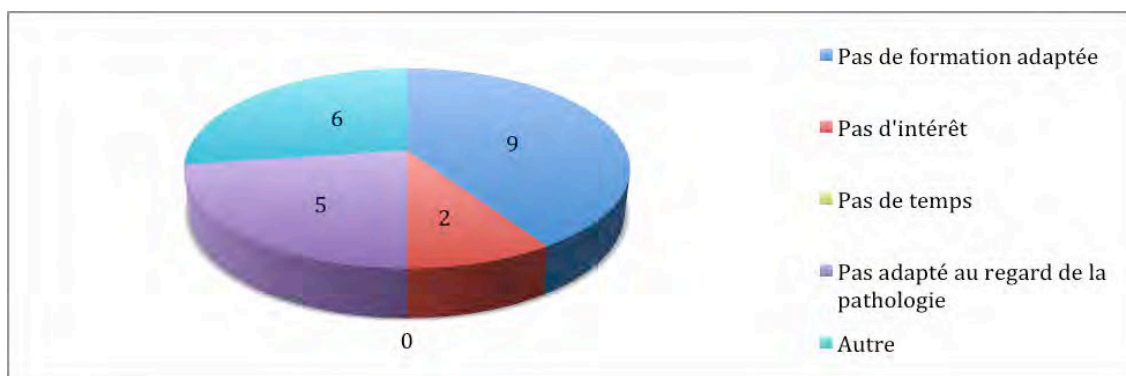
Malgré un nombre important (39/52) de patientes présentant des conduites à risque avec des relations multipartenariales, on constate que peu d'actions de prévention des IST (21/52) et d'éducation sexuelle (16/52) sont proposées au sein des unités auditées.

#### a. Si oui par qui ?



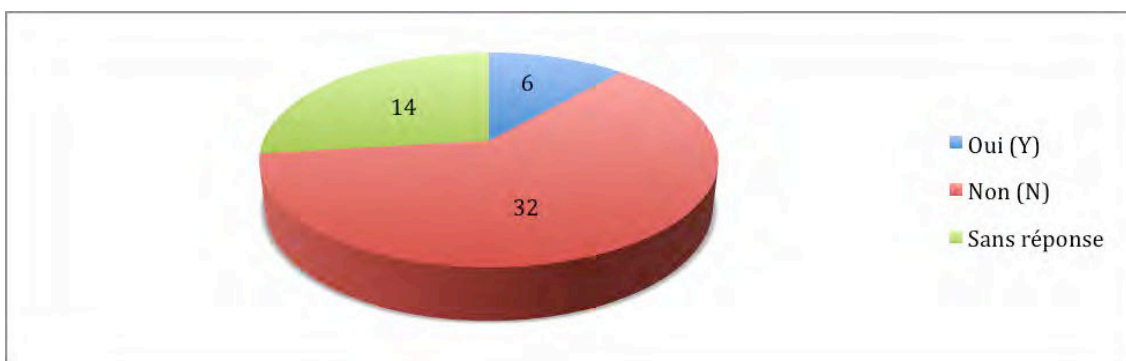
On remarque que ces actions sont menées en majorité par des infirmiers (22/41). Dans un centre hospitalier, les patientes bénéficiaient d'une consultation chez le gynécologue ou la sage-femme de PMI mais que celles-ci se sont déroulées entre 2002 et 2010. Dans un centre un comité de réduction des risques et d'éducation à la santé se charge de cette mission et pour un service, la sage-femme a été citée comme acteur. L'ensemble de ces éléments a été comptabilisé dans la catégorie « autre ».

#### b. Si non, pourquoi ?



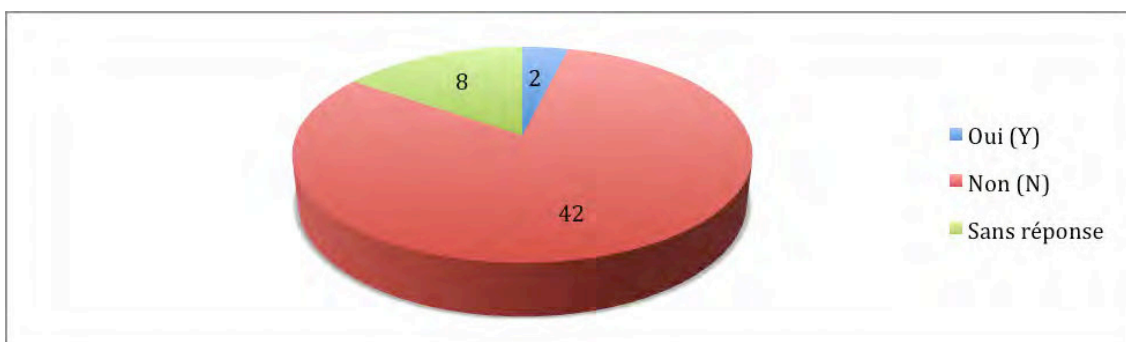
Les motifs pour lesquels les actions de prévention ne sont pas menées à bien trouvent leur origine dans le manque de formation adaptée (9/22) surtout mais également dans d'autres cas (6/22) comme : le fait que ce ne soit pas une priorité ou une habitude institutionnelle, que cela ne concerne que les personnes à risques, que les patientes concernées sont quelques fois dirigées vers les centres de planification et la spécificité de la structure psychiatrique. Un centre évoque la restriction budgétaire.

**Question 12 et 13 : Rencontrez vous des difficultés lors de ce genre de prise en charge ? (questions des patientes, problèmes gynécologiques,...) Si oui lesquelles ?**



On constate que 32 professionnels sur 52 n'éprouvent aucunes difficultés. 14 autres ne se prononcent pas, on peut s'interroger sur cette position. 6 rencontrent des difficultés : la prise en charge gynécologique et obstétricale n'est pas toujours adaptée et adaptable à la patiente (psychotique surtout), les ruptures thérapeutiques constatées lors de grossesses ou de désir de grossesse. Enfin, il n'existe pas de professionnels de recours (sage femme et/ou gynécologue).

**Question 14 : Lors d'un bilan d'admission, les patientes bénéficient-elles d'une consultation gynécologique ?**



Dans une grande majorité (42/52), le bilan d'admission ne comporte pas de consultation gynécologique alors que seulement 2/52 professionnels affirment que oui.

### **Question 15 : Si non, pourquoi ?**

Pour cette question, 29 professionnels sur 52 nous ont donné une réponse, soit plus de la moitié des interrogés. Les réponses obtenues sont les suivantes :

- 1 professionnel affirme que ce n'est pas forcément d'actualité ni un réflexe mais que pour certaines patientes ce serait bien.
- 1 ajoute que ce n'est pas la priorité en psychiatrie mais les patientes peuvent en bénéficier si cela s'avère nécessaire.
- 1 professionnel ne sait pas.
- 1 professionnel explique travailler dans un centre de consultation psychiatrique où l'on effectue pas de bilan d'admission.
- 15 des professionnels questionnés disent ne trouver aucun intérêt à un bilan gynécologique lors d'une admission en secteur de psychiatrie.
- 5 personnes expliquent qu'il n'y a pas de praticien sur place.
- Pour 1 professionnel de santé, un bilan gynécologique ne fait pas partie du bilan d'admission et bien souvent l'état clinique de la patiente ne permet pas de geste invasif.
- parmi les 15 professionnels ne trouvant pas d'intérêt à un tel bilan, 5 orientent les patientes vers les centres de planification et 2 vers une consultation gynécologique à l'extérieur, ou chez le médecin traitant.
- 2 professionnels expliquent que ces bilans sont effectués sur demande de la patiente.
- 2 font effectuer ces bilans seulement si un problème au niveau de la sphère gynécologique est décelé (douleurs, saignements,...)

## **2.3. Plus value d'une collaboration avec une sage-femme selon les professionnels de santé**

### **Question 16 : Qu'apporterait éventuellement une collaboration avec une Sage-Femme au sein de l'établissement ?**

De façon générale, 34 des professionnels interrogés sur 52 ont répondu à la question.

Parmi ceux-ci, 3 ne savent pas ce que cela pourrait apporter.

3 ne sont pas d'accord avec une éventuelle collaboration car, selon eux, cela n'apporterait rien ou ne serait pas approprié et 2 pensent que cela risquerait d'aggraver le délire de grossesse.

28 semblent favorables à un travail en commun avec une sage-femme :

- 13 des professionnels favorables à cette collaboration évoquent une amélioration de la prise en charge globale des patientes.
- 2 évoquent l'animation des groupes de parole autour des thèmes comme la sexualité ou la conjugalité.
- 10 professionnels pensent qu'une collaboration avec une sage-femme apporterait un plus surtout en matière d'éducation sexuelle, de prévention des IST, de contraception (prescription, utilisation), de grossesse et d'IVG.
- 3 pensent que la sage-femme, de par l'élargissement de ses compétences et sa formation, est plus qualifiée que les autres professionnels exerçant en secteur psychiatrique pour la prise en charge gynécologique et obstétricale de ces patientes.
- 1 professionnel évoque le fait que la sage-femme, de par ses actions de prévention et de contraception, pourrait éviter certains avortements qui se révèlent beaucoup plus traumatisants pour les patientes.
- 1 professionnel évoque le bénéfice du partage des connaissances avec une sage-femme et le manque d'informations à propos cette profession.
- pour un professionnel, si une sage femme travaille en psychiatrie celle-ci doit avoir été formée au préalable et s'intéresser réellement aux patientes souffrant de troubles psychiques.

## *Partie 3*

### TRAVAIL D'ANALYSE ET PROPOSITIONS D' ACTIONS

# **1. ANALYSE DES DONNEES**

L'enquête a apporté nombre de données. Le travail d'analyse va se découper en deux parties. Tout d'abord, la connaissance de la profession de sage femme par les professionnels de santé exerçant dans les EPSM, ensuite, l'état des lieux sur les pratiques s'effectuant actuellement dans les différents établissements audités. J'analyserai la prise en charge en gynécologie-obstétrique, la prévention et la maîtrise des risques, la plus value d'une collaboration entre la sage-femme et les professionnels de santé.

## **1.1. Connaissance de la profession de sage-femme par les professionnels de santé en secteur de psychiatrie (questions 1 à 2f)**

### **Question 1 : Quelle est votre profession ?**

Si on analyse le panel de professionnels ayant répondu à mon enquête, on peut constater que les principales professions exerçant auprès des patientes prises en charge en santé mentale sont représentées.

Parmi les 52 professionnels de santé interrogés lors de mon étude, 32 sont des infirmiers diplômés d'état et 11 sont des médecins. Dans les établissements audités, le centre hospitalier A dénombre 55 médecins pour 715 infirmiers et l'établissement B totalise 41 médecins pour 502 infirmiers. Si on rapproche ces chiffres à ceux obtenus lors de mon enquête, il est flagrant que la population des personnels médicaux est largement surreprésentée (une moyenne de 8% dans les établissements enquêtés contre un tiers pour mon audite.)

Lors de mon enquête, je dénombre également 3 cadres de santé et 1 cadre supérieure de santé. Ceux-ci, de par leur mission de coopération et de coordination entre les différents partenaires sanitaires, par leur engagement dans une dynamique de décloisonnement des approches, par leurs échanges plus fréquents avec les autres professionnels de santé (professionnels exerçant dans le cadre libéral, les acteurs de

santé des centres hospitaliers généraux...) semblent plus au fait des formations des différentes catégories socio-professionnelles dont celle de la sage-femme.

### **Question 2(a,b et c): Connaissez-vous la profession de sage-femme ?**

Sur le pannel de professionnels interrogés lors de mon travail d'enquête, seul 14 savent que la profession de sage-femme s'exerce après 5 années de formation alors que 36 sur les 52 interrogés pensent que 4 ans de formation conduisent à l'exercice de ce metier. Ce resultat confirme que la majorité des professionnels de santé audités ignore la durée nécessaire à la formation d'une sage-femme. Si l'on rapproche ce resultat de celui de la question une, à savoir que la majorité des réponses proviennent d'infirmiers diplômés d'état, il semble cohérent au regard des écarts en matière de cursus de formation.

En revanche, sur les 52 personnes interrogées, 44 d'entre elles savent que la sage-femme entre dans son école après la PACES qui est commune aux dentistes, médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens et sage-femmes. Les modalités d'entrée tout comme la trajectoire de formation des infirmiers diplômés d'état divergent de celle d'une sage-femme. L'universitarisation des études d'infirmiers, sans être associée à la Première Année Communes aux Etudes Scientifiques (PACES) peut être une des causes expliquant le manque de connaissance, de ces professionnels, du cursus de formation suivi par les sage-femmes. Les médecins forment eux, à l'instar des sage-femmes, le corps des professions médicales et partagent le même début de formation que ces dernières au sein de la PACES. Il parait donc logique de penser qu'ils aient une connaissance plus complète des compétences ou, en tout cas, de la formation de la sage-femme.

De plus, 29 sur 49 des professionnels confirment que la profession de sage-femme est une profession médicale.

Au regard de la conjugaison de ces resultats je peux dire que la grande majorité des professionnels interrogés connaissent le cursus à suivre pour devenir sage-femme ainsi que le fait que c'est une profession médicale même si 20 professionnels sur les 29 pensent qu'elle est paramédicale. S l'on rapproche les résultats obtenus avec le fait qu'une majorité de réponse proviennent de professionnels de la branche infirmière il me semble légitime de croire que ceux-ci sont majoritairement des infirmiers. Donc, si mon objectif est de faire progresser les connaissances en lien avec la profession de sage-

femme, il me paraît judicieux d'agir dans mes propositions d'action en direction du corps des infirmiers.

### **Question 2 (d, e, f) :**

En ce qui concerne les actes pouvant être réalisés par la sage-femme, les professionnels ont une connaissance assez complète en ce qui concerne le champ de l'obstétrique car : 28/52 savent qu'elle peut déclarer une grossesse, 38/52 qu'elle pratique les échographies obstétricales, 50/52 qu'elle anime des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, 57/52 qu'elle pratique les accouchements physiologiques en toute autonomie et enfin 29/52 qu'elle effectue l'épisiotomie sans un médecin.

En revanche, même si 47/52 d'entre eux savent qu'elle peut faire le suivi gynécologique de prévention, ils ont une connaissance réduite des actes gynécologiques qu'elle peut pratiquer comme la pose d'un dispositif transdermique à visée contraceptive (13/52), les échographies gynécologiques (20/52) ou le frottis cervico-vaginal (23/52).

Lorsqu'il s'agit du champs de prescription, les professionnels de santé restent axés sur l'obstétrique avec, par exemple, 30/52 qui ont confirmé que la sage-femme peut prescrire des antibiotiques dans le cadre d'une grossesse. Cependant, ils ignorent l'élargissement des prescription en gynécologie ou même en matière de vaccination. En effet, seuls 16/52 savent que la sage-femme peut prescrire une mammographie, 20/52 le vaccin préventif contre les lésions de col de l'utérus.

Enfin, je constate encore que le champs d'action des sages-femmes connu par les professionnels de santé reste obstétrical et non gynécologique car 39/52 des personnes interrogées savent que la sage-femme peut assurer le suivi médical en autonomie d'une femme enceinte, dans le cadre d'une grossesse physiologique et seulement 14/52 d'entre eux savent qu'elle peut effectuer la consultation médicale obligatoire et préalable à l'IVG.

**Synthèse :** mon étude corrobore partiellement mon hypothèse qui est d'affirmer que les professionnels de santé ont une connaissance superficielle de la profession de sage-femme et notamment de l'élargissement de ses compétences. En effet, si la majorité des professionnels montrent qu'ils ont une connaissance assez complète des qualifications de la sage-femme en matière de techniques obstétricales (accouchement,



échographie,...), leurs réponses confirment aussi qu'ils n'ont pas de notion approfondie des compétences de cette dernière en matière de gynécologie et surtout en ce qui concerne la prescription, la mise en place et le retrait des moyens de contraception. Pourtant, une écrasante majorité a confirmé savoir que la sage-femme pratique le suivi gynécologique de prévention.

## **1.2. Etat des lieux sur les actions mises en place dans les services**

### **1.2.1. Par rapport à la prise en charge gynécologique et obstétricale (questions 3 à 7 et 12, 13, 14, 15)**

**Question 3 : Y a-t-il des consultations spécialisées dans votre établissement ?**

Sur les 52 professionnels interrogés, aucun n'évoque la pratique de consultation gynécologique ou obstétricale au sein des établissements dans lesquels ils exercent. Par contre d'autres spécialités y sont pratiquées, sous forme de consultations occasionnelles, telles que l'odontologie, la cardiologie, l'ophtalmologie, la pédicure et la dermatologie.

**Question 4 et 5 : Avez-vous des groupes de parole au sein de votre service ? Abordez-vous les thèmes suivant : sexualité, IST, conjugalité/parentalité, grossesse, IVG .**

Parmi les réponses obtenues, 37 des professionnels audités déclarent que des groupes de parole sont organisés au sein de leur unité. Au regard de mon panel d'investigation il semble que cette pratique de prise en charge soit majoritairement et transversalement usitée. Dans les unités mettant en œuvre ces outils thérapeutiques, les professionnels interrogés relatent que plusieurs des thèmes proposés dans mon questionnaire y sont abordés : la sexualité pour 17 professionnels sur 46, les IST pour 10 professionnels, la conjugalité et la parentalité pour 9/46 professionnels, la grossesse pour 5/46 et enfin les IVG pour 5 professionnels sur 46. Au regard des réponses apportées, on constate que les échanges en lien avec la vie sexuelle des patientes, mais également la prévention des risques s'y rapportant ne sont pas des thèmes fréquemment

abordés. On peut se poser la question du pourquoi de ce manque de pratique en matière d'éducation à la santé ? Serait-elle à mettre en lien avec le contexte psychopathologique des patientes ou l'explication se trouve-t-elle plus du côté des professionnels de santé ?

**Question 6 et 7 : La contraception et la sexualité sont elles des problèmes abordés, une préoccupation dans la prise en charge globale des patientes en âge de procréer ? Si non pourquoi ?**

41 professionnels sur les 52 ayant répondu au questionnaire affirment que la contraception et la sexualité sont une préoccupation dans la prise en charge globale des patientes. Devant cette écrasante majorité, il apparaît surprenant de constater l'absence de consultations spécialisées en gynécologie obstétrique dans les établissements concernés.

Les professionnels ayant répondu estiment que ces problématiques relèvent plutôt du médecin traitant et/ou doivent faire l'objet d'un traitement lorsque l'état de la patiente l'exige. Cette état de fait doit nous interroger sur la distorsion qu'il existe entre la prise en compte de la sexualité et de la contraception des patientes et la réponse apportée en terme de prescription médicale de cette dernière. Peut être que le recours plus facile à un professionnel médical de la sphère gynéco-obstétricale permettrait d'initier et/ou de poursuivre un traitement en lien avec les besoins des patientes en la matière.

**Question 12 et 13 : rencontrez-vous des difficultés lors de ce genre de prise en charge ? Si oui, lesquelles ?**

Les professionnels interrogés (32/52) n'éprouvent aucune difficultés lors de la prise en charge des patientes, 6 évoquent tout de même le fait que la prise en charge gynécologique n'est pas toujours adaptée et adaptable à la patiente et surtout qu'il n'existe pas de professionnels de recours sur place.

Cela rejoint le résultat obtenue à la question 3 qui montre également qu'aucun professionnel en gynécologie et en obstétrique n'effectue de consultation spécialisée. On peut supposer que la sage-femme grâce à l'élargissement de ses compétences aurait sa place dans la prise en charge de ces patientes.

**Question 14 et 15 : lors d'un bilan d'admission, les patientes bénéficient-elles d'une consultation gynécologique ? Si non pourquoi ?**

42 des 52 personnes ayant répondues déclarent que les patientes ne bénéficient pas d'une consultation gynécologique lors de leur admission dans l'unité où ils exercent. Une majorité d'entre eux expliquent que cela n'a que très peu d'intérêt en secteur psychiatrique, de plus, l'état clinique de la patiente lors de l'admission ne le permet souvent pas. 5 sur les 29 professionnels ayant explicités la non mise en œuvre de la consultation gynécologique lors de l'admission ont répondues que dans l'établissement où ils s'exercent il n'y a pas de professionnel compétent sur place afin de répondre à cette consultation de spécialiste. Cet état de fait appuie les conclusions tirées des questions 3, 12 et 13.

**Synthèse :** Globalement ce qui apparaît lors de mon étude c'est que dans les établissements publics de santé mentale, aucun professionnel compétent dans la prise en charge gynécologique et obstétricale des patientes n'est présent sur place ce qui freine certainement les demandes de consultation en ce sens pour les patientes. L'externalisation de ces consultations, comme d'ailleurs certaines autres spécialités autrefois présentes dans ces établissements (cardiologue, dermatologue, ophtalmologue...), nécessite aujourd'hui une démarche spécifique vers des services de consultation extérieurs générant une réponse différée et nécessitant un déplacement hors de l'établissement. Cette démarche n'est pas toujours compatible avec l'état clinique de certaines patientes souffrant de pathologie chronique et/ou très productive sur le plan symptomatologie psychiatrique.

Cette analyse me permet de confirmer mon hypothèse selon laquelle la prise en charge gynécologique et obstétricale de ces patientes ne constitue pas une priorité dans le cadre des soins spécialisés et cela est bien mis en évidence par l'absence de la prise en compte des problématiques gynéco-obstétricales lors du bilan d'admission en soin. Il s'entend que le bilan d'admission peut faire référence à une consultation de spécialiste ou d'établir une anamnèse complète dans ce domaine.

Il n'y a pas de professionnel de recours présent dans l'établissement en sachant que ce dernier doit pouvoir répondre à tous les besoins tant des patients que des psychiatres prescripteur à savoir : réaliser un examen gynécologique, poser un

diagnostique, prescrire les examens complémentaires en lien avec la pathologie suspectée, prescrire la contraception,...

La sage-femme grâce à l'élargissement de ses compétences pourrait assurer ces missions et donc être ce professionnel de recours. Cette affirmation corrobore ma troisième hypothèse. De plus, elle pourrait participer aux groupes de parole sur les thèmes évoqués dans le questionnaire à savoir : sexualité, IST, conjugalité/parentalité, grossesse, IVG.

### **1.2.2. Prévention et maîtrise des risques (questions 8 à 10)**

**Question 8 et 9 : Proposez-vous des moyens de contraception à vos patientes ? Si oui qui leur prescrit ?**

36 des personnes auditées sur 52 déclarent qu'il est proposé des moyens de contraception aux patientes traitées de leur service. La majorité d'entre eux déclarent que ce sont les médecins traitant ou les gynécologues qui la prescrivent. Une minorité affirment que ce sont les psychiatres. On peut constater dans les pratiques mises en œuvre aujourd'hui au sein des institutions auditées qu'il n'est pas fait mention de recours aux compétences d'une sage-femme dans le processus d'initialisation de la prescription de contraceptif. Si tel n'est pas le cas on peut également penser qu'il n'est pas fait appel aux compétences de cette dernière pour tous autres actes en lien avec la prise en charge gynéco-obstétricale des patientes prises en soin dans ces établissements.

**Question 10 : Rencontrez-vous des patientes ayant des relations multipartenariales ?**

Une grande majorité des professionnels interrogés (39/52), rencontrent des patientes ayant des relations multipartenariales. Le nombre de réponses apporté signe que ces pratiques sexuelles sont relativement répandues au sein de la patientielle prise en charge au sein des unités interrogées. Au regard des risques encourus par ces patientes des actions de prévention ou d'éducation à la santé sont ou doivent être initiées en direction de ces dernières. Aussi l'investigation des pratiques en la matière me semble intéressante afin d'interroger et d'explorer les possibilités de contribution

d'une sage-femme à cette dynamique tant en direction des patientes que des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire.

**Question 11 a et b : Les patientes bénéficient-elles d'actions de prévention des IST et d'éducation sexuelle ? Si oui par qui ? Si non pourquoi ?**

En réponse à ces questions, 28 des 52 professionnels expliquent qu'aucune action de prévention des IST n'a lieu dans leur unité et 32 sur 52 déclarent ne pas proposer d'action d'éducation sexuelle et ce malgré le nombre important de patientes ayant des relations multipartenariales. Ce taux de réponse m'interroge puisque précédemment, ces mêmes professionnels affirment que la sexualité et la contraception sont une préoccupation dans la prise en charge des patientes. Il me semble être devant une contradiction entre les intentions et la mise en œuvre de ces dernières pour plus de la moitié des professionnels des équipes au sein des unités de soins. Si l'on rapproche cet état de fait à la transversalité du panel interrogé on peut se rendre compte que ce phénomène n'est pas lié aux pratiques d'une équipe mais semble commun aux deux établissements audités.

Quand les actions de prévention et d'éducation sont mises en œuvre, elles sont menées par des infirmiers. Lorsque celles-ci ne sont pas conduites, les raisons évoquées par les professionnels interrogés sont principalement le manque de formation adaptée, le manque d'intérêt ou encore le fait que ce ne soit pas adapté au regard de la pathologie.

**Synthèse :** Mon étude démontre bien que même si la sexualité des patientes est une priorité selon les professionnels interrogés, elle n'est pas correctement prise en charge. En effet, la contraception est certes prise en compte mais malgré un nombre très important de patientes présentant des relations multipartenariales (ce qui constitue des conduites à risque pour la patiente et ses partenaires) très peu de professionnels proposent des actions de prévention des IST et d'éducation sexuelle. La raison principale est le manque de formation adaptée ce qui confirme encore mes hypothèses selon lesquelles la prise en charge gynécologique et obstétricale de ses patientes ne constitue pas une priorité et la dimension globale de leur sexualité (contraception,...) ne bénéficie pas d'une attention renforcée.

De plus, je constate que les professionnels de santé ne maîtrisent pas l'étendue du champ de prescription de la sage-femme puisqu'il ressort, à plusieurs niveaux de mon étude, qu'elle n'est pas évoquée quant à la prise en charge de la contraception.

Enfin, je peux également ajouter que les professionnels interrogés mettent en avant le fait qu'ils ne bénéficient pas de formation adaptée pour répondre aux besoins de ces femmes en matière de prévention et d'éducation sexuelle. Ma troisième hypothèse est de ce fait à nouveau confirmée car la sage-femme grâce à l'étendue de ses compétences peut assurer le suivi gynécologique et obstétrical de ces patientes. Elle pourrait également participer à la formation continue des professionnels de ces établissements afin qu'ils puissent développer leurs aptitudes à répondre aux besoins de ces patientes en matière de prévention des IST et d'éducation sexuelle.

### **1.2.3. Plus value d'une collaboration entre la sage-femme et les professionnels de santé en secteur psychiatrique (question 16)**

#### **Question 16 : Qu'apporterait éventuellement une collaboration avec une sage-femme au sein de l'établissement ?**

34 professionnels de santé sur 52 ont répondu à cette question. Parmi ces derniers, 3 pensent qu'une collaboration avec une sage-femme n'apporterait rien ou ne serait pas appropriée voire que cela pourrait aggraver le délire de grossesse de certaines patientes. Tandis que 28 sur 52 sont favorables à une collaboration et les 2 principales raisons qu'ils évoquent sont : une amélioration de la prise en charge globale des patientes (suivi gynécologique régulier) et que la sage-femme apporte un plus en matière de prévention des IST, de contraception (prescription, utilisation), de grossesse et d'IVG (informations, prévention, éviter le traumatisme d'un avortement à ces patientes déjà fragiles psychologiquement). L'un des professionnels insiste sur le fait que la sage-femme qui pourrait participer à la prise en charge des patientes doit bénéficier d'une formation spécifique aux pathologies psychiatriques et s'intéresser réellement à ce secteur d'activité.

**Synthèse :** les professionnels interrogés, pour la plus part, sont donc favorable à une collaboration pluridisciplinaire et notamment à la mise en place d'une sage-femme en



## **2. PROPOSITION D' ACTIONS**

Le travail d'analyse a montré que les hypothèses formulées précédemment ont été validées. En effet, les professionnels de santé exerçant en EPSM en Moselle ont une connaissance peu étendue de la profession de sage-femme, ils ne portent pas un intérêt suffisant à la prise en charge de la sexualité des patientes en globalité, et notamment en matière de prévention et de contraception. Il serait donc intéressant de proposer plusieurs actions comme une diffusion des informations à propos de la profession de sage-femme auprès des professionnels de santé, la création d'un questionnaire type adressé aux patientes lors du bilan d'admission en unité de soin psychiatrique et une collaboration entre professionnels de santé exerçant en EPSM et une sage-femme pour les patientes présentant un désir de grossesse ou une grossesse avérée.

### **2.1. Informations auprès des professionnels de santé concernant l'étendue des compétences de la sage-femme**

Mon étude a bien mis en avant le fait que les professionnels de santé exerçant dans les EPSM ont une connaissance suffisante du champs d'action de la sage-femme dans le domaine de l'obstétrique. Cependant, il apparaît clairement que leurs connaissances des compétences de la sage-femme en gynécologie n'est pas suffisamment développées. En effet, même si nombre d'entre eux savent que la sage-femme est habilitée à effectuer un suivi gynécologique de prévention, ils ne savent pas exactement en quoi consiste ce suivi ou, en tout cas, jusqu'à quel point s'étend le champs de prescription ou d'action. De ce fait, ils ne peuvent qu'ignorer ce que pourrait apporter une sage-femme en EPSM en matière de contraception, de suivi gynécologique, d'actions de prévention ou d'éducation sexuelle.

De ce fait, il serait intéressant de s'interroger et de comprendre à quel moment il serait judicieux d'intervenir et d'apporter des connaissances à ces professionnels de santé.



Je propose pour ce faire d'intervenir dès la formation des étudiants infirmiers. Il serait judicieux, par exemple, de faire dispenser les cours magistraux concernant la gynécologie ou l'obstétrique par des sages-femmes. Celles-ci pourraient ainsi proposer des exposés sur les différents moyens de contraceptions existants, leur prescription, leur utilisation, leur mise en place, leur retrait afin que les futurs professionnels bénéficient d'une formation adaptée. Ainsi, ils pourraient effectuer eux-même les actions de prévention des IST et d'éducation sexuelle qu'ils n'effectuent pas de façon systématiques dans les EPSM comme constaté lors de l'enquête. De plus, même s'ils ne peuvent pas prescrire les moyens de contraception, ils pourront plus facilement orienter les patientes vers une sage-femme.

La sage-femme intervenante pourrait faire un rappel sur l'étendue de ses compétences grâce à la législation et promouvoir le fait qu'elle peut assurer un suivi gynécologique et obstétrical en totalité et en toute autonomie tant qu'il reste physiologique.

Pour les professionnels de santé exerçant dans le domaine psychiatrique (libéral ou hospitalier), il serait intéressant d'organiser des colloques sur le thème du suivi gynécologique des patientes hospitalisées en santé mentale. Cette action pourrait permettre à la fois d'engager une réflexion sur la nécessité de mettre en œuvre des actions de prévention en direction des patientes hospitalisées et d'échanger sur l'efficacité des différents modes d'organisation mis en œuvre au sein des établissements participants. Par la même occasion, les sages-femmes pourraient proposer leur collaboration dans ces établissements en mettant en avant leurs compétences et leur disponibilité.

Les professionnels de santé, dans le cadre du développement de la qualité des prestations de soin offerts aux patients, s'engagent aujourd'hui dans des processus d'évaluation de leurs pratiques professionnelles (EPP). Cette démarche consiste à rapprocher l'exercice professionnel mis en œuvre avec les recommandations de bonne pratique validées par les sociétés savantes et/ou les conférences de consensus, les recommandations pour la pratique clinique (RCP),...afin d'en mesurer les écarts et mettre en place des plans d'action et ainsi de faire évoluer les pratiques professionnelles. En m'appuyant sur les résultats de mon étude, les équipes soignantes en secteur de psychiatrie devraient s'engager dans cette dynamique sur le thème de la prise en charge gynéco-obstétricale des patientes prises en soin. La participation des

sages-femmes à ce processus apporterait tant une garantie d'investigation approfondie du sujet que la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles ceci par son statut d'expert dans le domaine.

## **2.2. Mise en place d'un questionnaire type lors de l'admission**

Ce qui ressort également de mon étude c'est l'absence ou le recours exceptionnel à un bilan gynécologique lors de l'admission de ces femmes en établissement public de santé mentale. De ce fait, il m'apparaît judicieux de proposer, faute de professionnel spécialisé en la matière sur place, un questionnaire type « recueil de données » à l'attention des patientes afin de connaître leurs facteurs de risques ou leurs antécédents gynécologiques et obstétricaux.

Ce questionnaire demanderait des informations relatives à la situation personnelle de la patiente (en couple ou non, conduites sexuelles à risque). Elle serait également interrogée sur ses antécédents gynécologiques ou obstétricaux : date des dernières règles ? utilisation d'un moyen de contraception ? si oui lequel ? a-t-elle des enfants ? a-t-elle déjà fait des fausses couches ou des IVG ? présente-t-elle des pathologies gynécologiques à répétition comme des mycoses vaginales ou des infections urinaires ?

Si cette patiente présente des facteurs de risque, on pourrait alors lui proposer un bilan sanguin comprenant les sérologies des principales IST (VIH, Syphilis, Hépatites,...) ou un test de grossesse sanguin.

Les professionnels seraient ainsi mieux informés des éventuelles pathologies gynécologiques que pourraient présenter ces femmes, les préparer à une éventuelle grossesse et leur apporter un suivi plus complet au cours de leur hospitalisation.

## **2.3. Collaboration pluridisciplinaire en cas de grossesse ou de désir de grossesse**

En cas de grossesse chez les patientes hospitalisée, une sage-femme de recours au sein de l'établissement, en assurant des permanences hebdomadaires par exemple,

pourrait assurer un suivi global de la grossesse physiologique. Elle assurerait le suivi somatique de la grossesse en effectuant les consultations mensuelles, les 3 échographies recommandées, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, l'entretien prénatal précoce individuel avec la patiente et/ou le couple, le suivi biologique...L'ensemble de l'action de la sage-femme se ferait en collaboration avec les professionnels de santé du secteur psychiatrique afin de faire ajuster le traitement et la prise en charge de la patiente en s'assurant du bien-être fœtal et maternel afin que la grossesse se déroule dans les meilleures circonstances possibles. De plus, la sage-femme pourrait orienter la patiente vers une maternité de niveau adapté et assurer des transmissions en amont à ses collègues de salle de naissance et de maternité. Celles-ci seraient aussi mieux préparées à accueillir ces femmes tant sur le plan physique que psychologique. L'équipe serait ainsi plus attentive à la mise en place du lien mère-enfant ou à une éventuelle décompensation psychiatrique qui nécessiterait une prise en charge en urgence.

En cas de désir de grossesse, une sage-femme pourrait, en collaboration avec les professionnels de santé en secteur psychiatrique, évaluer l'impact d'une telle grossesse sur le psychisme de la patiente et voir si celle-ci est envisageable ou non, selon son traitement et sa santé mentale actuels.

Il serait également important, selon la remarque d'un des professionnels interrogé lors de l'étude, que la sage-femme exerçant dans l'établissement psychiatrique ait, au préalable, effectué une formation en psychiatrie et/ou possède un diplôme universitaire en psychologie. Ainsi, la sage-femme pourrait s'engager au côté des professionnels de santé exerçant en EPSM dans les actions de formation continues proposées régulièrement au sein des établissements dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). De même, elle pourrait participer aux réunions de synthèse organisées pour coordonner et adapter la prise en charge des patientes dont elle assure le suivi. De ce fait, elle se retrouverait associée à la réflexion autour du projet de soin établi et pourrait mieux comprendre les mécanismes et l'évolution de la pathologie présentée par la patiente.

## *Conclusion*

Lorsque j'ai décidé de travailler sur ce sujet spécifique, j'ai voulu montrer que toutes les femmes, même celles présentant des troubles psychiatriques, ont droit à un suivi et une prise en charge gynécologique et obstétricale de qualité. J'ai également voulu démontrer que par leurs nouvelles compétences et l'élargissement de leurs champs de prescription notamment au niveau de la contraception, les sages-femmes peuvent être vecteur d'équité entre les patientes et ce qu'elles présentent une pathologie psychiatrique ou non.

Mon étude s'est appuyée sur un questionnaire prospectif adressé aux professionnels de santé travaillant dans les établissements public de santé mentale en Moselle, afin de savoir ce que pourrait leur apporter une collaboration avec une sage-femme et si cette dernière peut prétendre occuper une place au sein de ces centres hospitaliers.

Or, lorsque les patientes sont hospitalisées dans ces établissements, mon enquête montre que la prise en charge globale ne semble pas s'attarder sur le versant gynécologique et obstétrical. Certes, les patientes bénéficient de groupes de parole où sont abordés les thèmes comme la sexualité, la parentalité, les IST,...mais les professionnels interrogés expliquent ne pas être suffisamment formés pour répondre aux besoins en matière de contraception, d'action de prévention et d'éducation sexuelle chez des patientes qui, pourtant, présentent une activité sexuelle et même pour certaines des relations multipartenariales. De plus, très souvent, les personnes interrogées déplorent le manque de professionnels compétent en gynécologie et en obstétrique au sein de l'unité ou de l'établissement dans lequel ils exercent.

Nombre des professionnels de santé exerçant dans les établissements concernés par l'étude semblent favorables à une éventuelle collaboration avec une sage-femme ce qui montre bien que celle-ci de par l'élargissement de ses nouvelles compétences aurait tout à fait sa place dans les EPSM afin d'assurer le suivi gynécologique et/ou obstétrical régulier des patientes. Elle pourrait participer et animer en collaboration des groupes de parole, effectuer des actions de prévention ou d'éducation sexuelle. Mais pas seulement, elle pourrait aussi apporter des informations aux professionnels de santé exerçant dans ces centres afin qu'il puissent eux aussi effectuer ces différentes actions auprès des

patientes. L'objectif étant une collaboration pluridisciplinaire de qualité en vue d'une prise en charge globale plus efficace et plus complète.

Si mon enquête semble démontrer l'utilité d'un tel professionnel de recours dans les établissements hospitaliers audités, le financement de ces vacations semble dans le contexte budgétaire hospitalier actuel devoir être pris en compte. A l'heure des rationalisations, des restrictions mais aussi des coopérations et des développements de réseaux, l'engagement dans la mise en œuvre d'un professionnel qualifié en gynéco-obstétrique en établissement de santé mentale signerait un choix politique résolument tourné vers la qualité de la prise en charge.

Si une prise en charge de qualité présente un coût, elle n'a cependant pas de prix.

# BIBLIOGRAPHIE

(1) [2] UNAPEI :

<http://www.unapei.org>

consulté de septembre à octobre 2012

[3] L. MORASZ, A. PERRIN-NIQUET, J.-P. VEROT, C. BARBOT,  
L'infirmier(e) en psychiatrie. Paris : MASSON, 2004, 297p.

[4] UNAFAM :

<http://www.unafam.org>

consulté le 4 mai 2012

BOUCHERAT-HUE V, PERETTI P, COURTY B. La notion de handicap psychique : un levier politicosocial « a la française » !... L'Information psychiatrique 2011 ; 87 ; 668-76 doi : 10. 1684 / ipe.2011.0844

[5] FONDATION FONDAMENTAL :

[http://www.fondation-fondamental.org/upload/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_final\\_29012010.pdf](http://www.fondation-fondamental.org/upload/pdf/dossier_de_presse_final_29012010.pdf)

consulté le 22 février 2013

[6] HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE

<http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.htm>

consulté de janvier à février 2013

[7] IRDES :

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf>

consulté de décembre 2012 à janvier 2013

[8] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie

Paris, édition novembre 2012, 144 p.

[9] Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes (CASSF),

Ordre des sages-femmes : conseil national

Référentiel métier et compétences des sages-femmes

Paris, janvier 2010, 34 p.

Articles consultés :

Texte législatif : IVG et contraception des malades mentaux

n° 19503, revue : Information psychiatrique, 09/2003, pp 639-644

Article : Situations cliniques des patientes psychotiques et enceintes

n° 26477

CHOUDEY M ; BARDOU H ; BENATHZMANE N

Revue: NERVURE; JOURNAL DE PSYCHIATRIE, 05/2006, n°4 suppl,  
pp30-38

Article : Psychiatrie et grossesse

n° 41488

APTER G

Revue : REVUE DU PRATICIEN, MEDECINE GENERALE, 01/01/12,  
n°873, p. 30-32

Texte législatif : IVG et contraception des malades mentaux

n° : 19503

Revue : INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 09/2003, pp 639-644

Article : La sexualité en institution psychiatrique, les avantages et les  
limites d'une politique

n° 7161

DUPRAS A

Revue : INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 09/1998, n°7, pp 693-698

Article : Amour et sexualité en psychiatrie

n° 21732

COLLECTIF

Revue : SOINS PSYCHIATRIE, 08/2004, n°233, pp 15-38

Article : La question de la sexualité en psychiatrie

n° 36241

NAVARRO N

Revue : SOINS PSYCHIATRIE, 03-04/2010, n°267, p.22-24

Article : Maternité et troubles psychiques

n° 32700

COLLECTIF

Revue : SOINS PSYCHIATRIE, 11-12/2008, n°259, p.17-37

Article : Schizophrénie et maternité

n° 39281

COLLECTIF

Revue : SANTE MENTALE, 02/2011, n°155, p. 19-94

*Ouvrages consultés :*

GUELFY J-D, BOYER P, CONSOLI S, OLIVIER-MARTIN R, Psychiatrie.

Vendôme : Presse universitaires de France, avril 1993, 889p.

LIM-SABBAH L, Psychiatrie, Mémostage infirmier (pathologie, conduite à tenir, médicaments, compétences). Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, septembre 2010, 142 p.



Mini DSM IV, critères diagnostiques (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM IV). Paris : MASSON, 1996, 361p.

TRIBOLET S, PARADAS C, Guide Pratique de Psychiatrie, THOIRY : éditions Heures de France, 1994, 364p.

*Mémoire :*

GRANDPIERRE M, La maternité, quelle folie ! Etude de l'interface obstétrique-psychiatrie dans la prise en charge des psychoses puerpérales, école de sage-femme de Metz, promotion 2001-2005, 63p.

# ANNEXE 1

## QUESTIONNAIRE

Je suis actuellement étudiante à l'école de sage femme de Metz en 4<sup>ème</sup> et dernière année de formation. Dans le cadre de mon travail de recherche de fin d'étude, j'ai élaboré ce questionnaire à l'attention des professionnels de santé des Etablissements Publics de Santé Mentale de Moselle.

Je vous remercie de m'aider à réaliser mon projet en répondant à ce questionnaire.

Vous exercez au sein du :

Centre Hospitalier Spécialisé de Jury les Metz  
Centre Hospitalier Spécialisé de Lorquin  
Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines

Service : .....  
.....

### **1. Quelle est votre profession ?:**

Médecin  
Infirmier(e)  
Assistant(e) social(e)  
Psychologue  
Autre :

Précisez

.....

### **2. Connaissez vous la profession de Sage femme ?**

#### **g. Les études de sage-femme comportent :**

3 ans de formation  
4 ans de formation  
5 ans de formation

#### **h. L'admission en école de sage-femme se fait**

Après l'obtention du concours d'entrée spécifique à chaque école de sage-femme

Après le PACES année commune à la 1ère année de médecine, dentaire, sage-femme, kinésithérapeute, ergothérapeute, pharmacie

Après l'obtention du diplôme d'infirmière

#### **i. La profession de sage-femme est :**

médicale  
paramédicale

#### **j. Selon vous, une sage-femme a le droit de :**

	oui	non	Ne sait pas
déclarer une grossesse			
pratiquer le suivi gynécologique de prévention			
poser un dispositif transdermique à visée contraceptive (implant, Nexplanon)			
pratiquer les échographies obstétricales			
pratiquer les échographies gynécologiques			
animer des séances de préparation à la naissance et à la parentalité			
pratiquer un accouchement physiologique en toute autonomie			
pratiquer l'épisiotomie sans un médecin			
pratiquer seule la réfection de déchirure périnéale et/ou vaginale			
poser un stérilet			
effectuer un frottis cervico-vaginal			
pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne			
pratiquer l'IVG médicamenteux (Interruption volontaire de grossesse)			

**k. Selon vous, une sage-femme peut prescrire :**

	oui	non	Ne sait pas
Une contraception d'urgence (Norlevo, Ellaone)			
Une mammographie			
Le vaccin de la coqueluche dans le post partum			
Le vaccin préventif contre les lésions de col de l'utérus (HPV).			
Prescrire des antibiotiques pour traiter une infection urinaire dans le cadre du suivi de grossesse			

**l. Champs d'action : une sage-femme peut :**

	oui	non	Ne sait pas
Travailler en PMI (Protection Maternelle et Infantile)			
Travailler en PMA (Procréation Médicalement Assistée)			
Assurer le suivi médical en autonomie, d'une femme enceinte, dans le cadre d'une grossesse physiologique			
Effectuer la consultation médicale obligatoire et préalable à			

l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse)			
Travailler dans un centre de planification			

**3. Y a-t-il des consultations spécialisées dans votre établissement ?**

Dermatologie

Gynécologie obstétrique

Cardiologie

Dentaire

Autre :

Précisez

.....

**4. Avez-vous des groupes de parole au sein de votre service ?**

oui

non

**5. Si oui, abordez-vous les thèmes suivants :**

Sexualité

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Conjugalité/ parentalité

Grossesse

Interruption Volontaire de Grossesse

**6. La contraception et la sexualité sont elles des problèmes abordés, une préoccupation dans la prise en charge globale des patientes en âge de procréer ?**

oui

non

**7. Si non, pourquoi ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**8. Proposez-vous des moyens de contraception à vos patientes :**

oui

non

**9. Si oui, qui leur prescrit cette contraception ?**

Médecin traitant

Gynécologue

Sage Femme

Psychiatre

**10. Rencontrez-vous des patientes ayant des relations multi partenariales ?**

oui

non

**11. Les patientes bénéficient-elles :**

	oui	non
d'actions de prévention des IST		
d'éducation sexuelle		

**a. Si oui par qui ?**

Médecin

Infirmier(e)

Psychologue

Autre :

Précisez .....

**b. Si non, pourquoi ?**

pas de formation adaptée

pas d'intérêt

pas de temps

pas adapté au regard de la pathologie

autre :

Précisez : .....

**12. Rencontrez vous des difficultés lors de ce genre de prise en charge ?  
(questions des patientes, problèmes gynécologiques,...)**

oui

non

**13. Si oui lesquelles ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**14. Lors d'un bilan d'admission, les patientes bénéficient-elles d'une  
consultation gynécologique ?**

oui

non

**15. Si non, pourquoi ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**16. Qu'apporterait éventuellement une collaboration avec une Sage Femme  
au sein de l'établissement ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Merci de votre participation**

## ANNEXE 2

### Partie 1 : RENSEIGNEMENTS GENERAUX

*Cochez la ou les réponse(s).*

**Vous exercez la profession de :**

gynécologue

médecin généraliste

pharmacien

dentiste

kinésithérapeute

**Vous êtes :**

Une femme

Un homme

**Vous êtes diplômé(e) de la faculté de .....**

**Vous exercez depuis.....ans**

**Vous exercez en milieu :**

Urbain

Rural

Variable (poste non fixe)

**Vous exercez dans :**

Un cabinet individuel

Une maison médicale en collaboration avec d'autres professionnelles

⇒ Si oui, y'a-t-il une (ou plusieurs) sage(s)-femme(s)

Oui

Non

Un cabinet de groupe avec d'autres confrères de la même profession

**Vous rencontrez ou avez déjà rencontré une ou plusieurs sage(s)-femme(s) :**

Non

Oui

⇒ Si oui, dans le contexte :

De vos études (stages, formation, cours)

De votre vie personnelle

d'une collaboration

autres : .....

.....

.....

<p><b>PARTIE 2 : CONNAISSANCE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME</b></p>
--

**Les études de sage-femme comportent :**

3 ans de formation

4 ans de formation

5 ans de formation

**L'admission en école de sage-femme se fait**

Après l'obtention du concours d'entrée spécifique à chaque école de sage-femme

Après le PACES année commune à la 1ère année de médecine, dentaire, sage femme, kinésithérapeute, ergothérapeute, pharmacie

Après l'obtention du diplôme d'infirmière

**La profession de sage-femme est :**

médicale

paramédicale

**Selon vous, une sage-femme a le droit de :**

	oui	non	Ne sait pas
declarer une grossesse			
pratiquer le suivi gynécologique de prévention			
poser un dispositif transdermique à visée contraceptive (implant,Nexplanon)			
Pratiquer les échographies obstétricales			
pratiquer les échographies gynécologiques			
animer des séances de préparation à la naissance et à la parentalité			
Pratiquer un accouchement physiologique en toute autonomie			



Pratiquer l'épisiotomie sans un médecin			
Pratiquer seule la réfection de déchirure périnéale et/ou vaginale			
poser un stérilet			
effectuer un frottis cervical			
pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne			
utiliser la ventouse en vue d'une extraction instrumentale de l'enfant			
pratiquer l'IVG médicamenteux (Interruption volontaire de grossesse)			

**Selon vous, une sage-femme peut prescrire :**

	oui	non	Ne sait pas
Une contraception d'urgence (Norlevo, Ellaone)			
Un arrêt de travail supérieur à 2 semaines pendant la grossesse			
Une mammographie			
Le vaccin de la coqueluche dans le post partum			

# RESUME

En France, 1 personne sur 5 est atteinte de pathologie mentale. Parmi celles-ci, on retrouve des femmes. Ces femmes ont une vie et notamment une vie sexuelle. En effet, elles peuvent ou non vivre en couple, avoir un seul partenaire ou même plusieurs. Elles peuvent éprouver un désir de grossesse, être enceinte ou avoir déjà des enfants. Mais s'intéresse t-on à celles qui sont hospitalisées dans des établissements spécialisés ? Leur propose t-on un suivi gynécologique et obstétrical régulier ? Bénéficient elles d'actions de prévention ou d'éducation sexuelle ?

Qu'en est il des sages-femmes ? Leurs compétences évoluent et leur champ de prescription s'étend. Elles peuvent effectuer des suivis gynécologiques de prévention ainsi que le suivi complet d'une grossesse physiologique.

La sage-femme, de par l'évolution constante de ses qualifications pourrait, en collaboration avec les professionnels de santé en secteur psychiatrique, proposer et assurer un suivi gynéco-obstétrical régulier et complet aux patientes hospitalisées en établissement spécialisé. De ce fait, peut elle prétendre occuper une place, même occasionnelle, en EPSM ?