

HETS

HAUTE ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL
GENÈVE

CENTRE DE FORMATION CONTINUE (CEFOC)

DAS EN SANTÉ SEXUELLE : INTERVENTION PAR L'ÉDUCATION ET LE CONSEIL
2017-2019

CONSULTATION EN SANTÉ SEXUELLE DURANT LE
POST-PARTUM IMMÉDIAT EN MILIEU HOSPITALIER :
QUELS ENJEUX POUR LA PRATIQUE ?

TRAVAIL DE DIPLÔME

SEPTEMBRE 2019

Fanny Manzanares
Rue de Neuchâtel 19, 1400 Yverdon-les-Bains
fanny.manzanares@gmail.com

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|------|
| 1. INTRODUCTION | P.4 |
| 2. MÉTHODOLOGIE | P.5 |
| 3. CADRE THÉORIQUE | P.6 |
| 3.1 PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS AU POST-PARTUM ET FACTEURS DE CAUSALITÉS | P.7 |
| 3.1.1 CAS PARTICULIER : POPULATION MIGRANTE | P.9 |
| 3.2 BUTS POURSUIVIS DE LA CONSULTATION EN SANTÉ SEXUELLE EN POST-PARTUM | P.10 |
| 3.3 OBSTACLES À LA PRESTATION : INDISPONIBILITÉ DE LA FEMME ET MIGRATION | P.11 |
| 4. VÉCU ET ENJEUX AUTOUR DE LA PRATIQUE | P.13 |
| 4.1 EXPÉRIENCES ET ÉVALUATIONS TERRAIN DU MANDAT | P.14 |
| 4.2 EXPÉRIENCES AVEC LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION | P.17 |
| 4.3 EXPÉRIENCES DE LA COLLABORATION AVEC L'HÔPITAL | P.19 |
| 4.4 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE | P.20 |
| 5. CONCLUSION | P.22 |
| 5.1 PERSPECTIVES RÉFLEXIVES ET OPÉRATIONNELLES | P.24 |
| 5.2 ÉVOLUTION DU REGARD ET POSITIONNEMENT ÉTHIQUE PERSONNEL | P.27 |
| BIBLIOGRAPHIE | P.30 |

ANNEXES

| | |
|--|-----|
| ANNEXE N°1 : QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX CONSEILLER·ÈRE·S EN SANTÉ SEXUELLE | I |
| ANNEXE N°2 : ÉCHANGES E-MAIL AVEC LE CENTRE FRIBOURGEOIS DE SANTÉ SEXUELLE | III |
| ANNEXE N°3 : RÉPONSE DE LA RESPONSABLE DE L'UNITÉ DE SANTÉ SEXUELLE DE L'HUG | IV |
| ANNEXE N°4 : RÉCAPITULATIF DES RÉPONSES OBTENUES ET LEURS CONTEXTES | VI |
| ANNEXE N°5 : ANALYSE DES RECITS DES CONSEILLER·ÈRE·S | VII |
| ANNEXE N°6 : RÉCITS DES CONSEILLER·ÈRE·S EN SANTÉ SEXUELLE | XIV |
| ANNEXE N°7 : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX RESPONSABLES DES CENTRES DE SANTÉ SEXUELLE | XL |
| ANNEXE N°8 : RÉCITS DES RESPONSABLES DES CENTRES DE SANTÉ SEXUELLE | XLI |

ABRÉVIATIONS

CEESAN : Conseil, Evaluation et Expertise en Santé Publique

CFSS : Le Centre fribourgeois de santé sexuelle

CHUV : Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

CPF : Conseillère en Planning Familial

CSSR : Centre de Santé Sexuelle et Reproductive

CS : Conseiller·ère en Santé sexuelle et reproductive

DAS : Diploma of Advanced Studies

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

MFG : Mutilation Génitale Féminine

MIU : Mort in utero

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PROFA : Pro Familia

RS : Relation Sexuelle

SIPE : Sexualité, Information, Prévention, Education

1. INTRODUCTION

Le désir de m'intéresser aux **consultations post-partum en milieu hospitalier** a émergé durant la formation pour le DAS, en particulier lors de ma pratique de stage en conseil. Dans ce cadre, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs déterminants pouvant **faciliter ou parasiter** cette prestation. D'un côté, nous devons jongler avec **les configurations personnelles de la femme. L'état somatique et psychique** de la consultante a, en effet, une forte influence sur la possibilité d'échanger sur les sujets que nous abordons. Or, au moment où nous venons à sa rencontre, la femme peut être concentrée sur d'autres priorités. L'état particulier du post-partum, le vécu de l'accouchement, parfois difficile, ou une situation psychosociale globale complexe sont des éléments présents durant cette rencontre, qui influencent l'intérêt et la disponibilité de la femme pour notre échange. Sensible alors à cette réalité, cela m'a demandé de travailler sur mon sentiment de légitimité pour ces visites.

D'autre part, nous rencontrons une grande **variété d'origines diverses** pouvant impliquer des difficultés de compréhension par l'absence de langue commune ou par les différences culturelles. Rares étaient les possibilités de traduction et, si cela était le cas, il s'agissait souvent du mari ou d'un ami de la famille. Cette situation m'a alors questionné sur le droit à un espace dénué d'enjeux visant à assurer une liberté d'expression lorsque le traducteur a une telle proximité de lien, voire une forme d'ascendance sur la femme. Ainsi, parler intimité avec, pour seul support, une feuille récapitulative traduite dans la langue d'origine a suscité chez moi un sentiment d'inaccessibilité. Aborder des sujets comme les mutilations génitales féminines ou les reprises des rapports sexuels demande de faire preuve de subtilité. Or, l'absence de traduction implique des frontières conséquentes et complexes à franchir dans un laps de temps aussi court.

D'un autre côté, j'ai eu l'occasion d'observer **l'impact du contexte de travail** sur la qualité de la prestation. Premièrement, la consultation **n'a pas lieu à la demande** de la personne. Dès lors, les sujets ne sont peut-être pas adaptés à ses besoins. Dans une période aussi fragile que celui du post-partum, cette modalité de rencontre ne facilite pas l'adhésion à la prestation, un élément fondamental pour atteindre nos objectifs de travail. Ce facteur a également participé à la nécessité de trouver des stratégies pour légitimer mon passage. De plus, nous sommes **inconnu·e·s** des personnes concernées et parfois confondu·e·s avec le personnel hospitalier. Or, des sujets comme la sexualité et l'intimité demandent à instaurer une forme de confiance et à soulever un certain nombre de barrières parfois complexes à franchir dans un laps de temps aussi court. Deuxièmement, la rencontre a lieu dans **le post-partum immédiat** (entre le premier et le troisième jour après l'accouchement), ce qui a une forte influence sur la disponibilité de la femme citée ci-dessus. Finalement, j'ai eu l'occasion d'observer que **la qualité de collaboration avec l'hôpital** a une incidence sur les pratiques.

Un cadre de travail qui légitime les prestations des différents métiers et qui est construit sur des bases de confiance favorise la transmission d'informations, l'accès aux personnes concernées, l'organisation de la temporalité des visites, la prise en considération des conclusions respectives et donne de la valeur et du sens à notre passage aux publics cibles. Ces modalités modifient considérablement les chances d'atteindre nos missions. Or, j'ai observé que les bases de cette collaboration peuvent être liées à des évaluations subjectives. Le maintien de la prestation dépend de l'évaluation de la pertinence de notre mandat faite par les chefs ou cheffes de secteur. Ainsi, selon les sensibilités professionnelles de cette personne, la prestation peut être remise en question ou non. Cette configuration crée un déséquilibre dans la dynamique de collaboration et demande aux conseiller·ères une souplesse dans la collaboration, avec une tendance à s'adapter plutôt à la réalité de l'hôpital comme un atout de travail pour faciliter la prestation. En outre, j'ai observé que le double statut de sage-femme de certain·e·s conseiller·ères, offrant la possibilité de collaborer dans d'autres contextes, ajoute une plus-value à la communication avec le personnel de l'hôpital. Ainsi, la méconnaissance entre les professionnel·le·s crée un fossé pour l'établissement d'une confiance mutuelle.

Par conséquent, l'indisponibilité des femmes et les modalités de rencontre m'ont amenée à me questionner sur le bénéfice de proposer cette prestation à ce moment, et sur les moyens que nous avons à disposition pour l'appliquer au mieux. Est-ce le meilleur moment et le meilleur endroit pour rencontrer les femmes ? Convaincue qu'il s'agit d'une prestation qui fait éminemment sens, dont le contenu a une valeur importante pour la promotion et la prévention de la santé, je me questionne si les modalités qui encadrent la prestation peuvent honorer les buts poursuivis et comment la mise en place du mandat peut être profitable à ces derniers. L'objectif ici est de formuler une **analyse réflexive des pratiques** en soulevant les enjeux du terrain et en identifiant les déterminants qui influencent la pratique pouvant expliquer, sur le plan contextuel, ce qui facilite l'application du mandat et ce qui le rend plus difficile. La visée globale de ce travail s'inscrit alors dans une volonté d'enrichir la compréhension de la profession en prenant en compte les mandats poursuivis et les déterminants qui les encadrent.

Ainsi, au travers de l'investigation des enjeux, des avantages et des inconvénients de la pratique, je cherche identifier dans quelle mesure les modalités du contexte de travail permettent de répondre au mandat.

2. MÉTHODOLOGIE

Pour pouvoir investiguer ces questionnements, un premier volet théorique permet de situer les spécificités propres au post-partum, les buts poursuivis pour la prestation ainsi que les

obstacles à la mise en place du mandat. Un deuxième volet cherche à connaître et comparer les points de vue et les évaluations des conseiller·ère·s qui pratiquent la consultation de santé sexuelle dans le post-partum en milieu hospitalier. Pour ce faire, un questionnaire a été soumis à ces professionnel·le·s, organisé en trois axes principaux : l'expérience du mandat, l'expérience avec les bénéficiaires et l'expérience de la collaboration avec l'hôpital (cf. annexe n°1). J'ai choisi de restreindre l'investigation à la Suisse romande pour des questions de langue et de faisabilité face aux exigences attendues pour ce travail. Pour ces mêmes raisons, il a été convenu de questionner les personnes concernées par e-mail et non sous forme d'entretien semi-directif. Pour permettre une liberté d'expression, les informations obtenues par les conseillers·ères sont anonymes.

Sur les six cantons francophones de Suisse romande, il existe huit centres de santé sexuelle. Sur ses huit centres, deux n'assument plus cette prestation, soit le Centre fribourgeois de santé sexuelle et l'Unité de santé sexuelle de l'HUG. Les principales raisons mises en avant pour motiver l'arrêt de cette pratique sont le refus de la sage-femme en cheffe de l'hôpital et le manque d'effectif au sein des CSSR face à une augmentation de la demande. Vous trouverez en annexe une copie des échanges par e-mails avec le CFSS (annexe n°2) et un récapitulatif de l'évolution historique de cette prestation au sein de l'Unité de santé sexuelle de l'HUG (annexe n°3). Pour l'analyse de ma problématique, j'ai choisi de ne traiter que les centres qui se rendent dans le post-partum immédiat, en excluant le CSSR du CHUV ; car même si les professionnel·le·s de ce centre offrent une consultation dans le post-partum immédiat, ils ont développé et mis en place des projets parallèles pour répondre au mandat. De ce fait, les réponses obtenues par ceux-ci ne seront pas traitées dans l'analyse, mais utilisées comme éclairages dans la conclusion. Nous obtenons donc un total de **cinq centres** concernés par mon analyse, situés dans **quatre cantons** différents et **onze questionnaires** remplis par des professionnel·le·s qui pratiquent potentiellement dans **onze hôpitaux** différents (cf. annexe n°4 : tableau récapitulatif).

3. CADRE THÉORIQUE

Une première partie du cadre théorique identifiera les problèmes de santé liés au post-partum et leurs causalités, une deuxième partie exposera les buts poursuivis des consultations en santé sexuelle dans ce cadre et une dernière partie traitera des possibles obstacles rencontrés pour la mise en place des mandats. Ces derniers pouvant être nombreux (situations psychosociales complexes, présence de violence conjugale, etc.), j'ai choisi de m'intéresser à deux principales difficultés, soit l'indisponibilité de la femme et les barrières de communication face aux différences culturelles. Dans le même ordre d'idée, la description des problématiques des santés s'arrête principalement sur les questions autour

de la fertilité, des bouleversements liés aux changements de vie et du cas particulier de la migration, mais elle n'est pas exhaustive.

3.1 PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS AU POST-PARTUM ET FACTEURS DE CAUSALITÉS

La première préoccupation sanitaire dans le post-partum concerne le risque de grossesse non désirée. Après avoir donné naissance à un enfant, **le retour de fertilité** peut rapidement réapparaître : « La période du post-partum dure six semaines en moyenne et se termine par le retour des menstruations, qui marque la reprise d'une fonction ovarienne. Néanmoins, une ovulation, et donc une éventuelle fécondation, peut survenir avant la fin du post-partum. (...) En moyenne, la reprise des rapports sexuels semble survenir dans les cinq semaines suivant l'accouchement, et on considère qu'à un mois de l'accouchement, environ 60 % des couples ont eu au moins un rapport sexuel » (Robin et al., 2010, p.32). Le retour à la fertilité s'accompagne de questions autour de la contraception et, comme la contraception du post-partum présente un certain nombre de spécificités, elle nécessite une attention particulière (Robin et al., 2010, p.32). On constate durant cette période une « observance souvent aléatoire des jeunes mamans » et des « retards fréquents à la remise en route d'une contraception efficace » (Robin et al., 2010, p.33). Dufey Liengme et Hulsbergen identifient, en effet, cette période comme une « période de vulnérabilité contraceptive avec de nombreux besoins non comblés¹ » (2019, p.51). Cette réalité peut notamment être visible par le nombre d'interruptions de grossesse, considérablement élevé après la naissance d'un enfant : « En moyenne, une femme sur deux qui vit une interruption de grossesse a déjà eu un enfant ou plus. Parmi les femmes ayant un ou plusieurs enfants, une sur cinq a interrompu sa grossesse durant l'année du dernier accouchement ou durant l'année qui précédait » (Balthasar & Spencer, 2008, p.22). En outre, des grossesses dites "rapprochées" peuvent engendrer des complications médicales : « On définit les grossesses rapprochées comme des grossesses successives survenant dans un délai de moins de six mois. Il s'agit de situations cliniques très préoccupantes de par la morbidité et la mortalité périnatales qu'elles engendrent » (Robin et al., 2010, p.41). De plus, face aux actions préventives possibles pour éviter une grossesse dans le post-partum, on constate un **manque notable de connaissances** chez les individus (Munéry, 2016, p.25). Ces lacunes et méconnaissances ne sont pas spécifiques à des publics cibles, mais se manifestent au sein de la population générale : « Cette étude n'ayant pas montré de facteurs communs pouvant influencer les connaissances, il peut en être conclu que toute femme doit être considérée comme à risque d'avoir des connaissances erronées. Celles-ci pourraient entraîner un

¹ « Lorsque des femmes et des jeunes filles sexuellement actives n'ont pas de désir d'enfant immédiat et souhaitent éviter, espacer ou limiter les grossesses mais n'ont pas de moyen de contraception » (Singh et al., 2012, cité dans Dufey Liengme & Hulsbergen, 2019, p.51)

mésusage de leur contraception. Il est donc nécessaire de donner toutes les informations à chaque femme (...). Même si une femme semble en apparence à l'aise avec le contraceptif qu'elle souhaite, il est conseillé de vérifier sa compréhension de l'utilisation de ce dernier » (Munéry, 2016, p.70).

La deuxième problématique sanitaire pour la période du post-partum concerne les risques pour la santé liés aux **modifications psychiques, physiques, affectives, conjugales, sociales et organisationnelles** (Camincher, 2019, PP.21-22). L'arrivée d'un enfant bouleverse de manière plus ou moins intense l'équilibre établi jusqu'ici. Sur le plan psychique, la naissance de la parentalité représente une perturbation, voire un renversement, de tout un système interne : « La maternité n'est pas une simple variation à une organisation mentale déjà existante. Lorsqu'une femme devient mère, elle fonctionne selon des principes psychiques entièrement nouveaux [...] modifiant radicalement son paysage intérieur » (Stern p.12, 1998, cité dans Horsch, 2019, PP.27). Ces changements de structures fondamentales impliquent notamment le risque de dépression (Diserens & Lavanchy, 2006, p.8). Sur le plan affectif, sachant que, dès la grossesse, on assiste à un taux de violence conjugale plus élevé (Camincher, 2019, PP.22) nous pouvons conclure que les modifications du système peuvent altérer de manière significative la santé des individus. Intimement lié aux changements identitaires et conjugaux, le retour à la sexualité représente de potentielles difficultés, telles que la présence de douleurs et une absence de sexualité (Camincher, 2019, PP.21). Les modifications physiologiques et corporelles impliquent des complications dans le rapport au corps : « Le post-partum est marqué par de nombreux bouleversements anatomiques, physiologiques, métaboliques et hormonaux dont il faudra tenir compte (...)» (Robin et al., 2010, p.32). Ces modifications comprennent : « des changements corporels dus à la grossesse et à l'accouchement, une tonicité musculaire dans la zone périnéale, les lésions et séquelles de l'accouchement engendrant des craintes de douleurs, un vécu corporel et symbolique de l'accouchement (intégrité, déchirement, expulsion, vide), une image modifiée et une adaptation aux modifications du ressenti » (Camincher, 2019, PP.21). Finalement, les changements liés aux rôles sociaux créent une indisposition pour les actes de prévention : « Dès leur retour à domicile, les femmes vont être mobilisées pour répondre aux besoins de leur enfant et du reste de la famille, ce qui les empêchera bien souvent d'anticiper la reprise des rapports sexuels et le problème de la contraception qui en découle » (Robin et al., 2010, p.41).

De nombreux éléments peuvent influencer les déterminants de la santé pour la population générale dans le contexte du post-partum. Le *Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire* du SPJ et du SSP met en lumière quelques facteurs en jeu : « l'évolution des modes de vie accélère **les transformations de la structure familiale, le**

lien social et les solidarités s'affaiblissent. Par ailleurs, on assiste à une augmentation des familles "en risque", comme des **situations familiales complexes** (femmes seules, familles séparées, isolées, recomposées). Il est également rapporté que **la solitude et l'absence de participation sociale** peuvent exacerber les problèmes familiaux (dépressions du post-partum, violences conjugales) et ainsi favoriser les mauvais traitements » (Diserens & Lavanchy, 2006, p.8). De plus, sur le plan environnemental, « on note, depuis plusieurs années, une évolution du nombre de problématiques et de la nature de leur prise en charge (problèmes socio-éducatifs complexes) » (Diserens & Lavanchy, 2006, p.8). Finalement, les modifications de configuration des services sanitaires influencent la garantie d'accès aux soins : « À l'heure où **les séjours** en maternité deviennent de plus en plus **courts**, il est difficile d'entreprendre une démarche éducative et de prévention (Robin et al., 2010, p.41). Ce phénomène déplace l'offre de soin d'une sphère publique vers la sphère privée (Diserens & Lavanchy, 2006, p.8).

3.1.1 CAS PARTICULIER : POPULATION MIGRANTE

Il apparaît que la population migrante² est globalement « **désavantagée** dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive » (Santé Sexuelle Suisse, 2006, p.6). Premièrement, on note un **taux de complications médicales** nettement plus élevé : « Le taux de mortalité en lien avec la grossesse et l'accouchement est plus élevé chez les migrantes que chez les Suissesses. De même que les grossesses à risque, les naissances prématurées et les complications à l'accouchement sont plus nombreuses. On note aussi que la proportion de bébés mort-nés et la mortalité néonatale sont notablement plus élevées chez elles que chez les Suissesses » (2006, p.6). Deuxièmement, « **les interruptions de grossesse** sont trois fois plus fréquentes chez les migrantes que chez les femmes suisses » (2006, p.6). Troisièmement, alors que **les mutilations génitales féminines** sont sanctionnées par le Code pénal depuis le 1^{er} juillet 2012 (art. 124), « on compte en Suisse près de 10'000 femmes excisées et de filles menacées par l'excision » (2006, p.14-15). Cinquièmement, on observe chez cette population **un manque d'informations** notable, notamment en ce qui concerne leurs droits, dont le droit à un conseil gratuit (2006, p.15). Sixièmement, **l'absence de soutien du cercle social primaire** crée une lacune importante devant les bouleversements induits par l'arrivée d'un enfant (2006, p.13). Et finalement, leur **état émotionnel** peut être particulièrement perturbé par les réalités migratoires (2006, p.5). Ces problématiques s'expliquent surtout par **l'absence d'accès aux offres sanitaires** : « les différences entre la population suisse et la population migrante sur le plan des **ressources**

² « Le terme "population migrante" englobe toutes les personnes nées à l'étranger et celles vivant en Suisse dont au moins un des parents est né à l'étranger. Dans ce guide, nous nous concentrons sur les personnes issues de la migration qui se trouvent en situation précaire (...) » (Santé Sexuelle Suisse, 2006, p.5).

personnelles ainsi que des **conditions socioéconomiques** généralement moins favorables entravent l'accès aux prestations sanitaires. Une grande proportion de la population migrante passe ainsi plus difficilement le seuil des services de santé et a, entre autres, du mal à se procurer des contraceptifs, faute de moyens financiers, d'assurances et d'informations » (2006, p.6).

3.2 BUTS POURSUIVIS DE LA CONSULTATION EN SANTÉ SEXUELLE EN POST-PARTUM

Par ses dimensions de **promotion de la santé et de prévention**, les consultations en santé sexuelle dans le cadre du post-partum font partie intégrante d'une politique de **santé publique**, des concepts enseignés par Stéphanie Pin, responsable du CEESAN, dans le cadre du module n°2 de la formation. L'action menée ici s'inscrit dans une **prévention primaire**, puisque cette dernière se caractérise par une action auprès de sujets sains, dont le principe est de prévenir la survenue de maladies et le but est de réduire les expositions aux facteurs de risque (2018, PP, p.10). Il s'agit d'une **prévention sélective**, dans le sens où la prestation s'adresse à toutes les femmes qui viennent d'accoucher, et d'une **prévention ciblée** pour les situations particulières rencontrées, comme les femmes migrantes, les adolescentes, les situations psychosociales fragilisées, les situations économiques vulnérables et les situations de handicap. Ces prestations répondent au mandat légal de la *Loi sur les centres de consultation en matière de grossesse* (art 1, al. 2) et l'*Ordonnance du 12 décembre 1983* donne la compétence aux cantons d'organiser la prestation (art.1). C'est également l'expression de plusieurs *Droits sexuels de l'IPPF* (art 1, 3, 7, 8, 9). Finalement, en référence aux objectifs cités dans la *Stratégie globale de promotion de la santé sexuelle*, cette offre s'intègre dans les domaines d'actions suivants : « **la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé reproductive** » (Tshibangu & Voide Crettenand, 2016, p.36), « **la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé reproductive et de la santé sexuelle comme élément de la santé psychique** (2016, p.29), « **la prévention et la lutte contre les violences sexuelles** » (2016, p.50) et « **l'éducation à la santé sexuelle** » (2016, p.57).

Les objectifs décrits dans le *Guide pratique d'entretiens de planning familial* traitent à la fois du **bien-être de la mère** et **celui de l'enfant** (Méan & Wyss, 2006, p.76). Pour ce faire, il sera concrètement proposé différentes offres, comme **accueillir les récits et guider la réflexion** : « Ecouter la demande, permettre à la femme de parler de son accouchement en exprimant les émotions qui y sont liées; au besoin, aider la femme à s'approprier ce qu'elle a vécu en faisant des liens entre l'accouchement idéal qu'elle avait pu imaginer et la réalité » (2006, p.76 à 78). **Informé** : « Informer de la survenue possible d'un "baby blues", de ses manifestations, de sa durée normale et des moyens pour en atténuer les effets; informer sur le retour de couches et les limites de la protection d'une nouvelle grossesse par l'allaitement;

s'enquérir de la contraception utilisée ou envisagée. Informer au besoin sur les différentes méthodes en tenant compte du fait que la femme allaite son bébé ou non, ou compléter l'information sur la méthode choisie; vérifier comment la femme et/ou le couple imagine la reprise des relations sexuelles en tenant compte d'une éventuelle cicatrice, et de quoi elle ou ils ont besoin pour désamorcer d'éventuelles inquiétudes à ce sujet; aider le couple à anticiper la relation du couple conjugal en parallèle du couple parental » (2006, p.76 à 78).

Prévenir : « Être attentive à la relation mère/nouveau-né, et à ce que la femme dit des liens existant entre les membres de la nouvelle famille; valoriser les compétences de la femme comme mère et de l'homme comme père, écouter les craintes et les questions; s'informer des conditions du retour à domicile et du soutien de l'entourage; être attentive aux risques de déprime ou d'épuisement, en particulier chez : les adolescentes, les femmes seules, les femmes migrantes, les mères de familles nombreuses, les mères de jumeaux, triplé ou plus, les mères dont le bébé est hospitalisé; informer sur l'organisation régionale d'un suivi par les sages-femmes à domicile, des infirmières puéricultrices, les offres de soutien à l'allaitement ; s'assurer que le bébé soit suivi par un pédiatre » (2006, p.76 à 78).

Déléguer ou assurer le suivi : « En cas de demande d'ordre juridique, financier ou psychosocial, entreprendre les démarches nécessaires ou orienter la femme vers les services compétents; vérifier si la femme a ressenti certains signes de dépression. L'inciter à demander de l'aide si cet état persiste; en présence de manifestations d'apparence pathologique (possible dépression ou psychose du post-partum), orienter rapidement vers un psychiatre pour l'établissement d'un diagnostic et la mise en place d'une aide psychothérapeutique adaptée à la situation; s'assurer que la femme ait bénéficié ou prévoie un contrôle gynécologique 4 à 6 semaines après l'accouchement; selon la demande de la femme, la CPF peut lui propose un nouveau rendez-vous, l'orienter vers un gynécologue, ou vers les spécialistes de la petite enfance ; si la CPF perçoit des difficultés de couple ou des difficultés sexuelles liées à la nouvelle situation de couple, elle l'encourage à chercher de l'aide auprès de spécialistes; en cas de doute sur la sécurité du nouveau-né, prendre contact avec le réseau Petite enfance » (2006, p.76 à 78).

3.3 OBSTACLES À LA PRESTATION : INDISPONIBILITÉ DE LA FEMME ET MIGRATION

En psychiatrie, le Dr. Winnicott, pédiatre et psychanalyse britannique, « constate un état psychique anormal chez les femmes venant d'accoucher, qu'il décrit comme une "folie normale", soit un état **d'hypersensibilité**, une "maladie normale" qui permet à la mère d'utiliser toutes les ressources pour s'identifier, puis s'ajuster aux tout premiers besoins de son bébé et à ses états internes. Cet état lui permet de mettre tous ses sens en éveil » (Horsch, 2019, PP 23.). Les études faites en neuroscience démontrent **des modifications dans la structure et les fonctions cérébrales** qui impliquent une diminution de certaines

compétences, comme celles liées à la mémoire (Horsch, 2019, PP.24) et une augmentation d'autres compétences : « elles sont particulièrement sensibles aux stimuli émotionnels et hypervigilantes aux signaux émotionnels de menace » (Horsch, 2019, PP.39). Ces modifications créées par la grossesse, qui perdurent lors du post-partum (PP 24), auraient la fonction de : « préparer la mère aux exigences de la prise en charge du bébé » (Horsch, 2019, p.23). Ainsi, durant cette période, la femme met une énergie importante à la régulation de ses capacités cérébrales, comme la reprise de la taille du cerveau initial (Horsch, 2019, p.24), l'augmentation globale des capacités cérébrales (PP 24) et la réactivation des aptitudes pour de la mémoire (Horsch, 2019, p.24). De plus, « la femme est dans un état psychologique particulier, avec notamment l'apparition du baby blues dans les jours suivant la naissance » (p.69). Par conséquent, tous ces éléments réunis peuvent impliquer une indisponibilité de la femme pour la consultation en santé sexuelle : « Après la naissance, la mère est très souvent **peu disponible** pour recevoir et assimiler des informations et des conseils car son attention va principalement au nouveau-né et à son propre équilibre bio-psycho-social » (Dufey Liengme & Hulsbergen, 2019, p.52).

Les difficultés de compréhension avec la population migrante sont d'abord liées **aux barrières de la langue**, perçues comme « un obstacle majeur qui rend difficile le respect des normes médicales standard » (Santé Sexuelle Suisse, 2006, p.16). Des possibilités de faire recours à l'interprétariat existent, mais ce n'est pas un droit en Suisse (2006, p.13). Parfois, alors, les proches du/de la consultant·e·s font office de traducteur. Toutefois, cette situation présente des désavantages importants : « un sentiment de gêne, un rapport de dépendance entre les proches, etc., peuvent faire plus de mal que de bien. En outre, les proches ne sont pas tenus au secret professionnel » (2006, p.16). Lorsque les professionnel·le·s peuvent bénéficier d'un·e interprète, même si ces derniers sont « tenus au respect de principes déontologiques comme l'impartialité et la confidentialité » (2006, p.17), les client·e·s peuvent craindre un jugement de cette personne ou une divulgation des détails dans les communautés parfois très restreintes (2006, p.10). Finalement, **les fossés culturels** engendrent un biais à l'accessibilité de l'offre puisque « chaque culture, chaque communauté a élaboré ses propres représentations et significations de la fertilité, de la grossesse et de la naissance afin de donner sens à cette expérience de vie » (Dufey Liengme & Hulsbergen, 2019, p.51). Des mécompréhensions et préjugés peuvent ainsi subvenir : « Dans le contexte de la migration, une stéréotypisation de type culturel est appelée "culturalisation". Elle fait obstacle à la clarification objective et systématique des besoins et peut, dans les pires des cas, mener à la rupture de relation de conseil. (...) Il se peut aussi que la personne qui conseille perçoive les problèmes de santé uniquement en lien avec les MGF et néglige d'autres causes possibles » (Santé Sexuelle Suisse, 2006, p.14).

Cet obstacle peut également être présent chez le/la consultant-e : « Certaines craignent d'entrer dans des conflits de loyauté entre les valeurs traditionnelles de leur famille et celles de la société suisse. Il y a des femmes qui craignent d'être examinées par un médecin homme ou de ne pas être comprises, ce qui va les dissuader de consulter. Les femmes excisées évitent les contrôles médicaux par peur de réactions d'incompréhension ou de rejet » (2006, p.13). Ces craintes engendrent une préférence à mobiliser les contextes sociaux primaires plutôt que les services publics, souvent compris comme des « services étatiques et non des services neutres et indépendants » (2006, p.10).

On voit donc que des facteurs comme l'indisponibilité de la femme et les barrières culturelles rendent difficiles **l'accès aux soins** et le développement de sa propre capacitation d'agir (empowerment). Comme l'indique Dufey Liengme et Hulsbergen, ces déterminants ne sont pas encore acquis en ce qui concerne, par exemple, l'accès à une méthode contraceptive : « Le développement durable doit permettre aux femmes et aux couples de décider librement et en toute indépendance si, quand et combien d'enfants ils auront. Pourtant, il existe encore des obstacles à la réalisation de ce droit qui s'exprime entre autres à travers la fécondité » (2019, p.51).

4. VÉCU ET ENJEUX AUTOUR DE LA PRATIQUE

L'analyse des récits des conseiller·ère·s reprend le même canevas que le questionnaire qui leur a été soumis. Le but, ici, est à la fois de mettre en lumière le discours des personnes du terrain (qu'est-ce qui est dit) et d'évaluer les redondances pour en tirer d'éventuelles conclusions (combien de fois cela est dit). Parfois, avec l'analyse des récits, des catégories peuvent émerger. Les récits sont dès lors ordonnés selon ces classifications. Ceci nous permet de comparer les catégories selon leur ampleur. Les chiffres présentés ne sont pas représentatifs d'une réalité quantitative : certain·e·s professionnel·le·s auraient pu omettre des éléments ou des points de vue dans leurs réponses. Comme ce travail consiste à une première approche pour comprendre les points de vue des professionnel·le·s sur la thématique, il s'agit dès lors d'une approche qualitative visant surtout à dessiner des tendances, qui seraient à vérifier par d'autres études complémentaires. Puisqu'il a été laissé la liberté aux professionnel·le·s de ne pas répondre à toutes les questions, la comparaison des réponses se fait selon le nombre de réponses obtenues pour chaque question, le total des éléments peut alors varier d'une question à une autre. Finalement, puisque certaines questions répondent parfois aux mêmes interrogations, elles ont été regroupées ensemble dans l'analyse. Il est à noter que les questions n° 9 et n° 20 n'ont pas été traitées dans l'analyse par manque d'intérêt face à la question de départ. Les tableaux cités dans le texte se trouvent en annexes (n°5).

4.1 EXPÉRIENCES ET ÉVALUATIONS TERRAIN DU MANDAT

Interrogé·e·s sur **les sujets abordés** durant les consultations post-partum (cf. tableau n°1), onze thématiques émergent des récits des conseiller·ères, que j'ai choisi de regrouper de la manière suivante : état de la femme, fertilité, sexualité, environnement, parentalité et autres. Nous observons que toutes les catégories ne sont pas citées dans chaque récit. La fertilité (28%) et la sexualité (21%) sont les catégories prédominantes, suivies, dans l'ordre, par l'état de la femme (19%), l'évaluation de l'environnement (17%), d'autres questionnements (11%) et la parentalité (4%). On observe que l'état de la femme est sous représenté par rapport à la fertilité et la sexualité.

Les professionnel·e·s du domaine identifient **plusieurs avantages** à offrir une consultation dans le post-partum immédiat en milieu hospitalier (cf. tableau n°2). L'avantage cité le plus fréquemment est l'accessibilité aux femmes et aux couples (43%) par une augmentation des possibilités de rencontres et donc peut-être d'identifier des situations précaires (10%) dans le but de leur offrir un soutien. Le deuxième avantage mis en avant est la possibilité de faire de la prévention (29%) face aux grossesses non désirées. Les questions de temporalité sont mises en avant : le contrôle post-partum avec le médecin peut survenir après le retour de couche et donc de fertilité. Il est précisé, pour cet avantage, la particularité du post-partum comme une nouvelle étape de vie, il est ainsi décrit la nécessité d'un conseil en contraception spécifique (4%) dans ce cadre. Les avantages les moins souvent mentionnés sont : la possibilité d'offrir un espace de débriefing (4%) et d'échange sur l'intimité dans le contexte particulier du post-partum immédiat et la possibilité, par cette rencontre, de soulever le tabou (4%) de la sexualité et la sexualité post-partum.

Le principal **inconvenient** identifié (cf. tableau n°3) est la présence d'autres priorités (30%) en jeu pour les femmes et les parents déplaçant l'intérêt ailleurs. S'ensuit la temporalité (26%) évaluée comme trop rapide après l'accouchement. Suivi par un manque de réceptivité (22%) de la femme dû à son état psychique et somatique spécifique au post-partum. Des éléments liés à l'environnement sont ensuite cités, comme l'excédent d'informations (9%) donné à la femme durant son hospitalisation générale et le nombre important de passages en chambre (4%) par différents professionnels créant une abondance de stimuli pour la femme concernée.

Pour décrire dans **quelles situations la prestation apparaît pertinente, moins pertinente ou pas adaptée** (cf. tableaux n°4, 5, 6), les réponses font surtout référence au bien-être de la femme, soit par l'évaluation des ressources environnementales, comme le contexte migratoire, la compréhension de la langue, la parité, l'état du cercle social primaire, le niveau de vie socioéconomique, la qualité de collaboration avec le personnel médical, la temporalité hospitalière et l'accès aux connaissances; soit par l'évaluation des ressources internes de la

femme, qui peut comprendre un état psychique indisposé, la présence de difficultés biopsychosociales antécédentes et des peurs liées à l'arrivée d'une nouvelle configuration de vie. Certain·e·s professionnel·le·s partent du principe que la prestation est pertinente pour toutes les situations ou qu'elle ne peut pas être évaluée avant de rencontrer la femme (10%). Pour décrire lorsque **la prestation est pertinente**, l'évaluation des ressources environnementales est citée à 44%, à 70% lorsqu'elle apparaît comme **moins pertinente** et à 50% lorsqu'elle **n'est pas pertinente**. Pour décrire lorsque **la prestation est pertinente**, l'évaluation des ressources internes à la femme est citée à 46%, à 30% lorsqu'elle apparaît comme **moins pertinente** et à 50% lorsqu'elle **n'est pas pertinente**. Ainsi, les mêmes facteurs sont utilisés dans certains récits pour légitimer la pertinence de la prestation et, dans d'autres, pour mettre en lumière son inadéquation. Par une priorisation différente de ces éléments entre les conseiller·ère·s, il est impossible de dégager une tendance entre la description des situations et la pertinence de la prestation. En prenant en compte l'ensemble des situations (pertinente, moins pertinentes et inadaptée), on observe une redondance pour le statut d'établissement, les difficultés psychosociales, le dialogue avec le médecin gynécologue, la temporalité des rencontres, la disponibilité de la femme et le niveau de connaissances intégré chez la femme.

Hormis le fait de devoir s'adapter aux situations (4%), toutes **les difficultés** nommées font référence aux obstacles pour accéder aux femmes (cf. tableau n°7). La majorité des conseiller·ère·s évoquent la barrière de la langue sans traduction comme obstacle à la qualité de la prestation, pouvant être comprise comme une difficulté d'accès à un manque de ressource (35%). Trouver le bon moment pour rencontrer les femmes et les couples, le refus d'entretien de leur part et le fait que la consultation ne soit pas à leur demande peuvent être interprétés comme des difficultés générales d'accès (22%). Les ruptures conjugales, les complications de santé pour l'enfant, la dépression ou la violence peuvent être comprises comme une difficulté d'accès due à la situation personnelle de la femme (17%). Les obstacles, comme le manque de temps pour appliquer le mandat (durée d'hospitalisation courte, transfert vers un autre service), la mécompréhension du personnel hospitalier et les nombreux passages des différents professionnel·les occupant la femme ou interrompant la prestation peuvent être compris comme des complications d'accès dues au contexte hospitalier (22%).

Questionné·e·s sur leur sentiment d'**adéquation** (cf. tableau n°8, 9, 10, 11) entre la faisabilité du mandat et le contexte de travail (lieu, temporalité du post-partum, temps disponible, etc.), **aucune réponse** ne l'évalue entièrement positivement. Les avis qui tendent à estimer cette adéquation **négativement** (36%) mettent en avant les éléments suivants : l'inadéquation du lieu (22%) par les multiples passages des professionnel·le·s (médical,

administratif, intendance, repas) et par le partage de la chambre avec d'autres patientes impliquant un manque de confidentialité; l'inadéquation face au besoin de la femme (22%) : l'intérêt est focalisé sur d'autres préoccupations et enjeux au moment du post-partum immédiat; le manque d'effectif et de temps (42%), soit la fin d'hospitalisation à trois jours et le manque d'effectif qui rendent impossible de voir toutes les femmes, de répondre à toutes les questions ou de prendre le temps de décrire les informations dans les détails. Cet élément est également cité pour illustrer l'inadéquation du moment de la consultation (parfois le jour de l'accouchement ou du départ) qui influence sur la disponibilité de la femme précitée; la surcharge d'informations (7%) pour les femmes représente un élément perturbateur corrélé au manque de temps et à la disponibilité de la femme; le manque d'explication de la visite (7%) des CS auprès des femmes ne facilite pas l'adéquation avec le mandat.

Certaines réponses n'évaluent ni positivement ni négativement l'adéquation entre le mandat et la réalité. Dans ces **discours nuancés** (64%), on observe soit une adaptation du mandat à la réalité du terrain (9%) : « *Si le mandat est de parler de contraception et de reprises des relations sexuelles, à mon avis, ce n'est pas adapté, ce n'est pas la priorité des femmes ou couples dans les 3 jours qui suivent la naissance. (...) Au fil de mes années d'expérience, mon objectif n'est plus celui cité ci-dessus, mais bel et bien d'offrir un espace de parole en lien avec l'intimité et le vécu de la naissance. Là est mon mandat et le contexte le permet*³ »; soit une relativisation du manque de temps par la flexibilité (9%) : « *Parfois, le temps manque pour rentrer dans les détails ou répondre aux questions, mais il y a toujours la possibilité d'aller voir les femmes en chambre plus tard* »; soit, une relativisation de la flexibilité par le manque de temps (18%) : « *Nous avons de la flexibilité, mais la matinée passe vite, quand le service de maternité est plein, nous n'avons pas le temps de voir toutes les femmes* »; soit une relativisation des inconvénients par l'importance des mandats (37%) : « *Nous n'avons pas trouvé la manière optimale de donner ces informations. Mais elles me paraissent importantes, entre autres pour éviter des grossesses imprévues* ». « *Je pense que parmi les entretiens que nous faisons, certains sont peu bénéfiques, mais même si notre intervention "apporte quelque chose" à une petite proportion de femmes, cela en vaut la peine ! Cela permet de "semmer une petite graine" dans la promotion de la santé sexuelle* »; soit un conditionnement pour la réussite de l'application des mandats (9%) : « *Le contexte est adéquat par rapport aux mandats dans les cas de femmes qui se trouvent plus ou moins bien après la naissance pour avoir une réceptivité aux infos et à l'entretien* ». Lorsque les mandats sont décrits dans les réponses, on observe que les conseiller·ère·s ne font pas

³ Toutes les citations en italiques sont issues des réponses des conseiller·ère·s à mon questionnaire

référence aux mêmes mandats : parfois, c'est la promotion de la santé sexuelle (25%); parfois, il s'agit d'offrir un espace de débriefing et d'écoute (25%); parfois, on parle d'accessibilité aux femmes (25%) et parfois, c'est la prévention des grossesses désirées qui sont nommés en priorité (25%).

Les **améliorations** (cf. tableau n°12) imaginées les plus fréquemment citées sont : instaurer une consultation ultérieure (20%) : soit de profiter du contrôle médical post-partum à 6 semaines, soit d'instaurer une rencontre indépendante à 3-4 semaines. La plus-value ici serait d'augmenter l'intérêt, la disponibilité et la qualité d'écoute des femmes. Un inconvénient est identifié pour le contrôle à 6 semaines : cette prestation ne serait pas offerte aux femmes qui consultent un gynécologue privé; augmenter le temps ou les effectifs (20%) sous forme de permanence journalière, qui permettrait d'augmenter le nombre de femmes rencontrées, d'améliorer la flexibilité et l'efficacité de la consultation dans des situations complexes; instaurer un bureau au sein de l'hôpital (20%), ce qui rendrait le travail plus optimal et mieux intégré par le personnel soignant; modifier l'origine de la demande (7%) : que la prestation soit à la demande de la femme, ainsi, c'est la consultante qui viendrait vers la prestation; proposer une consultation anténatale (7%) dans la perspective d'optimiser la disponibilité de la femme. Cette option ayant été expérimentée, les professionnel·le·s constatent une absence de visite expliquée par un manque d'intérêt des personnes concernées; améliorer la compréhension du rôle (13%) des CS pour le personnel hospitalier. Finalement, deux professionnel·le·s n'entrevoient pas d'amélioration possible (13%) par la difficulté de trouver de meilleures propositions.

4.2 EXPÉRIENCES AVEC LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION

Unanimement, les professionnel·le·s qui ont répondu au questionnaire se sentent **généralement bien accueilli·e·s** par les bénéficiaires Interrogé·e·s sur la possibilité que ce ne soit pas le cas, 40% répondent par l'affirmative, 40% répondent « parfois » et 20% répondent « rarement » (cf. tableau n°13). Soit les résistances à la consultation sont directement exprimées par les femmes, soit les professionnel·le·s font appel à leur sens : « *je sens que la femme ou le couple n'ont pas envie d'entrer en matière* », « *j'ai le sentiment de déranger* ». Les situations pour décrire le sentiment de ne **pas être la bienvenue** (cf. tableau n°14) peuvent être regroupées en trois catégories : une temporalité inadaptée (25%) : le moment n'est pas approprié, ce n'est pas la préoccupation principale de la femme ou c'est trop tôt pour en parler; un manque d'intérêt de la femme (44%) : présence de réticences de la femme par une mauvaise compréhension du rôle des CS, perception des sujets abordés comme inappropriés, peur du jugement, préférence de la femme à parler avec son médecin gynécologue; environnement de travail défavorable (31%) : manque d'intimité et de confidentialité, femmes lassées d'être constamment dérangées, présence

d'autres visites, surplus d'informations, besoin de la femme de quitter l'hôpital, conflit avec l'équipe soignante. **Les stratégies** nommées pour faire face à ces situations sont les suivantes : communiquer : explicitation du rôle et du sens, verbaliser les résistances; aménager l'organisation : proposition de définir un moment qui convient mieux, informer les femmes de notre visite au préalable; adapter sa pratique : identifier les besoins, s'adapter aux situations, ajuster sa pratique pour offrir un espace de parole en respectant l'intimité et le besoin; faire preuve d'une posture bienveillante : faire du lien, valider les connaissances de la femme et rebondir dessus, créer un lien, mettre en confiance, montrer de la compréhension, rester sensible à la réalité post-partum de la femme; ouvrir sur des possibles ultérieurs : rester à disposition, remettre de flyers; mettre fin à l'entretien : laisser libre, respecter le refus, synthétiser l'entretien, prendre note, faire profil bas; travailler sur sa posture interne : rester calme et empathique, mobiliser intérieurement son propre vécu personnel et professionnel pour se légitimer et se sentir crédible face aux expériences négatives, ne pas vouloir à tout prix imposer la consultation.

Les situations où **les informations semblent entendues, utiles et retenues** (cf. tableau n°15) sont en premier lieu lorsque la femme ou le couple présentent un intérêt pour les thématiques de la consultation (60%); lorsqu'ils expriment des besoins spécifiques (30%), comme le projet de fin de parité, la présence de difficultés antécédentes ou de réflexions préalables sur les sujets abordés; lorsqu'il existe des ressources techniques adaptées (10%), comme les documents traduits dans la langue ou la présence de traduction.

Les situations qui paraissent **plus difficiles pour que bénéficiaires s'approprient les informations** (cf. tableau n°16) relèvent d'indispositions dues à l'état de la femme (17%), qui peut être altéré par un accouchement traumatique, une fatigue importante, des problèmes psychiques et sociaux conséquents ou des difficultés cognitives; de la présence d'autres priorités (23%) qui font référence au lien avec le nouveau-né (complications médicales pour l'enfant, cris de l'enfant, allaitement en cours, posture entièrement centrée sur l'enfant); des barrières culturelles (37%) : l'absence de langue commune, la résistance à la contraception, la connotation taboue de la sexualité, les croyances, les coutumes et les religions; de la configuration en groupe (3%) créant un obstacle pour prendre la parole ou poser des questions; du degré d'autonomie de la consultante dans la prise de ses décisions (20%) : le besoin d'aval du père de l'enfant ou du médecin, le mari avec une forme d'ascendance sur la femme faisant office de traducteur, insuffisance de connaissance de la femme, excédent de connaissances de la femme. On observe que les barrières culturelles représentent le facteur le plus fréquemment cité pour expliquer une difficulté à assimiler les informations, suivi de l'état indisposé de la femme et de la présence d'autres priorités qui s'équivalent.

Questionné·e·s sur **les éléments qui facilitent leurs rapports avec les bénéficiaires** (cf. tableau n°17), les conseiller·ère·s font référence à leurs aptitudes personnelles et professionnelles (36%) : facilité de contact, capacité d'adaptation, habileté à sentir si ce n'est pas le moment, posture qui ne vise pas à imposer la prestation et double titre de sage-femme; aux dispositions du contexte (36%) : absence de stress chez la mère pour un rendez-vous médical, absence d'autre patiente dans la chambre, enfant calme et en bonne santé, absence d'interruption durant la consultation; à la connaissance de notre mandat de la patiente (14%) et la disponibilité de la femme (14%).

Les tensions perçues par les professionnel·le·s (cf. tableau n°18) peuvent être issues de l'état de la femme (14%) : pas sa priorité ou femmes "sur les nerfs"; des réticences chez les patient·e·s (44%) : valeurs qui s'opposent à la contraception ou aux hormones, valeurs religieuses, malentendus ou incompréhensions sur les intentions, mauvaise image du centre de santé sexuelle, croyance que les professionnel·le·s veulent imposer une manière de faire; de la temporalité (14%) : manque d'espace-temps entre l'accouchement et la proposition de parler de sexualité; de l'aspect intrusif de la configuration (14%) dû à l'absence de lien avec la femme ou le couple face à l'intimité nécessaire pour aborder les sujets; du contexte hospitalier (14%) : tensions avec l'équipe soignante, excédents de passages en chambre, cumulations de petits incidents.

4.3 EXPÉRIENCES DE LA COLLABORATION AVEC L'HÔPITAL

Sur l'ensemble des professionnel·le·s interrogé·e·s, 46% estiment avoir une bonne **qualité de collaboration** avec l'hôpital, 27% l'évaluent à très bonne et 27% montrent un discours mitigé (cf. tableau n°19). Le premier discours mitigé fait une distinction entre la collaboration avec l'équipe soignante et celle avec les médecins chef·fe·s. Le deuxième discours fait une distinction au sein même de l'équipe soignante. Et le dernier relate une amélioration depuis un changement d'équipe.

Selon ces professionnel·le·s, les éléments qui **facilitent la collaboration** (cf. tableau n°20) relèvent d'abord de la communication (76%) comprenant la possibilité de dialogue, le partage de bureaux, les rencontres régulières avec le personnel, la participation au colloque de service, des espaces pour des moments informels de discussion, la bonne compréhension mutuelle des pratiques et des mandats, l'élaboration d'un guide permettant d'homogénéiser les pratiques et les retours sur les consultations faites. S'ensuit le respect (24%), qui comprend la considération des compétences et des mandats respectifs, le respect du rythme de travail des soignants, un sentiment d'être accepté·e grâce à une longue expérience de collaboration et une posture qui prend soin de ne pas perturber le travail des soignants. Les principaux éléments qui **parasitent la collaboration** sont des

obstacles liés à des problèmes organisationnels (36%), comme la rapidité de fin d'hospitalisation impliquant du stress et le fait de devoir partager la consultation avec d'autres intervenant·e·s, l'absence de traduction officielle, la peur de perturber, l'impossibilité d'accéder au dossier, la collaboration avec d'autres services interférant les consultations, le fait de devoir partager les bureaux et d'être tributaire des sages-femmes; un manque d'opportunité de dialoguer (36%) dû à la surcharge de travail respective et qui implique une méconnaissance du travail, du rôle et des sujets abordés; des opinions du personnel hospitalier (19%), telles que la réticence des sages-femmes face à la manière de procéder des CS, la perception de la prestation comme un excédant durant la prise en charge post-partum, une attente surestimée des médecins en comparaison aux ressources disponibles et une absence de reconnaissance; un manque de considération de la spécialisation des CCS par le professionnel hospitalier (9%), comme lorsque les médecins délivrent des ordonnances sans explications aux patientes ou lorsque les sages-femmes estiment avoir les compétences pour assumer le travail des CSS.

Pour certain·e·s, le fait de dépendre d'une structure extérieure à l'hôpital crée une forme de scission dans la collaboration et, pour d'autres, **la légitimité** de la prestation perçue par l'hôpital est en bonne évolution. Les facteurs aidant à la légitimité de la prestation sont (cf. tableau n°22) : le double statut de sages-femmes de certain·e·s conseiller·ère·s (8%), la convention signée avec l'hôpital (17%), le fait que la prestation fasse partie des offres hospitalières du post-partum (8%) et la validation du médecin gynécologue lors du contrôle médical post-partum à 6 semaines (8%). Mais c'est principalement la validation du personnel hospitalier qui est nommée pour favoriser ce processus de reconnaissance (59%). Pour accroître cette reconnaissance, les professionnel·le·s s'appuient sur la communication qui permet de rendre le travail visible. Les protagonistes cités pour cette légitimation intra-hospitalière sont (cf. tableau n°23) : les chef·fe·s de service et médecins (50%), le service de maternité en général (36) et les sages-femmes (14%).

4.4 SYNTHÈSES DE L'ANALYSE

On voit que **les avantages** de la prestation identifiés par les personnes de terrain – soit l'accessibilité aux femmes et aux couples, la possibilité d'identifier des situations précaires, faire de la prévention de grossesse non désirée, proposer un conseil en contraception spécifique, offrir un espace de débriefing et soulever le tabou de la sexualité – correspondent aux mandats et aux buts décrits dans la littérature (voir chapitre 3.2). Les situations où **les informations semblent entendues, utiles et retenues** apparaissent lorsque la femme ou le couple présentent un intérêt pour les thématiques, lorsqu'il y a des besoins spécifiques ou lorsqu'il existe des ressources techniques adaptées. Unaniment, les professionnel·le·s

qui ont répondu au questionnaire se sentent **généralement bien accueilli-e-s** par les bénéficiaires.

Toutefois, ils/elles témoignent de tensions possibles qui émergent principalement lorsque la femme n'est pas disponible à l'échange. Selon les récits, cette **complication d'accès** est due au manque d'intérêt pour les sujets abordés ou à des réticences face à ceux-ci, à la rapidité de temporalité entre l'accouchement et la consultation, à un état psychique ou physique indisposé, à l'aspect intrusif de la configuration et à la présence d'autres priorités pour la femme. Aussi, il est reporté une difficulté d'accès non négligeable issue des barrières culturelles en l'absence de traduction neutre. L'ensemble de ces éléments corrobore les obstacles développés dans le cadre théorique (voir chapitre 3.4). Les situations qui paraissent **plus difficiles pour que les bénéficiaires s'approprient les informations** relèvent d'indispositions dues à l'état de la femme, de la présence d'autres priorités, des barrières culturelles, de la configuration en groupe et du degré d'autonomie de la consultante dans la prise de décisions. On observe que les barrières culturelles représentent le facteur le plus fréquent, suivi de l'état indisposé de la femme et de la présence d'autres priorités, qui s'équivalent. Finalement, **le contexte hospitalier** ne favorise pas la qualité de la consultation. Cet obstacle est créé, selon les personnes de terrain, par un excédent d'informations durant le séjour, un excédent de passages en chambre et un manque de confidentialité lorsque les chambres sont partagées. Même si la collaboration avec l'hôpital est globalement estimée favorablement et que la légitimité de la prestation de l'hôpital est en bonne évolution, il est relaté que de dépendre d'une structure extérieure crée une forme de scission impliquant des parasites, comme un manque d'explications de la prestation auprès des femmes, des difficultés d'organisation avec le personnel, un manque d'espace pour dialoguer, des perceptions parfois négatives et un manque de considération de la spécialisation des CS.

Les récits montrent une **priorisation différente** sous plusieurs aspects. Premièrement, les professionnel-le-s ne citent pas les mêmes mandats : parfois, c'est d'abord la promotion de la santé sexuelle ; parfois, c'est la possibilité d'offrir un espace de débriefing et d'écoute ; parfois, c'est l'accessibilité aux femmes et parfois, c'est la prévention de grossesses non désirées qui sont mentionnées en premier lieu. Deuxièmement, **les sujets abordés** ne sont pas unanimement cités : parfois, les conseiller-ère-s mettent en avant l'état de la femme ; parfois, la fertilité ; parfois, la sexualité et parfois, l'environnement. Troisièmement, **la manière d'évaluer la pertinence** de la prestation dans le contexte immédiat du post-partum est non seulement diversifiée – parfois, les professionnel-le-s se basent sur l'évaluation des ressources environnementales et parfois, sur les ressources internes à la femme –, mais aussi contradictoire : les mêmes facteurs sont utilisés à la fois pour légitimer

la pertinence de la prestation ou, à l'inverse, pour mettre en lumière son inadéquation. Il devient, dès lors, impossible de tirer des conclusions sur **l'adéquation entre les mandats et sa faisabilité dans la mise en pratique**. Cependant, nous pouvons notifier qu'aucune réponse ne l'évalue entièrement positivement. Les discours qui estiment négativement cette corrélation avancent les éléments suivants : l'inadéquation face au besoin de la femme, le manque d'effectif et de temps, la surcharge d'informations et le manque d'explications de la visite des CS. Pour faire correspondre les réalités de travail aux mandats, on observe plusieurs stratégies dans les récits : certains discours adaptent le mandat selon la réalité du terrain, d'autres discours relativisent le manque de temps par une flexibilité et d'autres encore relativisent les inconvénients face à l'importance des mandats.

5. CONCLUSION

Comme nous l'avons vu au chapitre 3.1, il existe non seulement **des problèmes de santé sexuelle spécifiques au post-partum** – tels que le retour à la fertilité créant de potentielles grossesses non désirées, des modifications psychiques, physiques, affectives, conjugales, sociales et organisationnelles créant d'éventuelles difficultés dans chacune de ces sphères et une vulnérabilité spécifique des femmes migrantes –, mais on relève, en outre, **un manque de connaissance notoire** chez les individus concernant ces risques et les actes de prévention possibles. Ces éléments réunis assoient **l'importance** d'une politique de santé qui offre des prestations favorisant la promotion de la santé.

Si nous entendons une efficacité de cette politique au sens d'une réussite des objectifs décrits dans le chapitre 3.2, il apparaît **nécessaire que les modalités permettent** de répondre de manière optimale à ces préoccupations. En effet, des aspects tels que **la motivation, l'attention et la capacité à mémoriser** sont des prérequis fondamentaux dans l'intégration des messages de prévention : « La femme doit être attentive aux informations données, car les informations reçues par l'accouchée doivent être mémorisées non pas à court terme, mais à long terme. La motivation de la femme à recevoir des informations est importante. Une femme qui n'aura pas envie d'écouter les propos du soignant ne retiendra pas ce qu'il lui a dit. L'acquisition d'une connaissance nécessite trois capacités : l'attention, la mémorisation et la motivation. La fatigue est un élément qui ne facilite pas la mémorisation, or celle-ci est relativement présente chez les femmes les jours suivant leur accouchement » (Munéry, 2016, p.69). De plus, il est communément inscrit dans ce type de prestation **la nécessité d'une co-construction** avec la/les consultant·e·s : « Il est important de garder à l'esprit que l'adhésion de la patiente prime sur l'efficacité théorique de la méthode contraceptive choisie » (Robin et al., 2010, p.33). Sans compter que le rapport à la contraception hors contexte du post-partum est déjà **en soi une démarche complexe** : « La tendance est de croire que le désir d'enfants est devenu une démarche raisonnable,

réfléchi et programmable. Cependant, la répétition des échecs de contraception a amené les professionnel·le·s de la santé sexuelle à s'interroger et à réaliser qu'un désir de grossesse ne sous-entend pas forcément un désir d'enfant, et qu'un désir d'enfant ne s'exprime pas obligatoirement en projet d'enfant » (Dufey Liengme & Hulsbergen, 2019, p.51). Dès lors, comme l'indique Angela Wader Lamas dans le module n°3 du DAS : « La question de la contraception présuppose **une capacité sociale à maîtriser sa vie** » (Bajos, 2002, cité dans Walder Lamas, 2018, PP.25).

Par conséquent, dans le cadre du post-partum, il devient nécessaire de prendre en compte notamment les modifications physiques et psychiques de la femme : « 50-80% des femmes perçoivent une altération de leur mémoire contre 16% des femmes qui ne sont pas enceintes. Dès lors, l'information donnée aux patientes peut ne pas être retenue aussi bien qu'attendu ! » (Horsch, 2019, PP.32). On note, en effet, que **l'absence de considération des spécificités** du post-partum des professionnel·le·s a une influence déterminante sur la réussite des objectifs de prévention : « Le manque de personnalisation de la prescription d'une contraception du post-partum aurait comme conséquence un manque d'observance de la part des accouchées » (Munéry, 2016, p.64). Ainsi, face à la complexité des sujets abordés durant cette consultation et les subtilités de l'intégration des comportements préventifs, **la disponibilité** apparaît donc comme un élément primordial : « La maîtrise de la contraception est complexe, elle nécessite un investissement important de la part de la personne détentrice du savoir et celle qui souhaite l'acquérir. Si l'on transpose le schéma d'apprentissage au duo professionnel de la santé-patient, cela montre l'intérêt (...) de les faire reposer sur des moments où chacun est prêt et disponible pour l'échange à ce sujet. C'est aussi ce qu'a conclu une étude menée en Ecosse en 1996 » (Munéry, 2016, p.64).

Or, comme on le voit dans les récits des conseiller·ère·s et dans la littérature (chapitre 3.4), l'indisponibilité des femmes et les fossés culturels créent des **complications notoires d'accès**. Nous avons vu que les fossés culturels, que ce soit les différences de langues ou de croyances, constituent des obstacles pour cette rencontre : « Un entretien-conseil dans un contexte interculturel peut générer une grande insécurité de part et d'autre. Insécurité par rapport à la communication (nous sommes-nous bien compris ?), insécurité aussi lorsque des attitudes et représentations liées à la santé et à la maladie sont fondamentalement remises en question. Ces insécurités peuvent susciter des mécanismes de défense et induire des préjugés, tant chez les professionnel·le·s que chez les client·e·s » (Santé Sexuelle Suisse, 2006, p.8-9). La temporalité rapprochée entre l'accouchement et la consultation, le manque de temps et d'effectif, l'absence de dialogue avec le personnel hospitalier, l'absence d'explication de la consultation auprès des femmes, le contexte hospitalier comprenant de nombreuses interférences et une absence de confidentialité,

l'absence de lien créant un sentiment d'intrusion dans l'intimité, le manque de traduction neutre, l'état psychique et somatique de la femme, l'absence de demande faite par la femme et les couples engendrent un ensemble de modalités qui empêchent l'optimisation de la prestation. Nous pouvons donc conclure, au vu de ces éléments, que les modalités de travail ne sont pas idéales pas répondre pleinement aux mandats.

5.1 PERSPECTIVES RÉFLEXIVES ET OPÉRATIONNELLES

Ces constats occasionnent notamment une critique du **moment choisi** pour cette prestation : « Le post-partum ne semble pas être la meilleure période pour aborder un sujet aussi important que la contraception, or la quasi-totalité des femmes reçoit une information à ce moment-là » (Munéry, 2016, p.70). Comme Dufey Liengme et Hulsbergen le confirment : « la question suivante se pose : quel est le moment le plus propice pour aborder [ces sujets] ? » (2019, p.52). D'un point de vue général, il est de nombreuses fois cité dans la littérature le bénéfice de **la répétition** des messages : « le fait de donner les mêmes informations à plusieurs reprises et à des moments différents, par des professionnel·le·s différent·e·s, aurait un impact favorable (Zapata et al., 2015, cité dans Dufey Liengme et Hulsbergen, 2019, p.52); « Les informations reçues par l'accouchée doivent être mémorisées non pas à court terme, mais à long terme. On sait que, pour cela, l'apprentissage doit être répété et réparti dans le temps » (Munéry, 2016, p.70); « La multiplication des moments d'échange avec un programme spécifique à la structure de la prise en charge et défini en amont (faire évoluer les thèmes en fonction du moment de la délivrance du message) serait un moyen d'action intéressant pour lutter contre l'échec » (Munéry, 2016, p.71). Il est dès lors imaginé **trois temps** de rencontres : « l'idéal serait une consultation spécialement dédiée à la contraception dans les semaines précédant la naissance. Donner des informations pour la deuxième fois aux femmes pendant le séjour à la maternité est nécessaire malgré le déficit d'attention que peuvent présenter les mères à ce moment-là. En effet, c'est à la sortie de la maternité que les femmes repartent avec une ordonnance de contraception. Il est donc nécessaire qu'elles aient effectué leur choix en matière de contraception après avoir reçu les informations utiles. La troisième répétition pourrait se faire durant une visite à domicile dans les jours suivant le retour à la maison. La femme est alors dans son milieu et a pu prendre ses repères en tant que mère, elle pourra alors être plus attentive » (Munéry, 2016, p.71). Répartir les rendez-vous sur une plus large temporalité demande l'implication d'autres professionnel·le·s : « Pour augmenter les chances de réussite et réduire le nombre de grossesses itératives non désirées, il ne faut négliger ni l'entretien en suite de couches immédiates, ni la consultation postnatale, ni bien évidemment l'implication des médecins traitants » (Robin et al., 2010, p.41). La plus-value de **la consultation anténatale** est particulièrement mise en avant : « Idéalement, il est souhaitable d'aborder le

problème de la contraception en période anténatale et, si possible, en couple. Plusieurs études ont, en effet, mis en évidence les insuffisances de la stratégie contraceptive lorsque celle-ci n'est pas évoquée avant le séjour en maternité » (Robin et al., 2010, p.33). En mai 2017, le CHUV a mis en place une consultation anténatale et démontre les bénéfices qui en découlent : « Une étude sur l'opportunité et la faisabilité de l'implantation de cette consultation et une enquête basée sur un collectif de 51 femmes (...) montrent que plus de 90% des femmes disent avoir apprécié la consultation avant la naissance, car cela permettait d'anticiper et de réfléchir à un choix de contraception. A priori, elles n'y auraient pas réfléchi spontanément pendant cette période de grossesse, remettant ce choix à plus tard, ou n'avaient pas conscience de l'importance de cette anticipation. (...) Suite à cette consultation, 80% des femmes avaient évolué vers un choix de méthode contraceptive plus sûre. Dans le cas où le choix n'était pas encore défini, l'information reçue leur permettait de réfléchir à un choix personnel qui les encourageait et les renforçait dans leur *empowerment* » (Dufey Liengme & Hulsbergen, 2019, p.53). La pertinence de ce projet novateur est validée par les femmes, qui estiment effectivement qu'il s'agit du meilleur moment pour aborder ces questions ((Dufey Liengme & Hulsbergen, 2019, p.55). Ce constat est partagé en France voisine : « Dans l'étude de Nantes, les femmes pensaient que l'information sur la contraception devrait se faire en anténatal, avant la période de suites de couches, car celle-ci est souvent brève. L'étude réalisée au Mans avait mis en avant que la majorité des femmes ne souhaitent pas d'information durant leur séjour, et seulement un tiers souhaitent être informées durant les cours de préparation à l'accouchement » (Munéry, 2016, p.71). Précisons que les cours de préparation à l'accouchement ne représentent pas une occasion de rencontre idéal pour une prévention sélective, puisque toutes les femmes ne participent pas à ces cours (Munéry, 2016, p.70).

D'autres pensent à privilégier le moment du **contrôle médical post-partum** (Robin et al., 2010, p.33). Toutefois, comme nous l'avons vu, un retour de couches est envisageable avant ce rendez-vous, et nous constatons qu'au moment de cet entretien : « 45% des femmes avaient des besoins non comblés en matière de contraception. Il est mis en évidence d'une part la difficulté d'accès immédiat à une contraception après l'accouchement, et d'autre part, il est confirmé que les sujets de la fertilité pendant l'allaitement et de la transition contraceptive en fin d'allaitement sont peu ou mal connus et donc mal gérés ou anticipés » (Coquillat et al., 2010, cité dans Dufey Liengme & Hulsbergen, 2019, p.52). De plus, l'organisation du rendez-vous médical présente encore un autre désavantage : « l'inconvénient serait que nous ne verrions qu'une partie des femmes – celles suivies pour leur grossesse en Polyclinique de gynécologie –, nous ne toucherions donc pas les femmes suivies par des gynécologues privés » (réponse d'un-e conseiller-ère à mon questionnaire). Toutefois, la consultation post-partum six à huit semaines après l'accouchement n'est pas à

négliger, car « elle permettra de réévaluer la stratégie contraceptive et de la modifier si nécessaire » (Robin et al., 2010, p.34).

Les perspectives pour améliorer les modalités doivent aussi viser à réduire l'écart créé par **la diversité culturelle**, puisque « le conseil aux personnes issues de la migration pose des exigences spécifiques quant à l'accessibilité et au type d'offres des services de consultations qui se traduit par le terme "compétences transculturelles". Ces compétences peuvent être favorisées au niveau organisationnel par des structures appropriées » (Santé Sexuelle Suisse, 2006, p.8.). Dans ce contexte, les stratégies suivantes peuvent être développées : « Ouvrir davantage les prestations aux personnes issues de la migration » (2006, p.7) ; « Mettre en œuvre les structures et compétences pour répondre à ces besoins » (2006, p.7) ; « Porter une attention toute spéciale aux femmes enceintes provenant de régions où l'excision est très répandue » (2006, p.15) ; « L'interprète communautaire doit justifier non seulement de compétences linguistiques, mais aussi et tout particulièrement de compétences émotionnelles » (2006, p.17) ; « La participation de migrant·e·s au développement et à la réalisation des offres et projets des services de consultation permet non seulement d'augmenter les compétences des services, mais aussi de favoriser le travail en réseau et d'augmenter l'acceptation des offres des services de consultation par les groupes cibles » (2006, p.24). De plus, puisque « il est particulièrement important d'intervenir avec finesse dans les sujets considérés comme tabous ou face à un sentiment de gêne, d'encourager l'autonomie des client·e·s et de clarifier les différentes idées et attentes par rapport aux rôles des uns et des autres » (2006, p.18), la mise en place de rencontres multipliées et réparties dans le temps ne peut que faire sens pour favoriser la construction du lien permettant de dépasser ensemble les fossés culturels.

En ce qui concerne **la collaboration avec l'hôpital**, les récits des conseiller·ère·s interrogé·e·s avancent que la légitimité de la prestation faite par les chef·fe·s de service, le service de maternité en général et les sages-femmes auprès des femmes accouchées semble nécessaire pour la qualité de la prestation. Les facteurs aidant pour la légitimité de la prestation sont : le statut de sages-femmes de certaines conseillères, la convention signée avec l'hôpital, le fait que la prestation fasse partie des offres hospitalières du post-partum et la validation du médecin gynécologue lors de la consultation post-partum dès 6 semaines. Mais c'est principalement la validation du personnel hospitalier qui est nommée pour favoriser ce processus de reconnaissance. Pour accroître cette reconnaissance, les professionnel·le·s s'appuient sur la communication qui permet de rendre le travail visible. Tous et toutes tendent à dire que d'augmenter les espaces d'échanges, permettant notamment de mieux identifier les rôles respectifs, serait profitable à la qualité de la prestation.

Finalement, **d'autres études complémentaires** pourraient être profitables pour mieux cerner la problématique, comme : rassembler les statistiques pour chaque hôpital des consultations post-partum, comprendre pourquoi tous les hôpitaux n'acceptent pas la prestation, entendre l'avis des femmes, entendre l'avis des femmes migrantes, entendre l'avis du personnel hospitalier, comprendre si la prestation faite de cette manière a un impact sur le taux d'interruption de grossesse et finalement évaluer les avantages et les inconvénients à faire la consultation en groupe ou en individuel. Il serait également intéressant d'établir une cartographie comparative de l'offre en Suisse pour mieux cerner les pratiques. Une première ébauche de cet objectif a été dessinée pour ce travail. Ainsi, les responsables de 8 centres de santé sexuelle ont répondu à mes questions, qui cherchaient à identifier les pratiques et les modalités de cette prestation pour chaque centre. Vous trouverez le questionnaire qui leur a été soumis à l'annexe n°7 et les réponses à ces questions à l'annexe n°8.

5.2 ÉVOLUTION DU REGARD ET POSITIONNEMENT ÉTHIQUE PERSONNEL

Si, avant de commencer mon stage, je me questionnais sur la pertinence du moment choisi pour cette consultation, la pratique m'a permis de découvrir que, malgré le contexte, plusieurs femmes démontraient une disponibilité pour la consultation. Face aux tensions et enjeux décrits ici, j'ai eu l'occasion de développer les mêmes stratégies relatées par les conseiller·ère·s, soit de verbaliser les résistances, expliciter le rôle, aménager l'organisation, adapter la pratique, faire preuve d'une posture bienveillante, faire du lien, ouvrir sur des possibles ultérieurs, mettre fin à l'entretien et travailler sur ma posture interne. Ainsi, trouver des moyens pour répondre aux mandats malgré les obstacles de réalité de travail est un riche apprentissage, transposable dans de nombreux contextes. Toutefois, fortement convaincue de l'importance de la prestation, je suis restée sensible face au manque de moyens mis à disposition, qui parasite les chances de répondre aux mandats. Ce travail m'a permis non seulement de découvrir de nouveaux éléments liés à la thématique, comme les risques médicaux des grossesses rapprochées et les différentes stratégies élaborées (par ex. le projet de consultation anténatal), mais aussi d'observer que ces questionnements sont validés et partagés par d'autres professionnel·le·s et théories et de confirmer mes premières hypothèses.

Comme nous l'avons vu dans l'analyse des récits, les inconvénients sont souvent **relativisés par l'importance du mandat**, phénomène que l'on retrouve dans la littérature : « Bien que les patientes ne se montrent pas toujours très réceptives à l'information contraceptive délivrée lors des consultations prénatales ou en suites de couches, il nous semble indispensable de sensibiliser efficacement à la contraception » (Robin et al., 2010, p.41). Dans le *Guide pratique d'entretiens de planning familial*, il est encouragé à maintenir la

consultation malgré l'indisposition de la femme pour échanger, et ce pour le bien des buts poursuivis : « (...) il arrive que le nourrisson s'agite ou pleure. La femme est distraite, s'occupe de son bébé et son attention à la discussion est diminuée. La CPF tient compte de cette attention "morcelée" et essaie de maintenir le fils rouge de l'entretien pour que la femme reçoive la réponse à sa demande » (Méan, & Wyss, 2006, p.78). Parfois, il est même pensé à la place de la femme pour évaluer ses priorités, son indisponibilité parasitant sa réflexion : « La femme peut éprouver des difficultés à être attentive. Elle pourrait oublier qu'elle n'en reste pas moins une femme qui reprendra des rapports sexuels et s'exposera ainsi à une nouvelle grossesse si elle n'était pas protégée. Le professionnel de santé doit être conscient du peu d'attention que peut lui consacrer la femme et doit tout faire pour la capter » (Munéry, 2016, p.69). L'importance de la prestation est incontestable. Toutefois, je reste convaincue qu'il réside une contradiction dans la volonté de maintenir la prestation dans ces conditions au détriment des obstacles identifiés. En effet, les objectifs de la prestation (dont l'accès aux femmes) auront de la difficulté à être atteints dans la mesure où les femmes ne sont pas entièrement accessibles, soit par l'état particulier du post-partum, soit par un fossé culturel, soit par le contexte hospitalier.

Les objectifs de travail sont, parfois, pensés comme **des inspections**. Par exemple, le soutien pour dépasser les difficultés face à la reprise d'une sexualité est cité comme suit : « vérifier comment le couple imagine la reprise de la sexualité » (Méan, & Wyss, 2006, p.77), alors qu'il pourrait être formulé comme une proposition de dialogues autour de la reprise des rapports sexuels, dans la mesure où le couple le désire, et offrir des compléments d'informations s'il en évalue une nécessité ». Aussi, il est notifié que notre rôle consiste à « valoriser les options prises par l'équipe médicale en fonction des bénéficiaires » (Méan, & Wyss, 2006, p.77), alors que cet objectif pourrait être formulé comme une possibilité d'offrir un espace aux consultant·e·s pour verbaliser leurs vécus dans les conflits et encourager une communication entre les personnes concernées. Ainsi, la prise de pouvoir, parfois corrélée aux métiers sanitaires, engendre un rapport asymétrique avec les consultant·e·s, qui mène occasionnellement à entrevoir notre rôle soit comme agent de la prévention au détriment de la capacitation d'agir des personnes concernées, soit comme un élément loyal au service hospitalier faisant corps face aux critiques des consultant·e·s. En outre, nous observons, parfois, une **absence de prise en compte de la complexité de l'état général de la femme** lors du post-partum, où son indisponibilité est occasionnellement réduite au simple fait qu'elle est en train d'allaiter ou que l'enfant crie. Or, comme nous l'avons vu, l'accouchement et l'arrivée d'un enfant représentent un bouleversement plus ou moins intense de toute la structure interne et externe à la femme. J'observe, également, une tendance des récits (théoriques et terrain) à **se focaliser sur la prévention de grossesse non désirée**, or, ne

serait-ce que dans les objectifs décrits dans le *Guide pratique d'entretiens de planning familial*, on voit bien que le rôle et les mandats des CS comprennent une plus large palette de domaines à explorer. On peut interpréter ce constat par le manque de temps ou par le respect des besoins formulé par la femme. Toutefois, on peut aussi considérer que les projets propres aux professionnel·le·s peuvent également baisser l'identification des besoins.

Finalement, j'ai parfois rencontré **des réticences** aux possibilités de questionner ou d'entrevoir des modifications de la prestation, basées sur la difficulté de trouver de meilleures propositions ou sur un sentiment d'être évalué·e dans la qualité du travail fourni. Or, cette démarche ne cherche non pas à pointer du doigt les compétences des services, mais bien à décomposer la faisabilité des missions déléguées face aux moyens mis à disposition. Par ailleurs, comme l'indiquent Dufey Liengme et Hulsbergen, il apparaît, en effet, « continuellement nécessaire d'interroger la stratégie des professionnel·le·s de la santé sexuelle. Son adaptation doit permettre de répondre encore mieux aux besoins des femmes et des couples dans ce domaine afin qu'ils puissent gérer en toute autonomie leur fertilité et faire des choix conscients » (2019, p.55). Ainsi, au lieu de comprendre les questionnements comme une critique dommageable, nous pouvons les entrevoir comme une démarche réflexive visant à défendre les droits sexuels, et donc le bien-fondé de la prestation par une amélioration des modalités qui l'encadrent.

BIBLIOGRAPHIE

- Balthasar H. & Spencer, B. (2008). Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2007. *Raison de santé*, 145. Lausanne : IUMSP, CEESAN
- Camincher, A. (2019). *Sexualité et naissance*. Lausanne : HESAV.
- Dufey Liengme, C., & Hulsbergen, W. (2019). Période périnatale et contraception : pistes de réflexions et stratégies. *Obstretica*, 4, 50-55.
- Diserens, M. (Dir.) & Lavanchy, P. (Dir.). (2006). *Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans) - parents : Document à l'intention des institutions et des intervenantes et intervenants professionnels*. Canton de Vaud : SSP, SPJ.
- Horsch, A. (2019). *Adaptations psychologiques normales à la grossesse*. Lausanne : Unil, CHUV.
- Koutaïssoff, D., Simon-Vermot, P & Dubois-Arber, F. (2015). Analyse de la situation de la Consultation de santé sexuelle - Planning familial de Profa. *Raison de santé*, 252. Lausanne : IUMSP, CEESAN. Doi : 10.16908/issn.1660-7104/217
- Méan, F. & Wyss, E. (2006). *Guide pratique d'entretiens de planning familial*. PLANes, ASCPF.
- Munéry, J. (2016). *La contraception du post-partum : Etude descriptive des connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum*. [Mémoire]. Université d'Auvergne : Ecole de sages-femmes de Clermont.
- Pin, S. (2018). *Introduction aux concepts et méthodes de santé publique appliqués à la santé sexuelle*. DAS Santé Sexuelle et reproductive. Module 2. Lausanne : HETS, CEFOC.
- Robin, G., Massart, P., Graizeau, F. & Guérin du Masgenet, B. (2010). La contraception du post-partum : état des connaissances. *La Revue Sage-Femme*, 9, 31-43. Doi : 10.1016/j.sagf.2010.01.001
- SANTE SEXUELLE Suisse. (2006). *Le conseil en santé sexuelle et reproductive pour les migrantes et les migrants : Guide à l'usage des professionnel-le-s*. Lausanne, Berne : SANTE SEXUELLE Suisse.
- Stadelmann, S., Locicero S. & Spencer B. (2016). Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2014. *Raison de santé*, 261. Lausanne : IUMSP, CEESAN. Doi 10.16908/issn.1660-7104/261
- Tshibangu, N. & Voide Crettenand, G. (2016). *Stratégie globale de promotion de la santé sexuelle : Guide pour une politique cantonale*. CLASS, SANTE SEXUELLE Suisse.
- Walder Lamas, A. (2018). *Le conseil en contraception*. DAS Santé Sexuelle et reproductive. Module 2. Lausanne : HETS, CEFOC.
-

ANNEXE N°1 : QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX CONSEILLER·ÈRE·S EN SANTÉ SEXUELLE

A L'ATTENTION DES PERSONNES DE TERRAIN

Ce travail de diplôme traite des **consultations post-partum en milieu hospitalier** dans la perspective de mieux saisir les enjeux et les pratiques de ce mandat au travers d'un **comparatif cantonal de la prestation en suisse romande**. Pour ce faire, je prends contact avec tous les centres de santé sexuelle de Suisse romande. Un premier questionnaire concerne **le descriptif du mandat** qui s'adresse aux responsables des centres / services / unités. Un deuxième questionnaire cherche à identifier **les enjeux, les limites, les avantages et les inconvénients de la prestation**, il s'adresse donc aux personnes de terrain. Je propose pour ce volet trois axes d'exploration : votre expérience du mandat, votre expérience avec les bénéficiaires et votre expérience de la collaboration avec l'hôpital.

Pour permettre une liberté d'expression, les informations et leur utilisation seront anonymes. Merci donc de me le renvoyer directement (sans copie à d'autres personnes).

✉ fanny.manzanares@gmail.com

📍 Rue de Neuchâtel 19, 1400 Yverdon-les-Bains

☎ 079 / 963.21.84

Comment répondre au questionnaire ?

- Vous pouvez **directement répondre sur ce document** et me le renvoyer par mail. Si vous rencontrez des problèmes d'affichage, vous pouvez me contacter.
- Soit le canevas **vous aide** à répondre, il vous suffit alors de faire un retour à la ligne après la question et d'y répondre, les unes après les autres.
- Soit le canevas **vous limite**, vous pouvez alors faire un retour à la ligne à la fin de la section et décrire dans la globalité les informations recherchées.
- **Il n'est pas nécessaire de répondre à toutes les questions.** Il s'agit d'une proposition pour faire émerger le discours. Selon votre évaluation de l'adéquation avec le terrain et vos connaissances, vous pouvez sélectionner les questions que vous désirez traiter.

Evidemment, si un élément pertinent manque dans mes interrogations, n'hésitez pas à compléter. En vous remerciant infiniment pour le temps dédié à ce questionnaire, je vous adresse mes meilleures salutations.

Fanny Manzanares

QUESTIONNAIRE « VÉCUS ET ENJEUX AUTOUR DE LA PRATIQUE »

VOTRE EXPÉRIENCE ET ÉVALUATION DU MANDAT

- De quels sujets traitez-vous durant les consultations de manière générale ?
- Quels sont les avantages de proposer cette pratique à ce moment dans ce contexte ?
- Quels sont les inconvénients de proposer cette pratique à ce moment dans ce contexte ?
- Dans quelles situations la prestation vous semble-t-elle pertinente ?
- Dans quelles situations la prestation vous semble-t-elle moins pertinente ?
- Dans quelles situations la prestation ne vous semble-t-elle pas adaptée ?
- Rencontrez-vous des difficultés, si oui, lesquelles ? Avez-vous déjà ressenti une forme d'impuissance ou vécu des obstacles ? Si oui, lesquels ?
- Avez-vous l'impression que le contexte de travail (lieu, temporalité du post accouchement, temps disponible pour les consultations, etc.) permet de répondre aux mandats ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi et quelles améliorations pourraient être apportées ?
- Observez-vous des différences de pratique entre les collègues ? Si oui, avez-vous des exemples ?
- Si vous aviez une baguette magique et que tout était possible, comment mettriez-vous en place la prestation ? Que modifieriez-vous ?

VOTRE EXPÉRIENCE AVEC LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION

- Comment vous sentez-vous accueilli·e par les bénéficiaires de la prestation ?
- Vous est-il déjà arrivé de ne pas vous sentir le·la bienvenu·e ? Dans quelles situations ? Que mobilisez-vous comme stratégies pour faire face à cette situation ?
- Dans quelles situations les informations transmises vous paraissent-elles entendues / retenues / utiles ?
- Dans quelles situations vous semble-t-il difficile de permettre aux bénéficiaires de s'approprier les connaissances et faire des choix ?
- Dans quel type de rencontre vous êtes-vous senti·e·s à l'aise et confortable pour la pratique ?
- Avez-vous déjà perçu des tensions lors d'une consultation ? Si oui, à votre avis pourquoi ?

VOTRE EXPÉRIENCE DE LA COLLABORATION AVEC L'HÔPITAL

- Comment décririez-vous la collaboration avec l'hôpital ?
- Existe-t-il des éléments de collaboration aidant la pratique ? Si oui, lesquels ?
- Existe-t-il des éléments de collaboration parasitant la pratique ? Si oui, lesquels ?
- Avez-vous le sentiment que les informations transmises pour le dossier sont utiles ? Pouvez-vous développer ?
- L'hôpital joue-t-il un rôle dans la légitimité de vos prestations ? Si oui, comment et qui sont les protagonistes de ce rôle ? Cette dimension aurait-elle un impact sur la manière de collaborer avec l'hôpital ? Si oui, comment cela s'exprime-t-il ?

ANNEXE N°2 : ÉCHANGES E-MAIL AVEC LE CENTRE FRIBOURGEOIS DE SANTÉ SEXUELLE

LE 26 JUILLET 2019

REPONSE A LA DEMANDE DE PARTICIPATION AU QUESTIONNAIRE :

Bonjour Madame,

Merci pour votre courriel. Comme le CFSS n'intervient pas en milieu hospitalier, nous ne pouvons pas vous aider dans votre recherche d'informations.

En vous souhaitant bon succès pour ce travail et la fin de votre DAS, nous vous adressons nos cordiales salutations.

XXX**, conseillère en santé sexuelle **Centre fribourgeois de santé sexuelle CFSS conseil - prévention - éducation

MA REPONSE :

Bonjour Madame XXX,

Je vous remercie pour votre réponse rapide.

Le fait que vous n'intervenez pas en milieu hospitalier est une information intéressante pour mon travail.

Connaissez-vous les raisons de cette décision? Est-ce que ça toujours été le cas?

Si c'est plus simple pour vous, nous pouvons échanger par téléphone, voici mon numéro : 079 963 21 84.

Je vous suis très reconnaissante pour le temps passé à répondre à mes demandes.

Avec mes meilleures salutations,

Fanny Manzanares

REPONSE A MA DEMANDE DE PRECISION :

Bonjour,

La réponse à cette question étant qu'à l'époque, la sage-femme en cheffe (qui n'est plus service) ne voulait pas de notre présence.

Actuellement, nous sommes en discussion avec la nouvelle responsable et nous allons voir comment collaborer au mieux en tenant compte, que nous sommes une petite équipe et qu'actuellement, il ne nous serait pas possible de nous déplacer plusieurs fois dans la semaine à l'hôpital.

Cordialement, Belle journée,

***XXX**, conseillère en santé sexuelle*

Centre fribourgeois de santé sexuelle CFSS conseil - prévention - éducation

ANNEXE N°3 : RÉPONSE DE LA RESPONSABLE DE L'UNITÉ DE SANTÉ

SEXUELLE DE L'HUG

LORENZA BETTOLI MUSY

Questionnaire consultations post-partum en milieu hospitalier : Le passage des conseillères en planning familial dans les services du post-partum de la Maternité des Hôpitaux universitaires de Genèveⁱ

En 1965, le Centre d'information familial et de régulation des naissances (CIFERN) a été créé à Genève suite à un vote unanime du Grand Conseil genevois. Il a été placé sous la direction du Professeur William Geisendorf. C'est le premier centre de planning familial extrahospitalier fondé en Suisse. Pour des raisons politiques, le terme de CIFERN a été choisi et non pas celui de planning familial.ⁱⁱ Dans le règlement d'exécution du CIFERN du 26 mars 1965, il est précisé que (...) » le centre s'occupe individuellement :

- a) De toutes les accouchées et opérées de la Maternité déjà vues par le service social (...) qui désirent être suivies et conseillées plus longtemps
- b) De toutes les personnes désirant être informées des problèmes concernant la régulation des naissances ou d'autres questions ayant trait au développement de la famille (...)

Depuis 1965 et jusqu'à la construction de la nouvelle Maternité des HUG en 1997, une ou plusieurs conseillères se rendaient auprès des femmes hospitalisées au post-partum de la Maternité pour leur parler des différentes méthodes de contraception qui existent, de même que de les informer sur la reprise de la sexualité. Selon la disponibilité des femmes, elles étaient vues individuellement ou groupe dans les chambres du post-partum.

A partir de 1997 et jusqu'en 2003, le passage auprès des femmes au post-partum en individuel a été remplacé par des groupes d'information, d'échange et d'aide pour les accouchées de la Maternité toujours animés par une conseillère en planning familial de notre service. Des adresses utiles leur ont été distribuées (Arcade des sages-femmes, le Cerf Volant et les permanences des infirmières pour les groupes mères-bébés dans les différents quartiers de la ville.

L'activité d'information auprès des accouchées s'est poursuivie. Mme Dorette Fert, la nouvelle responsable du CFERN/Planning familial qui a pris ses fonctions en 1995, a décidé de créer un groupe de travail pour rédiger une brochure d'information qui serait mise à disposition des femmes qui arrivent au post-partum après avoir accouché. Elle servirait également aux professionnels qui pourraient délivrer cette information pendant l'hospitalisation de la femme, mais aussi en tant que support pour les conseillères en santé sexuelle qui passent auprès des femmes et qui peuvent leur indiquer l'existence de cette brochure.

La première édition de la brochure a été publiée en 1999, sous la responsabilité du Planning familial (CIFERN) et de Profa, Fondation Profa Lausanne. Le titre était le suivant : « Rentrons à la maison,

Conseils pratiques à l'usage des parents », avec une préface signée par deux sages-femmes : Mme Nahoé Curtet, Profa, Lorenza Bettoli, Planning familial (CIFERN).

Cette édition a été aussi remise à l'ensemble des maternités et des cliniques du canton de Vaud. Mme Curtet, sage-femme de ProFA, s'est occupée de les distribuer dans le canton de Vaud. Dans le canton de Genève, la brochure a été mise à disposition à la Maternité de l'Hôpital cantonal, de même que dans les cliniques privées suivantes : Clinique des Grangettes, Hôpital de la Tour et Clinique General Beaulieu.

Compte tenu du succès de la brochure, une deuxième édition a vu le jour. Sa forme graphique a été modifiée, tout en gardant le même titre et ceci jusqu'en 2005.

Suite à la 2^{ème} édition, le service de la communication des HUG a souhaité remanier la brochure, qui nécessitait une remise à jour tant dans le contenu que dans son graphisme. Une nouvelle et dernière version a été publiée en 2008 sous le titre « Retour à la maison après la naissance : informations et conseils pratiques ». Guide à l'usage des parents.

Cette dernière version n'a été distribuée qu'à la Maternité des HUG et ceci jusqu'en 2011, car les cliniques n'ont pas été sollicitées pour participer à son financement. Profa a arrêté de participer à cette édition pour des raisons économiques.

Une réunion avec les responsables de la Maternité des HUG a eu lieu en mars 2011 pour décider de la suite à donner à cette brochure. Etant donné qu'elle ne sera distribuée qu'à la Maternité des HUG et que les conseillères en santé sexuelle ne passent plus dans les chambres, il a été décidé qu'une nouvelle brochure sera faite sous la responsabilité de la Maternité, mais avec notre participation au sein du groupe de travail.

Arrêt du passage des conseillères en santé sexuelle à la Maternité des HUG

Depuis 1965 et jusqu'en 2002, le CIFERN/Planning familial dépendait du Département de l'action sociale et de la santé. Avec l'affiliation du Planning familial (CIFERN) au Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences des HUG en 2002, la décision a été prise de cesser l'activité d'information auprès des accouchées et ceci dès 2003. La brochure a continué d'être diffusée et remise à jour par le Planning familial jusqu'en 2011.

L'arrêt de l'information contraceptive auprès des accouchées de la Maternité a été décidée par la responsable du CIFERN/Planning familial de l'époque, Mme Dorette Fert, suite à la hausse du nombre de consultations surtout pour la contraception d'urgence et l'impossibilité de continuer à mettre à disposition les des conseillères pour effectuer ce travail. D'après la responsable, ce travail pouvait être fait par des sages-femmes de la Maternité. Un projet a été mis sur pied dans ce sens, mais qui n'a pas pu se réaliser.

Actuellement, les sages-femmes de notre unité vont voir les accouchées qu'elles ont suivies lors des cours de préparation à la naissance dans le post-partum avec l'objectif de voir quelle est leur adaptation au rôle de mère, le vécu de l'accouchement, la mise en place d'une contraception etc.

ANNEXE N°4 : RÉCAPITULATIF DES RÉPONSES OBTENUES ET LEURS CONTEXTES

| REPONSES AU QUESTIONNAIRE : CONTEXTUALISATION | | | |
|---|-------------------------------|----------|-----------|
| CANTON | CSSR | HOPITAUX | REPONSES |
| VD | PROFA | 4 | 3 |
| | CCSR du CHUV | 1 | - |
| VS | SIPE | 4 | 4 |
| NE | CSSR de Neuchâtel | 1 | 2 |
| | CSSR de la Chaux-de-Fonds | | 1 |
| JU | CSSR du Jura | 1 | 1 |
| FR | CFSS | - | - |
| GE | Unité santé sexuelle de l'HUG | - | - |
| Total | | | 11 |

ANNEXE N°5 : ANALYSE DES RECITS DES CONSEILLER·ÈRE·S

EXPERIENCE ET ÉVALUATION DU MANDAT

Tableau 1 (Question n°1)

| CATEGORIES | THEMES ABORDES | NBR. | % |
|------------------|--|--------|-----|
| ETAT DE LA FEMME | Vécu de l'accouchement | 7 /11 | 19% |
| | Etat psychique / peurs baby-blues / dépression post-partum | 3 /11 | |
| FERTILITE | Contraception / contraception expérimentée / contraception-allaitement / contraception post-partum | 10 /11 | 28% |
| | Retour de la fertilité, retour de couches | 5 /11 | |
| SEXUALITE | Reprise des relations sexuelles post-partum, sexualité, difficultés sexuelles, MGF, vie affective avec l'arrivée de l'enfant | 10 /11 | 21% |
| | Changement du corps | 1 /11 | |
| ENVIRONNEMENT | Situation psychosociale : financement, ressources | 3 /11 | 17% |
| | Réseau de soutien | 3 /11 | |
| | Anamnèse de la parité, vécu des premiers post-partum | 2 /11 | |
| | Orientation vers des associations | 1 /11 | |
| PARENTALITE | Equilibre du couple, parentalité, lien parents-enfants | 2 /11 | 4% |
| AUTRES | Toutes autres questions qui émergent chez les consultant·e·s | 6 /11 | 11% |

Tableau 2 (Question n°2)

| AVANTAGES | NBR. | % |
|---|-------|-----|
| Offrir un moment d'échange sur l'intimité et de débriefing dans le contexte du post-partum immédiat | 2 /11 | 10% |
| Occasion d'identifier les situations précaires et d'offrir un soutien | 2 /11 | 10% |
| Faire de la préventions aux grossesses non désirées dans un moment de vie particulier | 6 /11 | 29% |
| Accessibilité des femmes / couples | 9 /11 | 43% |
| Utiliser les connaissances spécifiques des CS | 1 /11 | 4% |
| Soulever le tabou de la sexualité et de la sexualité post-partum | 1 /11 | 4% |

Tableau 3 (Question n°3)

| INCONVENIENTS | NBR. | % |
|--|-------|-----|
| Trop rapide après l'accouchement | 6 /11 | 26% |
| Manque de réceptivité dû à l'état psychique et somatique de la femme | 5 /11 | 22% |
| Excédent d'informations générales | 2 /11 | 9% |
| Intrusion dans l'intimité | 1 /11 | 4% |
| D'autres priorités sont enjeux | 7 /11 | 30% |
| Nombreux passages de professionnels dans la chambre | 2 /11 | 9% |

Tableau 4 (Question n°4)

| CATEGORIES | PRESTATIONS PERTINENTES | NBR. | % |
|--------------------------------|--|-------|-----|
| RESSOURCES ENVIRONNEMENTALES | Jeunes filles | 2 /11 | 44% |
| | Migrantes | 3 /11 | |
| | Situations précaires, difficultés psychosociales | 4 /11 | |
| | Primipare | 3 /11 | |
| | Violence | 1 /11 | |
| | Femme seule | 1 /11 | |
| | Pas de cours de préparation à la naissance | 1 /11 | |
| | Femme jamais été informée sur la contraception | 1 /11 | |
| | Problèmes relationnels | 1 /11 | |
| RESSOURCES INTERNES À LA FEMME | Vécu traumatique de l'accouchement | 1 /11 | 46% |
| | Grossesses non désirées | 2 /11 | |
| | Handicap | 1 /11 | |
| | Antécédent fausses couches | 2 /11 | |
| | Antécédent grossesse sous contraception | 1 /11 | |
| | Difficultés de procréation | 1 /11 | |
| | Difficultés sexuelles | 1 /11 | |
| | Dépression | 1 /11 | |
| | Dépression post-partum | 1 /11 | |
| | Peurs reprises des RS | 2 /11 | |
| | Nouvelle étape de vie, fin de projet d'enfant | 2 /11 | |

| | | | |
|--------|--|--------|-----|
| | Validation d'intérêt de l'accouchée | 2 / 11 | |
| | Mauvaise expérience accouchement antécédent | 1 / 11 | |
| AUTRES | Toutes les situations | 3 / 11 | 10% |
| | On ne sait pas à l'avance s'il y a un besoin | 1 / 11 | |

Tableau 5 (Question n°5)

| CATEGORIES | PRESTATIONS MOINS PERTINENTES | NBR. | % |
|--------------------------------|--|--------|-----|
| RESSOURCES ENVIRONNEMENTALES | Bon dialogue avec gynécologue | 4 / 11 | 70% |
| | Femme bien informée et au clair | 5 / 11 | |
| | Présence de ressources à son retour à domicile | 1 / 11 | |
| | Situations psychosociales complexes | 1 / 11 | |
| | Trop tôt après l'accouchement / pas le bon moment | 1 / 11 | |
| | Femme qui ne parle pas du tout le français | 2 / 11 | |
| RESSOURCES INTERNES À LA FEMME | Femme pas disponible | 3 / 11 | 30% |
| | Accouchement difficile ou complication avec l'enfant | 1 / 11 | |
| | Femme qui a eu une PMA | 2 / 11 | |

Tableau 6 (Question n°6)

| CATEGORIES | PRESTATIONS PAS ADAPTEES | NBR. | % |
|--------------------------------|---|-------|-----|
| RESSOURCES ENVIRONNEMENTALES | Trop tôt après l'accouchement | 5 / 9 | 50% |
| | Situations psychosociales très complexes | 1 / 9 | |
| RESSOURCES INTERNES À LA FEMME | Refus de la femme | 2 / 9 | 50% |
| | Etat de la femme indisponible (fatiguée, occupée) | 1 / 9 | |
| | Mort in utéro / complications médicales complexes | 2 / 9 | |
| | Stérilisation | 1 / 9 | |

Tableau 7 (Question n°7)

| CATEGORIES | DIFFICULTES PERÇUES | NBR. | % |
|------------|---|--------|-----|
| | Difficulté à trouver le bon moment pour voir les femmes | 2 / 11 | 22% |

| | | | |
|---|---|-------|-----|
| DIFFICULTE D'ACCES GENERALES | Difficulté à trouver le bon moment pour voir les femmes | 2 /11 | 22% |
| | Refus de l'entretien de la femme / des couples | 2 /11 | |
| | La consultation n'est pas à la demande de la femme | 1 /11 | |
| DIFFICULTE D'ACCES DUE AU MANQUE DE RESSOURCE | Barrière de la langue sans traduction | 8 /11 | 35% |
| DIFFICULTE D'ACCES SITUATION PERSONNELLE | Complication santé de l'enfant (MIU, hospitalisé en néonatalogie) | 1 /11 | 17% |
| | Femme violée | 1 /11 | |
| | Situation de rupture avec le conjoint | 1 /11 | |
| | Dépression confirmée | 1 /11 | |
| DIFFICULTE D'ACCES DUE AUX REALITES HOSPITALIERES | Difficulté de temporalité avec les réalités hospitalières | 2 /11 | 22% |
| | Difficulté de collaboration avec le personnel de l'hôpital | 1/11 | |
| | Interventions nombreuses du personnel hospitalier | 2/11 | |
| AUTRES | S'adapter aux situations | 1/11 | 4% |

Tableau 8 (Question n°8)

| EVALUATION : LE CONTEXTE PERMET-IL DE REpondRE AU MANDAT ? | NBR. | % |
|--|-------|-----|
| Répond entièrement positivement | 0 /11 | 0% |
| Répond avec de la nuance | 7 /11 | 64% |
| Observe une nette inadéquation | 4 /11 | 36% |

Tableau 9 (Question n°8)

| ÉLEMENTS EXPLIQUANT L'INADEQUATION ENTRE LE MANDAT ET LA REALITE | NBR. | % |
|--|------|-----|
| Pas la priorité de la femme | 3 /8 | 22% |
| Lieu inapproprié | 3 /8 | 22% |
| Temps / horaire / temporalité post-accouchement | 6 /8 | 42% |
| Surplus d'informations | 1 /8 | 7% |
| Manque d'information de notre visite | 1 /8 | 7% |

| Tableau 10 (Question n°8) | | |
|--|------------|----------|
| NUANCES QUANT A L'ADEQUATION DU MANDAT ET DE LA REALITE | NBR | % |
| Adaptation du mandat réalité du terrain | 1 / 7 | 9% |
| Manque de temps relativisé par la flexibilité | 1 / 7 | 9% |
| Flexibilité relativisée par le manque de temps | 2 / 7 | 18% |
| Inconvenant contrebalancé par l'importance du mandat | 4 / 7 | 37% |
| Adéquation conditionnée par l'adhésion de la femme | 1 / 7 | 9% |
| Prise en compte des exceptions | 2 / 7 | 18% |

| Tableau 11 (Question n°8) | | |
|--|-------------|----------|
| DEFINITION DES MANDATS | NBR. | % |
| Permet d'offrir un espace de parole en lien avec l'intimité et le vécu de la naissance | 1 / 4 | 25% |
| Permet un accès aux femmes | 1 / 4 | 25% |
| Permet d'éviter des grossesses imprévues | 1 / 4 | 25% |
| Permet de faire de la promotion de la santé sexuelle | 1 / 4 | 25% |

Tableau 12 (Question n°10)

| AMELIORATIONS POSSIBLES | NBR. | % |
|--|-------------|----------|
| Instaurer une consultation ultérieure | 3 / 9 | 20% |
| Augmenter le temps ou les effectifs | 3 / 9 | 20% |
| Instaurer un bureau dans l'hôpital ou les environs | 3 / 9 | 20% |
| Proposer des consultations anténatales | 1 / 9 | 7% |
| Proposer la prestation à la demande de la femme / du couple | 1 / 9 | 7% |
| Meilleure information du personnel hospitalier de notre visite | 2 / 9 | 13% |
| Plusieurs options ont déjà été réfléchies, pas d'amélioration envisageable | 2 / 9 | 13% |

EXPERIENCE AVEC LES BENEFICIAIRES DE LA PRESTATION

Tableau 13 (Question n°11)

| ACCUEIL DE LE/LA CS PAR LE BENEFICIAIRE | NBR. | % |
|---|-------|-----|
| Pas le bienvenu | 4 /10 | 40% |
| Parfois pas le bienvenu | 4 /10 | 40% |
| Rarement pas le bienvenu | 2 /10 | 20% |

Tableau 14 (Question n°12)

| CAT. | SITUATIONS OU LE/LA CS NE SE SENT PAS LE/LA BIENVENU·E | NBR | % | STRATEGIES MOBILISEES |
|---------------------|---|-------|-----|---|
| TEMPORALITE | Le moment n'est pas approprié | 3 /10 | 25% | Proposition de définir un moment qui convient mieux |
| | Pas la préoccupation principale de la femme, trop tôt pour en parler | 1 /10 | | Explicitation du rôle et du sens, proposition de définir un moment qui convient mieux |
| INTERET DE LA FEMME | Réticence de la femme par une mauvaise compréhension de notre rôle | 1 /10 | 44% | Verbaliser les résistances |
| | Sujets abordés perçus comme inappropriés Peur des femmes du jugement | 1 /10 | | Explicitation du rôle et du sens, verbalisation du ressenti, identifier les besoins, valider ses connaissances acquises et rebondir dessus, rester à disposition, laisser libre |
| | La femme n'a pas envie d'entrer en matière | 2 /10 | | Créer un lien avec leur savoir sur le sujet, leur vécu, demander comment vont les autres enfants, etc. S'adapter aux situations Respecter le refus |
| | Distance de la femme | 1 /10 | | Mise en confiance |
| | Préfère en parler avec son médecin gynécologue | 2 /10 | | Synthétiser l'entretien Prendre note, remise de flyers |

| | | | | |
|---------------------|--|-------|-----|---|
| CONTEXTE DE TRAVAIL | Manque d'intimité, de confidentialité | 1 /10 | 31% | - |
| | Lassée d'être constamment dérangée | 1 /10 | | Verbaliser ce sentiment et proposition de revenir plus tard |
| | Présence d'autres visites | 1 /10 | | Revenir plus tard |
| | Surplus d'informations | 1 /10 | | Respecter leur besoin |
| | Besoin de quitter l'hôpital, conflit avec l'équipe soignante | 1 /10 | | Explication du rôle, respecter sa demande, rester à disposition, remise de flyers. |
| AUTRE | | | | <p>Rester calme et empathique, montrer de la compréhension</p> <p>Mobiliser son vécu personnel et professionnel pour se légitimer et se sentir crédible face aux expériences négatives</p> <p>Adapter sa pratique selon l'objectif suivant : offrir un espace de parole en respectant l'intimité et le besoin</p> <p>Informez les femmes de notre visite</p> <p>Adapter son approche, rester sensible à la réalité post-partum de la femme et ne pas vouloir à tout prix imposer notre passage.</p> |

Tableau 15 (Question n°13)

| CATEGORIES | SITUATION OU LES INFORMATIONS SONT RETENUES | NBR | % |
|---------------------|---|------|-----|
| INTERET CONFIRME | Question technique des femmes ou des couples | 1 /6 | 60% |
| | Correspond aux besoins des femmes ou des couples | 2 /6 | |
| | Les femmes ou les couples montrent un intérêt | 1 /6 | |
| | Les femmes ou les couples sont réceptif-ve-s | 1 /6 | |
| | La discussion fait sens pour les femmes ou les couples | 1 /6 | |
| BESOINS SPECIFIQUES | Les femmes ou les couples ne veulent plus d'enfant | 1 /6 | 30% |
| | Les femmes ou les couples ont rencontré des difficultés antécédentes (dépression, contraception, sexualité) | 1 /6 | |
| | Les femmes ou les couples ont réfléchi à ces questions au préalable | 1 /6 | |

| | | | |
|------------------------|---|------|-----|
| RESSOURCES ADAPTEES | Présence de support pour la traduction (flyers, traducteur) | 1 /6 | 10% |
|------------------------|---|------|-----|

Tableau 16 (Question n°14)

| CATEGORIE | SITUATION DIFFICILE POUR S'APPROPRIER LES INFORMATIONS | NBR | % |
|------------------------|---|-------|-----|
| ETAT DE LA FEMME | Accouchement traumatique | 1 /11 | 17% |
| | Femme fatiguée | 1 /11 | |
| | Problèmes psychiques conséquents | 1 /11 | |
| | Difficulté cognitive | 1 /11 | |
| | Problèmes sociaux conséquents | 1 /11 | |
| AUTRES PRIORITES | Complications médicales pour l'enfant | 1 /11 | 23% |
| | Autres préoccupations de la femme | 2 /11 | |
| | Cris de l'enfant | 2 /11 | |
| | Allaitement en cours | 1 /11 | |
| | Centré sur l'enfant | 1 /11 | |
| BARRIERE CULTURELLE | Barrière de la langue | 7 /11 | 37% |
| | Résistance à la contraception | 2 /11 | |
| | Sujet tabou | 1 /11 | |
| | Coutume, croyance, religion | 1 /11 | |
| CONTEXTE | Difficulté à prendre la parole en groupe | 1 /11 | 3% |
| AUTONOMIE | Besoin d'aval du médecin | 1 /11 | 20% |
| | Besoin d'aval du père | 2 /11 | |
| | Mari qui fait office de traducteur | 1 /11 | |
| | Femme bien informée | 1 /11 | |
| | Peu de connaissances de la femme | 1 /11 | |

Tableau 17 (Question n°15)

| CATEGORIES | ÉLÉMENTS FACILITATEURS POUR SE SENTIR CONFORTABLE | NBR | % |
|--|--|-------|-----|
| APTITUDE PERSONNELLE DU/DE LA PROFESSIONNEL·LE | Contact facile, spontané | 1 / 6 | 36% |
| | Capacité d'adaptions | 1 / 6 | |
| | Capacité de sentir assez vite si je dérange | 1 / 6 | |
| | Posture qui ne vise pas à imposer la prestation | 1 / 6 | |
| | Expérience et titre de sage-femme | 1 / 6 | |
| CONTEXTE : ABSENCE DE PARASITE EXTERIEUR | Pas de stress de la mère pour un rdv avec un médecin | 1 / 6 | 36% |
| | Pas d'autres patiente dans la chambre | 1 / 6 | |
| | L'enfant dort et va bien | 1 / 6 | |
| | Pas d'interruption par des visites ou des passages | 2 / 6 | |
| CONNAISSANCE DE NOTRE MANDAT | Les patient·e·s me reconnaissent d'un accouchement ultérieur | 1 / 6 | 14% |
| | Les patient·e·s connaissent notre travail | 1 / 6 | |
| ETAT DE LA FEMME DISPOSE | Patiente intéressée | 1 / 6 | 14% |
| | Patiente pas fatiguée | 1 / 6 | |

Tableau 18 (Question n°16)

| CATEGORIES | TENSIONS | NBR | % |
|----------------------------|--|--------|-----|
| ETAT DE LA FEMME | Pas la priorité de la femme | 2 / 10 | 14% |
| | Patiente sur les nerfs | 1 / 10 | |
| RESISTANCE DES PATIENT·E·S | Contre la contraception / les hormones | 3 / 10 | 44% |
| | Valeurs religieuses | 1 / 10 | |
| | Malentendu / incompréhension sur nos intentions | 2 / 10 | |
| | Le/La patient·e pense que nous voulons imposer quelque chose | 2 / 10 | |
| | Image erronée du centre | 1 / 10 | |
| TEMPORALITE | Parler de sexualité alors que le bébé est juste né | 2 / 10 | 14% |
| | Pas le bon moment | 1 / 10 | |
| INTRUSION | Intimité du sujet et manque de complicité | 3 / 10 | 14% |

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|-------|-----|
| CONTEXTE HOSPITALIER | Tension avec l'équipe soignante | 1 /10 | 14% |
| | Trop de passage de professionnel·e·s | 1 /10 | |
| | Cumulation de petits incidents | 1 /10 | |

EXPERIENCE DE LA COLLABORATION AVEC L'HOPITAL

Tableau 19 (Question n°17)

| COLLABORATION AVEC L'HOPITAL | NBR. | % |
|------------------------------|-------|-----|
| Très bonne | 3 /11 | 27% |
| Bonne | 5 /11 | 46% |
| Réponse mitigée | 3 /11 | 27% |

Tableau 20 (Question n°18)

| CATEGORIES | ELEMENTS FACILITATEURS POUR LA COLLABORATION | NBR | % |
|---------------|---|-------|-----|
| COMMUNICATION | Dialogue | 3 /10 | 76% |
| | Partage de bureaux permet le dialogue | 1 /10 | |
| | Rencontre régulière avec la hiérarchie, les sages-femmes et les médecins gynécologues (1x par an) | 5 /10 | |
| | Participation au colloque de service (1x par an) | 1 /10 | |
| | Moments informels de discussion avec le personnel soignant | 1 /10 | |
| | Bonne compréhension mutuelle des pratiques et mandats | 2 /10 | |
| | Guides permettant d'homogénéiser les pratiques et discours | 1 /10 | |
| | Augmentation des échanges grâce à nos retours dans les dossiers | 1 /10 | |
| | Un changement d'équipe soignante a augmenté la communication | 1 /10 | |
| RESPECT | Respect du travail de chacun | 1 /10 | 24% |
| | Respect des compétences respectives | 1 /10 | |
| | Respect du rythme de travail des soignants | 1 /10 | |
| | Ne pas perturber le travail des soignants | 1 /10 | |

| | | | |
|--|--|-------|--|
| | Longue expérience de collaboration permet de se sentir accepté·e·s | 1 /10 | |
|--|--|-------|--|

Tableau 21 (Question n°19)

| CATEGORIES | ÉLÉMENTS QUI PARASITENT LA PRATIQUE | NBR | % |
|--|--|-------|-----|
| ORGANISATION | Fin d'hospitalisation rapide crée du stress | 1 /10 | 36% |
| | Fin d'hospitalisation rapide implique la multiplicité des interventions au même moment | 1 /10 | |
| | Tributaire des sages-femmes pour l'organisation | 1 /10 | |
| | Collaboration avec d'autres services (pédiatrie) interfère l'organisation | 1 /10 | |
| | Absence de traduction officielle pour réduire les frais | 1 /10 | |
| | Peur de perturber l'organisation du personnel hospitalier | 1 /10 | |
| | Impossibilité d'accès aux dossiers | 1 /10 | |
| | Partage de bureaux | 1 /10 | |
| POINTS DE VUE DU PERSONNEL HOSPITALIER | Réticence des sages-femmes face à notre façon de procéder | 1 /10 | 19% |
| | Notre visite perçue par le personnel comme un excédent d'informations dans le post-partum | 1 /10 | |
| | Attente surévaluée des médecins face à nos ressources (souhaite que nous voyons toutes les femmes) | 1 /10 | |
| | Absence de reconnaissance de notre travail | 1 /10 | |
| MANQUE DE DIALOGUE | Absence de rencontre avec le personnel hospitalier | 1 /10 | 36% |
| | Méconnaissance de notre travail, de notre rôle et des sujets abordés | 2 /10 | |
| | Manque de communication | 3 /10 | |
| | Personnel soignant très occupé | 1 /10 | |
| | Manque de temps dans nos agendas pour se rencontrer | 1 /10 | |
| MANQUE DE CONSIDERATION DE LA SPECIALISATION | Prescription de contraception de certains médecins sans explication auprès de la femme | 1 /10 | 9% |
| | Certaines sages-femmes pensent pouvoir faire notre travail | 1 /10 | |

Tableau 22 (Question n°21)

| LA LEGITIMITE DE LA PRESTATION EST AIDEE PAR : | NBR | % |
|--|------------|----------|
| La validation du personnel hospitalier | 7 /12 | 59% |
| Le double statut de sages-femmes des CS | 1 /12 | 8% |
| La convention signée avec l'hôpital | 2 /12 | 17% |
| Le fait que la prestation fait partie des prestations post-partum hospitalier | 1 /12 | 8% |
| La validation du médecin gynécologue lors du contrôle post-partum à 6 semaines | 1 /12 | 8% |

Tableau 23 (Question n°21)

| PROTAGONISTE DE LA LEGITIMITE | NBR | % |
|---------------------------------------|------------|----------|
| Le service de la maternité en général | 5 /14 | 36% |
| La hiérarchie | 7 /14 | 50% |
| Les sages-femmes | 2 /14 | 14% |

ANNEXE N°6 : RÉCITS DES CONSEILLER·ÈRE·S EN SANTÉ SEXUELLE

Chaque couleur correspond à la réponse d'une personne. Pour assurer l'anonymat, aucun nom n'est attribué. Le choix des couleurs ne correspond pas aux couleurs attribuées dans le questionnaire « mandat ».

ÉXPÉRIENCE ET ÉVALUATION DU MANDAT

DE QUELS SUJETS TRAITÉZ-VOUS DURANT LES CONSULTATIONS DE MANIÈRE GÉNÉRALE ?

Du déroulement de l'accouchement, de la parité, de l'état psychique, de la contraception et des reprises des relations sexuelles. Dans le cas des situations psycho-sociales la question du financement de la contraception et du réseau de soutien mis en place fait partie des sujets abordés.

De la contraception et des sujets en lien avec les suites de l'accouchement et la reprise des rapports sexuels (RS) (recommandations médicales, sutures, lochies, peurs, baby-blues..)

Sexualité, contraception, vécu de l'accouchement

De la contraception surtout, de comment se passe l'accouchement, du retour à domicile, le l'équilibre entre couple et parentalité et de toute question qui émerge chez la femme ou le couple présent.

Vécu de l'accouchement, suites de la naissance : retour de la fertilité, retour de couches, reprise des rapports sexuels, situation familiale et sociale : brève évaluation des besoins.

- Vécu accouchement maman/papa
- Contraception avec ou sans allaitement
- RS après l'accouchement/ couple
- Baby blues/ dépression du post-partum
- Lien parent-enfant
- Situation psycho-sociale
- Autre question des nouveaux parents

Vécu de l'accouchement ; retour de la fertilité ; reprise des rapports ; contraception adaptée à la situation de la femme/du couple ; autres sujets plus généraux ou au contraire plus spécifiques si besoin ou intérêt particulier.

Vécu de l'accouchement, retour de la fertilité, contraceptions expérimentées, choix d'une prochaine contraception, reprise des RS

Principalement de la contraception, CPC, expériences contraceptives, allaitement et contraception, du retour de couches, de la fertilité, la reprise des relations sexuelles, de l'encadrement familial (soutien-

aide), des ressources possibles si besoin d'aide avec le nouveau-né. Autres si demandes. Tout dépend du temps, de la disponibilité et de l'intérêt de la femme.

En priorité de la poursuite ou reprise des relations sexuelles postpartum, l'éventuelle contraception postpartum. D'autres thèmes sont abordés selon les situations : financement de la contraception ; difficultés sexuelles ; MGF ; orientation vers certaines associations (exemple « association X » pour les femmes migrantes), etc.....Les entretiens sont la plupart du temps assez courts pour pouvoir laisser le personnel soignant faire son travail.

Retour de couche et contraception dans le post-partum. Sexualité dans le post-partum en lien avec le vécu de l'accouchement. Changements du corps. Vie affective et sexuelle suite à l'arrivée du bb. Et au cas par cas selon la demande. Si a déjà eu des enfants, j'aborde le vécu de ces précédentes expériences (contraception et vie affective et sexuelle).

QUELS SONT LES AVANTAGES DE PROPOSER CETTE PRATIQUE A CE MOMENT DANS CE CONTEXTE ?

Offrir un moment d'échange sur l'intimité dans le contexte du post-partum débutant. Aborder les éventuels traumatismes de l'accouchement et laisser de la place au débriefing. Offrir à la parturiente ou au couple un espace d'expression en lien avec leur vécu de la naissance. Percevoir une situation précaire (migrantes, jeunes filles, situation psycho-sociales, etc..) et élaborer un soutien.

Donner des informations avant la reprise des RS afin de faire prendre conscience aux femmes qu'un retour de la fertilité peut arriver à tout moment et donner des informations sur tout les moyens de contraception existant, info qu'elles n'auront peut-être jamais ailleurs...

L'accessibilité des accouchées

On peut voir beaucoup de femmes, aussi celles qui ne seraient pas venues au planning. Certaines formes de contraception sont déjà prises avant le rendez-vous post partum chez la/le gynéco. Le médecin qui passe lors de la sortie n'a pas le temps de discuter vraiment. Les infirmières et souvent les médecins assistants ne connaissent pas aussi bien le sujet que les conseillères en santé sexuelle.

La possibilité de rencontrer presque toutes les accouchées et souvent le conjoint-te. Entretien dans un moment particulier et charnière, besoin de prévoir les suites de la naissance.

Seul moment où l'on peut rencontrer un maximum de femmes/couples après un accouchement

Les femmes sont encore dans le concret de l'accouchement et ne veulent souvent en aucun cas retomber enceinte trop vite ! ;) Donc elles sont globalement réceptives. Elles sont « disponibles », dans le sens où c'est à la maternité qu'on peut avoir accès à ces femmes.

C'est de la prévention. Pas forcément le moment le plus adéquat pour en parler, ni une priorité à ce moment-là mais c'est l'idée de rappeler qu'il faudra y penser.

Rencontrer un maximum d'accouchées.

C'est le seul moment où nous avons accès de manière systématique à toutes les femmes qui accouchent dans le canton (à part celles qui accouchent à la maison de naissance). Les croyances parfois persistent et certaines femmes pensent encore qu'elles sont protégées d'une autre grossesse avec l'allaitement. C'est un moment précieux pour rencontrer les femmes avec des parcours de vie chaotiques et les femmes migrantes pour lesquelles nous essayons de garantir qu'elles puissent bénéficier de traductrices pour comprendre nos informations et parfois celles du personnel soignant !

Voir toutes les femmes et aborder à un moment donné la santé sexuelle en lien avec leur vie de femme. Permet de dire que la sexualité dans le post-partum n'est pas tabou, ni la sexualité en général. Aborder la contraception à un moment charnière dans la vie de la femme/couple. Rassurer, « normaliser », diminuer les craintes liées aux changements physiques et psychiques suite à l'accouchement.

QUELS SONT LES INCONVENIENTS DE PROPOSER CETTE PRATIQUE A CE MOMENT DANS CE CONTEXTE ?

A mon avis, c'est beaucoup trop tôt d'aborder la contraception et la reprise des relations sexuelles dans les 3 premiers jours d'un post-partum, les informations "techniques" sont peu retenues. Je reste dans l'émotionnel et l'instant présent, tout en sachant que ma prévention aura du sens si je ne gave pas la patiente d'une multitude théoriques. Les jours suivant l'accouchement sont remplis d'émotions positives comme négatives, il est pas adéquat d'arriver avec des recommandations mais plutôt une écoute active de là et maintenant.

Ne sont pas forcément réceptives, fatigue, bcp d'infos sont données avant le retour à domicile

Risque de ne pas répondre aux besoins de la patiente

On est un peu vite après l'accouchement et quelques femmes sont trop prises par d'autres soucis pour vraiment profiter de l'entretien, mais la plupart sont très preneuses et déjà dans l'anticipation de l'avenir. Il y a aussi la réalité du moment qui peut être différente entre une accouchée après 24 heures et après 2,3 ou 4 jours. L'allaitement, la fatigue, les visites, les soins, le repas, le nettoyage de la chambre entre lesquels nous devons glisser notre entretien.

Dans les premières jours suivants la naissance, indisponibilité psychique voir physique de la mère..

Les sujets abordés ne sont pas forcément d'actualité pour la femme/couple. Les femmes/ hommes ont d'autres priorités à ce moment-là. Intervention dans l'intimité du couple parental

Parfois ce n'est pas le bon timing car ont d'autres priorités liées au bébé, à l'allaitement, à des suites de couches compliquées, etc.

Pas forcément le moment le plus adéquat pour en parler, ni une priorité à ce moment-là. Les dames doivent déjà emmagasiner bcp d'infos, état émotionnel parfois fluctuant, fatigue, parfois soucis par rapport au bébé, bcp de passages, visites, dérangements.

Cet entretien arrive à J1 pour les accouchées par voie basse et J2 pour les césariennes. Selon comment s'est passé la naissance, les mamans sont encore émotionnellement et physiquement très chamboulées.

Au fil des ans, le temps d'hospitalisation s'est écourté, laissant place au suivi à domicile par une sage-femme. Je déplore vraiment le fait que nous devons rencontrer ces femmes le lendemain voire surlendemain de leur accouchement alors qu'elles sont préoccupées par d'autres priorités que nos prestations !

Les femmes/couples ne sont pas tjrs réceptifs car d'autres priorités. Le post-partum est une période physique et psychique intense. Difficile pour les femmes/couples de se projeter (focalisation sur le vécu de l'accouchement, « bulle avec le bébé »).

DANS QUELLES SITUATIONS LA PRESTATION VOUS SEMBLE PERTINENTE ?

Pour les situations de femmes migrantes, les jeunes filles, et les situations précaires au niveau psycho-social. Utile évidemment pour les femmes ayant vécu un accouchement traumatiques, une césarienne en urgence ou pas à la hauteur de leur attentes.

Toutes

Quand l'accouchée valide le fait qu'elle a besoin d'informations

C'est le plus utile après le premier bébé, car la période du post partum est inconnue, le retour de couches souvent méconnu, les limites que l'allaitement demande pour la contraception aussi. Mais après que le nombre d'enfant/s soient nés, les femmes reconsidèrent encore une fois la contraception.

Lors de grossesse non désirée, lors de situations précaires, lors de situations psycho-sociales vulnérables (jeunes femmes, violence, migrantes, femmes seules, handicap...). Le jour ou la veille du départ.

Si la femme/couple n'a pas suivi de cours de préparation à la naissance. Lors d'un premier bébé. Antécédents de fausse-couche, de grossesse sous contraception, de difficultés de procréation, de difficultés sexuelles, de dépression, de dépression du post-partum. Difficultés sociales ou psycho-sociales.

Dans le cas d'un 1^{er} bébé, ou si les besoins sont différents après un 2^e, 3^e, 4^e, ... bébé. Pour des femmes qui n'ont jamais pris de contraception ou n'ont jamais eu l'occasion d'être informées (y.c. sur

le retour de la fertilité), mais qui sont intéressées. Pour celles qui ont peur de la reprise des rapports sexuels ou qui ont eu une mauvaise expérience suite à un accouchement précédent

La plupart des femmes sont preneuses de ces infos et ont des questions. Parfois nous amenons des nouvelles connaissances ou corrigeons de fausses croyances, ce qui permet peut-être d'éviter une grossesse imprévue

Quand la femme est intéressée et ouverte à la discussion. Lors de grossesse non désirée.

Je pense que notre intervention est très pertinente pour les femmes migrantes nouvellement arrivées dans notre pays et celles qui ont un contexte personnel ou social difficile. Ceci dit, nous avons fait le choix d'offrir cette prestation à toutes les femmes pour éviter aussi une stigmatisation des personnes vulnérables.

On ne sait jamais avant de rentrer dans une chambre... Donc il est pertinent de proposer cette prestation à toutes les femmes et s'adapter au cas par cas.

DANS QUELLES SITUATIONS LA PRESTATION VOUS SEMBLE MOINS PERTINENTE ?

Pour les femmes multipares, ou les femmes ayant un suivi obstétrical basé sur le dialogue.

Parfois lorsqu'une femme a son 3-4-5^{ème} bébé et qui est au clair avec sa contraception, mais ça nous le savons qu'après l'avoir vue et souvent les femmes sont quand même contente de nous voir

Quand la patiente ne semble pas disponible (pas d'intérêt ou autres préoccupations)

Quand tout va bien et que la femme a un gynécologue prévoyant, quand elle est entourée à son retour à la maison...mais elle peut être en demande de précisions sur d'autres moyens de contraception ou parler d'un deuil périnatal précédent, de problèmes relationnels avec son compagnon ou une personne de son entourage, de soucis lors de rapports sexuels,...on est parfois surprises des questions qui peuvent émerger. Donc je trouve la prestation toujours utile, même si elle est brève parfois.

Toujours pertinente, nous nous adaptons à la femme, à ses besoins. Lors de situations psycho-sociales complexes ou de certaines problématiques chez la mère, beaucoup d'intervenants en peu de jours, ce qui représente une charge importante pour la mère, dans ces cas là, nous discutons des priorités et du réseau professionnel prévu et nous nous adaptons.

Nous allons 2 fois par semaine à la maternité (mardi et vendredi) et parfois les entretiens sont trop tôt après l'accouchement. Si la femme/couple a déjà réfléchi et est au clair avec les thèmes abordés. Au minimum, nous rappelons l'existence du centre de santé sexuelle et de ses prestations.

Femmes bien informées. Femmes ne parlant pas du tout français. Pour celles qui ne sont pas réceptives pour une raison ou une autre. En cas de complication pour le bébé ou suite à l'accouchement

Pour les femmes qui ont déjà eu des enfants et sont bien au courant de ces questions ; pour celles qui ont eu recours à la PMA (même si ce n'est pas inutile que l'on passe !)

Je sonde un peu le « terrain » et si je sens que la femme n'est pas prête à une discussion, je la laisse tranquille et/ou je lui dis où elle peut trouver des infos utiles ou lui donne nos coordonnées. Si une femme a des soucis par rapport à la santé de son enfant ou des préoccupations importantes autres, je demande à la sage-femme si elle pense que c'est opportun de passer la voir, ou qqfois je passe voir la femme mais je laisse toujours la possibilité de refuser la discussion. Pour certaines femmes il est clair que notre passage n'arrive pas à un bon moment, ou qu'elles souhaitent parler de ça avec leur gynéco.

Peut-être pour des femmes qui sont suffisamment informées ou qui vont pouvoir poser toutes leurs questions à leur gynécologue.

Situations spécifiques complexes dans le post-partum (complications pour la mère ou l'enfant) ou simplement si ce n'est pas le bon moment pour la femme. Mais dans ces cas-là on peut faire un entretien court, et informer la femme de la possibilité de reprendre le sujet au moment où ça lui conviendra (1 mois, 6 mois, 1 an ?).

DANS QUELLES SITUATIONS LA PRESTATION NE VOUS SEMBLE PAS ADAPTEE ?

Difficile de répondre, je crois que mon passage auprès des femmes en post-partum est centré sur la personne et non sur l'objectif de base : la contraception.

Quand la femme ne veut pas nous voir pour diverses raisons, autant qu'elle ait ces infos plus tard

Quand la prestation est donnée le même jour que l'accouchement

Lorsque la femme est très fatiguée ou très occupée, qu'elle a accouché dans la nuit précédente, je renonce à la voir. Elle est libre de décliner l'entretien de toute manière.

Le jour de la naissance. Si la femme ne désire pas notre visite, ce qui n'arrive pas ou très rarement.

Les femmes/couples qui ne sont pas en maternité un mardi ou vendredi ne bénéficient pas de notre prestation

Jamais. Ou alors pour une femme qui a accouché quelques heures auparavant. En général, nous attendons toujours qu'elles soient à J1

Si stérilisation, MIU à voir de cas en cas (j'en parle avec la sage-femme référente de la dame qui peut elle-même demander à sa patiente si elle souhaite l'entretien). J'ai qqfois été surprise, pour moi le moment paraissait inadéquat mais la femme était partante.

La prestation ne me semble pas inadaptée car les femmes (ou couples) ont le choix de prendre cette prestation ou non. Elle me semble inadaptée parfois car elle a lieu trop tôt après l'accouchement.

Idem question précédente... Nous évaluons avec les soignant-e-s si il est préférable que nous n'intervenions pas. Cela arrive parfois quand il y a des situations médicales ou psycho-sociales très complexes.

RENCONTRER VOUS DES DIFFICULTES, SI OUI LESQUELLES ? AVEZ-VOUS DEJA RESSENTI UNE FORME D'IMPUISSANCE OU VECU DES OBSTACLES ? SI OUI, LESQUELS ?

Difficile dans le cas de barrière de la langue, très peu de budget pour payer une traductrice, difficile dans les situations de mort in utéro, dépression confirmée ou nouveau-né hospitalisé en néonatalogie. Dans le cas de femmes violées ou en situation de rupture avec le conjoint.

Parfois problème de langue et si pas de possibilité de traduire

Le principal défi est de s'adapter aux situations rencontrées. A nous de faire naître la demande d'informations. C'est l'essence du travail à l'hôpital.

La difficulté que j'ai le plus souvent rencontrée est la barrière de la langue. Je distribue alors des fiches d'information dans la langue appropriée si elle existe ou alors je me renseigne pour trouver une infirmière qui traduit ou attends la traductrice s'il y en a une de prévu.

Femmes migrantes ne parlant pas du tout ou très très peu le français. Malgré le fait d'avoir des informations en différentes langues, le fait de ne pas pouvoir informer correctement diminue fortement la qualité et l'efficacité des infos.

Notre travail n'est pas toujours bien compris du personnel soignant. Nous sommes parfois mal accueillies par celui-ci ou il nous interrompt durant notre entretien. Parfois le femme/couple disent clairement qu'ils ne veulent pas d'entretien. Nous rencontrons des difficultés de compréhension avec les femmes migrantes qui ne parlent pas du tout français ou anglais.

Barrière de la langue. Parfois, notamment pour les femmes albanaises (sans faire de généralités bien sûr, c'est un exemple), le mari ou la belle-mère sont là pour traduire, mais ont des idées bien arrêtées sur la question de la contraception ou de la maternité. Donc difficile d'avoir accès à la femme elle-même.

Nous n'arrivons pas toujours à voir toutes les dames. Parfois elles sortent trop rapidement, parfois leur bébé est hospitalisé en pédiatrie et elles ne sont jamais en chambre, parfois elles sont

transférées. Parfois nous passons de nombreuses fois dans la chambre avant de trouver le bon moment pour discuter. De plus, notre visite est imposée, pas demandée par les femmes, et l'on n'arrive pas toujours au meilleur moment

Il peut arriver qu'une femme ne parle pas notre langue et que ce soit son conjoint ou autres membres de la famille qui fassent la traduction et cela n'est pas toujours adéquat selon la relation qu'il y a entre eux. Certaines femmes refusent une contraception alors que cela serait nécessaire...

Des difficultés plutôt d'organisation avec le personnel infirmier car les hospitalisations sont courtes et les femmes souvent assaillies par les différents intervenants (gynécologue, pédiatre, sage-femme, personnel administratif, etc.)

Difficile parfois de trouver le bon moment pour intervenir. Rarement barrière de la langue si personne ne peut traduire.

AVEC-VOUS L'IMPRESSION QUE LE CONTEXTE DE TRAVAIL (LIEU, TEMPORALITE DU POST ACCOUCHEMENT, TEMPS DISPONIBLE POUR LES CONSULTATIONS, ETC.) PERMET DE REpondre AUX MANDAT ? SI OUI, POURQUOI ? SI, NON POURQUOI ET QUELLES AMELIORATIONS POURRAIENT ETRE APPORTEES ?

Si le mandat est de parler de contraception et de reprises des relations sexuelles, à mon avis, ce n'est pas adapté, ce n'est pas la priorité des femmes ou couples dans les 3 jours qui suivent la naissance. Le mieux serait de le faire lors du contrôle post-partum à 6 semaines (ce qui est fait par un certain nombre de gynéco ou sage-femme indépendante au domicile). Au fil de mes années d'expérience, mon objectif n'est plus celui cité ci-dessus, mais bel et bien d'offrir un espace de parole en lien avec l'intimité et le vécu de la naissance. Là est mon mandat et le contexte le permet. Le lieu et les horaires ne sont pas non plus adaptés, les femmes reçoivent trop d'informations durant un minimum de temps dans la matinée, les sorties sont à J3 maximum et le devenir parents leur tombe dessus avec mille et un conseils, elles sont stressées par les recommandations des pédiatres, les vas et viens du personnel soignant et administratifs.

A l'hôpital XXX nous faisons les informations en groupe, parfois le temps manque pour rentrer dans les détails ou répondre aux questions, mais il y a toujours la possibilité d'aller voir les femmes en chambre plus tard

Pour moi ces interventions individuelles ou en groupes sont une chance d'accéder à des personnes que nous n'aurions pas vues dans nos centres.

On ne voit pas toutes les femmes, faute de temps (limite des postes de travail due au budget)

Oui, dans les cas de femmes qui se trouvent plus ou moins bien après la naissance pour avoir une réceptivité aux infos et à l'entretien. Oui la plus part du temps nous avons suffisamment de temps pour traiter l'essentiel des infos. Nous passons dans chaque chambre (2 femmes par chambre) et nous proposons un entretien individuel (un moment pour chacune d'elle), nous avons de la flexibilité

mais la matinée passe vite. Non, pas toujours le bon moment après la naissance. Quand le service de maternité est plein, nous n'avons pas le temps de voir toutes les femmes. Le fait que nous allions maintenant 3 matins dans la semaine permet parfois de laisser l'entretien au jour suivant si la durée du séjour le permet et nous permet de rencontrer presque toutes les femmes. La possibilité pour la femme accouchée d'avoir un entretien ou de pouvoir poser ses questions quand elle en a le besoin et/ou le temps à un autre moment de la journée serait un plus ou alors nos visites toutes les matinées seraient un plus pour voir plus de femmes et plus de flexibilité dans la durée des entretiens et plus d'efficacité dans les situations complexes, accouchement traumatique ...

Le contexte n'est pas favorable pour nos consultations. Comme nous allons le mardi et le vendredi matin à la maternité, nous rencontrons parfois les femmes quand elles viennent d'accoucher ou quand elles sont sur le départ. Elles sont peu réceptives à notre message. L'environnement de la chambre d'hôpital n'offre pas toujours un cadre confortable (bruits, TV, autre patiente...). Meilleure information de notre visite par le personnel soignant.

Globalement oui. Mais personnellement, je ne dispose que d'un 10% pour l'hôpital, donc il y a beaucoup de femmes que je ne vois pas (je suis seule conseillère dans ma région)

Les sorties de plus en plus tôt ne nous aident pas dans notre mandat...

Non pas vraiment. Les accouchées devraient être informées qu'une conseillère en santé sexuelle passera et quels sujets peuvent être évoqués lors de ce passage. J'essaye de faire au mieux avec la situation. Nous devons aussi jongler avec les soins, les différentes personnes (état civil, intendance, repas) qui passent auprès des accouchées. La proximité, manque de confidentialité n'est pas toujours simple à gérer.

Nous avons déjà beaucoup réfléchi à cette prestation. Nous avons rencontré les femmes en groupe puis individuellement puis à deux dans les chambres. Nous n'avons pas trouvé la manière optimale de donner ces informations. Mais elle me paraissent importantes entre autre pour éviter des grossesses imprévues.

Oui, de manière générale

OBSERVEZ-VOUS DES DIFFERENCES DE PRATIQUE ENTRE LES COLLEGUES ? SI OUI, AVEZ-VOUS DES EXEMPLES ?

Je ne les observe pas, je les entends. Ayant la chance d'avoir comme 2ème job mon activité indépendante, je retrouve un certain nombre de patientes à domicile à la sortie de la maternité, et j'ai des échos, je constate que certaines de mes collègues donnent des flyers en quantité impressionnantes, cela n'a pas de sens dans bien des situations car tout passe au vieux papiers ou reste en plan dans le carnet de santé du bébé. Parfois les patientes se confient et expriment leur surprise de certains discours de prévention en lien avec des IST ou autre alors qu'elles ont une suture

du 3ème degrés, un bébé trop petit, un ainé pas encore autonome etc.... Cela n'engage que moi, je ne porte pas de jugement sur mes collègues, mais je sais que ma façon de faire est moins centrée sur le discours de prévention contraception et sexualité. Je reste dans l'estime de soi, le vécu et le besoin du moment.

Il y en a surement !

Forcément nos histoires de vie font que nous nous y prenons différemment mais nos objectifs restent les mêmes : prévention des grossesses non prévues, promotion de la santé sexuelle

Je pense que nous avons chacune nos sensibilités et chaque entretien s'adapte à chaque femme. Mais il y a des points à aborder qui sont incontournables.

Nous donnons les mêmes informations et nous procédons de la même manière. Nous sommes 2 conseillères à intervenir. Nous nous mettons également d'accord avec les médecins également pour les infos contraceptives par ex.

Nous ne nous rendons jamais ensemble à la maternité. Nous avons certainement chacune notre manière d'aborder les différents sujets.

Rien de flagrant mais je n'ai pas observé beaucoup de collègues

A XXX, comme nous avons bcp de femmes à voir, j'ai un timing plus serré que d'autres collègues qui sont peut-être plus disponibles pour aborder d'autres sujets ou discuter plus longuement.

Je pense que chacune de nous a une approche différente selon nos sensibilités

Dans l'ensemble, je pense que nous intervenons toutes en dispensant les mêmes informations. Dans l'équipe d'intervention, une conseillère en santé sexuelle qui est également sage-femme indépendante me semble avoir un contact plus facile avec le personnel soignant puisqu'elle collabore avec les sages-femmes avec cette autre casquette.

Je ne pense pas qu'il y ait des différences notables, mais nous intervenons chacune avec notre propre sensibilité et manière de faire.

SI VOUS AVIEZ UNE BAGUETTE MAGIQUE ET QUE TOUT ETAIT POSSIBLE, COMMENT METTRIEZ VOUS EN PLACE LA PRESTATION ? QUE MODIFIERIEZ-VOUS ?

J'instaurerai une consultation post-partum à 4-6 semaines pour toutes les femmes/couples. Les discussions en groupe pourraient aussi être imaginées.

On a déjà beaucoup réfléchi, ça semble difficile de faire autrement que de s'adapter au rythme des patientes et du service...

Je mettrai plus de temps pour ces visites.

Je mettrais un place un bureau de consultation dans le service ou juste dans les environs avec une permanence d'une conseillère en santé sexuelle tous les jours.

Proposer aux couples une information/ discussion sur les différents sujets abordés en post-partum avant l'accouchement. Nous avons expérimenté ce genre de prestation il y plusieurs années et la réalité est que les couples ne sont pas intéressés et ne viennent pas.

Augmenter le pourcentage à l'EHC, passage d'une CSSR chaque jour de la semaine (actuellement personne le mercredi)

Peut-être que la prestation se fasse sur demande de la femme. Que ce soit elle qui vienne à nous (consultation dans un bureau à l'étage peut-être ?)

Je n'ai malheureusement pas la baguette magique mais je pense que si nous avons un poste de conseillère en santé sexuelle à l'Hôpital, notre travail serait plus efficace et mieux intégrée au personnel soignant en tout cas en ce qui concerne les femmes que nous voyons en post partum. Une autre possibilité serait de voir les femmes au moment de leur contrôle post-partum en Policlinique de gynécologie soit 6 semaines après leur accouchement. ; je pense qu'elles seraient plus à l'écoute de nos prestations à ce moment-là. L'inconvénient serait que nous ne verrions qu'une partie des femmes, celles suivies pour leur grossesse en Policlinique de gynécologie et ne toucherions pas les femmes suivies par des gynécologues privés.

Rencontrer les femmes à distance de leur accouchement, après 3-4 semaines.

ÉXPÉRIENCE AVEC LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION

COMMENT VOUS SENTEZ VOUS ACCUEILLIE PAR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION ?

Généralement bien accueillie du fait que mon objectif est avant tout un espace de parole en respectant l'intimité et le besoin de la femme à ce moment là.

Très bien.

Très bien en général.

Je me sens bien accueillie, tout au plus je tombe mal car madame est occupée par sa toilette ou allaite ou...donc je demande si je reviens plus tard et souvent elle disent que ça va.

Très bien dans la plupart des cas. Les femmes sont informées de notre visite.

En général nous sommes bien accueillies par les bénéficiaires. Si nous sentons que ce n'est pas le cas, nous respectons cela.

En général très bien.

En règle générale, très bien. Parfois une réserve ou réticence au départ. Il faut savoir s'adapter, sentir si l'on dérange, savoir faire profil bas.

A mes débuts, il y a 3 ans j'étais très réticente pour ce travail auprès des accouchées. Avec le temps j'ai un peu rectifié mon avis. Je pense que « l'approche » qu'on a de la maman, du couple est primordiale. Je trouve que ce séjour à la mat. est très court et très dense en informations et stress pour les accouchées. Faire connaissance avec son nouveau-né, mise en route de l'allaitement, gestion de l'intimité....donc il faut rester sensible à cela et pas vouloir à tout prix imposer notre passage.

Je me sens la plupart du temps bien accueillie par les femmes ou couples. Parfois, les femmes ou couples sont surpris de parler de sexualité et de contraception le lendemain d'un accouchement.

Bien en très grande majorité. Exemples de phrases des patientes : « justement j'avais des questions... », « ah oui je n'y avait pas pensé mais je trouve important d'en parler », « je croyais que... j'ai appris quelque chose... ». Rarement certaines femmes nous disent qu'elles ne souhaitent pas aborder ces sujets.

VOUS EST-IL DEJA ARRIVE DE NE PAS VOUS SENTIR LE·LA BIENVENU·E ? DANS QUELLES SITUATIONS ? QUE MOBILISER VOUS COMME STRATEGIES POUR FAIRE FACE A CETTE SITUATION ?

Tres rare. Pas de souvenir concret. Parfois les femmes m'avouent en avoir marre de recevoir trop d'information et j'apprécie leur franchise. Je respecte le besoin de la patiente.

Parfois en individuel quand on arrive dans la chambre, ce n'est pas le moment, ou la femme en a marre d'être dérangée constamment... Proposition de définir un moment qui lui convient mieux.

Il arrive que des personnes soient fermées dans un premier temps car elles ont une fausse représentation de mon travail, elles croient que je veux leur imposer une façon de voir. Mais si je sens ces résistances et que je les verbalise, la discussion devient très intéressante.

C'est rare. Soit elles me disent que tout est déjà discuté avec le gynéco, dans ce cas je fais un entretien bref. Ou s'il y a de la visite autre que le papa du bébé je reviens plus tard.

Parfois, le sentiment de déranger, soit parce que le moment n'est pas approprié... je le formule et essaie de voir si un autre moment est possible. Parfois, le sujet de la contraception ou de la sexualité est perçu comme inapproprié, ou peur d'un jugement, j'explique mon rôle, je verbalise, je tente de voir ce que la femme a besoin mtn, quelles infos elle a déjà, quelles ressources, je reste à disposition, j'explique le pourquoi de ces infos, je la laisse libre, je valide ses connaissances...

Oui parfois nous sentons que la femme ou le couple n'ont pas envie d'entrer en matière. Nous essayons de créer un lien avec leur savoir sur le sujet, leur vécu, demander comment vont les autres enfants etc.

Le respect de l'envie et de la (non-)réceptivité de la femme est très important. Nous ne sommes pas là pour vendre quelque chose mais pour offrir un temps d'échange qui soit adapté à chaque situation (ce qui peut impliquer qu'un échange ne soit pas judicieux).

Oui, déjà arrivé une ou 2 fois. Je reste calme et empathique et montre de la compréhension face aux remarques de la patiente. Etant moi-même maman et étant passée par ces moments du post-partum, travaillant également depuis 7 ans comme CSSR, je me sens crédible et légitime dans mon rôle, ce qui m'aide à relativiser les expériences négatives.

Oui c'est arrivé mais qu'à deux-trois occasions. J'accepte de me faire « remballer ». Bien sûr, selon la manière c'est plus ou moins facile ;-). Je dis à la femme que c'est OK. Il est aussi arrivé que certaines femmes soient un peu distantes et puis mises en confiance, que la discussion finisse par être très enrichissante pour nous deux. Le manque d'intimité, de confidentialité rend la discussion pas toujours évidente. Difficile de parler des relations sexuelles quand à côté la collègue de chambre et son compagnon sont présents.....et possiblement à l'écoute.

Oui, ça m'est déjà arrivé ! Parce que ça n'était pas vraiment la préoccupation principale du moment ou que la femme ou le couple pensait que c'était trop pour parler de sexualité ou contraception. J'explique le pourquoi de notre intervention si tôt après un accouchement. Je propose de revenir le lendemain quand cela est possible. S'ils souhaitent en parler avec leur gynécologue au moment du contrôle post partum, je prends note ou je laisse parfois quelques informations.

Oui, par exemple une fois où la patiente aurait voulu partir plus rapidement mais devait attendre la visite du pédiatre, cela a engendré des tensions avec l'équipe soignante et du coup ne voulait pas entrer en matière avec moi. Stratégie : respecter sa demande, se présenter et dire qu'on est à disposition ultérieurement (à la consultation de santé sexuelle) si elle le souhaite. Remise de flyers.

DANS QUELLES SITUATIONS LES INFORMATIONS TRANSMISES VOUS PARAISSENT ENTENDUES / RETENUES / UTILES ?

Lorsque la femme pose des questions techniques, que cela est le besoin à elle à ce moment-là.

Quand l'accouchée exprime un besoin d'informations dans les premières minutes de l'entretien.

Très souvent ! Elles sont entendues et retenues je ne sais pas, mais je laisse des documents. Parfois elles me parlent de notre visite pour le bébé précédent...

Quand la femme ou le couple manifestent de l'intérêt, quand la femme ou le couple sont réceptifs. Quand la femme a déjà réfléchi à la question, quand elle a déjà abordé ces sujets avec son conjoint ou avec le gynéco.

Concernant la contraception les couples qui ne veulent plus d'enfant sont plus preneurs des informations. Si les couples ont rencontré par le passé des difficultés de contraception, de sexualité, de dépression etc.

La plupart du temps...

Je pense que les informations sont utiles. Les informations en langues étrangères sont très bien venues. Est-ce que les informations sont toujours entendues et retenues ? Je ne pense pas.

Lorsque la discussion fait sens à la femme/couple. Je pense que parmi les entretiens que nous faisons, certains sont peu bénéfiques, mais même si notre intervention « apporte quelque chose » à une petite proportion de femmes cela en vaut la peine ! De plus cela permet de « semer une petite graine » dans la promotion de la santé sexuelle.

DANS QUELLES SITUATIONS IL VOUS SEMBLE DIFFICILE DE PERMETTRE AUX BENEFICIAIRES DE S'APPROPRIER LES CONNAISSANCES ET FAIRE DES CHOIX ?

Lorsque l'accouchement a été traumatique, ou avec une césarienne en urgence, lors de situations médicales difficiles (mort in utéro, hellp syndrome, etc..) ou lorsque le bébé est en néonatalogie.

Parfois des mamans ne comprennent pas très bien le français et en groupe n'osent pas poser de questions. Parfois même aussi des femmes francophones n'osent pas interagir en groupe.

Quand il y a des obstacles de langues.

Pour les femmes qui ne parlent pas notre (nos) langues, pour des femmes avec des soucis pys ou sociaux conséquents. Dans ces cas il y a un réseau déjà établi qui va assurer le suivi.

Quand il y a une résistance à la contraception par exemple. Quand il y a peu de connaissance. Quand ces sujets sont tabous ou presque. Indisponibilité de la mère : autres préoccupations...

La barrière de la langue. Les difficultés cognitives. Les coutumes, les croyances, les religions etc.

Barrière de la langue, ou dans le cas de femmes ne se sentant pas légitimes de prendre de telles décisions sans l'avis (ou l'accord) de leur mari ou famille.

Lorsque le bébé est en train de pleurer ou lorsqu'elles sont en train d'allaiter (je propose alors de passer plus tard) ; lorsque les femmes ne parlent pas français ; lorsqu'il y a une méfiance vis-à-vis de la contraception (souvent culturelle) ; lorsque le conjoint est présent et fait la traduction

Difficultés à cause de la langue, pas de traduction. Cris du BB.

Lorsque la femme, le couple est complètement centré sur le bébé (ce que je comprends bien d'ailleurs). Lorsque la femme est fatiguée. Certaines femmes ont besoin de l'avis (voire de l'accord) du partenaire et le matin, les pères ne sont pas souvent là.

Préoccupations autres et plus importantes dans l'immédiat, lorsqu'elles sont très informées ou pensent l'être, lorsqu'elles sont très « tournées » vers leur médecin et n'entendent pas d'autres professionnels (non médecin).

DANS QUELLE TYPE DE RENCONTRE VOUS-VOUS ETES SENTI·E·S A L'AISE ET CONFORTABLE POUR LA PRATIQUE ?

J'ai la chance d'avoir un contact facile, spontané et d'avoir une capacité d'adaptation ce qui ne me procure que très rarement un sentiment de malaise. J'ai la chance ou la capacité de sentir assez vite si je dérange ou pas ou si je suis à côté de la plaque... Parfois je sens que mon passage n'est pas la priorité et je le respecte.

Quand les patientes me reconnaissent d'un accouchement à l'autre particulièrement...

Presque toujours !

Je suis sage-femme et cela m'a bcp aidée. Quand la mère ou le couple, connaît notre institution et notre travail.

Nous nous sentons à l'aise la plupart du temps.

A partir du moment où je ne cherche pas à imposer quoi que ce soit, il y a peu de situations où je ne me sens pas à l'aise.

Quand la maman n'est pas stressée par un rdv avec le pédiatre ou autres. Qu'elle est seule dans sa chambre, que son bébé va bien, dort. Que nous ne sommes pas dérangées par des visites ou passages dans la chambre...

Lorsque je vois de l'intérêt chez la femme que je rencontre. Lorsqu'elle n'est pas complètement fatiguée. Lorsqu'on est tranquille pour l'entretien (pas de sage-femme, d'employées de l'intendance qui font des vas et vient dans la chambre).

La plupart du temps.

AVEZ-VOUS DEJA PERÇU DES TENSIONS LORS D'UNE CONSULTATION ? SI OUI, A VOTRE AVIS POURQUOI ?

Oui, car ce n'était pas la priorité de la parturiente et je le comprend.

Une fois, un papa avait un discours très anti hormones et était un peu choqué que l'on propose des moyens de contraceptions à base d'hormones.

Quand il y a malentendu sur mes intentions mais quand les accouchées se sentent respectées dans leurs choix, ça se passe bien.

Oui, quand le couple est contre la contraception, quand il y a des valeurs religieuses très « fortes » (le planning est mal vu). Alors j'essaie d'adapter mon discours, mais je n'insiste pas.

La contraception fait parfois des résistances, les femmes pensent parfois qu'on veut leur imposer une contraception hormonale. Parler de la reprise de la sexualité alors que le bébé est juste né... Le sujet est intime et certaines femmes ne sentent pas à l'aise et n'ont pas envie d'aborder ces sujets avec une « inconnue ».

Oui. Parfois les bénéficiaires ont une mauvaise image ou une image erronée du centre de santé sexuelle. Ils pensent que nous allons leur imposer une façon de faire.

Pas le bon moment ; patiente déjà sur les nerfs, cumulation de petits incidents.

Je pense que pour certaines femmes c'est une intrusion dans leur intimité (ça l'est en fait). Pour certaines femmes, le fait qu'on vienne parler de contraception, donc de relations sexuelles futures alors qu'elles viennent d'accoucher, et que leur corps est encore tout douloureux paraît totalement incongru.

Oui bien sûr. Parfois de l'agacement car elles ont d'autres choses à faire plus importantes que de parler de sexualité et contraception. Intrusion dans leur vie intime et incompréhension ? Certaines pensaient en parler avec leur gynécologue au contrôle postpartum 6 semaines après l'accouchement mais on sait qu'avec certains médecins le dialogue est difficile car ils ont peu de temps à leur consacrer.

Lorsqu'il y a des tensions avec l'équipe soignante. Plusieurs professionnels interviennent auprès des patientes durant le séjour à la maternité, certaines patientes trouvent que « ça fait beaucoup ».

ÉXPÉRIENCE DE LA COLLABORATION AVEC L'HÔPITAL

COMMENT DECRIRIEZ-VOUS LA COLLABORATION AVEC L'HOPITAL ?

Bonne mais parfois pas assez reconnue.

Très bonne.

Très bonne.

Je suis en dehors du service hospitalier et essaie de ne pas le perturber (c'était le souci des cheffes de service). Mais je suis bien reçue. Depuis que nous laissons une trace de notre passage dans le dossier des patientes, j'ai plus d'échanges avec les infirmières sur les situations.

De mieux en mieux. Très bonne collaboration avec l'équipe dans le service. Avec les médecins chefs, ça se met en place.

Bonne en général.

Bonne

Très bonne à XXX, collaboration depuis 13 ans, on se sent bien acceptées dans le service. Cependant peu d'interactions ou collaborations avec le personnel soignant. Bilan annuel toujours très positif

Cela dépend des sages-femmes qu'on rencontre, mais la collaboration à la maternité est quasi inexistante. Avec l'introduction des dossiers électroniques, nous n'avons plus accès aux dossiers des accouchées. Les sages-femmes sont souvent très occupées, difficiles de trouver qqun qui peut avoir un moment disponible

Je dirais qu'elle s'est beaucoup améliorée depuis que les sages-femmes et infirmières de XXX sont venues travailler sur le site de XXX (pour cause de fermeture de la maternité à XXX). La collaboration avec le personnel infirmier est plus simple et la communication plus aisée qu'avant ce changement.

Bonne collaboration.

EXISTE-IL DES ELEMENTS DE COLLABORATION AIDANT LA PRATIQUE ? SI OUI, LESQUELS ?

Le dialogue, le respect du travail de chacun ainsi que les compétences du personnels de soins et des médecins.

A l'hôpital de XXX je n'ai pas de bureau personnel et donc partage celui des médecins assistants en gynécologie. Cela a des inconvénients mais permet de dialoguer au sujet de situations et de mieux collaborer.

Des rencontres régulières avec la hiérarchie et les collègues sages-femmes pour comprendre nos mandats respectifs.

Voir ci-dessus.

La participation au colloque du service 1xan. La rencontre avec les infirmières cheffes en principe 1xannée.

Rencontres régulières (idéalement 1 fois par an) avec les différents partenaires comme le médecin chef, l'infirmière responsable du service, avec le personnel soignant. Difficile à réaliser dans la pratique car beaucoup de temps de travail partiels et agendas très remplis.

Guides permettant d'homogénéiser les pratiques et discours, échanges réguliers avec les équipes et gynécos, respect du rythme et de la charge de travail des équipes (nous sommes des éléments extérieurs et nous ne sommes pas leur priorité).

Le bilan annuel avec la cheffe de service et les ICUS ; les moments informels de discussion avec le personnel soignant.

La communication avec les sages-femmes permet d'améliorer grandement la pratique.

Communication et bonne compréhension mutuelle de la pratique professionnelle de l'autre.

EXISTE-IL DES ELEMENTS DE COLLABORATION PARASITANT LA PRATIQUE ? SI OUI LESQUELS ?

Le stress de voir les dames vite avant la sortie...

Nous sommes tributaires des sages-femmes dans l'organisation de l'info en groupe et il y en a des plus réticentes que d'autres à cette façon de procéder.

La collaboration avec d'autres services comme la pédiatrie si elle n'est pas coordonnée. Elle interfère alors sur l'organisation des informations en groupe.

Je ne crois pas.

Pas de rencontre avec les médecins assistants et chefs institués.

Méconnaissance de notre travail et des sujets abordés lors de notre visite.

Certaines attentes des médecins-assistants qui ne correspondent pas à notre objectif (il faudrait voir toutes les dames avant qu'ils fassent la visite de sortie). D'où des remarques négatives qui pointent le fait qu'on n'a pas vu toutes les patientes alors qu'on fait de notre mieux avec les moyens qu'on a !

Le manque de communication. La durée des séjours hospitaliers qui a pour conséquence que les divers intervenants se retrouvent au même moment dans les chambres. Vu le tournus des médecins-assistants, certains prescrivent une contraception sans trop d'explications. Le manque de connaissances sur notre travail et notre rôle ; certaines sages-femmes pensent pouvoir tout à fait faire notre travail. Concernant les migrantes ne parlant pas ou peu le français, le personnel soignant a une liste de traductrices à disposition mais dans la pratique nous constatons qu'il les appelle le moins possible pour éviter des coûts à l'hôpital et par manque de temps ? (ça alourdit forcément la prise en charge).

Certains soignants (j'ai eu peu de retours allant dans ce sens) estiment parfois que notre intervention dans le post-partum rajoute de l'information aux femmes qui en reçoivent déjà beaucoup et pensent que « ça fait trop », peut-être au détriment des priorités du post-partum (allaitement par exemple).

AVEZ-VOUS LE SENTIMENT QUE LES INFORMATIONS TRANSMISES POUR LE DOSSIER SONT UTILES? POUVEZ-VOUS DEVELOPPER ?

Nous n'avons pas accès aux dossiers informatiques, seules les informations orales données par les sages-femmes ou nurses nous sont données, je n'ai aucun soucis à les solliciter et discuter de chaque situation s'il le faut. Je sais par ailleurs que certaines de mes collègues ont plus de difficultés à obtenir des informations. Mon statut de sage-femme indépendante me permet d'avoir un dialogue sur la même base médicale et des échanges directs avec mes collègues que je côtoie hors contexte planning familial et ce depuis de nombreuses années.

Je note le choix du moyen contraceptif dans le dossier. C'est utile à l'assistant gynécologue qui fait les sorties.

Oui, elles sont utiles. Une trace écrite est durable. La sortie de la patiente est facilitée, le médecin n'a pas le temps de tout expliquer.

Pas d'accès au dossier informatisé de la patiente. Transmission orale à la sage-femme référente. Depuis 3 mois, fiche de transmission de notre entretien avec indication de la contraception choisie ou en réflexion ou de remarques éventuelles, jointe au dossier papier et utile pour le médecin qui fera la sortie.

Nous n'avons pas accès aux dossiers des patientes. Nous demandons à la sage-femme qui s'occupe des mamans en post-partum en début de visite s'il y a des situations particulières.

Oui (choix contraceptif essentiellement). Pour le reste, cela dépend des situations.

Oui elles sont même très attendues de la part des médecins assistants qui s'y réfèrent pour faire une prescription lors de la sortie de la patiente.

C'est le gynéco qui fait les papiers de sortie qui a besoin de nos infos (feuille verte que nous remplissons). Quelquefois selon le contexte la sage-femme se préoccupe de la contraception de sa patiente mais ce n'est pas souvent le cas.

Nous avons une rubrique dans le dossier de la patiente qui concerne la contraception. Les médecins attendent notre passage auprès des accouchées pour pouvoir prescrire une contraception post-partum si nécessaire. Des informations telles qu'un rendez-vous fixé au Centre de santé sexuelle pour les femmes qui n'ont pas pu bénéficier de notre information avec l'aide d'une traductrice à l'hôpital et qui auront cette information organisée avec une traductrice dans notre Centre. Des informations sur

l'éventuelle organisation d'une prise en charge financière de la contraception dans certaines situations, etc.

Oui, l'indication de la contraception choisie (prévue) est une aide pour les médecins qui font la visite de sortie de l'hôpital.

L'HOPITAL JOUE-T-IL UN ROLE DANS LA LEGITIMITE DE VOS PRESTATIONS ? SI OUI, COMMENT ET QUI SONT LES PROTAGONISTES DE CE ROLE ? CETTE DIMENSION AURAIT-T-ELLE UN IMPACTE SUR LA MANIERE DE COLLABORER AVEC L'HOPITAL ? SI OUI, COMMENT CELA S'EXPRIME-T-IL ?

Oui, l'hôpital et ses responsables jouent un rôle dans la légitimité de notre travail, à l'hôpital XXX c'est en partie acquit. Mon statut là encore m'aide à avoir une légitimité reconnue. Le dialogue et les échanges de compétences restent à mon avis primordiaux pour être estimées mais aussi estimer les professionnels engagés dans la prise en charge des femmes dans la périnatalité. Je reste convaincue que les échanges directs, verbaux et respectueux favorisent une bonne prise en charge des patientes.

Nos prestations sont légitimées par une convention signée avec l'hôpital et sur le terrain principalement par l'existence d'un groupe pluridisciplinaire réunissant les chef-fes de service, d'unité et les médecins.

Je ne me suis jamais posé la question dans ce sens-là...l'entretien que je mène concerne avant tout la femme, si il lui apporte des réponses ou des pistes, je me sens légitimée.

Ces entretiens à l'hôpital débouchent parfois sur un suivi au CSSR (AS en périnatalité ou en conseil). C'est un maillon du réseau. L'hôpital nous adresse des femmes pour une consultation avant ou après une interruption de grossesse, un deuil périnatal, une grossesse non évolutive. C'est un autre volet de notre travail, en gynéco. Il y a aussi des fiches de transmission depuis peu dans ce service.

Une convention qui date de trop longtemps. Une nouvelle convention est en cours de réalisation. Les médecins chefs sont une clé pour asseoir nos prestations dans le service et ils commencent à reconnaître nos prestations et à vouloir augmenter la collaboration par une rencontre avec les médecins, l'augmentation de nos visites, l'introduction des fiches de transmission.

Le service de maternité reconnaît nos prestations via l'ichtus et le médecin-chef. Il y aurait d'autres prestations à développer (visites auprès des femmes de gynécologies, suivis des IG, par exemple) malheureusement, les budgets ne permettent pas pour l'heure, d'augmentations de temps de travail.

Si les sages-femmes, infirmières, médecins parlent en positif de notre venue aux femmes, cela augmente la légitimité. Cela demande donc de se faire connaître auprès des équipes et d'avoir des échanges réguliers.

Oui je pense que selon comment notre passage est annoncé par les sages-femmes cela peut avoir une influence. L'attitude de la responsable joue aussi un rôle. Je sais par mes collègues que **nombre** de stratégies pour améliorer les prestations ont été évoquées ou mises en place. Pas toujours avec satisfaction !

Nos prestations font partie des prestations offertes par l'hôpital au moment d'un accouchement. Nous sommes donc légitimées de cette manière auprès des femmes que nous rencontrons. Toutefois, notre Centre est un Service de la Ville et ne fait pas partie de l'organigramme de l'hôpital, ce qui a pour conséquence que nous ne sommes pas vraiment perçues comme faisant partie intégrante des Services de l'hôpital en tout cas de la part du personnel soignant. Des accouchées ?

Bon retour des médecins gynécologues qui revoient leur patiente pour le côté post-partum à 6 semaines. Cela renforce notre légitimité. Appuis des médecins qui font les visites de sortie et appuient notre travail et la collaboration. L'équipe soignante.

AUTRES :

Contexte des consultations post-partum à l'hôpital XXX : une nouvelle organisation est prévue pour que les professionnels ne répètent pas 15 fois les mêmes informations lors des sorties. Il s'agit d'animation de groupe d'une heure, 20 mn pour les conseillères en santé sexuelle, 20 mn pour les physios et 20 mn pour les pédiatres (soins nouveaux-nés). Des entretiens individuels sont proposés en complément de cette animation de groupe. Les partenaires sont les bienvenus-es soit pour l'animation de groupe, soit pour les entretiens individuels.

ANNEXE N°7 : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX RESPONSABLES DES CENTRES DE SANTÉ SEXUELLE

QUESTIONNAIRE « DESCRIPTIF DU MANDAT »

DÉFINITION DU MANDAT

- Quel est le mandat pour les consultations post-partum en milieu hospitalier ?
- Quelles sont les missions poursuivies ?
- Quels sont les hôpitaux concernés ? Comment s'organise la prestation entre les hôpitaux ?
- De qui dépend ce mandat ?
- Qui finance la prestation ?
- Depuis quand ce mandat existe-t-il ? Quel est son historique ?
- Existe-t-il des documents écrits traitant du mandat ? Si oui, pouvez-vous me les transmettre ?

APPLICATION DU MANDAT

(si la prestation concerne plusieurs hôpitaux, merci de préciser les pratiques pour chacun d'entre eux)

- Quel pourcentage de taux de travail cela représente-t-il ?
- A quel moment la consultation est-elle proposée après l'accouchement ? Pourquoi ?
- A quelle fréquence la prestation est-elle proposée ?
- Pourquoi ce taux ?
- Combien de collaborateurs travaillent pour cette prestation ?
- Quels sont les retours de la prestation, sous quelles formes et à qui sont-ils adressés ?
- Avez-vous des statistiques précisant le nombre de consultations faites au sein des hôpitaux ? Si oui, pouvez-vous me les transmettre ?

DÉBATS AUTOUR DU MANDAT

- A-t-il été nécessaire de défendre la prestation ? Si oui, pour quelles raisons, à quelles occasions, dans quels contextes, avec quels interlocuteurs ? Avez-vous des traces écrites des échanges ? Si oui, pouvez-vous me les transmettre ?
- La pertinence du mandat a-t-elle été débattue au sein de la structure ? Si oui pour quelles raisons ? Avez-vous des traces écrites de ces échanges ? Si oui, pouvez-vous me les transmettre ?
- Quels sont les arguments présentés pour les différents points de vue ?

ANNEXE N°8 : RÉCITS DES RESPONSABLES DES CENTRES DE SANTE SEXUELLE

ROUGE = SIPE

TURQUOISE = CSSR DE LA CHAUX-DE-FONDS

ORANGE = CSSR SEXUELLE DU JURA

VERT FONCE : PROFA

BLEU ROI = CSSR DE NEUCHATEL

DÉFINITION DU MANDAT

QUEL EST LE MANDAT POUR LES CONSULTATIONS POST-PARTUM EN MILIEU HOSPITALIER ?

Visite dans les chambres des accouchées et informations si souhaitées sur la contraception et discussion-questions autour de la sexualité, du vécu de l'accouchement...

A Riviera Chablais mise en place d'une séance d'information plus générale avec aussi le thème de la santé sexuelle pour les patientes qui veulent/peuvent y participer.

Voir si possible toutes les femmes venant d'accoucher pour en priorité : Donner une information à la femme ou au couple sur les méthodes de contraception durant l'allaitement et le post-partum pour la prévention de grossesse si non souhaitées durant cette période. Si on a le temps et que la femme et/ou le couple a des questions :

- Parler du baby-blues, pour que si cela arrive, la femme sache ce qui se passe.
- Parler de la reprise des relations sexuelles après un accouchement, surtout répondre aux questions s'il y en a.
- répondre aux questions d'ordre sociales.

Informations RS après accouchement, contraception avec ou sans allaitement, dépression post-partum, lien parents-enfant,

Il est décrit dans le modèle de convention

Je qualifierais plutôt ce mandat de tradition établie.

QUELLES SONT LES MISSIONS POURSUIVIES ?

Prévention grossesses imprévues, contact pour suivi et questions ultérieures si utile par la suite aux patientes

Suivi psycho-social, prévention des grossesses non-prévues, information babyblues, présentation centre santé sexuelle jurassien (SSJU)

Ils sont décrits dans le modèle de convention

Ci-dessous la description actuelle des missions du CSSR, en surligné, celles qui concernant l'intervention à Hne Pourtalès dans le post-partum :

| - Mission | Base légale | Prestations |
|---|---|---|
| Promouvoir la santé dans le domaine de la sexualité, de la vie affective et de la procréation | Arrêté du Conseil communal du 30 septembre 1968 | Entretiens au centre |
| | | Accueil et animation de groupes |
| | | Interventions dans les institutions et écoles |
| Prévenir les grossesses imprévues et non-désirées | Arrêté du CC du 30 septembre 1968 | Entretiens au centre Informations par téléphone Travail social (recherches de fonds pour l'accès à la contraception) |
| | Loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse du 9 octobre 1981 | Hne Pourtalès Entretiens dans le post-partum Entretiens dans le post-abortum |
| | Règlement d'application de la loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse du 10 septembre 1986 | |
| | LPTH du 15 décembre 2000 | Délivrance de la contraception d'urgence |
| | Ordonnance fédérale sur les médicaments du 17 octobre 2001 | |
| Prévenir la transmission des infections sexuellement transmissibles IST | Plan directeur du CE (2009) pour la prévention et promotion de la santé | Entretiens au centre |
| | | Informations par téléphone |
| | | tests |
| Prévenir la violence et les abus sexuels | Base légale lacunaire | Entretiens au centre |
| Informier et accompagner les femmes et les couples | Loi fédérale sur les centres de consultation en matière de | Entretiens au centre et à Hne Pourtalès , individuels ou en couple |

| | | |
|---|---|---|
| <p>qui, en raison d'une grossesse, connaissent des difficultés</p> | <p>grossesse du 9 octobre 1981</p> <p>Règlement d'application de la loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse du 10 septembre 1986</p> <p>Arrêté désignant les autorités compétentes et fixant la procédure à suivre en matière d'interruption non punissable de la grossesse du 15 octobre 2002</p> | <p>Entretiens au centre et à Hne Pourtalès, individuels ou en couple</p> <p>Travail social, recherches de fonds, information, expertise</p> |
| <p>Dispenser l'entretien obligatoire avant une interruption de grossesse (IVG) pour les femmes de moins de 16 ans</p> | <p>Code pénal suisse, art.120</p> <p>Arrêté désignant les autorités compétentes et fixant la procédure à suivre en matière d'interruption non punissable de la grossesse du 15 octobre 2002</p> | <p>Entretiens au centre et à Hne Pourtalès</p> |
| <p>Informier et conseiller en matière d'analyses pré-natales</p> | <p>Arrêté du CE du 8 juin 2011</p> <p>Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (2004)</p> | <p>Entretiens au centre</p> |

QUELS SONT LES HOPITAUX CONCERNES ? COMMENT S'ORGANISE LA PRESTATION ENTRE LES HOPITAUX ?

Riviera Chablais et Sion

Entre les hôpitaux ??? organisation indépendante liée à l'hôpital lui même

Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès, Neuchâtel. Passage d'une ou de deux conseillères chaque jour ouvrable au sein du service de maternité, passage et proposition d'entretien auprès de chaque femme ayant accouché. Il y a une répartition entre les conseillères de Neuchâtel et celles de la Chaux-de-Fonds pour assurer un suivi régulier. La manière d'intervenir est discutée, quand cela est nécessaire, avec les infirmières cheffes d'unité de soins.

Hôpital du Jura site de Delémont

Morges et Nyon, Payerne et Yverdon, EHRC, site d'Aigle et de Vevey. Morges et Nyon, Payerne et Yverdon géré par la CSSR de PROFA / EHRC, site d'Aigle et de Vevey, mandat délégué au SIPE, Valais

Nous n'avons plus qu'une seule maternité dans le Canton. Au fil des années, nous avons été présentes dans d'autres maternités.

DE QUI DEPEND CE MANDAT ?

Convention avec la direction des hôpitaux concernés et collaboration avec le médecin responsable concerné

C'est assez flou, on l'attribue au fait qu'on est nommé "centre de consultation en matière de grossesse" en regard de la loi fédérale de 1981 et cela fait partie des prestations du centre de consultation en matière de grossesse mais ce n'est pas spécifiquement décrit dans la loi d'application. Ce mandat peut être révoqué en tout temps par les deux parties, l'hôpital ou les centres de santé sexuelle, c'est un mandat tacite qui dure tant que les 2 parties sont satisfaites avec cette prestation.

Médecin chef de la maternité/gynécologie

De la direction générale de la santé, Etat de Vaud

Ce mandat informel dépend d'une bonne volonté commune !

QUI FINANCE LA PRESTATION ?

Le SIPE donc le canton du Valais (et de Vaud et PROFA pour les Vaudoises sur Riviera Chablais)

C'est pris sur le budget des centres de santé sexuelle, en particulier sur la subvention cantonale qui existe pour couvrir les coûts des centres de consultation en matière de grossesse.

SSJU

La direction générale de la santé, Etat de Vaud

La prestation est entièrement financée par les Centres de santé sexuelle. Donc : moitié Villes Ne, CdF. Le Locle et moitié Canton de Ne.

DEPUIS QUAND CE MANDAT EXISTE ? QUEL EST SON HISTORIQUE ?

Je ne sais pas exactement. Débuts à l'hôpital de Monthey (traces dans mes documents dès 2006 au moins probablement depuis bien avant) il y a plusieurs années et à Sion aussi il y a plusieurs années (traces dans mes documents « depuis les années 90 ») (à demander peut-être aux intervenantes).

A la Chaux-de-Fonds, il a été discuté et mis en place dès 1984 lors de la désignation du centre comme centre de consultation en matière de grossesse. Le centre a déménagé près de l'hôpital, dans des locaux attenants et une forte collaboration a été mise en place avec le département de gynécologie-maternité. Non seulement par les visites des conseillères auprès des accouchées et des IG mais également par la présence d'un médecin dans le centre pour proposer des examens gynécologiques et des prescriptions de contraception aux consultantes du centre de santé sexuelle. Le centre est devenu "prescripteur" et non plus seulement "informateur".

En 1981 suite au refus du peuple suisse à légaliser l'avortement, la confédération suisse demande à chaque canton de mettre sur pied des centres de consultation en matière de grossesse. Dans le Jura, ce mandat sera confié au centre de planning familial de Delémont. Dr Crevoisier gynécologue et médecin chef de la maternité de Delémont invite les conseillères du centre de planning familial à visiter toutes les mamans de la maternité afin de les informer sur les moyens de contraception après l'accouchement, sur la reprise des RS, sur le baby-blues et dépression du post-partum, etc.

| Hôpitaux | Début du début de l'intervention |
|----------------|----------------------------------|
| HIB - Payerne | 2013 |
| HRC - Aigle | 2005 |
| HRC - Vevey | 2014 |
| EHC - Morges | 2013 |
| EHNV - Yverdon | 1993 |
| GHOL - Nyon | 2018 |

Depuis 1972. Le mandat a évolué, en particulier au gré des fermetures de maternités. Un changement important a été le passage de l'information délivré en groupe à la discussion « au pied du lit ». Ce changement date du début des années 2000... les rapports d'activité de cette période (papier) sont archivés et je n'ai pas accès directement actuellement.

EXISTE-IL DES DOCUMENTS ECRITS TRAITANT DU MANDAT ? SI OUI, POUVEZ-VOUS ME LES TRANSMETTRE ?

Conventions avec les hôpitaux concernés, Sion : obsolète, on est en train de la refaire et Riviera Chablais récente. Cf « Extrait de celle avec l'hôpital Riviera Chablais ».

[Voir fichiers joints](#)

[Non](#)

[Modèle de convention](#)

Un document à l'intention des médecins assistants décrit le mandat. En fichier joint de ma réponse.

APPLICATION DU MANDAT

Si la prestation concerne plusieurs hôpitaux, merci de préciser les pratiques pour chacun d'entre eux.

QUEL POURCENTAGE DE TAUX DE TRAVAIL CELA REPRESENTE ?

Sion : 30%. Riviera Chablais (Aigle et Vevey, ensuite Rennaz) : 90% (donc pas seulement pour le postpartum mais tous les éléments de santé sexuelle du SIPE à l'hôpital)

20%

10%

| Hôpitaux | EPT |
|----------------|------|
| HIB - Payerne | 0.1 |
| HRC - Aigle | 0.25 |
| HRC - Vevey | 0.4 |
| EHC - Morges | 0.3 |
| EHNV - Yverdon | 0.2 |
| GHOL - Nyon | 0.4 |

Les conseillères sont présentes les matins, 2 pers. le lundi et 1 pers. Les autres jours. En 2013, nous avons évalué à 3h30 par matin de travail par conseillère.

A QUEL MOMENT LA CONSULTATION EST PROPOSEE APRES L'ACCOUCHEMENT ? POURQUOI ?

Selon disponibilité (présence en général à l'hôpital les lundi, mercredi, vendredi pour essayer de voir le plus d'accouchées possibles (hospitalisations courtes))

Elle est proposée dès le J1 après l'accouchement. Pour une femme ayant eu une césarienne, nous allons la voir plutôt à J2. C'est malheureusement une conséquence du raccourcissement du temps d'hospitalisation après un accouchement qui a motivé le fait d'y aller si vite. Egalement sur pression des médecins et de l'infirmière cheffe. A l'époque nous y allions moins rapidement mais nous avons compris que si nous n'acceptons pas les nouvelles exigences, nos services ne seraient plus nécessaire à l'hôpital. C'est pourquoi nous avons accepté.

Visite deux fois par semaine, mardi et vendredi matin donc aléatoire pour la femme/couple.

Durant l'hospitalisation

La prestation est actuellement proposée à J1 ou J2. Ceci en lien avec la durée du séjour, qui s'est raccourcie avec les années, en raison de pression sur les coûts (explication globale).

A QUELLE FREQUENCE LA PRESTATION EST-ELLE PROPOSEE ?

Cf ci-dessus

Tous les jours ouvrables le matin, de 8h45 à 12h environ.

Deux par semaine, mardi et vendredi matin

Une consultation, les consultations suivantes sont possibles sur le site hospitalier ou dans les consultations urbaines

Chaque matin

POURQUOI CE TAUX ?

Cf ci-dessus et disponibilités financières et besoin de l'hôpital

Pour pouvoir voir un maximum de femmes.

Défini à l'époque.

Selon la convention historique avec chaque hôpital

La visite à la maternité est combinée avec une prestation pour les femmes qui sont hospitalisées pour une IG. La présence chaque matin de la conseillère permet de *(pas de suite)*

COMBIEN DE COLLABORATEURS TRAVAILLENT POUR CETTE PRESTATION ?

5 pour le SIPE (3 à Riviera Chablais et 2 à Sion)

Toutes les collaboratrices de CDF et de Ne font une fois ou l'autre cette prestation, c'est-à-dire 7 personnes.

Deux

6 collaboratrices pour Morges, Nyon, Payerne et Yverdon

Depuis 2010, année de la fermeture de la maternité de La Chaux-de-Fonds, les 7 conseillères de « l'équipe cantonale » travaillent pour cette prestation.

QUELS SONT LES RETOURS DE LA PRESTATION, SOUS QUELLES FORMES ET A QUI SONT-ILS ADRESSES ?

Pas de retours particuliers

Nous ne demandons pas d'évaluation de la prestation, c'est les personnes elles-mêmes qui nous montrent ou non si elles sont satisfaites de notre venue ou pas.

Pas vraiment de retour de la prestation. Retour de la maman/couple à l'accouchement suivant.

Bilan annuel entre les responsables des services hospitaliers et les intervenants et responsables de la CSSR pour Morges, Nyon, Payerne et Yverdon. Satisfaction générale des patientes et patients, des responsables et des collaborateurs/ trices des services médicaux et soignants des hôpitaux.

**AVEZ-VOUS DES STATISTIQUES PRECISANT LE NOMBRE DE CONSULTATIONS FAITES AU SEIN DES HOPITAUX ?
SI OUI, POUVEZ-VOUS ME LES TRANSMETTRE ?**

2018 : post partum : 635 entretiens à Aigle et 1136 à Sion

Oui

En 2016 : 92 visites. Vu 584 personnes

En 2017 : 91 visites. Vu 530 personnes

En 2018 : 94 visites. Vu 589 personnes

| Consultations hospitalières en 2018 | | |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Lieu | Nbre d'entretiens | Nbre de personnes |
| Payerne | 324 | 323 |
| Yverdon | 642 | 594 |
| Aigle | 327 | 317 |
| Vevey | 754 | 746 |
| Nyon | 348 | 346 |
| Morges | 1244 | 1241 |
| TOTAUX | 3639 | 3567 |

Les chiffres annuels sont présentés dans les rapports d'activités. Nous n'avons pas de statistiques pour plusieurs années. Pour 2018, CSSR Neuchâtel : Les conseillères ont rencontré 703 (705) femmes en entretien individuel et 205(224) couples. Les chiffres entre parenthèses sont ceux de 2017. Les rapports d'activités des années précédentes sont à disposition sur demande.

DÉBATS AUTOURS DU MANDAT

A-T-IL ETE NECESSAIRE DE DEFENDRE LA PRESTATION ? SI OUI, POUR QUELLES RAISONS, A QUELLES OCCASIONS, DANS QUELS CONTEXTES, AVEC QUELS INTERLOCUTEURS ? AVEZ-VOUS DES TRACES ECRITES DES ECHANGES ? SI OUI, POUVEZ-VOUS ME LES TRANSMETTRE ?

Depuis que je suis là, c'est-à-dire 22 ans, nous n'avons pas dû défendre la prestation, elle est acceptée et appréciée au sein de l'HNE.

En 2017 discussion avec nouveau médecin chef et sage-femme responsable de la maternité

La prestation est connue est soutenue par les patientes, les collaboratrices des hôpitaux, les responsables des hôpitaux, la direction PROFA et la DGS. La dotation est irrégulière, insuffisante pour certains hôpitaux.

La prestation a été discutée régulièrement avec les partenaires, sage-femmes responsables, médecins ou avec la Santé publique concernant le financement. Les sujets de discussion concernent l'organisation et l'horaire de nos visites, les thèmes traités, la transmission d'informations. Des traces existent sans doute dans des PV mais je n'ai pas le temps de faire une recherche...

LA PERTINENCE DU MANDAT A-T-ELLE ETE DEBATTUE AU SEIN DE LA STRUCTURE ? SI, OUI POUR QUELLES RAISONS ? AVEZ-VOUS DES TRACES ECRITES DE CES ECHANGES ? SI OUI, POUVEZ-VOUS ME LES TRANSMETTRE ? QUELLES SONT LES ARGUMENTS PRESENTES POUR LES DIFFERENTS POINTS DE VUES ?

Je n'ai pas ces éléments. Il y a des débats dans le Haut-Valais où nous n'avons pas l'accès à l'hôpital, de mon point de vue pour une question de territoire et de mauvaise compréhension de notre rôle et des apports complémentaires que l'on a par rapport au personnel soignant hospitalier, sages-femmes...

Nous nous sommes parfois posé la question de la pertinence de la prestation avec nos collègues de Neuchâtel mais nous avons toujours tenu à conserver un pied dans l'hôpital malgré des conditions qui ne sont pas idéales pour nous, afin de pouvoir avoir accès aux femmes étrangères ayant accouchées. Nous faisons venir des traductrices pour pouvoir discuter avec elles, répondre à leurs questions, faire de la prévention des grossesses non désirées mais également des MGF. Nous mettons un focus sur cette population afin de diminuer les écarts au niveau de la santé et du bien-être entre la population suisse et étrangère. Certaines d'entre nous trouvaient qu'avec les nouvelles conditions de l'hôpital (voir les accouchées à J1), on se discréditait car les femmes ne sont pas du tout réceptives à ce moment-là pour parler de contraception, mais l'argument ci-dessus l'a remporté pour l'instant !

La pertinence du mandat n'a pas été débattue. Echanges d'informations sur le fonctionnement des deux services et sur la collaboration, sur le protocole à suivre lors de nos visites etc.

Au vu de la réponse précédente, la pertinence de la prestation n'est pas remise en cause.

Discussion régulière au fil des années. Les thèmes suivants reviennent : est-ce que c'est le moment adéquat pour voir les femmes à ce sujet, comment organiser notre travail et prendre une place dans ce milieu de soins médicaux, différence de culture au sujet du conseil contraception (informer pour choisir, etc.), le contenu de notre intervention, le respect de l'intimité (chacun.e ne souhaite pas parler de contraception avec une inconnue) et du choix d'entrer en matière ou pas, harmoniser les messages des médecins et des conseillères, demander des traductrices pour les allophones, et j'en oublie sans doute. Je n'ai pas de trace écrite d'un argumentaire car nos PV sont décisionnels. Pour les arguments qui remettent en doute la prestation : les femmes qui viennent d'accoucher ne sont pas disponibles au niveau émotionnel et cognitif pour cette discussion. Elles ne retiennent pas grand-

chose de nos explications et sont parfois dérangées par notre visite. La pression du temps qui nous amène à les voir à J1 ou J2 à encore augmenté l'importance de ces arguments. De l'autre côté : la maternité est le lieu où passent presque toutes les femmes qui accouchent, y compris celles qui ont peu d'accès aux soins, à l'information et une situation psycho-sociale difficile. Le thème de la sexualité dans le post-partum est peu thématé dans les soins.

ⁱ La dénomination était celle de conseillère en planning familial à cette époque

ⁱⁱ Voir chapitre 1965-1995 la première génération de Lorenza Bettoli (p. 67-77) dans l'ouvrage « désirs, réalités...au cœur du Planning familial de Genève, 1965-2005 le choix ? Sous la responsabilité de dorette Fert