



## ÉVALUER LES BESOINS DES FEMMES ENCEINTES : UNE ÉTUDE-PILOTE DU DISPOSITIF ARIANE

[Thomas Saias](#), [Carl-Maria Mörch](#), [Janie Comtois](#), [Isabelle Girard](#), [Julie Bodard](#),  
[Jean-Louis Gerhard](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2021/4 Vol. 33 | pages 483 à 492

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.214.0483

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-483.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Évaluer les besoins des femmes enceintes : une étude-pilote du dispositif Ariane

## *Assessing the needs of pregnant women: pilot study of the Ariane protocol*

Thomas Saias<sup>1,2</sup>, Carl-Maria Mörch<sup>1,2</sup>, Janie Comtois<sup>1</sup>, Isabelle Girard<sup>3</sup>, Julie Bodard<sup>2</sup>, Jean-Louis Gerhard<sup>4</sup>

### ➔ Résumé

**Introduction :** L'organisation de la prévention périnatale est, en France, adossée à un système à vocation universelle. Les services de protection maternelle et infantile sont ainsi ouverts à tous, au risque d'exclure les personnes ne sachant pas où les trouver ni comment les utiliser. La prévention ciblée, fonctionnant sur des facteurs de risque corrigerait une partie de cette iniquité sans toutefois parvenir à une correction parfaite.

**But de l'étude :** Cet article présente un dispositif social innovant en santé publique : le contact prénatal systématique Ariane, développé par une équipe de recherche et implanté dans les services de PMI. Il repose sur le principe d'universalisme proportionné. Ariane consiste en un envoi de SMS et un appel téléphonique en début de grossesse. Destiné à toutes les femmes enceintes, il permet de transmettre de vive voix des informations sur les systèmes publics de prévention et de soutien aux parents. Il permet également d'évaluer les besoins des familles.

**Méthode :** Cet article présente les résultats de l'étude-pilote de ce dispositif, menée en Moselle. Au total, 14 sages-femmes et 11 parturientes ayant été contactées lors de leur grossesse ont participé à des entretiens post-projet.

**Résultats :** Les résultats montrent une très grande acceptabilité des appels par l'ensemble des parties. Selon les sages-femmes, Ariane a permis d'augmenter la pertinence du repérage, permettant de passer d'une logique de prévention fondée sur des critères à une logique de prévention adossée aux besoins des familles. Le contact a été facile, selon les femmes comme les professionnelles.

**Conclusions :** Nos résultats montrent que le dispositif Ariane a permis d'instaurer une relation de confiance entre les familles et les services. Les implications pour la modification des politiques dans le sens de l'« aller-vers » sont également présentées dans cet article.

**Mots-clés :** Prévention ; Grossesse ; Système de soutien psychosocial ; Santé publique.

### ➔ Abstract

**Introduction:** The organization of perinatal prevention in France is based on a system of universalism. Maternal and child protection services are thus open to all, at the risk of excluding people who do not know where or how to find them. Targeted preventive corrective measures, based on risk factors, correct some of this inequity but create other negative effects.

**Purpose of research:** This article presents an innovative social protocol in public health: the Ariane systematic prenatal contact. It is based on the principle of proportionate universalism. Ariane consists of a text message and a phone call at the beginning of pregnancy. Aimed at all pregnant women, it allows information to be transmitted orally on public systems of prevention and support for parents. It also makes it possible to assess the needs of families, along eight axes.

**Method:** This article presents the results of the pilot study of this system, conducted in Moselle. In total, 14 midwives and 11 parturients who were contacted during their pregnancy participated in post-project interviews.

**Results:** The results show a very high level of acceptability of the calls by all parties. According to the midwives, Ariane has made it possible to increase the relevance of the identification, making it possible to move from a prevention logic based on criteria to a prevention logic based on the needs of families. The contact was easy, according to both the women and the clinicians.

**Conclusion:** Our results show that the Ariane protocol make possible to establish a relationship of trust between the families and the services. Implications for outreach policies are also presented in this article.

**Keywords:** Prevention; Pregnancy; Psychosocial support system; Public health.

<sup>1</sup> Université du Québec à Montréal – Montréal – Canada.

<sup>2</sup> L'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé – Angers – France.

<sup>3</sup> Université de Lorraine – Nancy – France.

<sup>4</sup> Service de PMI de la Moselle – Metz – France.

## Introduction

En France, le début des années 2020 a entraîné une prise de conscience collective sur l'ampleur sociale des problématiques périnatales, comme la dépression parentale et l'ensemble des mauvais traitements infligés aux enfants (abus, négligence, maltraitance). Portée par un ensemble d'initiatives politiques, cette préoccupation clinique et scientifique est devenue l'objet d'un débat politique et social [1, 2]. Affirmée au plus haut niveau de l'État, elle se concrétise par les objectifs suivants : « Prévenir au plus tôt des difficultés au sein de la relation parents-enfants, c'est éviter des ruptures, de la violence, de l'échec scolaire et parfois une mise en danger des enfants et des parents. Diffuser les savoirs autour du développement du bébé, c'est réduire les inégalités entre des familles qui y auraient accès et des familles plus vulnérables qui en seraient de fait exclues. » [3]

En matière de prévention précoce de la dépression périnatale ou des mauvais traitements infligés aux enfants, les études interventionnelles menées depuis les années 1980 ont décrit les effets de programmes ou d'interventions auprès de familles recrutées sur la base de facteurs de risque [4-6]. Ces facteurs (jeune âge de la mère, précarité socio-économique, monoparentalité, etc.) sont utilisés pour restreindre les variabilités individuelles afin de mettre en place des études contrôlées. Cette logique de prévention ciblée est fondée sur les facteurs « de risque ». Elle a entraîné une adaptation des interventions pour le bénéfice des sous-groupes ciblés. Les politiques fondées sur la prévention ciblée créent plusieurs effets pervers : elles évincent les « faux positifs » (personnes avec des besoins, mais sans les facteurs de risque), peuvent stigmatiser les « faux négatifs » (personnes sans besoin, mais bénéficiant d'une intervention car présentant les facteurs de risque) et créent des effets de seuil (si l'intervention est dispensée aux familles dont le revenu est inférieur à X €, elle fera en sorte que deux familles gagnant 1 € de différence auront, pour l'une, 100 % du service et pour l'autre, 0 %) [7, 8]. De ce fait, elle a une action limitée sur la réduction des inégalités sociales de santé, parce qu'elle n'intervient pas sur l'ensemble des facteurs qui constituent le gradient social [9]. Enfin, ses corrélations pourraient être comprises comme des logiques causales (par exemple, « être jeune est un facteur précipitant de dépression ») et réduire la compréhension des problèmes visés.

Au-delà de l'expérimentation, les systèmes publics français de prévention fonctionnent – en théorie – sans se

restreindre à certaines caractéristiques individuelles. Les services de protection maternelle et infantile (PMI) sont ainsi en charge de multiples missions préventives destinées aux « futurs parents », aux « femmes enceintes » aux « jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies » et aux « enfants de moins de 6 ans » [10]. Si une attention particulière est ainsi recommandée aux services pour les familles vivant dans des contextes défavorables, la mission des PMI demeure fondamentalement universelle.

Une enquête menée en 2016 sur l'accessibilité aux services de PMI [11] a montré que les services communiquaient principalement avec les parents *via* des documents écrits. Ces derniers sont principalement communiqués de façon passive, par une « mise à disposition » (ex. dans une salle d'attente ou envoyé par courrier postal au domicile). Une analyse de la qualité de ces documents écrits [12] a révélé que les informations envoyées par la PMI étaient souvent trop complexes et peu incitatives pour garantir un accès à la PMI pour tous. Ainsi, dans l'enquête « PMI 2016 », seuls 3 % des services départementaux de PMI déclaraient avoir un contact avec l'ensemble des nouveaux parents [11]. Il était également rapporté que près de six départements sur dix ne disposaient pas de moyen de contact téléphonique leur permettant de joindre les femmes enceintes. Le formulaire de déclaration de grossesse alors en vigueur (Cerfa 10112\*05) ne comprenait en effet pas d'information sur les coordonnées téléphoniques des parturientes.

Sans préjuger des besoins des familles, et de leur besoin de rencontrer spécifiquement les services de PMI, ces données récentes sur l'accès aux services sont préoccupantes pour le maintien de l'équité d'accès aux services de prévention.

Alors que depuis les années 1980, de très nombreuses études en prévention précoce ont cherché à identifier les meilleures interventions possible pour réduire les problèmes survenant en période périnatale, aucun effort semblable n'a été mené sur l'accessibilité aux services. Pourtant, il est désormais essentiel que ces chantiers soient menés conjointement. L'universalisme proportionné [13] appliqué à la prévention semble le seul moyen d'obtenir des résultats préventifs à l'échelle de la population générale (et pas seulement au sein des échantillons expérimentaux exposés aux interventions testées). Il s'agit d'un objectif intégré que les pouvoirs publics doivent poursuivre pour restaurer l'équité d'accès à des services de qualité.

Dans le cadre d'une programmation de recherche sur le renforcement des capacités préventives des PMI, notre équipe a souhaité poursuivre deux objectifs en matière d'accessibilité. Le premier était de tester la portée d'un contact prénatal systématique auprès de futurs parents,

incluant une information sur les PMI et une évaluation des besoins des familles. Le second était de modifier, en cas de succès de cette étude pilote, l'organisation de la déclaration obligatoire de grossesse, en intégrant à son formulaire un contact téléphonique permettant aux PMI de réaliser des contacts précoces informatifs et évaluatifs.

## Méthodologie

### Ariane, le contact prénatal universel

L'ambition du projet Ariane était de développer un outil systématique permettant d'informer les familles sur les services publics, d'une part, et d'évaluer leurs besoins, d'autre part, dès la grossesse. L'intervention Ariane a ainsi été développée. Ariane consistait en (i) un envoi systématique de SMS contenant de l'information et un recueil de consentement explicite pour recevoir un appel téléphonique et (ii) le cas échéant, un appel téléphonique informatif et évaluatif lui-même. Le projet a reçu l'avis favorable 19/051-3 du Comité de protection des personnes Ouest V. Un partenariat entre l'équipe de recherche et le département de la Moselle a permis la mise en œuvre de l'intervention, d'octobre 2019 à février 2020 sur l'ensemble du territoire du département et avec le concours du service départemental de PMI.

### Le message texte (SMS)

Le message texte permet de remplir trois objectifs : annoncer l'appel, délivrer de l'information initiale sur la PMI et recueillir un consentement explicite des parturientes. Le défi rencontré dans ce projet pilote était que les services de PMI ne pouvaient pas disposer aisément du numéro de téléphone mobile des parturientes. Il a été nécessaire d'associer plusieurs bases de données départementales, en liant la base de déclaration de grossesse (PMI) à une base comportant des numéros de téléphone récemment collectés auprès d'adultes du département (*via* la Caisse d'allocations familiales – CAF). Pour des raisons éthiques, le message texte suivant a été adressé par la CAF seulement aux parturientes dont la grossesse avait été déclarée et pour lesquelles elle disposait d'un numéro de téléphone valide : « Bonjour ! C'est votre caisse d'allocations familiales ! Les sages-femmes du département de la Moselle accompagnent gratuitement tous les parents. Pouvons-nous leur transmettre votre numéro de téléphone

pour qu'ils prennent de vos nouvelles au 4<sup>e</sup> mois de grossesse ? Répondez OUI/NON à ce SMS (24 h). Merci. »

Par ailleurs, l'acceptabilité d'un appel téléphonique n'ayant jamais été évaluée, nous avons souhaité recourir à une méthode de contact non intrusive et familière. L'usage du SMS pour transmettre de l'information en période périnatale est aujourd'hui populaire auprès de plusieurs types d'acteurs et a montré un certain intérêt pour la transmission d'informations de manière universelle [14]. Le comportement recherché à travers le SMS Ariane était ainsi le consentement explicite à recevoir un appel téléphonique subséquent du service de PMI. Le SMS était adressé aux parturientes dès réception de l'avis de grossesse, soit vers 14 semaines de grossesse, dans le cadre de ce projet.

### L'appel téléphonique

L'appel téléphonique Ariane avait un objectif informatif et un objectif évaluatif. Il a été mené par une équipe de sages-femmes cliniciennes du service de PMI. Dans un premier temps, l'appelante présentait à la future mère les objectifs de l'appel (répondre aux questions des futurs parents, informer sur les services offerts par la PMI, identifier la PMI la plus proche du domicile de la famille, réaliser une évaluation de leurs besoins). Les principaux services offerts par la PMI en pré- et postnatal étaient par la suite présentés, ainsi que les conditions d'accès (lieu, gratuité). Les questions des familles pouvaient être abordées avant ou après l'évaluation des besoins. Cette dernière consistait en un questionnaire semi-structuré abordant 8 thèmes et 13 sous-thèmes : qualité du logement, grossesse (suivi de grossesse, planification, santé gravidique), précédentes grossesses et enfants aînés, enjeux sociaux (finances, isolement social, monoparentalité), couple, connaissance des services, santé mentale (anxiété, dépression) et toute autre thématique apportée par la famille.

Le questionnaire a été conçu par l'équipe de recherche, avec l'aide d'un groupe d'experts en santé et santé mentale périnatales (médecins, psychiatres et psychologues) qui ont révisé la sélection et les types de thématiques choisies lors d'une première lecture d'un document préparatoire, puis ont validé le questionnaire définitif, ajusté selon leurs recommandations. Les thématiques ont été choisies de manière à répondre (a) aux missions de la PMI et (b) aux enjeux sociaux et de santé les plus fréquemment rencontrés en périnatalité. Pour chaque thème, une question d'ouverture (« question-filtre ») était proposée (par exemple, pour le sous-thème « planification de la grossesse », dans le thème « santé gravidique » : « Votre grossesse était-elle

attendue et programmée ? »), une seconde question permettait ensuite à l'écouter d'évaluer l'ampleur des préoccupations et l'éventuelle décision de prise en charge qui pourrait en résulter (sur le même exemple : « Était-ce un coup dur, pour vous, d'apprendre cela ? »).

L'ensemble des 13 sous-thèmes était abordé par l'intervenante clinicienne. Lorsqu'une préoccupation clinique interpellait cette dernière, une décision de prise en charge était réalisée, en fonction du problème rapporté et selon les souhaits de la famille. Celle-ci pouvait se voir proposer une visite à domicile prénatale, une rencontre en centre de PMI, ou l'organisation d'un rendez-vous avec un partenaire spécialisé du centre de PMI.

Avant de débiter les appels téléphoniques, les sages-femmes participant au projet ont reçu une journée de formation. Lors de cette journée, une formatrice clinicienne de l'équipe de recherche a présenté le dispositif et le questionnaire de manière à pouvoir réaliser très vite des mises en situation. Les objectifs de cette journée de formation étaient de familiariser les professionnels avec le projet global, de renforcer leur aisance vis-à-vis de l'outil « téléphone » et de les sécuriser sur le contenu de l'entretien téléphonique d'évaluation des besoins.

### Implantation

Le processus d'implantation a d'abord consisté à consulter les équipes de la PMI pour vérifier si le message texte était un outil convenable dans leur culture institutionnelle, et pour revoir ensemble le questionnaire téléphonique. Le SMS et le questionnaire ont chacun fait l'objet de modifications et d'adaptations syntaxiques pour répondre aux habitudes et commentaires des sages-femmes. Le SMS a ensuite été validé par la personne référente en matière de règles Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et règlement général sur la protection des données (RGPD) au sein du département. Dans un deuxième temps, les numéros de téléphone furent récupérés par les services informatiques liés à la PMI. Dès réception d'un ensemble de numéros de femmes enceintes, un envoi était effectué par le module contact Everyon d'Orange®, géré par les services départementaux. Les numéros ayant généré un retour positif (pour l'appel téléphonique) étaient ensuite intégrés à une base d'appel gérée en interne par les services informatiques et accessible aux 14 sages-femmes. Ces dernières pouvaient ensuite appeler les personnes et faire le suivi en utilisant l'outil de questionnaire Kizeo Forms® proposé par le prestataire technique du département Orange®. Les réponses collectées n'étaient accessibles

qu'aux équipes du département. Les données de recherches anonymisées furent partagées à l'équipe de recherche à des fins d'évaluation du dispositif. L'enjeu d'un tel dispositif est de s'appuyer sur l'existant pour ne pas démultiplier les outils et les ressources déjà en place dans le service.

### Évaluation

La première étape évaluative d'Ariane consistait à vérifier son acceptabilité par les professionnels, d'une part, et son acceptabilité par les parents contactés, d'autre part. Deux études qualitatives ont ainsi été menées.

#### *Entretiens auprès des sages-femmes*

Les 14 sages-femmes ayant réalisé les appels téléphoniques ont été contactées par une assistante de recherche pour réaliser un entretien de retour d'expérience, une fois les entrevues avec les femmes enceintes terminées (février 2020). L'ensemble de ces professionnelles a accepté de participer à l'étude. Les entrevues, d'une durée de quinze à trente minutes, abordaient leur expérience générale lors de l'utilisation du dispositif, mais aussi la formation à l'outil d'évaluation, l'acceptabilité de ce dernier, le rapport aux parents, *via* le téléphone, et les éventuelles difficultés rencontrées.

#### *Entretiens auprès des femmes enceintes*

À l'issue de leur entretien, 11 femmes enceintes ayant réalisé l'entrevue avec les professionnelles de PMI ont pu être contactées. La proposition de participation (« Acceptez-vous d'être recontactée par une personne de l'équipe de recherche pour répondre à quelques questions à propos de l'entretien que nous venons d'avoir ? ») était faite par la sage-femme, à la suite de l'entretien. Lorsque la personne acceptait, elle était recontactée dans de brefs délais (une semaine) par l'assistante de recherche en charge des entretiens. Ceux-ci ont été initiés en janvier 2020, trois mois après le début de l'intervention, de manière à assurer que les entretiens porteraient sur des expériences auprès de professionnelles maîtrisant bien l'outil Ariane. Les entrevues, d'environ vingt minutes en moyenne, abordaient l'expérience d'avoir reçu un SMS puis un appel téléphonique, les premières réactions face à l'intervenante, la relation avec celle-ci puis l'expérience globale de l'« aller-vers », initiée par la PMI.

Le recrutement a été réalisé jusqu'à obtention d'une saturation théorique (lorsque les nouveaux entretiens n'apportent plus de données supplémentaires à l'analyse, réalisée parallèlement [15]).

## Analyses des entretiens

Les entretiens ont été transcrits puis en utilisant la méthode d'analyse thématique de contenu [16] en six étapes (familiarisation avec le corpus, génération de codes, génération de thèmes, raffinement des thèmes, définition des thèmes et production du rapport de données). L'ensemble du corpus a été catégorisé selon cette approche. Une analyse intégrative a par la suite permis une synthèse des expériences des sages-femmes et des femmes enceintes, ici rapportées.

## Résultats

Cette section rapporte la synthèse des données recueillies auprès des femmes enceintes et des sages-femmes appelantes. Eu égard à leur investissement, les entretiens avec ces dernières ont été plus détaillés et approfondis. Les citations illustratives des résultats en sont le plus fréquemment tirées. Cependant, la synthèse ici présentée porte sur l'ensemble des 25 entretiens réalisés.

### Accès aux familles et image de la PMI

Les sages-femmes et les mères soulignent la pertinence de l'utilisation du SMS et du téléphone pour présenter les services de PMI. Moyens modernes de communication, ils permettent de joindre davantage de femmes enceintes et permettent de respecter leur choix en matière de service proposé.

Pour les sages-femmes, le SMS se démarque favorablement du courrier postal. Il semble un moyen plus efficace pour entrer en contact avec les mères :

« [Le SMS est un] moyen moderne qui permet d'atteindre tout le monde en comparaison au courrier. Parfois, elles n'ouvrent même pas l'enveloppe, car elles pensent que c'est de la publicité. »

« Elles attendent notre appel versus un courrier déshumanisé. »

De plus, le SMS permettrait de donner une image proactive et moderne du département :

« Il faut avancer, le courrier n'est plus d'actualité. Les SMS, portable ou courriel me paraissent indispensables. Sinon on garde une image passéiste du département. »

Certaines sages-femmes ont rapporté que, lors de leurs appels, certaines femmes ne connaissaient pas la PMI ou en avaient une image erronée. Quatre des 11 femmes interrogées ont affirmé qu'elles ne connaissaient pas la PMI avant l'entretien téléphonique. Une des répondantes souligne d'ailleurs que l'image de la PMI est peu favorable pour de nombreuses personnes et souhaite que le dispositif permette de continuer à développer la présentation des services :

« J'espère qu'on va pouvoir développer nos présentations de services et avoir une autre image de nos services... L'image de la PMI est souvent liée au social. Il y avait des gens qui étaient vexés qu'on les visite parce qu'ils ne comprenaient pas vraiment nos services. »

« J'expliquais un petit peu les missions des PMI et c'était plus clair pour elles. Il y avait moins d'appréhension par rapport à la protection de l'enfance. »

Pour les 11 femmes appelées, le SMS et l'appel ont laissé une image positive de la PMI. Elles ont déclaré avoir senti qu'on se préoccupait d'elles et qu'on était à leur écoute :

« [Le nouveau dispositif m'a laissé une] très très bonne image, car on s'intéresse au citoyen, on leur donne la chance de pouvoir s'en sortir, de s'exprimer, de trouver des solutions. »

Deux femmes ont aussi rapporté que le dispositif leur a permis de changer leur vision sur la PMI, car elles l'associaient à l'aide sociale à l'enfance ou encore à des femmes en situation de précarité :

« Une bonne image, on a tendance à se dire que c'est pour une catégorie de femmes, mais ce n'est pas parce qu'on n'est pas en situation de précarité qu'on n'a pas besoin de ces services. »

Un résultat non attendu d'Ariane a été la satisfaction exprimée par les sages-femmes de joindre des femmes multipares et qui ont exprimé des besoins durant leur grossesse, alors que le dispositif de contact préalable (de mise à disposition) les aurait a priori écartées de l'intérêt prioritaire du département :

« Avoir des dames qui n'en étaient pas à leur premier bébé, qui avaient des questions. C'est une grosse surprise, car elles ne sont pas la population visée. »

D'autre part, des femmes ne répondant pas aux autres critères de vulnérabilités établis ont pu recevoir des services :

« [Le dispositif m'a permis de] rencontrer des mamans que je ne serais pas allée voir sans l'entretien parce que nos critères de vulnérabilité ne sont pas en adéquation avec les demandes des mères. »

Enfin, à travers ce dispositif, les futures mères ont, selon les sages-femmes, le pouvoir de choisir ce qu'elles désirent en matière de soutien gravidique. Elles disposent du temps nécessaire pour clarifier leurs besoins et elles savent qu'elles peuvent contacter une professionnelle si – et quand – elles le souhaitent.

### Contenu de l'entretien

Six des 11 femmes ayant reçu l'appel ont déclaré s'être senties concernées par l'ensemble des questions (13 sous-thèmes). Quatre femmes ont indiqué que certaines questions ne les concernaient pas. Deux d'entre elles ont affirmé vivre dans un environnement privilégié et que certaines questions leur paraissaient, à cet égard, moins pertinentes.

En ayant une meilleure compréhension de la PMI, les mères seraient, toujours selon les sages-femmes, plus réceptives à parler de leurs enjeux, à recevoir de l'aide et à recevoir les sages-femmes à domicile lorsqu'elles en ressentent le besoin :

*« Un premier contact téléphonique permet de balayer d'éventuelles vulnérabilités. Ça les rassure de ne pas avoir quelqu'un qui arrive chez elles, comme ça. »*

Une rencontre avec une professionnelle a été proposée à 7 des 11 mères. Parmi celles-ci, deux en avaient déjà rencontré une, au moment de la réalisation de l'entretien, deux avaient l'intention d'en rencontrer une sous peu. Les trois autres ont déclaré être déjà suivies et bien informées.

### Accueil du dispositif par les femmes contactées

Les sages-femmes rapportent que, durant cette expérience, aucune mère n'a réagi négativement à l'appel téléphonique. Au contraire, les mères étaient ouvertes, accueillantes, positives, à l'écoute et d'accord pour répondre aux questions :

*« Les femmes trouvent que c'est une bonne méthode, c'est accepté. Elles disent que c'est une bonne idée de contacter les gens de cette manière. On me disait : Je vous remercie de votre appel. »*

*« Elles s'épanchent assez facilement. J'étais surprise qu'elles évoquent des choses assez intimes tout de suite. »*

L'impression des sages-femmes est d'ailleurs confirmée par le discours des futures mères. Selon elles, l'appel leur a permis de poser des questions, d'avoir quelqu'un à l'écoute et qui se soucie d'elles. Toutes les femmes

interrogées soulignent qu'elles n'ont ressenti de malaise à aucun moment, aucune question ne leur laissant un sentiment d'étrangeté :

*« Je ne me sentais pas obligée d'échanger sur certains points, elle est restée sur mes besoins. »*

*« Je me suis dit qu'on s'intéressait à moi et à mon futur bébé. Pour une maman moins entourée, c'est le moment d'appeler à l'aide. »*

### Efficacité de la réponse

Le dispositif a permis de répondre aux besoins de plusieurs mères. D'abord, l'appel a permis de répondre à des questionnements, d'offrir de l'écoute et du soutien :

*« Les femmes se livrent beaucoup et j'ai dû écouter certains appels et proposer une visite. Elles ont toutes accepté. »*

*« Avec le courrier, elles s'en saisissent très peu. Là, elles savent qu'elles peuvent nous rappeler s'il y a quoi que ce soit. Il y a une porte ouverte. »*

Le dispositif a par ailleurs le potentiel de joindre les femmes tôt dans leur grossesse et de les soutenir :

*« Si on arrive à appeler tôt dans la grossesse, on peut combler un vide. Elles n'ont pas encore passé l'entretien prénatal. Elles sont souvent perdues en début de grossesse. Cela répond à leurs demandes. »*

Neuf futures mères ont spontanément exprimé que l'intervention leur avait permis de constater qu'elles pouvaient compter sur un organisme vers qui se tourner lorsqu'elles ont des questions ou des besoins. Grâce au dispositif, deux femmes rapportent avoir reçu de l'aide concrète durant leur grossesse :

*« J'étais en situation de déménagement, ça m'a aidé à savoir qui peut me renseigner, vers qui me diriger. Cette sage-femme a un rôle de coordonnatrice, sur toutes les personnes qui existent autour de la grossesse et de la maternité. Une sage-femme libérale ne le fait pas forcément. La PMI propose une vision plus globale. »*

### Effet sur les visites à domicile

Selon l'expérience des sages-femmes, Ariane a permis de diminuer le nombre de visites à domicile infructueuses. Celles qui ont été réalisées l'ont été chez les femmes pour lesquelles un besoin avait été repéré au téléphone. L'entretien téléphonique permettait par ailleurs de répondre à certaines questions pouvant être apportées par téléphone. La visite à domicile prenait le sens, selon les sages-femmes, d'un outil parmi d'autres

plutôt qu'un outil systématique. Les sages-femmes déclarent enfin que le taux de « portes fermées » aurait été nul, à la suite de l'appel Ariane, comparativement à 18 % auparavant :

« Même si le dispositif prend un peu plus de temps, on perd moins à faire des visites (par exemple, quand je tombe sur une porte close après 1 h 30 de route). »

« L'appel permet de fixer une date et elles sont là pour la visite. Je n'ai eu aucun échec sur toutes les visites programmées par téléphone. Quand c'est par courrier, il y a énormément d'échecs. »

De surcroît, l'appel précédent la visite permet de mieux cerner les besoins des mères et de rendre les visites plus adaptées à leurs besoins :

« Les échanges au téléphone nous permettent d'avoir une bonne idée du profil de la personne avec lequel on échange et de rendre les visites à domicile plus pertinentes et plus ciblées. »

### **Intégration du dispositif dans le travail des sages-femmes**

Ariane a, selon les sages-femmes, permis de les aider dans leurs tâches et leur mission. De plus, elles s'approprient assez facilement le dispositif. Néanmoins, elles rapportent que celui-ci peut bouleverser leur rythme de travail.

Au début de cette expérience, les sages-femmes ont reçu une formation qui s'est révélée moins soutenante que l'expérience des premiers entretiens elle-même :

« Ça nous a orienté, mais on se sent plus à l'aise quand on commence directement l'expérience. »

De plus, elles rapportent n'avoir rencontré aucune difficulté particulière en lien avec l'utilisation et l'appropriation du dispositif. Elles pouvaient compter sur des collègues ou sur des réunions d'équipe pour discuter de certaines situations plus difficiles.

Le dispositif leur a permis de se sentir reconnues dans leur travail et de mieux répondre aux besoins des familles :

« Complètement différent d'avant, où on s'imposait. On a l'impression d'être vraiment à leur disposition et à l'écoute de leurs demandes. »

Selon les sages-femmes, Ariane a également soutenu leurs conditions de travail en leur permettant de joindre des femmes qui étaient motivées pour être contactées :

« C'est sympa de contacter des gens qui souhaitent être contactés. »

Enfin, elles se sont senties plus utiles, plus disponibles et plus efficaces. Certaines cliniciennes ont explicitement exprimé qu'elles souhaiteraient la poursuite et la généralisation du dispositif.

Sur un registre plus confrontant, le bouleversement des horaires et la surcharge de travail que peuvent représenter les appels ont été soulevés. Puisque la majorité des femmes enceintes travaillent, les sages-femmes ont de la difficulté à les joindre durant leurs propres heures de travail. Certaines d'entre elles ont dû adapter leurs horaires. De plus, puisque les appels représentent une tâche supplémentaire, elles ont parfois pris du retard sur leurs autres tâches :

« Je ne pouvais pas appeler quand je recevais des messages à cause de la charge de travail. Je ne pouvais pas me rendre disponible tout de suite. Il y a eu au moins un mois, un mois et demi avant que je commence vraiment à m'y mettre. Ça a fait boule de neige et je cumulais le listage. Ça me faisait paniquer. »

L'organisation de son temps de travail et le renforcement des moyens sont les pistes privilégiées pour gérer le surcroît d'activité :

« Je pensais que ce serait chronophage ou que ça nous mettrait plus de pression, mais il faut qu'on apprenne à travailler différemment. »

« Très enrichissant, j'espère qu'on va continuer comme ça. J'espère que je ne vais pas tout le temps me retrouver avec une quantité astronomique d'appels à passer. Il faut qu'on s'organise tous au niveau de l'agenda. »

### **Limites du dispositif**

#### **• Interactions avec le conjoint**

Des sages-femmes ont soulevé que leur plus grande difficulté concernait la réception du SMS par le conjoint. Le numéro de téléphone au dossier CAF était fréquemment celui du conjoint de la future mère (souvent en raison d'une barrière de langue pour la femme enceinte). Les sages-femmes se sont parfois retrouvées désemparées en réalisant l'entretien directement avec le conjoint, sans avoir reçu d'instruction ou de formation spécifique à cet égard :

« La seule difficulté, ce sont les maris. Ce sont leur numéro et c'est eux qui ont répondu au SMS. Donc, après, ce sont eux qu'on a au téléphone. Parfois, c'est à cause de la barrière linguistique. Mais l'entretien n'est pas aussi libre que lorsqu'elles sont seules. »

« Quand monsieur répond, il est présent derrière la femme, c'est gênant. »

Dans le même ordre d'idée, il a été soulevé qu'il était plus délicat et plus difficile de dépister la violence conjugale par téléphone. En effet, la sage-femme n'a pas la certitude que la mère peut librement parler en l'absence de retour vidéo ou d'observation directe.

• *L'incompréhension du SMS*

Il a été soulevé que le SMS était parfois mal compris par les mères. Ces dernières n'ont pas systématiquement fait le lien entre ce message et la PMI. Pour d'autres, elles répondaient favorablement au SMS, mais sans réellement comprendre de quoi il s'agissait :

« Souvent elles me répondaient : "Ah j'ai répondu oui, mais je ne savais pas vraiment c'était pour quoi". »

Les sages-femmes pensent que certaines mères ont d'ailleurs refusé l'entretien puisqu'elles n'en avaient pas bien compris l'objectif. Elles suggèrent d'insérer un lien qui mène vers un réseau social ou vers une vidéo de présentation de la PMI. Ainsi, les femmes seraient dans une meilleure position pour répondre au SMS.

• *Difficulté à joindre les mères*

Tel que mentionné précédemment, le nombre d'appels passés pour joindre les mères pouvait être élevé, constituant une limite d'un dispositif implanté dans un rythme de travail à « horaires de bureau » :

« Le nombre d'appels avant d'avoir la personne [est une difficulté]. D'une part, elles ne connaissent pas le numéro. On laisse un premier message et la dame rappelle. Je suis toujours à deux appels au moins avant d'avoir un échange. »

## Discussion

Les enjeux périnataux sont des problèmes sociaux souvent invisibles. Ils sont associés à une image négative de la parentalité, et de ce fait sont sous-déclarés, sous-détectés et sous-traités [17, 18].

L'universalisme proportionné est défini comme une manière universelle de dispenser des services, avec une intensité proportionnée aux besoins des individus permet de penser des systèmes préventifs à l'échelle des populations qui réduisent les inégalités sociales de santé [13, 19]. La prévention universelle proportionnée est ainsi fondée sur les besoins des familles et non plus sur leurs caractéristiques.

Cet article présentait les résultats du dispositif de contact prénatal systématique intitulé Ariane. Composé d'un SMS et d'un appel téléphonique, il avait pour objectif d'informer systématiquement les femmes enceintes des services auxquels elles peuvent prétendre, et d'évaluer avec elles les besoins auxquels ces services pourraient répondre. Les résultats de cette recherche ont montré que, autant pour les sages-femmes en charge de cette clinique préventive que pour les futures mères en ayant bénéficié, l'implantation de ce nouveau dispositif était pertinente. Ariane a été systématisé dans le département-pilote et a été étendu à de nombreux autres. Le travail préparatoire a contribué à alerter les pouvoirs publics sur la nécessité de favoriser la proactivité des services de prévention et, pour cela, de leur fournir les moyens de contact nécessaires. À la suite de cette expérimentation, un nouveau formulaire de déclaration de grossesse (Cerfa 10112\*06) a été édité en décembre 2020, comprenant l'indication du numéro de téléphone des parturientes et leur indiquant qu'avec celui-ci, la PMI était susceptible de les contacter.

Au-delà de la modification essentielle des moyens de contacts, Ariane a généré des plus-values notables par rapport aux modes de fonctionnement traditionnels de la PMI (courrier, mises à disposition). Selon les sages-femmes ayant la responsabilité de sa mise en œuvre, il permet de joindre davantage de familles, qui ont un profil différent de celui précédemment recherché par les cliniciens du département (primiparité, par exemple). Le moyen de contact a paru moderne et adapté à son temps, permettant de contribuer à actualiser l'image associée à la PMI (ex. les dépliants). Le caractère systématique de l'entretien portant sur les 13 sous-thématiques a permis aux cliniciennes de questionner dès la grossesse un ensemble de thématiques sur lesquelles la vulnérabilité de chaque famille a pu (ou non) s'exprimer. Les conséquences positives exprimées sur les suivis subséquents (les sages-femmes étant attendues, les portes n'étant plus fermées) pourraient être comprises en appliquant le modèle d'alliance de Bordin utilisé en psychothérapie [20]. Selon ce modèle, l'alliance entre un professionnel et un usager est tributaire (a) d'un accord sur les buts à atteindre, (b) d'un accord sur les tâches pour y parvenir et (c) d'une relation interpersonnelle de qualité. L'introduction d'un contact préalable téléphonique tel qu'Ariane, permettrait sans doute de créer un accord sur les buts et de préparer la relation interpersonnelle, expliquant l'excellente recevabilité par les familles et la compliance à recevoir la visite du service par la suite.

En ce qui concerne les limites de l'expérimentation et les points à corriger, on notera la restriction de la langue utilisée dans les SMS (pour l'instant exclusivement le

français) si la couverture de la population française en matière de téléphonie mobile est très importante, on ne saurait en inférer que l'utilisation des SMS permette de transmettre systématiquement une information avec la certitude qu'elle soit bien reçue et comprise. Ce point est d'autant plus sensible que certains départements ont des populations très diversifiées. Dans le cas de populations d'immigration récente, par exemple, le bénéfice d'une aide publique, gratuite et universelle serait sans aucun doute important, et nécessiterait pour cela de pouvoir s'adapter à leur langue privilégiée. Par ailleurs, il sera important dans de futures itérations de ce dispositif de communiquer avec tous les acteurs de terrain réalisant les déclarations de grossesse (médecins généralistes, gynécologues, infirmières, sages-femmes libérales). Ils pourront renforcer le dispositif en informant les femmes enceintes de son existence et de contacts à venir de la part de la PMI (SMS et téléphoniques). Sur le même registre, il sera nécessaire d'évaluer le taux d'atteinte de la population-cible, celui-ci ne pouvant être garanti par la simple utilisation d'un numéro de téléphone, qui peut être utilisé par plusieurs personnes.

L'exigence d'une motivation des parturientes (restreignant la population éligible, devant expressément manifester son désir d'être contactée) pourra être corrigée par le fait que la PMI dispose désormais elle-même des numéros et du consentement des parents à être contactés. Enfin, il sera nécessaire d'améliorer le dispositif de formation en y intégrant un module couvrant les relations avec les conjoint.e.s et/ou coparents des femmes enceintes.

Les prochaines recherches portant sur le dispositif Ariane auront pour objectif (i) d'évaluer le coût-bénéfice, en se concentrant notamment sur les économies générées par la baisse de « portes fermées » à la suite de l'appel téléphonique, (ii) de comparer les besoins exprimés par les parents avec la présence ou non des anciens « facteurs de risque » de manière à tester l'hypothèse de supériorité du modèle universel proportionné sur le modèle ciblé et (iii) de tester l'impact à l'échelle de la population (recevabilité, taux de pénétration, taux de réponse, etc.) de l'implantation du dispositif sur l'ensemble d'un territoire.

*Aucun conflit d'intérêts déclaré*

## Remerciements

*Les auteurs remercient les sages-femmes du département de la Moselle ayant réalisé le travail de terrain d'Ariane. Les auteurs remercient Laetitia Szura, Raphaël Regnier et Hélène Mangin (département de la Moselle), pour leur aide à la conception et à la mise en œuvre de l'étude. Ils adressent leurs remerciements*

*à Augusta Bonnard, formatrice des sages-femmes ayant participé au projet. Ils remercient Laurent Ponté (Caisse d'allocations familiales de Moselle) pour l'aide apportée par la CAF afin de joindre les familles ayant participé au dispositif. Ils remercient chaleureusement Michèle Peyron, députée du Val-de-Marne et Cécile Poissy, son assistante parlementaire, ainsi que Maxime Boidin, conseiller du secrétaire d'État aux enfants et aux familles et Dorothee Pradines, conseillère du Délégué interministériel à la Prévention et à la Lutte contre la pauvreté, pour leur aide à la modification du formulaire de déclaration de grossesse, qui permettra la restauration d'une véritable justice sociale en matière de prévention précoce. Nous voulons souligner l'engagement d'Annelore Coury, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et Romain Bègue, son directeur de cabinet, pour la transformation de ces mêmes outils à destination des femmes enceintes et des services les entourant.*

## Références

1. Peyron M. Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! Paris : Assemblée nationale ; 2019.
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1 000 premiers jours : Là où tout commence. 2020.
3. Présidence de la République. Faire des 1 000 premiers jours de l'enfant une priorité de l'action publique. 2019. [Visité le 25/10/2021]. En ligne : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2019/09/19/faire-des-1000-premiers-jours-de-lenfant-une-priorite-de-laction-publique>.
4. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. Interventions to prevent perinatal depression: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2019;321(6):588-601.
5. van der Put CE, Assink M, Gubbels J, van Solinge NFB. Identifying effective components of child maltreatment interventions: A meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2018;21(2):171-202.
6. Tubach F, Greacen T, Saias T, Dugravier R, Guedeney N, Ravaud P, et al. A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. *BMC Public Health*. 2012;12:648.
7. McLaren L. In defense of a population-level approach to prevention: why public health matters today. *Can J Pub Health*. 2019;110(3): 279-84.
8. Sanders M, Higgins D, Prinz RJ. A population approach to the prevention of child maltreatment: Rationale and implications for research, policy and practice. *Family Matters*. 2018;100:62-70.
9. Saias T, Poissant J, Delawarde C, Tarabulsy G. Cinquante ans d'expérimentation : quels enseignements tirer des programmes de prévention précoce ? In: Tarabulsy G, Poissant J, Saias T, Delawarde C (dir.). Programmes de prévention et développement de l'enfant :

- 50 ans d'expérimentations. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2019. p. 303-18.
10. Code de la Santé publique. Article 2111-2, modifié par la loi n° 2005-706 du 28 juin 2005. JORF n° 149 du 28 juin 2005.
  11. Saïas T, Clavel C, Dugravier R, Bonnard A, Bodard J. Les pratiques à domicile en Protection maternelle et infantile : Résultats d'une étude nationale en 2016. *Santé Publique*. 2018;30(4):477-87.
  12. Saïas T, Clavel C, Kargakos S, Tremblay-Légaré F. Analyse qualitative de la communication des services de Protection maternelle et infantile. *Cah Puer*. 2020;336:16-20.
  13. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health*. 2015;14(1):1-8.
  14. Mörch C-M, Saïas T, Vaillancourt A. Short message service (SMS) as a universal preventive strategy in the prenatal period: A Scoping Review (Soumis).
  15. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin ; 2012.
  16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
  17. Miller-Perrin CL, Perrin RD. Child maltreatment: An introduction. New York (NY): Sage Publications ; 2012.
  18. Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng EI, Akwasi AG. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;17(1):1-8.
  19. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. The Marmot review final report: Fair society, healthy lives. The Strategic review of health inequalities in England Post-2010. London (UK): The Marmot Review, University College London; 2010.
  20. Bordin E. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1979;16:252-60.