



PRÉFECTURE DE LA RÉGION DE BOURGOGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES**

PRATIQUES AUTOUR DE LA NAISSANCE EN CÔTE D'OR : POINTS DE VUE DE PROFESSIONNELS ET DE MÈRES

Janvier 2006

Étude réalisée à la demande de l'association « bébé en vue », Observatoire régional des usagers,
avec le soutien financier de la dotation régionale des réseaux de Bourgogne

Pratiques autour de la naissance en Côte d'Or :

Points de vue de professionnels et de mères

Réalisation

Cynthia MORGNY - sociologue, chargée d'études
en collaboration avec Véronique BRUN - sociologue
Christine FIET - secrétaire

Remerciements

Aux femmes qui ont accepté de témoigner

Aux professionnels qui ont aidé à contacter les femmes et à ceux qui nous ont accueillies dans les maternités des établissements publics de Côte d'Or

Aux professionnels du service de Protection Maternelle et Infantile du Conseil général de Côte d'Or pour l'échantillonnage des femmes à partir des certificats de santé du 8^{ème} jour.

SOMMAIRE

<u>AVERTISSEMENT</u>	1
<u>INTRODUCTION</u>	3
<u>CHAPITRE I - CONTEXTE DE LA NAISSANCE EN BOURGOGNE ET EN CÔTE D'OR</u>	5
1. QUELQUES CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET ADMINISTRATIVES	5
2. LES TERRITOIRES SANITAIRES DE COOPÉRATION	6
3. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE	8
3.1. ÂGE	9
3.2. NAISSANCES ET FÉCONDITÉ	9
3.3. SITUATION FAMILIALE	11
4. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE	11
<u>CHAPITRE II - MÉTHODES ET PRÉSENTATION DES « PARTICIPANTS »</u>	13
1. ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES	13
2. POINTS DE VUE DES FEMMES	13
3. PARTICIPANTS À L'ÉTUDE	14
3.1. ÉTABLISSEMENTS	14
3.2. PROFESSIONNELS	14
3.3. FEMMES	15
4. RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES	16
<u>CHAPITRE III - OFFRES, PRATIQUES ET ATTENTES DANS LES MATERNITÉS DE CÔTE D'OR</u>	19
1. SUIVI DE LA GROSSESSE	19
2. PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT	22
3. TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT	23
3.1. LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT	26
3.2. PREMIERS SOINS AU BÉBÉ À LA NAISSANCE	32
4. SUITES DE COUCHES	34
4.1. SOINS À L'ENFANT	35
4.2. ALIMENTATION DE L'ENFANT	38
4.3. ACCOMPAGNEMENT DE LA MÈRE ET SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	43
4.4. PRÉPARATION DE LA SORTIE ET RETOUR AU DOMICILE	45

<u>CHAPITRE IV - LES ÉTABLISSEMENTS : MOYENS ET DIFFICULTÉS POUR REMPLIR LEURS MISSIONS</u>	49
1. FONCTIONNEMENT INTERNE	49
1.1. MOYENS EN PERSONNEL DANS LES MATERNITÉS	49
1.2. PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES ÉTABLISSEMENTS	52
1.3. POLITIQUES DE FORMATION	62
1.4. FLUCTUATION DE LA NOTION D'ÉQUIPE ET DES RELATIONS PROFESSIONNELLES	63
1.5. DES DIFFICULTÉS GÉNÉRÉES PAR LE « SYSTÈME »	64
2. REPRÉSENTATION DES MATERNITÉS, DES PROFESSIONNELS ET DE LEURS RÔLES	69
<u>CONCLUSION : AMÉLIORER LES CONDITIONS DE LA NAISSANCE ET ACCOMPAGNER LES FAMILLES</u>	76
<u>ANNEXE 1 : GRILLE D'OBSERVATION DES PRATIQUES</u>	82
<u>ANNEXE 2 : COURRIERS DE SENSIBILISATION</u>	84
<u>ANNEXE 3 : COURRIER DES MÉDECINS DE LA CLINIQUE STE MARTHE</u>	87
<u>ANNEXE 4 : SYNTHÈSE DES ENTRETIENS DE FEMMES RENCONTRÉES POUR L'ÉTUDE PRATIQUES AUTOUR DE LA NAISSANCE EN CÔTE D'OR</u>	88
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	112

Avertissement

Afin de préserver l'anonymat des femmes et des professionnels, aucun nom n'est mentionné dans ce rapport.

Pour ne pas en faire le support de polémiques mais plutôt un outil de dialogue, les extraits de discours sont livrés de façon à ne pas pouvoir déterminer l'établissement concerné. Toutefois nous sommes conscients que ce procédé est insuffisant pour les professionnels qui connaissent bien les structures et leurs collègues, et que certains sujets mis en avant ne peuvent concerner que certains établissements, voire dans certaines situations certains professionnels. Il nous a semblé que lorsque ces sujets pouvaient permettre échanges, discussions et amélioration des pratiques, ils devaient malgré tout être évoqués dans ce rapport.

Introduction

Le travail mené par l'Observatoire régional des usagers en périnatalité « Bébé en vue » pour la réalisation du Livre Blanc a mis en évidence plusieurs éléments importants : d'une part, l'importance des premières heures de la vie et des premiers jours dans la constitution du lien parents-enfants ; avec parmi les nombreux éléments en jeu, la confiance des parents en eux-mêmes et en leur bébé, la réussite ou au contraire l'échec d'un allaitement souhaité, la dépression post-partum qui vient assombrir tant la maman que, par ricochet, le bébé ; d'autre part, le relatif « abandon » dont les femmes ont le sentiment dès lors que l'accouchement est passé, l'organisation périnatale en France étant très centrée sur le risque obstétrical.

L'association d'usagers « Bébé en vue » souhaite qu'une réflexion soit menée et nourrie par un état des lieux des pratiques et des attentes des acteurs : femmes et professionnels. Elle a confié à l'ORS la réalisation de cet état des lieux à partir des maternités de Côte d'Or dans un premier temps^a.

Cette étude a pour objectif de décrire les pratiques observées dans chaque maternité, de rendre compte des points de vue des professionnels et des femmes sur les conditions de naissance et les soins apportés à la mère et à l'enfant, de la naissance jusqu'à la sortie de la maternité.

Objectifs

L'inventaire des pratiques a porté sur différents moments et sur différents thèmes :

- Immédiatement après la naissance (cordon, bain, mise au sein, gouttes dans les yeux, aspiration, pesée, couveuses, autres examens et tests...)
- En matière d'aide au « maternage » : allaitement (conseils, compléments, existence de formations pour le personnel, de protocoles...), soins, bain (lieu, heure, personnes admises), équipements : fauteuils, coussins pour l'allaitement...
- Durant la nuit et notamment pour la première nuit
- Les examens pratiqués à l'enfant
- Les outils de communication utilisés entre parents et professionnels (accueil, allaitement, soins au bébé, etc.)
- La place laissée au père et à la fratrie
- Les complémentarités professionnelles et le suivi global de la mère et de la famille

^a L'étude a d'abord porté sur le département compte-tenu du budget accordé, l'idée étant de l'étendre à d'autres établissements de la région avec le soutien de financements complémentaires.

- L'accompagnement lors du retour au domicile : organisation, messages diffusés, professionnels impliqués.

L'étude s'appuie sur un recueil de points de vue des professionnels sur l'organisation des soins et les pratiques ainsi que ceux des femmes sur ce qu'elles ont vécu au moment de leur(s) accouchement(s), ce qu'elles attendaient, ce qui y a répondu ou non.

Ce rapport est constitué de trois parties. Dans un premier temps le contexte des naissances en Bourgogne et quelques tendances démographiques régionales autour de la naissance sont présentées.

Dans un second temps, la méthodologie de l'étude ainsi que les établissements et les femmes sur lesquels a reposé la collecte d'informations sont décrits.

Les résultats sont présentés dans un troisième temps. Ils portent sur l'offre mise en place dans les maternités, les pratiques professionnelles et les expériences vécues, puis sur les fonctionnements décrits par les professionnels et la perception que peuvent en avoir les femmes.

CHAPITRE I - CONTEXTE DE LA NAISSANCE EN BOURGOGNE ET EN CÔTE D'OR

Ce chapitre permet de situer les caractéristiques géographiques, démographiques et sociales de la région et du département, celles-ci peuvent en effet expliquer des adaptations particulières de l'offre de prise en charge des femmes et des familles.

1. QUELQUES CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET ADMINISTRATIVES

Le territoire bourguignon couvre près de 31 600 Km² ce qui représente 5,8% du territoire métropolitain. Par sa taille il se situe au 6^{ème} rang des régions françaises. C'est une zone faiblement peuplée avec une densité de 51 habitants au Km² contre 110 pour la France métropolitaine. Cette densité varie de 63 habitants au Km² en Saône et Loire à 33 pour la Nièvre¹.

L'espace bourguignon est caractérisé par la diversité de ses « milieux naturels » qui influent fortement sur la densité, l'accessibilité des services, etc. Le Morvan, au centre de la région constitue notamment une « barrière naturelle entre l'Ouest et l'est de la région ».

Considérée dans son ensemble, la Bourgogne se situe au premier rang des régions françaises pour les autoroutes, au second rang pour son réseau ferroviaire et au quatrième pour ses routes nationales. Ce classement relativement satisfaisant masque de fortes disparités entre les régions. Pour les autoroutes, la Côte d'Or est le département le mieux desservi avec 295 km, suivie par l'Yonne avec 191 km, puis la Saône et Loire avec 117 km et la Nièvre : 18 km. Pour le réseau SNCF, trois des quatre départements comptent plus de 500 km de rail contre moins de 400 km pour la Nièvre. En terme d'accessibilité aux services, les départements ne sont pas égaux quant aux moyens mis en œuvre sur leur territoire.

La Bourgogne compte 2 045 communes pour 1 613 000 habitants, soit en moyenne 800 habitants par communes. En fait dans 15% de ces communes il y a moins de 100 habitants et dans 72% moins de 500 habitants. Des quatre départements composant la région, la Côte d'Or est celui qui compte le plus grand nombre de communes (707, soit plus du tiers de l'ensemble des communes de la région) et la Nièvre le plus faible.

Compte tenu des caractéristiques géographiques des départements et de leur histoire économique notamment, la répartition de la population entre zone urbaine et rurale varie d'un département à l'autre.

Tableau 1- Répartition de la population bourguignonne en fonction du milieu de vie^b en 1999

	Côte d'Or		Nièvre		Saône et Loire		Yonne		Bourgogne	
	eff	% *	eff	% *	eff	% *	eff	% *	eff	% *
Espaces à dominante urbaine	348 118	68,7	102 310	45,4	333 450	61,2	174 906	52,5	958 784	59,5
<i>dont pôles urbains</i>	258 118	50,9	69 937	31,1	226 841	41,6	95 869	28,8	651 784	40,5
Espaces à dominante rurale	158 637	31,3	122 888	54,6	211 443	38,8	158 315	47,5	651 283	40,5
<i>dont rural isolé</i>	52 840	10,4	63 172	28,1	82 776	15,2	47 311	14,2	246 099	15,3
Pop. totale sans doubles comptes en 1999	506 755		225 198		544 893		333 221		1 610 067	

Source : INSEE, Tableaux de l'économie bourguignonne, édition 2003

* Pourcentages calculés à partir de la population totale sans doubles comptes. Pour la Côte d'Or par exemple, les personnes vivant en milieu rural isolé représentent 10,4% de l'ensemble de la population du département.

Trois des quatre départements ont une population vivant majoritairement dans des espaces essentiellement urbains (près de 7 personnes sur 10 pour la Côte d'Or, 6 sur 10 pour la Saône et Loire et 5 sur 10 pour l'Yonne). Ce n'est pas le cas de la Nièvre dont la population réside principalement dans des espaces à dominante rurale (54,6%), et pour 28% en milieu rural isolé.

Aux côtés de ces territoires administratifs, l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) a défini des territoires sanitaires de coopération.

2. LES TERRITOIRES SANITAIRES DE COOPÉRATION

Pour l'élaboration et la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire, l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) a défini des territoires sanitaires de coopération. Dans ce cadre, les établissements sont incités à mettre en œuvre des procédures et des protocoles de prise en charge communs.

Le code de la santé publique stipule que « *la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire sont arrêtés, dans les conditions fixées à l'article L.6121-8, sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante. Cette analyse tient compte des rapports d'activité et des projets d'établissements approuvés* ».

^b Définition des espaces :

L'espace à dominante urbaine regroupe les pôles urbains (villes ou agglomérations regroupant au moins 5 000 emplois en 1990) et les communes dont plus de 40% des actifs ont un emploi dans un pôle urbain (couronne périurbaine) ou plusieurs (communes multipolarisées).

L'espace à dominante rurale rassemble les communes sous faible influence urbaine (dont 20 à 40% des actifs résidents travaillent dans une aire urbaine), les pôles ruraux (dont le nombre d'emplois est supérieur à 2 000 et supérieur au nombre d'actifs résidents), leurs communes périphériques (dont 20% des actifs résidents travaillent dans un pôle rural) et le rural isolé.

Parmi les principes sanitaires, l'ARH souligne en 2003² certaines caractéristiques devant être présentées par ces territoires :

« Les territoires doivent avoir une certaine cohérence populationnelle et organisationnelle

Les aires doivent comprendre au moins un pôle MCO important composé d'au moins deux établissements et dans ce cas d'un public et d'un privé

Les aires doivent respecter les décrets urgence et périnatalité

Les aires doivent intégrer le contexte de la démographie médicale

Les aires doivent permettre de désenclaver la Bourgogne centrale

Les aires peuvent avoir une population au moins égale à la population d'un secteur sanitaire telle que prévue par les textes

Les aires devraient respecter les décisions antérieures prises dans le domaine de l'organisation des soins hospitaliers et notamment le SROS II. »

Les auteurs du rapport final de la « Mission d'étude et d'avis sur le découpage territorial sanitaire de la région Bourgogne » notent certaines caractéristiques de la région à prendre en compte dans ce découpage :

Il doit s'efforcer de lutter contre des tendances lourdes qui poussent à l'éclatement de la région

La région est une région de passage. Importance des axes autoroutiers : le découpage doit prendre en compte ces effets tunnels

La région est vaste et peu peuplée, 40% de la population est rurale : comment respecter les temps d'accès maximum de 30 à 45 minutes ?

La région n'est pas également perméable à la circulation : couloir ligérien et Val de Saône Morvan. Liaisons Nord Sud aidées, Est Ouest difficiles

La Bourgogne est vieillissante. Le découpage doit tenir compte d'une mobilité réduite grandissante ; ne pas croire que tout le monde roule en voiture, en TGV ou a accès à internet.

En Bourgogne, le territoire de la Côte d'Or est calé sur le département administratif, l'Yonne regroupe deux territoires sanitaires, l'un au Nord du département, l'autre au Sud. Dans ce dernier a été intégré le canton nivernais de Clamecy, pivot du réseau périnatal autour de Clamecy. Le reste de la Nièvre constitue un territoire sanitaire, la Saône et Loire en compte deux.

Territoires sanitaires de coopération Bourgogne mars 2004



Source : ARH Bourgogne, Site Internet

3. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

En 2004, on estime la population bourguignonne à 1 616 000 habitants. Entre les deux derniers recensements (1990–1999) sa population a augmenté de 0,35% (contre 0,5% en France métropolitaine), principalement grâce au solde naturel.

Là encore, on observe des disparités départementales : pour deux d'entre eux la population a augmenté (+3,1% dans l'Yonne et +2,6% pour la Côte d'Or), à l'opposé, pour les deux autres, la population a diminué (-2,6% en Saône et Loire et -3,5% dans la Nièvre).

3.1. ÂGE

La part des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en Bourgogne est plus élevée qu'en moyenne en France métropolitaine (9,36 contre 7,9%), à l'opposé la part des jeunes de moins de 15 ans est plus faible dans la région : 16,7% contre 17,9%.

Tableau 2 – Répartition de la population bourguignonne et des départements par classes d'âge, en 2004

	Population estimation 2004	< 15 ans	15-49 ans	50-74 ans	> 74 ans	
Côte d'Or	512 272	17,5	49,2	25,4	7,9	100,0
Nièvre	221 263	15,6	41,6	31,2	11,6	100,0
Saône et Loire	546 019	17,0	43,3	29,4	10,3	100,0
Yonne	336 523	18,1	44,0	28,3	9,6	100,0
Bourgogne	1 616 077	17,2	45,1	28,2	9,6	100,0
France métropolitaine	60 200 000	18,5	47,8	25,8	7,9	100,0

Source : INSEE, RP 1999, Exploitation ORS

La différence observée entre la Bourgogne et la France métropolitaine se retrouve également entre la Bourgogne et ses départements. La Côte d'Or est le département le plus jeune suivi de l'Yonne et à l'inverse la Nièvre apparaît comme le département le plus âgé suivi de la Saône et Loire.

Lorsqu'on observe la seule population féminine, on retrouve la même différence entre la France métropolitaine et la région et logiquement les mêmes classements des départements. C'est l'Yonne qui compte le plus fort pourcentage de jeune fille de moins de 15 ans avec 17,3% de sa population, suivie de la Côte d'Or (16,6%), ces deux départements présentent également les plus forts pourcentages pour la classe d'âge supérieure. La Nièvre enregistre les plus forts pourcentages de femmes de plus de 49 ans.

Tableau 3 – Répartition de la population féminine par classe d'âge au sein des départements de la région Bourgogne en 2004

	< 15 ans	15-49 ans	50-74 ans	> 74 ans	
Côte d'Or	16,6	48,2	25,5	9,7	100,0
Nièvre	14,8	39,6	31,4	14,2	100,0
Saône et Loire	16,0	41,5	29,8	12,6	100,0
Yonne	17,3	42,5	28,4	11,7	100,0
Bourgogne	16,3	43,6	28,4	11,7	100,0
France métropolitaine	17,6	46,5	26,1	9,8	100,0

Source : INSEE, RP 1999, Exploitation ORS

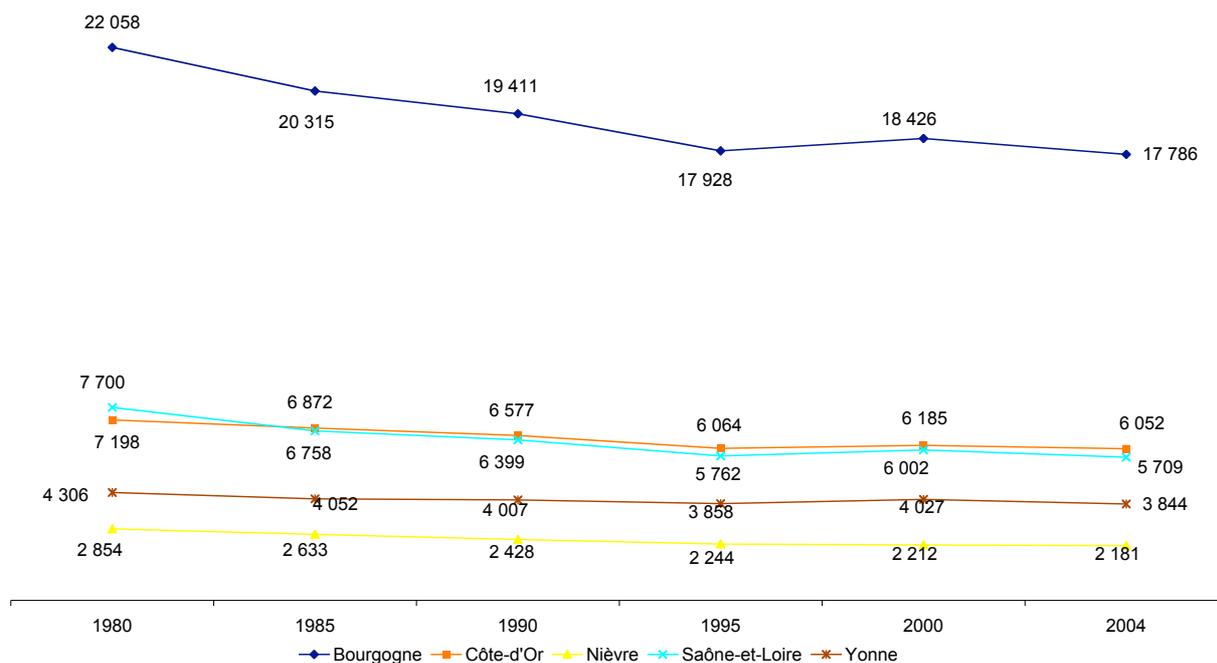
3.2. NAISSANCES ET FÉCONDITÉ

Plusieurs indicateurs permettent de décrire les naissances au sein d'une population : le nombre de naissances domiciliées (comptabilisées à partir du domicile de la mère), le nombre de naissances

enregistrées (comptabilisées à partir du lieu où elles se produisent), le taux de natalité et l'indicateur conjoncturel de fécondité.

En Bourgogne, comme en France, le nombre de naissances domiciliées a baissé depuis les années 60, passant d'environ 24 000 pour se stabiliser autour de 18 000 depuis 1995. En 2000, 18 400 naissances étaient domiciliées dans la région, 17 800 en 2004.

Figure 1 – Évolution du nombre des naissances domiciliées en Bourgogne et dans ses départements de 1980 à 2004



Source : INSEE

Les taux bruts de natalité enregistrés dans la région et ses départements sont plus faibles qu'en moyenne en France, et différents d'un département à l'autre³. En 2000, ce taux était de 11,4 pour 1 000 en Bourgogne contre 13,1 en France en 2003^c, le même taux est de 10,9 pour la région et de 12,7 pour la France métropolitaine. Dans la région où la tendance est donc à la baisse du taux de natalité, en 2003 il est le plus faible dans la Nièvre avec 9,6 pour 1 000 habitants contre 11,9 en Côte d'Or. Ce taux tient compte de la structure par âge de la population, ce qui explique le niveau observé dans la Nièvre dont on a vu précédemment qu'elle présentait les plus fortes proportions de personnes âgées de plus de 50 ans.

Pour compléter cette étude de naissances on peut examiner le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer (c'est à dire ayant entre 15 à 49 ans). En 2000, d'après l'INSEE, ce nombre variait de 1,7 en Côte d'Or pour le département dont le niveau est le plus bas à 1,99 dans l'Yonne pour celui qui a le niveau le plus élevé. La Nièvre enregistrait 1,77 enfants par femme et la Saône et Loire 1,87, la moyenne régionale se situant à 1,8 contre 1,87 en France. On peut souligner que l'indicateur dans l'Yonne est supérieur à la moyenne nationale depuis 1981.

^c Pour les données 2003, voir Statiss 2005

3.3. SITUATION FAMILIALE

Au moment du recensement de population de 1999, la Bourgogne comptait 4,2% de femmes mères de famille monoparentale (ayant au moins un enfant de moins de 25 ans). Cette proportion est légèrement plus élevée en Côte d'Or (4,5%) et plus faible en Saône et Loire.

Ce tableau décrit la situation des femmes de 15 ans et plus, les autres indicateurs reflètent celles des femmes âgées dont on sait qu'elles sont relativement nombreuses dans la région.

Tableau 4 – Situation des femmes de plus de 15 ans en 1999

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne
En couple sans enfant	25,5	30,4	29,4	28,8	28,2
En couple avec enfant(s)	30,7	27,5	30,3	30,7	30,1
<i>dont au moins un enfant < 25 ans *</i>	<i>28,1</i>	<i>24,5</i>	<i>27,2</i>	<i>28,0</i>	<i>27,3</i>
Mère de famille monoparentale	5,9	6,0	5,5	5,7	5,8
<i>dont au moins un enfant < 25 ans *</i>	<i>4,5</i>	<i>4,2</i>	<i>3,9</i>	<i>4,2</i>	<i>4,2</i>
Vit seule	18,7	20,0	17,8	16,9	18,2
Autres	19,3	16,1	16,9	17,9	17,7
<i>Dont chez les parents *</i>	<i>12,3</i>	<i>10,1</i>	<i>11,5</i>	<i>11,3</i>	<i>11,5</i>
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : INSEE, RP 1999, exploitation ORS

* Les pourcentages sont calculés par rapport à la population totale concernée

4. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les résultats de l'enquête périnatalité 2003⁴ sont rassemblés par grandes régions. La Bourgogne fait partie du groupe « Est du Bassin parisien » avec la Champagne Ardenne et la Picardie. Pour ce groupe de trois régions, l'étude met en évidence plusieurs différences significatives par rapport aux tendances de l'ensemble de la métropole.

Caractéristiques socio-démographiques des femmes donnant naissance

- La proportion de femmes âgées de 35 ans ou plus est de 12,3% dans ce groupe de régions alors qu'elle est de 15,9% en moyenne pour la France métropolitaine. La différence est significative au seuil de 1%.
- Les femmes sont moins souvent qu'en moyenne en France métropolitaine diplômées d'un niveau supérieur au baccalauréat : 34,5% dans les régions contre 42,6% (pas de précision sur le niveau de diplôme du père).

Pratiques

- Le nombre de dépistage sanguin de la trisomie 21 est proportionnellement plus fréquent dans ces régions (82,4% contre 79,7% $p=0,04$).
- Les hospitalisations prénatales surviennent dans 22% des grossesses prises en charge en région contre 18,6% en métropole ($p=0,007$).
- La préparation à la naissance de femmes primipares n'a lieu que dans 57% des cas contre 66,6% en métropole ($p=0,001$).
- Les femmes sont plus souvent accouchées par des sages-femmes qu'en moyenne en métropole (régions : 57,2%, métropole : 47,5% $p=0,001$).
- L'allaitement maternel est moins répandu dans le groupe « Est du Bassin parisien » (52,6%, métropole : 62,6% $p=0,001$).

On peut donc retenir que la réflexion sur les conditions de naissance doit prendre en compte des caractéristiques démographiques et géographiques marquées de la région, et certains contrastes observés entre les départements, qui suggèrent des besoins d'aide différents.

Une population inégalement répartie sur le territoire, avec en moyenne plus de 40% de personnes vivant dans des zones à dominante rurale (près de 55% pour la Nièvre et 31% pour la Côte d'Or).

Une population vieillissante avec un nombre de naissances qui semble continuer sa baisse malgré une légère augmentation en 2000. Toutefois il faut noter un certain dynamisme de la fécondité dans l'Yonne avec un indice de fécondité de 1,99 contre 1,87 en France et 1,80 en Bourgogne et un niveau plus faible en Côte d'Or (1,70).

Des territoires sanitaires dont les moyens, en termes d'offre de soins, semblent malgré tout d'accès inégal.

CHAPITRE II - MÉTHODES ET PRÉSENTATION DES « PARTICIPANTS »

La méthodologie de l'étude et les outils de collecte ont été conçus en concertation avec des représentants de « bébé en vue ». Un médecin pédiatre d'une des maternités a été consulté afin de valider la liste des examens pratiqués sur le nouveau-né à sa naissance et durant son séjour hospitalier. La méthodologie de l'étude a été élaborée autour des différents objectifs.

1. ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES

Ce point est étudié à partir de trois sources :

- Les pratiques et les organisations ont été analysées à partir d'entretiens individuels et semi-directifs réalisés auprès de professionnels de chaque maternité et d'échanges plus ou moins formels à l'occasion des visites des établissements. Par ailleurs, des questionnaires ont été déposés à l'occasion des visites des maternités auprès des cadres sages-femmes en vue de les diffuser aux professionnels des services.
- Des visites ont été organisées dans chaque maternité afin d'observer des pratiques sur un certain nombre d'items listés sur une grille (cf annexe 1).

Afin d'envisager d'éventuelles différences et de prendre en compte des modifications de fonctionnement, les visites et les entretiens ont été réalisés en horaire de jour et en horaire de nuit.

2. POINTS DE VUE DES FEMMES

Des entretiens auprès des femmes ont été réalisés afin de connaître leurs attentes vis-à-vis des professionnels et des structures, leurs points de vue sur les expériences vécues, leurs difficultés et afin de dégager les points communs entre celles-ci et les avis des professionnels. Ils n'ont pas été conduits dans l'esprit d'une enquête de satisfaction (de type marketing ou association de consommateurs).

L'échantillon de femmes a été constitué à l'aide du service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) à partir des certificats de santé du 8^{ème} jour. Il a été réalisé de façon à varier les lieux d'accouchement, en prenant en compte la date de l'accouchement et le nombre d'enfants.

Pour les sites de Dijon et Beaune, la période d'accouchement retenue se situe entre le 1^{er} février et le 28 février 2005. Pour les sites de Semur en Auxois et Châtillon sur Seine, l'échantillon a été constitué à partir des naissances ayant eu lieu entre le 10 janvier et le 5 mars 2005. Un courrier a été adressé à 20 femmes de chaque site (soit 100 femmes au total), dont la moitié était des primipares, l'autre moitié des multipares. Pour les femmes ayant accouché à Châtillon sur Seine, ce renseignement

ne figurant pas sur la plupart des certificats, la sélection ne l'a pas pris en compte pour constituer l'échantillon.

Pour des questions de confidentialité, il n'a pas été constitué de listes de femmes à l'ORS. Des courriers ont été adressés par l'intermédiaire du service de PMI de Côte d'Or aux femmes de l'échantillon, leur proposant de participer à un entretien. Si elles acceptaient, il leur était demandé soit de retourner un coupon à l'ORS soit de téléphoner pour convenir d'un rendez-vous avec un chargé d'études.

3. PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

3.1. ÉTABLISSEMENTS

Toutes les maternités de Côte d'Or ont été sollicitées pour participer à cette étude. Pour chacune, des courriers ont été adressés au directeur de l'établissement, au chef de service et si besoin au cadre de santé de la maternité afin d'obtenir une autorisation de mise en œuvre de l'étude, de l'ensemble des responsables (cf. différentes formes de courriers en annexe 2). Chacun des établissements publics du département a accepté cette étude. Comme les autres maternités, la clinique Sainte Marthe a été sollicitée. Après différents contacts avec la direction, un rendez-vous a été pris auprès des surveillantes afin d'organiser les visites. Entre temps les médecins de la clinique ont exprimé leur désaccord vis-à-vis du recueil de points de vue et d'observation de leurs pratiques ; ils n'ont pas souhaité prendre part à cette étude (cf. leurs remarques en annexe 3). De ce fait, il n'a pas été possible d'associer la clinique privée (où sont effectués le plus grand nombre d'accouchements du département et de la région) à cet inventaire des pratiques et des points de vue des professionnels.

Au total, 4 maternités hospitalières publiques de Beaune, Châtillon sur Seine, Dijon, Semur en Auxois ont été incluses dans cette étude.

3.2. PROFESSIONNELS

Dans chacun des établissements, des professionnels ont fait part de leur organisation, de leurs pratiques et de leurs points de vue sur la qualité du suivi, de l'accompagnement des mères et de leur enfant.

À Beaune, une visite de jour a eu lieu en mai, une autre de nuit en juin 2005. Un entretien a été mené avec le chef de service, une aide soignante, une sage-femme, une auxiliaire puéricultrice.

À Châtillon sur Seine, une visite de jour a eu lieu en avril, une visite de nuit en juin 2005. Dans cette maternité, un entretien a été mené avec un cadre sage-femme, une sage-femme, deux auxiliaires puéricultrices.

Au CHU de Dijon, compte tenu de la taille de la maternité les différentes étapes autour de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance ont donné lieu à des visites indépendantes les unes des autres, réparties entre juin et septembre 2005. Le service des consultations a été intégré à l'étude dans l'idée de connaître les différents points abordés dans ces consultations et de saisir l'articulation entre les différents services (entretien auprès du cadre et d'une sage-femme). Dans la même idée, une sage-

femme pratiquant les échographies a été rencontrée. Le service des suites de couches, le bloc d'accouchement ont, chacun, fait l'objet de visites et d'entretiens avec des cadres, des sages-femmes, d'un pédiatre. Le chef du service maternité, gynécologie, obstétrique a également pris part à un entretien. Pour le bloc d'accouchement, une visite de jour et une de nuit ont été effectuées.

Nous avons assisté au « Staff » de fin de matinée du service de suites de couches avec le pédiatre. La sage-femme assurant le relais entre le CHU et la PMI, et entre les patientes de la clinique Sainte Marthe et la PMI, ainsi que deux des sages-femmes de l'Unité d'accompagnement au retour à domicile des mères et des nouveau-nés (UDAME) ont pris part à un entretien de groupe.

À Semur en Auxois, une visite de jour a eu lieu en mai, une autre, de nuit, en juin 2005. Dans cette maternité, des entretiens ont été menés avec deux médecins gynécologues, un cadre sage-femme, une infirmière puéricultrice, deux sages-femmes.

3.3. FEMMES

Un premier échantillonnage de femmes a été constitué début juin 2005. Sur 100 femmes sollicitées par l'intermédiaire de la PMI pour ces entretiens, 15 ont répondu favorablement, 2 autres personnes ont été recrutées par l'intermédiaire de contacts informels.

Les entretiens ont eu lieu entre 4 et 6 mois après la naissance du dernier enfant. L'âge des femmes varie entre 26 et 43 ans. Ces entretiens ont eu lieu individuellement, au domicile des familles. Les points de vue des pères n'ont pas été recueillis, mais dans un cas, le père présent lors de l'entretien a témoigné de son point de vue sur des points précis.

<u>Lieu de domicile des femmes</u>	<u>Lieu d'accouchement, maternité de</u>
Villote sur Ource	Châtillon sur Seine
Bissey la Côte	Châtillon sur Seine
Châtillon sur Seine	Châtillon sur Seine
Combertault	Beaune
Beaune	Beaune
Gilly les Citeaux	Beaune
Dijon	Dijon, CHU
Dijon	Dijon, CHU
Quétigny	Dijon, CHU
Liernais	Semur en Auxois
Flavigny sur Ozerain	Semur en Auxois
Flavigny sur Ozerain	Semur en Auxois
Savigny le sec	Dijon, clinique Ste Marthe
Quemigny Poisot	Dijon, clinique Ste Marthe
Dijon	Dijon, clinique Ste Marthe
Corcelles les citeaux	Dijon, clinique Ste Marthe
Marsannay la Côte	Dijon, clinique Ste Marthe

Les femmes interrogées ont accouché dans l'une des 5 maternités du département. Selon les situations géographiques et les expériences, elles ont motivé leur participation par le soutien apporté à une maternité qu'elles sentent menacée, le souhait de témoigner de leur satisfaction ou au contraire de leur insatisfaction au sujet de la maternité qu'elles avaient expérimenté. Mais au-delà de ces motifs, la plupart de ces femmes accordent une importance à la naissance, à l'enfant, et s'intéressent fortement à ce qui concerne ces thématiques. De manière générale, dans cet échantillon, une femme a 7 enfants, une autre en a 4, 5 femmes ont 3 enfants, 3 femmes ont 2 enfants, 7 viennent d'accoucher de leur premier enfant ; on compte 2,3 enfants par femme en moyenne.

Les lettres qui ont été attribuées à chacune d'entre elles n'ont aucune correspondance ni avec leur nom de famille, ni avec leur lieu de domicile ou d'accouchement.

4. RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES

L'enquête par questionnaire était initialement prévue auprès de l'ensemble des maternités de Bourgogne. Elle a d'abord été menée auprès des 4 maternités ayant participé à cette étude. Au total 40 questionnaires ont été récupérés. La répartition par établissement est de 4, 10, 12, 14. Dans un établissement seules des sages-femmes ont répondu ; dans tous les établissements ce sont elles qui ont majoritairement répondu. Des aides soignantes, auxiliaires puéricultrices, puéricultrices ont également participé. Compte tenu des réactions des professionnels face à ce questionnement, certains nous confiant qu'habituellement ce genre de document étant directement jeté, et de la nécessité d'accompagner les questionnaires d'une information détaillée et adaptée aux réactions, sur la présentation de l'association Bébé en vue, des objectifs de l'étude, il a semblé impossible de poursuivre l'enquête par questionnaire telle qu'elle avait été imaginée, c'est à dire par voie postale, auprès des autres établissements de la Bourgogne.

Pour la Côte d'Or, compte tenu du faible nombre de questionnaires retournés, aucune exploitation statistique n'a été faite des 41 documents reçus. Toutefois les réponses ont été examinées, les questions ouvertes utilisées pour compléter les témoignages des professionnels sur les conditions d'accueil des mères et des enfants et les soins qui leur sont délivrés.

Malgré une sensibilisation des professionnels à chaque niveau de la hiérarchie, la mise en œuvre de l'étude a été difficile. Les difficultés semblent liées à plusieurs facteurs :

- Un manque de relais des informations relatives à l'étude entre le chef de service et les équipes professionnelles.
- Une confusion des médecins à propos des buts recherchés par les usagers à l'occasion de cette étude.

- Un contexte fragilisé pour certaines maternités qui a conduit des professionnels à associer cette étude à une sorte d'audit contribuant à décider du maintien ou de la fermeture d'un service.
- Des médecins qui se sont parfois sentis exclus du comité de pilotage de l'étude (composé exclusivement d'usagers), ce qui a nourri l'idée que chacun « travaille dans son coin » et a induit parfois une réaction de rejet de l'étude.

Face à ces différents constats, un temps de sensibilisation et de mise en confiance des professionnels importants a du être déployé afin qu'ils perçoivent le caractère indépendant des enquêteurs et qu'ils comprennent la démarche des usagers à savoir non pas se positionner contre des professionnels mais amorcer des échanges en vue de soutenir des évolutions.

CHAPITRE III - OFFRES, PRATIQUES ET ATTENTES DANS LES MATERNITÉS DE CÔTE D'OR

À partir des observations et des entretiens, ce chapitre propose un éclairage sur les pratiques des maternités de Côte d'Or autour de la naissance et de l'accompagnement des mères et des enfants. Considérant la naissance et l'accueil du bébé comme le résultat de processus variés, psychologique et relationnel, de suivi médical, chacun a été invité à aborder la naissance en la situant dans un continuum allant de l'annonce de la grossesse à son suivi, de l'accouchement aux soins, puis au retour à domicile. Cette chronologie des événements a donc été maintenue dans l'analyse dans l'idée de reconstituer la dynamique des situations prises dans leur ensemble.

Il s'agit ici de rendre compte des pratiques et des possibilités existantes (par exemple les premiers soins, l'alimentation et la toilette des bébés, la durée moyenne de séjour (DMS), le soutien psychologique des mères, la préparation à la sortie...). Pour chaque étape, des points de vue de professionnels et le ressenti et le vécu des femmes sont présentés, ainsi que les attentes des femmes.

On doit ici rappeler qu'il n'a pas été possible d'équilibrer totalement les points de vue des professionnels et ceux des femmes du fait que celles-ci ont expérimenté l'ensemble des établissements du département alors qu'aucun professionnel de la clinique Sainte Marthe ne s'est exprimé.

1. SUIVI DE LA GROSSESSE

Le suivi de la grossesse est assuré par des gynécologues sur deux sites, par des gynécologues et des sages-femmes dans deux autres sites. Toutes les femmes qui ont accouché en clinique ont été suivies par un gynécologue. Parmi les 17 femmes interrogées, 15 ont fait suivre leur grossesse par un médecin, une femme a effectué sa dernière consultation de suivi auprès d'une sage-femme de la maternité, pour une autre l'information n'est pas connue.

La moitié des femmes ont été suivies directement par un professionnel de l'établissement dans lequel elles ont accouché, les autres ont commencé leur suivi de grossesse avec un professionnel et ont changé ensuite pour être suivies par un autre de la maternité. Pour ces dernières, les **configurations** sont très **hétérogènes en ce qui concerne le moment auquel elles ont été orientées vers l'établissement** (entre 4 et 8 mois de grossesse). Certaines ont commencé leur suivi de grossesse avec leur médecin généraliste, d'autres avec leur gynécologue qui n'était pas obstétricien. Une femme a changé de médecin obstétricien du fait des kilomètres à parcourir pour ses consultations (70 km). La notion de choix dans l'organisation de ce suivi est très relative, puisque les femmes ont une connaissance très vague des possibilités, de l'organisation dans les établissements, du rythme des visites préconisées en France. Elles sont par ailleurs confrontées aux files d'attente des gynécologues indiquées lors de la prise de rendez-vous.

Une femme estime que ce suivi de grossesse (une visite et des analyses chaque mois) est très lourd, elle utilise le terme de « *médicalisé* » en expliquant que les examens réguliers donnent un aspect très médical à la grossesse. Une autre ayant développé un diabète gestationnel estime que le suivi était démesuré par rapport à l'ampleur de son problème. De leur côté, des sages-femmes notent que, dans leur établissement un médecin invite les femmes à venir chaque semaine pour une visite auprès des sages-femmes lors du 8^{ème} mois de grossesse ce qui, de leur point de vue, ne semble pas se justifier médicalement, mais plutôt par la pression médico-légale et l'anxiété du professionnel en question.

La « médicalisation » est un terme que l'on entend dans des discours des femmes qui déplorent l'importance des objets matériels et des examens (y compris ceux prodigués par des professionnels) qui assistent la surveillance médicale et dans des témoignages de professionnels qui s'interrogent sur la « médicalisation » du suivi de grossesses et des accouchements physiologiques. Toutefois la différence entre les deux types de discours réside dans le fait que les professionnels n'incluent pas leurs propres pratiques et leurs interventions dans cette médicalisation. Cette notion de médicalisation sera développée dans le dernier chapitre.

Au-delà du rythme régulier et fréquent des consultations, plusieurs femmes primipares évoquent le fait qu'elles se sont senties « *un peu perdue* » au début de leur grossesse, car elles ne savaient pas ce qu'elles devaient faire tandis qu'une fois ces informations reçues, elles ne parvenaient pas à articuler les étapes du suivi et pour l'une d'elles, ce fut source d'angoisse, car les rendez-vous ont été décalés par rapport au suivi recommandé.

Les femmes qui ont été suivies dans un établissement où les sages-femmes peuvent assurer le suivi de grossesse ont été majoritairement reçues en consultation par un gynécologue. Elles ne savent pas vraiment pourquoi c'est un médecin qui a assuré ce suivi et non une sage-femme, les « *choses se sont faites comme ça* » : on leur a simplement proposé un rendez-vous auprès d'un gynécologue. Les femmes semblent faire « ce qu'on leur dit » sans trop se poser de questions, et se conforment aux indications fournies par le médecin auprès duquel se déroule la première consultation pour poursuivre les démarches et examens jusqu'à la fin de leur grossesse. Cette **absence de connaissance du fonctionnement du système** est partagée par la plupart des femmes et a **de toute évidence un impact sur les trajectoires des femmes et sur leur suivi**.

L'exemple de **Mme P** est intéressant sur ce point. Cette personne habite à égale distance entre Beaune et la clinique Sainte Marthe. Le gynécologue qui la suit au début de sa grossesse est localisé à Dijon. Lorsqu'elle est enceinte il lui indique à 5 mois de grossesse qu'elle doit choisir entre le CHU et la clinique Sainte Marthe. Mme P n'a pas d'avis, ne sait pas quel établissement choisir, elle questionne son entourage qui lui fournit des avis partagés sur les deux établissements. Lorsqu'il lui est demandé si elle a pensé à accoucher à Beaune elle répond qu'elle ne savait pas qu'une maternité existait dans cette ville. Finalement c'est le mari de Mme P qui prend la décision et choisit la clinique Sainte Marthe pour éviter le dérangement des travaux menés au CHU et c'est après avoir fait ce choix qu'elle choisit un médecin gynécologue. Mme P emploiera d'ailleurs le terme de « hasard » pour expliquer comment elle a choisi son lieu d'accouchement.

Un autre exemple illustre l'impact sur le suivi de la grossesse et l'angoisse générée de ces trajectoires décousues, parfois difficilement coordonnées.

Au moment où **Mme E** découvre qu'elle est enceinte, elle sollicite un gynécologue obstétricien intervenant par ailleurs à l'hôpital mais il ne peut la recevoir et lui faire la première échographie. La secrétaire lui conseille de voir avec son médecin généraliste. Mme E n'est pas très à l'aise avec son médecin généraliste, en tous cas elle ne souhaite pas qu'il intervienne dans son suivi gynécologique et obstétrique. Elle se tourne vers un gynécologue médical qui l'oriente vers un cabinet privé pour l'échographie. Entre les intervenants s'installe une confusion sur la date des dernières règles, et le bébé est jugé trop petit par la radiologue. Mme E se voit prescrire des échographies de contrôle mensuelles, elle évoque avec son mari l'éventualité d'une interruption médicale de grossesse. Au cours du 6^{ème} mois de la grossesse, le gynécologue réalise son erreur, et Mme E est réorientée vers le gynécologue de l'hôpital. Arrivée vers ce dernier professionnel à 7 mois de grossesse, celui-ci lui indique que ces échographies étaient inutiles et qu'un bébé peut ne pas être « dans les courbes ».

L'exemple de cette femme montre d'une part qu'en cas **d'acteurs multiples**, des erreurs ont « mathématiquement » plus de risque d'apparaître (ce qui n'est pas propre à ce type d'activité), et également que la multiplicité des références se retrouve dans les indications fournies aux patients en général et aux femmes enceintes en particulier. Ces variations de références entre les professionnels intervenant dans le suivi de grossesse induisent pour plusieurs femmes (4 dans notre échantillon) des décisions importantes dans les gestes, les examens préconisés et sont également source d'angoisse.

Mme B, suivie par un médecin d'un des hôpitaux arrive dans l'établissement pour une césarienne programmée d'un bébé en siège. Entre les examens préalables et notamment l'échographie, le médecin présent, qui n'est pas celui qui a suivi la femme, remarque que le bébé change de position, il décide de ne pas faire la césarienne, de manipuler le bébé et de cercler Mme B dans des draps pour maintenir le bébé tête en bas. La manipulation échoue, Mme B souffre une nuit dans ce cerclage de draps, avec un bébé dont elle ressent qu'il se débat et se retourne malgré tout. Le médecin qui a suivi la patiente est informée de cette décision prise par son collègue, les médecins sont en désaccord sur la conduite à tenir. Finalement la césarienne est faite pour un bébé de plus de 4 kilos en siège, le cordon enroulé autour du cou, qui naît en bonne santé.

Mme C est suivie jusqu'à 6 mois de grossesse par son gynécologue libéral qui l'oriente ensuite vers l'hôpital. La grossesse se déroule sans souci particulier, tout va très bien. Mme C arrive à l'hôpital et se voit prescrire une série d'exams car son ventre est jugé trop petit par le médecin de l'hôpital. Mme C est très angoissée par cette annonce, elle dit que le médecin est « obnubilé » par la petite taille de son ventre. Elle s'inquiète, elle aussi, pour la santé de son bébé. On lui prescrit de nouveau ces mêmes exams à différentes reprises, elle se met à avoir des contractions et sa tension augmente. Mme C se présente comme une femme d'une nature anxieuse. Elle assure que le médecin de l'hôpital ne lui a jamais demandé comment elle se sentait, ni comment se passait sa grossesse. Elle accouche d'une petite fille de 2800 grammes née à terme en bonne santé.

Si Mme C se dit de nature anxieuse, on peut comprendre aussi que l'inquiétude peut rapidement s'installer, lorsqu'on insiste sur un caractère interprété comme « anormal » chez une femme enceinte. Mme C n'est pas la seule à souligner l'intérêt de manifester envers une femme une « attention » minimum aux règles relationnelles élémentaires qui n'apparaissent pas seulement utiles à cette étape de la grossesse. S'intéresser à la manière dont les individus vivent les événements, les changements qui les touchent peut permettre de les soutenir et de les renforcer au moment de la naissance, de l'accueil de leur enfant, les aider à devenir des parents... S'intéresser aux individus c'est aussi les reconnaître dans ce qu'ils sont, ce qu'ils vivent, etc.

Pour l'orientation dans ce parcours, la préparation à l'accouchement peut être perçue comme une aide. Elle devrait être systématiquement abordée par les professionnels assurant le suivi de la grossesse, ce qui ne semble pas être généralisé puisque quelques femmes disent que leur médecin ne l'a pas évoqué, toutefois elles en étaient informées par ailleurs.

2. PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT

Concernant la préparation à l'accouchement, l'offre est diversifiée : préparation classique, sophrologie, piscine mais cette diversité ne semble pas toujours connue des patientes. Tous les établissements ne proposent pas toutes les méthodes de préparation mais les professionnels qui évoquent ce sujet donnent une information complète sur les possibilités de l'établissement et indiquent les services proposés par des sages-femmes libérales assurant des préparations. Des sages-femmes évoquent à l'occasion des préparations des points sur lesquels il leur semble que les parents peuvent formuler des choix : postures d'accouchement, recours à la péridurale, section du cordon ombilical, il s'agit de susciter des avis car elles disent que « *les gens se laissent généralement porter par l'équipe* ».

La Haute Autorité de Santé⁵ note qu'en France, la préparation à la naissance a tendance à diminuer passant de 70% en 1998 à 67% en 2003 chez les femmes primipares. En revanche, le pourcentage de femmes ayant plusieurs enfants et continuant à suivre une préparation reste stable, de l'ordre de 25%.

Dans notre échantillon, parmi les 17 femmes, 12 ont commencé une préparation à l'accouchement, 2 ne l'ont pas terminé, l'une parce qu'elle a accouché avant la date présumée du terme de la grossesse, l'autre pour raisons de santé, elles ont chacune 3 et 4 enfants.

Les 5 femmes qui n'ont pas suivi de préparation à l'accouchement ont entre 3 et 7 enfants. Ces femmes soulignent la difficulté pour s'organiser, s'occuper des autres enfants, et se consacrer à ces préparations. L'une d'elles a retenu de préparations précédentes « *des positions soulageantes* » qu'elle utilise lors de ses autres accouchements.

Une seule femme n'a jamais suivi de préparation pour aucune de ses grossesses, elle dit que personne ne lui en a jamais parlé durant le suivi de sa grossesse et qu'il aurait été difficile pour elle d'y participer pour des questions d'éloignement de son domicile (elle a accouché de son premier enfant à 50 km de son domicile) et de temps (elle a une profession indépendante).

Les femmes qui ont participé aux préparations ont choisi des modalités différentes, fonction de l'offre qui leur est proposée : avec des professionnels de la maternité, avec des sages-femmes libérales.

Elles sont satisfaites sur au moins un point : au moment de l'accouchement elles ont souvent préalablement visité les lieux. Sans être familiers, ces locaux ne sont pas totalement inconnus, elles savent où se rendre au moment de l'accouchement, comment sont les salles où aura lieu leur accouchement, et parfois elles ont déjà rencontré des membres de l'équipe du bloc d'accouchement. Cette rencontre avec les lieux apporte aux femmes des réponses à certaines questions ou angoisses et peut permettre de diminuer les inquiétudes autour de la naissance.

Celles qui ont bénéficié d'une préparation dans laquelle les techniques de sophrologie sont mobilisées disent que cela leur a été utile à aborder l'accouchement sans angoisses, à visualiser préalablement le déroulement d'un accouchement.

Plusieurs femmes évoquent le fait que certains messages transmis durant les préparations, notamment sur les différentes poussées ou positions d'accouchements (accroupie, sur le côté) sont impossibles à mettre en œuvre au moment de l'accouchement car les sages-femmes qui préparent ne proposent pas toujours les mêmes méthodes que celles qui accouchent. En outre, les femmes constatent qu'elles parviennent à réaliser des exercices sur la poussée et la respiration au moment des séances de préparation qu'il leur a été impossible de reproduire au moment de l'accouchement, car elles perdent le contrôle d'elle-même, ne savent plus comment faire.

Les femmes qui allaitent pour la première fois sont attentives aux informations transmises à ce sujet lors de la préparation, elles en parlent spontanément au cours des entretiens comme quelque chose d'important.

À plusieurs reprises, des femmes éloignées des structures ou des professionnels libéraux notent la fatigue provoquée par ces déplacements réguliers vers une préparation et regrettent que rien ne soit organisé plus prêt de leur domicile.

Généralement, les femmes font le lien entre des éléments acquis au cours de ces séances de préparation et leur accouchement, il semble toutefois que le déroulement de l'accouchement et les souvenirs qu'elles en gardent sont fortement liés à la personnalité des professionnels qui interviennent durant ces séances.

3. TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

Dans cette partie, on examinera comment on peut accoucher dans les maternités de Côte d'Or, comment les femmes « aimeraient » accoucher et comment elles accouchent en réalité. Ce qui concerne la péridurale sera traité dans un paragraphe spécifique sur la douleur.

De façon générale, dans les établissements publics, la règle est qu'un accouchement eutocique est pris en charge par une sage-femme, et qu'en cas de doute et/ou de pathologies avérées de la mère et/ou de l'enfant, les médecins interviennent. En Côte d'Or, cette règle s'applique dans 3 des 4 établissements publics ; pour l'un d'entre eux, de l'avis des membres de l'équipe, les médecins interviennent fréquemment sans que des éléments cliniques ne le justifient toujours.

Généralement, dans les blocs d'accouchement, une sage-femme et une auxiliaire puéricultrice sont présentes pour aider la mère et accueillir l'enfant. À ces personnes peuvent s'ajouter des élèves, les internes et médecins n'intervenant qu'en cas de problème.

Les sages-femmes pensent que les parents ont peu de demandes particulières ou que les femmes qui en ont sont des exceptions. Les exemples cités sont souvent des situations exceptionnelles qui en deviennent de ce fait marquantes : « *la femme qui ne veut pas pousser et exige une césarienne* », « *la jeune fille qui se lève juste après son accouchement, part fumer une cigarette et monte debout en ascenseur en suites de couches* », « *la femme qui veut accoucher en présence du père biologique de l'enfant et de son nouveau compagnon* ». Les évolutions sociales et notamment la fréquence des femmes isolées marquent davantage les professionnels dans leurs témoignages plus d'ailleurs que des *desiderata* sur des postures, des pratiques ou des mises en scène de la naissance.

Dans l'environnement de l'accouchement, des contraintes médico-légales ont des conséquences sur les pratiques et dans les protocoles. Par exemple, l'enregistrement systématique et continu, par un monitoring, des tracés (rythmes cardiaques du bébé et contractions), des femmes en travail, est un de ces outils qui, selon les uns et les autres, se justifie ou non du point de vue du suivi strictement médical ou du point de vue médico-légal. Les pratiques en la matière ne sont pas homogènes entre les établissements, puisque certains professionnels acceptent de suspendre l'enregistrement et de n'enregistrer que régulièrement (toutes les heures) en discontinu (10 minutes), d'autres au contraire refusent de suspendre l'enregistrement. Selon les professionnels, on évoque l'inconfort de la patiente à rester « branchées » au monitoring, des résultats d'études indiquant une absence de pertes d'information dans le cas du maintien d'un enregistrement discontinu mais régulier qui justifie de le suspendre. Dans d'autres cas, les professionnels rappellent l'impossibilité de prévoir un accident dans des situations où apparemment tout va bien, qui justifie que le maximum de précautions soient prises et que les enregistrements soient poursuivis sans interruption. Par ailleurs, la nécessité ressentie par les professionnels de justifier leurs décisions en cas de requête administrative et/ou pénale des parents les incite à multiplier les traces de relevés cliniques. Dans cette idée, l'enregistrement par monitoring peut constituer un « bon » outil. De façon symétrique, les femmes quant à elles ont parfois mentionné l'inconfort de ce branchement qu'elles ont du conserver, d'autres ont signalé qu'elles avaient pu suspendre cet enregistrement, enfin certaines ne l'ont pas mentionné comme un objet gênant mais comme un élément faisant partie de la prise en charge lorsqu'on arrive à la maternité, une des étapes de surveillance du travail de l'accouchement.

Les sages-femmes, et en particulier les plus anciennes, pensent que les demandes des parents ne changent pas et que les relations avec les professionnels restent basées sur un contrat de confiance. Par contre, elles expriment parfois leur propre conception du travail, de l'accouchement et des rôles que peuvent avoir les parents à ce moment et ces conceptions orientent les pratiques. Une seule femme a par exemple signalé qu'on lui avait proposé l'usage de ballon durant le travail. Pourtant, parfois, les professionnels suggèrent lors de l'accouchement des positions différentes (sur le côté par exemple), invitent les mères à attraper leur bébé alors que le bébé n'est pas encore totalement sorti, parfois elles proposent aux pères de couper le cordon ombilical. Une sage-femme possédant une longue expérience dans la profession insiste sur les émotions fortes vécues par les parents à ce moment, elle pense que les parents ont à vivre cette naissance, cette transformation de leur famille, et que ce qui concerne les gestes techniques autour de la naissance doit être assuré par des professionnels. Ainsi, cette sage-femme ne propose jamais d'associer les parents à ce qui lui semble technique mais ne refuse pas non plus les demandes des parents. Pour elle, il s'agit de préserver, dans le sens de ne pas priver, l'émotion des

parents, et également de ne pas leur faire prendre des responsabilités techniques. Par exemple : couper un cordon ombilical peut être une expérience difficile et susciter bien des angoisses à un père alors que le geste est totalement maîtrisé par la sage-femme.

Certaines sages-femmes évoquent la nécessité de s'intéresser davantage aux accouchements physiologiques, de développer et d'aménager des lieux, de recourir à des objets (ballons, chaises, coussins...) qui favorisent le déroulement du travail tout en permettant à la femme de bouger, d'essayer des positions et trouver celle(s) qui soulage(nt), et enfin l'importance de permettre à une femme d'accoucher dans une posture qui convienne. Toutefois ces discours sont souvent présentés en opposition aux accouchements non pas pathologiques mais « médicalisés », terme sous lequel il faut entendre des accouchements qui se font avec l'aide d'outils et de produits médicaux et en particulier le recours à l'analgésie péridurale. Il y a dans cette idée la nécessité de développer des alternatives à la péridurale, de répondre à des demandes de femmes, de proposer un plus large choix permettant à chacune de trouver ce qui lui convient dans quelque chose qui serait plus « *naturel* » et plus harmonieux (entre la femme, le travail, la douleur, l'enfant à naître). La médicalisation pour les sages-femmes semble plutôt liée aux outils, elle prend rarement en compte leur intervention au cours du travail notamment. Ainsi des sages-femmes expliquent que lorsqu'une femme vient accoucher, le travail doit évoluer au moins toutes les deux heures, lorsqu'il stagne elles interviennent. La poche des eaux est percée ou un produit est injecté, elles signalent qu'en même temps il n'y a pas de règles, que les choses sont évaluées au cas par cas mais on retrouve, entre les discours de professionnels, ce repère des deux heures qui déclenchent une intervention, un acte médical. Ce type d'intervention n'est pas compris dans ce qui définirait « la médicalisation » pour les professionnels, le cadre de ces gestes est d'ailleurs précisé par des critères dans un protocole qui les justifie. Pourtant, pour des usagers, le moment où on injecte « *un produit qui accélère le travail* » pourra faire partie de la médicalisation qui ne laisse pas le temps au travail de se faire. Chacun met sous le terme de médicalisation des significations et aussi des interventions différentes, et il semble que la justification des gestes ne soit pas entendue et comprise de la même façon par les femmes et par les professionnels.

De leur côté, lorsqu'on demande aux femmes comment s'est passé leur accouchement, elles savent répondre, elles disent qu'elles en gardent un bon souvenir ou qu'au contraire certaines choses les ont gênées. Par contre, lorsqu'on leur demande si leur accouchement s'est déroulé comme elle l'avait imaginé, elles répondent avec difficultés car imaginer accoucher semble impossible lorsqu'on n'a pas eu d'enfants, et difficile lorsqu'on en a eu car l'idée qu'aucun accouchement ne se ressemble semble bien s'inspirer de l'expérience des femmes. L'expérience se construit au fur et à mesure, et pour cet événement, nombreuses sont les femmes qui s'en remettent aux professionnels dans une relation de confiance totale dans laquelle le terme de « prise en charge » prend le sens de prendre à sa charge, pour le professionnel, tout l'aspect technique et guider totalement la femme. Elles expriment rarement des choix ou des souhaits préalables, elles veulent se donner le temps de vivre le moment pour décider au fur et à mesure et souvent dans l'instant ce qu'elles vont vouloir. Les femmes décrivent des conjoints dans la même position, ils décident le moment venu d'accompagner ou non leur femme, de couper ou non le cordon. Le rapport au temps du couple et celui de l'équipe n'est pas le même, les premiers souhaitent apprécier l'expérience et l'émotion au moment de leur déroulement, dans l'instant, les seconds sont dans la gestion technique et matérielle des événements qui se succèdent voire se bousculent à certains moments.

On comprend alors pourquoi les femmes expriment plutôt des idées générales concernant les professionnels et ce qu'elles veulent vivre à ce moment. Par exemple, elles notent très souvent les attitudes empathiques, discrètes, encourageantes des sages-femmes. Sur le rôle des professionnels présents à ce moment, ce qu'elles en attendent, l'une d'entre elles, maman de 3 enfants souhaitait qu'on lui laisse le temps, le temps que le travail se fasse, le temps d'accoucher sans recourir à un quelconque produit, une autre souligne la présence rassurante des professionnels. Ces notions sont très vagues. Pour certaines, l'accouchement sans recours à des instruments ou produits est une condition d'un vécu harmonieux de cet événement au cours duquel elles veulent « *se sentir femme et mère* » et pour lequel elles témoignent d'une profonde confiance dans l'équipe des professionnels.

Dans trois sites, des sages-femmes pratiquent l'accouchement sur le côté et l'intérêt porté à de nouvelles positions d'accouchement s'est manifesté sur l'ensemble des sites visités. Sur un site, toutes les sages-femmes sont formées à ces postures d'accouchement sur le côté mais toutes ne les pratiquent pas. Pour les femmes qui viennent accoucher, si cette posture leur semble correspondre à un meilleur confort, elles ne pourront la mettre en œuvre que si elles accouchent avec l'aide d'une sage-femme pratiquant cette nouvelle technique. Encore peu développées, ces nouvelles pratiques entrent cependant dans les préoccupations des professionnels souhaitant répondre à certaines attentes de leurs patientes.

Parmi les femmes rencontrées, une seule évoque l'idée d'un accouchement dans l'eau tout en pensant que les accouchements dans des conditions différentes – c'est à dire, en piscine, accroupie ou autre – sont réservés à des couples fortunés car ils ne se déroulent à son idée, que dans des cliniques privées et onéreuses. Elle signale par ailleurs qu'elle en a peu parlé avec les professionnels car « *à chaque fois qu'on l'aborde de toute façon c'est des trucs très difficiles, c'est pas possible* ».

En dehors des femmes à qui la méthode sur le côté a été présentée lors de la préparation, rares sont les femmes qui ont choisi leur position d'accouchement. Dans deux établissements différents, deux femmes ont tenté d'accoucher sur le côté mais ont finalement accouché sur le dos, une troisième a accouché sur le côté sur invitation de la sage-femme. Alors qu'elles sont plusieurs à penser que l'accouchement « *accroupie ou assise* » est une position qui doit être adaptée, aucune n'a pu l'expérimenter^d. Les femmes disent qu'elles ont accouché « *normalement allongée sur une table* », ce qui est effectivement la norme dans notre culture.

3.1. LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

En matière de prise en charge ou d'accompagnement de la douleur, peu de possibilités différentes sont proposées aux femmes : grossièrement un accouchement avec ou sans péridurale, dans certains cas une rachianesthésie. La péridurale fait partie des thèmes abordés lors de la préparation à l'accouchement, mais il semble que les femmes aient peu d'alternatives évoquées pour accoucher autrement. Celles qui ont été sensibilisées à la sophrologie ou qui ont été accompagnées par une sage-

^d Une femme a signalé qu'à Semur en Auxois ces accouchements accroupies sont possibles dans une des salles d'accouchement.

femme utilisant ce type de techniques semblent avoir été aidées à surmonter ou faire avec cette douleur sans conserver le souvenir principalement difficile ou douloureux de leur accouchement.

De l'avis de certains professionnels, l'analgésie péridurale est demandée par 8 femmes sur 10 en moyenne mais un peu plus de la moitié seulement en bénéficient (soit parce qu'il est trop tard, soit du fait de contre-indications). Avec la péridurale, les professionnels observent une augmentation de l'utilisation des forceps ou des ventouses du fait d'une absence de sensations des femmes au moment de l'expulsion. Par contre, il leur semble que le recours à la péridurale peut parfois éviter une césarienne par le fait que la femme souffre moins, qu'elle est plus détendue, peut permettre à un col utérin difficile de s'ouvrir. Ils soulignent que plusieurs facteurs entrent en jeu dans le vécu d'une péridurale : la nature et le dosage du produit utilisé (variables selon les anesthésistes), la façon dont le corps va réagir à ce produit (intensité plus ou moins forte de l'anesthésie) mais aussi la manière dont la femme investit l'acte de « donner naissance » à son enfant (attitude plus ou moins participative, réaction face à la douleur...).

Dans leur cheminement, avant d'accoucher, les femmes ont donc à un moment envisagé la douleur, et elles se sont imaginées, souffrant ou non, domptant cette douleur ou non. **Mme Q** dit qu'elle avait « *surtout imaginé un accouchement sans douleur, non pas qu'elle soit douillette mais elle ne voulait pas souffrir* ». Après la pose de la péridurale, elle dit « *je n'ai plus rien senti, c'était bien, la lumière était tamisée* ».

Dans notre étude, la plupart des femmes qui en ont bénéficié n'avaient pas décidé au préalable le recours à la péridurale, elles souhaitaient d'abord évaluer leur douleur, la vivre, et décider ensuite si elles pouvaient faire le travail sans cette anesthésie. « *On verra bien, on ne peut pas savoir à l'avance* », « *c'est dans la tête, on se dit qu'on va essayer de résister* » sont des phrases qui expriment leur positionnement, sachant que, dans tous les cas, les femmes ont eu rendez-vous avec un anesthésiste avant leur accouchement.

Parmi les 17 femmes rencontrées, 11 ont bénéficié de cette analgésie ou d'une rachi anesthésie. Sur ces 11 femmes, 2 ont été césarisées, 1 autre a eu un accouchement déclenché. Parmi les 8 autres femmes ayant eu une péridurale, toutes n'ont pas vécu la même expérience face à la décision d'y recourir. Deux personnes ont regretté d'avoir eu une anesthésie. L'une de ces femmes met en cause la jeune sage-femme l'accompagnant qui voyant sa souffrance a paniqué et décidé d'appeler l'anesthésiste alors qu'elle accouchait une demi-heure plus tard.

Certaines ont évoqué la douleur avec la sage-femme, à un moment du travail où elle est ressentie fortement. Mais, pour un premier accouchement mais aussi pour un autre, les femmes ne savent pas comment les choses vont évoluer, elles interrogent alors la sage-femme pour savoir si « *ça va faire vraiment beaucoup plus mal* » et généralement celle-ci leur dit que le travail avançant, les contractions vont être plus fortes et plus douloureuses. Les femmes demandent alors la péridurale.

Mme C raconte qu'elle commençait à avoir mal, « moi je voulais attendre encore un peu et c'est vrai que la sage-femme m'a poussée, elle m'a dit : vous allez souffrir pour rien, vous allez vous fatiguer, il vaut peut-être mieux la faire maintenant, peut-être qu'après on ne pourra plus la faire. C'est elle qui m'a poussée et heureusement parce qu'après, une fois qu'il y a la péridurale, ça va tout seul ».

Mme V, mère de 3 enfants évoque son cheminement par rapport à la péridurale. « Bon, je souhaitais pas particulièrement la péridurale et j'avais dit « bon écoutez, je la souhaite pas mais si je souffre je serais

contente de l'avoir donc j'ai dit vous me dites si vraiment vous sentez que je suis plus capable vous me dites puis on la fait mais je la souhaite pas vraiment ».

Le rapport que les femmes entretiennent avec les professionnels est à ce point « étonnant » que simultanément Mme V exprime fermement sa « préférence » et se dépossède de ses propres capacités à évaluer sa résistance à la douleur alors que l'accouchement est un événement qu'elle a déjà expérimenté, sans péridurale. Car qui mieux que soi-même est au cœur du ressenti de ses propres limites ? Ce rapport que des femmes nouent avec les professionnels au moment de l'accouchement va bien au-delà d'un seul rapport de confiance bien qu'il en soit une condition, il redistribue les compétences des unes et des autres, les professionnels étant seuls à même d'évaluer un symptôme et de déclencher une décision d'intervention thérapeutique dans un contexte où pourtant aucune pathologie n'est à traiter où le savoir scientifique n'est pas mobilisé dans l'évaluation du ressenti de la douleur, où la femme peut formuler un souhait qui sera pris en compte en tant que tel dans la réponse des professionnels^e !

Face à la péridurale, plusieurs femmes, dont Mme T, évoquent un produit injecté pour accélérer les contractions, vraisemblablement de l'ocytocine, qui augmente l'intensité des contractions et donc la douleur du travail et conduirait les femmes à demander la péridurale, alors que sans le produit elles pensent qu'elles auraient toléré la douleur.

Mme T : Pendant les cours de préparation j'étais la seule à ne pas en vouloir et la sage-femme oriente quand même bien du côté de la péridurale, elle ne vous explique rien de plus si vous n'en voulez pas. Quand j'ai commencé à avoir des contractions, je n'en voulais toujours pas mais comme le travail se faisait très lentement, ils m'ont mis un produit pour activer les contractions et là, la douleur est devenue très forte. J'ai tenu le plus possible mais à 16h ils m'ont fait une péridurale, je souffrais trop. A partir du moment où j'ai décidé de prendre la péridurale, je voulais qu'ils me la posent tout de suite ! Avec la péridurale, c'était le paradis... vraiment, ça change tout ! Je sentais un petit peu les contractions mais ça m'a calmé la douleur tout de suite. Ce qui fait bizarre c'est qu'on oublie presque qu'on est en train d'accoucher ; je parlais et le travail s'est fait tout seul finalement, ça va très vite avec la péridurale, sûrement parce qu'on est plus détendue.

Avec le recul, je me demande si le produit pour activer les contractions ne les rend pas plus douloureuses et, du coup, on demande une péridurale. Il paraît que ce produit rallonge le temps de la contraction et la rend donc plus dure à supporter... finalement on a vraiment l'impression qu'ils poussent à la péridurale ! Le problème c'est que sur le coup on ne pense pas à tout ça... on nous dit qu'on va accélérer le travail et on se laisse faire, on a confiance en fait. Aujourd'hui je me dis que si on ne m'avait pas mis ce produit, j'aurais peut-être mieux supporté la douleur. Si j'ai un 2^{ème} enfant, je refuserai ce produit et j'essayerai de me passer de la péridurale.

Le mari de Mme T : Je suis sûr que ce produit rend les contractions plus difficiles à supporter et je me demande si ça ne les arrange pas..., pour une péridurale il y a quand même un surcoût de 170 euros.

Pour **Mme P**, l'expérience de la péridurale est troublante. Elle décrit la chronologie de son travail : elle perd les eaux à 7 heures du matin à son domicile, à 9 heures elle se présente à la maternité, à 13 heures la

^e Toujours dans le contexte d'un accouchement « physiologique » sans complications ni pour la mère ni pour l'enfant

péridurale est posée et elle accouche vers 23 heures. Elle dit qu'elle n'avait rien décidé auparavant concernant la péridurale, elle voulait d'abord ressentir les contractions. « Je m'attendais pas à ça, de rien sentir du tout, moi je n'ai rien senti du tout mais vraiment rien à tel point que je lisais un bouquin comme si de rien n'était et moi je pensais que j'allais sentir quand même vu les moments qu'on passe avant, une contraction on la sent quand même passer, donc ça fait vraiment bizarre de ne plus sentir du tout, c'est un peu surnaturel ». Elle dit que « c'est bien de ne pas avoir mal aussi ».

Parmi les 8 femmes qui ont choisi la péridurale en dehors d'un déclenchement ou d'une césarienne, 4 disent qu'elles ont « *mal poussé* » ou qu'au moment de pousser elles « *faisaient n'importe quoi* », deux bébés ont été sortis à l'aide de ventouses, un à l'aide de forceps. Toutefois dans le discours le « mal faire » ne semble pas systématiquement relié à un mal être ou à un regret par rapport à la péridurale. C'est plutôt le fait d'avoir pris la péridurale à cause d'un produit intensifiant les contractions qui est mal vécu parce que le produit vient entraver un souhait des femmes d'accoucher sans aide chimique.

Mme T : j'ai commencé de pousser mais je ne pouvais pas comme il fallait ; je crois qu'avec la péridurale on ne sent pas trop ce qu'on fait, on ne pousse pas assez fort. En fait ils l'ont sorti avec une ventouse.

Parmi les 6 femmes qui n'ont pas eu de péridurale, une souhaitait l'avoir mais ne l'a pas eue car le travail a été trop rapide, elle se dit fière d'avoir pu s'en passer. Toutes les femmes qui ont eu 3 enfants n'ont pas souhaité avoir de péridurale pour des raisons différentes. D'abord, elles ont souvent déjà expérimenté ce produit et en soulignent des inconvénients, par ailleurs il leur semble important de privilégier des conditions naturelles d'accouchement et pour elles mettre au monde un enfant est ce qu'une femme sait naturellement faire.

Mme F (3 enfants) raconte qu'elle ne voulait pas de péridurale, pour montrer à son mari qu'elle était capable d'accoucher sans et également parce qu'elle pense que c'est ce qu'il attendait d'elle, pour se sentir femme et mère.

Mme A (3 enfants), a expérimenté un accouchement avec une péridurale qui n'a pas fonctionné et un produit posé de façon concomitante à la péridurale qui stimule les contractions. Pour elle ce fut extrêmement douloureux car avec ce produit il n'y a pas de repos entre les contractions alors qu'elle réalise après son troisième accouchement qu'il y en a en réalité. Pour son dernier accouchement Mme A a donc refusé la péridurale, elle s'est aperçue qu'entre chaque contraction elle pouvait récupérer. Par ailleurs elle a pu bénéficier de conseils s'inspirant de la sophrologie qui l'ont aidé à surmonter ce qu'elle nomme une « *épreuve* ».

Mme R (3 enfants), a également refusé la péridurale car la suite de cette anesthésie lors de son deuxième accouchement avait été suivie de fortes douleurs au dos qui lui ont fait peur. Elle s'est donc dit que « *quitte à avoir mal, autant que ce soit pour une bonne douleur* », qui soit utile.

Il n'est pas seulement question de péridurale autour de l'accouchement mais de douleur. Il s'agit de savoir comment chacun vit la douleur, la sienne, celle de la femme qui accouche et celle d'autrui, celle que le professionnel observe, quel sens il lui donne, jusqu'où il peut en supporter les manifestations. La péridurale n'est qu'un outil de gestion de cette douleur utilisée par les parturientes et par les professionnels. Toutefois on le sait, la douleur a un sens ou n'a pas de sens en fonction des individus, de leur histoire et de leur croyance. Il y a par exemple la « bonne douleur », la douleur positive, utile, qui a un rôle dans le déroulement de cet événement et la douleur négative celle qui ne fait que mal, qui fatigue, ne sert à rien... S'agissant de cette douleur et de son rapport avec les femmes il y a les expériences antérieures d'accouchement, et ce que la femme met dans cet acte d'accouchement. Certaines femmes décrivent un moment de tension autour de leurs rôles et identités mis en jeu : être une femme, c'est naturellement pouvoir mettre au monde un enfant, être mère c'est donner naissance à son enfant et le mater, être une épouse c'est être à la hauteur de ce projet que l'on a souhaité avec son époux et montrer que l'on peut surmonter ce moment difficile, aller au bout de cette naissance et lui montrer que l'on assumera sa tâche : venir à bout de cet événement. L'accouchement est parfois vécu comme un carrefour, un acte où ces différents rôles se croisent intensément. Des femmes qui souffrent qui l'expriment, que l'on soulage avec une péridurale vont parfois regretter cette décision parce que supporter la douleur, la dépasser, fait partie de ces trois rôles de la femme. Pour d'autres, la douleur n'est pas intégrée dans ces processus, elle n'a aucune place dans l'événement, elles peuvent donc s'y soustraire sans aucune difficulté. Toutefois, on peut s'interroger sur la suppression totale de toute sensibilité. Un corps qui ne sent rien peut être vécu comme un corps mort et à ce moment où la femme donne la vie, ce sentiment semble plutôt étrange.

La douleur de l'accouchement c'est avant tout la douleur ressentie par la femme, et la façon dont elle l'éprouve en lien avec cette naissance. Mais cette douleur existe aussi par le regard que les professionnels portent sur elle et il semble que les anesthésistes, les gynécologues et les sages-femmes la voient différemment, ce qui influencera sans doute leur approche de sa prise en charge. Suivant une femme en travail, une sage-femme d'un de ces établissements s'adresse à l'anesthésiste qui vient de poser une péridurale à sa patiente « *Merci : c'est sympa tu me l'as bien plombée ma patiente, elle ne sent plus ses jambes* », ce à quoi l'anesthésiste répond qu'il lui a posé la même dose qu'aux autres. Une femme raconte qu'elle a été « *disputée* » par une sage-femme qui lui reprochait d'utiliser la pompe à liquide analgésique, argumentant qu'au moment de l'expulsion, la femme ne sentirait rien, et qu'ensuite l'anesthésiste et la sage-femme étaient en désaccord, l'anesthésiste encourageant la femme à utiliser la pompe pour éviter qu'elle souffre. On le voit les positionnements des uns et des autres varient en fonction de la valeur et du rôle attribués à la douleur dans ce travail et cet accouchement.

Les désaccords et les différences de perception sont très marqués comme en témoigne le Docteur Claude-Émile Tourné⁶, gynécologue obstétricien, qui décrit la contraction utérine comme une réaction musculaire se produisant également souvent en dehors de l'accouchement et qui pourtant reste inconsciente et non reconnue comme une sensation douloureuse. Il affirme que « *le problème qu'elles posent vient du fait que, uniques en ce genre parmi les sensations, les contractions utérines s'appellent « douleurs ». C'est le seul exemple de sensation qui, avant d'être perçue et même pour ceux qui ne la percevront (les hommes) jamais, s'appelle douleur* ». Selon le Docteur Tourné, la méthode Lamaze d'accouchement sans douleur était un franc succès. Basée à la fois sur l'amélioration des connaissances des femmes sur leur corps et sur le principe d'associations psychiques, cette méthode permettait des résultats importants et fut malgré tout abandonnée. Selon Tourné, les réponses à la prise en charge où à l'apprentissage d'un apprivoisement de la douleur sont intimement liées aux relations de pouvoir dans

lesquelles les hommes et les femmes, les savants et les profanes sont inscrits. « *L'accès des femmes à la pleine manifestation des compétences de son corps au moment de l'enfantement est un vrai danger pour le système de dominance* ». Ainsi la péridurale apparaît à ce professionnel comme « *la panacée du sans douleur* ». Elle a l'avantage de l'aura technique, de la démarche charitable, de la rentabilité financière et de la rentabilisation globale des institutions où elle est utilisée. Ses conséquences sur les processus de naissance seront l'occasion de la mise en œuvre d'autres techniques compensatoires lorsqu'elles sont suffisamment évidentes pour nécessiter une action immédiate : perfusions d'ocytociques, amniotomies, extractions instrumentales.[...] *L'accouchement humainement, consciemment et consciencieusement préparé avec la volonté de lui conférer un accès à la sensation qui ne soit pas forcément décodée comme douloureuse, est considéré comme une déviance sociale ; les couples qui s'y consacrent sont déconsidérés et si, ayant franchi les obstacles qui y mènent, ils souhaitent faire part de leur expérience, leur parole sera occultée si on ne les fait pas carrément taire* ».

Si les témoignages des femmes sont plus modérés que le point de vue de ce médecin, certaines s'interrogent. Ainsi, les femmes qui ont accouché en clinique et qui n'avaient pas préalablement décidé de prendre une péridurale se questionnent sur le rôle de l'ocytocine qu'elles associent à un moyen d'inciter les femmes à demander ensuite la péridurale. L'ocytocine provoquant des contractions plus fortes, donc plus douloureuses, les femmes demanderaient alors une péridurale. L'une d'elles décrit la consultation pré-anesthésique comme faisant partie d'un ensemble incitatif car les risques mis en avant sont ceux d'un accouchement sans péridurale et les risques associés à ce geste lui semblent peu abordés. Par ailleurs, elle précipite la décision des femmes alors qu'il s'agit de leur laisser le temps. Une autre femme ayant subi un déclenchement relate son expérience de « marchandage » du dépassement du prix de la péridurale intervenu au moment précédent la pose, en cours de travail. Après discussion, l'anesthésiste réduit son dépassement à 100 € au lieu de 170. Il s'agit d'une mère de famille nombreuse dont les moyens sont décrits comme très modestes. Au-delà du coût de cette intervention ou du surcoût pour la patiente, on peut s'interroger sur le tact et la mesure dont fait preuve le professionnel en question : cette personne subit un accouchement déclenché qui est donc programmé, préparé. Pourquoi le coût n'est-il abordé qu'à ce moment-là, est-ce opportun de parler de coût à une femme qui est en train d'accoucher ?

Les professionnels appliquant des dépassements d'honoraires justifient leur pratique tarifaire et il n'est pas question ici de discuter de ces choix, mais même si face à des familles très modestes, il conviendrait qu'ils soient plus attentifs aux difficultés financières que suscite la facturation d'actes non pris en compte par l'assurance maladie. Cependant, le patient doit disposer d'un **devis détaillé** de l'ensemble des prestations afin de **choisir de façon éclairée**, en fonction de ses possibilités, de sa couverture d'assurance maladie.

Une fois l'accouchement terminé, de façon simultanée sont délivrés les soins à la mère autour de la délivrance, éventuellement l'épisiotomie, et les premiers soins à l'enfant. Le fait que ces soins se déroulent en même temps a vraisemblablement un impact sur la disponibilité des femmes pour leur bébé. Car est-il possible pour une femme d'évacuer un placenta ou d'être recousue de son épisiotomie et de porter attention aux soins de son enfant ? C'est possible mais difficile.

C'est d'ailleurs ce dont témoignent la plupart des femmes, elles sont à ce moment dans un état de relâchement, l'enfant est né, il va bien, la douleur si elle a été ressentie est terminée, l'effort fourni les a fatiguées, elles n'ont pas l'énergie, l'envie de participer aux soins de l'enfant, cette tâche est plus souvent assurée par le père.

Mme H décrit ce moment où elle reste seule avec son gynécologue pendant que le papa est avec son enfant, dans une autre pièce où les soins se déroulent. Elle dit qu'alors elle est contente d'être seule avec son médecin car il reste encore des gestes médicaux et il n'est pas nécessaire de partager ces instants.

Alors quels sont les souhaits des femmes vis-à-vis de ces soins ?

3.2. PREMIERS SOINS AU BÉBÉ À LA NAISSANCE

Dans la majorité des cas, les femmes ne savent pas précisément quels sont les soins ou examens qui ont été prodigués à leur bébé tout de suite après la naissance, soit parce que personne ne leur a expliqué, soit parce qu'elles n'ont pas questionné les professionnels ou le père de l'enfant à ce sujet, soit encore parce qu'elles ne souhaitent pas savoir précisément ce qui est fait et s'en remettent volontiers aux professionnels.

Dans notre échantillon, 4 personnes travaillent ou ont travaillé dans le secteur de la santé, elles connaissent le contenu de ces soins du fait de leur formation et/ou de leur pratique. Les autres femmes ont une idée sur ce qui se produit, à partir de leur expérience personnelle de mère, ou des messages délivrés lors de la préparation à l'accouchement, ou de ceux transmis par les médias.

Ainsi **Mme A**, 3 enfants, dit qu'elle sait ce qu'on leur fait, mais ni elle ni son mari n'ont souhaité voir ces soins *« non si c'est pour les voir mettre un tube dans le nez, les voir pleurer, non je préfère pas y être, j'ai confiance, bon par contre ils sont très pédagogues, ils vous racontent ce qu'ils lui ont fait que tout s'est bien passé et puis voilà moi ça me suffisait, pendant ce temps là j'étais 5 minutes toute seule qu'on me referme mon épisio.[...] et puis j'étais un peu dans le coltard, l'accouchement, ça fatigue... »*

Mme B, 4 enfants, semble ne pas savoir précisément ce qui est fait aux bébés, en tous cas elle exprime sa surprise d'avoir appris une fois sortie de la maternité, suite à un quatrième accouchement *« qu'on leur passait un tuyau dans l'œsophage »*. Elle pense que dans les soins *« ils doivent commencer par la toilette mais après ils s'enferment »*. Mais Mme B dit *« finalement je préfère ne pas savoir, comment dire, il y a plein de choses que je n'accepte pas, avec lesquelles je ne suis pas d'accord mais bon, même si il y a des choses ou vraiment je trouve qu'il faudrait que ça change, il y a un minimum de choses comme la toilette ou autre que je suis obligée d'accepter parce qu'autrement je n'ai qu'à aller vivre dans une forêt où je pourrais accoucher accroupie au milieu des bois, nettoyer mon bébé, me débrouiller toute seule, mais je risque de perdre je ne sais pas combien de bébés, je serais certainement morte déjà, dès le premier, de toute façon, parce que j'ai déjà failli mourir deux fois »*.

Mme R raconte qu'on ne lui a pas dit quels soins ou examens étaient faits à son bébé et elle ajoute qu'elle ne s'est pas posé la question et que « *ça m'a même pas turlupiné parce que je l'ai vu arriver tout emmaillotté dans son pyjama, bon elles connaissent leur métier* ».

Mme D, aide soignante, connaît les soins pratiqués aux bébés mais elle se demande bien si « *ça lui aurait plu de les voir, parce que je sais qu'ils mettent un tuyau dans le nez et ça je préférerais voir de loin* ».

Au total, sur les 17 femmes, seules deux émettent des regrets par rapport à ces premiers soins : l'une aurait aimé avoir des informations précises sur ce qui était fait à son bébé, l'autre aurait aimé partager ce moment « *pour ne rien manquer de ces premiers instants de vie* ».

Les **professionnels** notent que des changements se sont opérés dans les deux dernières années, notamment suite à des formations sur l'allaitement, par exemple **l'importance du « peau à peau »** entre la mère et l'enfant durant les deux premières heures de vie du bébé. Toutefois, on observe des nuances voire des différences non seulement d'un site à un autre, mais également au sein d'un même site. En effet, en matière de premiers soins, chaque professionnel peut avoir ses propres convictions et habitudes. De plus, ceux qui ont une longue expérience ont entendu de nombreux discours concernant les soins au bébé et sont davantage septiques ou las lorsque de nouvelles recommandations de pratiques apparaissent.

Globalement, dans les deux heures qui suivent la naissance du bébé, le « peau à peau » avec la maman et la recherche du sein sont favorisés, après que le cordon ait été clampé puis coupé (parfois par le père). La première tétée a lieu environ une heure après la naissance et dans une des maternités il est proposé à la mère de donner le colostrum à son bébé si elle ne l'allaite pas. Sur deux sites, aucun soin n'est pratiqué pendant ces deux heures de « découverte familiale », ce moment d'intimité paraissant essentiel. Dans les autres établissements, le bébé reçoit les premiers soins assez vite puis il retourne contre sa mère.

Sur deux sites, le **premier bain** est donné deux heures après la naissance (souvent en présence du père ou des deux parents une fois remontés dans la chambre avec leur bébé). C'est également le moment du premier biberon quand la mère ne souhaite pas allaiter. Dans un autre établissement, les professionnels attendent le plus souvent le lendemain pour donner le premier bain au bébé, ils pensent que le vernix est la meilleure protection naturelle.

Dans tous les sites visités les **soins du cordon**, le **collyre et la vitamine K** sont administrés systématiquement dans les deux premières heures de vie. De manière moins systématique mais tout de même fréquente, le bébé est aussi mesuré, pesé et sa température contrôlée. Ces premiers soins ont souvent lieu en présence du père.

Certaines pratiques ne sont plus systématiques et relèvent désormais du cas par cas : la mise en couveuse (si le bébé a manqué d'oxygène, est né par césarienne, est prématuré ou a une température basse), le dextro (quand il s'agit d'un gros ou d'un petit bébé), l'aspiration (si le bébé est né par césarienne, s'il ne va pas bien ou si le liquide amniotique est teinté). « *Aujourd'hui on est moins dans*

le systématique. Pour les tétées, c'est pareil, il n'y a plus de rations strictes ni d'heures fixes ; on respecte un temps de digestion de 2 heures et demie minimum mais le bébé tète à la demande. En plus, depuis un an, grâce à la formation sur l'allaitement, on procède autrement à la naissance pour favoriser au maximum le peau à peau. »

Cependant, on observe que certains professionnels de la naissance se sentent davantage rassurés une fois que le bébé a été aspiré et qu'un dextro est pratiqué, habitudes dont ils peinent à se défaire.

Quant au **test à la seringue** et au **test de perméabilité** anale, ils semblent également être pratiqués de façon variable suivant les sites et les professionnels. Pour certains ces tests sont des « *survivances d'anciennes manières de faire* », pour d'autres ils restent des outils de prévention importants à maintenir.

En cas de césarienne, forceps ou ventouses, un antalgique est systématiquement administré au bébé. Sur un site, on observe que cette pratique est récente puisqu'elle date de deux ans, date à laquelle un nouveau pédiatre l'a instaurée.

4. SUITES DE COUCHES

Les soins apportés à l'enfant en suites de couches diffèrent de ceux des premiers instants. Cette étape du séjour en maternité a pour but de permettre à la maman de se reposer, de trouver ses repères avec son enfant, de l'aider à s'en occuper et de surveiller que celui-ci évolue « normalement » ou sans difficultés particulières et enfin de préparer la sortie de la maternité. La mission est vaste compte tenu du temps imparti pour y répondre : entre 3 et 5 jours suivant les établissements. Dans les plus petits établissements la durée moyenne de séjour (DMS) est de 5 jours pour les primipares. Cette durée minimum est jugée importante pour les professionnels, notamment par rapport à la montée de lait des femmes qui souhaitent allaiter, ou en cas de baby blues, moments où les femmes ont besoin d'être entourées. Pour les autres établissements, la DMS est de 4 jours (6/7 jours quand les femmes ont eu une césarienne). Sur trois sites, le personnel a souligné que les mères demandaient le plus souvent à sortir à J4 mais que le fait de les accueillir dans des petites unités permettait de leur suggérer de rester plus longtemps, notamment pour les primipares.

Les pratiques diffèrent selon les établissements, autant du fait d'une approche de cette période propre que du fait de l'organisation (spatiale et humaine). Dans un établissement, le cadre signale que « *les professionnels donnent beaucoup d'informations sur les soins, l'alimentation (biberon ou allaitement), la contraception, les droits, les associations existants en dehors de la maternité... Toutes les mères reçoivent les mêmes informations alors qu'elles n'ont pas toutes les mêmes besoins. Actuellement, le service réfléchit à la définition d'une sorte de cahier des charges dans lequel les familles définiraient ce qu'elles attendent durant leur séjour à la maternité. Cela permettrait aux parents de réfléchir à leurs besoins et à leurs souhaits avant l'accouchement. Il pourrait être élaboré au moment de la préparation à l'accouchement* ».

À ce moment-là la problématique est bien de répondre à des besoins qui diffèrent en fonction des femmes puisque leurs situations personnelles varient, leurs expériences antérieures sont diverses, leurs connaissances également... Ce sont donc naturellement leurs attentes qui sont différentes. Autrement

écrit par Marie Thirion⁷ « *de la jeune écolière paumée, au professeur d'université, de la primipare à la mère de famille nombreuse, les nécessités de soins sont les mêmes, pas celles d'apprentissage* ».

On développera successivement dans cette partie sur les soins à l'enfant, les questions d'alimentation, les formes de soutien à la mère et la préparation du retour à la maison.

4.1. SOINS À L'ENFANT

On peut distinguer plusieurs types de soins : les soins médicaux et les soins de maternage (la toilette, le change, l'habillement, l'alimentation pouvant être assurés par les deux parents...).

Sur tous les sites, la **toilette des bébés** a lieu le matin.

Dans deux maternités, les mères doivent se rendre dans une pièce commune à toutes les mamans, ce qui permet à la fois un échange avec le personnel mais aussi entre les mères. Le but est de les rendre autonomes le plus tôt possible et le fait de les réunir contribue à ce qu'elles se sentent moins perdues, moins seules face à leurs nouvelles responsabilités. Pour changer leur bébé, dans les maternités où une salle commune existe, ces changes peuvent y être réalisés mais il est également possible qu'elles restent dans leur chambre, le matériel nécessaire leur étant fourni si elles le souhaitent. Les professionnels signalent qu'en pratique, peu de mères souhaitent s'isoler. La grande majorité apprécie en effet ces moments à la nursery où il est toujours possible d'obtenir un conseil, un avis et aussi d'échanger avec d'autres mamans.

Les autres établissements fonctionnent de façon plus classique, les bains sont donnés dans les chambres, le matin. Au bout de 2 voire 3 jours, la mère est invitée à donner le bain au bébé, accompagnée par un professionnel. Pour les mères primipares, la toilette de l'enfant est une étape attendue et redoutée à la fois « *on a l'impression qu'ils vont se casser en deux ces petits bébés, c'est pas facile d'avoir des gestes sûrs, on a peur de lui faire mal* » (**Mme I**, primipare). La place des professionnels est donc importante, il s'agit de montrer comment faire cette toilette et d'accompagner les parents afin qu'ils se sentent confiants. Le professionnel indique comment manipuler l'enfant, quels produits utiliser, quelle température de l'eau, etc. Toutefois montrer, accompagner ne signifie pas « faire à la place de » ce qui semble se produire pourtant. Une maman signale qu'à l'occasion de son séjour « *Les deux premiers jours, c'est une puéricultrice qui vient chercher le bébé pour lui donner le bain mais sans faire participer la maman, j'ai trouvé ça un peu bizarre, mais bon...* ».

De leur côté, la plupart des femmes décrivent ce qu'on leur a proposé comme étant généralement satisfaisant ; celles qui ont expérimenté les salles communes où on peut baigner les enfants les ont beaucoup appréciées car elles ont pu échanger avec d'autres femmes, partager leurs questions, se rassurer mutuellement et relativiser leurs difficultés. À travers ces échanges, elles renforcent leurs connaissances, la confiance en leurs compétences parentales. Toutefois des témoignages de femmes expriment des déceptions ; les attitudes des professionnels à ces moments du soin affectent particulièrement les femmes.

Par exemple, **Mme A** maman de 3 enfants, très positive sur son expérience, souligne que face aux « règles » transmises par les professionnels, les mères finissent par se demander si elles savent faire tout simplement parce que leurs habitudes sont différentes et qu'elles n'en sont pas pour autant mauvaises.

C'est bien de règles au sens de la norme, d'un modèle de pratiques à adopter qu'évoquent Mme A. D'autres témoignages de femmes indiquent que le professionnel se place dans une position non seulement professorale mais également comme une sorte de modèle que la femme devrait copier. C'est ainsi que les auxiliaires prennent le bébé pour lui donner son bain sans nécessairement montrer à la mère comment se déroule un bain, retirent un bébé qui dort sur le ventre de sa mère pour le coucher dans son berceau, peuvent manifester des signes d'agacement lorsqu'une mère prend trop d'initiatives en dehors de leur contrôle. Ces réactions semblent plus liées à des automatismes qu'à des adaptations aux demandes des femmes.

Suivant les lieux, les équipes, les femmes sont différemment accompagnées. Dans certains endroits, les femmes reprochent aux professionnels d'être omniprésents, dans d'autres elles reprochent de ne voir personne et d'être livrées à elles-mêmes. Dans un même établissement une femme peut décrire des professionnels absents, une autre des professionnels très à l'écoute, accompagnants, etc. On peut imaginer qu'en fonction des périodes, du flux des accouchements, la disponibilité des professionnels varie. Toutefois, au-delà de ces données objectives, ce qui semble important aux femmes, c'est d'être prises en compte, qu'on respecte leurs choix, leur savoir-faire de mère, qu'on réponde à leurs questions, qu'on les aide si elles en ont besoin.

Une femme, **Mme H**, mère de 2 enfants, ayant accouché en clinique, décrit son séjour en suites de couches comme une période difficile lors de laquelle elle s'est sentie contrôlée, où chacun de ses gestes était soumis au regard d'une auxiliaire lui indiquant sa propre manière de faire comme étant meilleure et où ses initiatives étaient sans cesse discutées. Ainsi le premier jour de son séjour Mme H s'organise : elle se douche, puis son bébé réveillé elle le baigne. L'auxiliaire est surprise, « *pas contente, pourquoi vous n'avez pas appelé ? pourquoi vous ne nous avez pas attendu ?* ». Elle doit justifier le fait d'avoir donné le bain à son enfant sans avoir attendu la présence d'un professionnel. Sur ce, l'auxiliaire demande à vérifier que la couche du bébé est propre, Mme H répond qu'elle vient de le changer mais l'auxiliaire prend l'enfant du berceau pour examiner le change. Mme H lui reprend son bébé, défait la couche qui est effectivement propre. Plus loin Mme H dit « *moi j'ai déjà eu un enfant, elle ne m'a pas posé la question si j'avais déjà eu un enfant, elle ne sait pas en fait, pour elle elle vient montrer le bain à une maman qui vient d'accoucher et elle veut changer un enfant qui dort et qui a eu sa tétée, qui est bien, et je ne trouve pas ça normal. Je me dis que c'est mon enfant, qu'elle veut me déposséder de mes choix et ça c'est non. Donc je le prends quand même parce qu'il est réveillé et je le change devant elle en lui disant que de toute façon la couche était sèche, donc je lui remets sa couche sans lui avoir passé un petit coup d'eau comme il n'a pas fait pipi, je vois bien que ça l'embête, elle a envie que je le nettoie. Pour moi ça c'est dur parce que ça veut dire qu'il faut que je me fâche entre guillemets alors que normalement je suis censée passer un moment de bonheur puisque tout s'est bien passé, je n'ai pas de soucis particulier, mon bébé n'en a pas non plus. Et ben non, là j'ai affaire à quelqu'un qui veut faire à ma place* ».

Mme H dit plus loin que le rôle d'un professionnel est de proposer et non pas d'imposer.

La **prise en compte des besoins des femmes** est un point important de ce séjour en suites de couches. Dans les témoignages, les femmes mettent en avant des attentes différentes.

Mme S est dans une chambre double. Elle garde sa fille auprès d'elle dès la première nuit. Le troisième soir une maman partage sa chambre, c'est son premier bébé. Pour Mme S, le besoin principal est le repos, l'allaitement se déroule sans problème. Alors que sa voisine demande à ce que son bébé soit mis en nurserie pour sa première nuit, Mme S demande que le sien soit gardé en même temps pour que les deux femmes puissent se reposer. Face à sa demande, l'auxiliaire rétorque « *vous l'avez gardé avec vous les premiers soirs, c'est quand même votre 7^{ème} vous êtes capable de vous en occuper, vous comprenez on en a déjà plein la nurserie* ». Mme S demande alors que son bébé soit pris de la dernière tétée vers minuit à la première vers 5 heures du matin. « *Donc j'ai appelé vers minuit, elle m'a dit ni bonsoir ni bonjour, elle m'a pris la gamine comme un paquet, elle me l'a embarquée, elle me l'a ramenée vers 5 heures du matin, j'ai demandé comment ça s'était passé, « rien de spécial » alors quand j'ai vu ça ben j'ai dit je repasserai pas une nuit de plus ici* ».

Cet exemple illustre assez bien le décalage entre le besoin exprimé par une femme et la réponse donnée par un professionnel confronté à des difficultés d'organisation. On ne sait plus alors, en écoutant la réponse du professionnel ce qui justifie la structure : fonctionne-t-elle pour elle-même et la satisfaction des professionnels qui ne veulent pas être confrontés à des problèmes « d'embouteillage » dans une nurserie ou pour la prise en charge des besoins des femmes ?

Dans les établissements, la **première nuit**, le personnel suggère aux mères de faire dormir leur bébé à la nurserie afin qu'elles récupèrent de la fatigue de l'accouchement mais elles peuvent également décider de garder leur bébé auprès d'elles. La formation sur l'allaitement ayant mis l'accent sur l'importance de la proximité mère/enfant dans les premiers jours de vie, les nouvelles pratiques vont davantage dans le sens d'une incitation à limiter les séparations, qui plus est lorsque la mère allaite. Toutefois cette incitation au repos semble être pratiquée différemment suivant les professionnels et de façon plus forte auprès des mères d'un premier enfant.

Mme T explique : « Quand on est remonté dans la chambre après l'accouchement, on est resté une petite heure tous les trois et puis ils ont emmené mon bébé pour le faire dormir ailleurs. En fait j'ai laissé faire, je n'ai pas demandé si j'avais le choix parce qu'apparemment la première nuit ils font comme ça. On fait confiance... »

Concernant les **examens pratiqués** lors du séjour en suites de couches, les femmes en ont une connaissance variable. Elles citent par exemple « *les petites prises de sang au pied* » ou « *le talon* » mais restent floues sur le but (une femme cite le dépistage de maladies génétiques sans les préciser) et la nature des examens. Les professionnels indiquent que des examens tels que la détection de **l'ictère au flash** est pratiquée ; le **test de Guthrie** a lieu le 3^{ème} jour de vie de l'enfant et la vitamine D est administrée tous les matins. Le dépistage des maladies génétiques est fait à 4 jours de vie.

Lors d'examen ou de soins pratiqués sur l'enfant (prise de sang, perfusion...) des patchs antidouleur ou des ampoules de sucre mises sous la langue peuvent être utilisés ainsi qu'une tétine pour calmer et rassurer le bébé.

Mme U, 2 enfants, répond à la question de savoir quels examens ont été passés à son bébé. Elle décrit « Non, ils vous l'embarquent pour lui faire passer des tas de trucs ! En plus elle avait très souvent des prises de sang parce qu'elle avait attrapé un petit microbe à cause de la poche des eaux qui s'était fissurée donc il fallait surveiller le taux. Il y a deux ou trois trucs qui ne m'ont pas plu : on venait la chercher, on me disait « bon on va lui faire une prise de sang » mais la personne du labo n'avait pas de blouse, je me demandais qui était cette personne, c'est pas rassurant quand on vous prend votre bébé comme ça ; j'ai trouvé ça un peu léger. Après je demandais aux infirmières qui était qui parce c'est angoissant de ne pas être sûre des personnes à qui on donne son bébé ».

Comme pour le reste des soins, ce sont plutôt les **attitudes des professionnels** qui sont mentionnées. Les femmes n'ont pas toujours la notion que des examens spécifiques soient réalisés, deux d'entre elles citent le dépistage de la surdité par exemple. En revanche, elles évoquent la visite du pédiatre et l'attitude de celui-ci, ses exigences. Un pédiatre qui prend un bébé par les pieds à l'occasion d'un examen en suites de couches peut être mal ressenti par une mère, lorsqu'un autre « exige » que le bébé soit propre au moment de sa visite la mère de l'enfant en parle également. La visite du 8^{ème} jour est un moment attendu par les mères qui ont déjà eu des enfants, elles sont alors d'autant plus surprises lorsque cette visite n'a pas lieu et que personne à la maternité n'aborde explicitement cet examen à faire, et qui n'est pas fait à ce moment là.

L'incompréhension est à son paroxysme pour une mère qui raconte avoir croisé un pédiatre dans un couloir le jour de sa sortie, avoir attendu sa visite, et ne le voyant pas venir s'informe auprès d'un autre professionnel qui lui explique que ce jour-là, le pédiatre a décidé de ne pas faire d'examens de sortie. Cette femme va voir son médecin généraliste pour assurer la visite du 8^{ème} jour. Elle ne comprend pas ce qui s'est passé avec ce pédiatre et trouve le suivi « *très léger* ».

4.2. ALIMENTATION DE L'ENFANT

En ce qui concerne l'alimentation du bébé, les professionnels estiment que la moitié des femmes optent pour l'allaitement, l'autre pour le lait maternisé au biberon. Dans notre échantillon, 15 femmes sur 17 ont allaité. Parmi ces femmes, une a arrêté au bout d'une semaine, une autre au bout d'un mois^f, une troisième a poursuivi en dépit d'un avis médical^g défavorable (elle dit qu'elle « *s'est battue pour allaiter* »).

Sur deux sites, le personnel évite de donner des compléments sauf si le bébé perd trop de poids. Lorsqu'il faut compléter l'allaitement, la « softcup » (qui ressemble à une cuillère), la tasse ou la seringue sont préférées au biberon afin que le bébé ne s'habitue pas à téter autre chose que le sein. Dans un troisième établissement, les compléments sont donnés à la tasse ou à la cuillère à la demande de la mère. Dans un autre, les **pratiques sont différentes suivant les professionnels** et des biberons

^f Le bébé avait un frein de langue important qui rendait la succion au sein difficile, la maman a du tirer son lait. Rapidement elle n'en a plus eu suffisamment.

^g Son bébé a été placé sous sonde gastrique, un pédiatre de la maternité affirmait que le réflexe de succion était perdu et empêcherait l'allaitement. Au moment de l'entretien le bébé a 4 mois et demi et est toujours allaité.

sont parfois donnés en complément, notamment la première nuit avec l'autorisation de la mère. **Dans tous les établissements, la mise au sein du bébé a lieu au bloc d'accouchement**, généralement après les premiers soins au bébé. C'est d'ailleurs grâce à des formations récentes sur l'allaitement que les professionnels estiment avoir modifié leur approche et leurs pratiques (bébé posé sur le ventre de la mère à la naissance, première tétée en salle de travail, importance du « peau à peau », aspiration et mise en couveuse moins systématiques...). Bien qu'unanimes sur l'intérêt de ces formations, il semble que la majorité des professionnels modifie ses comportements en salle de naissance mais qu'en suites de couches les choses soient plus difficiles, puisque demeurent des incohérences en matière de conseils à l'allaitement (voir les témoignages des mères).

Une politique forte en faveur de l'allaitement maternel dans les maternités a été retenue parmi les critères permettant d'obtenir le label « Hôpital Ami des Bébé ». Un des sites envisage de proposer sa candidature ou, du moins, de s'approcher de la philosophie de la naissance présente dans les 10 conditions à remplir pour rejoindre « l'hôpital Ami des Bébé »⁸.

« Je ne sais pas si ça va se faire car ils sont très durs au niveau du taux d'allaitement exigé pour avoir le label ; on ne peut pas garantir que tant de femmes vont allaiter ! En tous cas on s'inspire de ça pour faire en sorte que les choses bougent... on veut proposer autre chose que le médical pur, on veut que le médical et le reste soient complémentaires, c'est important. »

Il semble que la position vis-à-vis de l'allaitement révèle une conception qui dépasse les seuls critères alimentaires, et certains professionnels semblent vouloir s'engager dans des réflexions fortes si ce n'est dans des projets plus concrets, notamment dans la façon d'aborder les contenus des messages délivrés aux femmes. Il ne s'agit plus de fournir des listes d'informations mais de **répondre aux besoins des femmes et de les accompagner de façon rassurante** dans la recherche de comportements qui leur conviennent. Ainsi, il ne s'agirait plus de dire aux femmes qu'il faut allaiter avec un sein par tétée ou deux par tétée, mais de faire l'un ou l'autre en fonction de ce qu'elles ressentent.

Du côté des femmes, en suites de couches, le principal problème soulevé par les femmes qui allaitent est **l'extrême variabilité voire l'incohérence des discours des professionnels au sein de chaque maternité** ; cette donnée est d'ailleurs une constante chez toutes les femmes primipares de l'échantillon qui ont allaité. Une même femme peut s'entendre dire qu'il vaut mieux donner un sein par tétée ou les deux à chaque tétée, qu'il vaut mieux attendre toutes les 3 heures minimum ou donner le sein à la demande, que la tétée doit durer 20 minutes par sein maximum. Ce n'est pas tant le contenu des discours qui pose problème, semble-t-il, que le fait que les femmes aient des difficultés, par la suite, pour trouver leurs repères et ce qui leur conviennent. Car, finalement, donner un seul sein ou donner les deux à chaque tétée sont deux possibilités qui ne s'excluent pas. Or ce qui est perturbant, c'est manifestement que les professionnels ont une façon assez péremptoire de donner des informations, et que chacun d'entre eux sélectionne une façon de faire. Si un professionnel présentait l'éventail des possibles en invitant chaque femme allaitant à trouver celui ou ceux qui lui conviennent le mieux, elle se donnerait alors la possibilité du choix en s'écoutant et en se faisant confiance. L'allaitement est, dans son fonctionnement théorique, abordé lors des séances de préparation, or on entend souvent des femmes dire qu'en rentrant de la maternité elles n'avaient plus de lait ou que leur lait n'était pas nourrissant, pour expliquer l'arrêt rapide de l'allaitement. Mais sans la connaissance fine des mécanismes de l'allaitement les femmes peuvent rapidement conclure qu'elles n'y arrivent pas, qu'elles ne savent pas ou que ça ne

marche pas. Alors qu'en réalité les facteurs influençant la montée de lait, sa production et sa consistance sont connus, les femmes peuvent donc les maîtriser pour parvenir à poursuivre un allaitement.

Mme T « On a plein d'informations, surtout sur l'allaitement, mais c'est jamais les mêmes ! C'est pas la faute des gens qui travaillent là-dedans, mais il faudrait qu'ils améliorent les choses et qu'on ait qu'un son de cloche pour pas se sentir perdue. »

Mme P « c'est des conseils et puis dès que c'est quelqu'un d'autre, c'est des conseils différents ».

Elles sont plusieurs à dire qu'elles ont été « un peu perdues », a fortiori lorsqu'il s'agit d'une première expérience d'allaitement. En effet, les femmes qui ont déjà une expérience d'allaitement arrivent à prendre de la distance par rapport aux recommandations variées des professionnels, et conduisent l'allaitement comme elles le souhaitent.

Ainsi s'exprime **Mme U** : « Moi j'avais du recul parce que j'avais déjà eu un enfant mais quand vous avez trois sons de cloches différents, il y a de quoi être complètement paumée si c'est votre premier bébé ! Moi je les laissais dire et je faisais comme je voulais. [...] Au niveau de l'allaitement par exemple, il y en a une qui vous dit de faire téter à la demande, et une autre qui vous dit que ce n'est pas bon du tout et qu'il faut faire téter toutes les trois heures. J'imagine que pour une maman dont c'est le premier bébé ça doit être déstabilisant !

Un autre exemple, la montée de lait avait été horrible pour le premier donc je m'étais dit que je ne boirais pas autant pour le deuxième mais ils vous forcent presque sans tenir compte de ce que vous pouvez leur dire ; j'ai tenu bon et j'ai bien fait, mais quand même, on est mieux placé qu'eux pour savoir comment ça s'est passé la première fois et ne pas refaire la même erreur, non ? C'est pareil, il y en a une qui vous dit qu'il faut mettre des coques, l'autre qui vous dit que non, c'est vraiment n'importe quoi ! Et puis elles voulaient que je tire mon lait mais moi non. Je me suis écoutée et ça s'est très bien passé, c'est ce qu'il y a de mieux à faire ! Comme je produisais beaucoup de lait, je n'ai pas voulu utiliser le tire-lait de peur que ça accentue la lactation, donc j'ai juste laissé ma fille téter, je mettais des coussinets et pas des coques et tout s'est très bien passé. J'avais un mauvais souvenir de la montée de lait pour mon premier enfant et d'ailleurs on m'avait dit de faire attention pour le deuxième donc je ne les ai pas écoutées et j'ai bien fait ! De toutes manières, ça dépend des femmes, donc chacune doit s'adapter à son corps, il n'y a pas de règle unique. »

Une femme explique qu'elle a sollicité de nouveau les professionnels de la maternité après sa sortie pour l'aider pour son allaitement, et là encore, les messages sont restés contradictoires.

Mme G : Je ne savais plus comment faire avec mon bébé pour l'allaitement et ça m'a pas remis le moral d'entendre des tas de trucs différents ! Je suis allée plusieurs fois à l'hôpital pour qu'ils m'aident, mais à chaque fois je tombais sur quelqu'un de différent qui me disait le contraire de ce qu'une autre m'avait dit ; ça, je l'ai mal vécu...

Deux femmes ayant accouché dans le même établissement expliquent que les auxiliaires puéricultrices leur ont demandé de les appeler pour la mise au sein du bébé. Toutes deux soulignent leur difficulté à se soumettre au regard d'un professionnel, alors qu'elles ont déjà du mal à allaiter en

présence de leurs amis. Une de ces femmes signale qu'en cas de visite, pour allaiter son bébé, elle demandait à ses visiteurs de sortir de sa chambre. Ainsi, le passage de l'auxiliaire au moment de l'allaitement conduit ces femmes à un stress important et à une tétée qui ne fonctionne pas. Cet extrait de témoignage illustre assez bien la gêne ressentie.

Mme H : elle [l'auxiliaire] me dit "bon ben vous me rappellerez pour l'allaitement, pour voir si ça se passe bien" "oui ben, si vous voulez". Je comprends qu'elle ait besoin de vérifier parce que ça se passe pas forcément bien avec toutes les mamans, et ça je le comprends, donc bon moi je suis très pudique je montre pas mes seins devant les gens donc j'aurais préféré ne pas avoir à le faire, elle m'a demandé de le faire, je l'ai appelée, j'étais tellement stressée que je n'ai pas pu lui donner le sein. Donc, euh, elle m'a donné des conseils "mais je sais, mais je sais, normalement mais là ça va pas" et j'essayais quand même de lui donner le sein, et c'est son métier, quand même, de voir que je suis stressée, que ça va pas et que ça n'ira pas, et de me dire « bon ben écoutez, tant pis, je vous laisse » et ben non et c'est moi qui lui ai dit au bout d'un moment « et ben non écoutez ça va pas, vous me stressiez je n'y arriverai pas ça ne marchera pas » et elle me dit « oui en fait il n'a pas très faim ». Donc ça remet en cause euh ce que moi j'avais senti parce que c'est me dire quelque part ben vous n'êtes pas apte à vous occuper de votre enfant et ça ça fait mal même si je sais bien que non, je ne me trompe pas [...] et là c'est très difficile, je viens de me prendre en pleine figure alors que mon enfant vient de naître que je ne sais pas m'en occuper, et voilà donc elle repart et je me dis quand même je suis à peu près sûre qu'il avait faim, en plus il y avait un écart entre l'autre tétée qui était important de l'ordre de 6 heures, donc je sais qu'il a faim donc je le remets quand même au sein et là ça se passe super bien et mon fils prend le sein et il n'y a pas de soucis et donc voilà donc ça c'est le premier jour !

L'accompagnement d'un allaitement ne peut se faire dans une relation de « maître à élève », or c'est manifestement ce qui se produit parfois entre les femmes et les professionnels. Les femmes recherchent parfois une recette, qu'on leur explique comment on fait, les professionnels répondent à cette demande technique et n'accompagnent pas forcément les femmes dans le **mise en place d'un allaitement** qui va s'installer **par étape, par tâtonnement, et dans une sensibilité forte au stress et à la fatigue**, avant de parvenir à des modalités qui conviennent au bébé et à la mère.

Dans un des établissements, une cadre sage-femme signale effectivement que « *les mères se plaignent souvent de l'incohérence des messages délivrés par les professionnels et cette propension est renforcée par le fait que les professionnels, parlant par exemple de l'allaitement, demandent à la mère comment elle pratique, généralement la mère fait comme son précédent interlocuteur lui a indiqué et le nouveau professionnel lui dit que ce n'est pas comme ça qu'il faut faire mais à sa façon à lui. Ce type de discours a plusieurs conséquences : d'abord il mélange les repères délivrés par chacun des professionnels à la mère, ensuite il discrédite les professionnels entre eux et la maman ne sait pas à qui il faut faire confiance, enfin il ne permet pas à la maman de trouver sa solution. La rotation des professionnels participe à déstabiliser les mères qui n'ont pas toujours le sentiment d'être suivies, elles n'ont pas, par exemple, de référent. Pourtant cette rotation permet aussi à la mère de bénéficier de compétences diverses et de lui montrer l'éventail des possibilités de comportement. La difficulté c'est que la façon dont les messages sont diffusés n'amène pas forcément la femme à se les approprier.* »

Seules deux des femmes interrogées n'ont pas choisi l'allaitement. La première ne se sentait pas à l'aise face à ce contact charnel, la deuxième, mère de trois enfants avait essayé l'allaitement pour son premier enfant. Elle relate son expérience :

Mme R : « Ben pour la première oui j'ai essayé, mais bon, apparemment, ça devait être une feignante et comme c'était le premier j'avais pas le sein fait pour ça et du coup bon ben j'ai le mamelon qui est très large et le téton qui n'est pas ressorti, donc forcément pour le premier, donc elle n'arrivait pas, elle était feignante. Et, par contre, j'ai pas été aidée du tout, pour l'allaitement non c'était pas terrible. Du coup j'étais obligée de tirer mon lait pour lui donner après au biberon donc euh c'est vrai quand une demi heure de temps j'ai fait un biberon de 240 plein, et puis _ d'heure après fallait que je recommence. Déjà pour la première j'avais bien enflé ça avait bien craqué de partout alors en plus avec le tire-lait ça n'a pas arrangé les choses et puis j'ai fait ça pendant à peu près un mois après la maternité, et puis après j'avais plus de lait et pis j'en avais un peu assez. Et puis j'aimais pas le contact. Il y a des femmes qui adorent, mais moi j'ai pas trouvé ça terrible. Et du coup pour les autres j'ai dit tant qu'à faire, puisque je prenais pas de plaisir à le faire, donc les enfants je pense qu'ils le ressentent, donc je préfère profiter d'eux en leur donnant le biberon plutôt que faire quelque chose que je n'apprécie pas ».

La première de ces femmes se plaint de n'avoir pas reçu de conseils sur l'alimentation, et en particulier la façon de faire des biberons avant sa sortie de la maternité. Elle signale qu'elle était globalement assez livrée à elle-même durant son séjour et que ce sont les grands-mères qui lui ont expliqué ça dès son retour à son domicile. La seconde ne se plaint pas, mais décrit une alimentation dans laquelle après cette expérience difficile d'allaitement et l'arrêt du tire-lait, elle passe sa fille directement au lait de vache et, à un mois, elle y introduit des céréales car « *c'était pas assez consistant pour elle* ». Elle poursuit en disant « *à chaque fois que j'allais voir le médecin, il me disait oh c'est bon vous pouvez commencer ça, à chaque fois j'avais anticipé quelques semaines avant, et puis bon elle s'en est pas portée plus mal* ».

Il est difficile de savoir si les femmes qui n'allaitent pas font moins l'objet d'attention de la part des professionnels et/ou si elles les sollicitent peu. Il est vrai que la mise en place de l'allaitement est un des objectifs du séjour en suites de couches, notamment pour les maternités où la durée de séjour le permet. Pour les autres, des relais sont nécessaires et le contenu de ce temps en suite de couches est très important. Dans un établissement, la préparation de la sortie est abordée dès le premier jour du séjour, dès le deuxième on aborde la contraception et le troisième et dernier jour on prépare très concrètement la sortie avec un dossier rempli, une prescription de contraception peut être faite également.

4.3. ACCOMPAGNEMENT DE LA MÈRE ET SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Si l'accompagnement psychologique de la mère a des bases communes dans tous les établissements (écoute des mères par le personnel soignant du service ; psychologue de l'hôpital pouvant être contacté en cas de problèmes plus lourds ; puéricultrice et sage-femme de PMI passant une à deux fois par semaine dans les services et pouvant suivre les mères à domicile avec leur accord ou sur signalement), on observe cependant des fonctionnements spécifiques. Sur un site, par exemple, une des sages-femmes se consacre, depuis janvier 2005, à l'écoute des mamans. Elle passe dans toutes les chambres et propose ensuite du suivi à domicile, souvent en relation avec une conseillère conjugale. Sur un autre site, le Centre de Planification Familiale organise au sein de l'hôpital une permanence tenue par une sage-femme une fois par semaine. De plus, le pédiatre de la maternité travaille un après-midi par semaine en PMI et revoit les bébés dont il s'est occupé à la naissance, ce qui permet une continuité dans le suivi de l'enfant et dans le lien déjà établi avec la mère.

Dans un établissement on signale des signes qui peuvent laisser présager une situation plus ou moins difficile. Ce sont par exemple :

- L'absence de déclaration de grossesse
- L'absence ou le peu de suivi de la grossesse
- Le contexte social de la vie de la mère (absence de logement ou logement instable, situation de rupture familiale, la composition du foyer familial de la mère (mère seule, etc.), les difficultés financières mentionnées par la mère pour par exemple acheter une contraception ou le lait du bébé...).

Ces signes ne sont pas recherchés systématiquement, mais lors des premiers contacts avec la mère, les sages-femmes essaient de la situer dans son environnement. Ce sont plutôt des échanges informels.

Les sages-femmes des suites de couches sont attentives à la **relation mère-enfant**, elles « évaluent » le lien entre eux à travers :

- Le regard
- Les comportements de la mère : est-ce qu'elle prend ou non son bébé auprès d'elle, dans ses bras
- L'attention de la mère à l'enfant
- Le contact avec l'enfant
- L'attitude de la mère (prostrée ou épanouie)

Il n'existe pas de référentiel sur ces questions mais les sages-femmes sont expérimentées. Des professionnels ont par ailleurs été formés au dépistage des troubles du lien mère-enfant.

Aucune des femmes rencontrées n'a précisément formulé un besoin ou un manque de soutien psychologique pour elle-même durant son séjour à la maternité, elles ont toutefois décrit des situations

qu'elles ont vécues lors desquelles elles ont imaginé que certaines femmes auraient pu avoir besoin d'un soutien psychologique.

Mais qu'entend-on par soutien psychologique ? La possibilité d'avoir recours à un psychologue ou une attention, une disponibilité à l'écoute plus forte des professionnels durant cette période de grande émotivité des familles et des femmes, de sensibilité face à leur estime d'elle-même, de besoin de réassurance des femmes vis-à-vis de leurs « compétences parentales » ?

Aucune femme n'a témoigné de la possibilité d'avoir recours à un professionnel psychologue durant son séjour, mais elles n'en ont pas formulé le besoin non plus. Certaines ont manifestement été fragilisées par des attitudes de professionnels « inadaptées ».

Mme G énumère « deux ou trois trucs qui m'ont fait bizarre. Par exemple : il y en a une qui vous disait de couvrir votre bébé et l'autre qui vous disait qu'il avait trop chaud avec cette couverture ! Et nous on se dit qu'on sait pas faire comme il faut. Un autre jour : ma famille était dans ma chambre, ma fille dormait sur moi et une puéricultrice me l'a arrachée pour la coucher en disant que mon bébé devait être très fatigué ! J'avais pas apprécié. [...] Il y en a une qui vous dit qu'il faut donner un sein par repas et une autre qui vous dit qu'il faut donner les deux seins à chaque fois ! Quand Romane pleurait, il y en avait une qui me disait qu'elle avait faim, une autre qui me disait qu'elle était fatiguée et encore une autre qui me disait qu'elle avait chaud ! Moi je savais plus quoi penser... »

Le problème c'est qu'elles sont pas d'accord entre elles et nous on est perdu. [...] J'avais vraiment besoin qu'on m'aide.».

Dans certains établissements il semble plus difficile de trouver de l'aide que dans d'autres. Dans les deux plus petits établissements, en dépit de problèmes d'entente entre les médecins, les femmes ont toujours souligné les relations presque familiales en tous cas très chaleureuses qu'elles ont partagées avec les professionnels ce qui n'est pas le cas dans les deux autres établissements. Les témoignages des femmes ayant accouché dans les deux plus grands établissements marquent une différence entre les professionnels du bloc opératoire et ceux des suites de couches. Ces derniers s'installant dans une relation moins « soutenante » pour les femmes. La comparaison à une usine n'est également mentionné que pour ces établissements de grande taille.

On peut se poser des questions à propos de ce soutien psychologique et de son rôle. S'agit-il de prendre en charge les conséquences de ce que génère l'organisation et les attitudes de certains professionnels auprès des femmes^h ou de permettre à des femmes antérieurement en difficultés, d'être à l'occasion de cette grossesse, mises en contact avec un psychologue ? Autrement dit par un médecin « **Il ne faut pas tout « psychologiser » non plus ! Par exemple, le baby-blues est un mal-être qui existe et il faut le dédramatiser grâce à l'écoute du personnel, mais ça ne relève pas du psychologue à chaque fois !** »

^h Notamment l'incohérence des informations, des injonctions. Des attitudes de professionnels oscillant parfois entre infantilisation, mise en culpabilité et responsabilité face au « mal faire » et provoquant un sentiment d'incompétence, stress, panique, angoisse voire dépression.

4.4. PRÉPARATION DE LA SORTIE ET RETOUR AU DOMICILE

En ce qui concerne la préparation à la sortie, les **visites faites par un pédiatre** pour l'enfant et **par un gynécologue** pour la mère ont généralement lieu le jour même ou la veille. Un point important a été souligné dans trois établissements : il s'agit du rôle des sages-femmes et des puéricultrices qui aident les mères à réfléchir, à formuler les questions qui les préoccupent avant les visites du pédiatre et du gynécologue. En effet, de nombreux points méritent d'être abordés avant la sortie : la contraception, les saignements, la rééducation du périnée, les consultations post-accouchement et, concernant le bébé, l'allaitement, les biberons, les soins, les visites chez le pédiatre à effectuer dans les premiers mois... Bien souvent les médecins font les prescriptions, mais les mères s'adressent plus facilement aux sages-femmes et aux puéricultrices pour aborder certaines questions, pour demander un conseil ; le temps dont elles disposent étant aussi moins limité que celui des consultations. Il n'est pas rare non plus que des compléments d'explications aux mères soient nécessaires, une fois les visites du gynécologue et du pédiatre effectuées (ordonnances, utilisation du carnet de santé du bébé...). Là encore ce sont les sages-femmes, les puéricultrices ou auxiliaires puéricultrices qui s'en chargent. Une fois rentrées chez elles, les mères peuvent également téléphoner dans le service si une question ou un problème les préoccupe.

Les mères accouchant au CHUⁱ et habitant au plus dans 1 rayon de 30 Km ou 30 minutes autour du CHU se voient proposer **la visite d'une sage-femme à leur domicile**, le plus souvent dans les 48 heures suivant la sortie de la maternité.

Pour les sages-femmes qui assurent ce service, la principale différence porte sur le fait qu'avant « *on était chez nous* » et que maintenant « *les femmes nous reçoivent chez elles* ». Les sages-femmes notent que les femmes les incluent alors dans leur environnement et ont des demandes assez variées vis-à-vis des sages-femmes. Par exemple : est-ce que leur matériel est bien adapté, est-ce que la température est bonne... D'une visite à l'autre, les femmes préparent le matériel, montrent la chambre, la salle de bain, le frère ou la sœur.... Les sages-femmes sont étonnées de la variété des questions qu'on leur pose et ceci quel que soit le niveau social ou la profession des mères. L'allaitement est le principal sujet abordé par les femmes qui se demandent souvent si elles ont suffisamment de lait, si l'enfant grossit assez. Elles ont aussi des questions sur le sens des pleurs des enfants, la présence de coliques (ce qu'il faut faire dans ce cas), le sommeil d'un bébé. Elles attendent des réponses et cherchent à savoir ce qu'il faut faire. Alors qu'à l'hôpital les sages-femmes leur donnent leur recette, à leur domicile les professionnels les aident plutôt à trouver la recette qui leur convient le mieux à elles. La démarche est très différente.

Les sages-femmes estiment que leur rôle dans ce cadre est surtout celui de la proximité, et du réconfort. Elles assurent également une continuité des soins. Au CHU, le service de suites de couches a une réunion hebdomadaire avec un pédiatre, la psychologue et les sages-femmes de l'UDAME dans le but de réfléchir sur les pratiques professionnelles et les attentes des femmes.

ⁱ Ces visites sont assurées par des sages-femmes faisant partie de l'Unité d'accompagnement à domicile des mères et des nouveaux-nés, UDAME.

En règle générale, le **retour à la maison** est une étape où une majorité de femmes, avec ou sans autres enfants, se sent un peu débordée. Durant leur séjour en maternité la plupart des femmes se sentent très entourées, parfois l'objet d'une attention presque invasive de la part des professionnels, puis elles ressentent une sorte de contre-coup, elles passent d'un « cooing intensif » à une sorte d'abandon. Ce sentiment est d'autant plus fort lorsque personne ne peut les aider, que le conjoint est accaparé ou éloigné par son emploi. Pour une de ces femmes, 4 mois après son accouchement, évoquer cette période du retour est un moment difficile qui provoque des pleurs, tant elle s'est sentie seule et tant ce sentiment perdure.

Mme F, 3 enfants, dit qu'à la maternité tout le monde est là ; on s'occupe des mamans et quand elles sortent, elles se retrouvent seules chez elles avec leur enfant. Elle dit que c'est difficile ce retour, en étant seule avec tout à faire. Elle sait que des professionnels sont là pour aider mais elle souligne que c'est difficile de sortir de chez soi et de dire à quelqu'un « *ça ne va pas, je n'y arrive pas* ». Elle aimerait plutôt qu'on vienne la voir. Mme F a reçu la visite d'une sage-femme de PMI peu de temps après sa sortie de la maternité, elle décrit cette initiative comme positive tout en soulignant que c'était trop rapproché de son séjour en maternité, car à ce moment tout allait bien son mari était présent. C'est au moment de l'entretien qu'elle trouve que les choses sont plus difficiles. Elle explique que quand on a plusieurs enfants, on n'est plus disponible de la même façon pour les autres, et on a ce sentiment qu'on n'y arrivera pas parce qu'on a le bébé et les autres sont aussi en demande, on se sent mauvaise mère, il faut rabaisser ses propres exigences.

Le **recours à une aide est également difficile** pour les femmes, qui pensent que les difficultés sont passagères et que tout est question d'organisation, qu'avec le temps les choses vont se « caler ». Toutefois en ne demandant pas d'aide, elles ne peuvent répondre à certains besoins comme celui de se reposer.

Mme A par exemple a 3 enfants, de 3 ans et demi, 6 ans et demi et un dernier de 4 mois. Elle allaite son bébé, les possibilités de sieste sont très rares pour elle car ses enfants ont des rythmes qui ne concordent pas. Elle a eu un sentiment de déprime en rentrant de la maternité, en se demandant comment elle allait réussir à concilier sa famille, sa vie de femme, sa vie professionnelle (elle a une activité libérale). Elle n'a pas demandé d'aide-ménagère car elle pense que sa déprime était surtout liée à une grande fatigue et que de toute façon « *à un moment, il faut se prendre en charge* ». Elle déclare comme une boutade qu'elle aurait bien aimé avoir une jeune fille au pair pendant 6 mois, mais que financièrement ce n'était pas possible.

En dehors des aspects pratiques, certaines femmes ressentent un besoin de continuité des soins, parce que, de retour à la maison, de nouvelles questions surgissent : pourquoi le bébé pleure ? pourquoi j'ai moins de lait ? etc. Parfois, des infections surgissent qui compliquent les débuts de l'allaitement, ou nécessitent une plus grande disponibilité de la mère qui se sent alors encore plus débordée, et pour qui les repères sont encore plus lents à trouver.

Les femmes qui ont pu bénéficier des services de l'UDAME soulignent l'intérêt de cette intervention. Elles pensent que le laps de temps écoulé entre le sortie de la maternité et la première

visite est bien choisi, car c'est effectivement après les premiers moments passés à la maison que les difficultés commencent. Elles ont besoin d'être rassurées et les sages-femmes de cette unité sont sensibles à cet aspect de leur rôle.

D'autres femmes évoquent ce besoin qu'elles ont ressenti de trouver d'autres informations, des supports, et regrettent de n'avoir eu la visite d'un professionnel à domicile.

Mme H a rencontré lors de sa préparation à l'accouchement une femme qui accouche dans une maternité différente de la sienne. Les deux femmes sympathisent, cette personne accouche avant Mme H. Au moment du retour à la maison, Mme H estime avoir eu des difficultés à trouver un équilibre, et c'est cette mère qui l'aide en lui suggérant d'autres pratiques avec son bébé. Mme H dit qu'elle n'a même pas eu l'idée de demander de l'aide, de se tourner vers un professionnel, et elle ne savait pas que l'on pouvait solliciter une sage-femme en cas de problèmes. Elle dit que le plus important c'est de ne pas se sentir seule et de pouvoir échanger sur ses propres questions.

De son côté, **Mme L** a trouvé des réponses en participant à des groupes de femmes organisés avec le soutien de la PMI et en sollicitant la Leche League pour ses difficultés d'allaitement.

La plupart des femmes sortent des maternités avec **l'adresse d'associations** susceptibles de les aider dans leurs difficultés **d'allaitement**. Pour le reste, les réponses sont moins aisées à trouver.

Par exemple, **Mme R** a une activité libérale et elle regrette que personne ne lui ait fourni d'indications administratives sur ses droits, afin d'organiser au mieux son congé maternité, la garde de ses enfants...

Après l'accouchement, le retour à la maison, une rééducation du périnée est proposée aux femmes. On note qu'un seul site pratique les soins post-accouchement (rééducation post-natale). Dans un autre, ces services sont suspendus et semblent difficiles à proposer de nouveau du fait de l'impossibilité des médecins et par ricochet de l'équipe à organiser des projets consensuels. Certaines femmes, plus souvent celles habitant dans le Nord de la Côte d'Or déplorent l'absence de tels services dans les maternités qu'elles fréquentent.

CHAPITRE IV - LES ÉTABLISSEMENTS : MOYENS ET DIFFICULTÉS POUR REMPLIR LEURS MISSIONS

Cette partie présente les fonctionnements internes des établissements et balaye de façon générale tant les possibilités que les difficultés en termes de moyens, de formation, de relations entre les membres d'une équipe. Par ailleurs, si ces données de fonctionnement interne ont un poids important dans le discours des professionnels, il est intéressant d'observer l'écho ou au contraire l'absence de résonance de ces informations, dans ce que les femmes ressentent lors de leur séjour dans les maternités.

Il nous a semblé important d'évoquer ces aspects, car les pratiques des professionnels semblent directement liées à ces questions.

1. FONCTIONNEMENT INTERNE

Il s'agit de présenter pour chaque maternité les moyens humains mis en œuvre dans les services, leur organisation, les difficultés de fonctionnement. Les professionnels pris en compte sont ceux impliqués dans le suivi de la grossesse, le bloc d'accouchement et le service de suites de couches des maternités.

1.1. MOYENS EN PERSONNEL DANS LES MATERNITÉS

La maternité de Châtillon sur Seine compte 2 gynécologues, 1 pédiatre, 7 sages-femmes, 8 puéricultrices et 3 aides-soignantes. Les sages-femmes effectuent des gardes de 24 heures (de 10h à 10h le lendemain matin).

Le service de nuit est assuré par une sage-femme et une auxiliaire puéricultrice. Deux auxiliaires puéricultrices travaillent de nuit à 80%, celles de jour les complètent à tour de rôles.

Une sage-femme évoque un problème de répartition du personnel les week-ends. « *Les aides-soignantes et les ASH sont là, mais avec des coupures entre 16h et 17h et entre 19h et 21h. Donc, dans ces heures-là, il n'y a plus qu'une sage-femme et une auxiliaire puéricultrice, et si elles sont occupées au bloc, il n'y a plus personne dans le service !* ». Quand une maman appelle dans une chambre, la sage-femme se retrouve seule au bloc, or elle ne peut s'occuper de la maman et du bébé en même temps.

La maternité de Beaune

La maternité de Beaune compte 2 gynécologues à temps plein et 2 à temps partiel (travaillant en cabinet en ville et à l'hôpital), 2 pédiatres et 9 sages-femmes. Les sages-femmes effectuent des gardes de 13 heures.

Le service de nuit est assuré par 2 sages-femmes (1 au bloc et 1 en suites de couches et gynécologie), 1 aide-soignante et 1 auxiliaire puéricultrice.

Un des professionnels souligne combien la situation des maternités demeure fragile, malgré l'augmentation du nombre de postes consacrés à l'obstétrique dans certains établissements. Leur nombre, attribué en fonction du nombre d'accouchements des médecins, ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins en gynécologie et en obstétrique, puisque les médecins ont également une activité de gynécologie médicale non prise en compte dans ce calcul.

La maternité de Semur en Auxois

La maternité de Semur en Auxois compte 2 gynécologues à temps plein et 1 à temps partiel, 2 pédiatres, 14 sages-femmes (12,3 équivalents temps plein), 12 aides-soignantes (dont 4 auxiliaires puéricultrices) et 8 infirmières dont 3 infirmières puéricultrices (pour la pédiatrie et la gynécologie essentiellement). Les sages-femmes effectuent des gardes de 24 heures de 9h à 9h30. Elles sont 2 par tranches de 24 heures et travaillent par roulements soit en salle d'accouchements, soit en suites de couches. Les sages-femmes précisent qu'elles préfèrent être deux au moment de l'expulsion au cas où il faille joindre un gynécologue, afin de connaître la situation, et pour savoir précisément quels éléments transmettre au médecin.

Le maintien des gardes de 24 heures se fait dans la plus grande satisfaction des sages-femmes qui en soulignent les avantages professionnels « *on peut suivre un accouchement de A à Z* » et personnels « *si on habite loin, comme on vient moins souvent, ça ne pose pas de problème* ». La diminution du temps de garde peut être perçue comme très négative dans les conditions de travail et favoriser le départ des sages-femmes d'un établissement.

La maternité du Centre hospitalo-universitaire

Pour l'ensemble des activités liées à la grossesse et à l'accouchement, 13 médecins sont susceptibles d'intervenir, toutefois on ne peut isoler la répartition de leur activité entre l'activité gynécologique, obstétrique et au sein de ce dernier domaine ce qui concerne l'assistance médicale à la procréation, le suivi de grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Pour **le suivi de grossesse**, en plus des 13 médecins, 2 sages-femmes assurent des consultations de suivi de grossesse (soit 1,8 équivalent temps plein). Les consultations sont en théorie possibles dès le début de la grossesse, mais ce n'est pas toujours le cas dans la réalité. Lorsqu'elles décident d'accoucher au CHU, les femmes doivent au minimum effectuer les deux dernières consultations de suivi de grossesse dans ce service.

Le nombre de sages-femmes intervenant au **bloc d'accouchement**^j varie entre 12 et 15 équivalents temps plein. Le plus souvent 2 sages-femmes assurent les accouchements au bloc, elles sont parfois 3, les recommandations en fonction du nombre d'accouchement préconisent qu'elles soient plutôt 3. Elles travaillent sur des périodes de 12 heures, alternent une journée (7-19h) puis le lendemain la nuit (19h15-7h15), puis 3 jours de récupération. Des auxiliaires puéricultrices complètent l'équipe, 2 sont présentes en journée (6h30-14h), 2 autres assurent l'après-midi (13h30-21h) et une la nuit (20h30-7h, elles sont rarement deux durant la nuit).

En dehors des situations pathologiques, sont généralement présents à l'accouchement 1 sage-femme, 1 auxiliaire puéricultrice, 1 élève sage-femme. Si des doutes apparaissent au cours du travail, un interne en gynécologie sera consulté, suivi d'un externe et parfois le senior si le besoin d'un avis d'expert se fait sentir.

Le nombre de sages-femmes participant au service de **suites de couches** est estimé à environ 10 équivalents temps plein. La journée, 2 sages-femmes sont présentes sur des périodes de 12 heures et une est présente la nuit. Les auxiliaires puéricultrices sont 3 à travailler le matin (6h30-14h), 2 sur des temps intermédiaires (13h-20h30) et une la nuit (20h30-7h). 4 pédiatres interviennent en suites de couches dont 1 est en poste fixe attaché au service, deux internes en pédiatrie sont également présents. Concernant la gynécologie, un gynécologue est en poste fixe et un interne est présent. Par ailleurs, un psychologue et une assistante sociale sont également susceptibles d'intervenir à la demande.

Enfin, rappelons que le service de suites de couches a créé une **unité d'accompagnement à domicile des mères et des nouveau-nés** (UDAME) dans laquelle 3 sages-femmes interviennent. Avec l'accord des mères (dont l'état de santé est compatible avec un retour à domicile) et sur un rayon de 30 kilomètres ou 30 minutes de temps de déplacement autour de l'hôpital, 2 sages-femmes assurent des visites à domicile de 8h00 à 17h30 du lundi au vendredi, et le samedi les visites sont assurées par une seule sage-femme. Cette unité est présentée à la maman le premier jour qui suit la naissance de son bébé afin qu'elle sache que des liens et un suivi peuvent être mis en place après sa sortie de l'hôpital. Si la maman répond aux critères d'inclusion et si elle est demandeuse, une fiche de liaison est alors remplie et le suivi de l'UDAME sera mis en place juste avant la sortie. En moyenne les mamans bénéficient de 2 visites, avec un maximum de 7 (statistiques 2004) et la première a lieu 48h après le retour à domicile.

^j Le bloc d'accouchements propose 10 salles initialement réparties en 5 salles de pré-travail et 5 salles de travail. Cette répartition peut varier en fonction des besoins et les salles de pré-travail se transforment alors en salle de travail. Par ailleurs, dans la pratique, une femme ne change pas de salle entre la période de pré-travail et la période de travail. Une des salles dispose une baignoire de relaxation susceptible d'être utilisée par la femme mais au moment de l'étude elle ne l'est pas car des bactéries ont été relevées dans les analyses. Son utilisation est mentionnée comme étant difficile tant pour des questions de surveillance de l'évolution entre la phase de pré-travail et de travail (plus difficile et plus longue pour les professionnels quand une femme est dans l'eau), que pour des problèmes d'hygiène. Mise en place en mars dernier, elle n'a été utilisée que de manière ponctuelle.

1.2. PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES ÉTABLISSEMENTS

La maternité du CH de Châtillon sur Seine

Dans cette maternité, la surveillance de la grossesse est réalisée exclusivement par des médecins gynécologues. Au cours du 9^{ème} mois de grossesse, les femmes sont invitées à venir passer un monitoring auprès des sages-femmes chaque semaine. La préparation à l'accouchement est assurée par des sages-femmes de la maternité.

La durée moyenne de séjour est de 5 à 6 jours. La maternité est décrite par les mères et les auxiliaires puéricultrices comme très familiale. Une fois par semaine, une sage-femme de PMI rend visite aux femmes. Tous les professionnels ont suivi une même formation sur l'allaitement en 2004 qui a fait prendre conscience à l'équipe de l'importance du contact « peau à peau », et de la nécessité de préserver les relations entre la mère et son enfant de façon très précoce après la naissance. Depuis deux ans, une attention à la prévention de la douleur provoquée par les différents tests et examens a amené les professionnels à utiliser systématiquement des anti-douleurs (patchs, « CANADOU », Efferalgan®).

Géographiquement la maternité est au rez de chaussée.

Le **bloc d'accouchement** est composé de 2 salles d'accouchement, 1 salle de réanimation, 1 salle de pré-travail. L'équipement des salles d'accouchement est composé d'une table d'accouchement, d'une chaise pour l'accompagnant, d'un lavabo, d'un appareil radio-CD, d'une couveuse.

L'accouchement se pratique seulement en position allongée ; la plupart du temps ; il est réalisé par un médecin. Si le père est présent, il peut, s'il le souhaite, couper le cordon ombilical. Dans la majorité des cas le bébé est posé sur le ventre de sa mère, selon certaines professionnelles ce geste n'est pas systématique.

À la naissance, les soins sont réalisés dans une salle attenante non séparée par une porte. La mère ne peut voir ce qui s'y passe en revanche elle peut entendre, les professionnels expliquent ce qu'ils font ou répondent aux questions de la mère ou des parents.

Les soins apportés à l'enfant : gouttes dans les yeux, pesée, température. Le premier bain a lieu dans les 2 heures qui suivent la naissance du bébé, les mesures également. L'aspiration n'est pas systématique (seulement si le bébé « ne va pas bien » ou si le liquide amniotique est teinté). Les bébés mis en couveuse sont ceux qui se refroidissent ou qui sont nés par césarienne.

Ces soins sont prodigués à l'enfant en présence du père s'il le souhaite, en même temps que la mère reçoit les derniers gestes liés à l'accouchement. Une fois ces soins terminés, le bébé entouré d'un linge est amené à sa mère avec qui il reste. Les mères qui allaitent sont incitées à mettre leur enfant au sein. Pour les enfants nourris au biberon, le premier est donné dans les deux heures suivant la naissance soit par la mère soit par une auxiliaire puéricultrice.

Dans ce site, certains professionnels affirment qu'à la naissance les tests à la seringue et le test de perméabilité anale sont pratiqués systématiquement tandis que d'autres disent qu'ils ne sont pas faits systématiquement ou encore jamais pratiqués. La glycémie est un test qui n'est pas fait

systématiquement mais en fonction des caractéristiques de l'enfant (faible poids ou au contraire poids élevé).

Les chambres de **suites de couches** sont situées au même niveau que le bloc d'accouchement : 14 chambres disposant de WC et de lavabo. Les douches se situent à l'extérieur des chambres.

La première nuit on suggère aux mères de confier leur enfant en nurserie, mais le choix leur est laissé.

La vitamine K est donnée le lendemain de la naissance. La vitamine D est donnée chaque jour.

Les soins des bébés ont lieu à la nurserie où les baignoires sont données, les bébés changés avec l'aide d'auxiliaires puéricultrices. À leur demande les mères peuvent disposer de changes pour leur enfant pour leur chambre. Les baignoires doivent être données tous les jours à la nurserie entre 6 h et 8h30. Le premier jour c'est l'auxiliaire puéricultrice qui montre à la mère comment faire, les jours suivants les mères peuvent donner le bain elles-mêmes. Les bébés sont pesés chaque jour avant la toilette.

En cas d'alimentation au sein les compléments donnés au biberon sont évités, au cas où un bébé recevrait un complément il est préférentiellement donné à la softcup.

Durant ce séjour, des conseils en terme d'alimentation sont donnés à la mère mais pas de façon systématique par tous. La possibilité de recourir au soutien d'un psychologue n'est pas systématique, aucun psychologue n'est rattaché à la maternité mais les professionnels peuvent en solliciter un de l'hôpital.

Il n'y a pas de réunions d'échanges avec les mères organisées mais elles ont lieu de manière informelle à la nurserie.

La rééducation post-natale n'est pas possible à la maternité de Châtillon.

De l'avis des professionnels, dans cette maternité les **difficultés principales** sont :

- Le manque de protocoles écrits et partagés par toute l'équipe de la maternité. Les professionnels indiquent des protocoles sur la position de coucher des enfants, la mort subite du nourrisson, l'allaitement maternel.
- Des problèmes de sécurité à certaines heures des week-ends (16-17, 19-21 heures) où ne restent pour le bloc d'accouchement **et** pour le service de suites de couches qu'une sage-femme et une auxiliaire puéricultrice.
- Les problèmes de communication entre médecins qui rendent difficiles le travail d'équipe, la mise en place de protocoles, etc.

Les **points forts** sont :

- La taille de la maternité qui lui permet de conserver un caractère et une ambiance familial.
- La possibilité de prendre le temps dans les contacts avec les mamans.

- Une évolution des pratiques suite à une formation « Allaitement » : plus d'aspiration ni de mise en couveuse systématiques, le contact « peau à peau » favorisé avec la mère et le père s'il en a envie.
- Pour les membres de l'équipe, la diversité du travail dans une petite unité (préparation à l'accouchement, accouchements, suites de couches...).

La maternité du CH de Beaune

La philosophie de cette maternité est de considérer que la vie gynécologique des femmes ne se limite pas à la maternité mais s'attache à tous les aspects gynécologiques. Le chef de service s'appuie sur des « niveaux de preuves » pour faire évoluer ses pratiques, il considère avant tout la grossesse comme un phénomène « normal », affirme qu'il ne faut pas être interventionniste, mais être prêt à réagir en cas de problèmes. Il précise qu'autour de la grossesse, ces problèmes surgissent parfois de façon imprévisible.

Il règne une bonne entente entre les 4 médecins qui se réunissent au plus tous les 2 mois pour échanger sur des projets à mettre en œuvre dans le service. Il n'existe pas de réunions pour l'ensemble de l'équipe. Les médecins et les sages-femmes ont de bonnes relations, chaque membre de l'équipe a un rôle propre.

La surveillance de la grossesse est réalisée par des médecins gynécologues, plus rarement par des sages-femmes. La préparation à l'accouchement est assurée par des sages-femmes de la maternité.

La durée moyenne de séjour est de 5 jours pour les femmes primipares, parfois moins longue (4 jours) pour les multipares, l'idée étant qu'il est préférable que les femmes souhaitant allaiter ait leur montée de lait à la maternité afin de pouvoir les accompagner à ce moment.

Géographiquement les lits du service de gynécologie et d'obstétrique sont situés au même étage.

On compte 3 salles d'accouchement, 2 salles de consultation équipées de monitoring, 1 salle d'exams, 1 salle d'échographie. Entre les salles de consultation et la salle d'exams se situe le bureau des sages femmes. La nurserie se situe en face des salles d'accouchement.

Les salles d'accouchement sont très spacieuses, ce qui leur confère un aspect dépouillé. Elles sont carrelées et équipées de tables d'accouchement, d'une chaise pour l'accompagnant et d'un lavabo.

Les accouchements eutociques sont pris en charge par des sages-femmes, les gynécologues n'interviennent qu'en cas de problèmes. La coopération entre médecins et sages-femmes est mentionnée par chacun comme étant excellente. L'accouchement se pratique plus souvent en position allongée mais deux sages-femmes proposent aux femmes la position sur le côté. La présence du père est possible, il peut, s'il le souhaite, couper le cordon ombilical. L'enregistrement sous monitoring a lieu tout au long du travail et de l'accouchement.

À la naissance, les soins au bébé sont réalisés dans une pièce séparée de la salle de naissance. Il ne semble^k pas que la mère puisse voir ce qui se passe.

Les soins apportés au bébé : pesée, température. Le premier bain n'est jamais donné au moment de la naissance, il a lieu dans la chambre de la maman, en présence des deux parents si possible, idem pour les gouttes dans les yeux. La vitamine K est donnée dans les 2 heures de vie de l'enfant, puis 6 heures après.

Le test à la seringue et le test de perméabilité anale sont mentionnés comme n'étant pas systématiques ou jamais pratiqués par les 4 sages-femmes ayant répondu au questionnaire.

L'aspiration n'est pas systématique, elle a lieu seulement si le bébé « a un problème ». Les bébés mis en couveuse sont ceux qui présentent un problème d'oxygène ou se refroidissent.

En termes d'anti-douleur, de l'Effergal[®] est donné aux bébés nés avec l'utilisation de forceps ou de ventouses. Aucun produit n'est utilisé dans ce sens pour les « *petits examens classiques* » comme le dextro par exemple.

Ces soins sont prodigués à l'enfant en présence du père s'il le souhaite, en même temps que la mère reçoit ses derniers soins liés à l'accouchement. Une fois les soins terminés, le bébé est systématiquement amené à sa mère avec qui il reste durant environ deux heures. Les mères qui allaitent sont incitées à mettre leur enfant au sein en salle de naissance, les femmes qui n'allaitent pas sont invitées à faire un don de colostrum. Pour les enfants nourris au biberon, le premier est donné dans les deux heures suivant la naissance soit par la mère soit par une auxiliaire puéricultrice.

Les chambres de **suites de couches** sont situées au même niveau que les salles d'accouchement et que les chambres dédiées à la gynécologie : 11 chambres simples et 6 chambres doubles pour la maternité et 4 chambres doubles pour la gynécologie. Elles disposent d'une salle d'eau et de WC, les bains des enfants sont donnés dans les chambres.

On ne suggère plus aux mères de confier leur enfant en nurserie mais on peut répondre positivement à la demande d'une maman. L'idée étant que les enfants ne doivent pas être séparés de leur mère dans les premiers jours afin d'être rassurés, calmés par la présence de leur mère.

Les premiers jours, l'auxiliaire puéricultrice ou l'aide soignante montre à la mère comment faire les soins à leur enfant. Les professionnels estiment garantir la sécurité des enfants et respecter les façons de faire des mères afin qu'elles prennent confiance en elles. Les bains sont donnés chaque matin, d'abord aux bébés qui doivent être vus par le pédiatre (le 4^{ème} jour du séjour). Les bébés sont pesés après le bain, ils sont mesurés le dernier jour du séjour en suites de couches. Si les pères souhaitent donner un bain, l'équipe essaie de s'adapter aux horaires des pères.

Des discours divergents sur l'allaitement sont mentionnés autant par les professionnels que par les femmes.

^k L'observation sur ce point particulier n'a pas été faite, l'accès au bloc d'accouchement n'ayant pas été possible.

Durant ce séjour, des conseils en terme d'alimentation sont donnés à la mère. Ils sont repris en même temps que l'ordonnance du pédiatre par les auxiliaires puéricultrices le dernier jour du séjour de la mère. Une sage-femme est dédiée à l'écoute des mères, elle se consacre à cette activité et suit les mères en difficulté. Elle rend visite à chacune des femmes dans leur chambre et fait si besoin un suivi à domicile, elle travaille en collaboration avec une conseillère conjugale. En règle générale les professionnels semblent très à l'écoute des mères.

De l'avis des professionnels, dans cette maternité les **difficultés principales** sont :

- La formation est décrite comme importante par le chef de service or d'autres professionnels soulignent leurs difficultés à accéder à des formations de leurs choix ou qui remettent en cause des pratiques ou proposent de nouvelles pratiques.
- Un manque de rencontre et de communication entre les membres de l'équipe du service (gynécologie et obstétrique).
- D'un point de vue organisationnel, l'équipe de sages-femmes et puéricultrices insiste sur le besoin d'un encadrement motivé et motivant afin de générer une réelle dynamique dans le travail.

Les **points forts** mentionnés par les professionnels sont :

- La maternité est de petite taille, ce qui permet aux professionnels de bien entourer les mamans.
- Une bonne entente entre médecins et sages-femmes qui permet à chacun d'exercer un rôle qui lui convient.
- L'écoute des femmes.

La maternité du CH de Semur en Auxois

Dans cette maternité, la surveillance de la grossesse est réalisée par des médecins gynécologues. La préparation à l'accouchement est assurée par des sages-femmes de la maternité, ce sont également elles qui assurent les accouchements eutociques. La maternité a en projet de demander le label « hôpital ami des bébés ». Les professionnels décrivent le souci d'une approche personnalisée des familles et des besoins des femmes, un souci du respect de l'intimité.

La durée moyenne de séjour est de 4 jours ; les professionnels incitent les femmes à rester plus longtemps mais ils précisent qu'elles manifestent le souhait de rejoindre leur domicile rapidement. La maternité est décrite par les mères et les professionnels comme très familiale, les femmes sont écoutées. Les professionnels soulignent l'importance de la relation précoce avec la mère tout de suite après la naissance, la nécessité de permettre un contact « peau à peau ».

Géographiquement le bloc d'accouchement et les chambres sont situées au rez de chaussée.

Le **bloc d'accouchement** est composé de 2 salles d'accouchement, 1 salle de soins pour les bébés, 1 salle de réanimation avec les couveuses, 1 nurserie (pour les baignoires aux bébés et pour accueillir les bébés la nuit), 1 office pour les sages-femmes.

L'équipement des salles d'accouchement est composé d'une table d'accouchement, d'un siège pour l'accompagnant et d'un point d'eau avec plan de travail pour l'examen du placenta notamment.

L'accouchement se pratique en position allongée ou sur le côté mais cela dépend de la sage-femme présente car toutes ne maîtrisent pas les différentes positions. Les sages-femmes se disent concernées par la question de la recherche de la position adaptée à la femme pour son accouchement, elles mènent une réflexion sur « d'autres » façons de mettre au monde un enfant. Les mères sont incitées par exemple à attraper leur bébé au moment de l'accouchement et à le mettre sur elles au moment de la naissance. Si le père est présent, il peut, s'il le souhaite, couper le cordon ombilical, assister au premier bain et plus rarement donner le premier bain (qui a lieu le lendemain de la naissance).

À la naissance, le bébé est entouré d'une serviette chaude, on lui met un bonnet, l'essentiel étant qu'il reste avec sa mère. Les mères qui allaitent sont incitées à mettre leur enfant au sein une heure environ après la naissance. Des antidouleurs sont donnés au bébé notamment en cas d'utilisation de ventouses ou de forceps sous forme d'ampoules de sucre ou de suppositoires antalgiques. Pour les examens et prélèvements pratiqués lors du séjour, l'utilisation d'antidouleurs n'est pas systématique, toutefois le recours à des patches a été mentionné.

Les soins au bébé sont réalisés dans une salle séparée par une porte. La mère ne peut voir ce qui s'y passe ou communiquer avec les professionnels qui s'occupent de l'enfant. Dans les deux heures suivant la naissance les soins réalisés sont : gouttes dans les yeux, vitamine K, température et soins du cordon. L'aspiration n'est pas systématique, mais reste effectuée de façon automatique par des sages-

femmes que ce geste rassure. Les bébés mis en couveuse sont ceux qui se refroidissent ou qui sont nés par césarienne.

Pour les enfants nourris au biberon, le premier est donné dans les deux heures suivant la naissance soit par la mère soit par une auxiliaire puéricultrice ou une aide soignante. Les professionnels proposent aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter de donner le colostrum.

Dans ce site, certains professionnels affirment qu'à la naissance les tests à la seringue et le test de perméabilité anale sont pratiqués systématiquement, tandis que d'autres disent qu'ils ne sont pas faits systématiquement ou encore plus jamais pratiqués. La glycémie est pratiquée de manière systématique deux heures après la naissance. La mise au sein des bébés ne semble pas faite de façon automatique à un moment ou un autre avant ou après les soins, elle est faite semble-t-il en s'adaptant à l'enfant.

Les chambres de **suites de couches** sont situées au même niveau que le bloc d'accouchement : 15 chambres disposant de WC et salle d'eau, équipées d'une table à langer.

La première nuit on suggère systématiquement aux mères de confier leur enfant en nurserie, mais le choix leur est laissé. Les pères qui habitent loin peuvent rester la première nuit, un lit de camp est alors installé mais les chambres ne sont pas équipées pour ça, ils ne peuvent rester au-delà de la première nuit.

La vitamine K est donnée le lendemain de la naissance. Les soins des bébés ont lieu à la nurserie où les bains sont donnés de 6h30 à 10h30 pour qu'ils soient prêts lorsque le pédiatre passe et qu'ils aient été pesés avant. Le premier jour c'est l'auxiliaire puéricultrice qui montre à la mère comment faire, les jours suivants les mères peuvent donner le bain elles-mêmes. Les bébés sont pesés chaque jour avant la toilette. Les bébés sont changés avec l'aide d'auxiliaire puéricultrice. À leur demande les mères peuvent disposer de changes pour leur enfant dans leur chambre.

Durant ce séjour, des conseils en terme d'alimentation sont donnés à la mère ; pour l'allaitement deux réunions hebdomadaires sont organisées à la maternité (mais la régularité semble difficile à maintenir car cela suppose que tous les professionnels soient présents et disponibles). En cas de besoin de complément, ils sont donnés à la tasse ou à l'aide d'une softcup. Le recours au complément est, suivant les professionnels, laissé à l'appréciation des mamans ou discuté avec les professionnels, mais ce sont les mères qui décident.

Chaque semaine, une conseillère conjugale et familiale et une sage-femme de PMI interviennent dans le service. Les puéricultrices de la PMI sont également susceptibles de passer à la maternité. Aucun psychologue n'est rattaché à ce service mais les professionnels peuvent en solliciter un de l'hôpital.

En dehors du thème de l'allaitement, il n'y a pas de réunions d'échanges organisées avec les mères mais elles ont lieu de manière informelle à la nurserie.

La rééducation post-natale n'est pas possible à la maternité de Semur en Auxois.

De l'avis des professionnels, dans cette maternité les **difficultés principales** sont :

- Un sentiment des sages-femmes de non-reconnaissance de leur place et rôle auprès de la mère par les médecins.
- Un manque de protocoles écrits sur les procédures de soins. Certains affirment une absence totale d'utilisation de protocoles internes ou nationaux.
- Les difficultés de communication entre les médecins.
- Une certaine diversité des discours des professionnels (gynécologues, pédiatres, sages-femmes, auxiliaires...) sur tout ce qui concerne les soins au bébé.
- Des demandes de formation non satisfaites.
- La rééducation périnéale n'a pas encore repris faute d'avoir pu remplacer un appareil déficient.

Les **points forts** de cette maternité sont :

- La taille de la maternité qui permet d'accompagner les mamans de façon personnalisée.
- Un soutien important autour de l'allaitement.
- Les moments de rencontre entre les femmes à la nurserie qui rassurent chacune d'elles.

La maternité du CHU de Dijon

Dans cette maternité, la surveillance de la grossesse est réalisée par des médecins gynécologues et par des sages-femmes. La préparation à l'accouchement peut être assurée par une sage-femme de la maternité. Ce sont les sages-femmes qui assurent les accouchements eutociques.

La durée moyenne de séjour est de 3 jours, parfois 4 pour les primipares mais les professionnels sont confrontés à un besoin de lit qui ne permet pas de prolonger les séjours.

Le **bloc d'accouchement** se situe au rez de chaussée de la maternité, à côté du bloc opératoire. Il est composé de 10 salles réparties en 5 salles de pré-travail et 5 salles de travail. En pratique lorsqu'une femme passe du stade de pré-travail à celui de travail, elle ne change pas de salle. Si on se base sur le fonctionnement il s'agit plutôt de 8 salles de travail et de 2 salles de pré-travail. Parmi ces dernières, une est équipée d'une baignoire de relaxation qui sert uniquement au stade de pré-travail. Une salle de réanimation et de soins se situe dans le bloc. Au bloc d'accouchement se situe également un bureau de sages-femmes.

Dans chaque salle de travail, une table permet de donner les premiers soins au bébé (désobstruction rhinopharyngée, tests à la sonde (nasal, anal, pharynx), collyre, soins du cordon). En cas de besoins de soins médicaux complémentaires (besoin d'oxygène par exemple), le bébé est conduit en salle de réanimation. Pour l'accouchement, chaque salle dispose d'une table d'accouchement permettant d'adopter différentes postures (pieds dans les étriers, jambes dans les gouttières, femme installée sur le côté jambes repliées). Un siège est prévu pour le père, un lavabo est à disposition. Les lits installés de façon perpendiculaire aux portes ne sont pas tous protégés des regards extérieurs par un paravent, seuls deux sont dans ce cas, mais le besoin de garantir l'intimité est mentionné et d'autres paravents devraient être acquis. Chaque salle est équipée des appareils de surveillance classique et d'un ordinateur par lequel la sage-femme entre des données administratives relatives à l'accouchement qu'elle vient d'accompagner. Enfin, en cas de péridurale les femmes peuvent accéder à des pompes contenant une dose de péridurale recommandée (PCEA) qu'elles gèrent de manière autonome.

L'accouchement peut être pratiqué dans différentes positions, toutes les sages-femmes ont été formées dans ce sens mais toutes ne pratiquent pas les différentes postures. Certaines sages-femmes souhaiteraient pouvoir proposer aux femmes intéressées le recours à des objets de type ballon ou liane, afin qu'elles puissent trouver des positions soulageantes lors du travail. Toutefois, pour le moment, ce matériel n'est pas disponible.

La présence du père est possible, il est fréquemment impliqué dans les premiers soins, il observe son enfant, lui parle. Certaines sages-femmes semblent proposer certains gestes au père tandis que d'autres estiment que ce n'est pas leur rôle.

À titre indicatif et à partir de l'observation d'une naissance sans complication, on a constaté qu'à sa naissance, le bébé est entouré d'un linge, montré à la maman et emmené vers la table de soins. Là il est pesé, aspiré, des gouttes lui sont mises dans les yeux. Le père est près du bébé et observe. Les soins terminés, le bébé lui est confié. Pendant ce temps des soins sont faits à la mère dont la délivrance n'est pas terminée. Une fois la mère disponible le père lui amène le bébé qui est placé sur elle pour le maintenir au chaud.

Les professionnels mentionnent dans les questionnaires que des antidouleurs sont donnés au bébé notamment en cas d'utilisation de ventouses ou de forceps, et que pour les examens et prélèvements pratiqués lors du séjour, l'utilisation d'antidouleurs est quasi systématique.

Pour les enfants nourris au biberon, le premier est donné dans les deux heures suivant la naissance soit par la mère soit par une auxiliaire puéricultrice ou une aide soignante. Suivant les professionnels il peut être proposé aux femmes ne souhaitant pas allaiter de donner leur colostrum.

Dans ce site, certains professionnels affirment qu'à la naissance le test de perméabilité anale est pratiqué systématiquement tandis que d'autres disent qu'il n'est pas fait systématiquement. Le test à la seringue semble lui, systématique. La glycémie n'est pas pratiquée de manière systématique. La mise au sein des bébés semble plutôt faite après les soins.

Les chambres de **suites de couches** et une nurserie sont situées au 4^{ème} étage. Les 24 chambres particulières ne disposent que d'un bidet et d'un lavabo. Les WC et les douches sont à

l'extérieur. En 2007, suite aux travaux menés à la maternité, les suites de couches compteront 36 chambres équipées de douche et de toilettes.

La première nuit on suggère systématiquement aux mères de confier leur enfant en nurserie, mais le choix leur est laissé. Huit bébés peuvent être accueillis pour la nuit simultanément. Pour les enfants dont les mamans allaitent, ils sont ramenés à leur mère pour la tétée, si les mères sont trop fatiguées on peut leur proposer de donner un biberon. Cette pratique est soumise à la décision de la mère.

Les soins des bébés ont lieu à la nurserie et/ou dans les chambres des mères. Les bains ont lieu le matin. Le premier jour c'est l'auxiliaire puéricultrice qui montre à la mère comment faire, les jours suivants les mères peuvent donner le bain elles-mêmes. Les bébés sont pesés chaque jour au moment de la toilette. Les bébés sont changés avec l'aide d'auxiliaire puéricultrice.

Durant ce séjour court, les thèmes abordés sont très cadrés. Ainsi le premier jour les sages femmes effectuent les gestes de surveillance clinique (température, pouls, pertes, urines, épisiotomie) et évoquent l'existence de l'UDAME. Il s'agit que les femmes soient informées de ce service et de ces prestations et de la possibilité pour elles de bénéficier d'une continuité des soins.

Le deuxième jour, s'ajoute à la surveillance clinique de la femme, une attention à l'allaitement avec une surveillance de l'apparition d'éventuelles crevasses, l'accompagnement pour les femmes qui donnent le biberon et qui doivent maîtriser rapidement ce mode d'alimentation. La contraception est abordée à ce moment-là afin que les femmes y réfléchissent, elle peut être prescrite à la maternité ou bien les femmes sont invitées à retourner auprès de leur médecin qui devra de toute façon effectuer la visite post-natale.

Enfin le dernier jour, la contraception est éventuellement prescrite, la cicatrisation de l'épisiotomie contrôlée. Pour le bébé le test de Gutthrie est pratiqué. Le suivi est un moment important de l'intervention des sages-femmes ce dernier jour du séjour. Il peut être mis en place avec l'UDAME pour les femmes qui remplissent les conditions pour en bénéficier ou bien en lien avec des sages-femmes libérales pour celles qui ne sont pas éligibles à ce dispositif. Les sages-femmes sont également susceptibles d'établir une prescription pour l'intervention d'une aide-ménagère au retour au domicile.

Ce sont les auxiliaires puéricultrices qui sont dédiées à la surveillance du bébé et chargées d'accompagner les mères dans les soins et l'alimentation à l'enfant. Elles doivent normalement assister à une ou plusieurs tétées jusqu'à ce que l'allaitement fonctionne. Vraisemblablement les pratiques sont très « personnes dépendantes » et toutes n'accompagnent pas les femmes de la même façon (notamment dans l'observation complète de tétées).

Le service des suites de couches travaille avec une sage-femme de PMI à qui on signale l'accouchement de femmes connues des services de PMI ou suivies par elle ou présentant des besoins d'aides, elle passe chaque jour dans le service. Un médecin de PMI intervient une fois par semaine. Pour ces professionnels extérieurs, un cahier de liaison consigne des éléments sur les patientes.

En cas de besoin, une psychologue intervenant dans le service gynécologie-obstétrique est susceptible d'aider les mères.

Durant le séjour, il n'y a pas de réunions d'échanges organisées avec les mères.

La rééducation post-natale n'est pas possible à la maternité du CHU de Dijon.

De l'avis des professionnels, dans cette maternité les **difficultés principales** sont :

- Au niveau du bloc d'accouchement un « formatage » à la pathologie qui induit des pratiques de haute surveillance pour tous les accouchements.
- Une « *détérioration de la relation professionnel-patient* » du fait d'un manque de temps des professionnels.
- La durée courte du séjour en suites de couches qui n'est pas adaptée aux besoins d'accompagnement de chacune et rend difficile la réponse à des attentes diverses.

Les **points forts** de cette maternité sont :

- En suites de couches une réflexion sur un accompagnement personnalisé des femmes, adapté aux connaissances, aux besoins et à la situation de chacune (travail sur un cahier des charges définis par les familles).
- Une réflexion sur des moyens de préserver la cohérence des discours des professionnels et de ne pas déstabiliser les femmes.
- La mise en place de l'UDAME qui permet de poursuivre l'accompagnement au-delà du service des suites de couches.
- Les réunions des professionnels aux staff gynécologie et pédiatrie qui assurent un travail d'équipe coordonné.

1.3. POLITIQUES DE FORMATION

Des contraintes de budget et de planning expliquent, du point de vue de cadres et de chefs de service, que des progrès restent à accomplir concernant les politiques de formation du personnel. Les autres professionnels (sages-femmes, puéricultrices...) ressentent parfois une volonté, de la part de médecins, de limiter l'acquisition de nouvelles connaissances. Pour des raisons diverses, ils ont le sentiment que certaines formations « dérangent » (« *il y a des formations qui ne correspondent pas au style de la maison* »), sont parfois qualifiées de futiles (« *massages des bébés* » par exemple), voire douteuses (« *ostéopathie* », « *homéopathie* »...) ou remettent en cause des pratiques jusqu'alors consensuelles (« *depuis la nuit des temps les femmes allaitent donc les formations doivent harmoniser tout ça au lieu de faire du lucratif en changeant d'avis tous les deux ans ! Il y a trop d'avis différents, l'important c'est que le personnel soit bien formé et qu'il y ait une cohérence* »).

Si, pour une part sans doute importante, les raisons limitant l'accès à des formations sont liées à des données objectives (budget, effectifs, planning), d'autres renvoient à des conceptions non partagées de l'approche du soin notamment. La pénurie de professionnels de santé est également mise en cause dans la difficulté à libérer du temps pour cette activité (dans un établissement par exemple il nous a été

dit que l'ensemble des sages-femmes cumulaient au moment de notre étude 900 heures supplémentaires à rattraper¹).

Il semble que les stratégies de formations varient d'un établissement à l'autre. Certains se voient proposer des formations qui ne les intéressent pas et refuser des formations demandées depuis plusieurs années. Des professionnels sont invités à participer à des formations dont le coût n'est pas totalement pris en charge par l'établissement. Par exemple dans un établissement « *Pour les auxiliaires puéricultrices, c'est une journée par an sur le site, une journée à 32 euros* » et cette somme paraît dérisoire lorsqu'on connaît le coût des formations.

Par ailleurs, les professionnels évoquent un certain nombre de difficultés liées soit à des facteurs organisationnels propres à chaque maternité soit plus généralement à l'organisation du système de soin.

1.4. FLUCTUATION DE LA NOTION D'ÉQUIPE ET DES RELATIONS PROFESSIONNELLES

Les sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires puéricultrices ainsi que les aides-soignantes ont, dans l'ensemble, le sentiment d'accomplir, entre elles, un **travail d'équipe** et tiennent à ce mode de fonctionnement qui leur paraît essentiel. Ce sentiment se trouve renforcé lors du service de nuit car l'équipe est plus restreinte et intervient essentiellement pour les soins ou les accouchements. Au bloc d'accouchement, une sage-femme décrit « *La nuit, on assure les urgences, le vrai travail en quelque sorte. Il n'y a pas de soins ni de visites comme en journée, c'est très différent* », « *La nuit, on fait vraiment équipe, ça c'est agréable !* ». En effet, la vie d'un service est très différente de nuit ; le personnel est davantage réduit, et certaines tâches n'interviennent pas (visites du médecin, gestion des commandes, renseignements donnés aux visiteurs, repas...). La concentration des professionnels sur des tâches plus restreintes contribue à renforcer le sentiment d'un travail en équipe puisque tous concourent à un objectif plus ciblé.

La qualité des rapports entre médecins donnant le ton à un service, un site connaît notamment une ambiance de travail satisfaisante de ce point de vue. « *Dans l'ensemble, on a une bonne entente entre nous, c'est une chance ! Le nœud du problème en tant que médecin hospitalier, c'est de travailler avec des praticiens en qui on a confiance et j'ai de la chance parce que c'est mon cas ! Notre petite ville attire des médecins compétents qui veulent une médecine humaine mais compétente aussi. Le pire c'est de ne pas avoir confiance en ses collègues, ça c'est une vraie souffrance...* ». Par conséquent, sur ce site, les rapports entre médecins et sages-femmes semblent plus harmonieux. « *Ici chacun a son rôle, il n'y a pas de friction entre les sages-femmes et les médecins. De la femme de ménage au gynécologue, chacun*

¹ Ces chiffres qui peuvent paraître très importants se retrouvent pourtant dans la plupart des maternités, et sont d'autant plus élevés que le niveau de prise en charge de la maternité est élevé. Ainsi, une étude réalisée auprès de 10 établissements de l'APHP montre par exemple qu'en 2003, la maternité de Port Royal qui a comptabilisé 1 563 accouchements a présenté un déficit de sage-femme de l'ordre de 7,6 ETP. Voir à ce sujet Le rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Tome 3.

respecte l'autre. La personnalité des médecins joue énormément, car dans un service il faut qu'il y ait un esprit d'équipe et c'est à eux de l'instaurer. »

Si le travail d'équipe décrit précédemment (entre sages-femmes, puéricultrices...) existe dans les quatre sites, il n'intègre pas toujours les médecins dans ce qui est entendu comme une équipe. Des divergences entre les médecins peuvent dans certains cas être un élément défavorable à la mise en place du travail d'équipe. Par ailleurs, la petite taille d'une maternité peut laisser croire que des formes de coordination informelle sont suffisantes.

Or – et ce point apparaît à de multiples reprises et sous différentes formes – l'ensemble des personnels considèrent que :

- la définition d'objectifs communs,
- la mise en place de protocoles partagés,
- l'élaboration d'un discours harmonisé (par exemple sur des questions comme l'allaitement)
- l'établissement de procédures et d'une organisation du travail,
- la mise en place de réunions régulières permettant à l'équipe de faire le point sur l'ensemble de ces aspects

sont des éléments cruciaux pour améliorer la qualité des soins et du service apporté aux parents et aux bébés, dans les petites comme dans les grandes maternités. Cette formalisation apporte une sécurité dans le travail : chacun a sa place, connaît ses responsabilités, se sent respecté dans ses compétences et sait comment il peut compter sur les autres. En second lieu, elle permet de surmonter les effets d'une trop grande familiarité et/ou de différences d'appréciation sur différents éléments : par exemple, sur ce qui constitue un suivi de qualité, ou sur le rôle des différents professionnels ou encore sur les relations avec les femmes et les couples. Ce travail de formalisation devrait être une priorité pour les établissements et pour le réseau périnatal de Bourgogne.

1.5. DES DIFFICULTÉS GÉNÉRÉES PAR LE « SYSTÈME »

Des conceptions politiques du système de soins qui évoluent

Tous sites confondus, certains problèmes inhérents avant tout au fonctionnement du système hospitalier et à ses modes d'organisation ont été pointés par les professionnels.

Depuis une dizaine d'années, le paysage des maternités a rapidement évolué et la question de la rentabilité du niveau d'activité avec ses effets tant sur la maîtrise des pratiques que sur des aspects économiques a été posée. Toutefois, cette notion semble difficile à accepter parmi les professionnels qui réagissent : « *On ne veut pas devenir des gestionnaires, une maternité c'est pas une entreprise !* »

Le fait même d'**aborder une maternité** (et plus largement, un hôpital) **sous l'angle du « rendement »** suscite de vives réactions chez les professionnels de la santé. Perçu comme une

atteinte aux notions de « santé publique », de « service public » et « d'accompagnement médical et humain », ce terme choque les professionnels interrogés tant il paraît éloigné de leurs préoccupations. Une sage-femme résume en une phrase son indignation : « *Nous on parle en termes humains là où les dirigeants parlent de rentabilité et de finances, ça ne peut pas correspondre ! Depuis 10 ans on entend qu'on n'a pas fait assez d'accouchements... et alors, la question n'est pas là ! Le plus drôle c'est quand même d'entendre un décideur s'étonner de l'existence d'une sonnette de nuit dans une maternité : ah bon, il y a des entrées la nuit ? Là, on se pose tout de même des questions. !* ». Très souvent exprimé, ce refus d'être assimilé à une « entreprise » traduit la problématique du système médical et l'inquiétude face à son devenir.

Les femmes envisagent différemment ces notions économiques. Si le rendement, la rentabilité des établissements ne font pas partie de leurs préoccupations, la **notion de coût d'une prise en charge** est intégrée dans certains discours. Mme B pense par exemple que l'accouchement par un gynécologue est un acte trop cher et non nécessaire lorsque tout va bien pour la mère et l'enfant « *c'est pour se rassurer mais à la limite il y a d'autres moyens* », elle poursuit en disant qu'à partir du moment où on met les pieds à l'hôpital, « *on vous fait alors le gynécologue, la sage-femme, le monitoring, l'analyse d'urine, l'échographie, donc ça pour le trou de la sécu moi je veux bien mais c'est énorme* ». Les aspects économiques sont plutôt perçus dans un questionnement entre la justification d'une technicité qui entraîne des examens, des compétences nécessaires, l'état de santé de la femme et de l'enfant et le coût pour la collectivité.

Un médecin souligne **les conséquences de la restructuration des établissements** et pose la question des risques encourus par les femmes si les petites structures disparaissent une à une : « *Je suis très pessimiste en ce qui concerne les petites maternités ; si on les ferme petit à petit, on va être obligé de programmer de plus en plus les accouchements. Toutes les femmes qui habitent loin auront le choix entre la programmation ou le risque d'accoucher chez elles ou sur la route...* »

Ainsi, il est clair que ce ne sont pas seulement les souhaits et les attentes des patients qui influencent les pratiques mais également les choix politiques, les restructurations des établissements, leur organisation, les relations internes. On peut donc observer les pratiques, mais elles s'apprécient toujours dans un ensemble structurel qui les influence. On sait par exemple que les taux de césarienne des maternités varient non seulement du fait des médecins, leur âge (plus ils sont jeunes plus ils en pratiquent), de l'équipe (plus elle est complète plus le taux est faible), du nombre de recours à la péridurale (plus ils sont nombreux plus les césariennes le sont aussi), etc. Vouloir faire évoluer des pratiques c'est donc pouvoir faire évoluer tout un ensemble de facteurs qui les dépassent.

Un manque de moyens

Le **manque de temps** à accorder aux femmes est souvent déploré par les professionnels et ce pour deux raisons majeures : la première relève de **paramètres structurels (manque de personnel, de moyens, difficultés d'organisation ...)**, la seconde concerne **le temps de séjour des femmes en maternité**. En effet, la DMS étant parfois de 3 jours, il est difficile pour les professionnels d'avoir le sentiment de s'être suffisamment occupés des femmes, et encore moins de les avoir suivies. « *Le temps de séjour est trop court pour tout mettre en place et comme en plus les plannings ne sont pas adaptés à*

un vrai suivi, il faudrait qu'il y ait un référent (sage-femme ou infirmière puéricultrice), notamment en lactation. Il faudrait adapter davantage les soins et les conseils à chaque femme et qu'il y ait des réunions entre le personnel et les mamans. »

La **sécurité des femmes et des enfants est dépendante de la présence suffisante de personnels**. Or dans un établissement, *« la sécurité est difficile à assurer, en effet ces bébés [confiés en nurserie] peuvent rester seuls 1 à 2 heures. La nuit, lorsque l'auxiliaire descend chercher une femme au bloc d'accouchement, il ne reste à l'étage qu'une sage-femme, qui peut être occupée à l'autre bout du couloir »*. Ainsi la surveillance médicale et la sécurité des personnes sont difficiles, et inquiètent les professionnels dans un contexte où le risque, même minime, est perçu comme inacceptable.

Certains médecins ont également évoqué la **question de la rémunération** au sein du secteur public, rémunération pouvant induire une démotivation. *« Personne ne refuse de faire des efforts mais à condition d'être payé ! Se lever la nuit, avoir des responsabilités et être mal payé, ça suffit ! (pour une césarienne la nuit par exemple, on est payé 36 euros) »*.

Une sage-femme pose ce problème en d'autres termes, à partir de l'exemple des péridurales demandées en pleine nuit : *« Le problème à l'hôpital c'est qu'un anesthésiste n'est pas mieux payé la nuit donc il rechigne à venir poser une péridurale à 3h du matin ; il faut se battre pour arriver à en avoir une ! »*. Il s'agit plutôt de prendre en compte le fait que la rémunération d'un acte dans le secteur hospitalier pourrait conduire à une qualité des soins différente suivant les moments de la journée.

Si l'hôpital offre une sécurité de l'emploi reconnue comme étant non négligeable, des praticiens revendiquent cependant une plus grande reconnaissance de leur travail, de leurs responsabilités et s'inquiètent de l'avenir de leur profession. *« On nous parle de plus en plus de rentabilité, on nous dit que si le service n'est pas rentable, on va le fermer... voilà où on en est dans le service public ! Et il est hors de question d'être payés pareil et de travailler plus ! A l'horizon 2007, il y aura beaucoup de services qui vont fermer leurs portes. Pour moi le métier de gynécologue n'a pas d'avenir, mieux vaut faire dentaire et être bien payé ! (...) De toute façon, aujourd'hui, ils font appel à des médecins étrangers qui sont encore moins bien payés que nous dans leur pays donc nos salaires n'augmenteront pas. Il faudrait que la pénibilité du travail soit reconnue et payée après 15 ans d'études ! »*

Si cette conception des choses n'est pas forcément majoritaire, elle révèle en tous cas les questionnements et les inquiétudes de professionnels vis-à-vis du changement en œuvre tant dans le paysage sanitaire que dans les mentalités et les pratiques des établissements.

Une pression médico-légale fortement ressentie

Au poids induit par l'obligation de gérer une maternité comme une entreprise classique, s'ajoute celui des **contraintes de type administratif** de plus en plus pesantes, notamment à cause de la **pression médico-légale**. *« Le poids de l'administratif nous « bouffe » de plus en plus ; aujourd'hui il faut tout justifier et c'est lourd pour les médecins comme pour les sages-femmes. C'est un problème dans l'hôpital en général, pas seulement en maternité. »* A ce sujet les témoignages sont unanimes ; les professionnels déplorent non seulement la perte de temps mais aussi, et surtout, les effets pervers de

ces nouvelles contraintes. Une sage-femme déclare que « *Le grand changement c'est le médico-légal ! Aujourd'hui il faut ouvrir tous les parapluies, c'est une pression très forte qui grandit depuis 10 ans. Avant il n'y avait pas autant de normes et ça fonctionnait très bien quand même ! Du coup même la patience fait défaut aux médecins... Une naissance est quelque chose de naturel et parfois long mais ils n'ont plus cette patience ; la peur due au médico-légal doit jouer aussi.* »

Une autre sage-femme évoque l'augmentation inévitable du nombre d'exams et de césariennes due à cette pression : « *Chez les médecins, la pression médico-légale a forcément entraîné plus de césariennes et plus d'exams pendant la grossesse ; c'est logique, ils se couvrent... Dans le dernier mois de la grossesse par exemple, les femmes doivent prendre rendez-vous toutes les semaines avec la sage-femme même si tout va bien. C'est exagéré mais ce sont les médecins qui le leur demandent. Il n'y a pas de raison pour qu'elles viennent nous voir toutes les semaines, ça risque même de les faire stresser !* »

À ce sujet, un médecin évoque la position qu'il a adoptée pour se préserver de ces effets pervers : « *La pression médico-légale a évolué aussi, elle est de plus en plus lourde... Je ne vais plus aux réunions avec des avocats, c'est l'horreur quand on sort ! En fait, je fais mon travail du mieux possible et je ne m'occupe pas de tout le reste, sinon on stresse et ça n'avance à rien.* »

Une sage-femme exprime à son tour toute la difficulté de travailler sereinement dans une ambiance aussi stressante pour les professionnels : « *La pression médico-légale rajoute du stress chez les médecins, donc les sages-femmes se couvrent davantage car elles ont peur que les médecins leur tombent dessus..., c'est un engrenage infernal ! On a l'impression de faire les choses pour se protéger soi-même plutôt que de les faire pour la sécurité des patients, ça c'est dommage... Par exemple, pour le monitoring, il faut qu'on ait un tracé sur papier pour se couvrir mais si la patiente veut marcher, c'est elle qui en subit les conséquences. Il va falloir que ça se calme, on n'a pas envie de travailler comme ça...* »

Des fonctionnements divers mal connus des femmes

L'organisation interne des établissements et des filières de soins est relativement opaque pour les femmes. Par exemple pour le suivi de leur grossesse à l'hôpital, elles ne savent pas dire quelles sont les possibilités de suivi, elles peuvent juste présenter celles qu'elles ont empruntées pour leur propre grossesse. Certaines diront qu'elles ont tout de suite été suivies dans l'établissement parce qu'il faut le faire tout de suite, d'autres qu'elles sont allées faire la dernière consultation dans l'établissement parce que c'est obligatoire. Finalement si les femmes savent qu'il faut faire suivre une grossesse médicalement, aucune ne sait à quel moment par exemple, il convient que le suivi soit réalisé par les professionnels de l'établissement dans lequel elles ont projeté leur accouchement, ni si elles peuvent faire suivre leur grossesse par une sage-femme ou un gynécologue lorsque les deux sont proposés et possibles. « *Il y a une non-reconnaissance du métier de sage-femme par le corps médical : les gens ne savent pas qu'on peut suivre la grossesse et les gynécologues ne le disent pas, évidemment ! (en Hollande, quand tout se passe bien, les femmes sont suivies par des sages-femmes et il ne leur viendrait pas à l'idée d'aller voir un gynécologue)* ».

Généralement, c'est leur médecin généraliste, ou leur gynécologue habituel, qui détermine les étapes du suivi de la grossesse, comme il influence également sur le lieu d'accouchement. En conseillant

l'une ou l'autre filière, le médecin (généraliste ou spécialiste) prenant en charge les aspects gynécologiques antérieurs à la grossesse, est le premier maillon de ce « parcours de grossesse ». *« Au début j'étais un peu perdue, je me rendais pas tellement compte de tout ce qu'il y avait à faire ; on nous explique pas grand-chose en fait. Après mon médecin m'a donné un peu mon planning, ça allait mieux. La grossesse passe mais on nage un peu dans le brouillard ! Finalement, on n'a qu'à se soumettre aux examens, on n'a qu'à se laisser guider jusqu'à la naissance. »*

Les filières de suivi de grossesse sont donc diversifiées mais rarement constituées sur la base d'un choix éclairé parmi plusieurs possibilités présentées comme telles. Le parcours est également marqué par l'expérience, celle de la femme (nombre de grossesse(s) antérieure(s)) et celle de son entourage. On a rencontré par exemple une femme habitant Liernais qui a commencé un suivi de grossesse à Beaune (plus de 110 km aller-retour) avec un gynécologue qu'elle consultait avant la grossesse et avant d'habiter Liernais, sans que le médecin ne l'oriente vers un de ses confrères plus proche. À 5 mois de grossesse, cette personne a décidé de changer pour se rapprocher de chez elle et a finalement accouché à Semur.

Les disparités et les difficultés d'organisation interne des établissements sont quelque chose d'impalpable pour les femmes qui les traduisent en termes de points positifs pour leur prise en charge ou au contraire de points négatifs.

Par exemple, lorsque des dysfonctionnements existent, les femmes ne les perçoivent pas nécessairement. Elles font de toute façon confiance aux professionnels qui veillent sur elles et leur bébé, et formulent peu de critique à leur endroit. En fait, ce qu'elles mettent parfois en cause, c'est « le système » (sorte d'entité abstraite qui les dépasse et qui, d'après elles, doit aussi dépasser le personnel soignant) mais rarement les professionnels eux-mêmes. Tout se passe comme si personne n'était réellement responsable des désagréments qu'elles ont connus, hormis dans certains cas où une personne liée à un événement particulier leur a laissé un mauvais souvenir. De plus, la majorité des femmes se laissent porter par la confiance qu'elles mettent dans les professionnels et n'osent guère poser de questions ni manifester leur désaccord face à certains fonctionnements. Lorsqu'il s'agit de primipares, le manque d'expérience autour de la maternité ne leur permet pas de prendre un recul suffisant, pour toutes les femmes, les relations spécifiques qu'elles entretiennent avec les professionnels de santé les placent dans un rapport de soumission à une autorité fondée sur le savoir. Dans ce qui influence les réponses proposées aux femmes, les soins, l'attention des professionnels à certains aspects plutôt qu'à d'autres coexistent les apports de leur formation, leur représentation de leurs rôles et de leur place au sein de l'équipe, leur représentation de la naissance, leur sensibilité et leur point de vue sur la gestion des risques, etc.

2. REPRÉSENTATION DES MATERNITÉS, DES PROFESSIONNELS ET DE LEURS RÔLES

Maternité d'un côté, gynécologie de l'autre

En premier lieu, l'image évoquée par les maternités, tant dans l'esprit des décideurs que dans celui des usagers, renvoie avant tout à la naissance, aux soins à la mère et à l'enfant, bien moins aux actes de gynécologie pure ou à l'IVG. On remarque en effet que ces aspects de leurs activités sont le plus souvent occultés. Pourtant « *La vie gynécologique d'une femme ne se limite pas à la maternité ! Même les tutelles ne parlent des maternités qu'en terme de nombre d'accouchements alors qu'il y a 50% d'obstétrique (y compris les suivis de grossesses, les amniocentèses et les IVG) et 50% de gynécologie.* »

Le terme « maternité » renvoie à la fois à un état physiologique, psychologique et à un lieu où les femmes accouchent, donnent naissance, alors que « gynécologie » renvoie davantage au pathologique, à l'IVG, et en aucun cas à un lieu. « *La maternité est un service un peu à part, car ce n'est pas quelque chose de pathologique. Du coup c'est différent de la gynécologie, et pourtant c'est un seul et même service, donc ça pose des problèmes, forcément. Les auxiliaires puéricultrices veulent travailler avec les bébés, pas en soins palliatifs en gynécologie, c'est normal.* ».

Cette dissociation entre maternité et gynécologie est lourde de sens, le débat sur la surmédicalisation de la grossesse et la création, par exemple, de « maisons de naissance » en témoignent.

Malgré des représentations distinctes et où la pathologie n'a pas la même importance dans les deux volets de la maternité, certains professionnels, se disent « *formatés pathologie* ». Certes, les établissements et les professionnels sont différemment exposés à la gestion de grossesses pathologiques en fonction de leur niveau de prise en charge, mais de façon surprenante, lorsqu'on leur demande leur perception du poids des grossesses pathologiques parmi celles qui se déroulent sans complications, personne ne sait répondre. On est là dans un fonctionnement où de toute façon la pathologie, le problème peut survenir même si les risques sont faibles. Et lorsqu'il survient, chacun peut se féliciter d'avoir paré aux risques.

Des professionnels dans la gestion du risque

Sur la question du risque, le rapport Bréart, Puech, Rozé⁹ indiquait en introduction que « *les données disponibles laissent penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque, et moins (et mieux) dans les situations à faible risque* ». Ce constat est assez proche du ressenti de certaines femmes qui jugent parfois excessif les examens dont elles ont fait l'objet, les informations que les professionnels insistent pour leur apporter.

Mme B a sur ce point un avis et une expérience intéressants :

Ayant présenté un diabète gestationnel, on lui recommande de faire différents examens très réguliers et des consultations spécialisées : consulter un nutritionniste, un diabétologue, se piquer pour évaluer son diabète, suivre un régime alimentaire en vue de limiter la prise de poids. Toutefois elle indique « *résultat avec leur régime alimentaire pour le diabète j'ai pris plus de poids que pour les deux premiers mais bon ils ont peur parce qu'il y a visiblement des souffrances fœtales. Mais ce que je ne comprends pas c'est qu'ils voient que tout va bien, ils le disent et bon une femme qui fait du diabète gestationnel, les 3/4 du temps, c'est pas forcément du diabète, il n'y a pas d'incidence sur le bébé c'est une intolérance, on est gavé d'hormones et donc le système marche mal, le pancréas a du mal et donc en fait c'est une difficulté à assimiler les sucres. Bon à partir du moment où on fait le régime, où on mange pas de sucre du tout et où on fait attention, à la limite, une échographie par semaine ou je sais pas moi, je veux bien mais là c'est des normes sans tenir compte que malgré tout, dans le diabète ou dans l'intolérance au sucre, il y a des choses qui fonctionnent bien, et on peut s'en rendre compte parce que j'avais un taux supérieur au premier examen mais pas au deuxième, j'étais limite donc c'était pas excessif* ». À chacune de ses visites qu'elle négocie avec son médecin à un rythme d'une fois par semaine tout va bien. De cette négociation elle dit de son médecin « *elle a accepté le fait que j'aie moins souvent faire les examens oui et puis elle a pris le temps, elle m'a expliqué c'était plus la règle systématique* ».

Plus loin dans son témoignage Mme B évoque le rapport au risque des professionnels et la façon dont ces risques ne sont plus gérés par personne, peut-être à part par la justice.

« *Systématiquement on vous fait signer des décharges. Mais bon je comprends en même temps, c'est vrai qu'on est dans une telle société judiciarisée, où tout le monde porte plainte dès qu'il se passe quelque chose, on n'a plus droit à l'erreur. Mais c'est un cercle vicieux je sais pas comment on va en sortir parce que le trou continue, les plaintes continuent, c'est une société qui se base de plus en plus sur la suspicion permanente, tant qu'il n'y aura pas une confiance dans les capacités et le droit à l'erreur je veux dire si on se prend de plus en plus pour des dieux et qu'on oublie qu'on est des hommes et que les hommes ben il y a des métiers où ça se voit plus ou moins mais je veux dire c'est injuste d'exiger d'être humains comme nous, sous prétexte qu'ils sont à des postes où il y a la vie, la santé et quoi que ce soit, d'être 100% réussite, alors que nous, au quotidien, dans notre boulot on perd un papier mais on le récupère ou j'en sais rien... c'est vrai qu'il y a un dérapage, ça pourra pas durer, c'est étonnant mais bon.*

On signe des papiers pour la péridurale bon moi j'ai toujours refusé. Mais quand on lit le papier on n'a pas envie d'en faire c'est effrayant. Et elle l'a reconnu, on en a discuté elle disait elle-même qu'il y a une angoisse terrible, une angoisse des patients et une angoisse des médecins, et que au lieu d'avoir ce rôle d'être professionnel et de dire « *ne vous inquiétez pas on prend votre peur et de toute façon vous êtes entre nos mains, de toute façon le professionnel c'est moi, et donc, dégagez vous de vos soucis, laissez vous aller et je m'occupe de tout* », ... Bon et ben là ils nous renvoient toute notre angoisse plus la leur, et on signe des tas de papiers avec des tas de choses et c'est épouvantable parce qu'on n'a plus d'endroit où dire bon à part le psy, mais il y a certain cas où c'est excessif. Bon autant quand c'est des angoisses personnelles, bon on peut autant quand c'est des choses parce qu'on ne connaît pas et qu'à la limite il vaut mieux ne pas savoir, mais dire « *vous me faites confiance ou vous me faites pas confiance* ». Et ça bon, elle a été super parce qu'un jour elle me l'a dit. On avait déjà bien discuté de **ce problème de décharge, enfin de surcharge sur le patient**, de trop d'angoisse, d'en savoir trop, et après ça tourne et elle m'avait dit « *mais*

faites moi confiance, vous voyez bien ce que je fais, je prends en charge » et effectivement je lui ai fait confiance, là c'était une relation humaine où il y a eu vraiment un dialogue et elle a compris qu'il y avait des angoisses, que j'avais pas envie de savoir, forcément que c'était elle le médecin pas moi, que c'était elle qui gérait et que de toute façon quoi qu'il arrive je ne dirais rien, je veux dire elle faisait le mieux qu'elle pensait. »

Mme B illustre cette volonté des professionnels de dire le maximum au patient, sans doute en pensant rassurer, l'associer, l'informer par son accouchement par césarienne. Elle en retire un souvenir pour le moins mitigé :

« Parce que faut voir ; la césarienne, c'est épouvantable, on vous installe, il y a la piqûre, et puis on vous dit tout, on dit tout ! on vous dit : là je pique, là je fais ça, là je coupe, là je recouds. Oh mais moi j'ai dit : je veux rien savoir et il y en a une derrière qui essayait de me dire mais pire alors. Donc là moi je les ai embêtés, je leur ai dit « écoutez vous demandez à la prochaine si elle veut bien, mais moi je ne veux rien entendre ». J'ai dit : « là c'est moi qu'on est en train de charcuter, vous êtes bien gentille mais j'ai pas envie de savoir ce que vous êtes en train de me faire ».

Mme B conclut :

« En ce moment il y a des excès, du fait d'angoisses trop fortes et de ce système anglo-saxon où on porte plainte facilement, où il faut zéro défaut, où il n'y a plus droit à l'erreur humaine, ça c'est intolérable ».

L'accouchement et les premières heures de vie sont perçus comme un évènement à la fois naturel et risqué qui nécessitent que chacun occupe une place précisée, avec une mission définie, des rôles déterminés.

Certains rôles de professionnels à faire évoluer

Les rôles des professionnels sont déterminés par la formation initiale et continue, les organisations des établissements, les relations interindividuelles entre les professionnels ainsi que la représentation que chaque ensemble de professionnels (les sages-femmes ou les auxiliaires puéricultrices par exemple) et chaque individu se font de leur mission.

De leur côté, les femmes attendent des professionnels que ceux-ci présentent certaines caractéristiques (par exemple un bon niveau de compétence technique) et attitudes (une écoute attentive, une prise en compte de leurs souhaits, etc.). Ainsi, les rôles des professionnels vont se construire en intégrant ces différents aspects.

Dans les établissements hospitaliers, les rôles des professionnels des maternités sont généralement organisés autour de la pathologie : certains la détectent, d'autres interviennent uniquement en cas de pathologie, enfin des professionnels se chargent seulement des soins.

Les sages-femmes par exemple sont missionnées pour s'occuper des femmes ne présentant pas de difficultés et pour détecter toutes anomalies. Dans ce cas, elles sollicitent les médecins. *« Ici les gynécologues n'interviennent pas quand tout se déroule normalement, ce sont les sages-femmes qui font le travail. C'est une question de confiance, ça marche comme ça ! Il y a vraiment une excellente coopération entre médecins et sages-femmes, chacun a sa place. (...) Pour moi une grossesse est quelque chose de normal, il ne faut pas être interventionniste mais on doit être là si ça se passe mal. Il faut être capable de prendre des décisions par rapport aux risques, ça c'est l'essentiel. »*

Toutefois, ce partage des tâches entre les uns et les autres ne semble pas si clair puisque ailleurs, d'autres sages-femmes le revendiquent.

- Un **positionnement sur ce qui est la physiologie** : *« Je me dis que vu que le nombre de gynécologues diminue, les sages-femmes vont peut-être pouvoir reprendre leur place et s'occuper des grossesses physiologiques ; aux gynécologues de s'occuper des grossesses pathologiques. »*

Les sages-femmes soulignent :

- **Un souci de la continuité et de la qualité de la relation** avec les femmes à partir de l'accueil d'une femme en travail, en passant par l'accouchement, puis le soutien en suites de couches.

Certaines évoquent cette nouvelle possibilité pour les sages-femmes d'intervenir bien en amont de l'accouchement, notamment par l'intermédiaire de l'entretien du quatrième mois. Lorsque les sages-femmes sont dans des établissements où il ne leur est pas possible de participer au suivi des grossesses, voire aux accouchements, elles se sentent « amputées » d'une partie de leurs possibilités d'action, et pour elles, l'enjeu est de « *réhabiliter le métier de sage-femme* ». La plupart exprime une volonté d'évoluer dans leur pratique et d'être au plus proche des besoins des parents.

« Dans le service, toutes les sages-femmes voudraient organiser des réunions avec les mamans pendant le séjour à la maternité, pour pouvoir aborder les questions qui les intéressent ».

- Le **partage des émotions** :

« Mon plus grand plaisir, c'est de faire un accouchement. Il n'y a rien de plus frustrant pour une sage-femme que de ne pas faire l'accouchement d'une femme qu'on suit depuis des heures ; c'est le cas en clinique puisque les gynécologues ont leur clientèle. »

« Je préfère faire moins d'accouchements et qu'il y ait une qualité relationnelle, c'est très clair pour moi ! »

« Ce n'est pas l'habitude qui fait qu'on est émue ou pas, c'est la relation qu'on a avec les parents. Malheureusement, il y a aussi les souvenirs douloureux (...), et là, c'est très dur... On fait ce qu'on peut, on se doit d'aider les parents au maximum dans ces cas-là, même si nous aussi on trinque. »

- La **volonté d'une approche globale de la femme** : *« L'accompagnement est quelque chose de global, c'est hyper important qu'il y ait une réciprocité entre les mamans et nous. On ne veut pas être des « techniciennes de la naissance » dans des usines à bébés ! »*

Les sages-femmes évoquent essentiellement leur rôle auprès des femmes, peu celui qu'elles ont également lors des premiers soins au bébé notamment. Suivant les maternités, les pratiques sont très variables sur ce point, et il n'est pas rare que les soins soient totalement confiés aux infirmières puéricultrices. Toutefois, ce n'est pas la règle et des puéricultrices plus anciennes ont vu leurs pratiques se modifier, et pour certaines cela est vécu comme une perte car les différents prélèvements par exemple sont censés être pratiqués par la sage-femme, alors qu'elles se sentent encore tout à fait capables de les réaliser.

On peut penser qu'une certaine confusion existe dans ce qui incombe à la sage-femme et aux professionnels de la puériculture autour des soins aux bébés au moment de la naissance, pourtant les statuts diffèrent. Cette remarque d'une sage-femme témoigne assez bien des différences qui existent notamment dans les rapports d'influence que les unes et les autres peuvent avoir auprès des médecins.

« Les puéricultrices devraient s'imposer davantage auprès des médecins, elles en ont les capacités mais elles n'osent pas ! Moi je refuse de mettre un bébé en couveuse pour rien, la meilleure couveuse c'est la maman. »

Comme les sages-femmes, les professionnels de la puériculture, infirmières ou auxiliaires abordent également dans leur activité la **relation avec les parents**, le **partage des émotions** autour d'un accouchement qui se déroule bien ou mal. Elles semblent attentives aux émotions des mères et des pères, et apprécient du fait de leur sensibilité, le souhait des parents de participer aux premiers soins. *Quand je sens que le père aurait envie de faire du peau à peau avec son bébé, je lui propose aussi. Le dernier (il y a deux heures !) m'a dit : « J'attendais ça depuis 9 mois ! » ; c'est beau ces moments-là... »*

En salle d'accouchement, elles s'effacent pour ce qui concerne l'accouchement, qui est totalement du domaine de la sage-femme. Leur rôle est de soutenir le lien mère/enfant, de veiller à la sécurité de ce couple et de soutenir la mère dans ses premiers gestes de maternage. Elles sont particulièrement occupées par ce qui concerne l'alimentation des enfants et l'allaitement des bébés, c'est par elles que la majorité des informations sur ce sujet sont délivrés.

Ces professionnels sont plutôt dans une approche individuelle des couples, des bébés. À plusieurs reprises, des **infirmières puéricultrices** notent le fait que souvent elles « *passent derrière le pédiatre* », soit pour reprendre des informations délivrées par lui et mal comprises par les mères, soit pour corriger, compenser, des maladresses relationnelles dans le but de rassurer.

Les **aides soignantes** participent à l'activité des services de suites de couches des maternités. Elles essaient d'apporter aux femmes une écoute et le cas échéant de communiquer leur ressenti aux autres professionnels, lorsqu'elles détectent des besoins particuliers.

Plusieurs professionnels ont insisté sur le besoin d'un **plus grand respect du rôle de chacun**. Une infirmière puéricultrice déplore par exemple que certains pédiatres et sages-femmes impressionnent les puéricultrices, donc que celles-ci n'osent pas s'imposer. *« C'est dommage car c'est intéressant de donner son point de vue, sinon on n'avance pas. Du coup, je n'ai pas toujours la sensation qu'on fait un*

vrai travail d'équipe, avec certaines collègues oui, mais pas avec d'autres. » Elle aborde également la question des fonctions rattachées à chaque poste ainsi que la spécificité de la formation qu'elle souhaiterait voir préserver : « *Et puis il y a aussi un problème de profil de poste ; j'estime que ce n'est pas à la puéricultrice de passer la serpillière quand il y a trop de travail, j'ai d'autres priorités ! Quand il le faut je remplace aussi en gynécologie et en pédiatrie, mais cette polyvalence est pénible à gérer, ce n'est pas du tout le même travail.* »

Le témoignage d'une auxiliaire puéricultrice corrobore le précédent point de vue du choix délibéré de travailler auprès des bébés mais expose également des inquiétudes concernant la fragilité du statut d'auxiliaire puéricultrice. « *Ils préfèrent de plus en plus embaucher des aides-soignantes plutôt que des auxiliaires puéricultrices qui ne peuvent travailler qu'avec des bébés donc en maternité et en pédiatrie mais pas en gynécologie. Nous on n'a pas choisi « puériculture » pour faire des soins palliatifs en gynécologie, désolée... Petit à petit, ils vont éliminer toutes les auxiliaires puéricultrices !* »

Au-delà du respect des rôles de chacun, il s'agit également de tenir compte des pratiques, des contraintes et de la pénibilité de chaque postes.

Une sage-femme estime que l'on ne respecte pas leur travail et illustre son sentiment par un exemple « pratique » chargé de sens à ses yeux : « *Pour la réorganisation du bureau des sages-femmes, on n'a pas été consultées. Si on nous respectait, on aurait organisé le bureau autrement, de façon accueillante. Là les tables sont positionnées de telle façon que les professionnels tournent le dos aux personnes qui entrent dans le bureau, les sièges à roulettes en skaï sont déjà abîmés au bout de 6 mois et les dossiers s'arrêtent au milieu du dos, alors que des gardes de 12h, notamment la nuit, sont quand mêmes difficiles.* » Si le respect et la reconnaissance d'une fonction professionnelle en tant que telle sont essentiels, ils s'expriment également au travers de l'organisation de l'environnement matériel, contribuant à la qualité de l'accueil des personnes et au confort des sages-femmes.

CONCLUSION : AMÉLIORER LES CONDITIONS DE LA NAISSANCE ET ACCOMPAGNER LES FAMILLES

Cette étude a montré que les **pratiques professionnelles n'étaient pas harmonisées entre les sites** mais que dans chaque établissement, des réflexions étaient menées sur les conditions de naissance et les suites de couches. On constate que **les professionnels sont de plus en plus sensibilisés à la relation précoce entre la mère et son enfant** mais que dans les services de suites de couches, les témoignages des mères indiquent dans certains établissements des attitudes autoritaires, infantilissantes et fragilisant les mères.

Les témoignages des femmes ont montré le **rôle primordial du premier interlocuteur** dans le suivi de leur grossesse et la compréhension des étapes de ce suivi. Toutefois, alors que la Haute autorité de santé^m recommande que les trois dernières visites aient lieu dans l'établissement que la femme a choisi pour accoucher, les expériences montrent que cette préconisation n'est pas toujours suivie et que **l'orientation des femmes vers les établissements est très dépendante du professionnel qui réalise le suivi**. Par ailleurs, les femmes sont suivies pour leur grossesse dans la maternité où elles accouchent, dans une grande majorité des cas, par un médecin gynécologue.

En amont de la naissance, les **préparations à l'accouchement ne semblent pas systématiquement proposées aux femmes**. Leur accès est inégal autant du fait de l'éloignement géographique, que des déficits d'information de la part des professionnels, ou de difficultés pour les mères de familles les plus nombreuses à libérer du temps pour s'y consacrer.

Lorsqu'on les interroge sur leur parcours, de la grossesse à la naissance, sur leur choix, les femmes semblent s'être laissées porter par les recommandations des professionnels intervenues le plus longtemps dans leur suivi **sans avoir connaissance de ce qui existe de différent par rapport à leur expérience, sans faire part de choix parmi différentes possibilités**. Elles disent **s'en remettre en toute confiance aux professionnels de la naissance**. C'est comme si durant cette expérience, les femmes se laissaient totalement guider dans la plupart de leurs choix. Ce constat a déjà été étudié de façon plus spécifique à l'occasion d'une étude réalisée par le groupe Image¹⁰ qui concluait à une « *relative indétermination des femmes, et avant tout des primipares, quant à la qualification a priori de ce qu'elles recherchent* ».

Rares sont les témoignages dans lesquels le suivi de la grossesse a fait l'objet d'une réflexion, l'établissement et sa maternité ont été le fruit d'un choix éclairé, l'accouchement et la naissance ont donné lieu à des recherches d'informations, d'échanges sur des méthodes. Souvent, c'est la **proximité géographique** qui a largement pesé dans le choix de la maternité où s'est déroulé l'accouchement.

^m Op. cit. (5)

De la même manière que pour les conditions de naissance, **les femmes n'ont pas d'idées, de souhaits sur les soins prodigués à leur enfant** au moment de la naissance. Elles ne souhaitent d'ailleurs souvent pas voir ces soins ou les réaliser, pour se préserver du caractère agressif qu'elles y trouvent et qu'elles mentionnent (soulignant que ces soins provoquent des pleurs du bébé). Mais pour elles, ces soins sont un passage obligé auquel elles consentent eu égard, toujours, à la confiance qu'elles portent aux professionnels. Elles ne savent pas précisément ce qui est fait à l'enfant, mais l'essentiel pour elles est que ces soins les rassurent sur l'état de santé de leur bébé.

Elles n'ont pas de souhait très précis sur leurs besoins durant le temps des suites de couches. Ce temps est celui de la recherche d'un équilibre, et ce qu'elles expriment de façon plutôt diffuse est presque un unique besoin d'être accompagnée par des professionnels empathiques, soutenant, attentifs aux besoins des mères, ils doivent « proposer et non pas imposer » (Mme H), les femmes ont surtout « besoin de savoir qu'ils sont là au cas où », et « d'être rassurées » (Mme V). De retour à la maison, elles ont souvent éprouvé le sentiment qu'elles n'y arriveront pas, elles se posent des questions, doutent de ce qu'elles font et se sentent seules. Pour celles qui ont bénéficié d'une visite de sages-femmes, elles ont beaucoup apprécié ce soutien et la continuité procurée après la prise en charge en maternité. On peut regretter que les femmes ne soient pas plus informées des services et professionnels qui peuvent leur apporter aide et soutien.

Seule **l'alimentation** du bébé est un domaine pour lequel les femmes font des choix et se mettent dans une démarche active où elles sollicitent informations et contacts. C'est aussi le point sur lequel les professionnels, dans la majorité des cas, invitent les femmes à se prononcer, en les influençant plus ou moins dans un sens ou dans l'autre d'ailleurs. Sur ce point, les femmes souhaitent un soutien plus cohérent de la part des professionnels ainsi que le respect de l'intimité des femmes (certaines ne souhaitent pas allaiter en présence d'un tiers, familial ou non).

Aider à la naissance est le rôle que les professionnels se reconnaissent dans les lieux d'accouchement. Cette aide est-elle optimale partout est une question sous-jacente à cet état des lieux. Les témoignages des uns et des autres, professionnels et usagers, montrent que des pratiques et expériences se passent plus ou moins bien. Pourtant les professionnels pensent faire pour le mieux, et les mères sont pour la plupart dans un rapport de confiance avec les professionnels.

Cette question, bien faire ou mal faire, renvoie à d'autres dimensions. La première est la question des **facteurs qui permettent de bien vivre ou mal vivre un événement** en dépit de difficultés objectives. La deuxième est la question des **repères utilisés pour apprécier** ce qui est bien ou mal, normal ou non, possible ou pas, acceptable ou non. Celle-ci est semble-t-il la plus difficile car l'appréciation des uns, professionnels, ne repose pas nécessairement sur les mêmes critères, repères, que l'appréciation des autres, les usagers. Si cette recherche ne peut se faire que dans une approche relationnelle individuelle entre un professionnel et une femme, elle nécessite que tous fassent preuve d'une certaine ouverture. **Être informé** est un préalable incontournable : savoir ce qui se passe, connaître les modalités de réponses proposées par une structure avant de se retrouver au cœur de la situation. À ce sujet, il ne semble guère admissible aujourd'hui que des femmes n'aient pas une information claire sur le montant des frais occasionnés par leur accouchement et leur séjour en suites de couches ni sur le coût de la péridurale. **Mais à qui revient la charge de cette information ?** Le fait que les femmes n'aient pas une vue d'ensemble de leur parcours, qu'elles se laissent autant porter par

les professionnels et indiquent que les choses leur paraissent parfois confuses sur ce qu'il faut faire, montre que les professionnels qui, eux connaissent bien les parcours, omettent parfois de les présenter aux femmes, concentrant leur intervention sur la grossesse. Il faut que quelqu'un se sente responsable de cette diffusion d'information. Or il ne s'agit pas de donner la même information à tous, car toutes les familles n'ont pas les mêmes besoins. Après avoir évalué les besoins et les attentes des couples, des femmes, il s'agit de leur fournir les informations manquantes, **d'adapter la démarche à chaque individu** dans une relation personnalisée et non systématique.

Le témoignage de Mme B éclaire bien la question de l'angoisse et de son lien avec des procédures des prescriptions médicales et une sur-information génératrices d'angoisses. À différentes reprises, cette personne évoque le consentement éclairé, la nécessité d'informer, mais aussi de dire au-delà même de ce que le patient peut entendre, dans le souci d'abord de se préserver d'un procès puis dans la recherche impossible de la maîtrise totale des événements. À son avis « *on vous matraque d'information pour se protéger de tout, il n'y a plus d'humanité* ». C'est ainsi que Mme B vit les prescriptions multiples qui lui sont faites (pour le suivi de son diabète), qu'elle refuse de lire l'ensemble des documents qu'on lui propose sur lesquels sont indiqués toutes les informations et notamment des listes de risque, d'effets secondaires, qu'elle demande aux professionnels de ne pas commenter l'ensemble de leurs actes durant la césarienne.

Il faut donc se poser une question : l'information jusqu'ou ? Jusqu'à « se couvrir » en cas de procès ou bien, en fonction du patient, de sa demande, de sa capacité à assimiler, à utiliser et à gérer ses informations ?

Une information adéquate **n'est pas une information autoritaire**, qui d'ailleurs n'a pas réellement de place dans une relation de soins. La difficulté pour adopter ou trouver le bon dosage dans l'attitude et dans le contenu des informations à donner aux femmes dans le champ de la naissance, tient au fait que les femmes ne sont pas des patientes à proprement parler, qu'elles vivent cette expérience avec leurs compétences qu'il convient de valoriser, et qu'elles doivent pouvoir se faire confiance dans leur relation avec leur enfant. Les soignants au sens large ne sont donc pas seulement présents pour les soins, pour apporter des notions techniques mais aussi pour aider les femmes dans leur relation à leur enfant.

Un cadre signale que « *souvent, les mères se plaignent de l'incohérence des messages délivrés par les professionnels, et cette propension est renforcée par le fait que les professionnels parlant par exemple de l'allaitement, demandent à la mère comment elle pratique ; généralement la mère fait comme son précédent interlocuteur lui a indiqué, et le nouveau professionnel lui dit que ce n'est pas comme ça qu'il faut faire, mais à sa façon à lui. Ce type de discours a plusieurs conséquences : d'abord il mélange les repères délivrés par chacun des professionnels à la mère, ensuite il discrédite les professionnels entre eux et la maman ne sait pas à qui il faut faire confiance, enfin, il ne permet pas à la maman de trouver sa solution.* »

En l'état, « *le plus grave inconvénient de ce modèle de soins, qui découle de tous les autres, c'est bien sûr d'induire peur, incohérence des gestes, obsessions, sentiment d'incompétence. Le métier de maman n'est pas celui de puéricultrice de néonatalogie* »ⁿ.

Comme on l'a déjà souligné dans le rapport, le travail à réaliser sur la question des informations n'est pas tant sur le contenu que sur la forme. Il s'agit d'améliorer surtout la **cohérence interne** (les collègues sont d'accord entre eux, ils ne se discréditent pas) et celle que les soignants peuvent apporter à la mère (elle ne fait pas « mal », elle expérimente et trouve sa solution).

Parallèlement à l'information se pose la **question des repères**. Sur ce point, la douleur semble un bon exemple. Comment répondre aux femmes sans savoir et prendre en compte au préalable ce que signifie la douleur, ce qu'évoque l'accouchement dans leur histoire. Certaines femmes disent qu'elles ont eu mal, très mal, et qu'elles sont heureuses d'avoir surmonté cette douleur. Ce qui leur importe alors c'est d'avoir été capable de mettre au monde leur enfant, sans recours à une « aide chimique ». D'autres ont eu très mal également, et pour elles, cette douleur n'avait aucune place dans leur vécu. Les femmes qui n'ont pas pu avoir de péridurale pour diverses raisons et qui ont accouché avec une aide et une présence forte de la sage-femme, ne le regrettent pas. Celles, au contraire, qui avaient imaginé un accouchement sans péridurale, et qui se sont senties amenées un peu « malgré elles » vers cette aide, le regrettent dans chaque témoignage.

Concernant le rapport des femmes à la douleur, en dehors de toutes indications médicales, les professionnels doivent faire preuve, une fois encore, d'une certaine finesse pour apprécier les besoins réels des femmes, et maîtriser leurs émotions propres face à des femmes qui peuvent simultanément se plaindre, manifester une souffrance, et rejeter une aide chimique. En revanche, ils ne doivent pas sous-évaluer le fait que d'autres formes d'aide, la sophrologie est un exemple donné à plusieurs reprises par les femmes, peuvent soulager et qu'ils sont eux-mêmes une aide, par leur attitude, leur capacité d'écoute et d'accompagnement.

En écho aux propos des femmes, rappelant **l'importance de l'aspect relationnel**, certains professionnels ont exprimé leur intention de l'intégrer davantage au suivi médical. Ils évoquent cette notion de « surmédicalisation » de la naissance, parfois reprochée par les usagers. La médicalisation est un terme que l'on a noté dans deux témoignages de femmes seulement et qui n'est pas employé par les autres femmes, même si elles parlent de leur souhait de préserver un accouchement naturel. C'est un terme que l'on entend souvent et dont le sens varie. Selon Danièle Carricaburu¹¹, sociologue, la notion « *décrit le processus selon lequel des problèmes considérés de prime abord comme non médicaux vont être définis et traités comme des problèmes médicaux, le plus souvent en termes de maladies ou de désordre. [...] C'est un processus qui place la vie quotidienne sous la domination, l'influence et la surveillance médicale* ».

La plupart des femmes ayant témoigné dans notre enquête ne sont pas dans une dynamique où elles dénoncent une médicalisation de la naissance au sens précédemment évoqué. Deux femmes

ⁿ Op.Cit (7)

évoquent simplement la lourdeur des examens qui jalonnent le suivi de leur grossesse. Il s'agit plutôt d'un **rapport au risque** qui est évoqué, car si la notion de sécurité n'est pas le premier des critères qui influencent le choix de la maternité, cet aspect des choses est évoqué spontanément par les femmes. Accoucher dans un lieu qui garantisse la sécurité est important pour leur enfant et pour elles. Toutefois, ce rapport au risque prend une place très marquée dans le suivi de la grossesse puis à l'accouchement, et c'est ce qui est difficile à vivre et qui conduit les femmes à développer une forte anxiété.

Les professionnels soulignent également cette tendance, conscients d'une sorte de dérive qui met au centre tout ce que la naissance compte de risques plutôt que tout ce qu'elle comporte de naturel.

« Le problème c'est qu'on a tellement entendu parler de sécurité que le patient croit qu'on ne s'occupe pas de lui si on ne médicalise pas à outrance ; en fait ça le rassure. Du coup c'est un cercle vicieux, il faut trouver un juste milieu sans que le patient se sente en danger pour autant. » (une sage-femme).

Enfin, en dernier lieu, on doit rappeler que les professionnels interviennent dans des structures dans lesquelles des contraintes d'organisation existent, qu'eux-mêmes ont leurs propres modes d'interaction, qu'ils entretiennent des relations plus ou moins bonnes entre eux. On a vu combien il était difficile par exemple de mettre en place des procédures lorsque deux médecins sont incapables d'accepter la discussion, que les décisions de l'un sont systématiquement remises en cause et modifiées par l'autre. Ces conflits relationnels et ces difficultés de communication, s'ils ne sont pas toujours perceptibles par les femmes et les familles ont néanmoins un impact sur le contenu des soins proposés aux femmes, le type de soutien apporté lorsqu'elles donnent naissance.

Il est donc tout autant question de relations entre les femmes et les professionnels et de relations entre les professionnels pour soutenir l'évolution des mentalités et des pratiques. Pour terminer ce rapport, et appuyer ce poids de la relation, on citera un extrait de la conclusion d'une étude réalisée par des psychologues J-P Courtial et G. Le Dreff *« Les recherches montrent que la satisfaction à l'hôpital ne peut venir que d'une relation, d'une adéquation entre représentations des différents partenaires, malades et médecins.[...] Notre civilisation rend plus que jamais fondamentale la relation à l'occasion des soins ou de l'enseignement. Sinon elle tendra à une déshumanisation complète, et à une inefficacité à terme, des relations de soins, sous le couvert de normes, médicales par exemple, dont l'effet dévastateur est dénoncé par le Président même du Comité National d'éthique »*.¹²

ANNEXE 1 : GRILLE D'OBSERVATION DES PRATIQUES

Grille d'observation des soins à la mère et à l'enfant de la naissance à la sortie de la maternité
Situation d'une naissance sans complication pour la mère et pour l'enfant

1. GÉOGRAPHIE ET DESCRIPTION DES LIEUX (ÉQUIPEMENTS)

- Blocs
- Salles de naissance (lits, fauteuils)
- Salles d'exams
- Salles de soins de l'enfant
- Chambres
- Sanitaires
- Toilettes
- Nurserie

2. L'ÉQUIPE

- Composition de l'équipe : nombre, rôles et fonctionnements définis dans l'équipe
- Culture d'équipe (projets...)
- Politique de formation du personnel : quels thèmes, quelle proportion du personnel,...
- Articulation des activités des professionnels avec les attentes des mères et des parents : comment et par quels moyens ?

3. À LA NAISSANCE

Place donnée au père vis-à-vis de la mère et de l'enfant, éventuellement aux frères et sœurs.

3.1. À la mère

- Quels soins ?
- Quel soutien et accompagnement ?...

3.2. Au bébé

- Cordon : quand est-il coupé ou clampé ?
- Combien de temps le bébé est-il laissé sur le ventre de la mère ?
- Soins au bébé après la naissance : Où ? Présence du père ?

3.3. Alimentation de l'enfant

- *Allaitement :*
 - Positions et pratiques vis-à-vis du don de colostrum
 - Accompagnement de l'allaitement : par qui, comment, dans quelles conditions, quelles informations ?
 - 1^{ère} tétée : quand ?
- *Biberon :*
 - Accompagnement, par qui, comment, dans quelles conditions, quelles informations

3.4. Examens médicaux

- *Mesures :* Lesquelles et à quel moment ?
- *Tests :* en présence des parents ou non ?
 - le dextro (test glucose) : systématiquement ou sur signes d'appel ? Dès la naissance ou plus tard pendant le séjour ?

Grille d'observation, soins à la mère et à l'enfant .ORS Bourgogne

- Le guthrie
- vitamine K : injection ou voie orale ?
- Test à la seringue
- Quelles références utilisées ?

- **Examens :**

- Atrésie de l'œsophage : sonde systématique ou non ?
- perméabilité de l'anus : systématique ou non ?
- Laisse-t-on au bébé le temps de faire le premier méconium ?
- Quels prélèvements pour analyses (prise de sang, liquide gastrique, autres prélèvements) ?
- Existence ou non de protocoles de lutte contre les maladies iatrogènes/nosocomiales liées à ces prélèvements ?
- Utilisation d'un antidouleur lors des examens faits au bébé ? le cas échéant lesquels ?

La durée de séjour des mères influence-t-elle la répartition des examens ?

4. EN « SUITES DE COUCHES »

4.1. Organisation du service de suites de couches

- Combien de professionnels différents voient la mère et l'enfant ?
- Existe-t-il une personne référente pour la mère ?
- Organisation du travail : planifié (ex : J1, J2, J3 : à chaque jour on prévoit ce que ce la mère doit savoir / savoir faire) ou selon les rythmes et demandes de la mère ?
- Nuit : première nuit : séparation ou non ? et nuits suivantes ?
- Conditions d'accueil du père ?

Soins et accompagnement de la mère

- Quels soins ?
- Quelles informations (sur quels thèmes), quels outils ou supports (réunions, dépliants) ?
- Quel abord de la confiance en soi et des compétences parentales ?
- Alimentation : quels échanges et accompagnement ?
- Face à une mère différente dans ses choix, ses comportements : quelles attitudes, quelles réponses ?
- Quelle attention et réaction face aux états de déprime ?
- Existence ou non d'actions ciblées pour des groupes de femmes (professions libérales, commerçantes, femmes étrangères, etc.) ?

4.2. Soins au bébé

- Quels soins, par qui, à quel moment du séjour et de la journée ?
- Toilettes, : quand le premier bain où, par qui, avec qui ?
- Les autres bains : à quel moment (heure fixe ?), ou quand le bb et la maman sont prêts ? qui le donne ?
- La mère assiste-t-elle aux soins du bébé ?

5. PRÉPARATION DE LA SORTIE

- Quels relais possibles (professionnel, social et familial) ?
- Quelles informations données (repères alimentation, régurgitations, sommeil de l'enfant, saignements, sexualité, contraception, visites post accouchement,)

ANNEXE 2 : COURRIERS DE SENSIBILISATION

Dijon, le

DIRECTEUR ÉTABLISSEMENT

Madame, Monsieur le directeur

L'association « Bébé en vue », Observatoire Régional des Usagers de Bourgogne, soutenue par le Réseau périnatal bourguignon, a confié à l'Observatoire Régional de la Santé la réalisation d'une étude sur les soins et l'accompagnement de la mère et de l'enfant après la naissance.

L'objectif de cette étude est de mieux connaître les pratiques et les contraintes dans ce domaine, afin de les faire évoluer dans le soutien d'une réflexion des professionnels et des usagers sur ces questions.

Pour cela, l'enquête prévoit la visite des maternités et services de suites de couche de tous les établissements de la région, des questionnaires auprès de professionnels complétés par deux entretiens par site, des entretiens auprès de femmes. Elle commence par les maternités de Côte d'Or.

Nous vous demandons de bien vouloir autoriser cette étude au cours de laquelle nous nous engageons à respecter les professionnels et l'intimité des familles et des femmes. Nous vous contacterons prochainement afin de vous présenter plus en détail le protocole de cette enquête.

Dans cette attente, nous vous prions, Madame, Monsieur le directeur, de recevoir l'expression de notre haute considération.

Cynthia Morgny
Sociologue

Dijon, le

CHEF DE SERVICE

Madame, Monsieur

L'association « Bébé en vue », Observatoire Régional des Usagers de Bourgogne, soutenue par le Réseau périnatal bourguignon, a confié à l'Observatoire Régional de la Santé la réalisation d'une étude sur les soins et l'accompagnement de la mère et de l'enfant après la naissance.

L'objectif de cette étude est de mieux connaître les pratiques et les contraintes dans ce domaine, afin de les faire évoluer dans le soutien d'une réflexion des professionnels et des usagers sur ces questions.

Pour cela, l'enquête prévoit la visite des maternités et services de suites de couche de tous les établissements de la région, des questionnaires auprès de professionnels complétés par deux entretiens par site, des entretiens auprès de femmes. Elle commence par les maternités de Côte d'Or.

Nous vous demandons de bien vouloir autoriser cette étude au cours de laquelle nous nous engageons à respecter les professionnels et l'intimité des familles et des femmes. Un précédent contact a été pris avec le directeur de votre établissement. Nous vous contacterons prochainement afin de vous présenter plus en détail le protocole de cette enquête et d'envisager ensemble son déroulement dans votre service .

Dans cette attente, nous vous prions, Madame, Monsieur le directeur, de recevoir l'expression de notre haute considération.

Cynthia Morgny
Sociologue

Dijon, le

À l'attention du cadre sage-femme
de la maternité

Madame,

L'association « Bébé en vue », Observatoire Régional des Usagers de Bourgogne, soutenue par le Réseau périnatal bourguignon, a confié à l'Observatoire Régional de la Santé la réalisation d'une étude sur les soins et l'accompagnement de la mère et de l'enfant après la naissance.

L'objectif de cette étude est de mieux connaître les pratiques et les contraintes dans ce domaine, afin de les faire évoluer dans le soutien d'une réflexion des professionnels et des usagers sur ces questions.

Pour cela, l'enquête prévoit la visite des maternités et services de suites de suite de tous les établissements de la région, des questionnaires auprès de professionnels complétés par deux entretiens par site, des entretiens auprès de femmes. Elle commence par les maternités de Côte d'Or.

En accord avec le Directeur de l'établissement et du chef de service, nous souhaiterions envisager avec vous les modalités de mise en œuvre de cette étude dans le respect des professionnels et de l'intimité des familles et des femmes. Dans cette idée, nous vous contacterons prochainement afin de convenir ensemble d'une rencontre.

Dans cette attente, nous vous prions, Madame, Monsieur le directeur, de recevoir l'expression de notre haute considération.

Cynthia Morgny
Sociologue

ANNEXE 3 : COURRIER DES MÉDECINS DE LA CLINIQUE STE MARTHE

GROUPE DE MEDECINE PERI-NATALE de la CLINIQUE SAINTE MARTHE

*Clinique Sainte Marthe
56, rue de la Préfecture
21000 - DIJON
Directeur Philippe FERNET*

Tél. :

Fax :

Gynéco-obstétriciens :

Dr Andry-Serain
Dr Casset
Dr Cornet
Dr Degrolard
Dr Delignette
Dr Gache
Dr Gervais
Dr Halfon
Dr Laurain
Dr Loiseau
Dr Marchet
Dr Mironneau
Dr Nguyen
Dr Padeano

Double Mr FERNET

**Monsieur le Directeur
ORS
34, rue des Planchettes**

21000 – DIJON

Dijon le 17/06/05

Monsieur le Directeur,

Dans sa réunion mensuelle du 09/06/05 le Groupe de Médecine Périnatale de la Clinique Sainte Marthe a débattu de l'étude de l'ORS sur les soins et l'accompagnement de la mère et de l'enfant et a manifesté un certain nombre de réserves quant à sa réalisation. Ces réserves concernent tant la forme que le fond.

Sur la forme : l'organisation a été décidée sans concertation avec le corps médical et en particulier le groupe périnatal de la clinique Sainte Marthe.

Sur le fond : l'ensemble des membres du groupe estime que cette enquête (et le document de recueil de renseignements le prouve) est orientée et implique une philosophie de l'accouchement qui n'est pas celle du corps médical. Le groupe craint donc que cette enquête soit en fait une évaluation déguisée des pratiques médicales et impose des décisions thérapeutiques contre la volonté de l'opérateur (cf « projet d'accouchement » que l'on commence à voir fleurir) avec tous les risques médico-légaux que cela risque de lui faire prendre.

En conséquence, le groupe de médecine périnatale est opposé à la réalisation de cette enquête et vous demande d'annuler le déroulement de ce questionnaire.

Veillez, agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de notre considération distinguée..

Pédiatres :

Dr Dauvergne
Dr Funes de la Vega
Dr Madinier-Chappat
Dr Planson
Dr Tenenbaum

Chirurgien infantile :

Dr Gounot

Anesthésistes :

Dr Pery
Dr Vivien

Psychologue

V. Touvenot

Pour le Groupe de Médecine Périnatale
de la Clinique Sainte Marthe,
les Docteurs M.DAUVERGNE et J.MARCHET,
rapporteurs

ANNEXE 4 : SYNTHÈSE DES ENTRETIENS DE FEMMES RENCONTRÉES POUR L'ÉTUDE PRATIQUES AUTOUR DE LA NAISSANCE EN CÔTE D'OR

Mme H a 2 enfants, elle est infirmière à l'hôpital d'enfants, au CHU. Mme H a fait suivre sa grossesse par son gynécologue habituel qui est obstétricien. Elle dit que son *médecin* « est à l'écoute à la fois du point de vue médical des soucis qu'on peut avoir, mais aussi psychologique si on a une angoisse si on n'est pas bien, elle prend un temps pour nous laisser verbaliser et c'est très bien parce ça permet de désangoisser pendant la grossesse et de vivre ce moment de façon plus tranquille ». Elle a fait ses échographies à la clinique où elle dit que l'échographe est très bien parce qu'il est ouvert et n'est ni lassé ni blasé, il prend du temps, fait son examen très méticuleusement et s'arrête sur les petites choses qui peuvent toucher les parents : le profil, les petites mains. Elle souligne que ces échographies sont attendues impatientement.

Pour la préparation à l'accouchement, Mme H s'est tournée vers une sage femme libérale à Dijon, elle mentionne la longueur des kilomètres à parcourir de son domicile (50 Aller-Retour). Son choix repose sur la « *bonne réputation* » de la sage-femme, et un souvenir positif de la première préparation. Mme H apprécie la disponibilité de la personne en salle d'accouchement et avant. Elle apprécie le fait qu'il y ait un lien qui se crée, que la personne échange avec les femmes, parte de ce qu'elle pense pour ensuite essayer de corriger, elle apprend à pousser, vérifie par un touché si la poussée est efficace ou non. Elle a fait la moitié des cours en piscine pour « *retrouver un peu de tonicité* ».

Mme H souligne que ce qui est important pour elle, au moment de l'accouchement et en suites de couches, c'est qu'on lui laisse son rôle de maman et le temps de s'adapter, elle veut « *qu'on lui laisse sa place et non qu'on l'usurpe* ».

Le jour de l'accouchement on lui a proposé d'être perfusée, dès son arrivée ce qu'elle a refusé car Mme H n'était pas certaine de prendre la péridurale. Elle a pu « *se balader* », un ballon lui a été proposé, elle a trouvé ça très bien, elle a pu se détendre un peu. Elle a trouvé ce temps bien organisé (lorsqu'elle est arrivée, une maman venait d'accoucher, elle était ensuite seule à accoucher). Finalement, elle a demandé la péridurale car « *le travail avançant, ça devenait de plus en plus douloureux* » et parce qu'elle avait le « *mauvais souvenir* » d'avoir attendu longtemps pour la pose de la péridurale lors de son premier accouchement. Elle reproche au « *jeune* » anesthésiste sa froideur et le manque d'échange avec elle, le caractère très succinct des explications alors « *qu'en consultation il prend du temps pour expliquer les bienfaits de la péridurale et pourquoi il faut prendre la péridurale donc c'était un peu lourd ça la consultation pour moi* ». Elle considère que la péridurale est une découverte qui peut soulager si on le souhaite, qui ne doit pas être systématique, et en aucun cas on doit forcer à la prendre. Elle a eu ce sentiment lors de la consultation où ont été mis en avant les risques « *mais vous savez qu'il y a beaucoup plus de risques hémorragiques* ». Elle a trouvé que « *c'était agressif* », que la décision des femmes était précipitée or il faut pouvoir se donner le temps et par ailleurs la garde fait partie du métier donc on peut accorder du temps. Elle dit que « *la consultation était un petit peu nulle* ». Elle sait qu'il y a des risques « *qu'on n'est pas à l'abri d'un mauvais geste, que l'on est des êtres humains qui faisons tous plus ou moins des erreurs, c'est quand même une chose possible et puis là les séquelles sont plus ou moins invalidantes* » c'est ce qui fait qu'elle ne voulait pas de péridurale.

Pour Mme H. il est important d'accoucher en présence du gynécologue en qui on a confiance, qui a suivi la grossesse et créé une relation durant 9 mois, c'est un repère. Mme H a aidé son bébé à sortir en le prenant. Elle dit que c'est magique d'avoir pu le faire elle-même, mais pour ça il faut un signal du gynécologue car la femme est concentrée sur sa poussée. Elle a pris son bébé sur elle, quelqu'un a mis un drap puis une couverture. Son mari a filmé ce moment, les professionnels lui ont laissé une place tout en continuant à vérifier que tout allait bien. Elle est ravie d'avoir pu partager « *ce moment très beau* » avec son mari sans voir les professionnels dans son souvenir tout en sachant qu'ils étaient là. Elle souligne qu'elle a senti son bébé naître, la péridurale était bien dosée. Le bébé est resté auprès de sa maman le temps d'un « *petit câlin* » puis les professionnels l'ont emmené faire les soins, le bain, en compagnie du papa. Elle dit que ce moment seule avec le gynécologue est aussi important car il reste quelques gestes qu'il n'est plus utile de partager. Elle était rassurée, tout se passait bien, le bébé était avec son papa. En revanche, elle s'est retrouvée seule ensuite, sans bébé ni professionnel au bloc d'accouchement, et l'environnement est tout à coup vide alors que des moments très denses viennent de se dérouler.

Ensuite, le bébé et le père sont revenus, les professionnels ont été occupés ailleurs car 5 mamans sont arrivées. Mme H s'est débrouillée seule pour la mise au sein mais ne le regrette pas. Elle souligne le fait que les professionnels sont conscients de les avoir laissés seuls un long moment et que c'est important qu'ils montrent qu'ils

le savent et qu'ils préféreraient pouvoir faire autrement, ça rend les choses plus humaines. Mme H est donc restée 2h15 en salle d'accouchement puis elle a été emmenée dans sa chambre.

Elle est restée 5 jours à la maternité (accouchement le mercredi matin, sortie le dimanche dans la matinée).

Elle indique que c'est ce moment qui a été le plus difficile pour elle car elle tient beaucoup à s'occuper de son bébé elle-même et à s'affirmer en tant que mère : elle veut qu'on la laisse faire les soins de son enfant, qu'on la laisse allaiter tranquillement. Elle explique que le 1^{er} jour elle s'est organisée pour donner elle-même le bain seule à son bébé, qu'elle voulait être tranquille, attendre que son bébé se réveille, ce qu'elle a fait. Cependant l'auxiliaire venue lui proposer de l'aider à donner le bain, « fut très surprise et pas contente », disant « ah bon mais pourquoi vous ne nous avez pas appelés ? pourquoi vous ne nous avez pas attendus ? » Mme H a expliqué qu'elle avait envie de donner le bain à son bébé et que le moment était choisi puisqu'il avait tété, était réveillé alors qu'à la venue de l'auxiliaire il dormait. L'auxiliaire a voulu poursuivre en prenant sa température, ce qu'avait déjà fait Mme H, elle a ensuite voulu changer le bébé alors qu'il dormait et que sa mère venait de le changer. Mme H estime que cette expérience a été difficile, elle s'est à ce moment sentie dépossédée de son rôle et de ses choix, et soumise à une pression d'un professionnel qui a des tâches à faire coûte que coûte et qui ne prend pas en considération le comportement de la maman. Mme H est par exemple surprise qu'elle ne lui demande à aucun moment si elle a déjà eu d'autres enfants. Face à cette pression Mme H finit par prendre son bébé, vérifie sa couche qui est sèche, elle la laisse au bébé sans le nettoyer et l'auxiliaire lui indique qu'elle aurait dû le nettoyer. Mme H dit qu'elle se fâche « entre guillemets ». L'auxiliaire insiste et demande alors à Mme H de l'appeler pour « l'allaitement pour voir si ça se passe bien », ce qui est fait et la tétée se passe alors très mal du fait de cette tension entre les deux personnes et parce que Mme H ne peut pas allaiter devant une tierce personne. Une fois l'auxiliaire partie, Mme H s'interroge pour savoir si elle a bien évalué la faim de son enfant, elle donne le sein à son fils et les choses se déroulent bien.

Elle donne différents exemples où l'auxiliaire veut faire à sa place et où Mme H ré-affirme à chaque fois qu'elle veut faire elle-même. Mme H hésite à se reposer pour être certaine de voir ce qui est fait à son bébé car une fois elle sort de sa douche, sort de la salle de bain et trouve son bébé dans les bras d'une auxiliaire qui a entrepris de faire à sa place.

Le 1^{er} jour elle a eu la visite du pédiatre qui a ausculté son fils, vérifié les réflexes, elle le connaissait par ailleurs. Mme H pense que le personnel soignant est là pour apporter des choses, pas pour en imposer tout en tenant compte de leurs priorités sachant que d'autres mamans sont là et qu'elle peut attendre que les professionnels soient disponibles.

Mme H estime qu'elle n'a pas été écoutée, qu'il y avait sans cesse quelqu'un dans sa chambre ce qui ne lui permettait ni de se reposer (elle dit être restée « sur le qui-vive ») ni de préserver l'intimité avec son bébé. Elle attendait par exemple que les professionnels se présentent, évoquent avec elle ses besoins, soulignent leur disponibilité, non pas des enseignants.

Face aux attitudes des professionnels, Mme H s'était dit qu'en cas de besoin elle appellerait des collègues plutôt que les auxiliaires de la maternité. Elle s'est sentie jugée, elle utilise le terme d'aptitude. Le dernier jour les professionnels ont changé et elle a pu évoquer sa profession parce qu'on la lui a demandée. Ce n'est pas quelque chose qu'elle affiche spontanément car c'est parfois mal pris et parce qu'elle veut être considérée comme les autres mamans. Si l'autre équipe a changé dans ses pratiques, qu'on lui a permis de faire les soins de son enfant plus facilement, elle souligne malgré tout des phrases jugeantes. Elle ne reproche pas aux professionnels de vouloir vérifier mais leur manière de le faire.

De retour à la maison, Mme H a trouvé difficile de trouver le bon équilibre entre l'attention à donner à ses deux enfants, en temps à accorder et en geste également. Aujourd'hui elle regrette par exemple d'avoir délégué tous les changes, « l'habillement déshabillage » du bébé à son mari, elle pense avoir délaissé son fils. Elle dit qu'elle aurait bien aimé recevoir la visite de quelqu'un à domicile pour la conforter, l'aider dans cette articulation, cette nouvelle organisation à trouver avec les deux enfants. Elle a pu échanger avec une femme qu'elle avait rencontrée lors de la préparation à l'accouchement, aborder les pleurs de son bébé et cette personne lui a conseillé de garder son bébé sur elle plus longtemps afin qu'il sente la présence de sa mère. Elle l'a fait et elle a eu le sentiment que son bébé était plus sécurisé, apaisé.

Les points les plus importants pour Mme H sont l'accompagnement pour l'accouchement, ne pas avoir quelque chose d'imposé, le partage de son bonheur, et recevoir des conseils adaptés à la situation. En suites de couches, le plus important est d'avoir son intimité préservée par la chambre particulière, toilettes et sanitaires dans la chambre, ne pas avoir à sortir de la chambre pour garder cette sphère de maman. Elle pense qu'un paravent sympa permettrait que les gens restent dans la chambre et/ou un petit écriteau sur la porte pour dire par exemple « ma maman allaite », ou « attendez quelques instants elle viendra vous ouvrir dès que j'aurai fini de déguster » pour que les gens voient ça sur la porte et attendent.

Elle pense que les rencontres avec d'autres mamans sont importantes lors de la préparation à l'accouchement et plus tard après l'accouchement, lorsque chacune est rentrée chez elle et que les questions se

posent car elle pense que les premiers instants donc les suites de couches à la maternité, sont là pour tisser des liens, se découvrir. Après, elle aurait apprécié de rencontrer d'autres mamans qui ont accouché en même temps qu'elle pour échanger sur les angoisses.

Pour sa fille, Mme H voulait accoucher à domicile avec l'aide d'une sage-femme pour que ce soit dans des conditions de sécurité, justement pour préserver cette intimité et aussi parce qu'elle sait que les rapports avec les professionnels sont différents lorsqu'on est chez eux. Elle a cherché des renseignements et on lui a indiqué que ce n'était pas possible, elle a donc changé d'idée. Pour son fils elle n'a pas recherché d'informations car elle savait que ça ne se faisait pas.

Mme H a vu des reportages sur des maisons de naissance accolée aux hôpitaux, avec une salle où les mamans venaient accoucher, pas du tout médicalisée, une chambre et à côté il y avait le bloc d'accouchement au cas où l'accouchement se passe mal et elle a trouvé que c'était « *pas mal parce que justement on n'est pas à l'abri que ça se passe mal en cours de travail* », la formule préserve une certaine atmosphère. Elle ajoute « *c'est vrai qu'il n'y a pas de péridurale par contre mais comme mon souhait initial c'était de ne pas du tout en avoir* ». Elle se demande si à domicile, comme les femmes sont plus détendues, le travail n'avance pas plus vite et alors on n'utilise pas la péridurale.

Mme L. a 36 ans et habite dans le Sud Ouest de la Côte d'Or. Elle est agent de développement local, sans emploi. Elle est arrivée dans la région il y a 2 ans et la trouve désertique et peu dynamique. Pour l'instant elle s'occupe de son fils mais la solitude lui pèse, elle aimerait rester avec lui jusqu'à ce qu'il ait 6 mois environ puis espère trouver du travail ensuite.

Pour sa grossesse, Mme L avait d'abord consulté une gynécologue qui se trouvait à Beaune mais après les 3 premières visites, compte tenu de la distance (70 km), elle a préféré changer pour être suivie plus près. C'est donc un gynécologue de la maternité qui l'a suivie et ce sont des sages-femmes qui l'ont aidée à accoucher. Elle a fait une préparation à la naissance avec une sage-femme qui lui a appris des techniques de sophrologie et elle dit que cette préparation l'a beaucoup aidée.

Le jour de l'accouchement, elle s'est rendue à l'hôpital. Elle savait qu'il y avait 2 salles d'accouchement dont une où on pouvait accoucher accroupie, mais cette salle était déjà occupée. On lui a montré une chambre où elle s'est installée avec son conjoint. Le travail a été très rapide puisqu'elle est arrivée dilatée à 3 cm et 2 heures plus tard elle était à 8 cm. On lui a dit de s'installer en salle de travail. Les douleurs étaient alors plus fortes, on lui a proposé une raché anesthésie car il était trop tard pour la péridurale, elle a accepté. Elle avait dit qu'elle préférerait ne pas accoucher avec une péridurale mais avait fait les démarches au cas où. Seulement une fois cette anesthésie faite, elle s'est sentie mal. D'abord parce qu'elle ne sentait plus rien, ensuite le travail s'est ralenti et elle a finalement attendu 6 heures pour que son bébé arrive. La sage-femme qui était là a vu qu'elle avait complètement « *perdu pied* », elle a appelé une autre sage-femme pour la « *remotiver* ». Elle regrette d'avoir pris cette anesthésie.

Elle raconte son accouchement en disant que mise à part l'anesthésie tout s'est bien passé. La première sage-femme, un homme, était bien, il a su faire appel à quelqu'un d'autre au moment où il a fallu la « *réactiver* », elle connaissait les locaux qu'elle avait déjà visités auparavant. Ce qui l'a le plus marqué est d'avoir pu garder son bébé sur elle tout de suite à la naissance.

Après elle a choisi de l'allaiter. Pour ça elle dit que le personnel a été plutôt mauvais. D'abord elle est restée 4 jours à la maternité, à chaque fois qu'elle voyait quelqu'un, la personne la conseillait différemment de la précédente. De retour à la maison, elle avait des difficultés, elle a alors contacté quelqu'un de « *la leche league* » et cette personne a immédiatement identifié son problème. La personne de l'association lui a conseillé des positions différentes pour que l'enfant soit moins gêné par le jet de lait et les choses se sont améliorées. Elle allaite son bébé à la demande. Elle estime ne pas avoir été suffisamment aidée pour l'allaitement à la maternité où chacun lui a donné des conseils pas toujours cohérents.

De retour chez elle, elle a également été informée par la PMI de l'existence de groupe de mamans auxquels elle a volontiers participé pour ne pas rester seule. De ces groupes elle dit que c'est positif car elle se sent vraiment isolée et que ça permet de rencontrer d'autres femmes. Toutefois elle compte arrêter de se rendre à ces réunions car elle pense qu'elle n'en a plus besoin. Au départ c'était intéressant pour répondre à des questions qu'elle se posait sur les pleurs, les maux de ventre, les nuits... mais maintenant c'est toujours un peu pareil et elle n'a plus besoin de tout ça.

Mme L. pense que la maternité c'est quelque chose d'important, c'est important qu'il y ait un lieu où les femmes se rendent pour accoucher car elles sont déjà assez isolées. Elle décrit l'ambiance de la maternité comme très familiale.

Mme S habite à une vingtaine de kilomètres de Dijon, elle a 43 ans et 7 enfants. Elle n'a plus d'activité professionnelle mais elle a enseigné en lycée professionnel, son mari travaille, leurs revenus sont modestes. Elle a accouché à la clinique où son gynécologue travaille, il a suivi les 6 grossesses de Mme S. Connaissant la situation sociale de Mme S, son gynécologue pratiquant habituellement des dépassements d'honoraires ne les applique pas pour elle. Mme S a subi un déclenchement du fait d'une hypertension et de problèmes dépressifs (Mme S est sous traitement depuis 5 ans).

Le jour du déclenchement : arrivée à 8 heures, elle est installée en salle d'accouchement par une sage-femme qui lui pose une perfusion. La sage-femme part, une autre arrive en protestant parce qu'elle a un accouchement plus urgent et veut cette salle. Au total, Mme S explique qu'elle voit la sage-femme 4 fois alors qu'elle est seule en salle de travail : une 1^{ère} fois après 30-45 minutes, une 2^{nde} fois après 2h-2h30, une 3^{ème} fois après 1h-1h30 et une dernière fois lors de laquelle la sage-femme constate que la tête est engagée.

Elle a le sentiment d'avoir accouché dans « une usine » car elle n'a pas beaucoup vu la sage-femme, n'a pas pu discuter avec les professionnels, même si « elle était pas pathologique et qu'il y avait peut-être des urgences », elle indique que ce jour-là, 17 ou 18 bébés sont nés.

Concernant la péridurale, Mme S aborde la question du coût au moment où l'anesthésiste vient la lui poser. Il lui propose « un prix exceptionnel de 100 euros », Elle dit que « c'est énorme » dans un pays où il n'y a plus d'histoires de douleurs, « Bon mon premier accouchement j'ai voulu qu'il soit normal, sans péridurale, pour savoir ce que c'était qu'un accouchement à partir du moment où l'on sait ce qu'est un accouchement la douleur on peut s'en passer ». Elle est surprise car d'après son souvenir pour les autres enfants il n'y avait eu aucun dépassement d'honoraires c'est la première fois. Lorsque la sage-femme a appelé l'anesthésiste, il est venu presque tout de suite il n'y avait pas de douleur mais il a quand même posé la péridurale, tout en expliquant comment utiliser le système de pompe qu'elle connaît déjà.

Au moment de l'accouchement, le gynécologue arrive rapidement car le déclenchement est programmé le jour de sa garde à la clinique. L'accouchement se déroule « normalement », on lui donne sa fille, le gynécologue a fait le nécessaire. Ensuite les professionnels ont emmené le bébé faire « les examens nécessaires » dans la pièce à côté en compagnie du papa. Ensuite on ramène le bébé à sa mère dans une couveuse car elle avait un peu froid. Mme S redescend au bout de 3 heures dans sa chambre, on lui explique comment fonctionne le matériel et on lui recommande de ne pas se lever sans l'aide de quelqu'un.

Comparé à ses précédents accouchements (en moyenne 12 heures de travail), celui-ci a été très rapide. Elle a été surprise lorsque la sage-femme a annoncé que le bébé arrivait, prête à paniquer car elle n'avait rien senti. Elle signale qu'elle s'est endormie pendant le travail, et affirme qu'elle n'a pas culpabilisé mais décrit à ce sujet une sorte d'incohérence ou de comportements incongrus « j'ai trouvé ça un peu drôle qu'on puisse s'endormir pendant un travail d'accouchement ». Mme S est restée 3 jours à la maternité, elle a souhaité partir car son séjour ne s'est pas déroulé de façon satisfaisante. Mme S était en chambre double car sa mutuelle ne prend pas en charge le surcoût occasionné par une chambre simple. D'abord seule durant un jour et demi, une voisine primipare vient la rejoindre par la suite. Mme S a des difficultés à dormir la nuit d'abord parce qu'elle a interrompu ses médicaments (ses somnifères), ensuite parce que sa voisine a beaucoup de visites et parce que « lorsqu'on partage sa chambre on dort moins ». Jusqu'alors elle garde sa fille auprès d'elle, elle explique que son bébé dort bien, que l'allaitement se déroule sans difficultés. Les professionnels lui donnent des calmants pour qu'elle se repose et Mme S se réveille le matin avec sa fille dans son lit, se disant qu'elle aurait pu la faire tomber. Mme S relate un problème avec une puéricultrice qui intervient à la fin du deuxième jour. Dans la nuit du 2^{ème} au 3^{ème} jour, la voisine demande si sa fille peut passer la nuit en nurserie pour se reposer, Mme S demande si on peut prendre la sienne afin que les deux femmes puissent se reposer en même temps, et pour éviter de se rendormir avec son bébé dans son lit si elle reprend un calmant. La puéricultrice refuse parce que d'autres bébés sont à la nurserie, parce que Mme S a toujours gardé sa fille auprès d'elle et parce que c'est son 7^{ème} enfant et qu'elle peut donc s'en occuper. Finalement Mme S obtient que la puéricultrice prenne sa fille de minuit à 5 heures du matin entre 2 tétées. À minuit elle signale que la puéricultrice emmène son bébé sans lui dire un mot, à 5 heures elle la ramène sur le même mode.

Cet épisode incite Mme S à quitter la maternité alors qu'elle se sent fatiguée mais elle sait que la puéricultrice est là 2 jours de suite. Le jour de sa sortie elle attend la visite du pédiatre, le croise plusieurs fois dans les couloirs, la surveillante indique qu'il refuse de faire des visites de sortie, que Mme S devra sortir après « avoir rempli un papier ». Elle sort « sans même signer un papier comme décharge ». Elle connaît ce pédiatre qui a suivi ses autres enfants, mais elle décide alors de ne plus le consulter car elle estime que lorsqu'un « médecin fait des dépassements d'honoraires, se permet de décider qu'il ne verra pas votre enfant parce qu'il n'a pas envie de le voir sans se poser de question » il vaut mieux changer de médecin, elle s'oriente donc vers son médecin généraliste.

Elle décrit comment les professionnels ont accompagné sa voisine de chambre. De l'avis de Mme S, la puéricultrice a fait le premier bain du bébé sans rien montrer ; la maman était là mais elle ne lui a rien expliqué du tout. Dans la matinée le pédiatre qu'elle avait choisi est passé, l'auxiliaire puéricultrice l'a précédé en indiquant à la

maman qu'il fallait déshabiller le bébé et lui mettre une couche propre. La maman était paniquée parce qu'elle ne savait pas changer une couche ! Mme S déclare « *j'ai vu une maman paniquée à 30 ans, cadre supérieur, paniquée* » c'est donc elle qui lui explique et lui montre. Ensuite Mme S décrit les manipulations du pédiatre qui commence par prendre le bébé par les pieds, le porte de cette façon jusqu'à la table à langer et le dépose pour l'examiner. Mme S dit qu'elle n'est pas choquée car elle a déjà vu faire ça auparavant, mais elle dit que sa voisine a failli tomber dans les pommes. Elle dit que rien n'a été expliqué à sa voisine ou que des messages contradictoires lui ont été donnés, et que c'était d'autant plus difficile que la maman n'avait pas eu d'autres enfants. Par exemple, une 1^{ère} puéricultrice est passée en indiquant de donner un biberon de 30 mg toutes les 3 heures. Le lendemain une autre puéricultrice lui dit « *mais vous êtes folle il fallait commencer à 15 mg parce que fallait augmenter de 5 mg tous les jours enfin tout du moins les premiers jours ...* » je crois qu'elle aurait du commencer à la naissance de sa fille à 15 mg et augmenter et elle a commencé avec 30 mg et ils l'avaient fait augmenter de 10, elle était à 40 mg le deuxième jour alors qu'elle aurait du être à 20 ! Du coup la maman était perdue et pensait qu'elle allait rendre sa fille malade. Mme S dit que beaucoup de changements sont intervenus entre les naissances de ses deux derniers enfants qui ont 4 ans d'écart. Par exemple pour la toilette du bébé, elle utilisait des gants de toilette et du savon, désormais les recommandations sont de n'utiliser que de l'eau ! Le nettoyage du nez a également changé, avant les professionnels préconisaient du sérum physiologique, actuellement c'est seulement un bout de coton qu'on roule qu'on passe sous l'eau et qu'on enfle dans le nez. Les oreilles c'est pareil c'est un bout de coton qu'on passe dans l'oreille terminé. Elle pense qu'avant la toilette était plus minutieuse. Elle évoque les plis au niveau des bras qu'il fallait bien essuyer alors que désormais c'est rapide. Et puis les positions lors du couché, Mme S a connu toutes les recommandations : couché sur le ventre, sur le côté maintenant c'est sur le dos ! Elle dit que ces changements la font « *rigoler d'une certaine façon* » car elle pense que les professionnels font des aller-retours dans des recommandations qui apparaissent au fur et à mesure des années parfois contradictoires.

Parmi les changements, elle signale « qu'avant », lorsque des prises de sang étaient faites, on profitait des prélèvements pour faire le groupe sanguin des enfants désormais ce n'est plus fait. Mme S trouve absurde de devoir multiplier des prélèvements. Elle signale également « *qu'ils ne vous remplissent plus non plus le carnet de santé* » c'est elle qui a noté les indications dans le carnet. *Le pédiatre n'a vu sa fille que le lendemain de sa naissance il n'a donc rien marqué. Lorsqu'il l'a vue, il a simplement vérifié les réflexes de la marche qu'elle n'avait pas encore vraiment, la fontanelle, il ne l'a pas pesée, il a pris le périmètre crânien, il n'a pas pris la taille, il n'a pas pris le poids, il a simplement écouté les battements cardiaques et au niveau pulmonaire et c'est tout*». Parmi les changements notoires elle évoque l'absence de balance pour la pesée des bébés qui ne semble plus utile aux professionnels qui estiment que les bébés allaités prennent aux seins ce dont ils ont besoin alors qu'avant ils étaient pesés à chaque tétée. Mme S pense que les pratiques des professionnels sont devenues « *légères,* » « *trop légères* » pour une maman primipare et légère tout simplement pour l'ensemble des mamans. Elle pense d'ailleurs que « *ça doit être angoissant* » pour les mamans qui n'ont pas de relais professionnels en dehors.

Elle dit « *moi j'ai pas de compliments à faire à la maternité* » tout en dissociant son gynécologue de la l'établissement dans lequel il travaille, car c'est un professionnel « *extra ordinaire, quelqu'un de très humain [...]* qui est posé qui prend le temps d'expliquer, de dire, c'est quelqu'un de réservé aussi » en qui elle fait « *confiance à 100%, il n'a pas changé* ». Elle pense que c'est important d'avoir son gynécologue près de soi lors des accouchements. Elle explique que son gynécologue est en quelque sorte victime des regroupements des maternités, « *ça ne lui convient pas du tout mais bon il a été obligé de suivre le mouvement* » et elle-même par ricochet « *j'ai pas choisi franchement c'est vrai que si j'avais pu choisir pour cet accouchement-là je crois que j'aurais pas accouché là. S'il avait pu se déplacer et si j'étais sûre que lui puisse m'accoucher je serais allée ailleurs.* »

Mme S pense que la communication, la relation entre les individus sont des notions importantes et qu'il faut rester vigilant face aux différences entre les individus. Elle prend pour exemple la douleur dont le ressenti est très subjectif et varie entre les femmes au moment de l'accouchement. Elle se souvient qu'à l'occasion de son premier accouchement lorsqu'elle s'était plainte de la douleur, la sage-femme lui avait répondu que le seuil de sa douleur devait être bas. Elle pense par exemple que les méthodes de préparation à l'accouchement doivent être variées et adaptées à chaque femme en fonction de ses attentes et de ses angoisses. Elle indique qu'elle a expérimenté une préparation basée sur le physique, le travail du périnée et une préparation en sophrologie. C'est la dernière qui lui convenait, par la suite, pour chacune de ses grossesses, elle a réutilisé ce qu'elle avait appris à cette occasion. Elle pense que c'est la même chose pour les séances de rééducation post-accouchement, il faut trouver le professionnel avec qui le contact est bon et qui utilise une méthode adaptée.

Mme A, habite dans le Sud Ouest de la Côte d'Or. Elle souhaite participer à cette étude pour soutenir la maternité où elle a accouché de son 3^{ème} enfant, dont elle pense que c'est un lieu humain, dans lequel les professionnels sont profondément à l'écoute des femmes et où une attention forte est portée aux aspects relationnels. Elle avait suivi une préparation à l'accouchement pour la première grossesse mais pour les suivantes elle n'y a pas eu recours car elle n'a pas de temps pour cela, entre ses deux enfants et son activité professionnelle. Mme A est horticultrice, travailleur indépendant.

Pour son accouchement, Mme A n'a pas souhaité recourir à la péridurale. Pour ses deux précédents accouchements elle l'avait demandée mais elle avait mal fonctionné et n'avait pas supprimé la souffrance des contractions. En expérimentant un accouchement sans ce produit elle s'est alors rendu compte qu'elle pouvait récupérer entre les contractions. C'est pourquoi elle a choisi de ne pas y recourir la troisième fois. Elle souhaitait un accouchement « *le moins médicalisé possible c'est à dire éviter la péridurale, se rendre au dernier moment sur la table d'accouchement, être le plus naturel possible* » sans toutefois avoir d'idées préalables sur la façon d'être mais se donner la possibilité d'écouter au moment de l'accouchement ce dont elle a envie. Ainsi Mme A, une fois sur la table d'accouchement s'est retrouvée avec un monitoring qu'elle a voulu retirer après que les sages-femmes aient pu s'assurer que tout allait bien. Les professionnels ont accepté sa demande. Les sages-femmes lui ont donné des conseils qu'elle n'a pas toujours suivis mais elle signale que les sages-femmes ont permis cette liberté. Elle les décrit comme étant très à l'écoute.

Concernant les soins aux bébés, ni elle ni son mari n'y ont assisté. Son mari n'a pas souhaité voir et si cela avait été possible pour elle, elle ne l'aurait pas souhaité car elle sait ce qu'on leur fait, « *on leur met un tube dans le nez* » et ne voudrait pas voir le bébé pleurer. Les professionnels sont « *pédagogues* », ils lui ont raconté et elle leur fait confiance, « *ça lui suffisait* ». Durant ce temps de séparation, les professionnels ont fait les derniers gestes liés à l'accouchement comme refermer l'épisiotomie.

Dans son discours, Mme A mentionne les points sur lesquels la maternité s'intéresse à la relation à chaque femme et soutien les relations entre les femmes. Par exemple elle signale l'intérêt d'une salle de bain « *collective* » dans laquelle les mamans se rencontrent en baignant leur bébé, ce qui leur permet d'échanger sur leurs doutes, (surtout pour les mamans primipares), ou de réaliser qu'elles sont comme les autres mères. Mme A dit qu'à la maternité les mamans sont tellement prises en charge que même lorsque c'est le troisième enfant « *on peut se demander si on va y arriver alors que bien sûr on y arrive et qu'à la maison on ne fera pas comme à la maternité simplement par exemple parce qu'il ne fait pas 25 degrés dans les pièces !* » Elle signale que chaque jour les professionnels, sages-femmes, puéricultrices viennent voir si tout va bien et rappellent leur disponibilité.

Mme A allaite encore sa fille. Elle a allaité les deux précédentes 9 et 14 mois. Elle signale qu'elle a voulu garder son bébé dans sa chambre dès le premier soir et que les puéricultrices ont accepté à condition qu'elle les appelle pour mettre le bébé au sein. Mme A pense que ce service n'aurait pu exister dans une grande maternité qui a beaucoup de femmes qui accouchent car les professionnels ne peuvent être toute la nuit auprès des mères lorsque leur bébé se réveille.

Je lui demande si elle a reçu une proposition orale ou écrite, pour avoir la visite d'un professionnel des services de protection maternelle et infantile et elle me répond non car elle ne s'est pas plainte. Elle explique qu'elle a eu la visite d'une femme de la PMI à la maternité, elle avait d'ailleurs le sentiment que la personne est venue voir si elle allait « *être capable d'élever son enfant* ». Elle décrit son retour à la maison comme un moment difficile où elle aurait eu besoin d'aide mais n'avait pas les moyens financiers de se faire aider et où elle dit en même temps qu'il faut « *à un moment donné se prendre en charge* ».

Mme A dit qu'entre ses 3 accouchements elle a mûri, qu'au premier elle a accepté tout ce qu'on lui a dit, comme par exemple le monitoring alors que ça l'avait déjà embêté. Au 3^{ème} elle s'est sentie plus mature pour exiger des choses gentiment. Elle pense que c'est le lieu idéal pour accoucher en dépit du fait que les gynécos sont techniquement compétents mais « *difficiles d'accès, voire pas très humains* » et que « *quand ils vous examinent ce serait le cul d'une vache ce serait pareil en parlant vulgairement* ». Elle rappelle qu'à la maternité, les femmes ne sont pas des numéros et que les équipes sont à l'écoute et disponibles tant au moment de l'accouchement qu'après en suites de couches. Elle est sensible à la notion de sécurité et d'hygiène et elle pense que les petites maternités dans de petites structures sont des lieux préservés des infections parce qu'ils accueillent un faible nombre de patientes, avec peu d'échanges de virus du fait du peu de services présents dans les structures. Elle pense qu'il manque un service de rééducation post accouchement.

Mme B a 37 ans, elle a accouché de son quatrième enfant. Elle habite dans l'agglomération dijonnaise, elle est cadre. Elle a été suivie par une gynécologue à l'hôpital. Elle a commencé une préparation à l'accouchement en piscine avec une sage-femme libérale mais a été déçue (peu de femmes ensemble, trop physique, pas assez de place pour les angoisses liées à la grossesse et à l'accouchement, trop de « *modes d'emploi* » qui rigidifient les choses alors que chacune est différente).

D'emblée elle dit que son accouchement était « *compliqué* » car quelques jours avant, un médecin a souhaité manipuler le bébé afin de le positionner la tête en bas. Mme B avait refusé cette manipulation argumentant que son bébé ne cessait de bouger, d'ailleurs une date de césarienne avait été programmée et le jour dit, le bébé s'était retourné, mais pour quelques heures seulement. La césarienne n'avait alors pas été pratiquée. Mme B s'est présentée à l'hôpital, elle avait des contractions régulières mais le travail ne semblait pas se déclencher et le bébé s'était de nouveau retourné. Un gynécologue, différent de celui qui l'avait suivie, a décidé de la « *verticaliser* » à l'aide de draps maintenant le bébé et la mère dans une certaine position qu'elle décrit comme très inconfortable, ressentant son bébé « *se débattre* » dans son ventre. L'objectif était de maintenir le bébé dans une position céphalique. Elle est restée « *encerclée* » dans ces draps une journée et une nuit, ressentant son bébé bouger, et il s'est repositionné la tête en haut ! Son gynécologue initial est venue la voir, Mme B lui a expliqué ce qui lui avait été fait, apparemment, les gynécologues n'étaient pas d'accord sur la conduite à tenir. Mme B a finalement eu une césarienne, pratiquée par sa gynécologue, son bébé avait le cordon enroulé autour du cou, il pesait 4kg360. De cette expérience Mme B dit que c'est mieux d'être suivi par la même personne du début à la fin car son gynécologue initial avait de toute façon évoqué une césarienne pour différentes raisons et il lui semble que l'autre gynécologue s'est trompé en voulant essayer de repositionner le bébé parce qu'elle n'avait pas suivi l'ensemble de la grossesse, elle a donc appliqué une pratique qui aurait pu fonctionner avec un autre bébé mais pas avec le sien !

Mme B estime que son suivi de grossesse a été très lourd, elle dit qu'elle devait se rendre à l'hôpital presque 3 fois par semaine. On lui a dépisté un diabète gestationnel, elle a du voir un nutritionniste, un diabétologue, se piquer régulièrement, adopter un régime alimentaire dont elle dit qu'il lui a fait prendre plus de poids que lors de ses précédentes grossesses. Pourtant son taux de sucre était une fois sur deux en deçà du niveau auquel on qualifie le diabète gestationnel, elle pense que le suivi était démesuré par rapport à son problème. Après s'être assurée que son bébé allait bien, (mouvements, rythmes cardiaques) et que le liquide amniotique était correct, elle a souhaité réduire la fréquence de ses visites, son gynécologue a accepté en expliquant que les examens initialement proposés étaient la règle systématique.

Parmi les souhaits auxquels elle avait déjà pensé pour ses précédentes grossesses, Mme B aurait bien aimé accoucher accroupie en piscine mais elle dit en avoir peu parlé avec les professionnels car « *à chaque fois qu'on l'aborde de toute façon c'est des trucs très difficiles, c'est pas possible* ». Elle pense que ce n'est pas possible pour plusieurs raisons, ces façons différentes d'accoucher lui semblent réservées « *aux personnes très riches qui peuvent se permettre d'avoir le temps de se renseigner, de savoir où aller ensuite et d'avoir les moyens d'aller à l'endroit où ça se fait, car il y a peut-être 2 ou 3 cliniques en France dont l'essentiel à Paris* ». Elle se demande si « *on pourrait pas laisser les choses naturellement et puis être détendue tranquille et quitte à accoucher soi-même, être assise ou accroupie ça doit être la meilleure position, parce qu'on doit pouvoir prendre son bébé soi-même* ». En même temps Mme B a intégré l'idée selon laquelle chaque femme pourrait avoir des souhaits particuliers et qu'il n'est pas possible de les mettre en œuvre pour chacune. Elle dit qu'elle n'est pas d'accord avec certaines pratiques mais qu'elle les accepte parce qu'elles génèrent aussi du bénéfice, « *qu'on ne peut pas tout avoir* ». Actuellement elle note que « *il y a des excès du fait d'angoisses trop fortes et de ce système anglo-saxon où on porte plainte facilement où il faut zéro défaut, où il n'y a plus droit à l'erreur humaine, ça c'est intolérable, ce système là où on vous matraque d'information pour se protéger de tout, il n'y a plus d'humanité* ».

Par ailleurs, elle signale que si les femmes se mettent à accoucher en l'absence de tous gestes techniques, les professionnels pourraient avoir la sensation « *d'être payé à ne rien faire* », on pourrait leur rappeler alors que leur tâche principale serait d'apporter une aide humaine et psychologique.

Mme C a 26 ans, elle habite dans l'agglomération dijonnaise, elle est cadre. Elle vient d'avoir son premier bébé. Sa grossesse a été suivie pendant 6 mois par sa gynécologue libérale, puis elle a effectué les dernières visites à la maternité. Elle signale que personne ne lui a indiqué le fonctionnement de la maternité et que d'office un rendez-vous a été pris auprès d'un gynécologue sans savoir qu'on pouvait également le faire auprès d'une sage-femme. Elle a eu le sentiment que ce médecin suivait peu ses dossiers. Concernant les résultats des examens prescrits, elle lui posait des questions dont les réponses étaient déjà dans le dossier ou ne faisait pas le lien entre les différents résultats d'une consultation à l'autre ou reprenait des points qui avaient déjà été questionnés à la précédente consultation. Par ailleurs en consultation, les examens étaient réalisés par des étudiants, le médecin était assis derrière son bureau et Mme C avait le sentiment que le médecin ne contrôlait pas les pratiques des étudiants ce qui ne la rassurait pas.

Elle insiste sur le fait qu'en arrivant à la maternité, le gynécologue l'a beaucoup angoissée parce qu'elle avait un petit ventre, « *elle était obnubilée par mon ventre qui était petit, je sais pas pourquoi elle s'est inquiétée là-dessus tout de suite alors que ça n'avait pas inquiété mon gynécologue avant* », en lui faisant faire un tas d'examen alors que tout allait très bien depuis le début. Elle avait également de la tension mais elle se demande si cette tension n'était pas générée par le stress. Finalement Mme C. dit du médecin qui l'a suivie à la maternité qu'il « *fait un suivi comme ça sans s'occuper du patient, finalement il regarde si tout va bien et puis voilà. Il passe à la suite sans le connaître justement, lui demander comment ça va, jamais il ne m'a demandé dans les consultations si j'allais bien, si je dormais la nuit si euh, enfin des petites questions toutes bêtes mais comment se passait la grossesse, jamais il ne m'a posé ces questions là quoi, moi c'est ce côté là que j'attendais moi c'est des relations humaines* ».

Lors de la préparation à l'accouchement elle dit avoir appris des techniques de respiration, et des positions d'accouchement différentes qui ne peuvent être appliquées une fois au bloc d'accouchement car les sages-femmes recommandent d'autres pratiques. Elle a donc le sentiment que les sages-femmes de la préparation et du bloc ne communiquent pas. Toutefois elle est satisfaite des qualités relationnelles de ces professionnels et estime avoir été bien préparée à son accouchement. « *On fait la visite des locaux, ça aussi c'est bien de savoir où il faut se rendre quand le moment arrive parce qu'on ne sait pas forcément. Ça c'est pas mal, visiter les chambres et tout* ».

Au moment de l'accouchement elle a apprécié les qualités humaines des sages-femmes ainsi que leurs conseils et leur « *professionnalisme* ». Elle souligne également le rôle des élèves sages-femmes très présentes sur cet aspect relationnel. Concernant la péridurale, Mme C. ne voulait pas la prendre tout en ne sachant pas comment elle allait supporter les contractions. Arrivée au bloc avec une appréhension vis-à-vis de l'accouchement, elle dit qu'elle commençait à avoir mal « *moi je voulais attendre encore un peu et c'est vrai que la sage femme m'a poussée elle m'a dit vous allez souffrir pour rien vous allez vous fatiguer, il vaut peut être mieux la faire maintenant, peut-être qu'après on ne pourra plus la faire en plus, donc c'est elle qui m'a poussée et heureusement parce qu'après une fois qu'il y a la péridurale ça va tout seul* ». Mme C. n'a pas senti son bébé sortir car elle était complètement anesthésiée « *même pour pousser, je poussais n'importe comment parce que je savais pas comment fallait faire et je sentais pas mes muscles* ». Elle me disait « *non, non faut pas pousser comme ça, faut pousser comme si vous alliez à la selle mais je sentais pas j'arrivais pas c'est un peu bizarre hein. L'anesthésie très bien, en plus l'anesthésiste qui repassait après pour savoir et pis qui disputait les sages femmes parce que justement elles voulaient pas trop que je mette de liquide au moment de l'expulsion pour que je sente et l'anesthésiste a dit "non il faut pas qu'elle souffre donc vous la laissez mettre du liquide et tout" et ils se sont disputés un peu. Parce que j'ai dit "ben j'ai pas le droit d'appuyer sur la pompe, elles veulent pas" et "comment ça ? faut pas que vous souffriez ça sert à rien sinon" donc c'est vrai que non c'était pas mal ça. Non c'est vrai l'accouchement enfin mon mari et moi on en garde vraiment un bon souvenir ça c'est vraiment super bien passé, bon il y avait pas trop monde donc ça a facilité les choses aussi parce que le personnel était plus présent.* »

Concernant les soins aux bébés à la naissance, elle dit avoir appris lors de la préparation à l'accouchement ce qui était pratiqué et aussi parce que le papa était présent « *Après c'est vrai qu'ils lui ont fait 2- 3 petites piqûres je sais pas trop pourquoi, elle s'est retrouvée avec un petit pansement on n'a pas su ce que c'était bon on n'a pas demandé dans le ko total on a peut être oublié de demander aussi mais non. Le lendemain si ils sont venus nous demander si on voulait faire la prise de sang pour détecter certaines maladies là donc ça ils préviennent bien, ils nous expliquent ils prennent le temps. Quand ils l'auscultent le premier jour, enfin le 2^{ème} jour aussi ils expliquent un peu aussi, et puis il y a le 3^{ème} la fameuse prise de sang pour la sortie mais ça ils expliquent aussi non ça a été. Mais bon il n'y avait pas de problème.* »

Le 1^{er} jour Mme C. a été aidée par une auxiliaire pour donner le bain et elle pense que c'était bien ; ils viennent dans la chambre et les jours suivants les mères vont dans une salle appropriée se débrouillent seules. Les jours où elle fait seule, elle dit « *J'imaginai pas qu'on nous abandonnait comme ça et qu'il fallait se débrouiller toute seule. Donc c'est ce côté là moi je pense qu'il faudrait quand même améliorer* ». Mme C regrette que durant les suites de couches seuls les soins aient été privilégiés au détriment de la relation dans un moment de grand bouleversement et d'émotions contradictoires (*on peut pleurer et rigoler*). Elle indique que le côté confort n'est pas le plus important pour elle, qu'elle n'a pas été gênée par les douches en dehors de la chambre ou les toilettes à

l'extérieur. Toutefois, ses volets ne fonctionnant pas, elle est restée 3 jours sans lumière « naturelle ». En suites de couches, elle trouve qu'elle a manqué de relations avec les professionnels.

Au moment de la sortie Mme C. dit que la maman n'a pas besoin de soins spécifiques, elle a rencontré une sage-femme avant le départ qui lui a indiqué qu'elle pouvait appeler la maternité si elle avait des problèmes avec sa montée de lait. Mme C. n'a pas souhaité allaiter son bébé car elle n'avait pas envie de ce rapport au sein mais personne ne lui a vraiment expliqué comment faire avec les biberons, le dosage du lait pour le retour à la maison. Elle dit que ce sont les grands-mères qui l'ont alors aidée. À son retour elle a apprécié les passages de la sage-femme, c'était un peu dur car le bébé a beaucoup pleuré pendant 48 heures et qu'elle ne savait pas toujours quoi faire. Elle pense que la visite 48 heures après la sortie de la sage-femme est un très bon moment.

Mme D a 34 ans, elle a 3 enfants, elle est aide-soignante, elle habite au Sud de Dijon. Ses deux premiers enfants sont des jumeaux nés à Dijon, son dernier accouchement a eu lieu dans une autre commune. La fois précédente elle n'avait pas fait de préparation à l'accouchement car elle avait été hospitalisée à 7 mois de grossesse, et cette fois-ci elle n'a pas pu la faire entièrement car elle avait trop mal au dos pour poursuivre les cours en piscine, elle a accouché plus tôt que prévu donc elle n'a pas pu avoir « *le cours théorique sur l'allaitement* ».

Une césarienne était prévue le 17/2 mais l'accouchement s'est déclenché naturellement le 13/2, le bébé était en siège, elle est née par césarienne. Son mari ne tenait pas à assister à l'accouchement. Mme D dit qu'elle était « *bien encadrée* » par les professionnels, « *dès que j'avais besoin de quelque chose ou de renseignements ou qu'on m'aide il y avait quelqu'un* ». Elle pense que la seule chose qui lui a manqué c'est « *le cours théorique sur l'allaitement* ».

Elle sait parce qu'elle l'a appris en cours lors de sa formation initiale quels soins sa fille a reçus à la naissance, personne ne lui en a parlé à la maternité. Elle ne sait pas si ça lui aurait plu de voir les soins « *parce que je sais qu'ils mettent un tuyau dans le nez, je préférais la voir loin* ».

Elle dit « *qu'elle fait confiance de toute façon, que ce qu'ils (les professionnels) font c'est important* ».

Elle pense que le plus important au moment de la naissance c'est de bien informer les gens sur ce qui va se passer, d'avoir de la pédagogie, prendre ce temps même si une urgence existe parce que ce moment conditionne la façon dont la naissance est vécue.

Mme D a rencontré des difficultés avec l'allaitement qu'elle a abandonné le lendemain de sa sortie de la maternité, 8 jours après l'accouchement. D'abord sa fille avait du mal à prendre le sein car Mme D avait un « *téton ombiliqué* ». Elle dit qu'à la maternité les professionnels lui ont expliqué mais que ce n'était pas très précis, qu'elle a également utilisé des tétines en plastique. De retour à la maison, sa fille hurlait, elle a loué un tire-lait et n'a pu tirer que 60 grammes pour les 2 seins ce qui l'a amené à dire qu'elle n'avait pas assez de lait. Elle avait acheté du lait maternisé et l'alimentation se passait mieux au biberon, elle a donc arrêté. Avant de décider d'arrêter, elle a essayé d'appeler 2 numéros de téléphone qui figuraient sur un dépliant que lui avait remis les professionnels de la maternité, personne n'a répondu à ces numéros, elle n'a pas appelé son médecin ni la personne de la PMI dont elle avait les coordonnées. Elle répète qu'elle a cherché des informations puisqu'elle a appelé et plus loin elle dit que de toute façon à la maison, elle avait les jumeaux à s'occuper et ne pouvait « *se permettre de garder sa fille aux seins pendant des heures* ». Elle pense que pour réussir l'allaitement il faut être très disponible, finalement elle pense qu'elle ne devait pas être très motivée.

Mme D est sensible aux aspects relationnels. En parlant de son expérience elle souligne la disponibilité des professionnels qui ont su être à son écoute et les qualités du médecin (qui pourtant n'était pas le gynécologue qui l'a suivie) qui a pris le temps de lui expliquer comment allait se dérouler la césarienne.

Mme E est comptable, elle a 2 enfants, elle habite au Sud de Dijon. Lorsqu'elle a pris contact avec le gynécologue de la maternité on lui a indiqué qu'il valait mieux qu'elle poursuive le suivi avec son généraliste car « *les rendez-vous étaient tous pris* », mais ne se sentant pas à l'aise avec son médecin généraliste, elle a sollicité une gynécologue médicale qu'elle connaît par ailleurs. La première échographie a été réalisée par un cabinet d'imagerie. Mme E a du faire des échographies chaque mois car le radiologue du cabinet d'imagerie a d'emblée dit que le bébé n'était « *pas normal* » car il ne se situait pas dans les courbes et que des difficultés de datation de la grossesse existaient. En réalité une erreur de date a été faite au sujet des dernières règles. Ainsi jusqu'au moment où Mme E a vu le gynécologue de la maternité où elle a accouché elle avait des craintes sur la santé de son bébé, elle avait même envisagé une interruption médicale de grossesse avec son mari. Elle dit « *cette histoire d'échographie, à la fin on se demande ce qu'on va trouver d'autre quoi* ». À la maternité, le gynécologue a examiné le dossier et dit que toutes ces échographies n'étaient pas nécessaires, qu'un bébé n'est jamais dans une courbe !

Mme E appréhendait son accouchement du fait de sa première expérience qui avait été difficile notamment pour son époux qui avait été invité par le gynécologue à se mettre à côté du médecin pour voir le bébé sortir, la tête entre les forceps. Mme E dit en même temps qu'elle aurait aimé être conseillée sur ce point et qu'on ne peut rien prévoir, que tout est aléatoire.

Elle a accouché rapidement, 3 heures après son arrivée à l'hôpital son fils était né. Elle souhaitait une péridurale mais les résultats des examens sanguins ont été retardés et le bébé est arrivé trop vite, l'anesthésiste n'a pas eu le temps. Elle avait déjà eu une péridurale pour son accouchement précédent qui avait été déclenché et avait duré 19 heures. Elle redoutait un peu la péridurale car elle ne connaissait pas l'anesthésiste et « *avait peur que ça râte* ». C'est une sage-femme qui l'a aidée à accoucher. Elle a choisi la position sur le côté qu'elle a expérimentée sur proposition de la sage-femme.

Elle a fait une préparation à l'accouchement à domicile avec une sage-femme libérale qui lui a également « *fait travailler le périnée* ». Concernant la préparation et plus précisément la poussée, elle dit « *on a l'impression quand elle nous explique qu'on comprend et quand arrive le moment on oublie tout* ». Ensuite le bébé a été posé sur son ventre et mis au sein. Le bébé est resté près de sa maman jusqu'à ce qu'elle soit emmenée dans sa chambre. Entre la naissance et la mise au sein, les professionnels ont lavé, mesuré le bébé mais elle ne sait pas si des examens ont été pratiqués, elle ne se souvient pas qu'on lui ait dit ce qui était fait. Elle dit que c'est son mari qui était près de l'enfant et qu'elle se sentait fatiguée et n'aurait donc pas souhaité voir ce qui était fait à l'enfant. L'enfant ne parvenait pas à téter correctement du fait d'un frein de langue important, il a donc perdu du poids. Mme E tirait son lait et donnait des compléments de biberon. Elle a attendu que la courbe de poids remonte suffisamment pour sortir de la maternité. Elle dit que les professionnels l'ont beaucoup soutenue psychologiquement car elle tenait à allaiter et a culpabilisé du fait de la perte de poids de son fils. Au bout d'un mois, son fils ne tétant pas, elle n'a plus eu de lait et a donné des biberons.

En sortant, Mme E devait revenir à la maternité 2 jours après pour confirmer la reprise de poids, les professionnels lui avaient dit qu'ils étaient disponibles en cas de souci mais elle dit « *de toute façon j'ose pas moi, je sais je suis bête mais j'ose pas demander si il y a un souci je veux pas les déranger ils ont assez de travail dans leur service et puis la sage-femme libérale encore pire donc bon j'ai fait, si vraiment j'avais été coincée je pense que j'aurais peut être appelé la sage-femme libérale* ».

À la sortie de la maternité, Mme E appréhendait un peu la réorganisation, la réaction de son premier enfant.

Elle signale qu'elle a eu les papiers de professionnels de la PMI mais elle dit que de toute façon elle ne les dérangera pas car elle pense que ses problèmes « *sont peut être inférieurs aux problèmes des autres ils doivent avoir des cas bien plus graves que moi, mais bon je savais quand même ce que c'était qu'un bébé quoi j'étais pas démunie, mais c'est vrai que j'aurais pas eu la présence d'esprit de les appeler ou d'aller les voir* ».

Mme E pense qu'elle n'a pas été suffisamment informée au sujet de l'allaitement et notamment, elle s'attendait à ce que quelqu'un vienne la voir à la maternité pour échanger sur ce sujet, quelqu'un d'une association qu'elle aurait pu voir au retour à la maison également. C'est son premier gynécologue qui lui a expliqué comment fonctionnait l'allaitement. À la maternité, les professionnels sont restés pendant la tétée pour l'aider mais ça n'a pas fonctionné. Elle dit qu'elle n'aurait pas appelé elle-même une association.

Pour Mme E le plus important pour les mamans est surtout d'être rassurée, soutenue psychologiquement. Il est important pour elle d'accoucher dans un lieu où tout peut être fait pour l'enfant en cas de problème et elle est rassurée par les outils tels que « *le monitoring, tout ce qui est lié, je sais pas l'échographie on sait jamais on sait pas ce qui peut se passer au moment de l'accouchement, le cordon ombilical autour du coup il faut pouvoir réagir vite dans ces coups de temps là, ou quand le bébé a avalé du liquide amniotique* ». Elle pense que les maternités sont faites pour que l'accouchement se passe dans les meilleures conditions matérielles et ajoute que « *peut être au niveau psychologique c'est peut être pas top dans toutes les maternités* » notamment du fait d'une hausse de

l'activité dans certaines maternités qui fait que les professionnels ne peuvent passer le temps nécessaire auprès des femmes.

Elle pense que les mamans ont besoin de rester plus de 3 jours à la maternité pour comprendre ce dont a besoin le bébé et reconnaître et interpréter les signes de ses besoins. Mme E souligne qu'elle a pu revoir la sage-femme qui l'a accouchée durant son séjour et que c'était important que ce lien puisse se faire durant son séjour car elle avait partagé son accouchement, ce moment important avec cette sage-femme et la visite en suites de couches a donné un côté humain à l'accouchement qui n'était alors pas un acte fait à la chaîne par cette professionnelle.

Mme E a consulté un ostéopathe pour son bébé car il avait des problèmes de digestion et de régurgitation et elle pense que ce type de professionnels pourrait intervenir bien plus tôt auprès des bébés au cours du séjour en maternité.

Mme F a 30 ans, 3 enfants, les deux précédents ont 4 ans et demi et 2 ans et demi. Elle est institutrice, son mari médecin. Son mari est absent du domicile une grande partie de la semaine, sa famille est éloignée, celle de son mari vit à l'étranger.

Mme F évoque tout d'abord les changements entre ses grossesses. Avant, pour le suivi de grossesse, elle continuait à aller voir sa gynécologue de Dijon et pour les deux dernières visites elle venait à Châtillon. Cette fois-ci, elle s'est orientée vers la maternité très tôt car il fallait s'organiser pour faire garder les enfants et se rendre aux consultations, c'était compliqué, il y avait les kilomètres... Cette fois-ci elle n'a pas fait de préparation à l'accouchement car elle dit que de toute façon, la respiration, elle y arrive en cours et puis sur le moment elle ne sait plus comment faire. Elle a retenu des deux précédentes préparations des positions « *soulageantes* » au moment du travail et de l'accouchement, c'est suffisant.

Pour cette grossesse, elle a eu des angoisses, s'est posée des questions qui ne lui étaient pas venues à l'idée les autres fois. Par exemple elle a pensé que ce bébé pouvait ne pas sortir. Elle a été très enrhumée cet hiver, elle avait peur d'étouffer, de ne plus pouvoir respirer. Son mari a appelé ces pensées, des pensées archaïques. Elle dit en parlant de la profession de son mari, que c'est bien parce qu'il sait ce qui est grave ou non, il peut la rassurer sur les aspects « *techniques* », et en même temps qu'elle ne pouvait pas se plaindre car il lui rappelait que la grossesse n'est pas une maladie. Pour cette dernière grossesse elle a eu une amniocentèse, elle s'est beaucoup inquiétée même si son mari lui a expliqué que ce bébé-là avait aussi peu de chance d'avoir la trisomie que leur fille aînée car de nombreux facteurs en dehors d'une anomalie chromosomique pouvaient faire varier le niveau des hormones mesuré par le test.

Concernant l'accouchement, la maternité est à 5 minutes à pied, elle dit que c'est pratique. Pour le premier, elle a accouché avec une semaine de retard, pour le second, l'accouchement l'a surpris, le bébé est arrivé 3 semaines en avance et le dernier est arrivé un jour après la date présumée du terme. Elle dit que c'était bien car tout était prêt, tout le monde était là. La grand-mère a pu s'occuper des enfants, le papa était présent à l'accouchement, à chacun de ses accouchements d'ailleurs. Pour l'accouchement elle ne souhaitait pas avoir de péridurale parce qu'accoucher de façon naturelle lui semblait important. Pour son mari, elle voulait lui montrer qu'elle était capable d'accoucher sans péridurale, c'est aussi ce qu'il attendait d'elle, pour se sentir femme et mère. Mme F, n'exprime pas d'autres souhaits par rapport à la naissance.

Elle raconte son accouchement : elle était en salle de travail, a accouché « *normalement sur une table* »... Elle souligne l'ambiance familiale de la maternité. Elle y est restée 5 jours, a failli partir le 4^{ème} et puis finalement elle est restée 5 et c'était bien, car elle savait comment les choses allaient se passer en rentrant, qu'elle ne pourrait pas se reposer. À la maternité, elle a toujours gardé son bébé vers elle. Elle le mettait près d'elle dans son lit même si on lui a dit qu'il ne fallait pas dormir avec. Elle dit qu'on ne peut pas allaiter un bébé près de soi et le remettre ensuite dans un lit froid car il va pleurer à cause du froid. Mme F dit qu'elle garde beaucoup ses enfants contre elle, les berce aussi beaucoup. À la maternité on lui a dit que ce n'était pas bien parce qu'ensuite ils ne veulent plus quitter les bras de leur mère. Mme F pense le contraire. C'est parce qu'ils ont été entourés, bercés, portés qu'ils peuvent ensuite être autonomes.

Mme F allaite son bébé, elle a eu des difficultés, quelques crevasses et c'est vrai qu'elle ne savait pas trop quoi faire. Finalement elle a mis des bouts de sein en plastique, elle a parlé de ses problèmes autour d'elle, avec sa sœur. À la maternité tout s'était bien passé, c'est après que les choses s'étaient dégradées.

Mme F pense que rien n'est fait pour les enfants dans notre société. On ne laisse pas le temps aux enfants d'être des enfants et d'abord des bébés. On veut par exemple que les mères ne les portent pas trop, on les retire de leur mère pour que la mère se repose de son accouchement et l'enfant doit s'adapter à tout ça, rapidement. Mme F n'est pas d'accord avec ça. Elle dit aussi qu'à la maternité, tout le monde est là, on s'occupe des mamans et quand les mères sortent, elles se retrouvent seules chez elles avec leur(s) enfant(s). Elle dit que c'est difficile ce retour en étant seule avec tout à faire. Mme F a accepté la visite de la sage-femme de la PMI qui a regardé avec elle comment les choses se passaient. Elle dit que c'était positif mais peut-être trop rapproché de l'accouchement. Elle sait que des professionnels sont là pour aider mais qu'il est difficile de sortir pour dire à quelqu'un ça ne va pas, elle n'y arrive pas. Elle aimerait plutôt qu'on vienne la voir. À la maternité on lui a proposé, mais à ce moment-là tout allait bien, c'est maintenant que les choses sont plus difficiles (4 mois après l'accouchement). Par exemple elle dit que quand on a plusieurs enfants, on n'est plus disponible de la même façon pour les autres et on a le sentiment qu'on y arrivera pas parce qu'on a le bébé et les autres sont aussi en demande. On se sent mauvaise mère. Il faut rabaisser ses exigences par rapport à soi.

Elle ressent fortement l'individualisme des gens et leur inattention aux enfants. Elle souligne que la société sait en revanche utiliser les enfants pour en faire des consommateurs.

Mme G a 27 ans, un enfant. Elle a accouché dans la maternité où elle a travaillé comme ASH. Durant sa grossesse, elle a été suivie par un gynécologue qui a un cabinet en ville et travaille à l'hôpital. Elle a réalisé une préparation à l'accouchement qu'elle juge très satisfaisante, basée sur de la sophrologie. Elle y a appris des techniques de respiration, elle dit que ça lui a permis de visualiser l'accouchement.

Elle s'est sentie perdue face à toutes les démarches à faire durant la grossesse : administratives avec les papiers à remplir, puis médicales elle dit « *au niveau médical je me suis adaptée, après mon médecin m'a donné le planning ça allait mieux* ». Elle insiste en disant que c'était un peu le brouillard, que « *psychologiquement on ne sait pas trop où on va* », que c'est un peu abstrait et qu'elle aurait aimé qu'on lui explique plus les choses.

Mme G a accouché 4 jours après la date théorique du terme, sans déclenchement puisque les contractions ont commencé la nuit précédent le déclenchement programmé. Elle ne voulait pas de péridurale « *que si je souffrais trop* » et a accouché sans y recourir. Elle dit qu'elle n'a eu vraiment mal que lorsqu'ils ont percé la poche des eaux mais c'était trop tard pour la péridurale et elle indique qu'elle est « *très fière* » de ne pas l'avoir prise, « *c'était dur mais beau* ». Ce qu'elle regrette en revanche c'est de ne pas avoir pu marcher, prendre l'air, être debout, et qu'on lui ait dit de s'allonger, elle pense que la sage-femme avait peur qu'elle tombe ou se sente mal. Elle se souvient qu'il y avait beaucoup de monde autour d'elle (élève sage-femme, élève infirmier, interne, aide-soignante) au moment de l'accouchement mais comprend qu'ils doivent apprendre leur métier, « *ça fait bizarre et c'est rassurant aussi* ». Le père du bébé était présent à l'accouchement.

Après la naissance, le bébé est resté sur elle 1h30 en salle de naissance (présence du père) ; ensuite il a été baigné dans la chambre en présence de la mère « *ça c'était bien* ». Elle est restée 7 jours à la maternité. Elle donnait son bain au bébé vers 10/11h le matin, le papa en a donné quelques-uns ; « *ça c'était sympa* ». Elle a vu les examens faits au bébé : prises de sang au pied, test de la surdité, visite du pédiatre. Elle préférerait être auprès de son bébé pour les examens pour être rassurée. Durant le séjour à la maternité, elle gardait son bébé près d'elle la nuit.

La première mise au sein a été tentée en salle d'accouchement mais le bébé dormait. La seconde tentative s'est bien passée, quelques heures plus tard. Puis les jours suivants, une crevasse est apparue sur un sein et à partir de là des avis et conseils opposés lui ont été indiqués et elle ne savait plus comment faire pour allaiter. Elle dit qu'elle était perdue, qu'elle n'a « *pas eu trop d'instinct pour ça alors que pour le reste ça allait* », « *pour ça elle avait vraiment besoin qu'on l'aide* » et elle a le sentiment de ne pas avoir été soutenue du tout. Les dernières tétées se sont terminées dans les larmes car elle souffrait, elle a donc arrêté d'allaiter du jour au lendemain. C'est après qu'on lui a dit « *qu'elle aurait pu* » essayer d'autres positions et qu'il existait des tétines en silicone.

C'est autour de l'allaitement que les avis contradictoires ont été les plus perturbants, mais sur d'autres sujets des messages opposés étaient également transmis par les professionnels (couvrir ou ne pas couvrir un enfant => comment l'enfant régule sa température, l'interprétation des pleurs d'un bébé => faim, fatigue, chaleur, etc). Elle a souffert de l'incohérence des attitudes du personnel soignant durant le séjour à la maternité « *il y en a une qui vous dit un truc, une autre qui vous dit autre chose ; du coup on se dit qu'on sait pas faire comme il faut* ».

On lui a donné le numéro de téléphone de la « *Leche League* » mais c'était à elle de faire les démarches et elle n'en avait pas le courage, l'allaitement est devenu traumatisant, elle se sentait coupable de ne pas y arriver; elle a l'impression « *d'avoir été une mauvaise mère* »; d'avoir fait un sevrage trop rapide. Elle ressent une grande frustration et surtout une grande déception car elle tenait à allaiter.

Elle signale également des comportements qui l'ont surprise, comme par exemple le jour où sa fille dormait sur le ventre de sa mère, une puéricultrice est entrée dans sa chambre, a pris son bébé, l'a couché en disant qu'elle devait être fatiguée.

Pour une prochaine grossesse, elle souhaiterait pouvoir choisir sa position pendant le travail et pour l'expulsion (intéressée par les Maisons de Naissance suite à un reportage TV) ; elle s'informerait plus sur l'allaitement mais espère surtout que, dans ce domaine, le suivi et la cohérence des informations seront meilleurs.

Mme I habite dans le Sud Ouest de la Côte d'Or, elle a accouché d'un premier bébé. Elle a choisi sa maternité du fait de la proximité géographique, et « par confiance en la médecine, dans le personnel soignant ».

Au début de la grossesse, elle s'est sentie très démunie, ne sachant pas trop ce qu'il fallait faire et à quel moment il fallait faire les choses ce qui a occasionné des décalages dans les dates des examens. Elle dit que le suivi de la grossesse est « très médicalisé » : *devoir consulter un gynécologue et faire des analyses chaque mois, c'est à la fois rassurant et ça génère de l'angoisse car chaque mois les résultats précédents sont remis en jeu et d'autres moins bons peuvent survenir. Son médecin généraliste l'a orientée vers un gynécologue pour la consultation du 4^{ème} mois. À la maternité, on lui a expliqué que les gynécologues interviennent en cas de pathologie ou si quelque chose se déroule mal, elle savait qu'elle serait accouchée par une sage-femme. Elle en avait rencontré certaines avant car elle avait eu quelques doutes ; elle est allée les voir 3 fois pour avoir une consultation et elle a senti qu'elles étaient « compétentes et sur le terrain ».*

Elle a commencé très tôt sa préparation à l'accouchement (5 mois de grossesse car elle a arrêté de travailler à cette période) auprès d'une sage-femme de la maternité qui propose une préparation en sophrologie, ça l'a aidée « à aborder l'accouchement sans trop d'inquiétude ». Mme I ne voulait pas de péridurale, pour « faire comme ma mère qui avait été contente d'accoucher sans, pour voir ce que c'était que d'accoucher ». Elle a eu des contractions vers 10 heures du matin, s'est rendue à la maternité vers 20 heures et a accouché à 3 heures du matin. Son col était complètement dilaté vers minuit mais elle ne sait pas si c'est « parce qu'elle poussait mal » ou pour autre chose que sa fille a été longue à venir ensuite, pour l'aider à sortir « une sage femme lui est montée dessus, c'est impressionnant » après ça, psychologiquement elle ne pouvait plus pousser.

À un moment les sages-femmes lui ont proposé la péridurale, ne sachant pas quoi faire, elle leur a demandé si « ça allait faire vraiment beaucoup mal ? » ce à quoi les sages-femmes ont répondu par l'affirmative. « Pour profiter vraiment du moment » elle a donc demandé la péridurale mais elle n'a pas fonctionné. Elle garde un très bon souvenir de son accouchement, « moment complètement intime » qu'elle a abordé en toute confiance avec des professionnels disponibles, à l'écoute, encourageantes, gardant une certaine distance par rapport au couple et très agréables, sans regret vis-à-vis de la péridurale. Elle pense que peut être la prochaine fois elle ne la demandera pas, mais précise que « c'est un peu sur le moment ». Mme I a accouché sur le dos. Lors de la préparation on lui avait indiqué que l'on pouvait accoucher sur le côté mais elle a essayé plusieurs fois et elle se remettait sur le dos car elle trouvait la position douloureuse.

Tout de suite le bébé a été posé sur son ventre, on a proposé au père de couper le cordon ce qu'il a fait, au bout d'une demi-heure les premiers soins ont été faits dans une autre pièce avec le papa, puis le bébé a été replacé sur le ventre de la maman, nu sous les couvertures. Mme I ne sait pas quels soins ont été faits à son bébé, c'est son mari qui lui a expliqué, elle précise que ce n'est pas le personnel soignant, « on l'avait pas lavée juste essuyée pour qu'elle reste un peu dans son univers et je sais pas peut être le cordon ». Elle dit qu'elle aurait bien aimé voir tout « on a envie d'avoir tout enfin de rien perdre, c'est un moment tellement incroyable », mais elle dit qu'elle ne l'a « pas vécu comme un manque parce qu'on a vraiment passé beaucoup de temps l'une contre l'autre et j'étais comblée ».

L'allaitement a commencé tout de suite, les sages femmes ont essayé de la mettre au sein et « au début c'est pas facile ». La 1^{ère} nuit on lui a proposé de garder le bébé pour qu'elle puisse se reposer, la 2^{ème} nuit à 1h du matin elle ne dormait toujours pas donc les professionnels l'ont reprise, la 3^{ème} nuit Mme I a gardé sa fille. Elle dit que « l'allaitement s'est bien mis en place, douloureusement comme un début d'allaitement », et guidée par les professionnels de la maternité qui sont « pro-allaitement ».

Elle a accouché le jeudi matin, est sortie le mardi matin. Chaque matin une puéricultrice passe voir comment le bébé se porte, ensuite il y a le petit déjeuner, une sage femme passe également voir comment évolue l'épisiotomie, ensuite a lieu le bain vers 9 heures, et ensuite parfois le pédiatre passe pour voir le bébé dans la matinée, les puéricultrices sont très disponibles pour répondre aux questions et aux doutes des mamans.

Le premier bain a été donné par une puéricultrice dans la matinée qui a suivi l'accouchement, Mme I lui a donné le deuxième jour, aidée par une puéricultrice qui « montre comment faire ». Elle dit que c'est un peu déroutant car elle a eu l'impression que le bébé si petit pouvait se casser en deux, « c'est pas facile d'avoir des gestes sûrs tout de suite on a peur de lui faire mal ». Elle pense que la salle de bain de bébés commune permet de voir d'autres bébés, d'autres mamans, et d'être rassurée car d'autres partagent les mêmes inquiétudes.

De retour à la maison, Mme I. évoque un sentiment de solitude et une certaine panique face à la réorganisation du temps dont elle n'était plus maîtresse. Mais elle a été « très très bien aiguillée » et a senti que les professionnels de la maternité étaient encore là si elle avait besoin d'eux après. Mme I ne connaît pas les services de la PMI, elle dit avoir croisé des assistantes sociales à la maternité qui ne lui ont pas proposé de venir la voir car elles ont vu que Mme I n'avait pas de difficultés. Depuis son retour, Mme I a appelé 3 fois les professionnels de la maternité : une fois parce qu'elle avait des crevasses au sein, une deuxième fois parce que sa fille avait des coliques (pleurs durant des heures et un bébé qui se tord) et elle ne savait pas quoi faire et enfin une dernière fois car elle ne

voulait pas arrêter l'allaitement en reprenant le travail et ne savait pas comment faire. Pour cette dernière question elle a également contacté la Leche league.

Pour Mme I. le plus important autour de la naissance est de « *bien vivre un accouchement car ça implique tout un tas d'autres choses pour la suite et pour l'arrivée du bébé, accueillir le bébé malgré la douleur qu'implique un accouchement, en le vivant bien malgré tous ces petits travers, d'avoir très envie que son bébé soit là, être bien préparée, bien informée, y avoir quand même pensé, faire un peu de relaxation, apprendre un peu à respirer même si le jour J on respire n'importe comment on essaye en tout cas et que le père soit là enfin que tout se déroule en fait très bien* ».

Mme I explique qu'il est difficile de faire suivre une grossesse par un gynécologue et d'être ensuite accouchée par une sage-femme pour des questions de fidélité au médecin même si les sages-femmes sont tout aussi compétentes et lui inspirent une totale confiance.

Elle signale par ailleurs qu'on lui a parlé de contraception 2 jours avant sa sortie de la maternité et pense qu'elle l'aurait évoquée sinon.

Mme I est retournée à la maternité récemment pour que les sages-femmes voient le bébé et pour leur dire combien elle avait été ravie de son séjour à la maternité. Elle pense qu'il faut utiliser cette maternité, la conserver car les professionnels sont très compétents.

Mme P a accouché d'un premier bébé, elle est de nouveau enceinte au moment de l'entretien. Elle décrit sa grossesse comme « *un moment idyllique* ». Pour le suivi, elle a commencé avec son gynécologue initial qui n'étant pas obstétricien l'a orientée à 5 mois.

Il a fallu choisir une structure et ensuite un professionnel. Son gynécologue lui a parlé du CHU ou de la clinique Sainte Marthe sans mentionner Beaune (son domicile se situe à égale distance entre les deux). Elle ne savait pas comment choisir car après avoir consulté son entourage les avis étaient partagés. Elle a donc choisi « *au hasard* » et c'est finalement son mari qui a décidé prenant en compte le fait qu'il y avait des travaux dans l'un des deux. Toutefois une des premières questions a été de savoir s'il existait un service néonatal car ça lui paraissait important alors que le confort, les repas l'étaient moins, compte tenu du temps qu'elle a passé là-bas.

Pour cet accouchement, elle a fait une préparation en piscine. Elle dit que l'accouchement ne s'est pas du tout déroulé de la façon dont elle l'aurait imaginé et qu'elle n'imaginait pas grand chose, que « *c'est dur d'imaginer* ». Mme P a perdu les eaux chez elle à 7 heures, s'est présentée à la maternité à 9h. Les sages-femmes l'ont auscultée, ont « *vérifié que le travail avait commencé* » puis la péridurale a été posée vers 13 heures, elle signale qu'elle a attendu un peu la péridurale car il y avait beaucoup de monde. Ensuite elle décrit « *je m'attendais pas à ça pour la péridurale, de rien sentir du tout. Moi je n'ai rien senti du tout mais vraiment rien à tel point que je lisais un bouquin comme si de rien n'était et moi je pensais que j'allais sentir quand même, vu les moments qu'on passe avant, une contraction on la sent quand même passer, donc ça fait vraiment bizarre de ne plus rien sentir du tout c'est presque un peu surnaturel* ». Elle dit que « *c'est bien de ne pas avoir mal aussi, mais par contre j'ai été un peu malade avec la péridurale ça me faisait vomir à chaque fois que je remettais du produit, du coup j'attendais et j'ai du accoucher vers 23 h mais bon vu que j'avais pas mal c'est pas contraignant plus que ça* », Plus loin elle dit que pour la péridurale elle n'avait rien décidé auparavant, elle voulait d'abord ressentir les contractions avant de choisir.

Pour sortir le bébé, des forceps ont été utilisés « *parce que je poussais mal ou pas assez ou que j'avais plus de force. Mais bon non ça s'est bien passé dans l'ensemble, je considère que ça s'est bien passé* ». Avant son accouchement, elle pensait que seuls des « *accoucheuses* » (c'est le terme qu'elle utilise pour parler de personnes qui ne font que ça dans leur pratique) pratiquaient les accouchements et non pas des médecins gynécologues. Elle dit que les sages-femmes ont été « *extraordinaires* », qu'elle n'avait pas peur car elle savait qu'elle serait entourée par des professionnels et parce qu'elle n'est pas anxieuse. Elle a été surprise que le médecin arrive au moment de l'expulsion car elle pensait que la même personne la suivrait du début à la fin de l'accouchement, elle n'aurait pas imaginé accoucher toute seule !

Après l'accouchement, le bébé a été posé sur le ventre, le papa ne souhaitait pas a priori couper le cordon mais on lui a proposé et il l'a coupé. Ensuite les professionnels ont enlevé le bébé rapidement car il avait eu des selles et « *parce qu'ils préféraient l'oxygéner un peu je crois enfin s'en occuper* ». Il est revenu une heure après, le temps des soins. On ne lui a pas dit exactement quels soins lui avaient été faits, mais elle a posé la question à son mari. Elle aurait apprécié « *une petite explication* », autant pour savoir ce qui avait été fait au bébé que pour comprendre pourquoi il ne lui avait été redonné qu'une heure après, mais elle dit « *sur le coup on est tellement content que ça passe* ».

Le bébé a été mis au sein après avoir reçu les premiers soins. Cette première tétée s'est bien passée alors qu'après la montée de lait les choses ont été difficiles.

La 1^{ère} nuit (celle de l'accouchement), le bébé a été emmené en crèche et rendu à sa maman vers 6 heures du matin. Elle dit que « *les puéricultrices étaient bien on est bien pris en mains, le seul truc c'est que c'était un peu contradictoire au niveau de l'allaitement moi je trouvais sur la fin parce que entre les puéricultrices qui me disaient il faut faire 1 sein, l'autre les 2 seins, l'autre non tant de minutes plutôt 20 minutes, plutôt 10 il n'y avait pas trop de cohérence, on était un petit peu perdu quand je suis partie de la mat au niveau de l'allaitement* ». En revanche Mme P estime que tout ce qui concerne les soins pour le bébé et pour elle, suite à son épisiotomie était très bien expliqué.

Mme P souligne qu'il était difficile pour elle d'allaiter devant des personnes avec qui elle n'était pas très intime, autant des collègues venus lui rendre visite que des professionnels « *qui étaient là, même sans demander, en général à chaque fois que j'allaitais il y avait quelqu'un qui venait pour voir comment ça se passait* ». Dans ces cas-là les difficultés à allaiter étaient encore plus grandes car ces présences autour d'elle généraient du stress. Elle dit qu'une fois l'allaitement bien enclenché elle a été moins pudique. Elle est restée à la maternité du lundi soir au vendredi midi.

De retour à la maison, le bébé a fait une infection urinaire, il a été hospitalisé à 1 mois, il ne prenait pas de poids. Durant son hospitalisation, Mme P a continué à l'allaiter et des compléments lui étaient donnés au biberon. Une sage-femme venue la voir à la maison lui a indiqué qu'il valait mieux donner des compléments car le bébé n'avait pas pris suffisamment de poids. Cette sage-femme est d'abord venue pour poursuivre les soins de Mme P concernant son épisiotomie, puis pour l'aider pour l'allaitement, car Mme P dit qu'elle était un peu perdue, voyait que le bébé avait faim et ne tétait pas. La sage-femme est venue 2 fois. La deuxième fois elle a pesé le bébé et a prescrit une analyse d'urine. L'allaitement de Mme P a donc subi plusieurs phases, une phase de démarrage

douloureuse mais fonctionnant, rapidement une phase lors de laquelle le bébé a reçu des compléments et où Mme P n'avait plus beaucoup de lait puis une phase où l'allaitement a repris et où les compléments ont pu être abandonnés.

De son séjour à la maternité elle regrette de ne pas avoir eu « *plus de moment seul ou avec son mari et son bébé tranquille, dans un cocon entouré si il y a un problème* », car entre les professionnels toute la matinée et les visites l'après-midi elle n'a pu se reposer. Elle dit que c'était presque parfait mises à part les petites contradictions qu'elles pouvaient avoir.

Le retour à domicile a été plutôt difficile car le bébé pleurait beaucoup et elle ne savait pas trop ce qu'il fallait faire, elle dit à plusieurs reprises qu'elle s'est sentie perdue. Le plus important à la sortie a été la visite de la sage femme à la maison surtout pour le premier bébé, elle pense que ça devrait être systématique du moins imposé, car les questions et les difficultés viennent au fur et à mesure.

Mme Q était aide soignante et vient de terminer une formation de conseillère en éducation familiale, elle habite dans l'agglomération dijonnaise. Elle a 25 ans et a accouché d'un premier bébé. Mme Q. a fait suivre sa grossesse chez sa gynécologue jusqu'au 8^{ème} mois de grossesse. Ensuite elle a été dirigée vers l'hôpital car son médecin n'était pas « *accoucheur* ». Elle attendait d'aller à l'hôpital pour poser des questions sur l'accouchement car elle n'osait pas en poser à son gynécologue ; elle dit qu'à l'hôpital, les sages-femmes connaissent, ont l'habitude d'accueillir des femmes qui n'ont jamais eu de bébé, donc elles savent sur quoi il faut les informer. Toutefois, elle dit que son médecin était à l'écoute notamment lorsqu'elle l'a appelé une fois lorsqu'elle ne sentait plus bouger son bébé.

Elle a commencé les cours de préparation à l'accouchement très tôt, à l'hôpital. C'était très bien, tout était bien expliqué, la sage-femme était très à l'écoute, ça lui a permis de lever des angoisses, et surtout ça l'a aidée pour l'allaitement. Elle voulait allaiter parce qu'elle sait que c'est le meilleur aliment pour un bébé mais en même temps elle avait très peur de ce contact avec les seins. Elle n'a eu qu'une consultation de suivi à la maternité, sa fille est arrivée avec 3 semaines d'avance. Elle avait imaginé un accouchement surtout sans douleur, non pas qu'elle soit « *douillette* » mais elle ne voulait pas souffrir. Un accouchement où elle commencerait tranquillement le travail chez elle et après elle irait à la maternité. Elle répète plusieurs fois le mot douceur. Elle a choisi la maternité de l'hôpital car elle dit qu'elle a une grande confiance dans le service public. Également parce qu'en cas de besoin tout est sur place et enfin parce qu'elle habite tout près.

Le 5 février, elle a perdu du liquide, elle est allée à la maternité mais on lui a dit que l'accouchement n'allait pas forcément se déclencher tout de suite, elle a accouché 4 jours plus tard. L'accouchement ne s'est pas passé comme elle l'avait imaginé, sauf pour le travail. Elle a commencé à ressentir des douleurs dans le bas du dos dans l'après-midi, puis le soir vers 22 heures elle est allée à la maternité car ça faisait 5-6 heures qu'elle avait mal dans le bas du dos, et ça commençait « *à faire vraiment mal et à être long* ». On lui a posé une péridurale, elle était à 6 cm de dilatation. Après elle n'a plus senti, c'était bien, la lumière était tamisée sauf pour l'accouchement mais là c'est normal. L'accouchement lui ne s'est pas passé comme elle l'avait prévu parce que sa fille ne sortait pas et qu'ils lui ont mis une ventouse pour aller la chercher. Elle se souvient qu'à un moment le médecin a dit d'arrêter de tirer sur la ventouse parce que le bébé avait le cordon autour du cou. C'était difficile pour elle car elle a cru que si le bébé ne sortait pas c'était parce qu'elle poussait mal alors que le bébé ne pouvait pas sortir à cause du cordon qui le gênait. Une fois sortie, sa fille a été vite emmenée car elle avait du mal à respirer. Elle a juste eu le temps de voir qu'elle avait un gros hématome sur la tête. Tout le monde a été bien, la sage-femme, l'externe, les élèves sages-femmes mais par contre le pédiatre lui a fait peur. Au bout d'un certain temps il est revenu en lui disant qu'il ne se prononçait pas sur l'état de santé de sa fille, qu'il fallait attendre, qu'elle avait du mal à respirer. C'est la sage-femme qui l'a rassurée en lui disant que sa fille n'allait sûrement pas si mal sinon elle aurait été hospitalisée en néonatalogie, alors que là elle était à la crèche, sous oxygène. Mme Q. est restée 6 jours à l'hôpital et c'était bien car elle ne se voyait pas partir au bout de 3 ou 4 jours. Ce n'est qu'au bout du 3^{ème} jour qu'elle a pu avoir sa fille dans sa chambre la journée mais la nuit elle était emmenée à la crèche pour être surveillée. Pour l'allaitement ça n'a pas été simple, il a fallu qu'elle se batte. Le pédiatre lui a expliqué que sa fille était sous sonde gastrique, et avait perdu son réflexe de succion pour téter. Elle a dû insister pour pouvoir la mettre au sein et elle dit que ça a été très vite pour que sa fille tète correctement. Elle tenait à allaiter, la puéricultrice lui avait proposé de tirer son lait si elle pouvait mais la première fois elle pleurait car elle n'a pu tirer qu'un fond de récipient mais la puéricultrice lui a expliqué qu'il s'agissait du colostrum qui était en faible quantité.

À la maternité elle allait tous les jours à la crèche, les professionnels étaient vraiment à l'écoute, la puéricultrice l'a beaucoup aidée. Les premiers jours ont été très angoissants.

De retour à la maison, elle a beaucoup apprécié les visites de la sage-femme qui est venue 8 fois au total. La première fois, 48 heures après la sortie, c'était le bon moment car elle se posait plein de questions et son épisiotomie lui faisait mal. La sage-femme lui a parlé d'une bouée pour la soulager. Elle l'a questionnée sur les pleurs de sa fille dont elle ne savait pas quel sens leur donner. La sœur de Mme Q est sage-femme mais elle dit qu'elle ne voulait pas lui demander des choses à titre professionnel, même si sa sœur a 4 enfants. Elle dit qu'au retour de la maternité, elle s'est sentie seule, d'ailleurs elle dit que les femmes se retrouvent seules à la maison, même si maintenant les pères ont un congé maternité.

Au bout d'un mois et demi, elle a eu des problèmes avec un sein qui était tout rouge, elle est allée à la PMI dont l'antenne se situe juste à côté de chez elle, une puéricultrice y fait des permanences. Elle croyait qu'elle devrait arrêter l'allaitement, qu'elle faisait une infection mais la puéricultrice l'a examinée et questionnée ; elle avait un sein engorgé, elle a pu continuer à allaiter, en ne lui donnant qu'un sein pendant plusieurs tétées et ça a guéri.

En ce moment, elle donne un biberon à sa fille car elle pense qu'elle n'a plus suffisamment de lait. D'ailleurs la première fois que sa fille a pris un biberon, elle a bu 180 ml. Elle pense qu'en l'allaitant elle ne buvait pas autant.

Mme Q habite en face d'un relais d'assistante maternelle mais elle dit qu'elle n'irait pas les voir pour leur demander des conseils car ils ne sont pas là pour ça, il y a la PMI pour des questions sur la santé. Elle les a en revanche sollicités pour la garde de sa fille. Elle a choisi de faire le suivi de sa fille auprès de la PMI.

Mme R a 27 ans et 3 enfants. Elle n'a jamais fait de préparation à l'accouchement car elle dit qu'on ne lui en jamais parlé. Elle dit qu'elle aurait pu demander mais qu'elle n'y a pas pensé et puis pour sa première grossesse elle habitait à plus de 50 km (aller) de la maternité, pour les deux autres elle avait une activité professionnelle indépendante. Elle dit qu'elle a fait n'importe quoi au niveau de la respiration lors de son accouchement. Elle explique qu'à un moment elle avait très envie de pousser, que la sage-femme lui a dit que son col n'était pas suffisamment dilaté mais qu'elle a dit qu'elle « *n'en pouvait plus* ». La sage-femme a essayé d'accélérer la dilatation, et puis elle a poussé. Mais après l'accouchement elle a saigné longtemps et s'est aperçue à la visite post-accouchement (8 semaines après) qu'elle avait eu le col déchiré et qu'elle avait contracté une infection.

En suites de couches, les trois premières nuits, les professionnels se sont occupés de son bébé. Mme R n'a pas souhaité allaiter. Elle avait essayé pour sa première fille mais elle n'avait pas « *les tétons suffisamment sortis* », le bébé n'arrivait pas à téter, elle avait donc tiré son lait durant 1 mois. Elle dit que de toute façon elle n'aimait pas le contact du bébé avec ses seins. Elle a donc donné du lait maternisé à sa dernière fille. À 1 mois elle a introduit des farines dans le lait. Elle dit qu'à chaque fois qu'elle va chez le médecin et qu'il lui demande si elle a introduit des nouveaux aliments, à chaque fois elle a anticipé de plusieurs semaines. Elle n'a pas le souvenir qu'on lui ait donné des conseils pour l'alimentation de sa fille à la sortie de la maternité. Elle dit qu'elle a veillé à garder la même marque de lait, en précisant qu'elle l'a fait « *elle-même* », de sa propre initiative.

Mme R regrette de ne pas avoir revu la sage-femme qui l'avait accouchée durant son séjour en suites de couches. Consciente que les sages-femmes ne peuvent pas être là tous les jours, elle aurait souhaité revoir la personne au moins une fois. En dehors de ça, Mme R n'avait pas de souhaits ou de demandes particulières, ni pour l'accouchement ni pour les suites de couches. De la même façon elle ne s'est pas interrogée sur les soins qui ont été apportés à sa fille à la naissance, elle dit que « *ça ne l'a même pas turlupiné, je l'ai vue arriver toute emmaillottée dans son pyjama, bon elles connaissent leur métier, on n'a pas besoin de leur dire ce qu'elles ont à faire* ». La visite du 8^{ème} jour a été faite par le médecin généraliste car le pédiatre était absent.

Le seul souci (sans angoisse) qu'a eu Mme R est autour du cordon qui n'était pas tombé au bout de 15 jours et qui suppurait. Pour savoir quoi faire elle s'est tournée vers une amie infirmière qui l'a conseillée, elle l'a signalé à son médecin généraliste à la visite du premier mois, mais tout était terminé. Elle n'a pas pensé à solliciter son médecin au moment du problème.

En parlant de l'accouchement, elle dit qu'à Dijon ils avaient tout sous la main, c'est rassurant mais en comparant le CHU et Châtillon, elle dit à plusieurs reprises que « *le CHU c'est l'usine* » alors que Châtillon « *ça fait plus cocon, même s'il y a plusieurs mamans ça fait plus familial, il y a plus de chaleur humaine* ». Pour elle, l'accouchement « *est un acte médical donc il faut que ce soit dans un cadre hospitalier* ». Elle pense que le professionnel qui aide les femmes à accoucher a besoin « *au moins d'un bras droit, qu'il y ait au minimum deux personnes* ». Avant d'accoucher une première fois, elle pensait que les sages-femmes étaient là pour aider ou remplacer le médecin, elle pensait que c'était « *un gynécologue qui accouchait systématiquement les femmes* ». Aujourd'hui il lui est indifférent d'être accouchée par un médecin gynécologue ou par une sage-femme.

Pour son troisième accouchement, elle est arrivée à l'hôpital à 18h15 et son bébé est né à 20h30. Elle signale qu'on lui a percé la poche des eaux, elle ne sait pas si c'est bien ou pas, elle dit que les femmes « *ne sont pas toutes faites de la même façon* », pour certaines la poche se perce seule chez elles, pour d'autres, on la perce à l'hôpital, mais « *franchement non la poche des eaux, je sais pas du tout si c'est nécessaire de le faire ou si faut attendre que ça se fasse, je sais pas* ».

Compte tenu de sa situation professionnelle, Mme R est « *artisan* », elle avait besoin d'informations pour mieux connaître ses droits autour de la naissance, du congé maternité et du congé parental. Elle est étonnée que personne ne lui ait demandé sa profession à la maternité, on lui a indiqué des endroits où elle pouvait obtenir des informations mais personne n'a pu lui en donner à la maternité. Elle pensait qu'en suites de couches elle pourrait être conseillée par rapport à ces questions administratives. Elle dit que le jour de la sortie de la maternité on lui a remis des documents d'informations qu'elle avait déjà et que ces documents lui ont été remis par une sœur. Elle ne sait pas bien ce qu'est la PMI, évoque le fait qu'elle a failli aller au Centre social pour aller chercher des informations sur les allocations, et fini par dire que ce serait « *pas mal si c'était plus clair* ».

Mme, T, habite dans l'agglomération dijonnaise. Elle a 30 ans, est musicienne, et a accouché d'un premier enfant.

Mme T a été suivie directement par un gynécologue de la maternité et elle est satisfaite de ce suivi. Elle dit avoir vécu une grossesse « de rêve ». Elle a suivi une préparation à l'accouchement qui l'a rassurée (piscine + cours théoriques). Toutefois elle signale que lorsqu'elle a exprimé sa volonté de ne pas recourir à la péridurale lors de la préparation, rien ne lui a été donné comme conseils ou messages pour gérer la douleur « *pendant les cours de préparation j'étais la seule à ne pas en vouloir et la sage-femme oriente quand même bien du côté de la péridurale, elle ne vous explique rien de plus si vous n'en voulez pas* ».

Durant l'accouchement le travail se faisait très lentement, les sages-femmes lui ont administré un produit pour activer les contractions et elle a ressenti une augmentation de la douleur et a finalement demandé une péridurale. Elle dit « *Avec la péridurale, c'était le paradis... vraiment, ça change tout ! Je sentais un petit peu les contractions mais ça m'a calmé la douleur tout de suite. Ce qui fait bizarre c'est qu'on oublie presque qu'on est en train d'accoucher ; je parlais et le travail s'est fait tout seul finalement, ça va très vite avec la péridurale, sûrement parce qu'on est plus détendue* ».

Avec le recul elle et son mari se demandent si ce produit n'est pas injecté pour que les femmes recourent à la péridurale.

Elle a trouvé l'accouchement plus facile que ce qu'elle avait imaginé ; garde un excellent souvenir de la sage-femme qui était très humaine. Le bébé est resté très peu de temps sur le ventre de sa maman car ils l'ont mis sous oxygène étant donné qu'ils l'avaient sorti avec une ventouse ; ensuite il a passé 1 heure en couveuse vers ses parents. Le bébé et sa maman ont été conduits dans la chambre 2h après la naissance. L'enfant a été emmené en nursery pour la nuit sans que la mère ait été vraiment consultée sur ses souhaits à ce sujet « *ils font comme ça avec tous les bébés du jour, j'ai laissé faire, j'ai fait confiance* ».

Mme T a allaité et allaite au moment de l'entretien (4 mois après la naissance). La 1^{ère} tétée a eu lieu en salle d'accouchement ; pas de difficultés particulières. Elle reproche le manque de cohérence dans les discours concernant l'allaitement ; indique qu'elle a fini par mentir à chacune des infirmières qui passe pour avoir la paix et lui donner raison même si elle pratiquait différemment !

Mme T est restée 5 jours à la maternité. Les deux premiers jours le bain était donné au bébé le matin par une puéricultrice sans faire participer la mère, puis les deux autres jours, on montre aux mères comment faire mais avec des sons de cloches différents). Elle signale là encore les incohérences des discours ! Le bébé a été vu par un pédiatre au bout de 2 jours, le médecin lui a fait une très mauvaise impression, il était glacial, ne donnait aucune explication. Le lendemain le bébé a été emmené un quart d'heure pour les examens concernant les maladies génétiques.

Elle ne sait pas s'il existe des possibilités de visite d'un psychologue mais pense que ce serait bénéfique dans certains cas.

Au moment de la sortie Mme T signale qu'elle n'a vu personne dans les couloirs, qu'il n'y a pas eu de visite faite par le pédiatre. Ce n'est qu'à la visite du 1^{er} mois (chez un autre pédiatre !) que la vitamine K a été prescrite.

Pour résumer Mme T note que dans l'ensemble le personnel était sympathique et en particulier la sage-femme du bloc qui « *était formidable* ».

Elle souligne des impressions plus négatives :

Le suivi du bébé un peu succinct (pas de visite de sortie)

Un manque de communication avec les parents

Un manque d'information en matière d'allaitement et une incohérence des discours

Une certaine incohérence dans les conseils donnés lors de la toilette du bébé

Une attitude du pédiatre « *glaciale* » qui « *casse les parents* »

Une incitation à la péridurale ?... Les parents ont eu l'impression que le produit pour activer les contractions était aussi un moyen de « *vendre* » une péridurale car les contractions sont plus douloureuses (le père souligne un surcôt de 170 euros par rapport au tarif de la Sécurité Sociale). Lors d'une 2^{ème} grossesse, les parents refuseront ce produit.

Une sensation que cette maternité est devenue une « *usine à bébés* » et que le paramètre « *rentabilité* » dirige tout. Pour eux cela ne va pas dans le sens d'une humanisation de la médecine.

Mme U a 33 ans, elle habite dans l'agglomération dijonnaise et a accouché d'un deuxième enfant. Entre ses deux grossesses, Mme U a changé de gynécologue et elle s'en félicite.

Elle relate sa grossesse comme un moment jalonné de quelques difficultés et angoisses, des nausées les 3 premiers mois, puis une amniocentèse au 5^{ème} mois (bons résultats) qui a généré une grande angoisse face à laquelle le soutien psychologique de son gynécologue était très important.

Elle a mené une préparation à l'accouchement assez satisfaisante (cours en piscine + cours théoriques).

Elle garde un mauvais souvenir de l'épisiotomie vécue à l'occasion de son premier accouchement, elle a pu aborder ce point avec son gynécologue qui l'a rassurée et la 2^{ème} a été plus réussie.

Elle ne savait pas a priori si elle demanderait une péridurale ou non. Elle a été très déçue par l'encadrement en salle de travail qui a été réalisé par une sage-femme débutante qui paniquait en la voyant souffrir et a demandé une péridurale à sa place ! Mme U estime que la sage-femme a mal évalué la dilatation du col puisque le bébé est né un quart d'heure après.

Elle signale également qu'une perfusion lui a été mal posée car elle ne lui permettait même pas d'allonger son bras.

Elle regrette vivement de ne pas être allée au bout de son accouchement sans péridurale.

Après la naissance, le bébé est resté un petit moment sur le ventre de sa mère puis ils l'ont emmené pour les premiers tests et soins qui ont été réalisés en présence du père. La première tétée a eu lieu en salle d'accouchement.

Le premier bain a été donné le lendemain en nurserie mais la mère est restée « *tranquille* » dans la chambre. Hormis la première nuit, le bébé a dormi tout le séjour auprès de sa mère.

Son bébé a du subir des prises de sang régulières du fait d'une poche des eaux fissurée et de microbes attrapés. Ces prises de sang ont été faites par différentes personnes qui ne se présentaient pas toujours, l'une d'elles du laboratoire ne portait pas de blouse blanche et venait prendre son bébé. Elle était un peu inquiète car elle ne savait jamais vraiment à qui elle confiait son bébé ! (« *on vous embarque votre bébé pour lui faire passer des tas de trucs (...) c'est pas très rassurant* »).

Elle est restée 1 semaine à la maternité du fait d'un problème de ballonnements chez le bébé : elle pense que le pédiatre était alarmiste alors qu'il n'y avait rien de dramatique ! Elle a eu le sentiment d'avoir loué une chambre d'hôtel et d'avoir été livrée à elle-même pendant 1 semaine ; elle préférerait qu'on la laisse tranquille compte-tenu du manque total de cohérences dans les discours concernant la montée de lait, l'allaitement...

Elle pense qu'un soutien psychologique serait bénéfique notamment en cas de baby-blues ou lorsqu'il s'agit d'un 1^{er} enfant (et compte-tenu des informations incohérentes données aux mamans !)

Elle raconte en guise d'anecdote qu'une infirmière a voulu lui faire une piqûre qui ne lui était pas destinée ! Elle a trouvé ça un peu « léger » et se demande si certaines femmes ne se seraient pas laissées faire vu l'insistance de l'infirmière.

Au moment de la sortie, elle a eu la visite du gynécologue et du pédiatre. Elle a changé de pédiatre au bout de 2 mois car celui de la maternité l'avait fait paniquer pour la santé de sa fille et était très désagréable en consultations (nerveux, agressif envers les parents, ne supportant pas qu'un bébé de 2 mois bouge...). Le nouveau pédiatre est très rassurant et a complètement dédramatisé l'épisode précédent puisque le bébé a juste le colon un peu trop long !

Elle se rappelle du pédiatre qui avait été brutal avec son 1^{er} enfant âgé d'un mois : il l'avait tenu par les cheveux pour le maintenir assis !

Elle aurait aimé :

davantage de cohérence dans les discours des équipes de soins

un suivi plus sérieux du bébé et de la maman

un renforcement de l'encadrement en salle d'accouchement quand il s'agit d'une sage-femme débutante

moins de « catastrophisme » chez certains pédiatres

apprendre aux futures mamans à mieux maîtriser la phase de récupération entre chaque contraction

Mme V a 37 ans et 3 enfants nés au même endroit. Elle et son mari sont cadres.

Mme V a fait une préparation à l'accouchement pour sa première grossesse, pas pour les suivantes car elle connaissait déjà les professionnels et les lieux et parce qu'elle pense que ça génère de l'angoisse. Elle a préféré penser que tout se passerait bien et qu'elle serait entourée de personnes pouvant l'aider.

Pour ce dernier accouchement elle ne souhaitait pas de péridurale, ce qu'elle a dit aux professionnels en ces termes « *je la souhaite pas mais si je souffre je serai contente de l'avoir donc j'ai dit vous me dites si vraiment vous sentez que je ne suis plus capable, vous me dites et puis on la fait, mais je la souhaite pas vraiment* ». Elle décrit les sages-femmes et puéricultrices comme des personnes ayant « *un œil médical et un œil proche de la maman* », au moment de l'accouchement elle les sentait « *proche de moi, à l'écoute* ». Ils sont qualifiés et humains et n'hésitent pas à orienter si besoin.

Pour son dernier accouchement elle est restée 5 jours à la maternité, elle estime que c'est la durée qui convient car « *au niveau médical le plus gros est passé et pour l'allaitement le bébé est bien installé, il grossit* ». Elle apprécie surtout de savoir qu'elle peut compter sur les professionnels et les solliciter si elle en a besoin. Elle souligne la propreté des lieux, l'intérêt d'une nurserie collective où les mamans se retrouvent et échangent sur leur bébé. Elle ne sait pas précisément quels soins ont été apportés à son bébé au moment de la naissance, on lui a dit « *qu'ils leur faisaient des soins, qu'ils les nettoyaient et puis c'est tout. C'est vrai que j'ai pas demandé mais je veux pas voir mon bébé pleurer et voir les soins du nombril* ». Elle a confiance en l'équipe médicale « *ils savent ce qu'ils font* ». Elle indique qu'on lui a « *emmené* » son bébé le premier soir, « *certainement faire des examens et puis ils me l'ont ramené après, mais j'ai pas su ce qu'ils lui avaient fait* ».

Elle se décrit comme une femme « *pas très exigeante* », le principal étant pour elle la relation avec les professionnels et la propreté, elle n'avait pas d'attente particulière ni au moment de l'accouchement ni pour les suites de couches. Le fait de savoir que les professionnels sont présents et disponibles est quelque chose d'important, de « *sécurisant* » qu'elle souligne à plusieurs reprises.

Elle pense qu'il ne faut pas « *surmédicaliser l'accouchement* ». Elle décrit, l'accouchement médicalisé « *quand il y a trop de personnes autour* » et comme celui d'une femme « *entourée de tout un tas d'appareils, que le gynécologue soit là alors que la sage-femme fait très bien son travail, la péridurale sauf si on a de grosses épisios ou un enfant qui a vraiment du mal à passer qui est en siège, c'est pas la peine de souffrir* ». Programmer l'accouchement fait également partie de cet ensemble car il suppose l'utilisation de substances chimiques déclenchant le travail. Mme V pense que le recours aux examens est la recherche d'un risque zéro mais que ce risque là n'existe pas : « *on robotise tout, on pense que la technologie va faire que tout va réussir, on aura beau faire échographie sur échographie, amniocentèse... mettre tout ce qui est possible et imaginable en maternité, ça reste un acte humain et le risque zéro n'existe pas* ». Elle pense que la société et les femmes sont de plus en plus exigeantes, que tout le monde veut que tout se passe bien mais que chacun s'éloigne des aspects le plus naturels, de « *la nature humaine* » et que les parents passent à côté de « *ces instants merveilleux* » comme celui de l'allaitement ou de l'accouchement « *moment intense et difficile* ». Elle explique que pour son premier bébé elle a été très entourée, encouragée par les professionnels, pédiatre, puéricultrice à allaiter « *parce que j'y connaissais rien du tout, j'avais mal aux seins* » et elle pense que c'est grâce à ce premier allaitement réussi qu'elle a pu allaiter ses deux autres enfants sans difficultés.

La proximité géographique des maternités et plus largement des professionnels de santé est un élément important pour elle car il maintient les femmes dans leur environnement et ne crée pas de ruptures entre les mères et leur famille. La proximité des maternités évite l'angoisse pour les mères quant à l'accouchement (elle relate des témoignages indiquant que de plus en plus de femmes sont accouchées par les pompiers). Elle évoque ses propres difficultés à trouver un pédiatre pour le suivi de ses enfants et du manque de disponibilité des professionnels. Désormais Mme V sollicite régulièrement la PMI pour le suivi de ses enfants.

BIBLIOGRAPHIE

¹ DRASS Bourgogne. Statistiques et indicateurs de la santé et du social. Statiss 2005 Bourgogne, service statistiques, mai 2005.

² ARH Bourgogne. Mission d'étude et d'avis sur le découpage sanitaire de la région Bourgogne. Rapport final. NFT études, formation, évaluation. Juillet 2003.

³ INSEE. Les femmes en Bourgogne. Dimensions, dossier n°34, juin 2003.

⁴ Vilain A, de Peretti C, Herbert J-B. Enquête nationale périnatale 2003. INSERM, DREES, février 2005.

⁵ Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes – recommandations pour les professionnels de santé – Avril 2005.

⁶ Tourné CE. La douleur de l'accouchement, pour qui ? pour quoi ? In les dossiers de l'obstétrique n°340, juillet 2005, pp-8-11.

⁷ Thirion M, Des recettes au regard : accompagner, soigner et non enseigner. Cahier de maternologie, n°13, juillet – décembre 1999, pp99-106.

⁸ OMS. Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'allaitement. Département de santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, Genève 1999.

⁹ Bréart G, Pueh F, Rozé J.C. Mission périnatalité, conclusions – 20 propositions pour une politique périnatale, septembre 2003.

Observatoire National de la Démographie et des Professions de Santé. Le rapport 2004, Tome 3 -Analyse de 3 professions – sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Paris : La documentation française, 2004, 122 p.

¹⁰ Akrich M, Develay A, Naiditch M, Pasveer B, avec la participation de Bourguet Y. Dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques : filières, trajectoires, usagers. Contrat INSERM n°4M611C, convention MIRE 29/96.

¹¹ Carricaburu D. Sociologie de la santé – institutions, professions et maladies. Paris : Armand Colin, 2004, 235 p.

¹² Courtial JP, et Le Dreff G. Analyse de récits de femmes enceintes. In Santé publique, vol.16, n°1, pp.105-122.

Guides pratiques de l'OMS :

- Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail, OMS, 1997.
- La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme, OMS, version actualisée de 1994.
- Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum, guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique.
- Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : guide des pratiques essentielles. OMS, 2003.