

COMMENT DEVIENT-ON UNE MATERNITÉ « AMIE DES BÉBÉS »

EGN 2006. Atelier 18

Présidente : Catherine CRENN HEBERT, praticien hospitalier au service de gynécologie-obstétrique du Pr Laurent Mandelbrot, Hôpital Louis Mourier, Colombes, secrétaire du bureau du conseil d'administration de l'AUDIPOG

Intervenants :

- Marc PILLIOT, pédiatre, clinique Saint Jean à Roubaix - Label international « *Ami des Bébés* », président de la [CoFAM](#) - Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
- Marie-Jeanne DOLE, ex-cadre sage-femme de la maternité de Lons le Saunier (1^e maternité française à avoir obtenu le label en 2000) et sage-femme coordinatrice du réseau périnatalité de Franche-Comté depuis un an.

[Catherine CRENN HEBERT : présentation de Marc Pilliot (pour Roubaix) et Marie-Jeanne Dole (Lons-le-Saunier)]	2
[Marc Pilliot: son parcours ; la CoFAM]	2
[Marc Pilliot : les professionnels ne savent pas qu'ils ne savent pas]	2
[Marc Pilliot : prise de conscience grâce aux questions des usagers]	3
[Marc Pilliot : fonctionnement du label ami des bébés]	4
[Marc Pilliot : les dix conditions pour le label]	5
[Marc Pilliot : le label est plus un état d'esprit (ambiance de la maternité, vocabulaire)]	6
[Marc Pilliot : le label est un état d'esprit avant la naissance]	7
[Marc Pilliot : le label est un état d'esprit au moment de la naissance]	7
[Marc Pilliot : le label est un état d'esprit pendant le séjour en maternité]	9
[Marc Pilliot : comment l'équipe a mis en place le label à Roubaix]	9
[Marc Pilliot, conclusion : le label comme moyen plus que comme fin, et profite aussi aux bébés nourris au biberon]	10
[Marie-Jeanne Dole, Lons-le-Saunier : son parcours]	11
[M.-J. Dole : les étapes vers le label à Lons-le-Saunier]	11
[[M.-J. Dole : information des mamans, choix d'allaiter ou non]	12
[M.-J. Dole et Marc Pilliot sur le don de colostrum]	12
[M.-J. Dole : peau à peau les deux heures suivant la naissance, débat avec P.Pilliot sur l'aspiration systématique]	13
[M.-J. Dole sur l'importance du vocabulaire]	14
[M.-J. Dole : suppression des compléments, et leçon à retenir sur l'information donnée aux mamans]	14
[J.-M Dole, discussion avec la salle et M.Pilliot sur le passage systématique d'une sonde pour la détection de l'atrésie]	14
[Discussion sur les résistances au changement : argument du manque de temps]	15
[Discussion avec la salle : comment se faire entendre dans les maternités qui n'ont pas le label ?]	16
[Discussion avec la salle : comités d'usagers]	17
[Témoignage d'une association au sein d'une maternité]	17
[Marc Pilliot sur la spécificité de la région parisienne]	18
[M.-J. Dole et discussion sur l'importance des réseaux , de la formation des médecins généralistes]	18
[Question de la salle sur les labels pour d'autres organismes]	19

[Vers une labellisation du respect de la naissance physiologique ?]	20
[Le livret d'accueil de la maternité]	20

[Catherine CRENN HEBERT : présentation de Marc Pilliot (pour Roubaix) et de Marie-Jeanne Dole (Lons-le-Saunier)]

CATHERINE CRENN HEBERT :

D'abord Monsieur Pilliot, ensuite Madame Dole et on gardera du temps pour les questions. La question c'est : « comment devient-on une maternité *amie des bébés* ? ». On va avoir le récit du cheminement pour devenir maternité *Amie des bébés*, un à la clinique Saint-Jean de Roubaix et l'autre l'hôpital de Lons-le-Saunier... Je parlais des deux présentations, je n'ai pas parlé de l'ensemble des maternités qui ont le label.

[Marc Pilliot: son parcours ; la CoFAM]

MARC PILLIOT :

Si vous avez des questions sur l'ensemble des maternités, je peux vous répondre.

Je suis pédiatre à la clinique Saint-Jean à Roubaix qui est une maternité privée qui a eu le label *Ami des bébés* en 2002. Lons-le-Saunier a eu le label en 2000. La première maternité *Ami des bébés* en France a été Lons-le-Saunier.

Au bout de 4 ans, il faut être réévalué parce qu'il faut continuer à faire la preuve qu'on mérite toujours ce label-là. Et en 2006, on pu avoir le label international. La différence est simplement au niveau des taux d'allaitement où il faut un peu plus de 75 % d'allaitement pour avoir le label international.

Je suis aussi président de la CoFAM, la Coordination Française de l'Allaitement Maternel. C'est une coordination qui rassemble 70 associations autour de l'allaitement en France, plus des individuels comme certains professeurs ou d'autres personnes qui ont envie agir autour de l'allaitement. C'est cette coordination qui a été crée en l'an 2000. Parce que le gouvernement n'en faisait pas, s'était engagé à en faire mais n'en faisait pas. C'est la coordination qui a permis l'organisation des Semaines Mondiales de l'Allaitement Maternel que vous avez au mois d'octobre, et qui organise aussi la visite d'évaluateurs internationaux dans les maternités, qui a réuni un comité d'attribution, tout un tas de choses comme ça. C'est à ce titre je peux vous donner des informations toutes récentes sur la façon dont évolue le label *Ami des bébés* maintenant.

[Marc Pilliot : les professionnels ne savent pas qu'ils ne savent pas]

Le propre d'une carrière - je suis à un âge où on peut le dire maintenant, - c'est de commencer avec des certitudes et de finir par des doutes.

Je suis au départ issu de l'hôpital Baudelocque, maternité Port royal où j'ai appris la réanimation chez le professeur Minkovski, avec Monsieur [Rollier] qui faisait partie de l'équipe ici. Là, j'ai appris pleins de certitudes sur la façon dont il fallait accueillir un bébé, mais plus particulièrement un bébé qui allait mal. Ensuite, je suis allé à l'Institut de Puériculture à une époque où c'était interdit pour les parents de rentrer dans les services de réanimation, dans les services de nouveau-nés. Le patron, qui s'appelait Monsieur [Satgé], a fait cette révolution de faire entrer les parents dans les services de nouveau-nés, et c'était un scandale parce que les parents allaient apporter des

microbes. Maintenant c'est une faute professionnelle que de ne pas faire entrer les parents dans les services de nouveau-nés. C'est peut-être là où j'ai commencé à vivre un petit peu la contestation du savoir et puis aussi à comprendre que la néonatalogie ça pouvait être aussi un humanisme. C'était en 1972-73.

Après, fort de tous ces savoirs, je suis allé travailler à la maternité de l'hôpital Lariboisière, dans le 18^e arrondissement, où il y avait beaucoup de maghrébines, beaucoup d'africaines, et là je m'amusais à leur donner quelques conseils d'allaitement maternel et à chaque fois, j'avais une maman qui rigolait bien, et donc j'ai appris à me taire un peu et à observer.

C'est comme ça que les choses commencent. Ça permet de souligner qu'il y a plusieurs domaines dans le savoir, il y a les choses que l'on sait, il y a les choses qu'on sait qu'on ne sait pas et puis il y a aussi les choses qu'on ne sait même pas qu'on ne les sait pas.

Au niveau de la naissance, au niveau de l'allaitement maternel, surtout l'allaitement maternel, on est en France tout à fait là-dedans. Beaucoup de professionnels ne savent même pas qu'ils ne savent pas. C'est pour cela qu'ils ne se remettent pas en question. Tout le problème, c'est d'arriver à les sensibiliser pour qu'après les questions viennent. Il y a vraiment une nécessité de remettre en question pour explorer tout ce que ne l'on ne sait pas.

Je donne souvent l'exemple de la découverte du vélo avec l'enfant. Quand il est nourrisson, il est dans le domaine « *il ne sait même pas qu'il sait pas* » parce qu'il ne sait même pas qu'un vélo existe. Puis après, quand il commence à marcher et qu'il voit son frère ou sa grande sœur faire du vélo, il voit que ça existe mais il ne sait pas faire. Et après il va apprendre, et il va entrer dans le domaine des choses qu'il sait.

Avec l'allaitement, on est là-dedans. Il y a plusieurs savoirs aussi. C'est le savoir proprement dit qui sont les connaissances, le savoir-faire qui est toute l'expérience que l'on acquiert au fur et à mesure de notre exercice et il y a aussi le savoir-être qui est l'empathie avec les gens. Pas seulement pour les professionnels, pour les usagers aussi. Ce qu'il faut, c'est trouver un endroit où l'on peut être en empathie avec les professionnels qui sont là. Moyennant quoi, cela permet de redonner à la maternité son premier aspect, qui n'est pas seulement dans le savoir mais aussi et surtout dans l'émotion.

[Marc Pilliot : prise de conscience grâce aux questions des usagers]

Pour une famille, c'est événement tout à fait fondamental et fondateur. En quelques sortes, il y a une importance d'humanisation des maternités, c'est pour ça qu'il y a des Etats Généraux comme en ce moment. Et humaniser, dans le dictionnaire, cela signifie simplement rendre plus humain, plus compatissant, pour pouvoir laisser la place à l'émotion.

Toutes les questions que l'on peut se poser au niveau de la naissance, c'est : comment faire pour que tout le monde soit en relation, que les parents soient en relation avec l'équipe des professionnels qui va s'occuper de passer cette porte-là très fondatrice ? Comment faire pour que eux-mêmes soient en relation dans le couple ? Et comment faire pour que les parents soient en relation avec cet événement et avec le bébé qui va arriver ? Autrefois, avant qu'on ne se lance dans la démarche *Ami des bébés* (Il y a peut-être des gens qui ont vu l'atelier sur le regard de la naissance, sur le regard du nouveau-né, hier. Je m'en excuse vis-à-vis d'eux parce qu'il y a des diapos qu'on va retrouver), notre souci c'était toujours d'être gentils. Les professionnels en général ont ce souci-là d'être compétents avec les gens et d'être compréhensifs. Le problème, c'est qu'ils sont certains de l'être et que ce n'est parfois pas le cas.

Voilà une maman qui venait d'accoucher, bien sur le dos, les jambes écartées. Si on y regarde bien, il n'y a pas de bébé. Il est parti dans la pièce à côté où on lui fait des soins. On va l'aspirer.

On va lui mettre des gouttes dans les yeux, lui mettre une oreille sur le côté et puis le peser, le mesurer, etc. L'auxiliaire fait les soins.

Regardez le papa qui est là, il a les mains dans le dos, il ne participe pas vraiment. Il est un peu timide devant ce bébé qui est le sien. Après avoir fait toutes les mensurations qu'il faut, voilà qu'on rhabille le bébé. On le donne quand même au papa qui va apporter le bébé à la maman. On va mettre le bébé au sein en faisant tout à fait ce qu'il faut pour que cela ne marche pas, puisqu'on lui met la main sur l'occiput, voyez qu'il n'aime pas du tout parce que c'est endroit sensible à la naissance. Voilà ce que nous faisons.

Et quand un bébé était de petit poids, on le mettait en incubateur. Ce bébé est bien rose, il est tout tranquille, il n'a pas de problème respiratoire. Et quand on voit le regard de sa maman très triste en train de regarder son bébé dans l'incubateur, on peut se demander si c'est vraiment utile.

Tout commence comme ça. Après, c'est en voyant les parents. On était un peu avec des questions des mères qui nous demandaient : « Pourquoi vous l'emmenez dans la pièce à côté, moi je me retrouve toute seule et je n'arrive pas à le voir ? Pourquoi vous l'aspirez ? Pourquoi vous lui faites des piqûres ? » A cette époque-là, on faisait la vitamine K encore en intramusculaire. On faisait des dextros, c'est-à-dire des mesures de glycémies. « Pourquoi vous le mettez dans un incubateur, une couveuse ? »

Toutes ces questions nous dérangent véritablement. On avait vraiment l'impression de faire tout ce qu'il fallait pour être très humains. Et voilà qu'on nous assaille avec ces questions-là. N'hésitez pas à le faire parce que, voyez, c'est cela qui nous a aidés à progresser. Et c'est comme ça que, finalement, on a pris conscience qu'on agissait en fonction de la norme, en fonction des choses qu'on avait apprises. Ce n'étaient peut-être que des routines qui n'étaient pas forcément justifiées, et c'est à partir de là que la remise en question arrive. Le chemin vers le label *Ami des bébés* : cela commence d'abord par une remise en question.

[Marc Pilliot : fonctionnement du label ami des bébés]

C'est en 1992 que l'UNICEF et l'OMS ont créé le label *Ami des bébés* pour récompenser les maternités qui faisaient un effort pour respecter les rythmes des nouveau-nés et pour soutenir l'allaitement maternel. Ce n'est pas seulement un soutien de l'allaitement. Parfois les gens disent qu'on devrait dire le *label Ami de l'allaitement*. Vous allez voir que c'est bien plus que cela. C'est aussi respecter la naissance, les rythmes de la maman et du nouveau-né.

Il y a trois experts pour évaluer les pratiques du service pendant 3 jours et puis 2 nuits. Qui interrogent tout le personnel, tiré au sort et à tous les niveaux, aussi bien les auxiliaires, les puéricultrices que les médecins. Ils font un rapport. Ils vont interroger aussi des mamans qui ont déjà accouché, des mamans encore en situation de grossesse, pour voir si le discours donné par la maternité passe bien chez les parents.

Un rapport est fait et ses conclusions vont être soumises à un comité d'attribution qui réunit une vingtaine de personnes, avec des représentants des différentes sociétés savantes pédiatriques et d'obstétriques, des associations d'allaitement, des représentants d'usagers etc. C'est le comité qui va décider si on a le label ou pas.

On a une réévaluation au bout de 4 ans. Le cahier de charges est très précis et a été défini par des experts de l'OMS et de l'UNICEF. Cela montre que c'est très sérieux. Un peu comme les démarches d'accréditation des hôpitaux, sauf que l'accréditation des hôpitaux, ça s'attache surtout au matériel et aux protocoles, tandis que là c'est beaucoup plus large, c'est la famille qui est au centre. [mention de l'ANAES, devenue l'HAS (Hautes Autorité de la Santé)].

Il y a plus de 19 000 maternités qui ont le label. Il y en a plus de 650 en Europe. Et sur les 25 pays d'Europe, vous en avez 17 qui ont des CHU *Ami des bébés*. En Angleterre, le CHU d'Edimbourg, qui fait 6 000 accouchements par an, a le label depuis l'an 2000. Comme quoi on peut être aussi une énorme unité et être capable d'humaniser au maximum l'unité de naissance.

En France, il y en a 5. Il y en a eu à partir de 2000, jusqu'à 2006. Il y a une dizaine de maternités qui évoluent. Dans les années à venir, il va y en avoir d'autres. Mais c'est lent, c'est dur. Parce qu'il n'y a pas de soutien. En Belgique, ils en ont fait 5 en un an de temps, parce que le gouvernement avait plein d'argent pour aider certaines maternités à faire le travail de formation nécessaire.

[Marc Pilliot : les dix conditions pour le label]

Il y a 10 conditions, ou 10 étapes, pour avoir le label. C'est très souvent en opposition avec nos pratiques habituelles et aussi notre culture sociale.

[1 - Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit]

Il faut, première condition, adopter une politique d'allaitement, formulée par écrit. Cela veut dire qu'au niveau de l'équipe, il faut qu'il y ait un comité de pilotage, qu'il y ait une volonté du service et de la direction de l'hôpital à se lancer vers cette accréditation.

[2 - Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique]

Donner à tous les soignants les compétences, c'est tout le problème des formations. Et cela coûte de l'argent, c'est évident. Parce qu'il faut former tout le monde. Il suffit d'une personne qui ne connaisse pas bien la physiologie de l'allaitement pour bousiller complètement une maman qui pleure en milieu de nuit et à qui on va donner un biberon. Il faut que tout le monde soit formé, les médecins, les sages-femmes, les puéricultrices, les auxiliaires...

[3 - Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel]

Informar les femmes enceintes des avantages de l'allaitement, ça veut dire aussi que dans la préparation à l'allaitement, on ne va pas faire une formation uniquement « allaitement ». Parce que là, on ne voit que celles que ça intéresse. C'est être beaucoup plus large et donner une information. Surtout en France, où il n'y a pas de formation véritablement pour les mamans, où il y a beaucoup d'idées toutes faites : que ça abîme les seins etc., Il faut trouver des moyens pour pouvoir informer toutes les femmes en général et de façon à ce qu'elles puissent poser des questions sur les craintes qu'elles peuvent avoir et qu'on puisse répondre à ça.

[4 - Laisser le bébé en peau à peau pendant au moins une heure et encourager la mère à allaiter quand le bébé est prêt]

Laisser le bébé en peau à peau pendant au moins une heure et encourager la mère à allaiter quand le bébé est prêt. Avant on disait qu'il fallait mettre le bébé au sein dans la demie heure qui suivait. En pratique, ce n'était pas très logique. Donc cela a été modifié en 2006. C'est plus le respect de la physiologie quand on sait que le bébé va mettre à peu près une heure à ramper sur sa maman pour atteindre le sein.

Cela n'empêche que si on a besoin de faire des soins de réanimation du bébé, s'il a besoin d'être aspiré ou oxygéné un peu à la naissance, bien évidemment, on peut le faire. Mais dès que ça va mieux, il faut s'arranger pour qu'il puisse être de nouveau sur sa maman et qu'il retrouve l'environnement sensoriel.

[5 - Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson]

Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein, entretenir la lactation, c'est tout le problème de l'accompagnement pendant le séjour en maternité, les positions, les stimulations etc.

[6 - Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale]

Ne donner au nouveau-né ni aliment, ni boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. La sage-femme peut prendre la décision. On ne va pas appeler le pédiatre en pleine nuit pour savoir si on peut donner un biberon à cet enfant qui pleure beaucoup. C'est tout le problème des compléments, cela signifie que ça nécessite en tout cas une discussion avec l'équipe pour voir si cet enfant, qui est peut-être en train de se déshydrater, il va falloir peut-être le compléter un petit peu. Donc il y a un regard très précis au niveau des évaluateurs pour voir comment sont prescrits les compléments et que ça ne soient pas des compléments pour faire taire le bébé.

[7 - Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour]

Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour. Là, on est déjà un peu déphasé par rapport au culturel habituel en France, où on est dans une culture de séparation véritablement, où il faut surtout pas qu'il soit dans la chambre, à 2 mois à la crèche, à 2 ans à l'école. Il y a des cultures où le bébé, 24 h par jour, est avec la maman, c'est tout le temps comme ça.

[8 - Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant]

Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant. C'est le bébé qui est le chef d'orchestre, et c'est lui qui va régler la fabrication de lait en fonction de son appétit. Cela signifie de donner le sein à chaque fois que le bébé commence à s'éveiller et non pas quand il pleure où ça commence à être déjà trop tard.

[9 - Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette]

Ne pas donner de tétines ou de sucettes. Là aussi, on est dans le culturel, complètement. Pourquoi ? Parce que cela peut, à un moment où le bébé est en plein apprentissage, cela peut gêner un peu son apprentissage du sein, parce qu'une tétine, il va la mordre. Et c'est aussi une façon subliminale de dire à la mère qu'elle est insuffisante. Quand un bébé pleure, il suffit de faire du peau contre peau, puis souvent il s'arrête. On n'a pas besoin de tétine forcément pour cela.

[10 - Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique]

Encourager la constitution d'associations de soutien au moment de la sortie. Ce n'est pas trop compliqué en France, c'est la seule condition qui est facile à faire parce qu'on a des associations comme la Leche League, ou Solidarilait, ou tout un tas d'associations locales qui peuvent avoir un soutien. L'important pour l'équipe, c'est de donner toutes les coordonnées de ces associations-là.

Et il y a une onzième condition que l'on rajoute, c'est le respect du code OMS de commercialisation des substituts du lait. C'est-à-dire il ne doit pas y avoir de publicité pour les laits artificiels dans la maternité, on ne doit pas faire de réunion de groupe pour parler du biberon. Quand une maman donne le biberon, on lui montre comment faire, mais individuellement, et non pas tout en groupe. C'est tout un respect d'une certaine éthique pour ne pas se laisser avoir des conflits d'intérêt avec les laboratoires de lait.

[Marc Pilliot : le label est plus un état d'esprit ; ambiance de la maternité, vocabulaire]

On voit bien que c'est tout un modèle. Ce n'est pas un but en soi le label *Ami des bébés*, c'est beaucoup plus un outil, c'est un modèle de réflexion pour pouvoir progresser dans ces pratiques. Et ça va être tout un état d'esprit avec derrière, sous-jacent, une véritable exigence professionnelle de qualité de soin.

C'est tout un état d'esprit et selon les équipes, la façon d'être va être un peu différente. Déjà, cet état d'esprit dans la maternité, c'est de changer le décor. Pour qu'au moins on se sente dans une maternité et non pas dans une unité... La maternité ce n'est pas une unité de soins.

La maternité c'est une unité d'accompagnement. On n'est pas comme en chirurgie ou en médecine. Il faut créer une autre ambiance pour qu'on ne se sente pas trop dans un hôpital. On a supprimé toutes les affiches de Guigoz, Nestlé et tout le bataclan et on a remplacé par d'autres choses, avec des panneaux qui donnent la politique d'accueil de la maternité. On a fait des puzzles à partir de photos données par les parents. Dans les couloirs, on a des puzzles de photos avec différents thèmes, le bébé, les papas et les bébés, tout un tas de choses comme ça.

C'est aussi changer le vocabulaire. Au début était le verbe. Et c'est Ève d'ailleurs qui a commencé avec le verbe. C'est rendre les choses à leur juste place et plutôt que de parler de bloc obstétrical qui va faire penser à bloc chirurgical (et pourquoi pas bloc carcéral presque parfois), on va parler de salle de naissance. Au début, c'est un changement de vocabulaire, et à force de parler de salle de naissance plutôt que de bloc, cela change les esprits des professionnels qui sont beaucoup plus dans le médical. C'est des petits détails.

On a créé une salle de pré-travail avec une vraie chambre, avec une petite commode, un petit décor, un lit à deux places. Ça permet, quand il y a besoin, de faire un enregistrement pendant une dizaine de minutes pour voir si tout se passe bien. Le papa peut être là, participer véritablement.

[Marc Pilliot : le label est un état d'esprit avant la naissance]

C'est aussi tout un état d'esprit avant la naissance. On a fait une formation de tout le personnel avec Madame de Gasquet, qui est une spécialiste de tout le travail musculaire qu'il peut y avoir au niveau de l'accouchement. On a beaucoup travaillé les différentes positions. Cela permet d'avoir un peu plus de tolérance vis-à-vis des drôles de positions que prennent certaines femmes. Je dis drôles de position par rapport à l'idée classique que l'on a.

Voyez celle-ci qui utilise un ballon pour se calmer un peu les douleurs des contractions. L'état d'esprit, c'est de faire confiance aux mères et dans leur imagination pour soulager la douleur.

Ici, voyez le papa qui participe. Ce papa, plutôt que d'être à côté, il trouvait qu'il était tout aussi bien sur le lit d'accouchement derrière sa femme. Et en effet, laissons vivre un peu les parents pour qu'ils puissent trouver leur solution eux-mêmes.

[Marc Pilliot : le label est un état d'esprit au moment de la naissance]

C'est tout un état d'esprit à la naissance. Au moment de la naissance, il y a une bousculade. Et il se passe des choses très importantes à ce moment-là. La maman qui va rentrer dans une préoccupation maternelle primaire, c'est un terme de Winnicott, un psychanalyste d'après guerre, c'est-à-dire que la maman est coupée à ce moment-là, et complètement concentrée vers son bébé, elle va le caresser du bout des doigts et après le masser un peu plus, incliner sa tête pour pouvoir croiser son regard et ensuite commencer à lui parler avec une voix très aiguë à laquelle les bébés sont très sensibles.

Et puis le papa va être dans une attitude de protection avec la main sur le dos du bébé et envelopper son épouse, et il y a donc un trio qui est en train de se faire. Ce n'est pas seulement un bébé qui vient de naître, c'est une femme qui devient mère, un homme qui devient père et une famille qui est aussi en train de naître.

Il y a tout un tas d'événements qui se passent au niveau du bébé également. Quand on le laisse sur le ventre, il reste très tranquille pour s'adapter un départ, il garde les yeux ouverts avec une mobilité des yeux phénoménale pendant les 15 ou 20 premières minutes où il va surtout essayer de croiser le regard de sa maman.

Et c'est seulement après qu'il va être attiré par cette forme ronde et foncée du mamelon qui, pendant ces premières minutes après la naissance, a commencé à sécréter des substances extraordinairement odorantes qui ressemblent à l'odeur du liquide amniotique. Donc il est attiré par la tâche foncée et par l'odeur, et c'est comme ça qu'il va commencer à gesticuler, à sucer ses doigts qui sont imprégnés du liquide amniotique et comme ça il est en train de faire le pont, la passerelle entre le monde d'avant, et puis le monde d'après. Il retrouve tout son monde sensoriel et c'est cela qui le rassure et qui va lui permettre après de commencer à ramper avec son réflexe de redressement sur les membres. Il va ramper sur la maman et puis lever la tête et prendre le sein. Il se passe presque 1 h, 50 à 60 minutes entre la première photo et la dernière.

On voit l'importance de respecter cela, c'est la condition numéro 4, laisser au moins une heure pour que le bébé puisse prendre, tant qu'il est prêt. Il n'est pas question d'aller mettre le sein comme nous on faisait en appliquant bien la main sur l'occiput. Il faut parfois du temps. Il y en a certains qui vont prendre le sein au bout de 20 minutes. D'autres à qui il faut un peu plus de temps.

Les soins vont être faits 1 h 30 à 2 h après la naissance. Tout ça ce n'est pas vraiment demandé dans le label mais c'est l'état d'esprit dans lequel on va arriver. Regardez le papa ici, son attitude par rapport au papa des premières diapositives. Celui-là il est déjà devenu vraiment papa. Il participe même aux soins. On voit que là, le trio familial est déjà installé, et l'auxiliaire n'est là que pour donner un accompagnement, pour mesurer et peser le bébé.

Ce n'est pas très important de savoir le poids ou la taille. Ça nécessite, pour les sages-femmes, de réorganiser complètement leur travail, parce que le souci de la sage-femme, c'est de remplir le dossier et de remplir le carnet et si on n'a pas les mensurations, cela nécessite un peu de réorganiser les choses.

Dans la césarienne, on fera tout pour retrouver la physiologie au plus vite. Ceux qui ont vu l'atelier d'hier [Regard de naissant] vont retrouver les mêmes photos où le bébé est présenté à la mère. Voyez le regard qu'il peut y avoir déjà entre le bébé et la maman. Ensuite le papa qui est là, on lui refile le bébé, c'est lui qui va faire cette présentation à la maman. Puisqu'il fait un peu froid dans les salles de césariennes, on faisait les soins tout de suite. Je dis « on faisait » parce que maintenant, on a changé un petit peu. Regardez la maman toute souriante alors qu'elle a le ventre encore ouvert. Le bébé rhabillé. Voilà le trio qui se réinstalle, avec le papa très protecteur. Un bébé et une maman qui vont se renifler, se lécher parce qu'elle ne peut pas l'envelopper puisqu'elle a les bras attachés.

Ça c'est issu d'un film vidéo, quand on voit image après image, c'est là qu'on repère des choses que je n'avais jamais vues, alors que cela faisait plus de 15 ans que j'allais dans des salles de césarienne. On a la maman qui renifle son bébé, le bébé qui renifle sa maman, qui lèche pour goûter un peu son odeur. Il y a tout un tas de choses très fines qui se passent à ce moment-là qui sont de l'ordre de la reconnaissance.

Ami des bébés c'est aussi la naissance respectée. Quand on parle de label de naissance respectée, tout cela se chevauche.

[intervention dans la salle]

Oui, autrefois... Je n'ai jamais vu quand même. Cela date d'il y a longtemps. Autrefois, quand on faisait comme ça, une fois que la maman avait fini sa césarienne et qu'on la menait dans une salle où on pouvait faire la surveillance postopératoire, on re-déshabillait le bébé et on remettait contre le sein, et le bébé pouvait commencer sa tétée avec le papa qui est là en état d'admiration.

Maintenant ce que l'on fait, on a reculé le champ stérile pour pouvoir dégager la poitrine, on met le bébé directement sur la poitrine de la maman avec une petite serviette chauffante au-dessus pour

qu'il ne se refroidisse pas. Regardez l'échange de regards qu'il peut y avoir déjà à ce moment-là. Il y a des choses très riches qui se passent. Et cette maman, elle n'est plus en situation de césarienne, elle est déjà maman. Elle a complètement oublié qu'on est en train de trifouiller son ventre et ça c'est l'énorme progrès des rachis anesthésiques qui permet ça. Après, assez rapidement, le bébé se met à téter alors que le chirurgien est toujours en train d'œuvrer pour fermer le ventre de cette maman.

[Marc Pilliot : le label est un état d'esprit pendant le séjour en maternité]

C'est aussi un état d'esprit pendant le séjour. Pour laisser vivre les parents à leur guise, on a dans les chambres des mamans un lit d'accompagnant. Ce papa trouvait que cela ne faisait pas très intime, du coup il a rapproché les deux lits, au grand dam de la femme de ménage. Cela crée quand même une ambiance plus sympa. Là aussi, il y a plein de choses affectives qui se passent. Ce papa a tout juste 18 ans et on voit bien, sur cette photo, qu'il est en train de devenir un père, tout simplement parce qu'on le laisse vivre et on conseille même souvent s'il y a des grands frères ou des grandes sœurs, on conseille aux gens d'afficher des photos, des dessins des grands enfants dans la chambre pour qu'un peu cette maman s'accapare cette pièce et que ça devienne un peu comme à la maison. Laissons vivre les parents à leur guise pour que les liens puissent s'établir facilement.

C'est aussi faire en sorte d'avoir tout le matériel qui peut aider à l'allaitement. On avait acheté des petits marchepieds dans une grande surface d'ameublement. Cela permet de soulever un peu les jambes, pour une femme qui a une césarienne c'est intéressant. Avec des coussins d'allaitement qui permettent de protéger le ventre, de soutenir les bras et le bébé. Dès qu'il y a des soins à faire, comme la photothérapie, plutôt que de faire cela dans une nurserie, on le fait dans la chambre pour garder toujours le contact.

C'est aussi avoir ce qu'il faut comme documentation. Autre que le Vidal, qui est très sectaire dès qu'il s'agit de grossesse ou d'allaitement, de façon à ce que si une maman reçoit des médicaments, ça peut arriver, au moins qu'on puisse se renseigner de façon bien précise pour voir quel type de médicaments on va pouvoir utiliser tout en maintenant l'allaitement maternel.

Tout ce travail de stimulation du sein, ça fait des sécrétions d'ocytocines, qui jouent un rôle important dans l'attachement. Le peau contre peau, la proximité, le souci de ne pas séparer, la confiance qu'on donne aux parents, tout ça va permettre aux parents de reconnaître les compétences de leur bébé et d'engendrer, faciliter l'attachement.

Cette étude là est extraordinaire, [par les suédois qui ne peuvent plus faire d'expérimentation, toutes les maternités sont *Ami des bébés*] en Suède. Quand ils veulent voir un peu comment ça se passe quand on n'est pas *ami des bébés*, ils vont dans des pays étrangers. Là, ils sont allés à Saint-Pétersbourg, qui a la particularité d'avoir beaucoup de maltraitance et beaucoup d'abandons. Avant 1992, il y avait un certain taux d'abandon. En 1992, ils ont travaillé avec une maternité, pas pour avoir le label mais pour évoluer vers le label. Quelques années après, il y avait une diminution de plus de 50 % des abandons, alors que la situation économique s'était aggravée à Saint-Pétersbourg pendant ce temps-là, et alors que dans les autres maternités de la ville, les abandons avaient augmenté.

Le label *Ami des bébés* c'est aussi label ami des parents, c'est ami de la société, c'est ami de tout ça. Cela implique beaucoup plus de choses.

[Marc Pilliot : comment l'équipe a mis en place le label à Roubaix]

On a fait toute une formation, des remises à jour régulières. On a fait des formations de DU, diplôme universitaire sur l'allaitement, des collaborations avec les associations.

Cela signifie qu'il faut des réunions d'équipe, régulièrement, pas forcément pour parler d'allaitement mais pour parler des aspirations gastriques à la naissance, des dextroses, tout un tas de choses comme ça. Bien évidemment, à chaque fois qu'on fait des réunions comme ça, il y a des sceptiques. Heureusement, il y a des gens enthousiastes. L'important c'est de créer toute une harmonie entre les différents membres de l'équipe. C'est Monsieur [Choueterlet] de Lons-le-Saunier qui disait, après avoir reçu le label : quand on a eu le label *Ami des bébés*, il se crée quelque chose de très particulier, il y a aussi une amitié dans tous les membres de l'équipe.

Il y a quand même pas mal d'obstacles. Pour les usagers, c'est important de le savoir. Une équipe, c'est un groupe qui a une histoire particulière. Il y a déjà l'histoire de chacun. Pour une sage-femme qui n'a pas allaité, ce n'est pas très facile d'aller conseiller une mère.

Et il y a l'histoire de l'institution. S'il y a eu des accidents, s'il y a eu une mort subite dans une maternité, c'est sûr que ça va créer tout un tas de gestes sécuritaires, et tout cela peut jouer un rôle. Les maternités, au début, après la seconde guerre, quand elles ont été créées, il y avait des problèmes d'infection. Il y a donc eu tout un tas de protocoles, très sécuritaires, qui ont été installés au fur et à mesure.

Maintenant il y a plein de gestes qui étaient peut-être justifiés à cette époque-là mais qui ne le sont plus maintenant. C'est important de savoir que le propre de l'institution, c'est de vouloir rester telle qu'elle est. Et cela crée forcément des résistances et des obstacles qu'il peut y avoir collectivement, entre les membres de l'équipe, qui vont parfois s'allier pour pouvoir éviter de changer. On sait qu'il faudrait faire quelque chose mais on ne voit pas comment on pourrait faire.

Il faut vraiment passer au dessus du *pas-le-temps* ou *pas-les-moyens*. *Pas-le-temps* : c'est vrai qu'au début, quand on change, ça fait un surcroît de travail. Mais après, il y a plein de choses que l'on élimine au fur et à mesure et on s'aperçoit qu'on va gagner du temps pour pouvoir travailler autrement.

Quand il y a des problèmes dans une équipe, il va falloir ré-analyser de l'intérieur. Un gros problème en France, c'est tout le désert pédagogique qu'il peut y avoir autour de l'allaitement, mais aussi autour de la physiologie de la naissance. C'est quelque chose que l'on n'apprend pas vraiment. Toutes les publications récentes là-dessus sont anglo-saxonnes, australiennes ou nordiques, et ce n'est pas publié en Français.

Il va falloir aménager le temps de travail, et on va utiliser les forces vives du service, ou les forces vives des usagers qui sont là et qui viennent avec une demande. N'oubliez pas que c'est à partir des questions des mères que nous avons commencé à changer. Il ne faut pas avoir de complexes. Il faut y aller. C'est avec ces changements que, petit à petit, il va y avoir des changements avec les parents et le retour très positif encourage ensuite l'équipe à continuer d'évoluer. On sent bien qu'il y a quelque chose d'autre qui arrive mais pour ça il faut arriver à accepter de perdre ce dans quoi nous étions avant et ça les usagers peuvent très utiles pour ça.

[Marc Pilliot, conclusion : le label comme moyen plus que comme fin, et profite aussi aux bébés nourris au biberon]

Le label *Ami des bébés*, ce n'est pas une fin en soi, c'est véritablement un moyen, c'est bien plus qu'une histoire de sein. C'est plutôt un état d'esprit, toute une exigence professionnelle de qualité, toute une remise en question afin qu'on puisse restituer la naissance aux premiers intéressés c'est-à-dire au couple et au bébé. Dans tout ce que j'ai décrit là, cela n'exclut pas qu'il faut garder les soins médicaux, bien évidemment.

Et tout ça va profiter aux bébés qui sont nourris au biberon, c'est ami de la famille en général... Être *Ami des bébés*, c'est du bonheur pour le bébé. C'est du bonheur pour le bébé et la maman.

C'est du bonheur pour le bébé, et la maman, et le papa. Mais c'est aussi pour l'équipe. Nous, nous avons cheminé comme ça. A Lons-le-Saunier, ils ont cheminé un peu autrement...

[Marie-Jeanne Dole, Lons-le-Saunier : son parcours]

MARIE-JEANNE DOLE :

J'étais cadre sage-femme à la maternité de Lons-le-Saunier. Et depuis je suis sage-femme coordinatrice du réseau de périnatalité de Franche-Comté.

J'ai repris 2 ou 3 choses sur les certitudes et les doutes. Je suis sortie en 1978 et j'ai accouché en 1979, j'avais des certitudes à l'époque. On faisait jeûner les enfants 24 heures. J'ai eu un fils et au bout de 2 heures, sous la pression de mon mari, je l'ai mis au sein parce que... là ça y est, les doutes, ils sont apparus.

Je sortais de l'école, il y avait 3 mois que j'étais Diplômée d'Etat. Les doutes, ça y est. Quand on voit les pratiques à l'ancienne, c'était les papas les mains dans le dos. Nous, la consigne aujourd'hui, c'est les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture, les mains dans le dos.

[M.-J. Dole : les étapes vers le label à Lons-le-Saunier]

Par rapport à la démarche d'accréditation, je pense que ce qui est vraiment très important, c'est cette entrée dans la démarche et cette volonté de s'inscrire dans cette démarche. Et on fait une première étape l'autoévaluation, cette autoévaluation est quelque chose qui fait vraiment avancer les choses, parce que c'est là que les pratiques évoluent, c'est là qu'on remet en question toutes nos pratiques. C'est à partir de ce moment-là, même si cela n'aboutit pas sur un label, ça peut aboutir sur un certificat d'engagement, mais ce passage du travail d'autoévaluation est vraiment fondamental parce que ça remet en question toutes nos pratiques et ça fait travailler tout le monde.

Par rapport à la formation, on a commencé par une démarche inverse. Roubaix avait déjà énormément travaillé sur la prise en charge physiologique de la naissance. Nous, on a eu une fusion de 3 maternités, 2 maternités privées et une maternité publique. Donc on avait du personnel qui avait des habitudes de travail, qui arrivait d'horizons différents. Il y avait 2 maternités de ville, et une maternité de campagne qui faisait moins de 300 naissances. Avec des façons de travailler bien différentes. On ne travaille pas de la même façon dans le public et dans le privé. La sage-femme, le pédiatre, l'obstétricien ne travaillent pas de la même façon.

On a fait un projet de service autour de l'allaitement. Ce projet de service nous a permis vraiment de fédérer 3 équipes, qui avaient des habitudes de travail complètement différentes, sur un projet commun l'allaitement où tout le monde était pratiquement au même niveau. On était tous aussi nuls, par rapport à l'accompagnement de cet allaitement. Cela nous a aidés à comprendre les choses et à faire évoluer les choses. Tout le monde était sur le même pied. On a formé toute l'équipe.

Cela a permis de boucler des liens, parce qu'on ne se connaissait pas ou pas bien, il y avait des rivalités. Ce n'était facile pour personne. Quand on regroupe, ça faisait un service maternité et pédiatrie de 100 personnes. C'est énorme, apprendre à travailler à 100 personnes qui avaient des habitudes de travail différentes.

On a ouvert ces formations aussi aux professionnels libéraux et aux professionnels de PMI. C'est-à-dire qu'on a invité les puéricultrices de PMI, les sages-femmes de PMI, les médecins de PMI, on a invité les pédiatres et les gynéco-obstétriciens libéraux. Il n'y en a pas beaucoup dans le Jura.

Dans le Jura, il y a 3000 naissances par an. Ça aussi ça a permis de créer des liens, commencer à créer ce réseau.

Finalement, tout le monde a découvert que l'allaitement c'était assez simple, qu'il fallait faire confiance aux mères, qu'il y avait une chose qui était vraiment fondamentale, on a vraiment basé là-dessus, sur l'observation de la tétée, c'est-à-dire s'assurer qu'il y a une bonne position et une bonne prise de sein. Et on a compris que c'était cette première prise de sein qui était importante (on ne parler plus de « mise » au sein), a prise de sein du bébé, en salle de naissance. Ce premier contact entre la mère et le bébé et laisser faire. Les mains dans les dos. Quand on a compris ça, on a déjà fait un grand pas.

[[M.-J. Dole : information des mamans, choix d'allaiter ou non]

Quand on parle de formation-information des mamans, il est important qu'elle soit très précoce, c'est-à-dire dès le premier contact avec la maternité. Toutes les mamans ne viennent pas faire leur déclaration de grossesse à la maternité. Mais le fait d'avoir aussi formé les professionnels autour, ces professionnels peuvent interroger tout de suite, demander si elle a l'intention d'allaiter ou pas.

C'est respecter le choix des parents, mais en même temps, c'est une priorité de santé publique pour nous, l'allaitement. Notre devoir c'est d'informer et de donner les moyens aux parents de faire un choix éclairé. On doit respecter leur choix, mais les parents doivent être responsables de leur choix.

Je compare ça par rapport à l'information par rapport au tabac. On ne peut pas interdire à une femme enceinte de fumer, mais il faut aussi l'informer des risques et lui proposer des solutions pour arrêter. Pour l'allaitement, c'est pareil. Faut pas dire « ce n'est pas bien si vous ne faites pas le choix d'allaiter », mais il faut aussi donner toutes les informations pour qu'elle puisse allaiter, parce que peut-être son choix de ne pas allaiter est lié, enfin souvent, à des idées reçues, ou son entourage, ou sa culture, et un manque de confiance en soi, c'est pour ça qu'on propose très tôt des informations allaitement. Quand une maman ou un couple décide de ne pas allaiter, on propose le don de colostrum, à la naissance. C'est vraiment un moment d'échange très intense.

[M.-J. Dole et Marc Pilliot sur le don de colostrum]

Toutes ces mamans qui ont fait le choix du don de colostrum et qui persévèrent dans leur choix de ne pas allaiter parce que c'est un choix décidé, elles disent toute à posteriori qu'elles sont vraiment très contentes d'avoir fait ce don de colostrum. Cela se fait en salle en naissance. Quelquefois, si elles veulent renouveler ce don de colostrum, elle peuvent.

Marc Pilliot : Si on laisse faire le bébé, il vient tout seul. Il y a des fois, elles sont là « ah ben qu'est-ce qu'il fait ». Et ce qui est amusant, c'est qu'on a fait une étude dans le nord là-dessus - en France, ça se fait pas à l'étranger, c'est très français puisqu'on n'est pas très allaitement, on fait un don de colostrum. Ce qui est intéressant, c'est que parmi ces femmes qui n'avaient pas spécialement envie d'allaiter et qui avaient choisi de faire le don de colostrum, il y en a plus de 30 % qui continuent. Parce qu'elles trouvent ça d'un seul coup formidable.

La salle : Sans passer par le biberon ?

Marie-Jeanne Dole : Non, c'est directement.

Marc Pilliot : C'est le fait de le vivre. Quand elles ont vu le bébé, à quel point il peut être compétent pour se hisser tout seul au sein et puis prendre. Quand elles voient cela, elles sont dans un débordement émotionnel qui fait que... Il y en a qui en restent là, et il y en a d'autres qui ne voulaient pas donner le sein parce qu'elles n'avaient pas réalisé du tout de quoi il s'agissait. On est dans un pays qui n'a pas du tout la culture de l'allaitement. Ça date de plusieurs siècles.

La salle : Le fait de l'appeler autrement aussi. Elles ont choisi de ne pas allaiter, mais le fait de dire : on va faire quand même un « don de colostrum » parce que [...]

Marie-Jeanne Dole : Oui, si elles sont d'accord, ce n'est pas une obligation, non plus...

Marc Pilliot : Parfois [...] au moins, je donnerai des anticorps [...] tous les prétextes [...]

La salle : Elles savent que ça va durer qu'une fois. Elles ne s'engagent pas complètement.

Marc Pilliot : 30 % qui continuent, ça veut dire qu'il y en a 70 % qui s'arrêtent là. Il y en a qui continuent trois ou quatre fois, et puis le lendemain « *Non, ce n'est pas mon truc* ». Bon, OK.

La salle : Ceci dit, le bénéfice est quand même là pour le bébé.

Marc Pilliot : Complètement. Et pour elle aussi parce qu'elle a fait quelque chose.

[M.-J. Dole : peau à peau les deux heures suivant la naissance, débat avec P.Pilliot sur l'aspiration systématique]

Marie-Jeanne Dole : Une chose sur laquelle vous n'avez pas insisté. Ce qui est important pour nous, c'est ce contact peau à peau avec la mère, pendant les deux heures en salle de naissance. Si la maman est fatiguée, on peut aussi faire le peau à peau avec le papa. Mais on ne touche absolument pas au bébé... naturellement un bébé qui va bien, qui n'a pas eu de souci particulier. Un bébé qui va avoir fait une tachycardie on ne va pas ne pas faire de réanimation.

L'observation clinique du bébé qui va bien [...]. Pour des raisons par exemple d'hypothermie. Un bébé qui aurait une température un peu faible, on ne va pas le mettre en couveuse, on le met en peau à peau avec la maman avec une étuve (je ne sais pas si ça s'appelle une étuve, on a des draps chauds et on met le bébé en peau à peau avec sa maman et on met un drap chaud).

Et en cas de césarienne, quand vous parlez des résistances ou des réticences, nous on a des anesthésistes, on a un chef anesthésiste qui est anti papa en salle de césarienne. On n'a pas pu faire évoluer les choses.

Plutôt que le papa fasse les cent pas dans le couloir, on met le bébé en peau à peau avec le papa en fin de césarienne. On a une chance, c'est que la maternité était en dehors de l'hôpital donc il n'y avait pas de salle de réveil commune. On avait une salle de réveil après la salle de césarienne, la maman va en salle de réveil et on a une salle de réveil à l'intérieur, dans le service de salle de naissance. La maman revient rapidement. Elle va rapidement en salle de réveil. Donc elle n'est pas longue. On lui montre son bébé. On laisse aussi le temps de l'échange du regard, du contact, et ensuite c'est le peau à peau avec le papa. Ensuite, ils sont les trois dans la salle de réveil.

La salle : Est-ce que vous faites les aspirations systématiquement ?

Marie-Jeanne Dole : Non. On ne touche pas le bébé avant deux heures. Effectivement, si on a un bébé qui est encombré, on va le désobstruer mais...

Marc Pilliot : On peut avoir le label *Ami des bébés* même si on aspire le bébé. Ça ne fait pas partie des critères d'évaluation. Mais c'est vrai que, quand on commence à avoir cette démarche de respect du bébé, on va plus loin aussi. Dans le sens où il y a quand même beaucoup de travaux scientifiques qui montrent que les aspirations sont délétères. Quand tout se passe bien, ça les dé-sature même au niveau de l'oxygène. Ils s'oxygènent moins bien quand on les aspire, alors que le but de l'aspiration c'était justement de faciliter l'oxygénation du bébé. Il y a plein de travaux qui montrent que ça leur posait beaucoup de problèmes, sur le plan respiratoire, de réadaptation. Donc on abandonne, sauf quand il y a des situations, quand le liquide est méconial, ça montre que là il y a un danger, on va l'aspirer mais c'est tout.

Marie-Jeanne Dole : Là, j'ai un article de Régine Prieur, qui est sage-femme et qui est aussi consultante en lactation, qui avait sorti un article dans *Les Dossiers de l'Obstétrique* de mai 2004 : *Aspiration systématique en salle de naissance, nécessité sécuritaire ou croyance mythique ?* Il est intéressant.

[M.-J. Dole sur l'importance du vocabulaire]

J'ai repris un peu votre intervention. Je voulais rajouter ce qui me semblait [...] dans le vocabulaire. C'est vrai quand vous avez parlé de salle de naissance à la place de salle d'accouchement, ou de bloc obstétrical, ou de salle de travail, travail c'est dur. Salle de naissance c'est bien plus sympa. Nous, on ne dit plus non plus « suite de couche », on dit « suite de naissance ». Et on ne parle pas de « mise au sein », on dit « prise de sein ».

Ce vocabulaire, c'est aussi important, parce que pour les mamans aussi, quand elles entendent ce vocabulaire-là, c'est tout une autre dynamique.

[M.-J. Dole : suppression des compléments, et leçon à retenir sur l'information donnée aux mamans] .

Quand on parle de la difficulté de changer les pratiques : quand on a mis en place notre projet de service sur l'allaitement, notre chef de service a sorti une étude qui montrait que les compléments étaient la cause principale des échecs d'allaitement, et surtout sur la durée d'allaitement. Il a dit « *interdit de donner des compléments* ».

[...] On a fait une étude de dossiers, on a repris ceux des allaitements qui avaient été arrêtés précocement. Parce qu'à l'époque, les séjours en maternité étaient un peu plus longs, les mamans restaient 6 jours. On avait repris les dossiers de l'année et on avait regardé celles qui avaient décidé d'allaiter au départ et celles qui allaitaient à la sortie. On se rendait compte qu'il y avait beaucoup d'arrêt d'allaitement et ce, malgré toute la bonne volonté du service, de tous les professionnels.

C'est-à-dire que sur les tables de nuit, on avait tout. On avait les pommades, les bouts de sein, les coupelles, un tas de choses, les tubes gras et tout ça. Et là on a dit : on supprime tout, et on supprime le complément.

[M.-J Dole explique que « c'était presque la guerre dans le service », que chez les mamans aussi c'était la révolte] Les multipares qui avaient déjà eu deux ou trois enfants et à qui on avait donné des compléments comme ça, elles n'y comprenaient plus rien. [...] On était dans cette dynamique et on n'informait pas avant.

Aujourd'hui, dans la formation pendant la grossesse, on explique pourquoi il faut éviter les compléments. Et aujourd'hui, un complément, c'est parce qu'on a évalué [...], on a discuté avec la maman, et les compléments on n'en donne presque plus. Le bébé pleure et la maman pense qu'il a faim. Si on discute avec elle, qu'on prend le temps et qu'on observe la tétée, on redonne confiance à la maman. Les compléments, nous n'en donnons pratiquement plus. C'est une obligation dans le service. Quand quelqu'un donne un complément, c'est déjà une décision d'équipe. On ne décide pas tout seul de donner un complément. La nuit par exemple, il y a une sage-femme et une auxiliaire de puériculture mais elles en discutent les deux. On note la raison dans le dossier. Ça supprime plein de compléments.

Je vais vous montrer les salles de naissance.

[J.-M Dole, discussion avec la salle et M.Pilliot sur le passage systématique d'une sonde pour la détection de l'atrésie]

La salle : [...] Je suppose il y a eu une grande discussion avec le pédiatre du service pour réévaluer les pratiques. Sur l'atrésie, on me dit : « oui, mais il faut absolument passer la sonde, parce que si ce n'est pas détecté... ». Est-ce que vous avez mis en place d'autres stratégies de surveillance, ou est-ce que vous laissez faire et vous intervenez si vous voyez qu'il y a problème ?

Marc Pilliot : La difficulté, c'est de convaincre le chirurgien. Mais quand on les [...], ils n'ont pas d'arguments. Ils ont toujours le souvenir d'un enfant à qui c'est arrivé.

La peur de l'atrésie, c'est l'atrésie non diagnostiquée. Donc c'est déjà une faute professionnelle. Une atrésie, ça se remarque relativement vite. Maintenant, il y a les échographies qui parfois permettent de suspecter déjà, parce qu'on ne voit pas d'estomac par exemple. Mais il y a des atrésies où il y a quand même des petites communications..

L'atrésie, c'est l'œsophage qui n'arrive pas à l'estomac. Donc il y a ou bien une sténose, un rétrécissement, ou bien c'est un cul de sac. Donc on a l'habitude de passer une sonde pour vérifier si la sonde descend bien jusque dans l'estomac. Et le geste véritablement qu'il faudrait faire, c'est ensuite de prendre une seringue et d'injecter deux trois millilitres d'air avec un stéthoscope sur la hauteur de l'estomac pour bien entendre qu'on entend glouglou.

D'une part très peu de gens font le test de la seringue. Il y a des sondes qui s'enroulent, on croit qu'on est descendu très loin dans l'estomac, puis finalement non, elle s'est enroulée au niveau du cul de sac. On fait des blessures à ces moments-là. Vous avez des atrésies où il y a quand même des passages, parce qu'il y a une petite fistule qui permet de relier à l'estomac, donc il va pas y avoir d'aliment qui vont passer mais l'air peut passer facilement. Donc le glouglou, on l'a quand même.

On a tous eu dans notre expérience, les chirurgiens-pédiatriques ont tous au moins un cas ou plusieurs, d'atrésie de l'œsophage réel à qui le test de la seringue était positif, c'est-à-dire normal. A partir de là... Un bébé qui va avoir une atrésie de l'œsophage, il va commencer à saliver de façon beaucoup plus importante que normalement. Le moindre petit signe de doute à l'échographie ou à la naissance, là on pourra passer une sonde pour vérifier mais on va le faire avec attention et pas n'importe comment parce que c'est un geste routinier qu'on fait à tous le monde. Le problème du geste routinier, c'est qu'on le fait sans y penser, et parfois en oubliant pourquoi il est fait, et du coup ça n'a plus tellement de valeur.

Marie-Jeanne Dole : On ne voulait plus aspirer les enfants à la naissance non plus. Les pédiatres étaient un peu réticents parce qu'ils avaient peur de cette atrésie de l'œsophage, et finalement [il y a eu] une atrésie de l'œsophage non diagnostiquée alors que la sonde a été faite.

[Discussion sur les résistances au changement : argument du manque de temps]

La salle : Ça ne demande pas au personnel plus temps. C'est ce qu'on m'a répondu. Oui, mais bon, s'il le faut on peut être plus attentif, plus derrière, le personnel n'a pas le temps justement de faire cette surveillance-là qui permettrait d'éviter ce geste.

Marc Pilliot : Vous touchez le point névralgique. Parce que si on évolue vers une technicité de plus en plus importante, c'est à cause d'un leurre, c'est qu'il n'y a pas assez de personnel, il n'y a pas de monde, il y a une pression phénoménale alors du coup, on met de plus en plus de protocoles pour se protéger et mettre des filets. On en arrive à un délire véritable qui fait qu'après c'est comme ça qu'on est arrivé après à certaines situations de déshumanisation.

Marie-Jeanne Dole : L'argument du temps ce n'est pas un bon argument non plus. Parce que le temps qu'on prend au départ pour accompagner l'allaitement, effectivement, c'est du temps, mais cet accompagnement précoce, c'est un gain de temps pour le futur, parce que si effectivement dès la salle de naissance, dès les deux premières heures, le bébé tète, la maman est sûre de ses

compétences de maman, elle est sûre des compétences de son bébé à savoir téter et elle ne se pose plus de question. Et tout se passe bien.

Après, quand elle veut remettre son bébé au sein, quand il a faim, quand elle voit qu'il réclame, elle le met et ça marche tout seul. Elle ne se pose pas de question, elle sait que ça marche, qu'elle est capable, que son bébé est capable de téter, donc c'est un gain de temps pour toute la suite.

Quand vous avez un allaitement qui ne marche pas bien, ça prend énormément de temps aux équipes soignantes pour accompagner cela, pour redonner de l'assurance à la maman. Quand on a compris ça, on a tout compris.

Marc Pilliot : Bien que les allaitements ce n'est parfois pas facile. En tous cas, il y a plein de gestes que l'on perd. Le peau contre peau pour réchauffer les bébés, du coup ça fait plein d'incubateurs en moins à nettoyer. Nettoyer un incubateur c'est une bonne heure, c'est compliqué.

On fait moins de dextroses, ces petites piqûres au talon pour vérifier la glycémie. Maintenant on n'en fait pratiquement jamais, on a des critères très sévères pour faire des dextroses chez les bébés de très petit poids etc. et on abandonne très vite parce qu'ils sont toujours bons. Bien évidemment, ils ont eu le sein tout de suite, dès qu'ils manifestent un tout petit peu, on les met au sein, ils sont peau contre peau vers la maman dont ils n'ont pas vraiment froid. C'est surtout l'hypothermie qui crée des hypoglycémies. A partir de là, on fait déjà moins de dextroses.

Le respect du code OMS, ne pas donner de publicité. Vous avez tous les paquets cadeaux que l'on donne en maternité, et quand on ouvre ces paquets-cadeaux et qu'on commence à regarder ce qu'il y a dedans, il y a des choses innommables et on n'est pas dans notre rôle de professionnel. Qu'est-ce que c'est que ce professionnel qui sert de courroie de transmission à une publicité commerciale ?

Il y a un déphasage complet, ça fait très plaisir aux auxiliaires de faire un cadeau parce qu'elles ont un sourire de la maman. Quand on a supprimé ça, ça a été très difficile parce que les auxiliaires ne voulaient pas. Elles avaient un retour très positif des mères. Puis un jour, on a tout de même trouvé un enfant de 5 ans dans la chambre, le frère aîné, qui était en train de manipuler un sachet de lessive, qui allait le mettre à la bouche. Nous, les pédiatres, on a sauté sur l'occasion : « vous vous rendez compte le problème juridique... ! »

Une semaine après avoir abandonné, il n'était plus question de revenir en arrière, parce que ça libérait deux pièces dans lesquelles on pouvait faire des choses, et ça a libéré un temps phénoménal qui a permis d'accompagner les mamans beaucoup mieux dans l'allaitement. La difficulté, c'est quand on commence à changer, on a du mal à abandonner les anciennes pratiques. Il y a un moment où ça se chevauche. Alors là ça fait un surcroît de boulot pas possible. Et au fur et à mesure que l'on abandonne les anciennes pratiques, on gagne de plus en plus de temps, et le retour est tellement positif que ça incite à continuer.

[Discussion avec la salle : comment se faire entendre dans les maternités qui n'ont pas le label ?]

La salle : En pratique, je pense à un hôpital qui m'est cher puisque j'ai eu 4 enfants là-bas, près de chez moi. Et malgré tout ce qui s'est passé là-bas, j'y suis quand même attachée. Admettons par exemple qu'il y ait une pédiatre en néonatalogie qui dise à une maman : « il faut que vous arrêtez d'allaiter au bout de 10 minutes maximum, parce que sinon vous n'aurez pas assez de lait. Vous comprenez ça vide, vous videz tout et vous aurez pas assez de lait ».

Et admettons que la maman réponde « écoutez, je suis animatrice de la [Leche League] » Je pense que vous auriez [...]. Comment faire pour donner l'impulsion, vous parliez des usagers, mais comment faire pour donner l'impulsion. Qui décide de se lancer dans cette aventure ?

Marc Pilliot : C'est très difficile en tant qu'usager parce que vous avez le pouvoir médical derrière. Dès qu'un médecin et un professionnel de santé se sent un peu titillé, il va trouver des arguments pour vous faire peur. C'est facile.

La salle (suite) : La pédiatre en question elle était gentille. On sentait qu'elle avait une super bonne volonté et que c'était de toute son âme qu'elle me recommandait de ne pas donner [...]. Ou alors elle m'a dit, « vous pleurez, vous allez empoisonner votre bébé. J'ai fait un stage, je sais que quand on pleure en donnant le sein on empoisonne le bébé ». Il y a du boulot. Ces trucs-là, on en rêve, mais s'il y en a 5 en France, ce n'est pas juste. Il en faut pour tout le monde. Mais je veux accoucher là, j'ai pas à aller à Roubaix pour mon cinquième.

Marc Pilliot : Il faut savoir faire de la résistance. C'est-à-dire que vous êtes beaucoup plus confiante en vous en tant que maman si vous avez réfléchi aux choses avant. C'est bien quand une maman a envie d'allaiter et qu'autour d'elle il [y a plein ?] de maternités, il faut rendre visite aux maternités. C'est très intéressant. « Ben voilà je suis enceinte de 2 ou 3 mois, avant de choisir, je fais le tour des maternités qui sont autour de chez moi »... Mais il y a des maternités où l'on va vous accueillir, on va vous faire visiter un peu ; il y a des maternités où il n'en est pas question. Déjà c'est un doute ! Dans la visite, on peut voir des discours. Si vous sentez que ça ne va pas. Il y a intérêt à s'informer.

La salle (suite) : La démarche, elle est inverse. C'est plutôt les mamans qui ont à supplier l'hôpital d'être prise en charge même si c'est le plus pourri des hôpitaux. C'est les mères qui font les courbettes parce qu'à 4 mois, il n'y a plus de place.

Marie-Jeanne Dole : Il n'y a pas de concurrence. Marché captif.

[Discussion avec la salle : comités d'usagers]

La salle (suite) : Dans cette grande structure. J'ai demandé à faire partie du comité d'usagers. Et ils ne sont pas prêts pour ça...

Marc Pilliot : C'est obligatoire maintenant.

La salle (suite) : Oui, je sais. Mais comment faire ?

Marc Pilliot : Mais ils vont y venir. Ils vont se faire taper sur les doigts à un moment donné. Dans les réseaux, il faut qu'il y ait des usagers. Mais si la situation est difficile comme ça pour ce qui est de l'allaitement, il y a suffisamment de structures, avec les associations par exemple, où on peut aller dans des réunions de groupes de mères où là vous allez apprendre un petit peu les notions de physiologie d'allaitement et vous en saurez bien plus que n'importe quel professionnel qui sera là. Quand vous avez un professionnel qui vous dit des bêtises du genre « *au bout de 10 minutes...* » vous laissez causer et vous faites comme vous voulez. Et là, tant qu'il n'y a pas de confrontation, il y a un moment où ils vont se remettre en question parce qu'ils s'aperçoivent que vous qui n'en avez fait qu'à votre tête, ça marche bien. Tandis que les autres à qui ils disent tout, les allaitements sont ratés. Et c'est le début. Ce n'est pas facile parce que si, en effet il y a de la résistance comme ça, là vous êtes dans la pire des situations.

La salle : Aider les associations. Il y a pas mal de sages-femmes qui pensent que la Leche League est une secte, et qui vous disent de ne pas mettre d'affiche de la Leche League ou d'une autre association dans la salle d'attente où tout le monde poireaute deux heures, parce que ça ne sert à rien tant qu'elles n'ont pas eu leur bébé.

[Témoignage d'une association au sein d'une maternité]

La salle : Je peux témoigner d'une expérience sur Marseille à l'initiative d'un médecin-pédiatre.

Il a monté un réseau, une association, à l'intérieur d'une maternité, qui permettait une permanence sur l'allaitement tous les jours, sauf le dimanche. Une consultation que pour l'allaitement. Il y a plein de discours encore différents, ça a mis du temps. 13 ans à peu près que ça existe. J'y suis en tant que consultante en lactation.

Ça a mis du temps pour être accepté, il y a encore des résistances. Mais c'est vraiment un plaisir, et pour les mamans, et pour moi, parce que j'aime beaucoup aller en maternité. Je vais ou de chambre en chambre, ou [explique qu'il y a aussi des réunions organisées pendant le séjour en maternité]. La semaine dernière, au moment où je suis rentrée, il y avait une auxiliaire de puériculture qui donnait une fameuse consigne à une maman, « 10 minutes d'un côté, 10 minutes de l'autre ». Je pensais que c'était son amie, j'ai voulu lui dire et puis après je me suis rendu compte que c'était une auxiliaire de néonate qui était montée en chambre. « C'est bien, je peux continuer la tournée avec vous, parce que j'apprends plein de choses avec vous. » Elle était tout à fait [...]. J'étais étonnée.

Après ça a évolué aussi, c'était la semaine dernière. Une maman qui m'a dit : on m'a dit que je pouvais dormir avec mon bébé. Une sage-femme qui m'a dit ça. Ça bouge. C'est ce qui est extraordinaire.

Marc Pilliot : [il s'adresse probablement à la première intervenante] Vous êtes dans la région parisienne ?

La salle : Oui.

[Marc Pilliot sur la spécificité de la région parisienne]

Marc Pilliot : C'est la pire. Je le dis d'autant plus facilement que j'ai été formé à Paris, et quand je vois les amis qui y sont restés, c'est une catastrophe. Sur le plan de l'allaitement maternel, c'est épouvantable. Parce qu'il y a un manque total de formation et les parisiens ne se rendent pas compte, parce qu'il y a le syndrome parisien « *on ne fait jamais mieux qu'eux* ». Je le dis volontiers parce que je suis parisien d'origine. Ils ne se rendent pas compte, les pédiatres en tous cas, qu'en province, il y a plein de gens qui font des choses très bien et qui sont très en avance par rapport à eux.

Le NIDCAP, par exemple, c'est tout un processus d'accueil du bébé dans les service de néonatalogie où l'on prend conscience qu'il faut respecter le rythme du bébé. C'est la même chose qu'ami des bébés mais en néonatalogie. Quand vous parlez de NIDCAP à des parisiens, ils vous prennent pour des foldingues, alors qu'il y a des raccourcissements de séjour, on est iatrogènes dans certains trucs. Les parisiens sont très dans la technique, ils sont comme ça, mais ils commencent à percevoir qu'ils sont dans la folie. On en est là... Ici, ça commence à se savoir que les professionnels ne sont pas formés pour l'allaitement. Ils commencent à s'en percevoir eux-mêmes [...]

La salle : Ils commencent à l'avouer.

Marc Pilliot : Avant, ils ne savaient pas qu'ils ne savaient pas. Maintenant ils commencent à se rendre compte qu'ils ne savent pas. Du coup ça, c'est déjà une démarche.

[M.-J. Dole et discussion sur l'importance des réseaux , de la formation des médecins généralistes]

Marie-Jeanne Dole : Pour rebondir là-dessus, c'est vrai que la dixième condition, c'est aussi travailler en réseau, c'est aussi faire en sorte que l'allaitement se poursuive en dehors du séjour hospitalier, donc s'engager à former les professionnels qui gravitent autour de la naissance dans le post-partum. C'est donc travailler avec les associations de soutien à l'allaitement.

La salle : [...] associations autour de Marseille. Je suis aussi animatrice de la Leche League, présente dans l'allaitement depuis une quinzaine d'années. Au début, il y avait un peu cette image

de la Leche League ; et puis maintenant, la semaine dernière aussi, j'ai eu deux appels au sujet de la SMAM [Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel]: « on voudrait que ce soit la Leche League qui vienne ». On voudrait que vous veniez en tant que Leche League ; ça bouge aussi, il y a 3 maternités ou 4 qui appellent la Leche League. Ils ne prennent pas trop les formations pour l'instant...

Marie-Jeanne Dole : C'est important sur le réseau, l'accueil des médecins généralistes. Parce que souvent, les femmes qui ont un souci, celles qui n'ont pas été assez informées de la possibilité de soutien par une association, elles se retournent sur leur médecin traitant ou elles viennent aux urgences...

Marc Pilliot : Alors là c'est la catastrophe...

La salle : ... avec une petite inflammation ou un peu d'engorgement et là cette formation est...

Marie-Jeanne Dole : Aujourd'hui les médecins généralistes ne peuvent pas se former à tout. S'ils ne s'estiment pas suffisamment compétents par rapport à l'allaitement, ils ont le réflexe de renvoyer [...] Aujourd'hui on n'a plus d'arrêt d'allaitement intempestif. Ils rappellent la maternité ou, s'ils doivent mettre un traitement pour autre chose que une histoire d'allaitement, ils regardent le Vidal, naturellement, [et souvent le médicament] est contre-indiqué en cas d'allaitement. Et ils téléphonent pour demander ce qu'ils peuvent donner. Nous on a notre bible, le Thomas Hale, on dit « oui, pas de problème ».

On forme aussi. Le chef de service, c'est lui qui fait l'information maintenant à la fac de médecine sur la région. C'est aussi important parce qu'on forme les professionnels. Ma collègue, qui est puéricultrice à la maternité, elle va faire la formation allaitement à l'école de puériculture, ou à l'école des sages-femmes. Ce qui fait que, quand même, il y a une formation initiale des professionnels qui se met en place.

[interventions de la salle, apparemment sur comment les médecins généralistes savent qui appeler]

Marc Pilliot : Il y a une heure de cours sur l'allaitement maternel pendant les études médicales, sur 7 années d'étude. L'heure de cours, ça s'appelle « *l'allaitement et ses complications* », et on passe une bonne demie heure à faire la comparaison entre le lait de mère et le lait de vache ! Ce qui est très utile pour accompagner une mère.

Ça, c'est une information qu'on donne à la sortie de la maternité, on dit « si vous avez un professionnel qui vous dit d'arrêter ou de donner un complément, a priori c'est quelqu'un qui ne connaît pas ». C'est important de savoir ce qu'il faut repérer. C'est un canadien (Jack Newman) qui avait fait une petite fiche d'information là-dessus : comment repérer si votre soignant connaît un peu l'allaitement. Ou comment repérer qu'il n'y connaît rien. S'il vous propose un complément ou d'arrêter, a priori il ne connaît pas, donc il faut chercher ailleurs.

La salle : D'abord, ils disent d'arrêter et ensuite ils préconisent une analyse de lait d'urgence.

Marie-Jeanne Dole : En même temps, par exemple, le carnet d'accueil de la maternité, il y a tous ces numéros utiles, c'est-à-dire les numéros des associations, les numéros des consultants pour les joindre directement. Dans le cahier d'accueil de la maternité qu'on distribue au premier contact avec la maternité, il y a tous les conseils par rapport à l'allaitement.

[Question de la salle sur les labels pour d'autres organismes]

La salle : Par rapport aux labels, je suis puéricultrice en PMI. Je sais qu'on commence à réfléchir, au niveau de la Cofam, au label département. Je voudrais savoir où vous en étiez par rapport à ça. Je sais qu'en Bretagne, ça cogite.

Marc Pilliot : On pourrait voir un peu tous les organismes qui peuvent soutenir l'allaitement, l'accompagnement et on pourrait créer un label, sauf que les critères ne sont pas encore définis. Mais il pourrait y avoir une réflexion là-dessus. Déjà il y a une réflexion.

Au début de la semaine se sont réunis 60 pays qui ont une coordination *Ami des bébés* dans leur pays. Ils se sont réunis à Berlin. Il y a quelques modifications.

La condition 4 a été modifiée, où on dit une heure, et non plus donner le sein dans la demie heure.

Et il y a la notion du soutien des mères qui donnent le biberon. Parce que, dans beaucoup de pays maintenant, il y a le problème du sida et il y a des femmes, y compris dans les pays du tiers monde, où on a besoin de donner le biberon. Il y a intérêt à donner une information très poussée là-dessus.

[Vers une labellisation du respect de la naissance physiologique ?]

Maintenant, il est question d'introduire dans les critères de labellisation le respect de la physiologie de la naissance. Pour le moment c'est en gestation. C'est le cas de le dire.

Et les pays pourront plus ou moins le mettre dans leur critère de labellisation, parce que les pays peuvent choisir un peu. C'est vrai qu'il y a des pays qui parfois sont moins exigeants que d'autres. La Suisse, par exemple, n'est pas très exigeante au niveau de la condition des compléments. Une enquête a montré que parmi les maternités amies des bébés en Suisse, il n'y avait que 30 % d'allaitement exclusif. Ça montrait qu'il y avait sacrément du complément. En France, il y a tout de même une certaine exigence, il faut au moins que ça soit argumenté.

[Le livret d'accueil de la maternité]

La salle : Dans votre livret d'accueil dans les maternités, est-ce que vous présentez ce que vous faites, c'est-à-dire tout ce qui est mis en place, les gestes qui sont délétères ou qui sont faits pour favoriser, ou est-ce que la plaquette ça reste « voilà on a des chambres individuelles... » ?

Marc Pilliot : Tout établissement fait un livret d'accueil. Tout dépend de ce que l'on y met dedans. On y trouve parfois des arguments commerciaux, du genre « nous avons de belles chambres d'hôtel » et puis voilà.

Nous, on a fait un livret où on dit tout l'état d'esprit, on l'avait fait avant la démarche, avant la demande du label.

Dans la première condition, qui est de définir une politique [par écrit], il y a une sous-condition qui est de faire une charte de l'allaitement qui soit à la connaissance des usagers. Cette charte où on reprend les 10 conditions qu'on va dire de façon moins sèche, on va expliquer comment on fait. Ça fait l'objet d'un tableau qui doit être affiché dans tous les endroits où les usagers peuvent être en attente, donc les salles d'attente, certains couloirs... Et c'est donné également dans le dossier d'instruction. Les gens ont déjà une information sur l'allaitement, et ils savent que dans cet établissement-là, si vous choisissez d'allaiter, voilà comment ça va se passer. Tout le personnel est formé, on va vous mettre le bébé sur vous, il va être allaité dès la naissance. Il sera nourri à la demande. Quand il réclame. Il sera 24 h avec vous.

Marie-Jeanne Dole : [elle doit montrer des images]. Ça c'est une des salles de naissance. En fait c'est une salle de naissance normale [...]. On a décoré, c'est un paysage Jurassien, et il y a une banquette dans chaque salle de naissance...

Ça c'est une autre vue, là il y a une fenêtre, avec des rideaux, c'est un tissu spécial qu'on peut laver, désinfecter.

Là c'est une autre salle. On a des lits d'accouchement qu'on a achetés, les femmes peuvent se positionner comme elles veulent dessus. On a une corde, une suspension. On avait prévu l'attache costaud.

La même salle avec ce que la maman a en face d'elle. Il y a un petit fauteuil pour le père aussi. Là, c'est la vue en face. La falaise. Les vignes.

C'est une photo prise en cours, en préparation. Sur la mobilisation, la liberté pendant le travail. On a fait le comparatif avec ce qui se passait avant. Les massages et la mobilité pendant le travail. Ça, avec la maman et le papa pendant une préparation. Les différentes positions. Une maman vraiment au travail. L'accueil du nouveau-né à la naissance. Elle n'a pas les mains dans le dos mais vous voyez qu'elle ne fait rien...