

Thèse de Doctorat en
SOCIOLOGIE

Présentée et soutenue publiquement par

Anne DUBOS

Le 6 décembre 2017

Raccourcissement du séjour hospitalier après
la naissance d'un enfant à Roubaix

Vécu des femmes, travail domestique et pratiques de soins à domicile

Directrice de thèse : Mme Bernadette Tillard, Professeure, Université de Lille 1

Membres du jury :

Mme Maryse Bresson, Professeure, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (rapporteuse)

Mr Alain Vilbrod, Professeur, Université de Bretagne Occidentale, Brest (rapporteur)

Mme Laurence Pourchez, Professeure, INALCO, Université Paris Sorbonne Cité

Raccourcissement du séjour hospitalier après la naissance d'un enfant à Roubaix.

Vécu des femmes, travail domestique et pratiques de soins à domicile.

Résumé :

La naissance est marquée par le paradoxe d'une forte médicalisation et d'un désinvestissement hospitalier de la période postnatale. Les dispositifs d'accompagnement au retour à domicile ne constituent pas une démedicalisation mais plutôt un transfert de l'hôpital vers le réseau social des familles et les professionnels de la santé. Le suivi médical à domicile doit permettre la poursuite d'une surveillance des familles. A l'issue de ce travail, il apparaît d'une part que les dispositifs étudiés ne sont pas complètement appliqués selon les recommandations, parfois au détriment de certaines familles, et d'autre part, qu'ils ne sont pas adaptés à l'ensemble des personnes rencontrées à Roubaix. Les usages des familles face à ces propositions sont divers. La place des professionnels à domicile est variable selon les contacts préétablis. Certaines familles s'approprient les services proposés et en tirent bénéfice, d'autres les perçoivent comme un contrôle et s'en défient. Cette organisation peut être source de difficultés puisque les critères d'éligibilité sont essentiellement médicaux. Par ailleurs, des familles ne recourent pas systématiquement aux dispositifs institutionnels qui pourraient les préparer au retour précoce, cherchant parfois à se mettre à distance du système ou privilégiant leur expérience. A distance, les mères et leur famille, selon leur niveau socio-économique, leur expérience de la maternité ou leur parcours de formation favorisent les savoirs professionnels ou profanes. Enfin, l'organisation à domicile est dépendante de l'investissement du conjoint et de l'entourage, peu repéré par les professionnels, et peut alors être l'occasion d'une fragilisation de la situation personnelle et familiale.

Mots-clefs : naissance, classes populaires, professionnels de santé, domicile, Hauts-de-France

Abstract :

Contemporary, birth is marked by a paradox: it is both widely medicalized and underinvested by hospital during the postnatal period. The existing schemes for caring at home cannot be seen as a demedicalization process, but rather as a transfer from hospital to social network families and health professionals. The medical follow-up at home is meant to enable the monitoring of families. This thesis shows that the recommendations of these schemes are not fully applied, sometimes to the families' disadvantage. Furthermore, the schemes are not adjusted to all the people, we have interviewed in Roubaix. Families' uses of these schemes are diverse, and the investment and role of the professionals depends on formerly established contacts. Whereas some families take over the proposed assistance and profit from it, others families perceive them as control and distrust. This organization can create some difficulties as eligibility requirements are mainly medicals. Moreover, some families do not systematically take up institutional schemes which could prepare them to an early return after delivery, in order to stay away from this system or to opt for their own experience. According to their socio-economic status, their maternity's experience or their educational background, mothers and their family do not favour the same knowledge (professionals or non-expert). Eventually, home organization depends on the partner, relatives and friends' investment, which is barely noticed by professionals and can cause personal and familial breakdown.

Keywords: birth, working classes, health professionals, home, Hauts-de-France

Remerciements

Ce parcours doctoral, m'aura permis de faire de belles rencontres intellectuelles, importantes, bouleversantes, même si l'ampleur du travail m'a parfois semblé inaccessible. Mais comme l'a dit Jean Vilar, « *il ne faut pas craindre de s'imposer des tâches immenses* ». Je tiens donc à remercier les personnes qui m'ont aidée et soutenue de (très) près ou de loin :

À Bernadette Tillard, d'abord, pour son accompagnement comme directrice de thèse durant ces 5 années, pour sa présence et son soutien marqués, pour ses conseils de lecture, ses relectures, pour nos temps de rencontres exigeants et stimulants, Merci !

Merci à Maryse Bresson, Alain Vilbrod, Laurence Pourchez d'avoir accepté d'être membres du jury. Je suis très honorée de vous présenter cette recherche.

Merci au CLERSE, et à l'école doctorale SESAM d'avoir soutenu cette thèse, ainsi qu'aux enseignants chercheurs.

Aux doctorants ou jeunes docteurs : un immense merci à tous pour le « décryptage » des champs de la sociologie, les conseils multiples, les relectures très pertinentes, merci pour les moments de travail, les vacances studieuses et également pour les temps de détente partagés, les sessions de déménagements (dont le mien) : Claire G. avec qui j'ai partagé de chouettes moments dans le bureau 19 C cette dernière année, Gabrielle L., Sarah C., Pierre B., Vianney S., Florian B., Julie M., François B., Ilona D., Aurore L., Pierre R., Frédérique D., Farouk N., Timothée V., Jessie L., Clément B.-E., Clément S., Leslie C., Damien D., Loïc F., Benjamin C., Placide A., Adrien B., Suzy B. et Irène B., Claire F., Amandine M., Jean F., Christian N., Sylvain V., Thomas D., Aurélien C., Sarah B. Z., Si-Yu L., Irène R., Louis C., Charlène L. T., Amandine B., mais aussi de plus « anciennes », Christine G., Caroline D. P. Et j'en oublie certainement...

À Sandrine Maës et ses collègues du centre de documentation du SH2, à Sophie Goyat et Dominique Mosbah, assistantes au CLERSE, pour leur accueil toujours chaleureux, leur professionnalisme et leur bienveillance.

Un énorme merci à l'équipe de Roubaix : à tous les professionnels pour leur accueil lors de mes visites en fin de journée en 2013 et 2014, et spécifiquement à Denis Therby, chef de service à l'époque, Pascale Dharlingue, sage-femme coordinatrice et Anne Hermetz, sage-femme-cadre.

Aux 44 mères rencontrées et leur famille, merci à chacune de m'avoir ouvert sa porte et confié son vécu. Des rencontres qui m'ont profondément marquée et que je n'oublierai pas !

À Élisabeth et Bernard Bailleux, pour leur soutien à l'école de sages-femmes pour démarrer cette recherche, au réseau OMBREL et leur relecture.

À mes collègues de l'école de sages-femmes : V. Lehembre, MC. Cybalski, V. Mousny, A. Neuville, V. Philippe, F. Hesse, A. Brognart, C. Fournier et M. de Mil, et tout particulièrement les enseignantes, très motivées pour enseigner notre belle profession, grâce auxquelles j'ai pu

avoir 2 mois pleins pour finir l'écriture de la thèse le dernier été. J'ai vraiment apprécié la possibilité d'être dans ma bulle à ce moment : un énorme Merci ! Merci pour votre soutien !

À Hélène Bomy, Fanny Devos, Sophie Carpentier, Florence Février du réseau OMBREL : nous avons partagé des moments inoubliables. Un merci spécial à Fanny pour sa relecture.

Au groupe Usagers du réseau avec Fanny, Odile, Carinne, Sylvie, Marie, Catherine, Marie-Agnès, Manon, Anne, Valérie, Claire, Audrey : beaucoup de partage, de réunions fructueuses, qui ont orienté ma vision certainement.

Et au groupe Sages-femmes du réseau, beaucoup plus nombreuses, pour les réunions très productives (des sages-femmes mobilisées !), toujours sympathiques et respectueuses, qui ont été aidantes, par les partages d'expériences, les réflexions sur nos pratiques actuelles.

Aux étudiants sages-femmes, futures collègues, que j'ai le bonheur d'accompagner depuis plusieurs années et que j'espère motiver à trouver du plaisir dans la recherche, comme j'en ai eu moi-même. À mes collègues sages-femmes de manière plus générale, avec qui j'ai partagé des moments professionnels intenses lors de nos gardes en salle de naissance.

Au Collège National des sages-femmes et à la Fondation Mustela qui m'ont octroyé le prix Maïeutique en 2014, tout particulièrement Sophie Guillaume, présidente du CNSF, Sabine Paysant, sage-femme administratrice du CNSF, et Chantal Larcade déléguée générale de la Fondation.

Séverine Soetart, pour le temps passé à m'expliquer le CCAS de Roubaix, Damien Cassan pour son soutien et ses conseils de traduction anglaise en 2016.

Un énorme merci à ma famille pour leur amour et leur soutien inconditionnel : mes parents, Jean-Pierre et Odile, pour leur présence constante, rassurante, encourageante, leur aide matérielle autant que morale, leurs relectures ; mes frères et sœurs et leur famille : François et Aurélie, P., T., M., Claire et Laurent, E., S., S., A., Sophie et Yann, T., M., L., qui m'ont permis d'avoir des échanges productifs, des temps très précieux de respiration (quelles vacances !!), des moments d'affection très soutenant.

À mes amis et collègues proches ou éloigné(e)s, pour leurs encouragements ou leur simple présence à divers moments de ce parcours doctoral : Ami et François, G. ; Céline et Hamid, Z. ; Florence et Ivan, V., C. ; Anne et Olivier, J. ; Florence et François, M., E. ; Lucie et Abel, A., M. et M. ; Mona ; Karine et Tidiane, A.-A. ; Alex, E., A. ; Cédric et Martine, P., A. ; Claire ; Véro, Marie-Caroline, Véro, Anne ; Franck et Sophie, R., C., M. ; Delphine, N. ; Thierry et Ami, A., T. ; Agathe et Ghislain, C. et M. ; Nina ; Véro, E. ; Vanessa ; Magali ; Amélie ; Christophe et Stéphane ; Hélène ; Karine ; Emilie ; Laetitia ; Hélène, Aurélie ; Laurence ; Valérie... et à Flo L.

Cette recherche aura surtout été l'occasion de me dessiller les yeux sur les conditions des femmes et de leur famille juste après la naissance, parfois difficiles, un moment finalement peu envisagé par certains professionnels.

« Peut-être n'est-ce pas un hasard si, dans notre langue, bien naître et bien-être s'entendent de la même façon. »

Danielle Rapoport

Table des matières

Glossaire	15
Introduction générale.....	19
Une diminution des séjours hospitaliers.....	19
Le point de vue des usagers	22
Structure de la thèse	24
1^{ère} partie : Evolution du contexte de la naissance	27
Chapitre 1 : La médicalisation de la naissance	29
Introduction	29
1. Les enjeux de la médicalisation	29
1.1. Les acteurs de la naissance au XVIII ^e	29
1.2. Enjeu démographique au XIX ^e siècle et lutte des professions médicales pour la place auprès des femmes enceintes	31
1.3. Nouvel enjeu démographique au début du XX ^e siècle et évolution des lieux de naissance ..	33
1.4. Les politiques publiques au XX ^e siècle	35
1.4.1. Création de la Protection Maternelle et Infantile ou « l'armement socio-sanitaire »	35
1.4.2. 1 ^{er} plan de périnatalité : le « programme finalisé de périnatalité 1970-1980 »	37
1.4.3. PMI et décentralisation, période de 1980 à 1995	39
1.4.4. 2 ^e Plan périnatalité 1995-2000 : « Sécurité et qualité de la grossesse et de la naissance »	42
1.4.5. 3 ^{ème} Plan périnatalité 2005-2007 : « Humanité, proximité, sécurité, qualité »	45
2. La naissance, un risque ?	49
2.1. Incertitude ou risque, une notion intégrée dans le modèle français	49
2.2. Médicalisation et usagers	51
2.3. Surmédicalisation ?	52
3. L'allaitement maternel et le label IHAB	55
3.1. L'origine du label, la « civilisation de l'allaitement maternel »	56
3.2. Au niveau international	57
3.3. En Europe	60
3.4. En France	60
3.5. Obtention du label, un « parcours du combattant »	61
3.6. Préconisations de l'IHAB, la « bataille du lait »	63
3.7. Culture, médecine ou médicalisation de l'allaitement ?	65
4. Initiatives face à la médicalisation de la naissance.....	66
4.1. Premières alternatives à la naissance médicalisée	67
4.2. CIANE, une mobilisation multidimensionnelle.....	69
4.3. AFAR, la promotion du choix au moment de la naissance	70
4.4. Les accouchements à domicile : un recours marginal	71
4.5. Une alternative : l'accompagnement global et l'usage du plateau technique	72
4.6. Maisons de naissance, une expérimentation qui peine à s'installer	73
Conclusion du chapitre	76

Chapitre 2 : Sociologie des professions et place de la sage-femme dans le champ des politiques publiques.....79

1. Histoire des professions de sage-femme et de médecin accoucheur.....	79
1.1. La perte d'autonomie de la sage-femme	79
1.2. Les débuts de l'enseignement obstétrical	81
1.2.1. Les initiatives de formation des accoucheuses et des accoucheurs	81
1.2.2. L'hôtel-Dieu, une première école pour tous	82
1.3. L'école de Port-Royal	84
1.4. La formation des médecins obstétriciens et leur rôle social	85
2. Sociologie de la profession médicale.....	90
2.1. L'intérêt du groupe professionnel selon Durkheim	90
2.2. L'approche fonctionnaliste pour définir les professions	92
2.3. La profession selon les interactionnistes	96
2.4. L'ordre négocié selon Strauss.....	98
2.5. L'apport de Freidson.....	99
3. Les ordres professionnels dans le domaine de la santé	102
3.1. Les prémices.....	102
3.2. La constitution des Ordres.....	103
3.3. Les missions des Ordres.....	104
4. Sage-femme, une profession ?.....	105
4.1. Le déclin de la profession de sage-femme	105
4.1.1. Dès le XIX ^e , l'effet de la formation.....	105
4.1.2. Au XX ^e , avec la médicalisation exponentielle	107
4.2. Quelle identité professionnelle ?.....	109
4.3. Déploiement du secteur libéral des sages-femmes.....	112
5. La négociation entre professionnels.....	115
5.1. Une diminution du nombre de médecins.....	115
5.2. Consultation d'orientation ou initialisation du parcours obstétrical par la sage-femme	118
5.3. Des lieux d'exercice pluriprofessionnels	119
5.4. L'organisation ville-hôpital, terrain de négociation en périnatalité	120
Conclusion du chapitre.....	121

Chapitre 3 : Naissance dans les milieux populaires123

1. Pour définir les classes populaires.....	123
1.1 La famille au sein des <i>working classes</i> selon Hoggart.....	123
1.2. Plus récemment, une notion des classes populaires qui s'étend	124
1.3. La notion de précarité	125
1.4. Repli sur soi.....	126
2. Du désir d'enfant.....	127
2.1. Vocation immédiate.....	127
2.2. Un accès à la parentalité socialement différencié	129
2.3. Une planification également différenciée.....	129
3. Effets de la grossesse	131
4. La naissance, enjeu de contrôle social	133
4.1. Intérêt médical ou visée sociale ?.....	133
4.2. Contourner ou non le contrôle social : le recours au réseau familial	135

5. L'enfant	136
5.1. L'alimentation de l'enfant	136
5.2. Les soins à l'enfant	137
6. Parentalité	139
6.1. Un problème public.....	139
6.2. Le soutien de la parenté.....	140
6.3. Le « métier » de parent	141
Conclusion du chapitre	142
2^e partie : Problématisation, méthodologie, présentation de la population rencontrée.	143
Chapitre 4 : Enjeu de l'objet, le point de vue de l'utilisateur	145
1. Les dispositifs d'accompagnement des familles au retour à domicile	145
1.1. Un projet institutionnel	145
1.1.1. « Plus le séjour est court, plus l'établissement est gagnant »	145
1.1.2. « Moins de lits pour autant de bébés ».....	146
1.2. Les recommandations de la HAS.....	146
1.3. Un souhait de professionnels et de certains usagers	147
1.4. Les dispositifs, un suivi à domicile plus tôt et moins cher	148
1.4.1. Les forfaits pour les visites à domicile	149
1.4.2. Le Retour Précoce à Domicile après l'Accouchement ou RPDA (2 ^e jour).....	149
1.4.3. Le PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile ou PRADO.....	150
1.5. Les autres formes d'accompagnement	151
1.5.1. L'hospitalisation à domicile ou l'HAD	151
1.5.2. La Protection maternelle et infantile (PMI)	151
1.5.3. Les sages-femmes détachées de la maternité.....	151
1.5.4. Identification des acteurs professionnels ou non-professionnels.....	152
1.6. La définition du « bas risque » pour la période postnatale	153
2. Problématisation : de nouveaux dispositifs concernant les usagers	155
3. Place de l'entourage	157
3.1. Place de la famille.....	157
3.2. Les parents lors de l'HAD d'un enfant malade	158
3.2.1. Le recours à l'HAD s'explique par plusieurs raisons	158
3.2.2. Une diversité des tâches apparaît	159
3.2.3. Analyse de l'expérience parentale dans ce processus.....	159
Chapitre 5 : Méthodologie de l'enquête	161
1. Les apports du réseau de périnatalité OMBREL	162
1.1. Le réseau OMBREL.....	163
1.2. Financement	166
1.3. Les missions du réseau OMBREL	166
1.4. Groupe Sages-femmes	168
1.5. Groupe Usagers-Professionnels.....	169
2. Entretiens avec des femmes en consultation prénatale	171
3. Entretiens avec des professionnels responsables au sein du CHRU	172
4. Analyse de la recherche d'un terrain	173
4.1. Terrain initialement envisagé	173
4.2. Porte close	174
4.3. Sociologie, un ailleurs.....	175

5. La maternité de Roubaix	176
5.1. Pourquoi Roubaix ?.....	176
5.2. Les rencontres institutionnelles	177
5.2.1. L'organisation des contacts avec les femmes à la maternité de Roubaix.....	177
5.2.2. Retours à l'équipe	179
5.2.3. Réunion d'information post-natale.....	180
5.3. Autour de la maternité.....	182
5.3.1. La Protection Maternelle et Infantile.....	182
5.3.2. Entretien avec la directrice du Centre communal d'action sociale de Roubaix.....	183
6. Choix des dispositifs à inclure.....	184
6.1. RPDA, un choix médical.....	184
6.2. PRADO	184
6.3. Bilan.....	185
7. Protocole de recherche.....	185
7.1. Trois « vagues » d'étude.....	185
7.2. Entretiens.....	186
7.3. À la maternité	186
7.4. À domicile : 1 mois plus tard.....	188
7.5. Conditions de production	189
7.6. Analyse des entretiens.....	190
8. Rapport au terrain.....	191
8.1. Inconvénients de la poursuite de l'activité professionnelle.....	191
8.2. Avantages de la poursuite de l'activité professionnelle	192
8.2.1. Le terrain roubaisien.....	192
8.2.2. Le réseau	192
Conclusion.....	193
Chapitre 6 : La population de Roubaix	195
Introduction	195
1. Une ville industrielle et une terre d'immigration.....	195
2. Population, naissance et fécondité	198
2.1. Le taux de natalité.....	198
2.2. Le taux de fécondité.....	198
2.3. Comparaison spatiale entre 1975 et 2010.....	198
3. Un parc urbain dégradé qui reflète les conditions de vie des habitants	199
3.1. Une forte précarité	199
3.2. Les mouvements de populations.....	200
4. Revenus, emploi, niveaux de formation.....	200
4.1. Un taux de chômage élevé à Roubaix	200
4.2. Population active selon la catégorie socio-professionnelle	201
4.3. Allocations de solidarité.....	202
5. Familles	202
6. Jeunesse.....	203
6.1. Une population jeune	203
6.2. ... et moins scolarisée	204
Conclusion.....	204

Chapitre 7 : Les femmes rencontrées à Roubaix.....	207
1. Tableaux descriptifs de la population rencontrée	207
2. Situation géographique des mères rencontrées	211
2.1. Information sur les dispositifs	212
2.2. Les visites des professionnels à domicile.....	213
2.2.1. Les sages-femmes	213
2.2.2. Les puéricultrices de PMI.....	213
2.2.3. Les médecins	214
3. Point de vue des mères sur le suivi effectif	214
4. Quelques portraits	215
Conclusion.....	226
3^e partie : Recours et non-recours institutionnels, pratiques de soins et organisation familiale lors du retour à domicile.....	229
Chapitre 8 : Recours, non-recours, recours partiel chez les personnes rencontrées	231
Introduction	231
1. Etude du non-recours	232
1.1. Histoire du non recours	232
1.2. Définition	232
1.3. Typologie	233
1.4. Trois niveaux de lecture pour comprendre le non-recours	234
1.4.1. L'usager.....	234
1.4.2. L'institution	236
1.4.3. Les dispositifs sociaux.....	237
1.5. Non-recours aux soins.....	238
1.6. Renoncement aux soins.....	239
1.6.1. Définition du renoncement aux soins	239
1.6.2. Renoncement — barrière.....	240
1.6.3. Renoncement — refus	240
2. Quels recours institutionnels possibles pour les familles rencontrées ?	241
2.1 La préparation à la naissance et à la parentalité.....	242
2.2. Le recours à la PMI.....	242
2.3. La réunion anténatale	243
2.4. La réunion post-natale.....	243
2.5. La ligne téléphonique et les associations de soutien à l'allaitement maternel.....	243
2.6. L'aide à domicile	244
2.7. Le recours aux professionnels libéraux	245
3. Les recourantes : qui acceptent « presque » tout.....	245
3.1. Qui sont-elles ?	245
3.2. PNP et réunions d'informations.....	246
3.3. Connaissance du dispositif d'accompagnement à domicile	246
3.4. Recours spontané aux sages-femmes pour les visites à domicile	246
3.5. Aide à domicile.....	247
3.6. Recours pour un soutien à l'allaitement.....	247
3.7. PMI	248
3.8. Autre recours	248
Conclusion	249

4. Les non-recourantes : qui refusent tout.....	250
4.1. Qui sont-elles ?	250
4.2. PNP et réunion anténatale	250
4.3. Connaissance du dispositif d'accompagnement à domicile	251
4.4. Visites à domicile des sages-femmes.....	252
4.5. Réunion collective	253
4.6. Aide à domicile.....	253
4.7. PMI	253
Conclusion	254
5. Les partiellement recourantes : qui acceptent certains dispositifs	255
5.1. Qui sont-elles ?	255
5.2. PMI	256
5.3. Aide à domicile.....	258
5.4. PNP	258
5.5. Réunion anténatale.....	259
5.6. Réunion collective	259
Conclusion	260
Conclusion du chapitre.....	261
Chapitre 9 : Mobilisation des savoirs	263
Introduction	263
Evolution de la relation soignant-soigné.....	263
Acculturation aux savoirs médicaux.....	264
Effets du système de santé sur la famille	265
Le parcours après la naissance	265
1. Savoirs profanes issus de l'expérience.....	266
1.1. L'expérience personnelle et familiale	267
1.2. Les « isolées ».....	268
1.3. Les « distantes ».....	270
1.3.1. Contacts professionnels.....	270
1.3.2 Cas de l'allaitement maternel.....	271
Conclusion	272
2. Savoirs professionnels ou académiques	274
2.1. Les « professionnelles »	274
2.2. Les « expérimentées »	275
2.3. Les « apprenantes »	277
Conclusion	281
3. Savoirs métissés.....	281
3.1. Multipares.....	282
3.2. Expérience professionnelle, mais une certaine distance est de mise.....	284
3.3. Primipares.....	286
3.4. Les « converties » au discours professionnel.....	289
3.5. Une évolution vers un discours profane ?.....	291
Conclusion	293
Conclusion du chapitre.....	294

Chapitre 10 : Travail domestique et organisation familiale lors du retour à domicile..297

Introduction	297
Production physique des enfants	297
Répartition des tâches au sein du foyer.....	298
1. Une présence quasi permanente du conjoint.....	301
1.1. Les familles : des classes modestes à intermédiaires	301
1.2. Jour du retour : le repas préparé.....	302
1.3. Les jours suivants : centrés sur le dernier-né.....	303
1.3.1. Le nourrisson	303
1.3.2. L'organisation.....	304
1.3.3. Le soutien	305
1.4. Les points forts	305
1.5. Un vécu un peu plus difficile.....	306
Conclusion	309
2. Soutien de la famille élargie : le giron familial.....	309
2.1. Les familles : des classes modestes à supérieures.....	310
2.2. Le jour de sortie : une grande place à la famille élargie.....	311
2.3. Les jours suivants : un nouvel équilibre.....	312
2.3.1. Organisation les jours suivants	312
2.3.2. Soutien.....	313
2.3.3. Peu de congés de paternité.....	314
Conclusion	315
3. Réseau restreint et tensions	316
3.1. Les familles : un niveau de vie modeste.....	317
3.2. Le jour du retour : un stress relatif.....	317
3.3. Les jours suivants : l'adaptation	320
3.3.1. Partage des tâches hétérogène, inégalitaire, qui repose sur la mère.....	320
3.3.2. Une organisation parfois imposée	320
3.3.3. Le nouveau-né	321
3.3.4. Les aides.....	322
Conclusion	322
4. Une non-organisation ? : les isolées et précaires	323
4.1. Les familles : classes défavorisées, précaires	323
4.2. Le jour du retour : une improvisation plus ou moins réussie	324
4.3. Les jours suivants : parer au plus pressé	325
4.3.1. Le nouveau-né deviendrait-il un poids ?.....	325
4.3.2. Isolement social	325
4.4. À distance : un équilibre instable.....	325
4.4.1. L'aide-ménagère refusée systématiquement.....	326
4.4.2. La barrière de la langue : un « handicap » ?.....	326
Conclusion	326
Conclusion du chapitre.....	328
Conclusion générale.....	331
Les raisons de la mise en œuvre des dispositifs	332
Les effets des dispositifs sur les mères.....	333
L'entourage, une place à prendre.....	336
Les professionnels	338
L'après-naissance, un phénomène trop banalisé ?.....	341

Bibliographie	345
Sommaire des tableaux.....	375
Table des figures.....	377
Annexes.....	379
Annexe 1 La graduation des niveaux de maternités.....	379
Annexe 2 Cotation des actes sages-femmes	380
Annexe 3 Simulations de cotation des actes par l’ONSSF	381
Annexe 4 Critères de sélection des mères et paramètres de surveillance	383
Annexe 5 Information — Consentement	388
Annexe 6 Trame d’entretien	389
Annexe 7 Ville de Roubaix et ses quartiers	391

Glossaire

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

AdP : Auxiliaire de Puériculture

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

AM : Allaitement Maternel

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANRU : Agence Nationale de Rénovation Urbaine

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ATD Quart Monde : Agir Tous pour la Dignité Quart Monde

AUEC : Attestation Universitaire d'Études Complémentaires

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

BEPC : Brevet d'Études du Premier Cycle

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CIANE : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance

CLERSE : Centre Lillois d'Études et de Recherches Sociologiques et Économiques

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPN : Consultation Périnatale

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

DMM : Dépistage des Maladies Métaboliques

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DRDR : Direction Régionale de la Dotation des Réseaux

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EPP : Entretien Périnatal Précoce

FECOND : Fécondité — Contraception - Dysfonctions sexuelles

GO: Gynécologue Obstétricien

HAD: Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

HLM : Habitation à Loyer Modéré

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IAE : Institut d'Administration des Entreprises

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IFBAN : International Baby Food Action Network (Réseau International d'Action pour la nutrition infantile)

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

ILCA : Association Internationale des Consultants en Lactation

INED : Institut National d'Études Démographiques.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maisons de Santé Pluri-professionnelles

ODENORE : Observatoire des non-recours aux droits et services

OMBREL : Organisation Maman Bébé de la REgion Lilloise

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONSSF : Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes

ONU : Organisation des Nations Unies

PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMRQAD : Programme Métropolitain de Requalification des Quartiers Anciens Dégradés

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PPG : Pavillon Paul Gellé

PRADO : Programme d'Accompagnement

PRS : Projet Régional de Santé

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RPDA : Retour Précoce à Domicile après l'Accouchement

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

RSA : Revenu de Solidarité Active

SF : Sage-Femme

SFMP : Société Française de Médecine Périnatale

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

SMAR : Semaine Mondiale de l'Accouchement Respecté

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

T2A : Tarification A l'Activité

TISF : Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

USAID : United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement international)

UT : Unité Territoriale

VPC : Vente Par Correspondance

WABA : World Alliance for Breastfeeding Action (Alliance mondiale pour l'action de soutien à l'allaitement maternel)

Introduction générale

Les modalités de la naissance en France ont beaucoup évolué sous l'influence de divers facteurs : médicaux, psychosociaux, économiques, sociétaux. Depuis le milieu du XX^e siècle, l'évolution marquante de la naissance a été l'abandon progressif de l'accouchement à domicile avec, à partir des années 1970, une hospitalisation quasi-systématique de la mère et de son nouveau-né pendant plusieurs jours. La médicalisation de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, menée de manière progressive depuis la fin du XVIII^e siècle, en a été un facteur déterminant. Cependant, on observe depuis le début des années 2000 un raccourcissement de la durée du séjour hospitalier notamment dans les maternités. Ainsi, malgré la dimension du risque de la naissance identifiée en France, la période postnatale ne fait plus l'objet de l'attention particulière déployée avant l'accouchement (Akrich, 1995, Knibiehler, 2016).

Voici brièvement introduit l'enjeu de notre thèse : alors que depuis le XIX^e siècle la grossesse et la naissance font l'objet d'un suivi étroit par le milieu médical, depuis la fin du XX^e siècle, les durées du séjour après la naissance sont progressivement raccourcies. Les familles auparavant écartées par la médicalisation se voient désormais attribuer un rôle de soutien beaucoup plus important à cette période cruciale, en complément d'un accompagnement à domicile par des professionnels de santé. Alors, quelles sont les raisons de la mise en place de tels dispositifs d'accompagnement au retour à domicile et quels sont leurs effets sur les mères et leurs familles ? C'est donc dans le cadre d'une étude des conséquences de ces nouvelles pratiques de santé publique sur les usagers que notre travail se situe.

Une diminution des séjours hospitaliers

La médicalisation de la naissance s'est accompagnée d'une évolution des professionnels de santé agissant autour de celle-ci, certains acteurs ont disparu (matrone), d'autres sont apparus (sage-femme, médecin spécialiste). Leurs champs de compétence eux-mêmes ont connu des changements et font encore actuellement l'objet de négociation. L'évolution de la profession médicale n'a d'ailleurs pas été sans effet sur la médicalisation et le contrôle des corps, en particulier de celui des femmes à la naissance, leur imposant par exemple la position couchée pour l'accouchement, ou encore la mise à distance du milieu familial à l'occasion de l'hospitalisation. L'attention des professionnels se concentre sur les conditions de la naissance (Tillard, 2002, p. 279), « l'accouchement n'étant plus que l'étape ultime » (Knibiehler, 2016, p. 47). Depuis plusieurs années toutefois, l'approche de la naissance par les professionnels

évolue. Sous la pression de certaines familles, une place de plus en plus importante est laissée au père (en salle de naissance, en néonatalogie) (Neyrand, 2004), des choix sont proposés pour la naissance, des couples imposent certains aménagements. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) avec l'entretien prénatal précoce qui s'instaure progressivement, veulent tendre vers une globalisation de la prise en charge (approchant la notion de « prévention prévenante » (Dugnat, 2007, Giampino, 2010)).

Cependant, alors que l'investissement médical de la grossesse et de l'accouchement s'est poursuivi, voire accru, la période postnatale a fait l'objet d'un moindre intérêt, la durée de séjour à la maternité après l'accouchement a été progressivement raccourcie au cours des vingt dernières années, aboutissant à la titularisation, dans les textes officiels et dans la pratique, des « sorties précoces » de maternité.

Des facteurs liés à l'organisation des soins et à leur financement ont été déterminants dans la réduction des séjours. Il s'agit notamment à l'hôpital de la diminution du nombre des lits d'obstétrique, de la non-rémunération de l'activité post-natale « standard » (tant pour la mère que pour l'enfant) et donc du choix stratégique des établissements publics et privés de transférer cette activité aux professionnels exerçant « en ville » (en libéral ou en PMI). La décision d'externaliser les soins s'est par ailleurs développée récemment dans différents champs de la médecine. Le système de santé recourt ainsi de plus en plus aux praticiens libéraux mais aussi à l'entourage pour la prise en charge des patients à domicile, mobilisant ainsi des ressources professionnelles et profanes. L'implication de l'Assurance maladie renforce le caractère quasi normatif de cette démarche avec la mise en place du PRADO à partir de 2008 (PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile), dont un volet maternité existe pour proposer un accompagnement à toutes les accouchées (primipares et multipares)¹ lors de leur retour à domicile.

D'autres facteurs d'ordre psychologique et relationnel ont également été mis en avant par des usagers pour favoriser cette évolution (voire même revenir à un accouchement à domicile qui reste cependant exceptionnel en France). Les critiques sur les conditions du séjour en suites de couches sont nombreuses (manque d'intimité, respect insuffisant du rythme mère-enfant, caractère fragmentaire et chaotique du suivi). La volonté de certaines familles de se

¹ Primipare : femme ayant eu un premier enfant, multipare : femme ayant eu au moins un 2^e enfant

réapproprié ce moment si particulier va dans le même sens. La meilleure connaissance par certaines familles des risques médicaux, pour la mère comme pour l'enfant, est un facteur qui favorise cette évolution : il est possible de constater une meilleure prise en compte du patient dans les évolutions législatives, ainsi que le rôle des médias et d'internet dans la diffusion des savoirs.

C'est dans ce contexte d'une évolution de l'organisation des soins que notre thèse interroge à la fois la mise en place de dispositifs d'accompagnement ayant des effets sur les systèmes de soins, mais surtout le point de vue des mères concernées par ces dispositifs. Selon le système de santé, à quoi sert le suivi du « post-partum » (à l'hôpital ou à domicile), c'est-à-dire le suivi de la mère et de l'enfant immédiatement après la naissance et les jours suivants ? En quoi consiste-t-il ? Comment est-il pensé ?

La Haute Autorité en Santé (HAS) a publié en 2004 des recommandations précises sur le Retour Précoce à Domicile après Accouchement (RPDA). Les risques de ce RPDA au niveau somatique, psychologique et social ont été jugés suffisamment importants pour que les conditions de la prise en charge à domicile soient très encadrées. Cependant, l'argumentaire scientifique de la HAS (mars 2014 c, p. 16) stipule que « plusieurs études ne mettaient pas en évidence de différences entre les sorties précoces de la maternité et les sorties non précoces, en termes de fatigue et de satisfaction maternelle. Les biais méthodologiques étaient importants, et ne permettaient pas aux auteurs de conclure de manière certaine ».

Au niveau pratique, pour le suivi postnatal à domicile proposé, par son existence récente, diverses modalités d'organisation ont vu le jour en France. C'est notamment le cas de l'implication des sages-femmes libérales au domicile, de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui accompagne historiquement le couple mère-enfant, mais n'intervient que si la liaison avec la maternité est établie, ou parfois, de plus en plus rarement, ce sont les services d'hospitalisation à domicile qui sont sollicités.

De manière générale, le RPDA, tel qu'il est envisagé par la HAS (2014), ne concerne ni les primipares, ni les patientes à « risque médico-socio-psychologique » élevé, et les mères concernées doivent pouvoir s'appuyer sur l'entourage lors de leur retour à domicile. Ainsi la place de l'entourage est requise, témoignant de l'évolution du système de soins concomitante avec celle de l'Etat-providence (Esping-Andersen, 2008) ou l'Etat social (Castel, 2003).

Au CHRU de Lille, le RPDA est proposé depuis juin 2012 et encadré par des sages-femmes libérales. La maternité de Roubaix, quant à elle, présente la particularité d'avoir mis en œuvre

les dispositifs depuis 2008, et le PRADO a été instauré en 2012. Dans les deux cas, les mères et les nouveau-nés sont suivis par des sages-femmes libérales. Notre étude s'appuie sur 44 entretiens de mères ayant accouché au sein de cette maternité et sorties plus précocement.

Le point de vue des usagers

La médicalisation de la naissance a entraîné en France une évolution des pratiques familiales autour de l'arrivée du nouveau-né. Sur le plan social, un changement majeur concerne les rites qui marquaient traditionnellement la grossesse et la naissance, et qui n'ont plus la même portée symbolique qu'autrefois en France. Laurence Pourchez (2005) rappelle que la naissance dans de nombreux pays fait l'objet de rites particuliers conduisant souvent à la mise à l'écart de la mère, parce qu'elle est considérée comme impure et l'éloigne des tâches domestiques. Les rites « de marge » (Van Gennep, 1909) au moment de la grossesse et de la naissance avec l'isolement et le repos de la mère, et les rites de réintégration à la société, la présentation de l'enfant, les relevailles ou « retour de couches social » (Van Gennep, 1909, p. 71), n'existent plus depuis le milieu du XX^e siècle, alors que pourtant ils reconnaissaient une place particulière à la mère et à son nouveau-né.

De nos jours, l'évolution de la cellule familiale, réduite au couple parental et parfois monoparentale (Martin, 1997, 2004), et du mode de vie urbain, amène au constat suivant : l'entourage, autrefois très présent, n'est plus toujours en situation d'apporter une aide significative. Les accouchées peuvent alors se sentir très isolées au retour à domicile, amplifiant la fragilisation de l'état psychologique associé à la récente maternité et pouvant conduire à des pratiques peu adéquates pour le nouveau-né. Il est alors possible de s'interroger sur le rôle des familles dans le contexte d'un retour précoce à domicile : les familles jouent-elles leur rôle de « protection rapprochée » (Bresson, 2007, p. 60), comme pour une situation de crise d'autre origine (accident de la vie, difficulté financière) ?

Du point de vue de la famille, le séjour écourté en maternité, censé être organisé avant la naissance, soulève potentiellement quelques obstacles liés à sa mise en œuvre : il semble parfois difficile pour une mère (surtout primipare) d'anticiper les éventuelles difficultés de la période postnatale. Les interventions des professionnels sont concentrées sur un temps plus bref, le séjour est particulièrement dense avec les interventions diverses des professionnels, et ne permet pas toujours le repos. La mère quitte alors le service au 2^{ème} ou 3^{ème} jour, plus ou moins fatiguée, au moment de la montée de lait, éventuellement au début d'une phase de baby blues...

Après une période de « cocooning » intensif et qui n'est peut-être pas toujours adéquat, les femmes sont donc laissées à elles-mêmes, avec la perspective de deux à trois visites à domicile.

En France, de façon générale, la période post-natale est relativement peu prise en considération par les professionnels de la naissance (Tillard, 2002, p. 168). Pourtant certains auteurs ont déjà alerté sur le délaissement des mères après la naissance, évoquant même la notion d'« abandon profond » (Akrich, 2007), voire de « vide » : « vide institutionnel, vide social, physique, vide psychique parfois » (de Gasquet, 2005). Un délaissement qui contraste d'autant plus avec l'intérêt grandissant témoigné lors de la grossesse et de l'accouchement, qualifié par Akrich (2007) de « suivi sans relâche ». C'est pourquoi nous nous intéressons aux vécus des familles à ce « moment critique » (Strauss, 1963).

La dernière enquête nationale périnatale de 2010 (Blondel et Kermarrec, 2011, p. 63) montre cependant que la question de l'état psychologique et du soutien familial des mères sont des éléments nouvellement interrogés, dans laquelle nous nous inscrivons. Dans cette enquête on apprend que seules deux tiers des femmes (67 %) se disent très bien entourées, et 70 % s'estiment avoir un bon « état psychologique ». Rappelons que cette enquête est réalisée auprès des mères encore hospitalisées en maternité, dans les jours qui suivent la naissance. Elle révèle aussi que des femmes (6 à 8 %) sont peu ou non satisfaites pour les deux critères questionnés au moment de leur séjour hospitalier, ce qui semble devoir être pris en compte.

Face au raccourcissement du séjour, les professionnels de la naissance proposent un accompagnement à domicile si elles sont en situation de « à bas risque ». Cette notion, définie par le système de soins (HAS, 2016), implique une quasi absence de problèmes médicaux, sociaux et psychologiques, et conditionne le retour à domicile de façon précoce.

Mais quelles femmes sont concernées par les dispositifs ? Comment cet accompagnement s'effectue-t-il de leur point de vue ? Et par quels professionnels ? Est-il satisfaisant pour les jeunes mères, les pères et leurs enfants ? Pour favoriser le retour à domicile, la HAS développe dans son argumentaire scientifique (mars 2014 c, p.16) que : « La sortie précoce de la maternité pourrait cependant favoriser le rapprochement familial en prenant davantage en compte la dimension familiale de la naissance : la séparation avec les aînés est limitée, le père serait plus rapidement présent et le raccourcissement du séjour en maternité le solliciterait davantage (participation aux tâches ménagères et aux soins du nouveau-né). Cela implique bien sûr qu'il décide de disposer de son congé paternité immédiatement après l'accouchement. Le cadre familial, rassurant, pourrait également favoriser une meilleure récupération et encouragerait

l'autonomie de la mère qui, en se sentant moins "assistée" qu'en maternité, aurait plus fréquemment confiance en ses capacités durant le premier mois suivant le retour à domicile ». Mais qu'en est-il dans les familles concernées par ces dispositifs ?

Nous nous sommes proposée d'étudier cette modification de la prise en charge en centrant notre investigation sur le point de vue des femmes et de leur entourage. Pour cela nous avons rencontré des mères à la maternité du centre hospitalier de Roubaix après la naissance et un mois plus tard chez elles, pour connaître leur expérience personnelle et familiale lors de leur retour à domicile.

Structure de la thèse

Une première partie sera divisée en trois chapitres. Dans un premier chapitre, il nous a semblé utile de revenir sur les origines des nouvelles dispositions pour appréhender les enjeux historiques, politiques, économiques, sociétaux de la médicalisation de la naissance (Gélis, 1988 ; Morel, 2007, 2014, 2015 ; Rollet, 1990) et comprendre leurs effets sur les femmes et leur famille. Avec la médicalisation, le système de santé met en avant la notion de risque afférent à la naissance qui conduit à se focaliser sur la grossesse et l'accouchement et à porter une moindre attention à la période postnatale (Akrich, 1995, 1996 ; Carricaburu, 2007 ; Knibiehler, 2004, 2010, 2016 ; Thébaud, 2010 ; Charrier et Clavandier, 2013), que l'on peut relativiser néanmoins avec le regain d'intérêt pour l'allaitement depuis la fin des années 1990.

Le deuxième chapitre est centré sur l'évolution des acteurs mobilisés autour de la naissance. Il permet de comprendre quelle place ont pris les médecins dans le contrôle des corps des femmes (Beauvalet-Boutouyrie, 1999 ; Morel, 2008 ; Sage-Pranchère, 2016 ; Freidson, 1970 ; Cahen, 2014), pourquoi la perte d'autonomie des sages-femmes, remise en question depuis deux siècles (Gélis, 1988 ; Schweyer, 1996 ; Charrier, 2008 ; Knibiehler, 2016) et le déploiement récent de leurs nouvelles compétences, peuvent jouer un rôle auprès des mères et de leur famille lors de l'accompagnement à domicile, et enfin quelle négociation des professionnels se joue au moment du retour à domicile (Douguet et Vilbrod, 2016).

Un troisième chapitre s'attache plus spécifiquement à la naissance en milieu populaire, d'où provient une grande partie des 44 mères rencontrées lors de notre enquête de terrain. Comment définir les classes populaires (Hoggart, 1970 ; Pitrou, 1978 ; Schwartz, 2011 ; Paugam, 2013 ; Siblot et al., 2015) ? Et les populations précaires (Bresson, 2007, 2011) ? Quelles particularités présentent-elles avec l'arrivée d'un enfant (Tillard, 2002) ? Et dans l'accès à la

parentalité (Neyrand, 2004, 2014 ; Martin, 2014) ? Quel rapport ont-elles avec le système socio-sanitaire, alors que l'attention qui leur est particulièrement portée au moment de la grossesse est très grande (Garcia, 2011 ; Bresson et Messu, 2014 ; Neyrand, 2014) ?

Dans une deuxième partie, nous définissons l'enjeu de l'objet de recherche (quatrième chapitre) avec la présentation des dispositifs et la place de l'usager dans le système de soins ; la méthodologie employée est ensuite présentée dans le cinquième chapitre en expliquant les atouts et les freins rencontrés à cette occasion.

Puis, après avoir précisé les caractéristiques des femmes rencontrées à qui a été proposée l'inclusion dans les dispositifs d'accompagnement et le suivi dont elles ont bénéficié chez elles, nous présentons brièvement la ville de Roubaix qui présente des spécificités en termes de population, urbanisme, logements, niveaux sociaux économiques, qui ne sont pas sans effet sur la santé de la population (sixième chapitre).

Il s'agit ensuite dans une troisième partie de définir quelles ressources ont été mobilisées par et pour elles à l'occasion de leur sortie précoce de maternité, pour envisager quels sont les avantages et les inconvénients du retour précoce tels qu'ils sont perçus par les familles ? Quel est le suivi dont elles bénéficient ? Quelle part de soutien aux parents est apportée par les professionnels ? Et quelle part est assurée par l'entourage ? Quels liens sociaux sont établis durant cette période particulière qu'est la naissance d'un enfant ?

Un septième chapitre concerne l'utilisation totale, partielle ou la non-utilisation des services institutionnels proposés au cours de la grossesse et après la naissance pour préparer le retour à domicile et accompagner les familles. Les notions de recours et non-recours développées par Warin (2010) Mazet (2010), Révil (2008) et de renoncement aux soins (Desprès, 2013 a, 2015) seront envisagées pour expliquer les pratiques des familles.

Le chapitre huit est consacré aux savoirs profanes et/ou professionnels mobilisés par les mères et leur famille au moment de la naissance et de leur retour chez elles. Dans ce chapitre sera examiné le recours à l'entourage, les pratiques de soins familiales et les sollicitations des mères et des grands-mères (Déchaux, 1996 ; Tillard, 2002 ; Gojard, 2010 ; Cresson, 1995, 2007, 2010).

Un dernier chapitre analyse l'organisation qui se met en œuvre à l'occasion du retour à domicile compte tenu de l'état de santé de la mère et de son enfant, du soutien de l'entourage déployé à cette occasion, des habitudes de répartition des tâches domestiques au sein du foyer (Déchaux, 1994 ; Méda, 2004 ; Bouffartigue, 2005 ; Bauer, 2006, 2008 ; Brugeilles et Sébille, 2013).

C'est donc à partir de l'étude du vécu des femmes lors du raccourcissement des séjours hospitaliers que l'on peut s'interroger sur l'évolution de l'organisation du retour à domicile après la naissance. Ainsi quels en sont les effets sur les femmes, les familles, la société ? Peut-on parler de « vide » postnatal (de Gasquet, 2005) ou d'« abandon profond » (Akrich, 2007), termes parfois employés pour qualifier le délaissement des femmes et de leur famille après la naissance par le système de soins ? Ce travail envisage la résonance que pourraient avoir ces termes à travers l'analyse du vécu maternel du raccourcissement du séjour hospitalier après la naissance.

1^{ère} partie : Evolution du contexte de la naissance

Chapitre 1 : La médicalisation de la naissance

Introduction

L'intérêt de ce chapitre est de pouvoir appréhender ce qu'est la médicalisation, son histoire, son déploiement et ses enjeux en France, saisir quels effets elle a sur l'univers de la naissance et de l'allaitement en France, cerner les alternatives existantes face à la médicalisation, afin de pouvoir comprendre si la mise en œuvre des dispositifs d'accompagnement au retour à domicile est un élément participant à la démedicalisation ou si, au contraire, il s'agit de la poursuite d'une médicalisation dans un autre lieu, le domicile.

La médicalisation est une « construction sociale » nous dit Fassin (1998, p. 5), « qui confère une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes », correspondant à la « redéfinition d'un problème existant dans un langage médical ». C'est ainsi qu'à partir de la fin du XVIII^e siècle que les conditions de la naissance évoluèrent par l'action conjointe de l'État, du milieu médical et aussi de l'Eglise pour contrer le « péril démographique » (Charrier et Clavandier, 2013, p. 76) tant craint par les autorités, qui imposèrent alors des pratiques et un contrôle concernant la reproduction et « l'élevage » des enfants. Des politiques sociales (dont certaines ont été suscitées par les médecins) ont été régulièrement mises en œuvre pour faire face à l'exode rural de l'ère industrielle et repeupler la France après les guerres. Rollet (1990, p. 5) relève ainsi qu'avec les différentes mesures prises par les pouvoirs publics, il y eut une nette diminution de la mortalité infantile à partir des années 1740-49 (296 ‰) jusqu'au milieu des années 1970 (15 ‰). C'est donc au cours du XVIII^e siècle, que les médecins, uniquement des hommes à cette époque, ont pris une place grandissante auprès des femmes enceintes (de la classe aisée en premier lieu), remplaçant peu à peu les matrones et les sages-femmes.

1. Les enjeux de la médicalisation

1.1. Les acteurs de la naissance au XVIII^e

Avant le XVIII^e, la médecine ne trouvait pas d'intérêt à la santé des enfants et des femmes, considérées comme « des machines à reproduire » (Donzelot, 1977, p. 23). La préoccupation sanitaire des mères et des enfants était du ressort des « “bonnes femmes” », corporation assimilable aux domestiques et aux nourrices qui partageait son savoir et le mettaient en pratique » (ibid.). La matrone était « la femme qui aide » lors de la naissance, mais qui aussi préparait les morts « au grand voyage », qui transmettait « une culture du féminin »

(Gélis, 1988, p18 et p103). Elle avait donc un rôle important, primordial au sein de la société (Loux, 1990, p. 131). Pour des raisons de concurrence avec les prêtres et parce que leur pouvoir social était contesté par l'État qui les suspectait de contrôler les naissances, les matrones furent considérées, selon les autorités religieuses et médicales du XVIII^e, comme les vecteurs de ce qui ne devait plus exister : des « pratiques jugées irrationnelles, “superstitieuses”, la souffrance, le fatalisme » (Gélis, 1988, p. 103). Elles furent ainsi peu à peu remplacées par les sages-femmes, corps professionnel plus récent, apparu d'abord dans les villes (cf. chapitre sociologie des professions). A cette époque, la sage-femme était soit une accoucheuse pensionnée par la communauté urbaine, soit elle était indépendante de l'autorité, assermentée cependant (Gélis, 1988, p. 23 – 39) : la sage-femme, sage-dame ou sage-matrone, doit « se conduire en bonne chrétienne, ne pas jaser à tout propos, respecter “les secrets de famille” » selon le serment qu'elle prononce devant les chirurgiens (Gélis, 1988, p. 28) et se former préalablement auprès d'une plus ancienne. Certaines d'entre elles demeurent célèbres pour leurs écrits ou leur présence auprès de la famille royale. Ainsi Mme Louise Bourgeois dite Boursier (1563 – 1636) accoucha Marie de Médicis à six reprises et publia en 1609 un livre d'observations sur la santé génésique des femmes, suivi d'un chapitre d'instructions pour sa fille, sage-femme également. A cette époque, la place auprès des femmes en couches était donc réservée à d'autres femmes (matrones ou sages-femmes) : il était jugé « déshonnête pour une femme de se confier à un accoucheur » (Bourgeois, 1992, p. 7). Cette même sage-femme enseignait le respect des relevailles, rite de purification d'origine juive et repris par le christianisme : il fallait, à une accouchée, 40 jours pour se remettre de ses couches. Ce temps impliquait à la mère de ne pas sortir de chez elle, mais l'écartait aussi des travaux domestiques, voire des soins aux autres enfants de la famille, et de la reprise des rapports sexuels. Cette doctrine, reprise par la suite par les médecins, fut en vigueur jusqu'au milieu du XX^e siècle, bien que la durée préconisée ait été progressivement écourtée (10 jours au XX^e). Dans la tradition religieuse, le jour des relevailles se voyait consacré à des offrandes faites par la mère accompagnée de la sage-femme à l'église pour remercier Dieu (Knibiehler, 2003).

Les médecins ont été de plus en plus présents à l'accouchement à la fin du XVIII^e siècle, se réclamant « sans cesse occupés de la santé des hommes dans tous les instants de leur vie » (Gélis, 1988, p. 103) ; les femmes aisées particulièrement, acceptèrent plus difficilement de voir leur vie remise en question à chaque naissance. Par souci de sécurité, elles hésitèrent moins à recourir aux médecins qui développaient leurs connaissances dans ce domaine (Gélis, 2013). Malgré le poids social et religieux, la pudeur vaincue des médecins et des femmes laissa ainsi

la place aux hommes lors de l'accouchement par une confiance grandissante dans la science médicale (Gélis, 1988, p. 103). Une nouvelle dimension émerge et les femmes choisissent ainsi de s'exposer à un homme plutôt que d'affronter le risque plus grand de mourir (Gélis, 1988, p. 306).

Au XVIII^e siècle, période où la statistique se développe (« compter les hommes pour sauver des vies », Gélis, 1988, p. 78), la mortalité et la morbidité maternelles restent élevées, ce qui fait dire à certains médecins que la grossesse relève de la pathologie, appelée aussi par le célèbre accoucheur Mauriceau, « maladie de neuf mois » (Beauvalet-Boutouyrie et Berthiaud, 2016, p. 38). Le développement de leurs connaissances scientifiques et leur implication professionnelle lors de la grossesse et particulièrement à l'accouchement correspondent aussi à la période où furent utilisés les forceps, instruments pour extraire l'enfant. C'est durant ce siècle également que la position couchée pour la naissance fut progressivement imposée, « devenue celle de l'accouchement médicalisé » (Gélis, 1988, p. 281), alors que les autres postures, demi-assise, debout, « étaient le reflet d'une certaine conscience du corps, de toute une culture que les femmes n'abandonnaient pas aisément » (ibid.).

De fait, parce qu'ils sont appelés pour les situations difficiles, des médecins sont conduits à avoir une vision négative de la maternité (Beauvalet-Boutouyrie et Berthiaud p. 39). D'autres cependant, plus naturalistes, contredisent ces assertions, en arguant du fait que « la grossesse ne peut pas être pathologique en soi puisqu'elle correspond à ce pour quoi la femme est faite par nature » (ibid. p. 41). Progressivement, une littérature médicale avec des recommandations sociales, voire même morales, est produite pour améliorer les conditions de la naissance.

1.2. Enjeu démographique au XIX^e siècle et lutte des professions médicales pour la place auprès des femmes enceintes

Au XIX^e siècle, alors que l'État a besoin de ressources humaines pour faire face à l'industrialisation du pays et après la guerre de 1870, l'enjeu démographique constitue une préoccupation politique forte.

La question de la démographie donne « une légitimité incontestée à l'intervention des pouvoirs publics » (Rollet, 1990, p. 112) dans le champ de la santé et de la famille ; et les médecins spécifiquement prennent position : la question de la mortalité des enfants par exemple, devient ainsi une « question d'Etat digne d'un examen sérieux » selon le Dr Husson en 1866 à l'Académie de médecine, rejoint par le Dr Boudet pour qui « la vie nationale est en péril » et

« la patrie est en danger » (Rollet, 1990, p109-110). Cela va impliquer la mise en œuvre d'une politique d'envergure nationale pour améliorer la condition des enfants et encourager la fécondité.

La diminution de la mortalité en général sera constatée et elle s'expliquera surtout par l'amélioration des conditions de vie (et non par les découvertes médicales), et la prise en compte de l'importance de l'environnement (eau, alimentation, logement) (Rollet, 1990, p. 6). Cependant, la mortalité infantile reste élevée et, « acceptée jusque-là, avec résignation, [elle] commence à être perçue comme un gaspillage scandaleux » (Knibiehler, 2004, p. 62). La natalité baisse (surtout dans les classes moyennes et aisées) : « en moyenne, les couples procréent 4 enfants vers 1831, 3,5 vers 1851, 3 vers 1892 et 2, 5 vers 1911 », les taux de natalité baissent ainsi de 30 à 20 ‰ (Rollet, 2001, p. 17 – 18).

Rollet (2001, p. 13 – 42) constate que le XIX^e se préoccupe alors de plus en plus du corps de l'enfant, et spécialement de celui du bébé, corps soigné, valorisé, choyé par les femmes. Cela correspondra à la période de « démocratisation » du statut de petit enfant décrit par Rollet (1990) et à la mise en œuvre de politiques concernant l'encadrement des nourrices, la promotion de l'allaitement pour les mères. En 1874 est promulguée la Loi Roussel qui aura un rôle déterminant (Rollet, 1990, p. 131 – 136) pour la protection de l'enfance : elle définit la notion « d'enfant protégé » (de 0 à 2 ans, ou séparé des parents), elle légifère sur les modalités de surveillance à exercer (par les préfets, des commissions locales, un comité de protection des enfants), elle redit aux parents leurs devoirs envers l'enfant en prévoyant des pénalités en cas de manquement (avec déclaration obligatoire si l'enfant est placé en nourrice) et elle organise son financement avec une participation conjointe de l'État et des départements. Cette loi permet alors d'« unifier le système de protection médicale » des enfants concernés. Le partage des dépenses entre l'Etat et les départements légitime la création des services de l'enfance avec des fonctionnaires d'État au sein des départements (l'Etat peut ainsi contrôler, définir des objectifs et réaliser des évaluations). La loi Roussel instaure aussi l'inspection médicale et un réseau rural de protection. Elle incite finalement la société à penser l'enfant « autrement ». Bien que le terme de « protection de l'enfance » soit énoncé, il s'agit plutôt d'assistance de l'enfant à cette époque.

C'est à cette époque que les médecins s'affirment comme les spécialistes du corps humain et se considèrent comme « responsables de l'avenir de la race » (Rollet, 2001, p. 187 – 218).

Cependant, la médecine reste empirique et hésitante avant les découvertes de Pasteur à la fin du XIX^e siècle.

Le poids social de la politique pronataliste sera tout aussi prégnant, bien que moins visible (Rollet, 1990). Compte tenu des enjeux sanitaires et politiques et de la responsabilité que les médecins vont prendre, leurs prescriptions vont s'élargir à d'autres domaines de la vie quotidienne (environnement, alimentation, rapports sexuels). Ils vont se décréter comme les « principaux guides » pour éduquer les femmes enceintes (Beauvalet-Boutouyrie et Berthiaud, 2016, p. 42), dépossédant ainsi les femmes et les sages-femmes de la « culture féminine sur la grossesse, l'accouchement et l'élevage des enfants » (ibid.). Rollet (1990, p. 24) constate que « le temps est révolu où l'élevage du nourrisson était une affaire de femmes. Ce champ est investi par la science et par les hommes. Les termes savants de puériculture et pédiatrie sont inventés successivement en 1863 (Dr Caron) et en 1872 (Dr Littré) ». Le médecin généraliste du XIX^e siècle devient le conseiller des familles, un éducateur, tandis que s'ouvre plus largement la voie de la spécialisation chez les hospitaliers en particulier (Delaisi de Parseval et Lallemand, 2001).

Il faut « préserver l'enfant conçu et l'enfant né » (Thébaud, 2010, p. 33) et donc limiter les avortements, diminuer la mortalité. La mise au jour du rôle des accoucheuses traditionnelles et de certaines sages-femmes dans les avortements vers 1860 (bien que peu de statistiques ou de procès aient été publiés) renforcera aussi l'autorité des médecins (Rollet, 1990, p. 54).

Plus que des lois répressives (interdiction d'avorter, de commettre l'infanticide), ce sera plutôt un courant social qui aura un impact sur la démographie. Des hommes politiques, des philanthropes et beaucoup de médecins, dont des hygiénistes et des accoucheurs, vont mettre en œuvre des mesures telles que le suivi médical de la population, et participeront ainsi à la médicalisation de la société. Citons l'exemple du Dr Pinard, accoucheur au tournant du XX^e siècle, qui va préconiser aux femmes le repos en fin de grossesse et après la naissance, et promouvoir l'allaitement maternel pour la santé des nourrissons (Thébaud, 2010, p. 34 – 35).

1.3. Nouvel enjeu démographique au début du XXe siècle et évolution des lieux de naissance

Entre 1870 et la 1^{ère} guerre mondiale, les résultats démographiques s'améliorent ; la maîtrise de la reproduction en est un des facteurs, tout comme l'amélioration de l'hygiène et de l'antisepsie. « La médicalisation entre dans une phase triomphante » selon Knibiehler (2004, p. 81).

Mais après la première guerre mondiale, une nouvelle injonction au renouvellement de la population est faite à la France, il faut anticiper le « dépeuplement », « sauver la graine » (Knibiehler, 2010) et cela conduit certains médecins à centrer le rôle féminin autour de sa fonction procréative. Citons par exemple le discours d'ouverture de l'Académie de médecine à Paris en 1918 par le Dr Doléris : « La maternité est l'expression sommaire dans la femme et par la femme. C'est proprement la signification et l'unique raison d'être de la femme [...] Une femme saine et robuste peut engendrer et conduire à bien dix ou douze enfants [...] Quel est le grand devoir de la femme ? Quelle est sa rayonnante mission, la tâche sacrée que la nation attend d'elle ? Enfanter, encore enfanter, toujours enfanter ! Que la femme se refuse à la maternité, qu'elle la limite, qu'elle la supprime, et la femme ne mérite plus ses droits, elle n'est plus rien [...] Volontairement stérile, elle retombe au rang de la prostituée, de la fille de joie dont les organes ne sont que des instruments, des jouets obscènes, au lieu de rester le moule auguste, vénérable de tous les siècles futurs. » (Beauvalet-Boutouyrie et Berthiaud, 2015, p. 58). Cette allocution constitue bien le reflet d'une volonté de contrôle, non seulement social mais aussi moral, des femmes par les pouvoirs publics pour repeupler le pays. Dans les années 1920, des lois sont promulguées contre l'avortement et la contraception. 1930 est l'année de création du Ministère de la santé publique dont l'antienne sera : « il n'est plus admissible qu'un individu compromette la santé de ses voisins » (Ariès et Duby, 1999, p. 94). Entre 1928 et 1930, les lois concernant les assurances sociales entrent en vigueur et les premières allocations familiales furent instaurées pour encourager les couples à procréer (Knibiehler, 2010, p. 40, Ariès et Duby, 1999, p. 94). Différentes initiatives de suivi prénatal se déploient dans toute la France, privées ou publiques, encore hétérogènes à cette époque (Cahen, 2014).

Pour Thébaud (2010, p. 34), « protéger la maternité devient un impératif catégorique de l'entre-deux-guerres. Hors les mesures sociales, la protection de la maternité signifie sa médicalisation, essentiellement à travers l'institution-maternité. Elle s'accompagne d'une volonté d'acculturation des femmes aux normes médicales ». Les femmes médecins étant rares à cette époque, « la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie ont été investies par les hommes. La maternité est devenue leur affaire. Importante mutation » (Knibiehler, 2004, p. 84).

L'accouchement jusqu'à la fin du XIX^e siècle se fait majoritairement dans l'espace domestique, constituant un « fait culturel » au XVIII^e siècle (Gélis, 2016, p. 24), sauf pour les femmes les plus pauvres ou les mères célibataires qui accouchent à l'hôpital (Gélis, 1988, Beauvalet-Boutouyrie 1999, Rollet, 2001). Celui-ci est un lieu où la mortalité est très élevée jusqu'à la

découverte, dans les années 1860, de la contagion infectieuse suivie de la diffusion de nouvelles règles d'hygiène (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 277 – 294). A la fin du XIX^e siècle, à Paris, deux tiers des femmes accouchaient encore à domicile, selon Rollet (1990, p. 160).

En 1931, alors que dans le reste de la France, 80 % des femmes accouchent encore chez elles, on constate une tendance inverse à Paris : deux tiers des futures mères choisissent plutôt l'hôpital (Thébaud, 2010, p. 33), ce que Knibiehler (2010, p. 39) qualifie de « migration décisive », pour expliquer l'importance croissante des naissances en structure hospitalière (Thébaud, 2010, p. 33). De nouveaux lieux de naissance se construisent qui donnent une certaine aura à l'hôpital : à Paris, la maternité Baudelocque deviendra ainsi un « centre d'assistance médico-sociale et de travail scientifique consacré à la fonction de reproduction » (ibid), lui accordant une caution plus scientifique.

C'est à partir de 1952 que les accouchements effectués à l'hôpital deviennent plus nombreux que ceux réalisés à domicile (Morel, 2016, p. 15, Knibiehler, 1997, p. 59), période que Knibiehler (1997) nommera aussi le « grand déménagement ». Les naissances seront plus sécurisées, et les parturientes connaîtront donc un accompagnement différent, plus technique, de plus en plus systématisé et beaucoup moins personnalisé.

1.4. Les politiques publiques au XXe siècle

Depuis les années 1870, les politiques publiques sont particulièrement orientées vers le nourrisson (nourrices, carnet de suivi, éducation, promotion de l'allaitement). L'acmé en sera l'organisation de la Protection maternelle et infantile en 1945, surtout tournée vers le jeune enfant (Rumeau-Rouquette, 2004), et conjointement la création de la Sécurité sociale qui facilitera le remboursement des actes médicaux.

L'obstétrique, la grossesse ne seront cependant pas un enjeu majeur pour les pouvoirs publics jusque dans les années 1970. De grands progrès en revanche seront réalisés du côté de la pédiatrie (début de la réanimation néonatale et de la génétique) à partir des années 1980 (Serfaty et al., 2003).

1.4.1. Création de la Protection Maternelle et Infantile ou « l'armement socio-sanitaire »

En 1945, la Sécurité sociale nouvellement instituée coordonne et déploie la politique d'assurance sociale mise en œuvre dans les années 1930 (Duby, 1999, p. 95). « L'Etat ne se

contente plus de surveiller et d'interdire : il entreprend positivement de rendre la médecine accessible à l'ensemble de la population » (ibid.).

Les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ont été créés par l'ordonnance du 2 novembre 1945 pour diminuer le taux de mortalité infantile qui peut encore atteindre 10 % dans certaines régions après la 2^{ème} guerre mondiale. Le texte fondateur de la PMI énonce : « A une époque de son histoire où la France a un besoin vital d'accroître sa population, le premier devoir qui s'impose aux pouvoirs publics est de sauvegarder l'existence des enfants qui viennent au monde, et la présente ordonnance apparaît, en la matière, comme une véritable mesure de salut public » (Combiere et de Pourville, 1999, p. 15, Norvez, 1990, p. 80). Ces unités de PMI sont mises en place par les départements et ont pour but d'assurer une « protection sanitaire et sociale des femmes enceintes et des mères, ainsi que celles des enfants n'ayant pas dépassé 2 ans révolus, dits enfants du premier âge, et de ceux de 3 à 5 ans révolus, dits du second âge » (ibid p. 15-16). Sont instaurés également l'examen médical obligatoire avant le mariage (supprimé en janvier 2008), la surveillance médicale obligatoire de la grossesse et celle des enfants en bas-âge (jusqu'à 5 ans révolus).

Cette ordonnance, créée en complément de la médecine libérale, préconise « autant de consultations de nourrissons et de consultations prénatales que l'exigent les besoins de la population » (ibid. p16) dans le cadre de la PMI. Les consultations financées par l'impôt sont gratuites, ouvertes à tous, sans obligation de fréquentation, ni exclusion. « Véritable service universel » (Charrier et Clavandier, 2013, p. 84), elle propose plus une protection que l'assistance existant avant la guerre : « il ne s'agit plus de porter secours aux seules catégories défavorisées, mais bien de protéger toute la population. Il n'est plus question de bienfaisance ou de charité mais de devoir de la nation envers ses enfants et envers elle-même » (Norvez, 1999, p. 85). L'État, responsable de cette protection qui est devenue fondamentale, élabore ainsi un « armement socio-sanitaire coordonné et homogène » (Cahen, 2014). Norvez (1990, p. 80) décrit la PMI comme un système « construit en fonction des âges de l'enfant et de la nature des risques qu'il court, à ces différents stades ».

A cette époque, sous la responsabilité du médecin chef de PMI, les assistantes sociales sont amenées à effectuer une surveillance à domicile selon une procédure établie par texte officiel. Différents décrets instaureront par la suite la présence d'autres professionnels au sein de la PMI : les puéricultrices en 1962, puis les sages-femmes en 1975, qui pourront aussi intervenir à domicile. La question d'une « police des familles » (Donzelot, 1977, Norvez, 1990, p. 83) a

été posée et dénoncée par certains, mais l'objectif mis en avant par les pouvoirs publics était « d'assurer le dépistage sanitaire systématique et d'offrir à (presque) tous les enfants, des conditions de survie satisfaisantes » (Norvez, 1990, p. 83).

La politique familiale aura une influence également sur le suivi médical des futures mères et des enfants. La loi du 22 août 1946 fixant la charte des prestations familiales, prévoira des allocations prénatales pour un suivi d'au moins trois consultations durant la grossesse : la 1^{ère} par un médecin et les 2 suivantes par une sage-femme si aucune pathologie n'est relevée. Le but est de « contrôler l'évolution de la grossesse, de préparer à l'accouchement, d'inciter à l'allaitement et de sensibiliser à la puériculture » (Cahen, 2014).

1.4.2. 1^{er} plan de périnatalité : le « programme finalisé de périnatalité 1970-1980 »

C'est à partir du début des années 1970 que la notion de périnatalité² apparaîtra et deviendra à nouveau un enjeu de santé publique (Charrier et Clavandier, 2013). En effet, en 1970, la France compte encore un taux de mort périnatale de 26 ‰, c'est-à-dire d'enfants mort-nés ou décédés dans leur première semaine de vie (moins élevé qu'en Allemagne fédérale mais plus qu'aux Pays-Bas ou en Suède). Bien que l'amélioration du niveau de vie laisse penser que ces taux vont baisser, les projections statistiques sont insatisfaisantes pour le gouvernement et conduisent à établir un 1^{er} plan de périnatalité : le « programme finalisé de périnatalité 1970-1976 ». La naissance devient la « priorité des priorités » (Rumeau-Rouquette, 2004) durant une période où le pays connaît une phase de forte croissance économique.

A l'époque, les objectifs ne sont établis qu'en termes statistiques (mortalité périnatale), compte tenu du fait aussi que la connaissance des pathologies était relativement limitée. Les buts étaient de « réduire les conséquences dommageables sur les plans humains, économiques et financiers, des décès et des handicaps imputables à la grossesse et à l'accouchement » (Combier et de Pourvoirville, 1999, p. 19) et d'inciter toutes les femmes à accoucher en structure hospitalière : en 1974, 90 % des naissances ont lieu à l'hôpital (Knibiehler, 1997).

Les différents objectifs du plan (budgétisé à hauteur de 60 millions de francs) comprendront la formation des personnels, la modernisation du système de soins et la recherche.

² Selon l'OMS, la période périnatale débute au 154^{ème} jour de grossesse (6^{ème} mois) jusqu'au 7^{ème} jour de l'enfant, elle concerne donc les périodes d'avant, pendant et après la naissance. Pour certains cette période se prolonge jusqu'au 1 an de l'enfant.

La couverture vaccinale des jeunes filles contre la rubéole (responsable de malformation de l'enfant si elle est contractée au cours de la grossesse) sera généralisée.

La réglementation du suivi prénatal et la législation du travail concernant les droits de la femme enceinte (loi du 11 juillet 1975) seront promulguées (le suivi à domicile devient possible par des sages-femmes de PMI par décret du 5-5-1975).

Les conditions d'accouchement dans les hôpitaux seront revues avec des normes de sécurité et d'encadrement à respecter. Un décret publié le 21 février 1972 dit décret « Dienesch » impose aux maternités des normes précises de sécurité pour une meilleure qualité de soins. L'une d'elles les oblige à avoir un bloc chirurgical attenant aux salles d'accouchement. Le respect des décrets imposera alors la fermeture de 325 petites maternités, soit 50 % des petites structures entre 1972 et 1976 dont de nombreuses cliniques tenues par des sages-femmes libérales (Combiar et de Pouvourville, 1999, p. 20).

Une organisation du suivi de l'enfant sera définie avec l'institution de 3 certificats de santé obligatoires (à la naissance, à 9 mois et à 24 mois) qui obligeront donc les familles à consulter un médecin et qui permettront d'obtenir des données statistiques jusqu'aux 2 ans de l'enfant.

Enfin les techniques et les moyens de réanimation néonatale seront encouragés à se développer et connaîtront de fait une avancée certaine à partir de la décennie de 1970. L'encouragement de la consommation médicale correspondra également à l'essor économique du pays. Les restrictions budgétaires ne sont pas envisagées à cette époque.

C'est à cette période que l'on voit apparaître la notion de « facteur de risque », toujours d'actualité. L'information faite au public à propos de ce plan fait prendre conscience que la naissance se sécurise et incite les femmes à aller dans les établissements hospitalo-universitaires pour bénéficier des techniques les plus récentes, mais Rumeau-Roquette (2004) constate que, à ce moment, « si la médicalisation de la grossesse est dans l'ensemble assez bien accueillie, elle n'en entraîne pas moins une certaine anxiété que les professionnels ne savent pas toujours prendre en compte ».

« Programme d'actions prioritaires 1976-1980 »

La faiblesse des indicateurs statistiques ne permettant qu'une analyse restreinte, trop générale, des actions du plan précédent, fait mettre en avant la non prise en compte des disparités régionales. Le taux de mortalité périnatale est de 12 ‰, encore mauvais en comparaison de celui des pays du Nord de l'Europe (Charrier et Clavandier, 2013, Jacques, 2013), mais la

mortalité infantile diminue à 9 % et le nombre de prématurés diminue également, ce qui est expliqué par une meilleure prévention (Jacques, 2013). D'où la poursuite du plan de 1970-76 avec l'instauration d'un programme d'actions prioritaires intitulé « Protection de la grossesse et de l'accouchement » concernant surtout les régions les plus touchées par les taux de mortalité élevés : le Nord-Pas-de-Calais, la Lorraine et la Corse (programmes « Bien Naître », Combier et de Pouvourville, 1999, p. 21). Le budget sera divisé par deux par rapport au précédent : 30 millions de francs pour une durée de 5 ans.

Dans les grandes lignes et de manière générale, hormis les spécificités régionales, sont appliquées diverses mesures surtout centrées sur la période prénatale et la mise en œuvre de dépistages obligatoires.

Un congé prénatal supplémentaire de 2 semaines est possible sur prescription (décret du 18-1-77), et le congé post-natal est lui aussi prolongé de 2 semaines.

Des actes de prévention deviennent obligatoires et débutent bien avant la conception de l'enfant : la toxoplasmose et la rubéole doivent être dépistées pour établir le certificat prénuptial (décret du 18-3-78).

Les grossesses pathologiques sont prises en charge (décret du 12-7-78), avec le remboursement à 100 % de tous les examens et soins aux femmes enceintes dès le 6^e mois de grossesse.

En 1972, 22 % des femmes avaient sept consultations prénatales, le chiffre passe à 55 % en 1981 (Rumeau-Roquette, 2004). La pratique de l'échographie se répand à la fin des années 1970. Ce plan fait apparaître qu'il est important de dépister les grossesses à risque pour les adresser de façon précoce dans les centres mieux équipés (Jacques, 2013).

L'analgésie péridurale connaît ses débuts et concerne 4 % des accouchées en 1981. La surveillance du travail par monitoring électronique se développe de plus en plus. Enfin, indicateur important de la médicalisation, le taux de césariennes triple en 10 ans, passant de 6 à 17,5 % entre 1972 et 1981 (Rumeau-Rouquette, 2004).

1.4.3. PMI et décentralisation, période de 1980 à 1995

Au début des années 1980, la naissance est moins prioritaire pour l'État compte tenu du contexte socio-économique et des indicateurs statistiques satisfaisants.

En 1983, les lois de décentralisation (7-1-83 et 23-7-83) sont promulguées avec une répartition des compétences entre communes, départements, régions et État. Elles marqueront la décennie. A cette époque, la sécurité des naissances semblera présenter un moindre intérêt (les mesures précédentes y ont contribué), contrairement aux questions d'éthique (Jacques, 2013).

Dans le cadre de la décentralisation, l'État confie aux collectivités territoriales des compétences administratives, dans l'idée qu'elles prennent des décisions plus proches des citoyens, que ceux-ci puissent en exercer un meilleur contrôle des décisions publiques et mieux participer aux affaires locales.

Auparavant, l'État gérait dans le détail les modalités de réalisation des objectifs fixés : il réglait les problèmes sans toujours connaître le contexte local et imposait des normes contraignantes avec une relative uniformité sur le territoire, avec le risque d'une inadaptation des services et des équipements locaux. Depuis la loi de décentralisation, l'État ne gère que les compétences que la loi lui attribue en matière d'action sociale et de santé. C'est encore l'État qui fixe les normes de base, mais les collectivités peuvent ajouter d'autres conditions si elles les jugent insuffisantes pour les citoyens. Il y a ainsi un transfert des moyens financiers correspondants aux collectivités, qui se révèlent parfois insuffisants.

Malgré cette évolution, certaines études ont montré à la fin des années 80 que les chiffres concernant la périnatalité en France sont finalement peu satisfaisants : la prématurité augmente de 6,6 % à 7,7 % (cette augmentation correspond à la prise en charge croissante de grossesses pathologiques qui ne vont pas à terme et entraîne une prématurité). Le taux de mortalité maternelle reste élevé, et il est établi que deux tiers de ces décès féminins auraient pu être évités avec une prise en charge différente. La France, en 1991, descend au 13^{ème} rang des pays industrialisés pour les statistiques de santé périnatale (Rapport du Haut Comité de Santé Publique, 1994, Combier et de Pouvourville, 1999).

Pour renforcer le suivi prénatal et favoriser le dépistage d'éventuels risques, est publié le 14 février 1992 un décret rendant obligatoires 7 consultations prénatales et 1 consultation post-natale remboursées à 100 % par la Sécurité sociale, ainsi que certains examens de laboratoire pendant la grossesse (groupe Rhésus, toxoplasmose, syphilis, rubéole, numération globulaire...). Notons que le dépistage de la toxoplasmose devient mensuel pendant la grossesse pour toutes femmes non immunisées ; la France est un des rares pays à proposer cette surveillance systématique aussi importante. L'échographie se développe de plus en plus et avec elle, les dépistages prénatals.

En 1991, est promulguée la Loi hospitalière, dont l'objectif est de planifier les actions de santé publique sous forme de schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Il s'agit surtout de rationaliser les soins en milieu hospitalier et de faire de l'établissement de santé le « pivot du système » (Truchet, 1995). L'enjeu est important, car cette loi impacte l'organisation des soins au niveau géographique à l'aide d'instruments macro-économiques (carte sanitaire d'installations réglementée par des autorisations) et au niveau micro-économique en sollicitant pour chaque structure un projet d'établissement et un projet médical (les établissements doivent mettre en œuvre différentes actions d'information du patient, d'analyse et d'évaluation de l'activité) (Jourdain, 1995). « Le territoire de santé est conçu comme un élément structurant de l'organisation des soins encadré par des objectifs quantifiés de l'offre de soins et un projet médical de territoire », mais aussi comme un espace de concertation entre les acteurs de santé (Coldefy et Lucas-Gabrielli, 2012).

L'idée est donc d'assurer une réduction quantitative de l'offre de soins dans un but de maîtrise des dépenses (Frossard, 1995). Les moyens mis en œuvre concerneront « la responsabilisation des assurés et le recentrage sur le gros risque, la régulation médicalisée par le contrôle des acteurs, la régulation financière par les enveloppes, la régulation quantitative des capacités d'offre, la régulation incitative par les modes de rémunération des soins » (Ibid.).

Avec cette loi, des mesures de certification des établissements seront mises en œuvre : il s'agit selon la Haute Autorité de santé (HAS)³ d'une « procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle ». Cette évaluation est menée par des professionnels mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Elle concerne divers points tels que la politique et la qualité du management, les ressources humaines, les fonctions hôtelières et logistiques, l'organisation de la qualité et de la gestion des risques, la qualité et la sécurité de l'environnement, le système d'information, la prise en charge du patient. Une non-certification est possible dans le cas du non-respect du cahier des charges. On passe à un système d'accréditation, de labellisation qui donne une identité, une évaluation positive quand le label ou l'accréditation est obtenue. Le normatif prend alors ici toute son ampleur.

³ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante (consulté le 23 nov 2016)

Ainsi, cette époque, celle des innovations et du développement des techniques obstétricales (diagnostic prénatal, échographie) sera aussi celle de la rationalisation des soins, deux pôles envisagés comme nécessaires en réponse au risque de la naissance (Charrier et Clavandier, 2013, p. 90).

Compte tenu des résultats toujours insatisfaisants, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) est alors saisi par le ministre de la Santé. Un rapport publié en 1994 montre un certain nombre de dysfonctionnements de prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés : il constate des difficultés de coordination entre professionnels intervenant parallèlement ou successivement, il perçoit un défaut d'orientation des grossesses à haut risque vers des centres adaptés et il relève que peu de femmes sont concernées par un suivi prénatal jugé insuffisant (déclaration de grossesse tardive, absence en consultations), alors que pour celles-ci, le risque périnatal est plus élevé : souvent en situation de fragilité (célibataires, inactives ou ayant une profession peu qualifiée et peu de ressources et/ou de nationalité étrangère), elles sont moins réceptives aux dispositifs de dépistage (Scheidegger et Vilain, 2007).

D'autre part, l'intérêt d'une politique en faveur des plus démunis se fait jour : « les femmes isolées, étrangères, en situation sociale ou familiale défavorable, souffrant de problèmes psychologiques ou ayant simplement des difficultés d'accès à un suivi correct de leur grossesse encourent, au moment de la naissance, des risques accrus » (Rapport du HCSP 1994, p. 260).

1.4.4. 2^e Plan périnatalité 1995-2000 : « Sécurité et qualité de la grossesse et de la naissance »

Ce 2^e plan publié en janvier 1994 fait donc suite au rapport du HCSP, et il s'intitule « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité ». Il sera à l'origine de l'organisation en réseau et de l'instauration des niveaux de soins des maternités. Quatre objectifs quantitatifs à atteindre en cinq ans sont définis : diminuer la mortalité maternelle de 30 %, abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20 %, réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25 % et le nombre de femmes peu ou pas suivie pendant la grossesse de 50 %. Le rapport conclut qu'« un travail en réseau pluridisciplinaire devrait permettre une amélioration sensible, qualitative et quantitative du suivi de grossesse, notamment pour les populations vulnérables » (Rapport du HCSP, 1994, p102)

Le plan pose cinq priorités : accroître la sécurité lors de l'accouchement (au niveau technique, organisationnel, structurel), améliorer le suivi des grossesses (dossier, recommandations de

pratique clinique, formation des praticiens), améliorer les soins aux nouveau-nés (formation et augmentation du nombre des pédiatres, limitation des transferts à la naissance), humaniser les conditions d'accouchement (signifiant ici la prise en charge à 100 % de la péridurale et limitation de la séparation mère-enfant) et évaluer la politique suivie (certificats, données statistiques plus développées concernant les décès, réaliser des enquêtes nationales périnatales).

Pour améliorer la connaissance épidémiologique des morts maternelles, un Comité National d'experts est créé en 1995. Tous les décès de femmes enceintes ou ayant accouché moins de 42 jours avant leur décès sont étudiés afin de limiter leur nombre.

Parallèlement à l'élaboration de ce plan, les Agences Régionales Hospitalières (ARH) ont été instaurées avec la réforme de l'assurance-maladie par l'ordonnance du 24 avril 1996. Les ARH étaient chargées de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le gouvernement, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés. Le système de santé était ainsi de plus en plus centré sur l'hôpital, considéré comme le cœur d'un territoire de santé (Herzlich et Pierret, 2010, Coldefy et Lucas-Gabrielli, 2012).

Avec la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de juillet 2009, les ARH ont laissé la place aux Agences régionales de santé (ARS). La notion de territoire s'élargit alors « à des activités de santé publique et d'accompagnement médico-social » (Coldefy et Lucas-Gabrielli, 2012).

Les ARS verront leur champ d'intervention s'élargir, car elles auront non seulement la charge des ARH, mais aussi celles de 6 autres organismes dont elles reprennent les missions et les prérogatives : les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM), les Missions régionales de santé (MRS), les Pôles santé et médico-social des Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS/DDASS), les Groupements régionaux de santé publique (GRSP) et la partie sanitaire des Caisses régionales d'Assurance maladie (CRAM).

Décrets de périnatalité de 1998

L'année 1998 est une date importante pour l'organisation des soins autour de la naissance, avec la publication de décrets dits « de périnatalité ». Ils permettent la création des réseaux de santé périnatale, avec une formalisation des pratiques entre les différents établissements d'un secteur géographique pour les situations pathologiques, et l'élaboration de référentiels communs aux soignants, avec une volonté de sécurisation de la naissance et de réduction des risques.

Une gradation des établissements en fonction de leurs équipements pédiatriques en niveaux I, II A, II B et III⁴ (cf. annexe 1), est établie pour permettre une continuité des soins selon le niveau de risque identifié de la femme enceinte, de l'accouchement, du nouveau-né. On voit ainsi s'installer la pratique du transfert anténatal en fonction de la prise en charge nécessaire pour la mère et/ou l'enfant, transfert de la mère avant la naissance pour permettre l'accueil du nouveau-né dans le service adapté à son contexte médical.

L'application des décrets s'est faite progressivement : dans un 1^{er} temps, il a fallu coordonner la prise en charge inter-établissements en fonction des niveaux de soins des maternités (par des conventions de collaboration). Secondairement, le champ d'action des réseaux s'étend à « la ville » : il inclut les professionnels libéraux, les unités de collectivités territoriales (PMI), et les associations d'usagers après publication de la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, qui promeut les notions de droit des patients et de démocratie sanitaire. Ce nouveau réseau permet ainsi de constituer un « maillage » sanitaire autour de la naissance et une coordination de la médecine de ville et hospitalière. Néanmoins, cette structuration des maternités en niveaux, établit une forme de hiérarchie entre elles : les moins techniques (niveau 1) par rapport aux plus techniques et plus équipées (niveau 3) (Charrier et Clavandier, 2013). Ils illustrent ainsi la conception très française du risque obstétrical : « le niveau de risque d'une grossesse ou d'un accouchement peut être évalué et donner lieu à une orientation ciblée (...). Toutes les grossesses et les accouchements pour lesquels le niveau de risque est prévisible devraient être pris en charge dans un lieu adapté » (Carricaburu, 2007).

Ce plan s'est finalement décliné en actes techniques, en termes d'organisation, en formation des professionnels. La mise en œuvre de ces décrets et lois conduira à la fermeture de 91 maternités publiques et privées réalisant moins de 300 accouchements par an (Jacques, 2013, Charrier et Clavandier, 2013). Mais les chiffres ne sont encore pas acceptables pour les pouvoirs publics : en 2001, la mortalité maternelle est encore de 9 pour 100 000 alors qu'elle

⁴ Pour synthétiser :

Niveau I : Maternité sans unité de néonatalogie individualisée

Niveau IIA : Maternité qui dispose d'une unité de néonatalogie d'au moins 6 lits, avec présence pédiatrique le jour

Niveau IIB : Maternité qui dispose d'une unité de néonatalogie d'au moins 6 lits, avec présence permanente tous les jours de l'année, 24 heures sur 24 d'un pédiatre

Niveau III : Maternité qui dispose d'une unité de néonatalogie de niveau IIB, d'une unité de réanimation néonatale et adulte, 24 heures sur 24

était de 11,7 pour 100 000 en 1994 (rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007 – 2009 publié en 2013).

L'humanisation de la naissance est envisagée durant cette période essentiellement comme une atténuation de la douleur par la péridurale (62,6 % en 2003 selon l'enquête nationale périnatale), mais l'accompagnement des femmes au moment de la naissance est moins pris en compte alors que tout comme la sécurité, « les dimensions psychoaffectives, économiques et culturelles » devaient être considérées selon les préconisations du Ministre de la santé, B. Kouchner. Il émettait en 1998, devant les gynécologues-obstétriciens, l'idée de l'institution de maisons de naissance pour « les femmes sans risque et qui souhaitent accoucher dans des conditions moins médicalisées et plus personnalisées » (Jacques, 2013). Ce projet prendra presque 20 ans pour voir le jour (cf. infra : « maisons de naissance, expérimentation qui peine à s'installer »).

1.4.5. 3^{ème} Plan périnatalité 2005-2007 : « Humanité, proximité, sécurité, qualité »

Publié en 2004, et intitulé « Humanité, proximité, sécurité, qualité », le 3^e plan fait suite au rapport de la mission périnatalité rédigé par trois experts (Bréart, Puech, Roze) en 2003. Ce plan propose une prise en charge différenciée selon le niveau de risque identifié pour la mère et pour l'enfant. Il met en évidence qu'il faut « pouvoir faire plus et mieux dans les situations à haut risque » et il soulève le fait que « l'excès de surveillance pouvait être iatrogène » dans les situations de moindre risque (Jacques, 2013).

Le plan d'action propose de moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. Il a des objectifs quantitatifs : réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit passer de 6,5 à 5,5 pour 1 000 naissances) et la mortalité maternelle de plus de 40 % (soit baisser de 9 à 5 pour 100 000 naissances). L'enjeu affiché est aussi de développer une offre plus humaine et plus proche, et d'aménager les conditions d'exercice des professionnels de la naissance. Les mesures sont envisagées pour 3 ans avec un budget de plus de 270 millions d'euros.

Il privilégie aussi, à la suite de la loi Kouchner, l'implication plus marquée des usagers dans l'élaboration de la politique périnatale comme par exemple, leur participation à la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant⁵, qui fédère les Commissions régionales de

⁵ Décret n° 2009-1216 du 9 octobre 2009 relatif à la création et aux missions de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE). Celle-ci peut être saisie par le ministre chargé de la santé de toute question concernant la périnatalité et la santé de l'enfant (article 2). La CNNSE a pour mission (article 3) :

la naissance et de la santé de l'enfant.

Pour répondre aux axes « humanité » et « proximité », il est prévu d'améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant par plusieurs moyens.

L'« *entretien individuel du 4^{ème} mois* » est créé. Il est sous la responsabilité principalement des sages-femmes. Individuel ou en couple, il doit être systématiquement proposé aux futurs parents, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Il replace ainsi les sages-femmes au 1^{er} plan dans le parcours des usagers.

L'expérimentation des « *maisons de naissance* » est prévue : attenantes à des plateaux techniques, privés ou publics, elles doivent permettre d'accoucher dans un contexte moins médicalisé, tout en assurant la sécurité par la présence immédiate du plateau technique.

La notion de *précarité* est mise en avant avec l'amélioration de la prise en charge des femmes et des couples identifiés comme précaires, notamment des femmes étrangères résidant en France depuis moins de trois mois.

Le dispositif de prise en charge du *handicap* doit être amélioré : pour les femmes comme pour les nouveau-nés susceptibles de développer un handicap, il faut travailler sur l'accessibilité à l'information, aux consultations et à la préparation à la naissance des mères en situation de handicap.

Un carnet de santé de la maternité est censé être remis dès la première consultation de toute grossesse. Il doit contenir des messages de *prévention* (risques de l'addiction, de l'automédication...).

Les axes « sécurité » et « qualité » se traduiront par la volonté de moderniser l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement, pour plus de sécurité dans la prise en charge des mères et des nouveau-nés avec la mise aux normes des maternités publiques et privées tant en équipement qu'en personnel : l'article du Code la Santé publique publié en 2005 est toujours d'actualité, il prévoit un nombre de professionnels médicaux obligatoirement présents en fonction du nombre de naissances dans les établissements. Par exemple, une sage-femme doit être présente en permanence pour 1000 naissances, et le nombre de personnels augmente en fonction du nombre annuel de naissances par structure (une sage-femme en plus par 200

1° De contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique fixés pour la périnatalité et pour la santé de l'enfant
2° D'apporter son concours et son expertise pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques en matière de périnatalité et de santé de l'enfant, notamment dans les domaines de la santé publique, de l'organisation de l'offre de soins, des pratiques professionnelles et du financement.

naissances supplémentaires). D'autres points concernent l'amélioration de l'organisation des *transports des mères et des nouveau-nés*, où les réseaux tiendront une grande place puisque le territoire devra être couvert en *réseaux de périnatalité* ; la modernisation des services de *réanimation néonatale* ; l'aménagement des conditions de formation et d'exercice des professionnels de la naissance en fonction des objectifs définis par le Plan.

Les résultats de ce dernier plan sont hétérogènes. En 2010, l'entretien prénatal précoce est peu réalisé : selon une enquête de l'UNAF (2010), 7 femmes sur 10 n'en ont pas bénéficié (952 personnes interrogées), et la plupart n'en ont pas eu la proposition. Ces données sont concordantes avec les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010 pour qui 25 % des femmes cadres en ont bénéficié contre 18 % des ouvrières, 23 % des femmes ayant la nationalité française contre 12 % des étrangères, et 24 % des femmes ayant un emploi contre 17 % de celles sans emploi. Le taux global de femmes ayant réalisé cet entretien est de 21,4 % (Blondel et Kermarrec, 2011, Cour des comptes, 2012).

Ce plan n'a pas permis non plus de réduire le nombre de femmes peu ou pas suivies qui reste stable à 1 % : 97,5 % des femmes en emploi déclarent leur grossesse au 1^{er} trimestre, alors que ce taux est de 15,7 % pour celles qui n'ont pas d'emploi (Jacques, 2013). Et 9 % des femmes n'effectuent pas les 7 consultations prénatales obligatoires (Cour des Comptes, 2012).

Ces données montrent une fois de plus que la politique de prévention envisagée n'atteint que partiellement les objectifs qu'elle s'était fixée et que les catégories socio-professionnelles sont un facteur influençant le suivi prénatal.

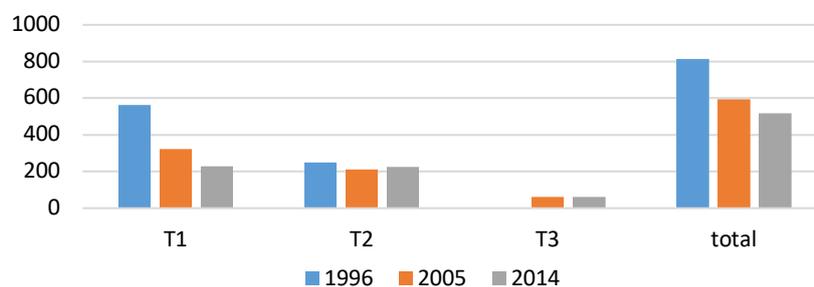
La Cour des comptes (2012) relève, à propos de l'axe sécurité, que « malgré de nets progrès, les normes ne sont pas encore respectées partout. Ainsi, selon les résultats de l'enquête nationale périnatale 2010, 5 % des maternités réalisant entre 1 500 et 2 000 accouchements par an n'ont pas de gynécologue-obstétricien présent en permanence et 19 % des établissements comportant une unité de néonatalogie avec soins intensifs pour les nouveau-nés (type IIB) — et 3 % des maternités prenant en charge des grossesses “à risque” (type III) — n'ont pas de pédiatre à demeure ». Les données épidémiologiques ne sont pas satisfaisantes : « la mortalité au cours de la première semaine de vie a augmenté de 1,6 en 2005 à 1,8 en 2009 et celle intervenant au cours du premier mois est passée de 2,5 à 2,6 décès pour 1 000 naissances », mais le nombre d'enfants prématurés est passé de 6,3 % en 2003 à 6,6 % en 2010 (Cour des Comptes 2012). De plus, il existe des inégalités selon les régions : la mise en œuvre du plan n'est pas homogène sur tout le pays (Jacques, 2013). La Cour des comptes (2012) estime

d'ailleurs que seulement 45 % des mesures du plan de 2005-2007 ont été effectivement appliquées. Elle considère que celles qui n'ont pas été mises en œuvre concernaient particulièrement la précarité et le handicap.

Clavandier et Charrier (2015, p. 171) notent que « le dernier plan de périnatalité (2005-2007) prend acte de l'importance à accorder à la physiologie, tout comme à la femme qui accouche et au projet du couple, mais la logique du risque demeure seule efficiente dans l'organisation actuelle de la naissance en France, humanité rimant avec sécurité ». Finalement, les plans successifs ont abouti à la fermeture d'un grand nombre de maternités : de 1972 à 2012, soit en 40 ans, plus des deux tiers des maternités ont fermé (Cour des comptes, 2014, Charrier et Clavandier, 2013, p. 106).

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2016 donne une comparaison de l'évolution des maternités entre 1996 (avant les décrets) et 2014 selon leur type (cf. figure 1).

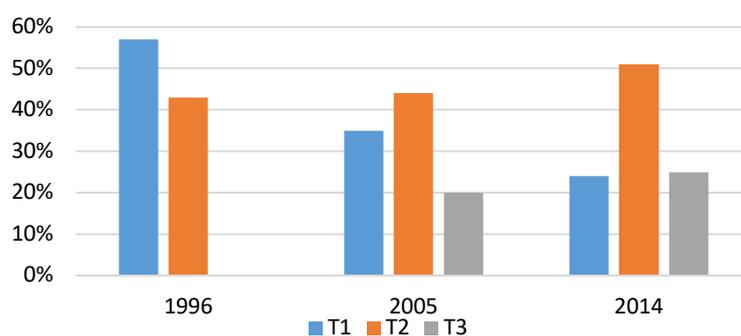
Figure 1 : Nombre d'établissements par niveau en 1996, 2005 et 2014



Source : DREES, « les établissements de santé », 2016

Et cela a conduit de fait, à une augmentation du nombre d'accouchements par maternité : en 1975, on comptait 528 accouchements en moyenne par maternité, alors qu'en 2002, la moyenne est de 1153 (Jacques, 2013). Et le nombre croît dans les plus grandes structures. Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, le taux de naissances dans les maternités de moins de 1000 accouchements « est passé de 25,3 % à 17,4 %, alors que la proportion d'accouchements dans celles de plus de 3000 est passée de 8,0 % à 18,8 % » (figure 2).

Figure 2 : Part des accouchements par niveau de maternité en 1996, 2005 et 2014



Source : DREES, « les établissements de santé », 2016

Pour certains, la prise en charge de « l'affectif, des émotions et de la subjectivité n'existe pas » (Jacques, 2013), ou en tout cas n'est pas privilégiée, au profit du développement de la technique permettant d'accroître les connaissances concernant le fœtus et le nouveau-né qui est l'objet de toute l'attention du système de santé et de la société.

2. La naissance, un risque ?

Françoise Thebaud (2010, p. 32) résume bien l'évolution de la naissance en disant que « l'accouchement est de nos jours un acte médical qui se pratique dans des lieux très médicalisés et met au monde dans la plus grande sécurité des enfants que leurs parents ont, dans la majorité des cas, désirés ».

2.1. Incertitude ou risque, une notion intégrée dans le modèle français

La médecine est confrontée à l'incertitude, « caractéristique intrinsèque à l'exercice de cette discipline » (Carricaburu, 2007). C'est le développement de l'épidémiologie, puis de « l'évidence based medicine » ou médecine fondée sur les preuves (statistiques surtout), qui ont participé à la réduction de ce risque, très prégnant dans l'histoire de la naissance. Il est possible néanmoins de préciser que l'amélioration des conditions de vie de la population et la formation des professionnels y ont également joué un rôle important.

Le risque médico-légal pour les professionnels est de plus en plus élevé, les dépôts de plainte, les procès sont particulièrement plus fréquents dans le champ de la naissance que dans d'autres disciplines médicales. « L'ère du risque implique une nouvelle façon de travailler » (Greusard, 2016, p. 118). Les activités de soins sont de plus en plus cadrées par des protocoles, « la naissance n'a jamais été aussi unifiée, sondée, calibrée et rares sont les exceptions à ce modèle »

(Charrier et Clavandier (2013, p. 104), alors que les intervenants, les techniques, les réseaux sont multiples.

Le risque est dominant dans la prise en charge française, ce qui fait dire aux professionnels de la naissance qu'un accouchement n'est considéré comme normal qu'a posteriori. Nisand (1994), obstétricien, ancien directeur d'école de sages-femmes, actuel président du Collège National des Gynécologues-obstétriciens français, précise qu'« un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance et certaines complications (certes rares mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir. Cette considération justifie que la naissance ait lieu dans un endroit où l'on dispose 24 heures sur 24 d'un bloc opératoire (de préférence au même étage que la salle de naissance). De la même manière, il faut que les accouchements se passent à un endroit où l'on trouve en permanence une sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre ». Cette approche, toujours d'actualité en France, qui assimile l'accouchement à une situation d'urgence, a conduit ainsi à mobiliser et optimiser toutes les ressources (en techniques et en personnels) possibles au moment de l'accouchement tout en ayant une optique de rationalisation des soins et des services (fermeture des petites maternités). La parturiente, femme en travail, sur le point d'accoucher devient alors une patiente, prise en charge dans un univers hautement technicisé et réglé par un ensemble de protocoles sur lesquels elle n'a pas la possibilité d'intervenir.

La logique médicale et sécuritaire n'existe cependant pas de la même manière dans d'autres pays européens, qui n'en ont pas moins des résultats épidémiologiques comparables⁶ (Akrich et Pasveer, 1995a, 1995 b, 1996, Jacques, 2007). Ainsi aux Pays-Bas, l'organisation repose sur le « postulat qu'il est possible de séparer sans ambiguïté les situations normales des situations pathologiques ou à risques, et que, dans ces conditions, rien ne s'oppose à ce que les accouchements normaux se déroulent dans un lieu non médicalisé, comme le domicile des futurs parents » (Akrich et Pasveer, 1995 a). Cette définition est donc bien envisagée avant la naissance : une grossesse est normale jusqu'à preuve du contraire. Pour définir ce diagnostic de grossesse physiologique ou pathologique, une procédure de sélection a été institutionnalisée dans les années 1960, classant les grossesses selon les parcours A, B ou C, ainsi que des types de professionnels pour réaliser le suivi (sage-femme seule pour le parcours A, sage-femme et obstétricien pour le B, obstétricien seul pour le C) et des niveaux de structures pour accueillir

⁶ Cf. European Perinatal Health Report, Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf

une naissance selon les risques identifiés (domicile ou hôpital), donc une organisation en réseau (Akrich 1995 a, b). La France mettra en œuvre les niveaux d'accueil en 1998 avec les décrets de périnatalité (sans toutefois valider l'accouchement à domicile) et la HAS produira en 2007 des recommandations (mises à jour en 2016) pour la définition des suivis à bas risque/haut risque et la mise en œuvre des « consultations d'orientation » (cf. chapitre « sociologie des professions »). Mais là où est la différence avec la France, c'est qu'aux Pays-Bas, toutes les grossesses physiologiques sont suivies par les sages-femmes, et les médecins ne suivent que ce qui relève de la pathologie. La sécurité pour les hollandais, « réside dans le couplage approprié entre une femme particulière et un lieu : un accouchement normal sera plus sûr à la maison où le minimum de perturbations et d'interventions sont à craindre, alors qu'un accouchement pathologique ne peut se dérouler en sécurité qu'à l'hôpital » (Akrich, 1998).

2.2. Médicalisation et usagers

L'introduction de nouvelles technologies entretient la notion de risque et le mécanisme de surveillance, voire d'auto-surveillance. On voit en effet ces dernières années se développer les techniques d'information et de communication utilisées dans le milieu médical (télémédecine, monitoring à distance...) que l'on peut appeler « e-santé », ou que l'OMS (2011) nomme aussi « santé mobile » (« mHealth »⁷), source d'avancées médicales importantes.

Dans le même temps, des sociétés commerciales ont aussi développé des applications téléphoniques, téléchargeables sur internet, pour des conseils en alimentation ou pour contrôler la prise de poids, avec une application décrite par le promoteur⁸ comme « un petit outil pour un suivi médical personnalisé ». D'autres applications apportent un soutien régulier pour la grossesse, telles « mon suivi de grossesse » ou « ma grossesse aujourd'hui » et permettent de visualiser virtuellement tout ce qui se passe ; un « calendrier d'ovulation » est téléchargeable également pour optimiser les rapports sexuels féconds. Le suivi de l'enfant suscite également beaucoup d'innovations, les publicités annoncent : « surveiller votre bébé avec votre smartphone » ; le but ici est de « partager facilement toutes les données importantes de votre enfant avec les médecins, les puéricultrices, vos amis et votre famille ». Des parents deviennent quasiment des auxiliaires médicaux, témoignant de leur acculturation au savoir médical. Des tests pharmacologiques se multiplient également : pour connaître le jour de l'ovulation, pour

⁷ http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

⁸ Par exemple : « Mobile mom », consulté le 3 nov. 2016

diagnostiquer la grossesse. Du matériel de surveillance est en vente chez les pharmaciens ou sur internet : appareil de mesure de la tension artérielle, doppler personnel pour écouter le rythme cardiaque du bébé (censé rassurer). Respectant le calendrier institutionnel, le suivi de grossesse devient le fruit d'un « savant mélange de contraintes extérieures et d'autocontrôle » (Cahen, 2014).

On entrevoit une notion de performance demandée aux femmes, aux couples : être enceinte au bon moment, accoucher sans problème, et pour cela, avoir un suivi optimal, respectant les règles prescrites et même au-delà, qui témoigne « d'une volonté d'acculturation des femmes aux normes médicales » (Thébaud, 2010, p. 34). Ainsi, le nombre de consultations prénatales et d'échographies augmente régulièrement, au-delà des préconisations institutionnelles. Entre 2003 et 2010, Blondel et Kermarrec (2011) relèvent dans l'enquête nationale périnatale que le nombre moyen de consultations augmente : de 8,9 à 9,9 par grossesse, tout comme le taux de femmes ayant eu au moins 10 consultations : de 28,3 % à 45,1 %. Par ailleurs, durant la même période, le nombre moyen d'échographies est passé de 4,5 à 5 et les suivis de plus de 5 échographies augmentent également, de 21,5 % à 28,9 %. Blondel et Kermarrec (2011) établissent le constat suivant : « le nombre de consultations et d'échographies continue à augmenter, ce qui pose la question d'un risque de sur-médicalisation de la grossesse ». La logique de prévention qui prévaut depuis la mise en œuvre des politiques publiques, avec l'appui du corps médical, est à mettre en relation avec un « mouvement de contrôle sur les corps » (Clavandier et Charrier, 2015, p. 170).

Une enquête quantitative de la DREES en 2008 énonce que les femmes sont en général satisfaites du déroulement de la naissance, mais que « le niveau de satisfaction exprimé par les usagères dépend surtout des contraintes (médicales, financières ou de niveau d'offre de soins) qui pèsent sur leur choix et des éventuelles complications intervenues durant la grossesse ». Jacques (2013) évoque la notion « d'hypersocialisation du risque » intégré par les usagers pour expliquer ce taux élevé de satisfaction après l'accouchement, qu'elle rapproche de la pensée d'Ulrich Beck (2008) sur la « société du risque » dans laquelle nous vivons qui limite notre réflexivité. Elle souligne d'ailleurs l'intérêt de réaliser des enquêtes qualitatives pour mesurer la satisfaction effective des femmes.

2.3. Surmédicalisation ?

La surmédicalisation est un risque que plusieurs instances ou études ont déjà identifié, ainsi l'enquête nationale périnatale de 2010 qui souligne le nombre croissant de consultations

prénatales et d'échographies « qui pose la question d'un risque de surmédicalisation », parce qu'elle témoigne d'une « augmentation générale de la surveillance médicale » (Blondel et Kermarrec, 2011, p. 43)

Peu après, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) (Puech et Hédon, 2012) s'en préoccupe également dans un avis qu'il publie sur « Le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique" » dont voici un extrait parlant, publié quelques années après l'émission, en 2008, de son avis défavorable concernant l'expérimentation des maisons de naissance (cf. infra), et sur lequel d'ailleurs il reviendra en prenant en compte ce risque de surmédicalisation : « Parmi ces points figure celui de la prise en charge de l'accouchement normal. En effet, la priorité donnée à la sécurité, ainsi que les impératifs économiques ont conduit au regroupement des maternités et à leur hiérarchisation en fonction des possibilités de leur plateau technique. Les progrès ainsi réalisés pour la prise en charge du haut risque obstétrical sont tels que personne, raisonnablement, ne songerait à revenir en arrière.

Mais dans le même temps, de nombreuses voix (usagers regroupés dans le collectif du CIANE et plusieurs organisations de sages-femmes) se sont élevées pour préconiser une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement normal, ce qui avait été espéré dès 2001 puis en 2005 au vu de l'annonce par le Ministère de la santé d'un projet d'expérimentation de " maisons de naissance ".

Il y a aujourd'hui des travaux qui démontrent que la règle "qui peut le plus, peut le moins" ne s'applique pas bien en obstétrique. En effet, les facilités offertes par un plateau technique organisé pour faire face aux pathologies graves voire gravissimes, conduit à en faire aussi usage dans des situations qui le justifient moins.

Il ne s'agit pas seulement d'un gaspillage de moyens, mais aussi du risque iatrogène de la surmédicalisation et du sur-traitement. S'ajoute également, la frustration de certaines patientes qui estiment qu'elles auraient peut-être pu accoucher plus simplement ».

Le Sénat dans un rapport de février 2013 (Dini, 2013), pose le risque iatrogène de la surmédicalisation comme un des premiers arguments pour valider l'expérimentation des maisons de naissance et plaide en faveur d'une « médicalisation raisonnée » de l'accouchement physiologique.

La question de l'analgésie péridurale pose également la question de la surmédicalisation de la naissance. L'évolution dans la prise en charge de la douleur, à l'aide de techniques et

thérapeutiques de plus en plus innovantes, a « transformé l'expérience humaine de la douleur » (Le Breton, 1998), spécifiquement dans le domaine de la naissance. La péridurale, d'usage relativement récent, a bouleversé les pratiques obstétricales en l'espace de vingt ans.

Son développement débute à partir des années 80 avec une utilisation pour 4 % des naissances en 1981 (Rumeau-Roquette, 2004, Charrier et Clavandier, 2015). Elle est initialement prescrite sur indication médicale (déclenchement médical, césarienne), puis elle se déploie pour le confort des parturientes : on constate une forte augmentation avec, en 1995, 49 % de péridurales, et en 2000 ce taux s'élève à près de 70 % (Carricaburu, 2005). En 2010, le taux 77,8 % de péridurales pendant le travail est atteint selon l'enquête nationale périnatale de 2010 (Blondel et Kermarrec, 2011). Elle est quasiment inévitable dans les situations de déclenchement et de travail dirigé, plus douloureux car nécessitant l'administration d'ocytocine renforçant les contractions utérines.

La péridurale est encouragée par les autorités sanitaires comme moyen de prévention pour faire face au risque qu'est devenu la naissance. On passe alors de la péridurale dite « de confort » dans les années 80 à, de nos jours, une péridurale gage de « sécurité » pour obtenir une « maîtrise des actes techniques » (Carricaburu, 2005) et une optimisation de l'activité obstétricale. Selon Carricaburu, elle permet également de rationaliser le travail : celui de la parturiente et celui de l'équipe obstétricale. Elle a un effet sur l'organisation temporelle du travail : la diminution ou la disparition de la douleur permet d'accélérer le travail⁹ ; et elle a un effet sur l'organisation en ressources humaines : dans certaines structures (niveau I et II), les moyens humains sont moins importants la nuit que le jour. On en arrive à des situations qui ainsi peuvent sembler paradoxales où l'accouchement physiologique, spontané donc non planifié, devient gênant pour l'activité du service, et où il devient nécessaire de programmer la naissance (Cour des comptes, 2014, p. 29). Carricaburu évoque alors la notion de « rationalisation du travail des femmes » avec le développement du déclenchement et du travail dirigé, c'est-à-dire la « rationalisation matérielle, entendue en termes d'organisation temporelle du travail et d'optimisation des ressources en personnel ». Jacques (2000, 2013, p. 8) n'hésite pas à parler de « iatrogénie » et prend alors l'exemple de l'évolution du taux de césariennes qui était de 7 % au début des années 1970 pour atteindre 12 % en 1980. En 2010, le taux de césariennes en France est de 21 % (Blondel et Kermarrec, 2011).

⁹ Par l'injection d'ocytociques qui ont une action sur les contractions utérines

Ainsi la médicalisation de la naissance, que l'on peut qualifier de biopouvoir, dont l'accompagnement s'est professionnalisé et spécialisé, organisé dans le modèle français en fonction du risque obstétrical, et centré sur la période pré et per-natale, « inscrit la naissance dans des dispositifs prescrits faisant de la parturiente essentiellement une patiente » (Clavandier et Charrier, 2015, p. 165). Cette focalisation néanmoins ne correspond pas à la temporalité des couples. Leurs attentes ne s'arrêtent pas à l'accouchement, vont bien au-delà, leur projet étant d'accueillir un enfant, de le nourrir, d'être parents.

L'alimentation de l'enfant en elle-même a été l'objet d'un grand intérêt pour les pouvoirs publics, dans le cadre de la lutte contre la morbidité et la mortalité infantiles. Les recherches qui ont été menées, les pratiques qui ont été promues ont également connu des évolutions surtout au XX^e siècle.

3. L'allaitement maternel et le label IHAB

Il est possible de déterminer la période de la médicalisation de l'allaitement au XIX^e siècle au moment où, pour sauver les enfants, ont été introduits des laits d'animaux, de vache en particulier. Les alternatives à l'allaitement maternel en France ont fait l'objet d'expérimentations et de recherches quand il a fallu nourrir les enfants abandonnés, nombreux au XIX^e siècle, avec les guerres napoléoniennes, l'exode rural. Il était du ressort des hôpitaux de pallier cette situation en engageant des nourrices et en explorant d'autres possibilités de nutrition à partir de laits d'animaux. C'est la découverte de la pasteurisation à la fin du XIX^e siècle ainsi que les recherches de médecins, tels les professeurs Tarnier et Budin (développant la collecte de statistiques pour l'un, inventeur de la couveuse, promoteur de l'allaitement maternel ou de la nutrition par gavage des prématurés pour l'autre), qui ont permis de limiter progressivement la mortalité des enfants après la naissance (Rollet, 2013). L'alimentation des enfants avec du lait d'animal était possible. Cependant le développement de l'industrie des laits infantiles après la seconde guerre mondiale et l'évolution de la société à propos de la place des femmes a conduit à une forte diminution de l'allaitement maternel.

Cette nouvelle pratique d'administration d'un lait non maternel a induit une surveillance précise des enfants pour observer la digestion des nouveau-nés, a donc conduit les médecins à imposer des horaires stricts d'alimentation puis à généraliser ce rythme à l'allaitement maternel. Mais « en fait, les tétées à heures fixes (toutes les trois heures minimum le jour, jamais plus de deux la nuit) ont aussi un but de dressage de l'enfant » (Rollet, 2005). L'enfant devant être « réglé », il fallait contrôler ses besoins. Cette stricte organisation à partir de la 2^e moitié du XIX^e siècle

a perduré jusque dans les années 1980. Elle permettait aussi une rationalisation des soins avec une organisation déterminée du rythme du travail à l'hôpital pour des enfants souvent séparés de leur mère durant le séjour.

Selon C. Rollet (2005), « la proportion des mères allaitant au sein, après avoir augmenté pendant la guerre, diminue brutalement à partir des années 1950 : 67 % d'allaitements en 1949, 56 % en 1950, 51 % en 1951 ». Elle fait le lien pour cette évolution avec l'hospitalisation grandissante des mères à la naissance et la séparation systématique d'avec leur enfant en maternité ; séparation décidée pour des raisons hygiénistes, mais qui ne fit pas l'unanimité du côté des mères mais aussi de certains praticiens tels Leboyer et Odent en France (cf. infra « Initiatives face à la médicalisation ») (Morel, 2014).

A la fin des années 1970, alors que les moyens de contrôle des naissances étaient disponibles, les femmes aspiraient à conquérir plus de liberté et l'égalité avec les hommes. Et l'un des symboles de cette libération de la femme était que le père donne le biberon. Le taux d'allaitement en maternité était de moins de 36 % en France en 1972 (Rollet, 2005, Turck 2010) et il remonte à partir de 1995 (51,6 %) (Turck, 2010). Alors comment expliquer cette hausse ? Est-elle du ressort d'une prise de conscience des mères à propos des bienfaits de l'allaitement ? Quel rôle les autorités médicales ont-elles eu sur cette pratique ? Pourrait-on considérer que le déploiement du Label Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) est aussi un vecteur de l'incitation à allaiter ?

Le label IHAB existe depuis le début des années 1990. Il vise à certifier des pratiques professionnelles destinées à encourager et soutenir l'allaitement maternel (AM). Cette démarche qui s'étend de plus en plus en France, peut séduire « les parents par la promesse d'une prise en charge individualisée et respectueuse du bien-être de leur enfant » (Roseleur-Hubert, 2016), et donc renforcer positivement l'image de l'établissement.

Quelles préconisations et quel suivi cela implique-t-il pour les institutions, les professionnels et les usagers ? Pourrait-on également parler d'une médicalisation de l'allaitement ?

3.1. L'origine du label, la « civilisation de l'allaitement maternel »

La mobilisation autour de l'allaitement maternel est d'abord internationale avant de devenir une préoccupation des pouvoirs publics français. Une association de promotion et de soutien à l'allaitement, La Leche League, d'origine américaine a participé à la mise en place de ce label. Constituée en 1957 par des mères allaitantes souhaitant aider d'autres mères, cette association

a été très influente à partir des années 1960 et s'est fait connaître des organisations internationales telles l'OMS et l'UNICEF ou encore l'USAID, l'agence américaine pour le développement international. Elle est l'auteur notamment d'un livre « L'art de l'allaitement maternel » diffusé en plusieurs langues.

3.2. Au niveau international

En 1990 est édité par l'OMS un document de recommandations et d'arguments pour les professionnels intitulé « Aider les mères à allaiter ». Il est issu d'observations et d'études sur l'allaitement et les pratiques professionnelles en Afrique de l'Est (Kenya) faites durant les années 1980. Un premier constat montrait qu'au Kenya, malgré un taux de 90 % d'AM à la naissance, ce taux diminuait fortement au bout de quelques semaines après la naissance. Un autre constat est l'évaluation insatisfaisante des connaissances des professionnels sur la physiologie de la lactation, des conseils et soutien à donner aux mères. Le bilan était que les professionnels et les institutions « ont une influence négative sur l'allaitement car ils persistent à suivre des pratiques dépassées » (Savage et al., 1990, p11). Sans oublier que dans les pays où les conditions socio-économiques et d'hygiène sont défavorables, il est important d'encourager l'allaitement qui permet de limiter la morbidité et la mortalité des enfants.

Ce long texte (190 pages) de recommandations pratiques souvent illustrées sera largement diffusé dans les pays d'Afrique dans des traductions anglaise et française. Il décrit la physiologie de la lactation, les difficultés possibles, les différents moyens et techniques (les gestes, les postures, le matériel) pour répondre aux besoins rencontrés, mais il a aussi une approche plus globale et sociale avec des thèmes tels que « l'allaitement et l'espacement des naissances », « l'allaitement et les rapports sexuels », « l'attitude de la communauté vis-à-vis de l'allaitement ». Ce document sera modifié dans une nouvelle version en 1996 par Savage et de Benoist avec le soutien de La Leche League pour la traduction française. Il deviendra ainsi un des textes fondateurs du label IHAB.

On voit alors apparaître la notion d'apprentissage pour les professionnels comme pour la mère dont l'inexpérience est maintenant à prendre en compte. L'enjeu de santé publique est aussi très clair : meilleur pour la santé des enfants et des mères, l'AM est aussi un enjeu économique.

C'est la collaboration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF qui formalisera le programme international de promotion et de soutien à l'AM. Elle a débuté en août 1990 par la Déclaration

d’Innocenti à Florence¹⁰. Cette déclaration est coparrainée par les Etats-Unis (l’USAID) et l’Agence suédoise de développement international : « sur la protection, la promotion et l’encouragement de l’allaitement maternel ». Trente pays sont signataires¹¹ (Afrique de l’Est, Asie, Amérique du Sud, Royaume Uni et Etats-Unis), mais pas la France. Ont également participé l’UNICEF, le Programme Alimentaire Mondial (PAM) et la Banque Mondiale.

Il s’agit donc bien d’une politique à mettre en œuvre. La déclaration est initialement et prioritairement destinée aux pays en voie de développement où l’allaitement commence à régresser. Le discours qui y est tenu est que l’allaitement favorise la croissance des enfants, et diminue leur morbi-mortalité, limite les risques de cancers de la femme, procure des avantages socio-économiques (« à la famille et à la nation »), assure un « profond sentiment de satisfaction » pour les femmes qui réussissent l’AM.

La recommandation officielle est de réaliser un AM exclusif durant 6 mois et de diversifier ensuite l’alimentation. La déclaration émet le souhait d’une « civilisation de l’allaitement maternel ».

Les objectifs en 1990, pour les gouvernements qui souhaitent mettre en œuvre cette politique, sont : nommer un coordonnateur national qui puisse faire respecter « les 10 conditions » pour l’AM qui sont publiées dans un document annexe, exercer un contrôle sur les substituts du lait (respect du code international de commercialisation), et, dernier point orienté vers les mères : faire évoluer les droits des femmes allaitantes qui travaillent.

En 2003, est publié par l’OMS un document intitulé « Stratégie mondiale pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant » conçu comme un « guide pratique » qui préconise diverses mesures prioritaires et centrées sur l’allaitement à prendre au niveau institutionnel, au niveau des professionnels, au niveau communautaire.

Le point d’entrée est que la morbidité des enfants est imputable à la malnutrition. Il faut envisager une stratégie qui « soulage les enfants du monde du terrible fardeau que représentent les maladies diarrhéiques, la rougeole, le paludisme et les infections des voies respiratoires

¹⁰ Déclaration d’Innocenti sur la protection, la promotion et l’encouragement de l’allaitement maternel, Florence (Italie), 1^{er} août 1990.

¹¹ Bangladesh, Brésil, Chili, Chine, Colombie, Equateur, Ethiopie, Guatemala, Honduras, Inde, Indonésie, Iran, Italie, Côte d’Ivoire, Jordanie, Kenya, Mali, Ile Maurice, Mexique, Nigéria, Pakistan, Pologne, Swaziland, Tanzanie, Thaïlande, Turquie, Royaume-Uni, Etats-Unis, Zaïre, Zimbabwe.

inférieures dont 50 à 70 % sont imputables à la malnutrition, et de contribuer à réduire durablement la pauvreté et les privations » (page V), et injonction est faite aux mères d'allaiter : « la grande majorité des mères peuvent et doivent allaiter leur enfant de même que la grande majorité des enfants peuvent et doivent être nourris au sein » (p. 10). Nous ne sommes pas loin de la préconisation de la fin XIX^e siècle exprimée par l'accoucheur, Adolphe Pinard : « le lait de la mère appartient à l'enfant » (Rollet, 2005) (cf. chapitre 2 : Sociologie des professions et place de la sage-femme dans le champ des politiques publiques).

En 2004, de nouvelles courbes de croissance sont proposées comme valeurs de référence par l'OMS. Elles ont été construites à partir d'une étude réalisée auprès de 8500 enfants dont les mères se sont engagées « à adopter des pratiques de base en faveur de la santé : allaiter et ne pas fumer ».

En réaction à des pratiques jugées encore « inappropriées – allaitement insuffisant ou inexistant, alimentation complémentaire inadéquate » qui menacent « la santé et la survie de l'enfant », 15 ans après la première, une nouvelle Déclaration d'Innocenti est signée à Florence en novembre 2005¹². Parmi les référents de cette déclaration sont nouvellement retrouvés : l'ILCA, (Association internationale des consultants en lactation), La Leche League Internationale, l'IFBAN (Réseau International d'Action pour la nutrition infantile) et la WABA (World Alliance for Breastfeeding Action ou Alliance mondiale pour l'action de soutien à l'allaitement maternel).

La prise en charge se veut beaucoup plus globale et en lien avec la « déclaration du Millénaire pour le développement » signé en 2000 par 193 pays membres de l'ONU (les objectifs du millénaire recouvrent de grands enjeux humanitaires : la réduction de l'extrême pauvreté et de la mortalité infantile, la lutte contre plusieurs épidémies dont le SIDA, l'accès à l'éducation, l'égalité des sexes, et l'application du développement durable).

Les thèmes de la déclaration de 2005 abordent, comme éléments ayant un rôle sur l'alimentation de l'enfant : la pauvreté, les maladies, la pollution, les inégalités entre les sexes et « l'augmentation du nombre de femmes qui travaillent à l'extérieur, y compris dans le secteur

¹² Déclaration Innocenti 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Florence (Italie) 22 novembre 2005

informel », mais aussi les droits des enfants, l'environnement favorable pour la mère, la famille, l'entourage.

L'encouragement à une durée plus longue d'allaitement s'étend aussi officiellement : exclusivement durant au moins 6 mois et si possible jusqu'aux 2 ans de l'enfant, voire plus.

3.3. En Europe

Se basant sur les différents textes internationaux diffusés précédemment, un plan d'action pour l'allaitement maternel est proposé en 2004 en Europe. Il s'intitule : « Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un Plan d'action » et correspond à la mise en œuvre du projet mondial tenant compte des spécificités européennes. Le plan propose d'uniformiser les systèmes européens de collecte de données statistiques, d'établir des recommandations communes en tenant compte du fait que les systèmes nationaux sont dotés de moyens comparables pour promouvoir l'allaitement, il enjoint à diffuser le modèle IHAB existant déjà dans certains pays, à former et évaluer les formations des professionnels, à promouvoir les consultants en lactation, à favoriser l'approche bénévole de soutien de « mère à mère », et à travailler sur les législations de commercialisation des substituts du lait et celles concernant la protection de la maternité au travail.

A l'échelle européenne, les taux d'allaitement maternel sont variables. Ce sont surtout les pays scandinaves qui ont les résultats les plus élevés, entre 90 et 95 % d'AM pour la Norvège, la Finlande, la Suède et le Danemark en 2002 et 2007 (Salanave et al., 2014).

3.4. En France

En France, plusieurs études sur le nombre et la durée de l'allaitement maternel ont été réalisées depuis les années 1990 montrant des taux peu satisfaisants au regard des préconisations internationales (environ 30 % et une durée maximale de 15 semaines, qui correspond à la période du congé de maternité).

Plusieurs actions politiques et scientifiques sont mises en œuvre pour promouvoir l'AM. Un décret publié en 1998¹³ régleme la distribution de lait au sein des maternités et enjoint à faire connaître « les avantages et la supériorité de l'allaitement au sein ». La Haute Autorité de Santé

¹³ Décret n°98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L. 121-53 du code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant

(HAS) a publié en 2002 des recommandations concernant l'allaitement pour les 6 premiers mois, soit plus de 10 ans après les déclarations internationales. La première modalité mise en avant par l'institution pour encourager l'allaitement dès son début, est un changement des pratiques professionnelles, basé sur les conditions de l'IHAB promues elles-mêmes par l'OMS et l'UNICEF : « La mise en œuvre de ces conditions est recommandée, mais rend nécessaire un profond changement des pratiques dans les maternités et la participation de l'ensemble des professionnels impliqués ».

En 2005, le Programme national nutrition santé (PNNS) issu du Ministère de la santé, recommande l'AM « de façon exclusive jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé ». En 2010, un rapport sur l'allaitement maternel avec un plan d'action est écrit sous l'égide du Pr D. Turck en 2010, avec comme moyens à déployer dans les maternités : « Mettre en œuvre des standards de pratiques optimales (Initiative hôpital ami des bébés - IHAB), à intégrer dans les critères d'accréditation des maternités par la Haute autorité de santé. »

Les études scientifiques de plus en plus nombreuses sur l'évaluation des taux d'allaitement reprennent le discours sur ses bénéfices pour l'enfant « pour sa croissance, son développement et sa santé à court, moyen et long termes » (Salanave, 2014).

3.5. Obtention du label, un « parcours du combattant »

Présenté par l'association IHAB comme valorisant pour les professionnels intervenants auprès des usagers, le parcours pour l'obtention du label n'en est pas moins ardu en France (formations, nouvelles procédures, nouvelle organisation de travail). Il est également le témoin d'une volonté de certification et labellisation souhaitées à différents niveaux (direction administrative et professionnels de santé).

Le label est accordé pour une durée de 4 ans, une demande de réévaluation doit être formulée pour le conserver.

Néanmoins, durant cette période, les équipes doivent s'assurer que leurs pratiques continuent à répondre aux critères IHAB, en donnant tous les ans : « un suivi des statistiques, un suivi des formations des professionnels, un suivi du respect de toutes les recommandations IHAB, une enquête auprès des mères, la transmission des documents actualisés. »

Relativement chronophage (20 h de formation obligatoire pour tous les membres du personnel), exigeant financièrement (coût des formations, de l'adhésion et de l'évaluation¹⁴), nécessitant l'implication de tous les membres du service (du chef de service, des médecins, des cadres et de tout le personnel, agents d'entretien compris), ce label permet à l'équipe d'homogénéiser les pratiques et les discours (et donc de remettre en question des pratiques souvent anciennes), de prendre de nouvelles habitudes (pour limiter par exemple le nombre d'intervenants dans les chambres), et peut-être pour certains, porteurs du projet, de donner un nouveau sens à leur pratique professionnelle. « Ce projet de service reposant sur une formation commune génère une qualité des échanges, une dynamique d'évolution et renforce un esprit d'équipe » signale ainsi le site internet de l'IHAB¹⁵. L'obtention du label, « parcours du combattant » qui débute plusieurs mois ou années avant la validation, est vécue comme un succès par les professionnels. Il est le reflet de « bonnes pratiques » au sein de l'établissement labellisé.

Alors qu'en 2002, 2 maternités seulement étaient labellisées, il est intéressant de noter qu'en 2015, 26 maternités ont obtenu ce label dont les deux tiers dans la moitié nord de la France, et que le chiffre a quasiment doublé en 2017 : 41 maternités. Et nous ne comptons pas les autres structures en cours de validation. Certains établissements peuvent obtenir le label pour le service de maternité seul ou y associer le service de néonatalogie. Selon le site IHAB en 2017, 8 % des naissances en France auraient lieu dans un établissement labellisé (5 % en 2015) :

- 4 de type III (maternité et néonatalogie) (dont un CHU, celui de Lille)
- 7 de type IIB (dont 3 avec le service de néonatalogie)
- 10 de type IIA (dont 2 avec le service de néonatalogie)
- 20 maternités de type I

Précisons également que le label a été décerné à 23 maternités publiques et 18 privées. On imagine bien l'aura que cette certification « ami des bébés » donne à l'établissement aux yeux du public et son potentiel d'attractivité, et on comprend pourquoi les structures privées n'hésitent pas à s'engager dans cette procédure pour l'obtenir.

¹⁴ L'adhésion par établissement est de 300 euros par an depuis 2015. L'évaluation par les experts-visiteurs coûte de 12 789 euros pour une maternité de 500 à 1500 naissances sans évaluation des services de pédiatrie, à 23 784 euros pour une maternité effectuant 2500 à 3500 naissances avec les services de néonatalogie (<https://amis-des-bebes.fr/pdf/14-06-ESTIMATIONS-EVALS-IHAB-AVEC-ADHESIONS-2014-2016.pdf>).

¹⁵ <https://amis-des-bebes.fr/>

3.6. Préconisations de l'IHAB, la « bataille du lait »

En 1999 paraît un dossier de l'OMS sur les données scientifiques (19 études internationales) concernant 10 recommandations essentielles pour promouvoir l'allaitement maternel, rédigées par les Drs Constanza Vallenas du département de l'adolescent et de l'enfant de l'OMS et Felicity Savage, pédiatre « responsable des activités concernant l'allaitement dans la Division de la Santé et du développement de l'Enfant à l'OMS, Genève ». A ces 10 recommandations, sont associés 3 « principes » qui nécessitent un investissement institutionnel, professionnel et des usagers, et ils constitueront donc ensemble les fondements du label, « pour le succès de l'allaitement ».

Les 3 principes mis en avant par le site ciblent l'équipe et l'organisation à mettre en œuvre :
« Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né.

Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille permettant aux parents de prendre totalement leur place dès la naissance de leur enfant. Les professionnels assurent une écoute et un soutien individualisés.

Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins en pré, péri et post-natal »

Les 10 conditions permettant d'appliquer les 3 principes concernent les éléments suivants :

- *Politique* : adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants ;
- *Formation* : donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique ;
- *Préparation prénatale* : informer toutes les femmes enceintes des avantages de la pratique de cet allaitement ;
- *Contact précoce* : aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance ;
- *Assistance* : indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson ;
- *Compléments alimentaires* : ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale ;
- *Placement de l'enfant auprès de sa mère* : laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour ;
- *Allaitement à la demande* : encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant ;

- *Tétines* : ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette, injonction allégée récemment : « à réserver aux situations particulières » ;
- *Prolonger le soutien* : encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel auxquelles adresser éventuellement les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique (La Leche League est spécifiquement mise en avant dans le dispositif d'accompagnement tout comme plus récemment d'autres associations).

Deux nouvelles recommandations ont été ajoutées plus récemment, en 2009 :

- *Respecter le code international de commercialisation* des substituts du lait et donc protéger les parents des pressions commerciales (c'est-à-dire ne plus faire de promotion de lait artificiel) ;
- *Favoriser le lien mère-enfant* durant le travail et l'accouchement pour que l'allaitement débute bien.

Sont ainsi mises en avant les règles de « bonne pratique » pour encourager fortement l'allaitement maternel pendant le séjour hospitalier mais aussi en dehors des maternités, au niveau local, institutionnel et politique. L'obtention du label par les structures hospitalières témoignent d'un engagement fort de leur part, les réseaux se mobilisent (formation, soutien aux associations promotrices de l'allaitement).

Peu de place semble laissée au souhait de ne pas allaiter pour les futures mères, le poids sanitaire et social est de plus en plus lourd. Il est relativement difficile de ne pas se plier aux injonctions médicales au moins durant le séjour en maternité, cependant la prescription d'allaiter jusque 6 mois n'est pas suivie par la majorité des femmes qui allaitent à la sortie de maternité. Les résultats récents le montrent : l'étude Epifane en 2012, réalisée auprès de plus de 4100 femmes dans 136 maternités (Salavane et al., 2012, Salanave et al., 2014), a montré que le taux d'AM à la naissance était de 74 %, qu'il passait à 54 % à 1 mois, 39 % à 3 mois de vie de l'enfant (10 % de manière exclusive) et à 23 % au 6 mois de l'enfant (1,5 % exclusivement). On peut trouver un début d'explication dans le fait que la législation concernant le droit du travail n'est pas ou peu en faveur de la prolongation de l'allaitement. Le congé postnatal dure 10 semaines après la naissance d'un 1^{er} ou 2^e enfant et 18 semaines à partir d'un 3^e enfant. La salariée qui souhaite poursuivre son allaitement dispose d'une heure par jour non rémunérée (ou 2 fois 30 minutes) pendant une année (Code du travail : articles L1225-30 à L1225-33, articles R1225-5 à R1225-7, articles R4152-13 à R4152-28). Encore faut-il que son enfant soit proche de son lieu de travail. Ce temps est donc aujourd'hui plutôt utilisé par les femmes pour tirer leur lait en vue de le donner ultérieurement à leur enfant, mais cette pratique n'est pas toujours bien

vécue par elles (la portée symbolique de cette activité est négative pour certaines, par rapport à l'image qu'elle renvoie, et la question du stockage du lait peut constituer un problème). D'autres analyses permettent de comprendre que l'investissement financier de l'alimentation au biberon fait partie de la dimension « consumériste de la grossesse », facilitée par les allocations fournies durant la grossesse. Les achats au nom de l'enfant traduisent la volonté de bien faire par les efforts fournis pour son arrivée, et expriment la fierté de consacrer à l'enfant l'argent reçu, l'importance donnée à la naissance, ce que l'on retrouve aussi parmi les classes populaires (Tillard, 2002 b) ; sans oublier les habitudes persistantes prises au nom de l'hygiénisme dans les années 1970 de favoriser le biberon, au nom d'une volonté de contrôle des actes, considérés comme médicaux, mais aussi des individus (Pourchez, 2002). Enfin certaines femmes préfèrent ne pas allaiter parce qu'elles ont connu un allaitement antérieur difficile, ou parce qu'elles se sentent plus libres (Sandre-Pereira, 2004).

3.7. Culture, médecine ou médicalisation de l'allaitement ?

Les recherches, études sur le sujet de l'allaitement et de la petite enfance ont été multiples, en particulier dans le domaine médical, mais aussi en histoire, en sociologie, en ethnologie, en anthropologie, en philosophie (Ariès et Duby, Perrot, Morel, Knibiehler, Rollet, Loux, Delaisi de Parseval et Lallemand, Tillard, Bonnet et Pourchez, Badinter...). Le petit enfant est, on l'a vu, scruté, surveillé de longue date, il est possible de parler de « médicalisation de la petite enfance » (Bonnet et Pourchez, 2007). Mais peut-on parler de médicalisation de l'allaitement ? Le label IHAB serait-il ainsi le reflet d'une « progressive montée en puissance de l'État biopolitique et de ses normes intrusives » (Cahen 2014) ?

Certains promoteurs de l'AM, à l'instar de la pédiatre M. Thirion (2010), relèvent plusieurs obstacles liés à la « médecine de l'allaitement » : la séparation mère-enfant dans les maternités (par exemple pour la nuit), « l'ambiguïté sur le lait de femme » (parfois remède absolu, il est maintenant aussi connu pour être transmetteur de virus ou de certaines toxines), le « bas statut de la femme allaitante » (peu de reconnaissance publique ni de valorisation du temps passé à cette activité) et le « contrôle des femmes allaitantes » par le milieu médical au sujet des quantités, des rythmes, de la façon de dormir et de se nourrir, réglementant la durée minimale des allaitements, tout est ordonné par la société au nom de la santé de l'enfant. Un retour « au naturel » (en donnant du temps, des moyens) est ici souhaité pour promouvoir une « culture de l'allaitement ».

Cependant, les préconisations pour la promotion de l'allaitement et particulièrement la mise en œuvre du label qui cherchent à limiter les effets de la « médecine de l'allaitement » (ne plus séparer la mère et l'enfant, ne plus réglementer les rythmes...) sous-entendent actuellement de multiples interventions durant la période pré, per et post-natale : avant la naissance pour promouvoir l'allaitement (consultation, préparation à la naissance, documents...), au moment de la naissance, incitation au « peau-à-peau ¹⁶ » systématique, observation des tétées, enseignement de multiples positions pour l'enfant lors de l'allaitement (allongé, « en madone », « en madone inversée », ou en « ballon de rugby »...), recours aux consultants en lactation. Un diplôme inter-universitaire (Grenoble, Brest, Lille) est créé en 2002, intitulé : « Lactation humaine et allaitement maternel » (Thirion, 2010). Toutes ces pratiques sont donc bien le signe d'une professionnalisation, d'une spécialisation, d'un « monopole médical » (Gelly et Pavard, 2016), et donc de la médicalisation de l'allaitement dans sa forme actuelle ; elles constituent potentiellement un fardeau pour les mères non adhérentes. En sont les témoins, les femmes qui ne répondent pas, volontairement ou non, à cette injonction : elles éprouvent une forme de culpabilisation ou d'impuissance, sentiments eux-mêmes devenus une préoccupation des professionnels de santé (Sandre-Pereira, 2004).

L'approche IHAB correspond alors peut-être plus à une mutation du regard technique, proche de la psychologie du développement, en lien avec la qualité des soins, très en faveur de l'allaitement maternel.

4. Initiatives face à la médicalisation de la naissance

Il est possible de définir deux acceptions pour le terme de médicalisation : d'abord un « processus de long terme pour lequel aucun mouvement inverse de démedicalisation n'a fait à ce jour l'objet de constat empirique » et d'autre part l'exercice d'un « monopole médical sur une pratique de santé » qui peut faire l'objet de mobilisations et revendications. Démedicaliser signifierait ici « repenser les rapports de pouvoir entre les médecins et les patientes », et plutôt qu'être un but en soi, il s'agirait d'un « moyen pour produire la transformation sociale » qui

¹⁶ Le « peau-à-peau », expression maintenant beaucoup utilisée dans le langage médical courant, consiste à poser l'enfant déshabillé directement contre le torse nu de la mère (ou du père), dans le but de réguler sa température, favoriser l'allaitement et l'attachement. Il est préconisé d'installer le nouveau-né dès sa naissance au contact de sa mère (ou son père), puis le plus souvent possible durant le séjour en maternité puis à la maison. Cette technique a été initialement promue à la fin des années 1970 en Colombie pour les soins aux prématurés et pallier le manque de structures médicales (méthode Kangourou) (OMS, 2004).

nécessite alors une action militante, qu'elle vienne des usagers ou de professionnels (Gelly et Pavard, 2016).

Ainsi en réaction à la dynamique de concentration des naissances en milieu hospitalier et la médicalisation de l'accouchement, certaines démarches associatives et professionnelles seront entreprises qui mettront en exergue une volonté d'une moindre médicalisation de la naissance avec une approche plus personnalisée, qui de fait, déploieront une nouvelle expertise professionnelle et profane, pour affirmer particulièrement à la naissance, le droit des patientes et produire un nouveau savoir.

4.1. Premières alternatives à la naissance médicalisée

Dans les années 1930, Grantly Dick-Read, obstétricien à Londres, élabore le concept d'accouchement « sans peur », où l'esprit domine le corps par la connaissance du processus de la naissance : en parvenant à contrôler sa peur, la parturiente contrôle sa douleur (Morel, 2015, Vuille, 2015). Il va à l'encontre de « l'accouchement scientifique » de l'époque, effectué régulièrement sous anesthésie générale dans les pays anglo-saxons. La méthode « selon la loi naturelle » qu'il prône, va selon lui, au-delà du simple accompagnement à l'accouchement, parce qu'il envisage, à l'instar de Rousseau, un retentissement positif sur les hommes, lié à l'amélioration des conditions de la naissance, une forme de spiritualité ayant un effet social bénéfique. Sa technique sera peu utilisée en France mais beaucoup plus aux Etats-Unis et en Angleterre. Elle sera progressivement détrônée par la méthode Lamaze.

Fernand Lamaze, obstétricien qui dirige dans les années 1950 la maternité des métallurgistes de la Confédération Générale du Travail (CGT), appelée les Bluets actuellement, fait connaître une nouvelle approche, utilisée dans l'URSS communiste de l'après-guerre : l'accouchement sans douleur ou psychoprophylaxie obstétricale (Tillard, 2002, Morel, 2002, 2007, 2015, Caron-Leuilliez, 2008). L'intérêt en Russie était de restreindre l'utilisation des médicaments, dont l'accès était rendu difficile dans la période de l'après-guerre tout en encourageant la procréation. Il s'agit par des techniques de respiration, de massage, de mouvements, de limiter les sensations de douloureuses de la naissance. La méthode russe sera attrayante aux yeux des praticiens attirés par l'idéologie communiste, mais aussi parce qu'elle était conçue pour soulager les parturientes. Cette technique connaîtra un grand succès au point d'avoir un retentissement international : les États-Unis s'en emparent après la publication, en 1959, d'un livre de Marjorie Karmel ayant accouché en France avec le Dr Lamaze (« Thank you, Dr Lamaze ») ; l'image issue des Soviétiques est alors atténuée par l'aura française de Lamaze.

Morel (2015) rappelle que les soviétiques abandonneront très rapidement la méthode, faute de ressources en personnel, pour favoriser le recours à l'anesthésie.

En 1974, Frederick Leboyer (1918 – 2017), obstétricien, publie « Pour une naissance sans violence », livre qui connaîtra un vif succès auprès du public. Il envisage un accouchement dans le silence, la pénombre (Rapoport, 2013). Il propose de laisser l'enfant sur sa mère avant que les premiers gestes à l'enfant soient réalisés sous ses yeux. La pratique promue par Leboyer sera en revanche fortement contestée par le milieu médical qui voit ses pratiques remises en question, à tel point qu'il rendra, peu après la publication de son livre, son diplôme à l'Ordre des médecins (Morel, 2017). Il s'efforcera durant sa seconde carrière à transmettre cette manière d'appréhender la naissance aux professionnels, en communiquant et publiant différents ouvrages tournés vers l'enfant (ainsi, « Shantala » pour promouvoir le massage des bébés), mais aussi vers la femme. Sous l'influence de Leboyer, une maternité, à Pithiviers, fut pionnière en France pour la démedicalisation de la naissance, également sous l'impulsion d'un autre médecin Michel Odent, promoteur de l'accouchement dans l'eau et du chant prénatal (maternité chantante) à partir des années 1970, ainsi que des salles d'accouchement « comme à la maison » (Morel, 2014). Elle a fermé ses portes en juin 2016, en raison du manque de médecins, mais une vingtaine de maternité avait suivi ce modèle en France, toute sous l'impulsion d'un chef de service « converti » et prêt à mettre des distances avec les normes d'hygiène préconisée encore dans les années 1980 et soutenu par les sages-femmes souvent initiatrices du processus (Morel, 2014, Knibiehler, 2016, p. 40 – 46).

En France, les séances de préparation à la naissance (auparavant désignées « psychoprophylaxie obstétricale ») seront prises en charge à 100 % par la sécurité sociale dès la fin des années 1950 ; « séances » encore souvent appelées « cours » (où l'on retrouve une notion d'apprentissage nécessaire). Ces techniques psycho-comportementales de la naissance (de Lamaze et Leboyer) étaient promues comme valorisantes pour les femmes, leur proposant une forme de pouvoir sur leur corps. Cependant, à l'issue des années 1980, ces « cours » connaîtront moins de succès. Des critiques féministes s'élèveront contre cette approche car elle relevait selon elles d'une « double imposture » (Akrich, 1999) : la souffrance n'était non seulement pas du tout atténuée (Jaubert, 1976), mais le contrôle qu'exerçaient alors les femmes sur leur propre douleur en utilisant cette pratique en minimisait l'importance aux yeux de l'entourage.

Cela correspondra à une phase d'accès à la « modernité », en lien avec le déploiement de techniques médicales et de « progrès médicaux » : le travail est de plus en plus « dirigé » (c'est-

à-dire déclenché, par administration de médicaments), planifié, décrété « sans risque », des postures sont obligatoires (couchée), des protocoles de surveillance médicale prennent une place de plus en plus importante, et l'on verra concomitamment l'essor magistral que connaîtra la péridurale, remboursée par la Sécurité sociale à partir des années 90. Car il semble inconcevable voire rétrograde de subir la douleur de la naissance pour la société devenue « antidoloriste », les établissements de santé devant « mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des malades » par, entre autres, la loi hospitalière du 4 février 1995, ou la loi du 4 mars 2002 qui reconnaît au patient le droit d'être soulagé.

La péridurale sera néanmoins accusée par certains d'être « l'anesthésie de l'expérience » de la naissance (Vuille, 1999), d'être le moyen de rationaliser le travail pour d'autres (Carricaburu, 2005) mais aussi d'être un instrument de contrôle des femmes, qui les incitent à se plier à la domination médicale (Jacques, 2007), puisque la douleur les place en position de vulnérabilité (Arnal, 2016) et de ce fait les rend plus recourantes à la « contention chimique » (Saint-Amand, 2013, p. 222).

Et dans cet esprit, à l'orée des années 2000, des associations d'usagers militants se mobiliseront, dans un souhait d'autonomie ou de retour au bien-être au moment de la naissance. Proches de revendications féministes différentes arguant d'un droit à reprendre possession de leur corps par les femmes, désirant un retour à une capacité naturelle (Jacques, 2007) ou mettant en avant des choix à effectuer « relevant de la sphère privée et non de la médecine » (Akrich, 1999), elles auront un certain effet, progressif, sur les pratiques médicales.

4.2. CIANE, une mobilisation multidimensionnelle

Le Collectif inter-associatif autour de la naissance ou CIANE, est constitué en juillet 2003 (Akrich, 2010) après la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des usagers. Pour le collectif¹⁷, « la naissance ne doit pas se résumer à un acte d'accouchement. Il est essentiel de prendre aussi en compte les dimensions sociales et humaines, les aspirations et les besoins globaux des populations, les observations et les revendications des utilisateurs, protagonistes directs du système de la naissance ». Le CIANE est composé de plusieurs associations, dont les membres sont des usagers mais aussi des professionnels, et dont les motivations sont collectives et diverses. Certaines souhaitent partager des expériences et les défendre (comme pour

¹⁷ Partie histoire, sur le site internet du CIANE, consulté le 31 octobre 2016

l'accouchement à domicile), d'autres se sont mobilisées à la suite d'un événement particulier dans l'esprit de favoriser l'accès aux soins pour tous (menace de fermeture d'une maternité par exemple), d'autres encore avaient une volonté d'aide (pour l'allaitement, la césarienne ou la difficulté maternelle) ; enfin un dernier type d'associations concerne celles qui souhaitent modifier les pratiques et qui sont allées défendre leurs revendications sur le terrain politique. Akrich distingue 4 types de champs d'intervention du collectif : une orientation, plutôt locale, vers les adhérents, pour de l'entraide, du soutien ou des échanges, souvent l'objectif premier des associations ; une visée plus large à destination du public pour une diffusion de connaissances et pour partager certaines pratiques ; un autre type d'intervention souhaite toucher les professionnels et les organisations de soins pour faire connaître les souhaits des usagers et « faire bouger les lignes » ; le dernier champ est du ressort institutionnel, puisque le CIANE est représentant des usagers dans les instances gouvernementales par exemple. Les données produites par le CIANE lui ont permis d'avoir une double expertise : la première expérientielle, la seconde profane, à partir de la culture scientifique.

4.3. AFAR, la promotion du choix au moment de la naissance

L'Association Francophone pour l'Accouchement Respecté¹⁸ (AFAR), créée en 2003 par des usagers souhaitant que « les choses changent dans le domaine de la périnatalité » (Akrich, 2010), également membre du CIANE, est un exemple de de cette double expertise. Elle promeut une approche démedicalisée de la naissance et surtout le respect des choix des couples au moment de la naissance. Elle se propose d'apporter un soutien ou de défendre les droits des personnes qui la sollicitent dans la mesure de ses moyens ; elle se tient à jour des nouveautés médicales (veille scientifique), et favorise le partage d'expériences.

Elle a organisé tous les ans, entre 2004 et 2010, la « Semaine mondiale de l'accouchement respecté » (SMAR) en mai. A cette occasion, les réseaux se mobilisent, des thèmes différents sont mis en avant chaque année (« épisiotomie », « séparation inutile du nouveau-né avec ses parents » ...). Cette organisation de la SMAR a pris une dimension plus européenne puisqu'elle est coordonnée depuis 2011 par l'European Network of Childbirth Associations (ENCA).

¹⁸ <http://afar.info/>

Un des exemples de changement de pratiques professionnelles motivées, entre autres, par le CIANE et l'AFAR, aura concerné l'épisiotomie : en 2005 seront édictées de nouvelles recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens, restrictives à ce sujet.

4.4. Les accouchements à domicile : un recours marginal

Le lieu de naissance a donc évolué en un siècle, il est actuellement fortement recommandé que l'accouchement se déroule en établissement de santé, la naissance à domicile étant devenue maintenant rare et, sauf accouchement inopiné, elle est plutôt de l'ordre du choix, une pratique devenue marginale au début du XXI^e siècle (Fillaut et Hontebeyrie, 2013). Elle concerne une petite partie de la population, qui souhaite une approche démedicalisée de la naissance. L'accouchement à domicile (AAD) est peu pratiqué en France, contrairement aux Pays-Bas, dont le système de santé est différent¹⁹, cependant le taux reste difficile à estimer, de 0,5 % à 2 % (Pruvost, 2016, Hontebeyrie, 2013, ONDPS, 2016) alors qu'il est de 16% aux Pays-Bas (Cour des comptes, 2014), témoin d'une pratique peu reconnue et encore moins encouragée par le système de soins.

Néanmoins, il existe une demande de la part des usagers pour l'AAD, pour une naissance démedicalisée. Celle-ci demande une collaboration étroite entre la femme, la sage-femme, le conjoint, relevant d'une « dimension collective » du travail, une « co-production » (Pruvost, 2016). Elle restreint alors la distance profane-professionnel, voire renverse cette « hiérarchie », car les femmes se déclarent titulaires du savoir concernant leur propre corps à ce moment particulier. Les familles candidates à l'accouchement à domicile sont difficiles à estimer, mais celles qui se sont fait connaître (ibid.) sont issues d'une population particulière, engagée, avec

¹⁹ Cour des comptes (2011, p 186) : « La situation atypique des Pays-Bas : un tiers des accouchements à domicile L'organisation néerlandaise est fondée sur ce postulat qu'il est possible de séparer les situations normales des situations pathologiques. Le pourcentage de femmes suivies en soins primaires par une sage-femme diminue au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse. En 2007, en début de grossesse, 78 % des femmes sont suivies en soins primaires ; 44 % débutent leurs accouchements, suivies par une sage-femme à leur domicile, dans un centre de naissance ou à l'hôpital. Au cours de l'accouchement, 11 % sont transférées en soins secondaires sous la responsabilité d'un spécialiste. Ainsi, 33 % des femmes sont accouchées par une sage-femme dont 27 % à domicile. Ce système est notamment permis par une densité très élevée (près de 400 habitants au km²).

En 2007, le taux de césarienne s'élève à 15 % et 10 % des accouchements sont déclenchés. Moins de 10 % des femmes bénéficient d'une analgésie péridurale au moment de la dilatation. Les Néerlandaises sont en effet nombreuses à penser la péridurale inutile.

Au Pays-Bas, la profession de sage-femme est accessible après 4 années d'étude. Plus des deux-tiers des sages-femmes sont libérales. Les sages-femmes ont un droit de prescription assez large, mais elles ne prennent pas en charge les grossesses pathologiques. Après l'accouchement, la sage-femme rend visite à sa patiente, mais l'originalité du système des Pays-Bas réside dans l'existence d'une profession spécifique qui assure les suites de couches à domicile pendant 8 jours plusieurs heures par jour (soins, ménage, repas...) » (l'accouchée ne reste que quelques heures à l'hôpital après la naissance).

un niveau d'éducation élevé et qui ne sont pas déconnectées de la société. Les femmes sont elles-mêmes en général investies dans la promotion de l'AAD pour d'éventuelles candidates, pour « soutenir la cause », et pour remercier les sages-femmes présentes pour elles lors de la naissance à domicile.

Les sages-femmes, qui s'impliquent dans cette pratique sont très peu nombreuses (a priori moins de 5%) (Hontebeyrie, 2013, Douguet et Vilbrod, 2016). Elles ont un profil particulier : plus âgées que la moyenne des libérales, elles sont souvent mères de famille, et ont un parcours professionnel construit, parfois à partir de leur propre expérimentation de l'accouchement à domicile. Cette pratique nécessite de leur part un certain engagement, au moins financier, puisqu'il leur est imposé de prendre une assurance professionnelle spécifique, pour un forfait exorbitant, de 20 000 à 25 000 € par an (Pruvost, 2016), équivalant presque au salaire annuel moyen d'une sage-femme, sous peine d'une amende de 45 000€ (le forfait remboursé par la Sécurité sociale pour un accouchement s'élève à 349,44 euros²⁰). La Cour des comptes (2011, p. 189) estime que sur les 72 sages-femmes ayant déclaré cette pratique, seules 4 sont assurées. Cette charge financière conséquente, en plus du risque médical potentiel, semble être la cause de la réduction progressive du nombre de sages-femmes investies dans la pratique de l'AAD (Douguet et Vilbrod, 2016), sans compter que les sages-femmes libérales sont de plus en plus jeunes, moins assurées peut-être pour cette pratique. D'autre part, cette activité est peu reconnue ou valorisée par le milieu médical qui décrie de longue date l'AAD, considérant qu'il fait courir un risque aux femmes et aux enfants.

4.5. Une alternative : l'accompagnement global et l'usage du plateau technique

L'accès à un plateau technique signifie l'usage, par convention avec l'établissement, des équipements hospitaliers (par exemple, les salles d'accouchement, le secteur de pédiatrie, le matériel anesthésique, radiologique, informatique...), mais aussi le recours aux personnels médicaux et non-médicaux qui y travaillent. Cette organisation est possible depuis la loi de 1991 portant réforme hospitalière, qui permet à des professionnels extérieurs d'utiliser les locaux de l'établissement selon une contrepartie financière, actuellement de 30 %²¹.

²⁰ Décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) du 18 avril 2014 (Journal officiel du 24 juin 2014).

²¹ Arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du code de la santé publique

Les sages-femmes sont encore peu nombreuses à avoir choisi cette forme de pratique. Une enquête menée par le Conseil de l'Ordre des sages-femmes en 2007 et 2008 estimait à moins de 5% le nombre de sages-femmes ayant accès à un plateau technique (Moulinier, 2009). Mais celles qui le proposent mettent en avant la possibilité d'effectuer un « accompagnement global » défini par l'Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)²² : « Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant ». Les sages-femmes libérales indiquent établir alors avec le couple une relation plus personnalisée, plus humaine permettant d'instaurer un climat de confiance utile pour la naissance.

Aux Pays-Bas, 11% des naissances ont lieu dans le cadre de ce type d'organisation (Cour des comptes, 2014).

4.6. Maisons de naissance, une expérimentation qui peine à s'installer

Le projet de la création des maisons de naissance est relativement ancien et il est révélateur des résistances du milieu médical à une démedicalisation de la naissance. Au début des années 2000, la Mission périnatalité (Bréart, Puech, Rozé, 2003) qui a servi de base au Plan périnatalité 2005-2007, stipule que : « si la nécessité de soins intensifs ne fait aucun doute dans les situations à haut risque, le débat est beaucoup plus ouvert dans les situations à faible risque. Dans ces situations, il a été montré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène. Les données disponibles laissent à 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 ». L'idée de la maison de naissance se construit peu à peu, elle était même déjà présente lors des travaux qui ont conduit à la réorganisation des structures de soins en 1998. Le projet a donc été l'un des objectifs du plan de périnatalité de 2005-2007. Les économies espérées en 2010 avec cette nouvelle disposition étaient estimées à 7 millions d'euros (Cour des comptes, 2014, p. 31). Le sujet a suscité de multiples débats à l'Assemblée Nationale et a essuyé une opposition ferme des obstétriciens : le Collège des gynécologues-obstétriciens, la société savante de la profession, a émis un avis défavorable en 2008 ; position qui a été atténuée sous la condition d'une proximité avec un plateau technique en 2012 : « le Collège réaffirme sa position en insistant sur le fait qu'aucune

²² <http://ansfl.org/document/laccompagnement-global/>

organisation ne peut être mise en place si elle ne permet pas de réunir toutes les conditions de sécurité tant pour la mère que pour son enfant, ce qui conduit à envisager l'accouchement exclusivement à proximité immédiate et en lien étroit avec un plateau technique organisé et doté des moyens techniques et humains pour prendre en charge la pathologie obstétricale » (Puech, Hédon, 2012). Le CNGOF était ainsi plus favorable à l'ouverture d' « espaces physiologiques »²³ au sein de la maternité sous l'autorité du service, qu'à une structure nouvelle dont le contrôle pouvait échapper aux obstétriciens, et qui présentait trop de risque à leurs yeux.

La loi a pu être promulguée en décembre 2013, mais le décret d'application autorisant l'expérimentation n'a été publié que le 30 juillet 2015. Durant ce temps néanmoins, en mars 2014, un cahier des charges a été établi par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2014 a). La liste officielle des 9 maisons de naissance autorisées par le ministère de la santé pour l'expérimentation a été connue le 26 novembre 2015 (arrêté en date du 23 novembre 2015). Le rapport du Sénat (Dini, 2013) estimait que le coût d'une naissance était estimé à environ 600 euros en maison de naissance, alors qu'il s'élevait à 2000 euros pour la seule prise en charge de la mère à l'hôpital. Les tarifs réels seront connus lors de l'évaluation à la fin de la période d'expérimentation.

Les maisons de naissance ne concernent donc que les naissances physiologiques et des couples volontaires, et elles sont gérées par des sages-femmes uniquement (pas de médecin). Elles ne sont pas considérées comme établissement de santé selon la loi de décembre 2013. Il est intéressant de noter que ce type de structures existent déjà depuis la fin des années 1980 dans d'autres pays tels l'Allemagne, le Royaume-Uni, la Belgique, créées après le même constat d'une surmédicalisation de la naissance (HAS, 2014 a). Elles trouvent leur origine dans un souhait d'une plus grande humanisation, plus sereine (proche en cela du discours de Leboyer) ; elles ont été soutenues par des mouvements militants revendiquant les droits de l'utilisateur, dans un mouvement critique des conditions de la naissance à l'hôpital ; enfin le rôle du mouvement féministe est important, car il souhaite avec la maison de naissance libérer les femmes de la domination des hommes et redonner le contrôle aux parturientes, à l'aide également des sages-femmes formées à les accompagner selon leurs besoins, dans une logique d'autonomie et

²³ Plusieurs maternités ont ouvert ces « espaces physiologiques », ces « salles natures » pour répondre aux sollicitations des usagers. Il s'agit alors par exemple de proposer une « baignoire de dilatation » (pour effectuer une partie du travail dans l'eau, voire même y accoucher parfois), une « liane » pour se suspendre et se soulager, un gros ballon sur lequel s'asseoir, qui soulage également, un grand lit, plus confortable qu'une table d'accouchement.

d'empowerment, de maîtrise de la naissance et de ses moments si particuliers (Charrier et Clavandier, 2013, p. 190 – 196).

L'ouverture réelle des premières maisons de naissance s'est produite durant l'année 2016²⁴ pour une durée de 5 ans, toujours contiguës à une maternité, voire parfois dans le même bâtiment. A l'issue de cette période, en 2019, une évaluation est prévue par l'ARS dont dépend la structure, et l'expérimentation doit se terminer en 2020. Aucune autre maison de naissance ne peut voir le jour durant cette période.

Les maisons de naissance, pour leur création et leur fonctionnement, nécessitent un engagement important des sages-femmes, mais aussi régulièrement des familles qui peuvent s'impliquer dans son organisation. Le CALM (Comme A La Maison), une des maisons de naissance retenue dans l'expérimentation, en est l'illustration qui parle de « projet associatif fort porté par les parents »²⁵. L'association existe depuis 2006 et compte des sages-femmes et des militants usagers parmi leur conseil d'administration.

Le fonctionnement de la maison est financé par une dotation de l'ARS dont dépend la structure dans le cadre de l'expérimentation. De manière générale, une cotisation pour adhérer à l'association de la maison de naissance est demandée aux parents, de l'ordre de 20 à 50 euros, le suivi médical se fait par les sages-femmes libérales selon les tarifs de la Sécurité sociale ; les forfaits pour les accouchements, eux, font l'objet d'un dépassement dit « d'exigence » pour indemniser la disponibilité permanente de la sage-femme lors des dernières semaines de la grossesse.

Parmi les risques les plus craints à la naissance et énoncés par les syndicats et sociétés savantes des gynécologues obstétriciens, se trouve le risque des pertes sanguines anormalement importantes après la naissance du bébé, soit en terme médical : l'hémorragie de la délivrance. D'après Deneux-Tharoux et al. (2014), ce phénomène survient dans 5 à 10 % des accouchements et particulièrement pour les situations où les femmes ont reçu de l'ocytocine pour déclencher l'accouchement ou accélérer le travail. On compte environ 2 % de formes graves. Or, il est important de préciser que ni les maisons de naissance ni les accouchements à

²⁴ 4 maisons de naissance ont ouvert en 2016 : le CALM ou Comme A La Maison (Paris), PHAM ou Premières Heures Au Monde (Isère), Un nid pour naître (Meurthe-et-Moselle), MaNaO ou Maison de Naissance de l'Ouest (La Réunion).

4 autres en 2017 : Manala (Bas-Rhin), Douamaïa (Tarn), Maison Grenoble (Isère), Le temps de naître (Guadeloupe)

²⁵ <http://www.mdncalm.org/presentation-et-configuration-dune-association-militante/>

domicile n'y ont recours, sauf en cas d'urgence post-natale qui nécessite le transfert dans une unité hospitalière. Mais pour anticiper l'imprévu, les sages-femmes libérales opèrent des choix parmi les femmes rencontrées, choisissent minutieusement leurs patientes. Seules les grossesses identifiées à moindre risque sont acceptées par les sages-femmes pour effectuer l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Cette pratique permet aux femmes d'être suivies du début de la grossesse, jusqu'à l'accouchement puis après la naissance, par une même équipe restreinte (une seule sage-femme, un binôme, voire un trinôme de sages-femmes), dans l'idée d'un accompagnement global, proche du concept « une femme, une sage-femme » revendiqué par les sages-femmes et les usagers (CIANE), pour permettre l'instauration d'une relation de confiance plus forte, dans un cadre dé-technicisé.

Le débat autour des maisons de naissance montre bien les enjeux autour du rapport humanité et sécurité (pour reprendre les termes du dernier plan de périnatalité) : « créer les contours d'une naissance physiologique, laquelle ne peut intervenir qu'à proximité directe et immédiate d'un plateau technique hospitalier » (Clavandier et Charrier, 2015, p. 171).

Conclusion du chapitre

Il est ainsi possible de dater « l'ère de la médicalisation » (Aïach et Delanoë, 1998) à partir de la deuxième moitié du XVIII^e et particulièrement au XX^e siècle. Le concept de « médicalisation » renvoyait initialement à une notion purement démographique, qui consistait en une proportion établie entre un nombre d'habitants et celui des médecins (Faure, 1998, p. 53 – 68). La mortalité extrêmement importante des enfants et celle des mères à la naissance sont devenues progressivement une préoccupation politique, un « phénomène de société » (Fassin, 1998). La médicalisation est donc née « d'une alliance entre les autorités publiques et l'élite médicale qui renforce la professionnalisation de la santé avant même que la loi n'intervienne » (Goubert, 1982 in Faure, 1998, p. 57). Elle touche maintenant pratiquement tous les domaines de l'existence, dont celui de la naissance. Elle a introduit les hommes dans un univers exclusivement féminin (Loux, 1990, p. 131). L'attention médicale croissante a fait du corps des femmes, particulièrement au moment l'accouchement, un « objet d'observation et d'intervention », un « objet médical par excellence » (Angeloff et Gardey, 2015).

Les critères de la médicalisation peuvent donc être définis par le contrôle opéré sur les personnes ciblées par cette pratique, par les lieux où elle s'exerce et la présence rendue

nécessaire des professionnels qui y participent, enfin la médicalisation implique l'idée d'une intervention sur les personnes ou les relations.

Le développement de la médicalisation de la naissance a été l'occasion de l'apparition de nouveaux professionnels de la naissance, les sages-femmes, et l'appropriation par certains professionnels, sages-femmes et médecins, de tâches qui étaient auparavant réalisées par d'autres : les matrones. Elle a conduit au déplacement du lieu de naissance du domicile vers l'hôpital. Elle a produit des politiques publiques de santé qui responsabilisent plus les femmes enceintes. Ces politiques, dont les médecins sont régulièrement à l'initiative, suggèrent et imposent un contrôle des femmes plus marqué, tel la mise en œuvre du système national de surveillance prénatale ou la promotion voire l'injonction à l'allaitement. Elles font aussi du médecin un « contrôleur social » et un « entrepreneur moral » (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 43 – 59, Cahen, 2014). Il est possible de le constater aussi pour la question de l'allaitement, devenu une prescription sanitaire et sociale : « Depuis quelques décennies, dans les pays occidentaux, ces commandements ne viennent plus des mères et grand-mères. Les médecins et services sociaux ont largement pris la relève, transmettant la culture de leur environnement. » (Thirion, 2010).

Le label IHAB, promoteur de l'allaitement maternel et sollicité par de nombreuses maternités constitue un paradoxe : son programme propose une approche de plus en plus médicalisée de l'allaitement (formation des professionnels, multiples interventions avant et après la naissance, contrôle de la mise au sein), alors qu'il constitue un « facteur d'attractivité » pour les établissements prônant un retour à la physiologie (Cour des comptes 2014, p. 30). Car le recrutement des patients est un enjeu important pour les professionnels, et signe de « l'ordre négocié » à l'œuvre (Strauss, 1963), certaines dispositions sont déployées pour favoriser l'attrait de leur activité, alors que le patient est, lui, en mesure d'exprimer des exigences.

Par ailleurs, la médicalisation de la naissance incite nombre de professionnels à une certaine distance (voire parfois un rejet) vis-à-vis des approches alternatives, considérées comme non-médicales, non validées par la science ou trop risquées.

Pourtant dès 1992, le rapport du Haut Comité à la Santé publique (HCSP de 1992, p. 34) mettait en garde : « La technicisation et la médicalisation font courir le risque d'une désappropriation des usagers dans le domaine de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance ». La place de l'utilisateur est devenue grandissante en particulier depuis le début des années 2000, l'utilisateur (Schweyer, 2000, p. 37 – 54) n'est plus seulement « le pauvre », « l'assuré social », qui s'inscrit

dans le cadre d'une politique socio-sanitaire, mais il est aussi, de façon plus récente, un « malade citoyen », intégré dans le système de santé, donc acteur, soit à titre individuel (en étant capable de faire ses choix dans le cadre de son parcours de soins), soit au niveau collectif (pour défendre des idées ou des projets et les faire reconnaître par la société). Et ce rôle s'exerce en particulier pour solliciter une moindre médicalisation au moment de la naissance ou, pour certains (CIANE), par la demande d'un retour précoce à domicile après la naissance.

Chapitre 2 : Sociologie des professions et place de la sage-femme dans le champ des politiques publiques

Le XIX^e siècle correspond à l'essor de la santé publique et à l'augmentation du nombre d'agents de santé (médecins, sages-femmes, officiers de santé, puis infirmières...) (Sage-Pranchère, 2016, p. 22). C'est dans ce cadre que la profession de sage-femme va officiellement s'instituer, parallèlement au développement de la profession des médecins, avec une trajectoire différente cependant. Le rôle de chacun auprès des familles au moment de la naissance sera alternativement prédominant selon les époques. Malgré des revendications et quelques gains d'autonomie, les sages-femmes demeurent structurellement dominées par les médecins-hommes. Pour le comprendre, il semble d'abord utile de se pencher sur l'histoire de la formation qui conduit à la fonction professionnelle avant de comprendre comment se sont organisées ces professions, et quels rôles elles vont jouer auprès des femmes et des familles au moment du retour à domicile après la naissance.

1. Histoire des professions de sage-femme et de médecin accoucheur

1.1. La perte d'autonomie de la sage-femme

Les termes de sage-femme, de matrone et d'accoucheuse apparaissent dans les dictionnaires de la langue française, dictionnaires de médecine ou encyclopédies aux XVII^e, XVIII^e et XIX^e siècles. Chaque terme renvoie souvent aux autres, mais de manière qualitative le terme de « sage-femme » correspond à un terme plus communément employé, à une « référence courante et contemporaine, réduisant l'usage d'«accoucheuse» et de «matrone» à une pratique obsolète ou spécialisée » (Sage-Pranchère, 2016, p. 43). Une forme de hiérarchie lexicale rendra ainsi le terme de sage-femme supérieur aux deux autres. Ce n'est qu'au début du XIX^e siècle que des textes légaux donneront au terme « sage-femme » sa prééminence, accompagnée de l'institution de sa formation et du droit exclusif de pratiquer cette profession. L'étymologie du terme « sage-femme » est néanmoins ambivalente : une définition renvoie à la personne (originellement une femme) qui aide la future mère à accoucher en utilisant sa connaissance (elle est une femme sage) ; une autre est plutôt centrée sur la femme qui accouche, le terme de sage-femme signifiant alors « ayant la sagesse », la science de la femme, de la parturiente (Charrier, 2016, p. 231 – 241).

Déjà au cours du XVI^e siècle, dans un but de contrôle de la profession et de limitation du nombre

d'infanticides par des femmes dissimulant leur grossesse, les sages-femmes ou sages-dames gagées, instituées par la communauté au vu de leur expérience, devaient s'engager par serment devant le curé pour pouvoir exercer, et devaient appeler un médecin en cas de difficulté lors d'une naissance (Verdier, 1979, p.86-87, Gélis, 1988, p. 25). L'Eglise cherche à contrôler doublement l'activité de la naissance : non seulement pour limiter la perte du nombre d'« âmes » mais aussi pour renforcer son pouvoir sur la population rurale (Carricaburu, 1994, p. 283). Il est possible ainsi de qualifier ce contrôle d'exogène (exercé par des hommes d'Eglise puis des médecins, tous des hommes), et non endogène : les sages-femmes ne contrôlent pas elles-mêmes l'entrée dans le groupe professionnel.

D'autres accoucheuses, non pensionnées, sages-femmes des pauvres, étaient rémunérées « à la naissance » après avoir transmis à la ville un certificat du mari de l'accouchée signé aussi par le curé (Gélis, 1988, p. 26 – 34), autre forme de contrôle des naissances. Après la Révolution, le droit d'admission des sages-femmes est transféré du pouvoir religieux à l'autorité civile et la formation des accoucheuses devient une préoccupation politique (Verdier, 1979, p. 87).

Les sages-femmes qui obtiennent la charge officielle gagnent aussi un certain statut social et l'autorisation d'enseigner leur pratique à de futures collègues, des « apprentisses », sous forme de compagnonnage. La notion d'« apprentisses », c'est-à-dire d'élèves sages-femmes, apparaît vers 1630. Elles sont issues du milieu de l'artisanat urbain, plutôt de la bourgeoisie. Ce critère de sélection sociale sera d'ailleurs scrupuleusement respecté dans certaines villes pour mener une « saine politique » (Gélis, 1988, p. 34).

Parce qu'elles n'avaient pas la possibilité, en tant que femmes, de se constituer en corporation, les sages-femmes étaient de fait rattachées à celle des chirurgiens à qui elles devaient ainsi obéissance ; elles fêtaient ainsi annuellement les patrons des chirurgiens, Saint-Côme et Saint-Damien. Au XVII^e, une chose qui comptait pour les chirurgiens était d'asseoir leur autorité, de faire respecter le cadre réglementaire local et de percevoir pour leur communauté les « droits de perception » nécessaires à l'exercice. Plusieurs réglementations royales furent publiées pour cadrer la profession de sage-femme, sous le contrôle des médecins puis des chirurgiens ; précisons qu'à l'époque, les chirurgiens sont en dessous des médecins dans la hiérarchie des professions médicales (Gélis, 1988, p. 41 – 43).

Les chirurgiens peu à peu s'imposèrent auprès des femmes, en tant que compétents pour pratiquer l'accouchement, d'abord dans les classes aisées (aristocratie puis bourgeoisie). Et parce que certains pratiquaient les mêmes tarifs que les sages-femmes, la concurrence fut sévère pour celles-ci, car de fait l'activité des chirurgiens accoucheurs toucha progressivement les

classes sociales plus modestes, expliquant aussi en partie « les conditions du passage généralisé à l'accouchement par l'homme » (Gélis, 1998, p. 315 – 318).

1.2. Les débuts de l'enseignement obstétrical

1.2.1. Les initiatives de formation des accoucheuses et des accoucheurs

Différentes écoles privées de formation à la médecine existent jusqu'au XVIII^e siècle en France, et la profession médicale est organisée en corporation depuis le Moyen-Âge (Freidson, 1984, p. 21). Le droit d'exercer la médecine a été légiféré en 1707 par les décrets de Marly, qui stipulent qu'il faut obtenir un « degré de licencié » pour soigner (Foucault, 1963, p. 44). Cependant durant ce siècle, leur application n'a pas été suivie d'effets : les charlatans existent toujours, l'enseignement est disparate, les cours sont très chers, donc sélectifs. En 1776, sera créée la Société royale de médecine qui réunit les médecins, prémisse d'un futur ordre professionnel. Certains parmi eux dénonceront les carences de l'enseignement médical. Une réorganisation s'avère de plus en plus nécessaire, qui ne verra le jour qu'après la Révolution. La Faculté, « lieu d'un savoir ésotérique et livresque » cède la place au « Temple de la nature » où la pratique devient prioritaire, au lit du malade : « peu lire, beaucoup voir, et beaucoup faire » propose le rapporteur Fourcroy à la Convention concernant le projet d'enseignement de la médecine (Foucault, 1963, p. 70). En 1794, un décret proclame que la médecine et la chirurgie doivent être enseignés conjointement ; trois écoles de santé ouvrent alors leurs portes : à Paris, Strasbourg et Montpellier (Foucault, 1963, p. 69 - 72, Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 111). C'est donc à partir de cette date que l'enseignement théorique sera associé à la pratique au sein même des hôpitaux : « c'est le triomphe du rêve des hommes des Lumières d'une médecine clinique » (Beauvalet-Boutouyrie, 1999 p. 68). Le XVIII^e siècle vit ainsi un tournant concernant la prise en charge de la santé : le développement de la médecine clinique nécessitera pour les soignants et les apprenants une observation constante, la répétition des examens (auscultations, palpations, autopsies), la mise en œuvre de statistiques et pour tout cela des patients en nombre, de façon à transformer l'hôpital, « machine à traiter les malades » (cité par Tenon, chirurgien du XVIII^e) en « machine à guérir » selon le terme employé par Foucault en 1979 (Carricaburu et Ménoret, 2014, p15) ; et construire concomitamment un savoir théorique, « un système général de connaissances » de manière à pouvoir également l'enseigner (Foucault, 1963, p. 71).

Des pratiques de transmission des savoirs avaient déjà vu le jour, en dehors de l'hôpital, en particulier avec le tour de France réalisé par Mme Marguerite-Angélique Le Boursier Du Coudray (1712 – 1789), maîtresse sage-femme, restée célèbre pour l'enseignement qu'elle a

prodigué durant 25 ans dans toute la France (« tour de France obstétrical ») aux sages-femmes mais aussi aux médecins-accoucheurs (Gélis, 1988, p. 113 – 129). Elle aurait ainsi formé près de 5000 accoucheuses et 500 médecins à l'aide d'une « machine à démontrer » qu'elle a conçue et qu'elle divulgue. Cette machine est en réalité un mannequin représentant la partie inférieure d'un corps féminin avec un nouveau-né, le tout en tissu, fer et coton ; les parties représentées sont assez précises pour permettre d'effectuer l'enseignement de l'anatomie et de la mécanique de l'accouchement. « Elle aide ainsi à prévoir les cas difficiles, à éviter les grosses fautes » (ibid., p. 114). La « sage-femme errante » a été l'objet d'une campagne de dénigrement vers 1770 menée par quelques médecins jaloux de sa notoriété, elle put néanmoins poursuivre son enseignement jusqu'en 1783. Plusieurs autres sages-femmes ont publié des traités d'obstétrique telles Mme Lachapelle, Mme Bourgeois ou Mme Boivin. Le savoir s'est transmis aussi dans les hôpitaux de façon plus ou moins formelle.

A la suite du tour de France de Mme du Coudray, à la fin du XVIII^e siècle, des cours de quelques semaines furent organisés par des médecins en province, persuadés de la nécessité de former les sages-femmes : « nos sages-femmes ne savent exactement rien » ou « la gestation, le travail et les suites de couches sont les trois périodes dans lesquelles l'ignorance des sages-femmes est meurtrière » disent certains (Sage-Pranchère, 2009), préoccupés par la mortalité des mères et des enfants, mais aussi assurés de leur propre savoir. Dans ce contexte, certains ont développé le projet d'ouvrir un jour une école spécifiquement dédiée à l'apprentissage et à la formation des sages-femmes.

1.2.2. L'hôtel-Dieu, une première école pour tous

Les sages-femmes, souvent anciennes matrones, plus instruites, certifiées de bonnes mœurs et obéissantes au corps médical, religieux et étatique, virent leur profession s'organiser, d'abord à Paris par la création d'une école. La première est instituée à Paris, à la maternité de l'Hôtel-Dieu, au XVII^e siècle (Gélis, 1988, p. 56 – 64) puis progressivement dans toute la France. Les « Hôtels-Dieu » ou « Maisons-Dieu » existant depuis le Moyen-Age étaient à l'origine des établissements donnés par de riches croyants pour héberger et nourrir les indigents ; l'hygiène et les conditions d'hébergement y étaient déplorables. Peu à peu vers le XII^e siècle, ce sont les ordres religieux qui prennent en charge ces personnes. La fonction initiale et essentielle n'était donc pas les soins, mais plutôt la charité religieuse. La gestion deviendra peu à peu contestée (abus financiers, fautes morales), et le pouvoir laïque prendra à sa charge progressivement ce que deviendront les hôpitaux généraux. Les structures hospitalières, en tant qu'établissements

de soins, verront le jour à partir du XVII^e et s'organiseront véritablement au cours du XVIII^e siècle (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 15). Ils ont pour fonction d'héberger les plus pauvres, les enfants abandonnés, mais aussi les malades mentaux et sont donc porteurs « des stigmates de la misère » (Foucault, 1963, p. 41). Le but est non seulement de secourir les malheureux, mais aussi « de protéger la société de la contamination et du danger que pouvaient représenter ces populations misérables et stigmatisées », il s'agit donc plutôt d'une fonction sociale, et d'une « fonction asilaire », avec une notion de contrôle de la déviance et d'internement (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 15). L'Hôtel-Dieu à Paris comportait également un service appelé l'Office des accouchées. Il s'agissait d'une unité accueillant les femmes les plus démunies pour la naissance de leur enfant, mais aussi un lieu de formation pour les chirurgiens et les sages-femmes (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 13).

A l'école, les élèves sont formées par une maîtresse-sage-femme, elle-même sélectionnée par un jury de médecins et chirurgiens. Comme pour les apprentisses, celle-ci doit apporter la garantie de « religion, mœurs, conduite et capacités » (Beauvalet-Boutouyrie 1999, *ibid.*, p. 25-31) pour occuper son poste et enseigner. Les étudiants en médecine y sont admis moyennant finance, mais seront ensuite refusés à la fin du XVIII^e siècle pour respecter la « vertu et l'honneur » des femmes en couches (Beauvalet-Boutouyrie, 1999 *ibid.*). C'est l'époque également où l'hôpital devient un espace différencié sur la proposition de Tenon en 1788 : selon le principe de « formation », il définit un hôpital par catégorie de malades et selon le principe de « distribution », il établit un classement déterminé selon la maladie au sein de chaque hôpital (Foucault, 1963, p. 41).

Avec la Révolution, la notion d'assistance aux démunis émerge et devient un devoir de la nation. Certains y voient ainsi une occasion concernant l'enseignement dans le domaine de la naissance : l'assistance médicale aux femmes pauvres et aux mères célibataires serait assurée par les hôpitaux pour répondre au devoir national et en retour ces femmes (« vivier de la connaissance ») pourraient être utiles à la formation des futurs médecins. Ce projet prendra néanmoins du temps à voir le jour pour des questions morales : il semble à l'époque impossible de créer une formation d'étudiants en médecine (uniquement des hommes) dans le nouvel hôpital dédié aux femmes qu'est la maternité de Port-Royal. Cette question de la mixité évoluera au XIX^e siècle, où il ne sera plus question de protéger la pudeur des futures mères, mais surtout de veiller à la morale des futures sages-femmes selon Mme Lachapelle, maîtresse sage-femme de l'école en 1812 (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 109).

1.3. L'école de Port-Royal

Après la Révolution, suite à un incendie en 1772, les activités de l'Hôtel-Dieu sont déplacées en 1795 dans une nouvelle structure : l'Hospice de la Maternité, situé dans les locaux regroupés d'un ancien couvent, Port-Royal, et de l'Institut de l'Oratoire. Ce dernier accueille les femmes pour l'accouchement et Port-Royal est dédié à l'allaitement et à l'accueil des enfants (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 63). Cet établissement poursuit la fonction d'enseignement initié à l'Hôtel-Dieu et prend le nom de l'école de Port-Royal.

Chaptal, conseiller d'État chargé de l'administration de l'instruction publique définit, en 1799, que la formation des sages-femmes relève du 3^e niveau d'enseignement et donc d'une école « spéciale » ; il réorganise dans le même mouvement les écoles de médecine. C'est à son initiative que l'on doit la création officielle de l'école de l'Hospice de la Maternité. Et les hospitalisées, les plus pauvres bénéficiant de l'assistance publique (conformément au devoir de la société), constituent toujours le vivier de formation pour les apprenants. La durée de la formation théorique est cependant déterminée : 6 mois pour les sages-femmes et un an pour les médecins/chirurgiens. Les maîtresses sages-femmes s'opposent encore à l'accès de la salle d'accouchement de la structure aux médecins. Ces derniers devront se contenter des cliniques privées pour se former à la pratique. L'école de Port-Royal développera donc un projet pilote qui conservera longtemps une aura dans toute la France pour la formation de ses sages-femmes (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 106 – 109).

Celles-ci connaissent à cette époque un régime extrêmement strict pour leur enseignement, pour leur hygiène de vie ou pour le respect du règlement intérieur : il s'agit de former des professionnelles disciplinées qui auront une bonne réputation, puisqu'elles auront un rôle moral et social à remplir auprès des familles dont elles s'occuperont (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 119-124). A cette époque, les sages-femmes pratiquaient les accouchements difficiles en utilisant les forceps. Et ce n'est qu'à la fin du XIX^e, en 1881, que ce droit d'utiliser les instruments leur fut définitivement retiré à la création du corps des accoucheurs des hôpitaux (Morel, 2008).

Le premier diplôme de sage-femme est officiellement créé à la suite de la publication de la loi du 10 mars 1803 sur l'exercice de la médecine. Le diplôme devient obligatoire pour exercer la profession, qui est alors reconnue comme médicale. Il valorise ainsi le fait que pour aider à accoucher, l'expérience personnelle de la maternité n'est plus requise, mais qu'il existe un

« savoir universel et généralisable », et que ce modèle de formation théorique et pratique est celui de la médecine (Sage-Pranchère, 2016, p. 19). Les matrones, pourtant reconnues par la population (Verdier, 1979) et parfois par certaines autorités locales, ne peuvent donc officiellement plus exercer à partir du début du XIX^e siècle, mais elles ne céderont en réalité leur place que durant la seconde moitié du XIX^e sous l'effet des pressions exercées par les syndicats de sages-femmes. Deux types de diplômes sont délivrés depuis l'ordonnance de 1823 : un diplôme de 1^{re} classe pour les sages-femmes formées à Paris et pouvant exercer partout en France, et un autre de 2^e classe pour celles qui sont formées dans les écoles départementales et ne peuvent exercer que dans leur zone d'origine.

Les sages-femmes, en ayant validé le « consentement à la formation », ont d'une certaine manière accepté un statut pour leur exercice, bien que l'enseignement ait été remis « entre les mains de tiers », mais elles ont alors de fait abandonné l'art de la transmission interpersonnelle qui était pourtant encore permis par la loi à la fin du XVIII^e (Sage-Pranchère, 2017, p. 20).

1.4. La formation des médecins obstétriciens et leur rôle social

La médecine a été reconnue à partir du moment où son cursus de formation est devenu universitaire (fin XVIII^e) : « le médecin se voit alors doté de la compétence exclusive quand il s'agit de déterminer la nature exacte de la maladie et la méthode pertinente pour la guérir » (Freidson, 1984, p. 21 – 22). Cependant, compte tenu des croyances en cours et des connaissances médicales toutes relatives, la médecine ne prendra véritablement son ampleur qu'à la fin du XIX^e et durant le XX^e siècle, quand les médecins auront acquis plus de compétences tirées de leur formation et que les « résultats paraissent supérieurs à ceux des guérisseurs » (ibid.).

Huard et Imbault-Huart (1974) décrivent bien l'organisation mise en œuvre par les médecins pour contourner l'interdiction faite de pratiquer les accouchements à l'hôpital et d'apprendre les gestes de l'accouchement au début du XIX^e siècle : « L'enseignement de l'obstétrique à Paris (bien que prévu au programme des études depuis 1794) resta très longtemps théorique par suite de ce dogme (non écrit mais universellement admis) qu'il ne fallait pas mélanger les étudiants aux élèves sages-femmes et les portes de la maternité devaient rester fermées pour eux. Aussi de nombreuses écoles clandestines s'ouvrirent dans les maisons de santé, dirigées par des sages-femmes chaperonnées par un docteur en médecine. Il y en avait beaucoup au quartier Latin ». Huard et Imbault-Huart (1974) précisent que cette interdiction sera levée en 1840, ce qui

conduira à la fermeture progressive de ces écoles privées. La formation pratique sera décrétée obligatoire en 1878 et une « nouvelle Ecole pratique » sera créée à la faculté de médecine sous l'impulsion du Pr Farabeuf.

En dehors de l'hôpital, le médecin qui intervient pour les naissances à domicile met en jeu sa réputation : il est appelé très souvent au chevet des femmes en couches, et initialement dans les situations « à risque » pour lesquelles l'accoucheuse ou la sage-femme se déclare impuissante (Verdier, 1979, p. 86 – 101, Gélis, 1988, p. 307 – 310). Quand il réussit un accouchement difficile, cela lui assure une bonne réputation et une clientèle pour les naissances suivantes de la famille et celles du voisinage. Mais l'enjeu est de taille, vu le risque d'échec.

La promotion de l'accoucheur s'est faite d'abord chez les classes supérieures. La sécurité proposée par l'accoucheur a incité les « milieux éclairés » à avoir recours à lui (Gélis, 1988, p. 308). Progressivement, le recrutement dans les villes de l'accoucheur s'est fait dans sa zone d'habitation, dans son quartier. Selon son quartier, le médecin intervient auprès des familles d'artisans, de commerçants, de bourgeois, d'officiers (Gélis, 1988, p. 315). Mais jusqu'à la fin du XIX^e siècle, il ne s'agit pas pour eux d'un exercice exclusif de l'obstétrique. Les accoucheurs sont des chirurgiens qui considèrent l'obstétrique comme une partie de leur pratique, se consacrant également pour une grande part à « la saignée, la réduction des fractures et le traitement des plaies » (Gélis, 1988, p. 305 – 306). Quelques-uns néanmoins se spécialisent progressivement dans la discipline, à l'hôpital, jusqu'en 1881, année de la création officielle du corps des accoucheurs.

Certains obstétriciens resteront célèbres dans l'histoire pour leurs études, expérimentations et la transmission de leur savoir. Citons parmi eux un des précurseurs de la médecine périnatale à la fin du XIX^e et début du XX^e siècle, Stéphane Tarnier, inventeur d'un forceps encore très utilisé actuellement. Tarnier (1828 – 1897) décida de se consacrer aux « femmes en couches » et d'en faire le sujet de sa thèse, lorsqu'il fut témoin, en mai 1856, du décès de 31 accouchées, sur les 32 que comptait le service, et de 2 élèves sages-femmes, à la suite de la fièvre puerpérale²⁶ à l'hospice de Port-Royal. Le débat sur l'origine de cette maladie durait depuis plusieurs années. Certains « essentialistes » estimaient qu'elle provenait d'une maladie liée à « une altération du sang » ; les autres, « localisateurs », l'expliquaient par une lésion locale, point de départ de la fièvre. La question était donc de déterminer s'il s'agissait d'une épidémie

²⁶ Infection de l'utérus apparaissant après l'accouchement ou une fausse couche, conduisant à une infection généralisée en l'absence de traitement.

ou d'une contamination liée aux soins (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 277 – 282). D'autres praticiens préféraient mettre en cause « une influence occulte, insaisissable » (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 290) touchant les plus pauvres, mettant en cause l'insalubrité des foyers et les privations.

A Paris, pour limiter les effets de cette maladie contractée à l'hôpital, les bureaux de bienfaisance de l'assistance publique de chaque arrondissement, ainsi que les médecins et sages-femmes qui y sont attachés, furent sollicités pour ne pas « redoubler le malheur des pauvres » (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 313) : les femmes indigentes pouvaient y avoir recours afin qu'ils accompagnent leur accouchement à domicile, et qu'ils effectuent des visites chez elles les jours suivants. Parce que la prise en charge hospitalière n'était pas satisfaisante en termes de mortalité liée à la fièvre puerpérale, l'Académie de médecine suggéra, dès 1858, de constituer un réseau de sages-femmes agréées par l'hôpital pour renforcer l'équipe des bureaux de bienfaisance. L'idée fut reprise en 1866 par le Comité consultatif d'hygiène qui formalisa l'organisation du réseau en 1867. Les statistiques de 1869 révèlent des taux de mortalité bien moindres pour les naissances effectuées dans ce cadre plutôt qu'à l'hôpital. L'indépendance de ces professionnelles soulève néanmoins des craintes exprimées par des praticiens, ainsi que des critiques, dont celle de Tarnier, sur la prise en charge des accouchées par les sages-femmes (des plaintes ont été communiquées à la direction de l'hôpital qui les agréa, concernant les conditions d'accueil des parturientes). Un contrôle de leurs activités et lieux d'accueil sera alors institué à partir de 1877. Pour cette surveillance, des médecins accoucheurs de ville seront spécialement nommés et un obstétricien de l'hôpital dont elles dépendent sera identifié pour les aider dans cette tâche. Bien que la naissance à domicile coûte plus cher qu'à l'hôpital, ce dispositif sera maintenu jusqu'à l'amélioration de la prise en charge des accouchées sur le plan infectieux.

Les travaux de Semmelweis, médecin hongrois pratiquant à Vienne, en Autriche, démontreront l'hypothèse de la contamination : les étudiants et médecins qui pratiquent les accouchements réalisent aussi les autopsies des femmes mortes de fièvre puerpérale. Il énonce le principe suivant en 1846 : « la fièvre puerpérale est un empoisonnement du sang provoqué par des toxines qui se forment dans le cadavre. Dès qu'elles pénètrent dans l'organisme, celui-ci est condamné. Elles parviennent dans le corps des femmes enceintes par le médecin qui examine celles-ci. Ce sont les étudiants qui, avec leurs doigts souillés par l'autopsie, introduisent les germes mortels dans les organes sexuels des femmes en couches » (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 284, Rollet, 2013, p. 196).

Après des changements d'organisation des salles au sein de la maternité pour essayer d'améliorer la situation, Tarnier conclut à la suite de Semmelweis, de Lister (chirurgien anglais qui a travaillé sur l'antisepsie, c'est-à-dire au moyen de ne pas transmettre de microbes avant toute intervention ou examen sur une personne) et de Pasteur (physicien et chimiste qui a mis en avant le principe de contamination avec la théorie microbienne) que l'hygiène des soignants avait un rôle capital dans la prévention des maladies, et finit par instaurer le lavage des mains et la séparation très rigoureuse des services (Lefaucheur, 1992, p. 417). Cette pratique entraînera une diminution radicale du taux de mortalité : de 6% pour l'année 1856, le taux descend à 0,13% après 1900 (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 277, Morel, 2008). En 1880, le Dr Doléris démontrera dans sa thèse que les résultats des hôpitaux avec l'instauration des règles d'hygiène et d'asepsie seront meilleurs que ceux des sages-femmes à domicile, et peu à peu le nombre de sages-femmes agréées diminuera à partir de 1885 (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 347).

Tarnier aura également un rôle social puisqu'il édictera des préconisations pour le bon déroulement de la grossesse : proscrire ou au moins limiter le port du corset, restreindre les rapports sexuels favorisant l'avortement, cesser le travail source de fatigue, avoir une bonne hygiène alimentaire. Il sera aussi à l'origine des premiers incubateurs pour nouveau-nés et de la technique de gavage pour enfants prématurés : le premier modèle de couveuse sera installé en 1883 et il publiera ses premiers résultats en 1885 (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 320 – 325).

Une autre action médico-sociale sera mise en œuvre par un des élèves de Tarnier, Adolphe Pinard (1844 – 1934), qui instaurera le suivi de grossesse avec la création d'une consultation dédiée. Il a mis en évidence le concept de « puériculture intra-utérine » (Lefaucheur, 1992, p. 418, Carol, 1995, p. 45 – 51, Rollet, 2013, p. 197), attentif aux enfants de petits poids de naissance et aux prématurés. Il fait le lien avec la poursuite du travail des femmes pendant leur grossesse. Il avait en effet contribué à créer, en 1897, un Refuge-ouvroir pour les femmes afin de leur permettre de trouver du repos, financé par l'Œuvre de l'allaitement maternel (républicaine et maçonnique) (Lefaucheur, 1992, p. 418 – 419, Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p. 353). Il a ainsi comparé les courbes de poids des enfants de mères ayant travaillé jusqu'à la fin de la grossesse et celles des enfants dont les mères ont pu trouver le repos dans le refuge. Ces courbes montraient une différence certaine entre les deux groupes, en défaveur de celles qui n'avaient pas cessé de travailler. Investi politiquement par la suite comme député radical, il

défendit en particulier l'idée du repos des femmes enceintes qui aboutit à la loi²⁷ Strauss de 1913 (Carol, 1995, p. 48). Mais il avait aussi une préoccupation populationniste et eugéniste, se déclarant « sauveur de l'humanité souffrante et naissante » et considérait que sa mission était « la conservation et l'amélioration de l'espèce », titre d'une leçon inaugurale qu'il fit dans le cadre de son enseignement à l'hôpital (ibid.). Il participa ainsi à la création de la Société française d'eugénique avec 3 autres médecins : Porak qui était comme lui membre de l'Académie de Médecine, Lepage et Brindeau (qui deviendra en 1920 titulaire de la chaire de clinique des sages-femmes) (Lefaucheur, 1992, p. 414). Il était souhaitable selon lui de « placer les femmes enceintes sous le regard vigilant de l'État en créant les conditions d'une "protection surveillée de toute grossesse" » pour prévenir l'avortement et éviter d'avoir à le réprimer (Cahen, 2014). Il transmet également des recommandations morales et sociale : éducation des enfants pour leur apprendre le respect de leur future descendance, définition de l'âge « désirable » au mariage (22 – 25 ans) et à la procréation (25 – 35 ans pour une femme) (Lefaucheur, 1992, p. 425 – 429).

Pierre Budin (1846 – 1907), autre élève de Tarnier, concentra ses recherches sur la période postnatale et travailla avec lui sur l'amélioration du modèle et la promotion des couveuses, la technique de gavage pour l'alimentation des prématurés, précurseurs tous deux de la médecine néonatale. Budin créa un service spécifique pour les enfants « débiles », c'est-à-dire nécessitant des soins liés à leur prématurité ou à leur petit poids de naissance, très attentif également aux normes d'antisepsie. Il insista sur la nécessité d'observer les enfants et d'avoir un regard clinique, et il instaura des contrôles de température et la pesée quotidienne des enfants, qui lui permit d'établir « des lois de survie selon la température et le poids à la naissance » (Rollet, 2013, p. 207). Il fut également un grand promoteur de l'allaitement maternel, publia un « Manuel pratique d'allaitement » et préconisa la présence de la mère auprès de son enfant prématuré pour trois raisons : pour favoriser la lactation, pour qu'elle surveille son enfant placé dans sa chambre et enfin parce qu'elle est censée s'en occuper à l'issue du séjour hospitalier. Il établira cependant en 1896 qu'après la sortie de l'hôpital de nombreux enfants sont confiés à des nourrices, abandonnés (30 %) ou meurent (32 %), soulevant alors la question éthique de la

²⁷ Loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches :

« Art. 29 a – Les femmes en état de grossesse apparente pourront quitter le travail sans délai-congé et sans avoir de ce fait à payer une indemnité de rupture ».

« Art. 54 a – Dans tout établissement industriel et commercial ou dans ses dépendances, de quelque nature qu'il soit, public ou privé, même s'il a un caractère professionnel ou de bienfaisance, il est interdit d'employer des femmes accouchées dans les quatre semaines qui suivent leur délivrance ».

prise en charge de ces enfants prématurés, potentiellement porteurs d'un handicap ou dont la mort n'a été que retardée (Rollet, 2013, p 205 – 220).

La perte d'autonomie des sages-femmes est donc effective et il est possible de la corrélérer à la médicalisation de la naissance et à l'accroissement des compétences techniques des médecins et de leur poids social. La question de l'accouchement et de l'accompagnement à la naissance a été un enjeu de luttes et d'appropriation entre différents groupes sociaux qui s'opposent selon trois dimensions : d'abord par leur sexe, puis par les groupes sociaux auxquels ils s'adressent ou peuvent s'adresser et enfin par leur capacité à se faire reconnaître comme compétents. Malgré ces luttes et les réussites ponctuelles des sages-femmes, les médecins parviennent toujours à placer l'accouchement sous leur contrôle, que ce soit par des arguments théoriques, par la formation d'un savoir-faire, ou par l'exercice d'une domination masculine morale sur le corps des femmes. Alors peut-on, de ce fait, considérer que le métier de sage-femme comme une profession ? Qu'est-ce qu'une profession au sens sociologique, du point de vue théorique ?

2. Sociologie de la profession médicale

La sociologie des professions forme un champ très largement documenté. Durkheim s'est penché sur la question du groupe professionnel, sa place morale et son rôle de cohésion au sein de la société. Mais ce sont surtout les anglo-saxons qui ont cherché à définir ce que sont les professions. Les fonctionnalistes en travaillant sur les processus de construction des professions et les modes d'exercice, en centrant leur attention sur des professions réputées (dont celles des médecins). Les interactionnistes se focalisent sur des parcours professionnels, des biographies et s'intéressent à ce qui se passe sur le terrain à un niveau microsociologique.

2.1. L'intérêt du groupe professionnel selon Durkheim

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la définition et l'organisation des professions. Durkheim en 1897, avec son livre *Le suicide*, étudie l'intérêt de la place du groupe professionnel comme réponse à l'anomie. Selon lui en effet, une explication du mal qui affecte les sociétés industrielles consiste en l'anomie, « cet affaiblissement de la conscience des normes et du lien social », qui a des répercussions morales sur la société. L'anomie est liée selon Durkheim à la disparition des structures intermédiaires entre l'État et l'individu.

Puisque l'économie est de plus en plus prégnante au sein de la vie sociale, c'est donc au sein de l'économie qu'il faut, selon Durkheim, « rétablir les formes de régulation et d'intégration

morales qui permettront de vaincre l'anomie ». Une solution pour lui consiste en la restauration du groupe professionnel, la « communauté professionnelle », pour définir une « manière d'agir obligatoire » et établir une « personnalité morale au-dessus des personnes individuelles pour départager les intérêts en conflit et assurer l'ordre et la cohésion sociale ».

Il faut aussi que le groupe professionnel devienne une institution publique, « un organe défini et reconnu de la vie publique » (Durkheim, 1897, p. 436). Durkheim ne l'estime pas obligatoire, mais l'envisage comme pouvant « jouer un rôle social », avec des fonctions déterminées, pour devenir une « force collective » et « régler la vie sociale » (Durkheim, 1897, p. 436).

Sans pour autant revenir aux corporations de métiers datant, en France, de la période prérévolutionnaire, Durkheim estime qu'une corporation, un groupe professionnel, doit tenir compte de l'organisation de la vie économique, avoir des fonctions juridiques et de discipline, d'assistance au sein du groupe, de contrôle de la formation, d'initiation culturelle, participer à la régulation des salaires ou intervenir sur la question de protection sociale. Il s'agit ainsi d'établir « un corps de règles qui prescrivent à l'individu ce qu'il doit faire pour ne pas attenter aux intérêts collectifs et pour ne pas désorganiser la société dont il fait partie » et définir une « discipline morale » (Durkheim, 1897, p. 440) aussi bien collective qu'individuelle (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 75). Durkheim envisage ainsi surtout le groupe professionnel comme instance de « socialisation des individus », car l'école transmet l'éducation morale de base, mais n'aborde pas l'intégration des adultes à des « communautés concrètes », intermédiaires entre l'État et les familles, et enracinées dans la sphère économique. Les groupes professionnels doivent aussi prendre le relai des instances de socialisation traditionnelles telles que la famille ou l'Eglise, qui s'effrite dans le cadre du passage d'une solidarité mécanique à une solidarité organique.

Le modèle de Durkheim a été repris d'abord par les sociologues anglo-saxons comme Carr-Saunders, Wilson ou encore Parsons qui considèrent le groupe professionnel, élément de contrôle social, comme système alternatif au « monde des affaires dans les sociétés modernes », pour élaborer le paradigme fonctionnaliste des professions et définir une sociologie des professions (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 76). En France, ce paradigme fut davantage étudié à partir des années 1960 quand la question des négociations salariales et le dialogue social furent considérés comme importants dans la vie économique.

2.2. L'approche fonctionnaliste pour définir les professions

Pour comprendre l'intérêt des anglo-saxons sur ce sujet, il faut intégrer le fait que les corporations ont connu une évolution différente en France (abolies à la Révolution) et en Angleterre où certaines se transforment en associations (avec un statut différent de celui des syndicats) et obtiennent un monopole d'exercice professionnel, indépendant de l'État.

Carr-Saunders et Wilson, initiateurs de la sociologie des professions dans les années 1930, énoncent, suivant Durkheim, que les groupes professionnels sont acteurs de la régulation sociale. Mais le paradigme fonctionnaliste des professions va au-delà dans sa définition et met en avant l'individualisme libéral : il n'intègre plus les groupes professionnels au sens large (salariés et patrons), mais seulement les professions réglementées, organisées en associations, ainsi que les personnes qui en sont partie prenante.

Pour répondre aux questions concernant la place de ces groupes, les services qu'ils rendent, l'intérêt de leur monopole, Carr-Saunders et Wilson ont étudié deux disciplines symboliques que furent la médecine et le droit, qui concernent deux valeurs sociales importantes, la santé et la justice. Elles sont une activité de service « vital » pour la société, dont la formation est très ancienne, longue et spécialisée, pour laquelle un diplôme est requis ; enfin, caractéristique du monopole, une autorisation d'exercice délivrée par le groupe professionnel est nécessaire pour travailler (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 77 – 78).

Les avocats anglais furent par exemple les premiers à avoir « l'autorisation et le monopole d'exercice » (ibid.). Leur méthode d'enseignement par les pairs symbolise leur autonomie. L'entrée à l'école est très sélective, très chère et donc réservée à l'élite, les classes supérieures. Et parce que les professions juridiques en Angleterre sont très segmentées (avocats, avoués, procureurs, notaires), une Société de Loi (*Law Society*) a été instituée pour les rassembler et les organiser dès 1729.

Les médecins anglais fonctionnent à peu près sur le même système de formation, très ancien et initialement religieux, et de monopole d'exercice. La reconnaissance en tant que professions de l'activité des chirurgiens, longtemps considérée comme suspecte, tout comme celles des pharmaciens et des dentistes, sera néanmoins beaucoup plus tardive, au XIX^e siècle.

La réglementation des professions est donc très stricte et l'accès à ce statut est difficile. En Angleterre, parce qu'elles exerçaient un « métier de femme », une « pure vocation » (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 80), les infirmières ont dû se mobiliser longuement pour l'obtenir. Leur activité a d'abord été dévolue aux religieuses, puis aux laïques mais de manière bénévole.

Les métiers majoritairement féminins sont d'ailleurs rarement considérés comme des professions au sens fort du terme et sont souvent placés sous la houlette de professions dominantes et masculines, en l'occurrence ici, les médecins. La reconnaissance d'une « profession qualifiée et digne » (ibid.) a été l'objet d'un combat parmi les infirmières puisque certaines la refusaient, souhaitant préserver le côté bénévole et l'idée de vocation et de service rendu à la communauté. C'est la première guerre mondiale, avec la place importante qui a été la leur, qui permettra finalement la reconnaissance de la profession infirmière. Le développement des hôpitaux à cette époque incitera au déploiement de leur activité. Ces services nécessitant une formation encadrée, c'est l'État, représentant les patients, qui doit s'assurer de leur compétence par la délivrance du diplôme et qui valide leur organisation. Parfois, c'est l'État lui-même qui promeut une formation qu'il juge indispensable, comme pour les sages-femmes anglaises, et qui favorise la reconnaissance professionnelle, mais cela ne leur permet pas de s'autonomiser, puisqu'elles ne sont pas indépendantes de l'État.

L'émergence des professions provient donc d'un « processus de sécularisation » (détachement de la tutelle de l'Église) et d'un « processus d'autonomisation » par rapport à l'État avec la mise en œuvre d'une auto-organisation indépendante ; bien qu'elles soient souvent contraintes d'entretenir des rapports avec l'État pour se faire reconnaître comme utiles ou nécessaires.

Carr-Saunders et Wilson, précisent donc que « les professions impliquent une technique intellectuelle spécialisée, acquise au moyen d'une formation prolongée et formalisée et permettant de rendre un service efficace à la communauté », induisant une reconnaissance du public. Selon ces auteurs, la profession est un élément de stabilité sociale ; et favoriser l'accès des professions au plus grand nombre au monde réduirait l'injustice sociale, car elles « engendrent des modes de vie, des habitudes de pensée et des critères de jugement qui en font des centres de résistance aux forces grossières qui retardent l'évolution ou qui mettent en doute sa possibilité ». Les membres de l'association professionnelle intègrent donc des « valeurs de référence (liberté, dignité, responsabilité) et une continuité identitaire » (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 85)

Les professions seraient des « institutions-clés » entre « savoirs purs (*pure study*) et monde de la vie quotidienne », en concordance avec « le savoir-expert (*expert knowledge*) et le contrôle populaire » (ibid. p. 84). Selon les fonctionnalistes, une scission existe entre professionnels et non-professionnels, et non pas entre patrons/salariés ou capitalistes/prolétaires. Pour les fonctionnalistes, le monde fonctionnel correspond aux professionnels ou « intégrés » et le monde dysfonctionnel aux non-professionnels, les « exclus » du savoir. Et il existe une

différence sociale et morale entre le professionnel et le salarié ordinaire, en termes d'autonomie et de responsabilité.

Au début des années 1950, la filiation de Parsons avec Durkheim est plus évidente : il accorde une place importante au « fait professionnel » et à la « morale professionnelle » dans sa théorie de l'action sociale. Il envisage quatre domaines importants dans la « civilisation moderne occidentale » : la médecine, la technologie, le droit, l'enseignement.

Il différencie les professions du monde des affaires par quatre grands critères. Il considère d'abord qu'il y a une opposition concernant l'intérêt : l'homme d'affaires travaille pour son intérêt personnel contrairement au professionnel qui serait plus désintéressé, cependant ils sont tous deux animés par une recherche de rationalité instrumentale (être efficace) et scientifique. Le professionnalisme se réfère plutôt à « la légitimité scientifique qui est universelle » (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 86). Le second critère, plus caractéristique, est que l'autorité professionnelle constitue une « structure sociologique particulière », fondée sur « une compétence technique dans un domaine défini particulier » (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 87) dans un champ de connaissance et de qualification clairement défini. Donc le professionnel n'a autorité que dans ces limites et son client ne doit lui faire confiance que dans son seul champ de compétences. Un autre critère est la neutralité affective que le professionnel doit adopter. Enfin, l'action du professionnel doit être orientée vers la collectivité (pas de profit pour soi-même) et la satisfaction du client va dépendre de la promotion de valeurs impersonnelles telles que « l'avancement de science, le perfectionnement de technique, la compétence reconnue juridiquement » (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 85), d'où la haute fonction sociale qu'ils portent, devenant « instrument de contrôle social » (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 43 – 47).

Parsons considère que la relation médecin-malade est typique de l'activité de professionnel puisqu'il développe des compétences très techniques, académiques et empiriques, qu'il est « spécialiste de son domaine et seulement de lui » (Adam et Herzlich, 1994, p. 76 ; Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 88 ; Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 48), qu'il s'impose une « neutralité affective » lui permettant une conduite diagnostique et thérapeutique optimale, et qu'il est tourné vers la communauté. Les deux situations, celle du malade et du médecin sont complémentaires : le malade légitime son état, c'est-à-dire qu'il en est « non responsable », incapable de se traiter, vulnérable et prêt à coopérer avec le médecin qui, lui, ayant les compétences pour le faire, établit un diagnostic, peut traiter, met tout en œuvre

pour y parvenir sans profiter de la vulnérabilité du patient (neutralité affective), et coopère avec lui. Parsons définit la relation médecin-malade comme une institutionnalisation de la relation thérapeutique (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 89 ; Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 49). Il envisage la maladie comme un fait social, « élément dysfonctionnel », une déviance, car induisant « une altération des conditions normales de l'existence », ayant un effet sur « la stabilité du système social », d'où le rôle de contrôleur social du médecin (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 48).

Chapoulie (1973) établit qu'il y a un consensus sur la définition de professionnel parmi les fonctionnalistes : « un type-idéal combinant deux traits principaux (même si leur nombre et leur formulation varient d'un sociologue à l'autre) : la compétence, techniquement et scientifiquement fondée, et l'acceptation d'un code éthique commun ». Le groupe professionnel partage les mêmes valeurs professionnelles, respecte un code de déontologie. Ce faisant, il sélectionne ses membres et contrôle la qualité de leur travail. Pour les fonctionnalistes, les professions forment des ensembles relativement homogènes, ce que critiquent ensuite les interactionnistes

Les fonctionnalistes ont aussi largement développé le concept de professionnalisation qui consiste en une forme de socialisation du futur professionnel, par la transmission de « normes cognitives et morales communes », qui les différencient des autres professions. La formation est spécifique, avec un cursus universitaire permettant de transmettre des « savoirs scientifiques qui seront évalués de manière formelle sinon incontestable », mais aussi des valeurs pour développer une culture professionnelle (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 45).

Cette organisation de la profession avec comme « fonction essentielle le contrôle social » (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 43) sera critiquée par les interactionnistes (Hughes, Becker, Strauss), qui mettent au jour plusieurs biais dans cette approche : elle est fondée à partir des propres discours des professionnels, discours que ces sociologues s'approprient aussi pour leur propre groupe (Dubar, Tripier et Broussard, 2015, p. 98). Et le rôle que Parsons accorde au malade prenant soin de sa santé n'est pas transposable à toutes les catégories socio-professionnelles. Les classes populaires sont plutôt moins à l'écoute de leurs symptômes, plus distantes avec la médecine et retardent donc leur prise en charge médicale, contrairement aux classes moyennes et supérieures (Adam et Herzlich, 1994, p. 80, Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 51).

2.3. La profession selon les interactionnistes

Les interactionnistes à la même époque envisagent un abord plus dynamique de l'activité des professionnels impliquant la prise en compte des interactions et de la notion de biographie. Ainsi Hughes postule rapidement que toute activité est digne et présente un intérêt pour la sociologie (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 99).

Au début du XX^e siècle, Simmel puis Park, avancent que l'analyse d'un groupe professionnel ne peut se limiter à son organisation ni aux individus qui en font partie, mais plutôt aux processus d'interaction. L'approche interactionniste envisage ainsi le parcours des personnes enquêtées (biographie) et s'effectue donc beaucoup par entretiens et observations pour comprendre les processus et pratiques (interactions) : l'entrée dans la profession, les bifurcations dans les parcours, les difficultés (ibid. p. 103). Chapoulie (1973), précise que l'approche interactionniste des professions ne peut être associée à une théorie générale mais plutôt à l'étude de « plusieurs types de catégories de la pratique quotidienne », qui peuvent être institutionnalisés et qui comprennent « un ensemble de représentations sociales des rôles et de l'organisation des professions ». Il importe de prendre en compte « les conditions de production, de diffusion et d'utilisation » des savoirs professionnels pour appréhender la profession, ce que n'envisagent pas les fonctionnalistes.

Avec son livre *La fabrication d'un médecin* datant de 1958, Hughes, l'un des chefs de file des interactionnistes, s'est intéressé aux médecins et à la culture médicale, aux modes de transmission d'une « conception de la maladie et de la santé », assimilable à une « philosophie de base » (Dubar, Tripier et Boussard, 2015, p. 108). Cette socialisation ou initiation de l'étudiant en médecine convertit son regard de profane en une identité de professionnel par une succession d'étapes ou de crises dont Hughes a défini le modèle en quatre phases : d'abord la séparation (rompre avec la culture profane), le passage à travers le miroir (regarder avec les yeux du médecin), le dédoublement du Soi (intégrer sa propre culture profane avec sa future profession) et l'identification au rôle professionnel avec la crainte de la perte d'identités antérieures (Dubar, Tripier et Broussard, 2015, p. 109, Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 45).

L'enseignement du savoir théorique scientifique n'est ainsi pas suffisant à l'étudiant en médecine pour devenir professionnel, une conversion identitaire est nécessaire pour intégrer non seulement la dimension sacrée de la profession, mais aussi le côté plus réaliste et moins glorieux (le « sale boulot » qui comprend par exemple le rangement ou les tâches perçues comme moins gratifiantes). Cette transformation doit permettre au futur médecin d'intégrer ce

qu'est son travail, quel est le rôle qu'il doit tenir, quelle carrière est envisageable pour lui et ce qu'il est en tant que professionnel. Cependant ce « sale boulot » est le plus souvent délégué à certaines franges des groupes professionnels. Pour les interactionnistes, les groupes professionnels ne sont pas homogènes mais largement fragmentés et hétérogènes. L'appropriation de certaines tâches par des membres d'un groupe va avoir pour effet de déléguer d'autres tâches, moins glorieuses, à d'autres membres.

Plusieurs concepts ont été développés par les interactionnistes pour catégoriser une profession. Ainsi ceux de « *licence* » et « *mandate* » sont promus par Hughes, pour définir la profession : selon lui, elle implique d'avoir une autorisation d'exercer (*licence*) exclusive, qui restreint donc la rivalité, et une mission définie (*mandate*) qui octroie un certain pouvoir pour ceux qui le détiennent car elle impose des obligations (tel le secret professionnel) ou prescrit aux autres une « conduite spécifique » concernant ses domaines d'exercice (Dubar, Tripier et Broussard, 2015, p. 112). Selon Hughes, chaque groupe professionnel cherche à obtenir ces deux caractéristiques pour se prémunir de la concurrence et obtenir une reconnaissance professionnelle.

Hughes a développé aussi la notion de carrière ou parcours de vie. L'idée de carrière professionnelle permet de comprendre l'organisation des systèmes d'activités en fonction des trajectoires des travailleurs, selon la linéarité de l'emploi ou de son éventuelle redéfinition.

Les interactionnistes définissent qu'au sein d'une profession il existe des segments correspondant à des identités professionnelles, des « croyances partagées », des courants de pensée sur ce qu'est la profession (Dubar, Tripier et Broussard, 2015, p. 114). Et ces segments peuvent se confronter, avoir des conceptions différentes sur une technique médicale ou la relation thérapeutique particulière à avoir avec le patient par exemple, même si les valeurs générales de la profession restent communes.

La relation médecin-malade selon les fonctionnalistes ne sera pas exempte non plus de nombreuses critiques de la part des interactionnistes qui précisent que le rapport médecin-patient n'est pas statique ni ne repose sur une simple relation interindividuelle. Il faut ainsi envisager et y intégrer l'objet de la relation (traitement, prévention), le lieu où elle s'effectue (hôpital, cabinet privé, domicile), le patient lui-même et son entourage. Elle fait aussi l'objet de négociation (Strauss, 1963, Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 50 – 51).

2.4. L'ordre négocié selon Strauss

Strauss (1963) a aussi mis en avant plusieurs critères dans son approche interactionniste des professions au cours des années 1960-70. Il s'est beaucoup intéressé au monde médical et à l'hôpital. Il l'a analysé non seulement comme un lieu géographique et comme une organisation avec des règles et des tâches particulières, mais aussi comme un endroit où s'établissent des relations entre soignants, avec l'administration et avec les patients ; il aborde pour chacun la notion de carrière, de parcours individuels et collectifs, ou de trajectoires de maladie.

Avec Bucher, ils sont allés plus loin dans l'étude de la profession en identifiant non pas une communauté de personnes partageant la même profession mais une association de « segments en compétition et en restructuration continue » (Dubar, Tripier et Broussard, 2015, p. 114). L'exemple médical est significatif puisqu'il existe des pratiques au sein de lieux divers (hôpitaux, université, cabinet), avec des statuts variés selon la spécialité, et des associations de professionnels différentes. Selon les auteurs, ce qui apparaît ce sont les différences, les divisions et les mouvements entre chaque partie. Cette segmentation de la profession médicale apporte pour chaque sous-groupe une forme d'identité propre, plus ou moins en concurrence avec les autres, mais qui cherche aussi des soutiens parmi eux, tout comme de la part des patients et de l'Etat. Il existe donc une division du travail interne aux groupes professionnels, ce que ne voient pas les fonctionnalistes.

Plus tard, Becker puis Strauss, envisagent la notion de « monde social » pour qualifier l'organisation des professions en système de croyances (langage, représentations) qu'ils nomment « schémas conventionnels » et en systèmes d'individus et d'institutions, les « réseaux ». Le monde social implique un ensemble d'habitudes, une même culture pour permettre une bonne communication, un espace défini et un « potentiel de créativité » pour réagir aux difficultés et conflits (Dubar, Tripier et Broussard, 2015, p. 115).

Et pour analyser les organisations de travail, Strauss (1963) a étudié ce qu'il appelle « la trame de la négociation » sur un terrain médical, les hôpitaux psychiatriques. Il insiste sur le fait que, plus que la structure, c'est la dynamique des relations entre les différents professionnels, avec les patients, en lien avec la distribution des tâches, qui définissent le fonctionnement à l'hôpital avec un « ordre négocié ».

Il met en avant la notion de travail, et particulièrement de celui du patient hospitalisé (se laver, être disponible, donner les informations utiles aux soignants, contrôler ses émotions), travail

qui n'est pas toujours évident ou reconnu par les professionnels. Il peut ne pas être visible, par exemple dans le cas de recours à des pratiques non reconnues par la science, avec l'usage de pratiques de soins alternatives considérées comme illégitimes par le milieu médical, donc perçues comme un contournement des règles prescrites (Strauss, 1963, Baszanger, 1992, Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 82 – 85, Dubar, Tripier et Broussard, 2015, p. 116 – 117).

De nouvelles perspectives sociologiques pour qualifier la profession voient le jour vers les années 1970. Celles-ci s'inspirent des travaux de Max Weber qui identifie les facteurs économiques mais aussi statutaires comme essentiels puisque les professions sont vues comme actrices du système économique, qu'elles ont le monopole du marché et qu'elles autogèrent leurs activités. Selon lui, elles agissent aussi pour faire reconnaître aux autres leur statut et leur place sociale. Weber aborde la figure de l'expert professionnel dont la compétence vient de ses diplômes, mais aussi parce qu'il se plie à l'organisation bureaucratique liée à la rationalisation de la vie sociale (« légitimité léga-rationnelle ») (Dubar, Tripier et Broussard, 2015, p. 125 – 129).

2.5. L'apport de Freidson

Pour Freidson, le sociologue, parce qu'il n'est pas compétent en médecine pour étudier la maladie sous l'angle médical, doit l'envisager sociologiquement, c'est-à-dire sur le plan humain et social, laissant de côté le plan biologique ; cette approche « situationnelle » considère que la maladie ou « déviance » dépend de l'attitude des autres vis-à-vis d'elle, du « processus social » qui se met alors en œuvre (Freidson, 1970, p. 211 – 227, Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 53). Freidson constate aussi qu'à partir du XIX^e siècle au moment où la médicalisation croissait, l'attribution de définitions médicales aux déviances identifiées, a supplanté les termes relevant du juridique (délit) et du religieux (péché), par « un processus de réinterprétation de la déviation des individus » (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 54). Cette institutionnalisation médicale de la déviance, n'est pas exempte d'un jugement moral, qui incrimine la maladie sans pour autant condamner le malade. Par ailleurs, le profane peut lui-même émettre un avis (« non scientifique ») sur son état, qui peut être différent de celui de la médecine, seule reconnue comme légitime dans la société (Freidson, 1970, p. 212).

Freidson met en avant deux concepts majeurs pour qualifier la profession : l'autonomie du groupe professionnel résultant, pour la médecine, du monopole d'exercice de diagnostic et de traitement qui lui a permis d'exclure les rivaux qu'étaient les guérisseurs ; et la nécessité d'un contrôle interne à la profession, mais Freidson relève que l'autorégulation, collective et

informelle, a en réalité peu d'effet sur la pratique professionnelle (Freidson, 1984, Dodier et Darbon, 1985, Dubar, Tripier et Boussard, 2015).

La définition de la profession, qu'en donne Freidson, implique un enseignement prolongé de connaissances abstraites avec comme objectif le service à la communauté, qui rend le professionnel irremplaçable. Cet enseignement doit être défini par les professionnels eux-mêmes, une autorisation d'exercer est nécessaire pour la pratique, décidée par les pairs. La profession s'autorégule en partie par une législation propre et relativement libre du contrôle des profanes ; critères qui garantissent l'autonomie de la profession et la confiance qu'on leur accorde (Adam et Herzlich, 1994, p. 32, Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 54 – 55, Dubar, Tripier et Broussard, 2015, p. 131 – 136).

Freidson relève encore que la caractéristique essentielle de la profession médicale est sa « prééminence » : « celle-ci n'est pas seulement de prestige, elle est due à l'autorité que confère sa compétence » (Freidson, 1984, p. 15). Il met d'ailleurs une nuance entre les termes de « cliniciens », « praticiens » et « professionnels » : les deux premiers signifiant « une place, une position parmi d'autres, dans la division du travail, sans implication hiérarchique », alors que le terme professionnel y associe celle d'un statut dans la société : « issues pour la plupart de la bourgeoisie, ce que les professions font valoir dans leur statut sont l'indépendance, l'individualisme socio-économique et la dignité de classe » (Freidson, 1984, p. 181).

Il est aussi question d'éducation du public à la supériorité du savoir médical, éducation concernant le monopole d'exercice. Cette croyance sera entérinée par les patients, à partir du moment où ils constateront qu'ils guérissent, que les traitements proposés par les médecins sont plus efficaces que ceux des guérisseurs.

Freidson constate aussi que le médecin est ambivalent dans l'exercice de sa profession : il peut se percevoir vulnérable, car la pratique médicale est sujette à l'incertitude, mais il est aussi convaincu de ses qualités, ayant « un sentiment d'orgueil, sinon de supériorité », ce qui rend la critique difficile ; raison pour laquelle, selon Freidson, « les médecins doivent se solidariser pour opposer un front uni aux attaques venues du dehors », et si la critique est nécessaire, elle ne viendra que de la part de la profession elle-même (Freidson, 1984, p. 187-188). Ce qui n'exclut pas une certaine forme de hiérarchie au sein même de la profession des médecins : les spécialistes, l'élite, ayant parfois une moindre considération pour les généralistes.

Les compétences des médecins s'étendent aussi au pouvoir de l'Etat, car ils participent à la définition des maladies, de la santé et des politiques sanitaires (Carricaburu et Ménoret, 2004,

p. 134). Freidson précise que la qualité d'expert médical que leur donne leur savoir scientifique dépasse leur rôle de praticien et leur octroie un rôle d'expert social, définissant la profession comme dominante dans la société (Freidson, 1970, p. 357). La réglementation intra-professionnelle leur donne une autonomie qui pose problème selon lui (1970, p. 358) : « en permettant et en encourageant la création d'institutions qui se suffisent à elles-mêmes, elle aide la profession à se faire une idée trompeuse de l'objectivité et de la fiabilité de son savoir, ainsi que des vertus de ses membres ; elle l'entraîne en outre à se considérer comme la seule à posséder savoir et vertu, à mettre en doute les capacités techniques et morales des autres professions, et à avoir à l'égard de sa clientèle une attitude qui est au mieux paternaliste, au pire méprisante ». Ainsi, à l'instar de Becker (1963), Freidson met en avant le rôle d'« entrepreneur moral » du médecin « dans la mesure où leurs discours et pratiques contribuent à promouvoir des normes et des représentations, auprès de leurs patient-e-s mais aussi dans la sphère publique » (Ventola, 2014).

Un exemple d'intervention des médecins au niveau de l'Etat est proposé par Rollet (1990) avec le développement de la protection sociale, concomitante de la médicalisation. Rollet montre bien l'influence qu'ont eue les médecins dans le développement des lois sur la protection sociale de la petite enfance sous la III^e République. L'action des médecins s'est étendue à l'instruction des mères concernant l'hygiène et l'alimentation et un « modèle médical » s'est progressivement imposé à la société (Adam et Herzlich, 1994).

Les patients s'approprient cette culture médicale d'une part, et d'autre part les médecins, socialisateurs de l'institution médicale, influencent par leurs propres représentations l'institution médicale (le système et l'offre de soins), les décisions des usagers sur des problèmes qui sont considérés par eux comme médicaux, tels la contraception et l'avortement (Amsellem – Mainguy, 2007, Ventola, 2014).

La question de l'organisation au sein même de la profession se pose alors pour comprendre comment elle se gère, comment elle s'organise avec les « segments » qui la composent, comment elle peut continuer d'exercer une forme de pouvoir et quel rapport elle entretient avec l'Etat. La constitution des Ordres est révélatrice de cette dynamique.

3. Les ordres professionnels dans le domaine de la santé

3.1. Les prémices

L'idée de créer un ordre professionnel (Knibiehler, 2016, p. 31-34) émerge au début du XX^e siècle dans les années 1920 pour « protéger et moraliser la profession » et promouvoir une déontologie, science des devoirs. Mais on peut aussi faire remonter à l'époque antique le premier code de déontologie avec l'instauration du serment d'Hippocrate. Les confréries et corporations existaient au Moyen-Âge pour défendre la profession des médecins et chirurgiens. Mais la Révolution française a aboli le système des corporations. La nécessité d'organiser la profession et sa discipline émergera de nouveau au XIX^e siècle avec la perspective de l'instauration d'un code de déontologie. Des prémices avaient vu le jour. Ainsi en 1858, fut créée l'Association Générale des Médecins de France qui regroupa très vite de nombreux médecins. L'objectif légal en était le secours mutuel, mais en toile de fond se dessinaient la défense de la profession (pour la « sauvegarde de la dignité médicale ») et la réflexion sur une déontologie professionnelle (Nye, 2006). Des organisations syndicales virent aussi le jour pour lutter contre la stagnation des revenus et une Union des Syndicats Médicaux (USM) instituée en 1881, qui regroupait les groupes locaux et départementaux, permit d'entamer des négociations avec l'Etat et avec les assureurs. Cette évolution concernant la syndicalisation correspondit aussi à « un âge d'or des écrits et du débat déontologiques » (Nye, 2006). Certains syndicats locaux se préoccupèrent de la discipline dans leur zone de référence, mettant en avant « la droiture, le courage et l'honneur » pour une « pratique médicale efficace ». Une forme d'autorégulation existait donc, gérée par ces syndicats. L'USM évolua en 1929 en Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) qui travailla à une Charte Médicale. Une proposition de loi sera largement discutée au sein des deux assemblées au début du XX^e siècle (1928-1930) pour porter un projet de constitution d'un Ordre : « L'Ordre aurait le pouvoir d'inscrire et réinscrire les médecins dans un registre officiel de tous les praticiens français. L'organisation serait départementale et élective, avec la possibilité de mettre en place des conseils régionaux. Les conseils départementaux résoudre les conflits professionnels, arbitrer les disputes entre médecins et tiers (patients et assureurs) et s'occuperaient des infractions à la déontologie. Le projet garantissait une totale autonomie médicale, l'absence totale de propagande sur les procédures et la certitude qu'aucune base ne serait fournie pour une intervention de l'État » (Nye, 2006). Mais la forte préoccupation d'indépendance des praticiens se mettait en contradiction avec la nécessité d'un code cohérent, uni et ayant une valeur légale, et le projet de loi ne put aboutir. La Confédération proposa quelques années plus

tard, en 1936, un Code de déontologie pour servir de « guide au praticien », qui servira de base lors de la constitution officielle de l'Ordre : les articles concernaient « les devoirs généraux, devoirs envers les patients, les collectivités et les collègues, et une section finale sur les honoraires ».

Suivant l'évolution de la profession des médecins, les sages-femmes s'organiseront aussi, à partir de 1896, en syndicat professionnel. L'Association mutuelle des sages-femmes deviendra le Syndicat des sages-femmes de la Seine, puis un an plus tard, le 20 mai 1897, le Syndicat général des sages-femmes de France. Son projet est de défendre la profession, fortes du diplôme qu'elles ont obtenu (Sage-Pranchère, 2016, p. 385). La devise de ce syndicat est « science, solidarité, dévouement ». Un des objectifs importants sera d'uniformiser les études qui sont encore à l'époque scindées en deux catégories (1^{re} et 2^e classe, selon le lieu de formation, cf. supra : « l'école de Port Royal ») « pour faire reconnaître l'équivalence de leur savoir et de leurs compétences (Sage-Pranchère, 2016, p. 388). L'action entreprise portera ses fruits en 1916 : la loi décrète qu'un seul diplôme doit être délivré pour l'exercice de l'activité de sage-femme. Avec la fin du corps des officiers de santé en 1892, elles restent la seule autre profession médicale en dehors de celle des médecins.

3.2. La constitution des Ordres

La CSMF fut dissoute sous le régime de Vichy (mais reconstituée après la guerre). Les deux ordres professionnels, celui des médecins et celui des sages-femmes, ont été créés une première fois en 1940 sous le régime de Vichy, dans le but de répondre aux objectifs de cette période, qui promeuvent le corporatisme et la défense des « communautés naturelles » (travail, famille, patrie). Les deux ordres seront dissous à la Libération (Knibiehler, 2016 p. 32-33).

L'Ordre des médecins renaît en septembre 1945 par une ordonnance du Général de Gaulle. Le premier code de déontologie est publié en 1947. Le Code de la santé publique précise que l'Ordre veille « au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession de médecin » et assure « la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale » (Freidson, 1970, p. 52, Pouillard, 2004). Il est composé initialement de 25 membres.

Freidson (1970, p. 52) relève également qu'à ce moment, nombre d'instances cadrant la profession médicale (CSMF, Ordre, Fédération des médecins de France), qui auraient pu avoir des intérêts différenciés, se sont mobilisées conjointement pour défendre les conditions sociales

et la liberté économique du médecin (entente directe médecin-malade), pour promouvoir le libre choix par le patient de son praticien et la liberté thérapeutique (libre droit de prescription). Une convention nationale établit cependant en 1960 des tarifs précis pour les honoraires, ce qui leur fit perdre la liberté économique qui leur était si précieuse.

Un nouvel Ordre des sages-femmes est aussi institué à la même date que le Conseil de l'ordre des médecins en septembre 1945, mais très dépendant du pouvoir des médecins : le Conseil national des sages-femmes est composé de 5 sages-femmes et 5 médecins, le président est lui-même médecin et prépondérant dans les décisions, enfin l'organisme disciplinaire est le Conseil régional de l'ordre des médecins en première instance, témoin de la mise sous tutelle des sages-femmes par les médecins. Cette organisation limite ainsi l'autonomie des sages-femmes. L'Ordre des sages-femmes défend le respect de la profession et obtient officiellement en 1948 le statut médical, avec un droit de prescription selon une liste de produits définie pour les sages-femmes. Il est alors vigilant à la reconnaissance de ce statut à l'hôpital, et s'emploie à promouvoir l'activité libérale des sages-femmes (Knibiehler, 2016, p. 33). Le premier code de déontologie est validé par décret du 30 septembre 1949. L'Ordre des sages-femmes prend son indépendance vis-à-vis des médecins en 1995, date à laquelle Simone Veil, Ministre de la Santé, décrète qu'une sage-femme peut présider le Conseil de l'Ordre.

Les deux Ordres prendront parfois des décisions qui iront à l'encontre de la santé des femmes. Ainsi en 1962, les Ordres ont décrété que les médecins ou les sages-femmes ne devaient pas s'impliquer dans la contraception ou l'avortement. Ces directives ne furent pas toutes suivies à la lettre et furent dénoncées par certaines sages-femmes comme la « barbarie du milieu médical » (Knibiehler, 2016, p. 45) ou par certains médecins, notamment au sein du « Collège des médecins » (Garcia, 2011, p 61, 80 – 88) formé dès 1962 autour de Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, gynécologue et présidente du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF).

3.3. Les missions des Ordres

L'Ordre veille à faire respecter le code de déontologie de la profession : les professionnels sont tenus de s'inscrire pour éviter tout exercice illégal et être autorisés à exercer dans le lieu qu'ils ont choisi. Et à la différence des syndicats, l'Ordre se voit attribuer des fonctions disciplinaires et administratives (Freidson, 1970) et peut effectuer des radiations pour faute grave. Il y a ainsi une délégation interne au groupe professionnel de la gestion des conflits et des fautes professionnelles, ce qui constitue une certaine puissance à distance du système judiciaire, et

permet le maintien de l'entre-soi au sein de l'organisation professionnelle. Historiquement, les Ordres ont cependant peu démontré qu'ils pouvaient défendre l'intérêt général et ils ne requièrent des sanctions à l'encontre de leurs pairs que quand cette décision devient inéluctable aux yeux de la société (Champy, 2011).

Un autre domaine, où l'Ordre des médecins a fait preuve de passivité ces dernières années, est celui des déserts médicaux. A partir de la détermination par les ARS, en fonction des besoins de la population, de zones « très sous dotées » et de zones « surdotées » en professionnels, l'Etat a pu établir et faire appliquer un système de régulation. Cela a abouti pour les pharmaciens et les sages-femmes à une réglementation des installations, mais pas pour les médecins. Pour ceux-ci, l'Etat a déployé diverses mesures telles des exonérations fiscales pour l'installation en zone déficitaire ; l'Assurance maladie a proposé des avantages financiers comme une majoration de 20 % des honoraires des médecins généralistes s'installant en zone sous-dotée, ou une allocation de 1 200 euros par mois aux étudiants en médecine, contre leur engagement d'exercer dans ces zones ; enfin les collectivités territoriales ont proposé diverses aides : prise en charge de certains frais d'installation professionnelle, mise à disposition de locaux ou d'un logement, prime d'installation ou d'exercice. Mais toutes ces mesures n'ont pas ou peu eu d'effets selon le rapport du Sénat de 2013, qui conclut qu'il faut des mesures « plus volontaristes » pour améliorer la situation des déserts médicaux (Maurey, 2013).

Le métier de sage-femme longtemps exercé par les femmes par empirisme et cooptation, avec un statut reconnu par la société, toujours sous contrôle populaire, est devenu un savoir scientifique à la suite de la création des écoles (fin du XVIII^e - début XIX^e siècles), et du développement des connaissances spécifiques à l'exercice de ce métier. Mais peut-on réellement le qualifier de profession ?

4. Sage-femme, une profession ?

4.1. Le déclin de la profession de sage-femme

Au cours des deux derniers siècles, l'enseignement de la profession et la médicalisation de la naissance vont être des facteurs de la dévalorisation de la profession.

4.1.1. Dès le XIX^e, l'effet de la formation

La profession de sage-femme existe certes officiellement depuis le XIX^e (Sage-Pranchère, 2016), mais elle a connu des difficultés pour sa reconnaissance au sein du milieu médical dès

que la concurrence avec les médecins s'est établie auprès des femmes enceintes à partir du XVIII^e. Les accoucheuses, accusées d'ignorance et de dangerosité par les médecins et les hommes d'Eglise, ont été reléguées à un rôle subalterne. À l'époque des Lumières, le savoir était, en effet, considéré comme « la clé de tout progrès humain » (Gélis, 1988, p. 102). Quelques sages-femmes, surtout des britanniques, ont fait entendre leur voix pour défendre leur profession et contester l'abus de l'utilisation des instruments lors des accouchements (Gélis, 1988, p. 105). Le manque de formation des accoucheuses n'était pourtant pas uniquement de leur fait : dès le XVII^e en France, plusieurs d'entre elles avaient sollicité la possibilité d'être formées auprès de chirurgiens reconnus en assistant à leurs consultations, ce qui leur avait toujours été refusé. De même, dans la perspective de poursuivre la formation des accoucheurs en France à la suite de Mme Du Coudray, il y eut peu de femmes : pour 200 hommes, 5 femmes purent devenir démonstratrices et pour cela, il leur fallut de solides soutiens d'ordre népotique (Gélis, 1988, p. 128). Ainsi, bien qu'elles aient été régulièrement incriminées de fautes graves, il n'était pourtant pas question de répondre à leur demande d'apprentissage. Gélis (1988, p.106) explique ce paradoxe par le peu de connaissances des chirurgiens de l'époque et par le fait que la supériorité de leur statut leur permettait de faire porter sur les sages-femmes « le poids des responsabilités ». Carricaburu (1992, in Schweyer, 1996) fait remonter le déclin de la profession des sages-femmes à la constitution du corps des accoucheurs en 1881. Le rôle de ces derniers progressivement plus important auprès des parturientes laisse aux sages-femmes une place d'auxiliaires.

Le métier de sage-femme apparaît comme peu digne d'intérêt. Sage-Pranchère (2016, p. 26) inclut les sages-femmes dans les « oubliées de l'histoire du travail féminin », mettant en avant les qualités « trop féminines » d'une profession traditionnelle, en lien avec la santé génésique. La dimension genrée de la profession place également les sages-femmes dans une position de vulnérabilité dans le système médical largement dominé par les hommes durant le XIX^e siècle et jusqu'au XX^e siècle. L'acceptation des sages-femmes de se former dans les écoles au début du XIX^e constitue donc la fin de la transmission empirique du savoir, mais est aussi une reconnaissance tacite de la supériorité des médecins (Gélis, 1988, p. 106-107), puisque l'enseignement sera d'ailleurs très longtemps organisé par les hommes médecins déniaient ainsi aux sages-femmes ces capacités. Mais pour expliquer le « processus de consentement » des sages-femmes à cette organisation, il faut comprendre qu'elles y ont éprouvé un intérêt professionnel et personnel : le diplôme légitime le travail et permet une forme de reconnaissance matérielle et sociale. « L'enseignement obstétrical se révèle alors un lieu

ambigu de reconnaissance et de subordination de la sage-femme associée au médecin dans la transmission du savoir » (Sage-Pranchère, 2016, p. 31). Ainsi, comme le souligne Sage-Pranchère (2016, p. 27), « la sage-femme construit son identité professionnelle dans un contexte contraint par la coexistence et le coexercice forcés avec les médecins, mais aussi sur la base d'une formation spécifique ».

Dès le début de la constitution des écoles, il y a peu de contrôle des sages-femmes elles-mêmes sur la transmission des savoirs, qui permettrait à la profession de s'autonomiser. Les sages-femmes forment des sages-femmes, cependant l'enseignement est partagé avec les médecins, « professeurs masculins d'accouchement ». Les maîtresses sages-femmes sont sélectionnées par un jury de médecins hommes (Sage-Pranchère, 2009). Depuis la création des écoles, les sages-femmes durant leur formation sont donc soumises à un contrôle normatif, social, moral qui conduit à ce qu'elles disposent de peu d'indépendance pour l'enseignement (sous contrôle de la faculté de médecine).

Dans certaines universités, certains cours furent communs entre l'école de sage-femme et la faculté de médecine dans la 2^e moitié du XIX^e siècle, limitant les phénomènes de rivalité entre enseignants (de nos jours, cette pratique d'enseignement est encouragée par les textes réglementaires (pour certaines disciplines communes) mais n'est appliquée que de façon hétérogène dans les universités, en fonction du mode d'intégration des écoles).

4.1.2. Au XX^e, avec la médicalisation exponentielle

Knibiehler (2016, p. 15 – 65) situe plus tard le « dépérissement » de la profession, avec la fin de l'accouchement à domicile.

Le XIX^e siècle, marqué par les taux de mortalité importants à l'hôpital, avant la découverte de l'antisepsie, fut finalement l'âge d'or pour l'exercice des sages-femmes à domicile, à un moment où l'industrialisation croissante amenait la population à migrer vers les villes et induisait une augmentation des besoins de service (Adam et Herzlich, 1994, p. 33). Durant la période où les accouchements se pratiquaient en majorité au domicile, avant les années 1950, la loi française (Knibiehler, 2016, p. 23) imposait neuf visites postnatales au moins pour le suivi de la mère et de l'enfant, souvent effectuées par la sage-femme. Il s'agissait alors « d'assurer les suites de couches » : soutenir l'allaitement et ses éventuelles complications, surveiller la cicatrisation du périnée, effectuer les soins à l'enfant (cordon), surveiller sa croissance, donner des conseils. Le « dépérissement » de la profession (ibid.) s'est effectué progressivement et

conjointement avec la montée de la médicalisation de la naissance particulièrement marquée après la Seconde Guerre mondiale. La naissance a lieu de plus en plus en structure hospitalière, les sages-femmes exercent de moins en moins en libéral et perdent en expérience. Et bien qu'elles acquièrent des compétences techniques nouvelles, elles se voient encore dépossédées en autonomie, les relations avec les patientes ne sont plus les mêmes, moins personnalisées, plus distantes. Cette nouvelle organisation est confortée également par le système d'Assurance sociale mis en œuvre dans les années 1930. Le suivi prénatal, postnatal de la mère et le suivi de l'enfant sont de plus en plus dévolus aux médecins, puisqu'il s'agira progressivement de dépister ou traiter nombre de maladies (tuberculose, syphilis). Certains médecins ne voient ainsi plus l'intérêt du rôle des sages-femmes au tournant des années 1950.

La mobilisation des médecins pour faire connaître leurs réussites, l'intérêt de leur service et ainsi se présenter comme supérieurs aux autres professionnels de santé a aussi été efficace. De son côté l'Etat, revendiquant œuvrer dans l'intérêt à la santé de la population, a conforté leur statut, compte tenu des progrès médicaux obtenus (Adam et Herzlich, 1994, p. 33).

La valorisation de la famille a conduit cependant le gouvernement durant la 2^e guerre mondiale à réformer les études de sages-femmes qui, en 1943, passent de deux à trois ans, ce qui pourrait constituer en soi une forme de reconnaissance de la profession ; cette évolution s'accompagne néanmoins de l'entrée des écoles dans le système universitaire sous la responsabilité de la faculté de médecine. Le régime de Vichy stipule également que les sages-femmes doivent être des femmes pour avoir une « connaissance interne, profonde et personnelle de la féminité », de sorte que les femmes « sont les mieux placées pour se tenir auprès d'autres femmes, pour les préparer, les rassurer, les conseiller et les aider pendant la grossesse et l'accouchement » (Schweyer, 1996), témoin de la naturalisation de la profession qu'il souhaite promouvoir ou renforcer, et plutôt contraire à la professionnalisation des sages-femmes. La dimension genrée des études perdurera jusqu'en 1983, date de la possibilité d'admission des hommes dans les écoles de sages-femmes.

À partir des années 1970 se poursuit le « désenchantement » de la profession (Knibiehler, 2016, p. 35-51) : en lien avec les progrès médicaux, un patient nouveau naît, le fœtus. Il fera l'objet de plus en plus d'attention, de soins, de recherche de la part des médecins. Cela correspondra à une période de développement de techniques de plus en plus pointues pour sauver l'enfant et cela impliquera d'ailleurs de la part de la future mère un comportement volontaire, voire discipliné ou « compliant », pour reprendre un terme fréquemment usité dans le discours médical.

Avec l'avancée des progrès médicaux, l'organisation de l'hôpital va segmenter aussi l'activité des sages-femmes, comme parfois aussi celle des médecins selon la taille de la maternité, qui se verront affectés à un secteur déterminé : la salle de naissance, les suites de naissance, les grossesses pathologiques, avec une activité de plus en plus spécialisée. Les sages-femmes ne recevront pas toujours une grande considération de la part de certains médecins, qui voient en elles des auxiliaires plutôt que des professionnelles autonomes, les assimilent parfois à « ce truc en rose²⁸ avec un seul neurone » (Birman, 2003, p. 63). Parallèlement, par l'effet d'une campagne « efficace » des sociétés commerciales concernant les laits artificiels, l'allaitement sera moins à la mode vers les années 1970, pour plusieurs années, et les sages-femmes plus jeunes, moins expérimentées dans cette pratique, se verront confrontées à la difficulté d'accompagner les femmes qui souhaitent allaiter.

4.2. Quelle identité professionnelle ?

Selon l'expression de Knibiehler (2016), l'affaire privée des femmes (la naissance gérée et enseignée empiriquement par les sages-femmes) est devenue avec la médicalisation, la préoccupation politique de la démographie et l'avènement de la formation médicale, une affaire publique des hommes. Comme d'autres groupes (infirmières, assistantes maternelles, aides-soignantes) très majoritairement féminisés ayant revendiqué à certains moments le statut de profession, la médecine a toujours réussi à les maintenir sous sa coupe et sous son contrôle.

D'autre part, la naissance a été progressivement l'objet ultime de l'attention des soignants : celle-ci s'est focalisée sur ce moment et sur le nouveau-né, avec l'apparition d'autres intervenants auprès de la mère et de l'enfant (radiologues, psychologues, pédiatres). L'activité de la sage-femme a été en partie délaissée au profit d'actes techniques, proches de la prouesse pour certains particulièrement. Schweyer faisait le constat en 1996 que « le développement du salariat au détriment de l'exercice libéral, en insérant les sages-femmes au sein de la hiérarchie médicale hospitalière, a profondément modifié le rôle et la fonction des sages-femmes ». L'autonomie relative qu'elles avaient avec la pratique libérale et les accouchements physiologiques a quasiment disparu. L'exercice hospitalier ne peut s'effectuer que sous la tutelle des médecins. Et « l'aspect relationnel et humain sur lequel les sages-femmes revendiquent leur spécificité leur apparaît déconsidéré dans un contexte médicalisé de plus en plus technicisé » (Schweyer, 1996).

²⁸ Le rose est souvent la couleur attribuée aux tenues des sages-femmes à l'hôpital...

La division sexuelle du travail est d'ailleurs peut-être plus marquée pour une naissance à l'hôpital qu'au domicile : le métier de sage-femme est en général associé à un groupe social féminin, pour une pratique qui a trait aux femmes et aux tout petits, avec des qualités requises généralement attribuées aux femmes dans les stéréotypes de genre (empathie, dévouement, patience) et première compétence attendue des sages-femmes selon les discours (Schweyer, 1996). Malgré son socle scientifique, il est considéré comme un « sale boulot » (défini par Hughes), aux yeux de certains médecins, plus férus de technique ou qui considèrent l'accouchement comme « la partie la plus basse et la plus sale de la chirurgie » (Sage-Pranchère, 2017, p. 204). Les sages-femmes se sont vues aussi régulièrement attribuer des tâches considérées comme peu gratifiantes. Knibiehler (2016, p. 62) rappelle par exemple comment, à la fin des années 1960, le suivi à domicile en libéral des grossesses pathologiques par une sage-femme s'institua à la demande de Papiernik, gynécologue-obstétricien chef de service, alors qu'il n'entrait pas dans son domaine de compétences. Il était supposé que les médecins « n'auraient ni le temps, ni l'envie d'assurer cette surveillance, alors que les sages-femmes pouvaient s'en charger ». La proposition et la perspective de voir étendre le champ d'interventions a conduit la sage-femme, Françoise Bicheron, future présidente de l'Ordre des sages-femmes, à en accepter le principe ; la Sécurité sociale soutint d'ailleurs ce projet, qui cependant ne fut rapidement pas viable financièrement pour la sage-femme en exercice libéral. Ce suivi des grossesses pathologiques fut ensuite repris par les sages-femmes qui intégrèrent la PMI à partir de 1975.

L'arrivée des hommes dans la profession, possible à partir des années 1980, mais un peu plus nombreux au début des années 2000 avec l'accès aux études par la Première Année Commune aux études de santé (PACES) (Charrier, 2008), constitue un début « d'inversion du genre » (Guichard-Claudic, Kergoat, Vilbrod, 2008), toute relative cependant, puisqu'ils ne constituent qu'1 % de la profession. Néanmoins, ils amènent à avoir, « point de départ éventuel d'un processus » (ibid. p. 16), un autre regard sur la profession particulièrement par les médecins, qui participera peut-être à un début de plus grande autonomie. La question est de savoir si elle ne pourrait aussi résulter en une segmentation interne au groupe et à une division genrée.

Mais pourrait-on dire alors que la profession de sage-femme serait assimilable à une « paraprofession » au sens de Freidson (1970, p. 85 – 86) ? Il qualifie cette catégorie comme ayant un parcours de formation défini, standard et si possible universitaire, avec un code de déontologie, un contrôle sur l'exercice professionnel (Ordre professionnel), ce qui existe effectivement chez les sages-femmes. Mais l'autonomie selon Freidson, ne peut être totale chez

les paraprofessionnels car la pratique professionnelle se fait sous le contrôle d'une « profession dominante et qu'elle est dominée par elle ». L'autonomie chez les sages-femmes et donc la qualification de profession ne pourrait être possible que dans son champ défini de compétence, la physiologie. Et cette autonomie semble finalement surtout envisageable dans la pratique libérale.

De fait, les sages-femmes n'exercent donc pas une profession selon la définition sociologique des fonctionnalistes. Mais il est possible de dire qu'elles sont dans une « logique de professionnalisation » (Charrier, 2008, p. 231 – 241). D'ailleurs les notions de vocation et d'empathie ne sont maintenant plus des éléments revendiqués par les sages-femmes au début de leur activité, mais éventuellement s'acquièrent secondairement, comme quelque chose de construit avec la pratique. Plusieurs éléments attestent cette évolution pour la « reconquête professionnelle » (ibid.). Dans la perspective d'une reconnaissance de la profession, des mobilisations nationales des sages-femmes se sont déroulées en 2001 (pour l'ensemble de la profession) puis en 2013 – 2014 (pour la fonction publique hospitalière). L'accès aux études se fait depuis 2002 par la PACES, légitimant institutionnellement, s'il en était encore besoin, le caractère médical de l'activité. Pour rappel cette première année, organisée en concours, permet l'accès aux études de médecine, pharmacie, odontologie (dentaire) et sage-femme (encore appelée maïeutique). Les compétences s'accroissent de plus en plus depuis la loi HPST (2009) et la loi Santé (2016). Enfin l'expérimentation des maisons de naissance gérées uniquement par les sages-femmes est un gage tout à fait récent d'une prise d'autonomie professionnelle.

A moins qu'on envisage la profession des sages-femmes du point de vue de Champy (2009) qui met au jour le concept de « profession à pratique prudentielle », définie non par leur monopole, mais par leur savoir et leur autonomie pour la gestion des situations comportant de l'incertitude, donc qui nécessite un savoir non standardisé. Pour Champy, « la prudence consiste à ne pas se laisser enfermer dans des formalisations [règles, normes de bonne pratique, guidelines, standards, etc.] qui peuvent faciliter indument le travail ». L'autonomie des sages-femmes serait alors plus probable dans le cadre de l'exercice libéral que dans l'hospitalier, qui est relativement standardisé, « protocolisé » et surveillé, même si des recommandations de bonne pratique existent pour tous.

4.3. Déploiement du secteur libéral des sages-femmes

L'enquête de la DREES réalisée en 2011 (Cavillon, 2012) constatait une hausse de 7 % par an du secteur libéral pour les sages-femmes entre 2000 et 2010, avec un taux de 18 % en 2011 (activité exclusive et mixte) ; et les projections pour 2030 évaluaient à 30 % le nombre de sages-femmes installées en secteur libéral.

Les données de 2016 selon la DREES²⁹ évaluent à 27,75 % le taux de sages-femmes libérales en France (effectif total de 22 312 sages-femmes), avec 18,7 % en activité exclusive (4171 sages-femmes) et 9,05 % en activité mixte (2022 sages-femmes), c'est-à-dire associant la pratique libérale avec une autre activité (secteur hospitalier public ou privé, territorial). Les projections pour 2030 sont donc quasiment atteintes au niveau national. Pour la région Nord-Pas-de-Calais, le taux est de 22 % dont 13,5 % de sages-femmes exerçant exclusivement en libéral et 8,5 % en activité mixte.

Comment expliquer cette augmentation des installations en libéral ?

D'abord il s'agit d'un choix politique, l'externalisation des soins est moins coûteuse pour le système de santé. L'évolution du système hospitalier et de son financement est en faveur d'une diminution de la durée des séjours, et incite de plus en plus au recours au secteur libéral ou à l'hospitalisation à domicile. Consécutivement le secteur hospitalier propose de moins en moins de contrats à durée indéterminée et ce qui explique la politique d'encouragement à l'installation en libéral.

Cette évolution vers le libéral est, de plus, favorisée par de nouvelles compétences récemment dévolues aux sages-femmes, en particulier avec la loi HPST depuis 2009 pour le suivi gynécologique de prévention et avec la loi de janvier 2016, pour l'IVG médicamenteuse et la vaccination.

Enfin, il s'agit d'un choix individuel des sages-femmes chez lesquelles on peut retrouver deux catégories ou segmentations du groupe professionnel au sens de Strauss et Bucher : certaines plus anciennes qui, lassées de l'exercice hospitalier, ont choisi le libéral en centrant leurs activités sur la préparation à la naissance et la rééducation périnéale. Un autre groupe, plus jeune, qu'on a vu s'installer directement à la sortie des écoles ou peu après dans le mouvement de l'élargissement des compétences professionnelles après 2009. Beaucoup néanmoins, même

²⁹ <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>: densité des sages-femmes par zone d'activité et mode d'exercice global

si toutes ne déploient pas l'ensemble des compétences qui leur sont dévolues au sein de leur cabinet, estiment que l'activité actuelle est plus favorable par rapport à la situation précédant la diversification des compétences et qu'elle leur permet de ce fait de mieux valoriser leur champ d'activités (Micheau et Havette, 2014, Douguet et Vilbrod, 2016 b, p. 140 – 141). Cependant des incertitudes persistent quant au nombre croissant d'installations et au risque d'une concurrence potentielle dans certains secteurs. Le choix du libéral pour les unes et les autres n'est a priori pas d'ordre économique, car la cotation actuelle des actes (cf. tableau 1) ne permet pas en général des revenus supérieurs aux salaires hospitaliers, contrairement à ce qui se passe pour les infirmiers libéraux (Douguet et Vilbrod, 2008, p. 273 – 282).

Tableau 1 : Coût de certains actes des sages-femmes selon la CPAM (01-07-2014)

Actes obstétricaux ¹	Tarifs : €
Consultation : C	23,00
Visite : V	23,00
Actes en SF (= lettre clef ou coefficient multiplicateur selon l'acte)	2,80
Séances de rééducation : SF 7	19,60
Accouchement simple : SF 124,8	349,44
Accouchement gémellaire : SF 151,2	423,36
Forfait journalier de surveillance à domicile en suites de couches pour un enfant (1 ^{re} et 2 ^e visite) : SF 16,5	46, 20
Forfait journalier de surveillance à domicile en suites de couches pour deux enfants ou plus (1 ^{er} et 2 ^e visite) : SF 23	64,40
Forfait journalier de surveillance à domicile en suites de couches pour les visites suivantes pour un enfant : SF 12	33,60
Forfait journalier de surveillance à domicile en suites de couches pour les visites suivantes pour deux enfants ou plus : SF 17	47, 60
Séances de suivi postnatal : SP	18,55
Majoration de dimanche ² et jour férié	21,00
Majoration de nuit de 20 h à 0 h et de 6 h à 8 h	35,00
Majoration de nuit de 0 h à 6 h	40,00
Indemnité forfaitaire de déplacement (= IFD)	4,00

1. Décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 18 avril 2014 (JO du 24 juin 2014).

2. Pour la réalisation d'un acte obstétrical, la majoration de dimanche est étendue au samedi 12 heures en cas d'appel d'urgence.

L'Organisation nationale syndicale des sages-femmes, l'un des deux syndicats de sages-femmes, a réalisé en 2015 des simulations de cotation des actes de suivi postnatal dans le cadre de la mise en place du PRADO et plus récemment du PRADO précoce (sortie à 48 h organisée par l'agent de la CPAM après validation médicale). On y constate les différents tarifs possibles pour les visites à domicile, qui durent en général 1 heure (cf. annexe 3).

Micheau et Havette (2014) situent les revenus des sages-femmes libérales « entre le 7^e et le 8^e décile de la distribution des revenus salariaux des français mais parmi les plus bas revenus des professions libérales du champ de la santé, loin derrière les infirmières et les kinésithérapeutes (45 000 € environ) et plus encore des médecins, dentistes ou pharmaciens ».

En revanche, comme pour les infirmiers libéraux, l'attrait d'une autre relation avec les patientes est un élément important, tout comme l'exercice en autonomie ou du moins sans la pression d'une hiérarchie médicale ou administrative. Les sages-femmes mettent aussi en avant la régularité du rythme de travail, l'absence de gardes et de travail de nuit, et donc pour certaines l'activité libérale est choisie aussi pour des raisons familiales. Ce qui se retrouve également chez les infirmiers (Douguet et Vilbrod, 2008, p. 273 – 282).

Une analyse des effets du PRADO sur l'activité de 50 sages-femmes libérales a été menée entre 2010 et 2014 par Douguet et Vilbrod (2016 a, p. 63 – 80). Elle montre que les sages-femmes libérales sont plutôt satisfaites du dispositif car il a amélioré les relations entre elles et les sages-femmes hospitalières, qui sont attachées à faire des transmissions plus complètes au sujet des familles, ce que ne peut faire l'agent de la CPAM ; elles estiment que le suivi postnatal est plus personnalisé et, de fait, plus satisfaisant pour les mères et les enfants qui n'ont plus qu'une seule interlocutrice ; enfin elles estiment que cette organisation octroie une meilleure visibilité de leurs compétences, donc de leur profession, et renforcerait possiblement leur degré d'autonomie. De jeunes installées signalent que ce dispositif a été un tremplin pour développer leur activité, quelques autres soulignent qu'elles y trouvent un intérêt financier plus important par rapport à d'autres activités.

Des critiques ont aussi été émises. Certaines étaient en lien avec les femmes rencontrées ou avec les relations avec l'hôpital, soit parce qu'elles ne connaissent pas les mères antérieurement et préfèrent effectuer un suivi global, soit parce que les sages-femmes estiment que ces mères sont rentrées trop vite à domicile avec un allaitement problématique. D'autres réserves avaient trait aux cotations des actes jugées insuffisantes, à l'organisation qu'elles doivent mettre en œuvre pour répondre à la demande, devant être très disponibles à tout moment, week-end inclus,

ou reporter des rendez-vous. Ces contraintes sont cependant atténuées dans le cadre de collaborations au sein des cabinets, et elles ont aussi parfois été palliées par des coopérations entre cabinets. Mais la crainte de la concurrence a également été énoncée, tout comme la variabilité, selon les mois, du recrutement des accouchées que certaines sages-femmes mettent sur le compte de l'activité fluctuante des maternités (le secteur libéral est alors considéré comme une « variable d'ajustement »).

5. La négociation entre professionnels

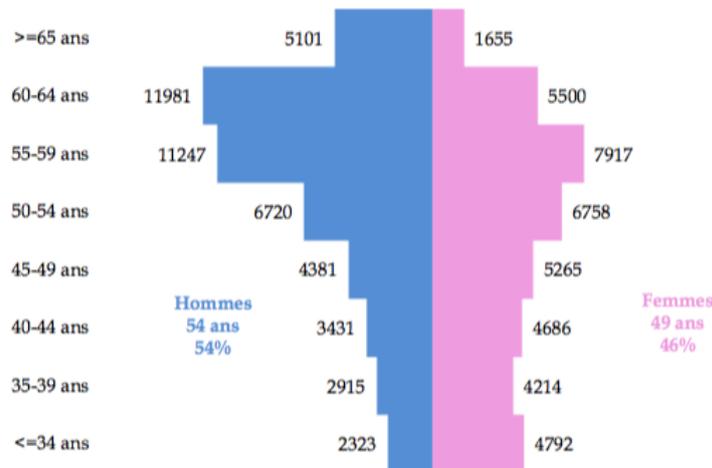
L'hôpital, mais aussi le secteur libéral, sont l'enjeu d'une négociation au sens proposé par Strauss (1963) en raison de la multiplicité des acteurs (professionnels et profanes) et des missions qui leur sont dévolues, qui nécessitent l'application d'une réglementation minimale pour fonctionner. L'interaction entre les différentes professions, la position hiérarchique des professionnels entre eux, et l'activité particulière de l'hôpital, font que ses missions doivent être adaptées selon un ordre particulier, un ordre négocié (Strauss, 1963, Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 30). Les acteurs du système de soins répondent à de nombreux objectifs, spécifiques selon leur mission, individuels (carrière, famille) et institutionnels. Selon la formation initiale, mais aussi selon l'expérience acquise, les interactions entre les catégories évoluent et influent aussi sur la négociation du soin.

5.1. Une diminution du nombre de médecins

Finalement, les sages-femmes acquièrent de manière récente (2009, 2016) des compétences nouvelles qui jusque-là étaient dévolues aux gynécologues libéraux ou aux médecins généralistes (suivi gynécologique, prescription de contraception, vaccination, IVG). Bien que les préconisations institutionnelles de travailler en réseau (textes législatifs de formalisation des réseaux, rapport de la Cour des comptes en 2012) soient de plus en plus prégnantes, tous les gynécologues ne sont pas prêts à « aménager des relais, mettre en place des procédures de coopération d'égal à égal et encore moins envisager des délégations de soins » (Dougnet et Vilbrod, 2016 b, p. 189). Cependant, le constat est fait par le Conseil de l'ordre des médecins (2016) qu'il y a de moins en moins de gynécologues libéraux ou de médecins généralistes. La pyramide des âges de ces groupes professionnels montre la nette diminution des installations chez les plus jeunes (figures 3, 4, 5 et 6). Et de façon générale, la part des nouvelles installations en libéral chez les jeunes médecins, toutes spécialités confondues, ne cesse de diminuer au profit du secteur hospitalier (Schweyer, 2010). Ce contexte démographique influence donc l'attribution des actes aux sages-femmes libérales en particulier.

Les graphiques (figures 3, 4, 5 et 6) sont issus de l'atlas de la démographie médicale 2016 du Conseil de l'Ordre des médecins. Sont précisés l'âge moyen des hommes et des femmes, ainsi que la proportion de chacun dans chaque discipline médicale par tranche d'âge. Il est ainsi possible de constater plusieurs éléments : le nombre de généralistes et de médecins gynécologues non chirurgiens diminuent fortement, la proportion de chirurgiens, pratiquant plus souvent à l'hôpital mais pas toujours exclusivement, reste quasiment constante, enfin la féminisation de ces professions est très marquée.

Figure 3: Pyramides des âges des médecins généralistes



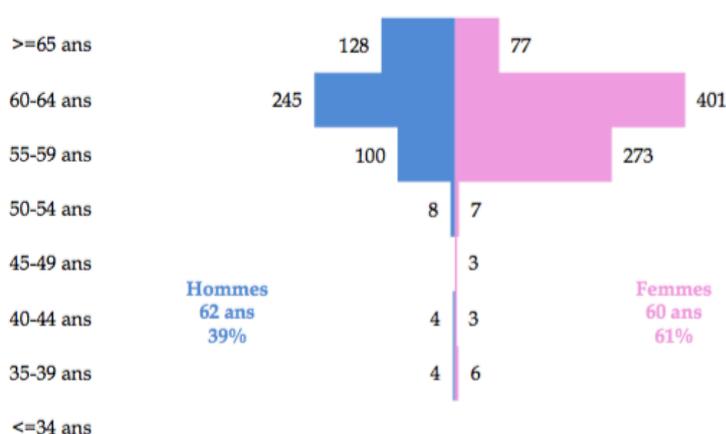
Atlas de la démographie médicale, 2016

Figure 4 : Pyramide des âges pour les gynécologues médicaux



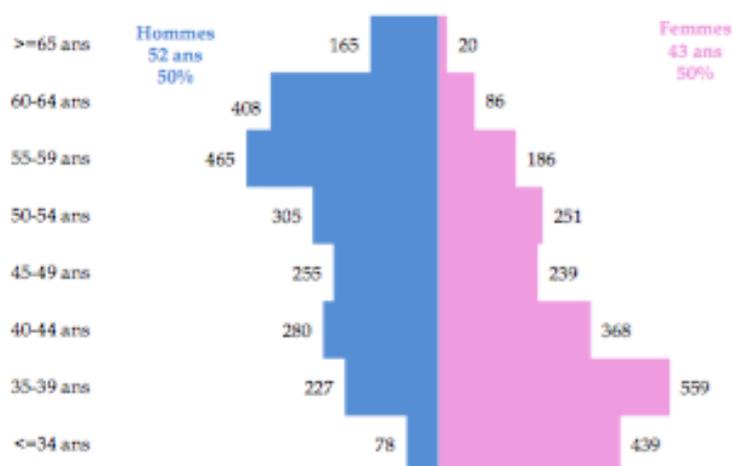
Atlas de la démographie médicale, 2016

Figure 5 : Pyramide des âges pour les gynécologues-obstétriciens



Atlas de la démographie médicale, 2016

Figure 6 : Pyramide des âges pour les chirurgiens en gynécologie-obstétrique



Atlas de la démographie médicale, 2016

Selon les chiffres du rapport du Conseil de l'ordre des médecins (2016), une féminisation de la profession des médecins est surtout constatée pour les plus jeunes générations.

En France en 2006, la DREES relève que la proportion des femmes médecins en activité est de 39 % (Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009) et elle atteint 44,2 % en 2015 (DRESS, 2016). Selon le Conseil national de l'ordre des médecins, en 2006, la proportion de nouvelles inscriptions des femmes à l'Ordre est devenue plus importante (52 %) que celles des hommes. En 2015, selon le Conseil de l'ordre (2016), la part des femmes de moins de 35 ans nouvellement inscrites représentaient 56 % parmi les médecins de moins de 35 ans. Et parmi les moins de 30 ans, les femmes représentent 66 %.

Certaines spécialités médicales sont particulièrement féminisées telles la pédiatrie, l'endocrinologie, la génétique médicale ou la médecine du travail avec plus de 70 % de femmes.

Concernant les spécialités de gynécologie et obstétrique, les chiffres de 2016 montrent des taux variables selon le domaine d'activité. En effet, le Conseil de l'Ordre (2016) relève que la part des femmes dans la pratique de la chirurgie en gynécologie-obstétrique est presque égale à celle des hommes, avec un taux de 49,6 % ; la proportion est nettement plus importante pour l'activité médicale mixte d'obstétrique et gynécologie (qui exclut la chirurgie), où on compte 61 % de femmes et pour l'activité médicale de gynécologie qui concerne 94,4 % de femmes.

La DRESS (2016) effectue un regroupement des disciplines un peu différent à partir des données du Conseil de l'ordre associées à celles issues du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ; et elle relève, pour l'année 2015, 72,3 % des femmes exerçant la gynécologie médicale et 47,5 % pour la gynécologie-obstétrique, avec un total de 7870 praticiens dans ces deux spécialités.

Proche de ce champ d'exercice dans le domaine médical, la profession de sage-femme comptait en 2016, 97,5 % de femmes pour un total de 22 312 sages-femmes (données DREES, 2017).

5.2. Consultation d'orientation ou initialisation du parcours obstétrical par la sage-femme

Un autre moment où la négociation est à l'œuvre et où la sage-femme reprend une place plus importante est celui de la mise en place des consultations d'orientation des femmes enceintes en début de parcours médical, proche en cela du modèle des Pays-Bas décrit par Akrich (1995 a, b) (cf. chapitre 1 : la médicalisation de la naissance). Il s'agit d'une recommandation publiée par la HAS en mai 2007 (actualisée en 2016) et effectuée sur la demande conjointe du Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF), de la Société française de médecine périnatale (SFMP), du CIANE et du Collège national des sages-femmes (CNSF).

Cette recommandation s'inscrit dans les thématiques « qualité » et « humanité » du plan périnatalité 2005-2007 : « pour améliorer la qualité des soins et développer une offre de soins plus humaine et plus proche autour de la naissance ».

Dans le schéma prévu par la HAS, une première consultation est réalisée pour déterminer le niveau de risque de la grossesse. Il s'agit d'orienter la patiente en fonction du diagnostic de normalité (la physiologie) ou d'anomalie repérée (pathologie). En fonction du diagnostic posé, et du degré de pathologie identifié (bas risque/haut risque), la patiente sera dirigée vers un parcours « physiologique », aussi appelé « A », effectué par une sage-femme ou un médecin généraliste en établissement ou en libéral. Selon le contexte médical, l'avis d'un spécialiste est

facultatif (parcours « A1 »), ou obligatoire (parcours « A2 »); lorsqu'un risque plus élevé apparaît, la surveillance par un obstétricien au sein de la maternité s'impose (parcours « B »). Cette première consultation peut être aussi l'occasion de faire un point plus global, envisageant la dimension psycho-sociale chez les patientes et les familles rencontrées. Il s'agit alors de réaliser un repérage des difficultés sociales ou psychologiques dans un but d'orientation vers d'autres professionnels (assistantes sociales, psychologues...), en envisageant avec les femmes/les couples, leur activité professionnelle et éventuellement leurs ressources financières, leur lieu d'habitation, leur charge familiale, leur état émotionnel, leur possibilité de repos, la préparation de l'arrivée de l'enfant...

En pratique, les maternités qui ont adopté ce dispositif, mettent de fait les sages-femmes en première ligne. On en arrive à un schéma de prise en charge des grossesses complètement différent : alors qu'en 1946 les médecins réalisaient la première consultation et orientaient éventuellement vers les sages-femmes pour les deux autres consultations prévues, le processus identifié ici est donc inverse, témoin d'une volonté politique et aussi économique de laisser ce premier rendez-vous aux sages-femmes, identifiées comme « acteurs de soins de santé primaires » et référentes de la physiologie, mais traduisant également des relations évolutives et négociées entre ces deux catégories professionnelles.

5.3. Des lieux d'exercice pluriprofessionnels

Le champ d'exercice des sages-femmes les amène à partager de nombreuses compétences avec d'autres professionnels, en particulier avec les médecins généralistes et les gynécologues obstétriciens pour le suivi prénatal, avec les pédiatres et les généralistes pour une partie du suivi de l'enfant lors du retour à domicile ou les conseils en allaitement, avec les kinésithérapeutes pour la rééducation périnéale. Le fait qu'elles n'aient pas de monopole sur ces activités est potentiellement source de crispations, voire de conflits avec les autres professionnels (Douguet et Vilbrod, 2016 b, p. 146).

Les relations entre infirmiers et médecins généralistes ont déjà été étudiées (Vilbrod, 2003, p. 153 – 164). Les trois activités professionnelles d'infirmière, de médecin généraliste et de sage-femme sont bien distinctes, leur champ de compétence et d'autonomie ne sont pas les mêmes, les identités professionnelles sont différentes. Cependant, comme les infirmières, les sages-femmes cherchent à « se soustraire aux effets de la domination médicale » (ibid. p. 159), soit en cherchant à prendre de la distance (cabinet indépendant), soit inversement en tentant d'établir des interactions avec les médecins.

L'exercice en maison médicale de santé est une possibilité pour « nouer des alliances » (ibid. p. 161) et « établir des relations de confiance » où les généralistes sont très présents (Douguet et Vilbrod, 2016 c, p. 168). Mais peu de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ont des projets communs avec les sages-femmes. Douguet et Vilbrod ont étudié les MSP de la région de Bretagne, et plusieurs modèles de collaboration ont été retrouvés entre les professionnels : « le travail à côté mais pas ensemble » avec des sages-femmes estimant que les médecins n'ont pas assez de connaissances en gynécologie-obstétrique ; un 2^e modèle où les médecins sont très critiques envers les sages-femmes et n'orientent pas leurs patientes vers elles ; le 3^e est celui de la coopération « sous conditions », en fonction du partage des compétences et de la charge d'activité ; le dernier modèle est une coopération « au bénéfice des patientes », qui correspond à une collaboration sous le signe de la confiance, liée aussi à la connaissance des compétences de chacun. Douguet et Vilbrod (2016 c, p. 174 – 176) notent également que certaines sages-femmes se retirent de ce type de structure, n'y ayant pas trouvé de satisfaction car peu impliquées dans la « dynamique » de la MSP et peut-être déçues des coopérations espérées.

5.4. L'organisation ville-hôpital, terrain de négociation en périnatalité

En périnatalité, la définition de parcours « bas risque » et « haut risque » recommandée par la HAS (2016), laisse donc une plus grande place aux sages-femmes, au moins en début de parcours des femmes enceintes. Cette disposition n'est toutefois pas généralisée partout.

Elle permet ainsi aux établissements d'organiser les parcours selon leurs capacités mais aussi selon les ressources disponibles alentour. Micheau et Havette (2014) définissent plusieurs modèles d'organisation selon les secteurs public ou privé dans la région Ile-de-France. Le modèle « autarcique », correspond à une prise en charge complète par la structure hospitalière du suivi prénatal, de la naissance et du suivi postnatal. Il est expliqué par la « force de l'habitude », le peu de recours possible en ville voire le manque de confiance envers les libéraux existants. A l'opposé, le modèle « ville-hôpital » consiste en une répartition des soins entre l'hôpital et le libéral, selon les niveaux de risque identifiés par les sages-femmes en maternité lors de la consultation d'orientation. Dans ce cas, la ville assure le maximum de soins, l'externalisation est proposée dès que possible avec le recours à l'HAD durant la grossesse si nécessaire et le retour précoce après la naissance. Il implique donc d'avoir des ressources locales appropriées. En position intermédiaire se trouve le modèle « flou », les établissements concernés s'organisent en fonction de « contraintes », le recours à la ville est aléatoire, le suivi prénatal à l'hôpital n'est pas déterminé (il peut débiter au 6^e ou au 8^e mois), l'hôpital est centré sur la naissance, il n'y a pas de secteur d'HAD ; alors les équipes improvisent, « trouvent des

solutions ». Enfin, le dernier modèle qui concerne le secteur privé à but lucratif, a été appelé modèle « privé faux autarcique », car il externalise très peu, considérant comme un « service offert » aux patientes d'exercer la totalité des soins en son sein. Et les sages-femmes qui y exercent, ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires, sont perçues comme attractives pour les familles aux ressources limitées. Donc, il apparaît selon ces divers modèles que le recours aux professions libérales est dépendant du nombre de professionnels disponibles, mais aussi de la politique et de la volonté des établissements. Et donc, il est possible de supposer que cette organisation a un retentissement sur la prise en charge à domicile après la naissance.

Conclusion du chapitre

« La médecine est une institution centrale dans toutes les sociétés industrielles et la santé est une dimension de la vie sociale et économique, individuelle et collective, dont l'importance s'est considérablement accrue au cours des dernières décennies » nous rappellent Herzlich et Pierret (2010). Nous l'avons constaté pour le domaine périnatal avec l'influence du pouvoir médical au sein de la société. Le nombre de médecins a beaucoup augmenté et le budget des dépenses de santé en France est conséquent, témoin de la préoccupation politique pour le sujet (ibid.).

Plus spécifiquement, la profession obstétricale est, depuis la médicalisation de la naissance, de plus en plus centrée sur la naissance et elle-seule. Knibiehler (2016, p. 47) définit l'accouchement comme « l'étape ultime » pour l'intérêt des professionnels (cf. chapitre 1 : la médicalisation de la naissance).

Les sages-femmes ont durablement accepté des rapports de domination de la part des médecins, hommes, depuis l'instauration officielle de leur formation. Ainsi en espérant une forme de reconnaissance de leur profession, elles ont consenti également à la subordination de leur activité et de leur enseignement. Celui-ci est à l'heure actuelle toujours sous la responsabilité d'un médecin associé à la directrice de l'école de sages-femmes. Sage-Pranchère (2017, p. 21) précise que « le contrôle sur la transmission du savoir des sages-femmes, autre facette essentielle de l'autonomisation professionnelle, est réduit sans être perdu ».

Les médecins qui ont exercé aussi un rôle de contrôleur social et d'entrepreneur moral (Becker, 1963, Freidson, 1970) et ont occupé de hautes fonctions politiques et sociales, ont contribué de manière décisive à l'apport de la notion de risque pour la naissance. Cela a modifié les

conditions de la naissance avec un bénéfice certain, mais a de fait induit un contrôle des femmes et de la profession de sage-femme. Les sages-femmes qui exercent à l'hôpital sont soumises à une organisation managériale et médicale qui leur laisse peu d'autonomie et leur profession peut presque être assimilée, de nos jours, à une pratique paraprofessionnelle (Freidson, 1970, p. 85 – 86 ; Schweyer, 1996).

Cependant, l'accroissement récent des compétences, le déploiement de l'activité libérale, les dispositifs institutionnels proposés pour orienter les femmes enceintes en début de grossesse ou pour accompagner les mères lors du retour à domicile, l'expérimentation des maisons de naissance, font entrevoir un possible regain d'autonomie pour les sages-femmes.

La période postnatale est un moment particulier où « l'ordre négocié » est à l'œuvre. Selon les contacts et la confiance envers le professionnel noués par la mère et sa famille avant la naissance, ces dernières donneront probablement une priorité à la personne ressource identifiée pour obtenir des conseils ou un suivi. Le médecin de famille peut percevoir son rôle parfois remis en question lors du suivi à domicile par une sage-femme libérale, ou inversement la sage-femme libérale n'investira pas le suivi à domicile si le recours au généraliste est prévu ; tout comme se sentira évincée la sage-femme de ville ou de PMI qui a réalisé le suivi prénatal et n'est pas sollicitée pour le suivi postnatal par le service de maternité ou l'agent administratif qui gère le PRADO.

L'organisation ville-hôpital, préconisée depuis quelques années par le système de soins, est également en faveur de l'amplification de l'activité des sages-femmes libérales et en est même un facteur exogène, le facteur endogène étant, lui, lié à l'autopromotion faite par les sages-femmes de leur activité et de leurs compétences qui s'accroissent et qui leur octroient une meilleure visibilité au sein du système (Micheau et Havette, 2014).

Chapitre 3 : Naissance dans les milieux populaires

L'émergence du terme « classes populaires » est apparu au sein des études sociologiques durant les années 1970. Au cours des années 1970-80, la classe ouvrière ou prolétaire a été amplement étudiée (Hoggart, Schwartz, Bourdieu, Passeron, Pétonnet, Paugam), mais la notion a surtout été développée à partir des années 1990 (Schwartz, 2011, Siblot et al., 2015).

Peu à peu, la sociologie de la classe ouvrière a évolué vers une sociologie intégrant la classe ouvrière dans les « mondes populaires plus vastes » (Siblot et al. 2015) incluant la catégorie des employés. Les recherches effectuées dans les années 1980-90 sur les ouvriers et employés amenèrent les chercheurs à élaborer la notion de « classes populaires » signifiant alors plus généralement les catégories de dominés et établissant des liens entre elles. Que peut-on dire plus particulièrement sur la naissance au sein de ces classes ? Y a-t-il des spécificités les concernant ? Comment se déroule l'arrivée d'un enfant ? La naissance au sein des familles de milieux populaires a-t-elle des effets sur elles ?

1. Pour définir les classes populaires

1.1 La famille au sein des *working classes* selon Hoggart

Un des précurseurs de l'étude des classes populaires en Angleterre, Hoggart (1970), a défini, dans son livre « la culture du pauvre », un modèle des *working classes* (ouvriers, salariés, petits artisans des quartiers industriels du Nord du pays) comme étant très centrées sur la famille, sur l'entourage par l'« importance conférée aux liens domestiques et aux relations de voisinage » (ibid., p. 65). La mère de famille, par son expérience, occupe « une position centrale dans la constellation familiale », voire devient « un pivot » (ibid., p. 75), ses fonctions la rendant « maîtresse chez elle », et « garant de l'unité familiale », en maintenant le contact avec l'ensemble des autres membres. Le père qui travaille est plutôt tourné vers l'extérieur (se tenant plus au courant de l'actualité, de la politique), et c'est à la mère que reviennent les tâches administratives, le suivi médical des enfants, tout comme la contraception (ibid., p. 80). Sur ce dernier point, Hoggart relève qu'à l'époque la demande d'une contraception locale chez le pharmacien gêne les femmes et grève le budget restreint, ce qui conduit à la venue d'enfants non désirés. La tenue du budget familial représente pour elle une « contrainte », n'ayant pas de « marge de sécurité » (ibid., p. 77) : « le budget familial est équilibré à un sou près et il faut déployer des trésors d'ingéniosité pour se maintenir à flot et se tirer des mauvaises passes ». Hoggart (ibid., p. 78) précise « l'obsession constante d'un impossible équilibre financier » des

mères de famille, permettant de comprendre ainsi quelles seront leurs priorités (alimentation, tenue du ménage, enfants).

Durant l'adolescence, avant la fin de leur scolarité vers 16 ans et jusqu'au début de la vie professionnelle, période qu'Hoggart nomme « la belle vie » (ibid., p. 89), puisqu'il s'agit du moment où il est possible de « prendre du bon temps », les jeunes filles sont impliquées dans la tenue du foyer et sont initiées « au maternage et au ménage » en s'occupant de leur fratrie ou des enfants du voisinage (ibid., p. 90) ; gestes qu'elles retrouvent quand vient leur tour d'être mère puisque la « vie réelle » est constituée du mariage et de la venue des enfants (ibid., p. 89).

Une autre caractéristique des classes populaires anglaises selon Hoggart est la faible mobilité géographique (ibid., p. 102) concernant l'installation (« une famille étendue n'est dispersée que sur un périmètre étroit et cela "depuis toujours" »), mais concernant aussi les sorties, restreintes (« infime amplitude des déplacements »). Et pour les conseils généraux sur la manière de mener leur vie, « les gens du peuple s'en tiennent à l'environnement immédiat et concret, ne se fiant qu'au monde restreint de la famille et des amis. On retrouve au sein de la cellule familiale et locale le sentiment de sécurité que procure l'impression d'être « chez soi » et « entre soi » (ibid., p. 151), qui fait s'opposer « eux », c'est-à-dire « les autres » (comprenant les membres de toutes les autres classes sociales, a priori plus puissants, dominants), aux « nous » (monde des ouvriers, les classes populaires) (ibid., p. 117-146). Ce localisme est donc une des caractéristiques des *working classes* selon Hoggart, tout comme le familialisme en est une autre (Siblot et al., 2015, p. 131). Bien que la société, les catégories socio-professionnelles, l'économie aient évolué depuis le travail mené par Hoggart, certaines caractéristiques demeurent qui permettent de comprendre les classes populaires.

1.2. Plus récemment, une notion des classes populaires qui s'étend

La question de l'assimilation des exclus aux classes populaires (au sens d'exclusion sociale par le chômage et la précarisation) s'est progressivement posée, catégorie devenue plus importante à la fin des années 1990 avec la montée du chômage. Castel (2009, p. 342) définit l'« exclusion », comme « des situations qui traduisent une dégradation par rapport à une position antérieure. Ainsi la situation vulnérable de celui qui vit d'un travail précaire ou qui occupe un logement dont il peut être chassé s'il ne parvient plus à payer ses traites ». La caractéristique de « l'exclu » est qu'il a un « rapport perdu au travail » (ibid. p. 343) et qu'il est isolé sur le plan social. Castel le qualifie de « désaffilié » pour préciser la succession de décrochages subie par « l'exclu » par rapport aux « états d'équilibres antérieurs plus ou moins

stables, ou instables » (ibid.). Pétonnet (2012) démontre également, dès les années 1970, les effets des mécanismes cumulatifs liés à la pauvreté, à l'exclusion : effets sur le corps, le social, l'espace, le travail. Et Bresson (2007 b), rappelle que la pauvreté, avant d'être une question sociologique est une question sociale, toujours d'actualité, en lien avec l'évolution de la société marquée par l'incertitude.

Schwartz (2011) envisage les classes populaires comme des classes dominées, hétérogènes selon les conditions d'existence ou les comportements : « le sexe, la génération, l'appartenance plutôt rurale ou citadine, le degré d'instruction, les diverses caractéristiques du travail, les trajectoires sociales constituent autant de principes de différenciation qui peuvent être extrêmement importants » (ibid., p. 27) qui expliquent la « stratification interne » aux groupes dominés. Il inclut dans les classes populaires les ouvriers, employés, agriculteurs, petits artisans ou commerçants, salariés d'entreprise, ou les marginaux. Il précise que les classes populaires sont sujettes à la vulnérabilité économique, mais aussi sociale. Il évoque la notion de « discontinuité culturelle » ou de « séparation culturelle » avec les classes et normes dominantes, c'est-à-dire une « dépossession » d'éléments de culture socialement importants, telles les « compétences scripturaires » définies par B. Lahire (Schwartz, 2011) correspondant au fait de manier l'écrit et les pratiques autour de l'écrit.

1.3. La notion de précarité

La notion de précarité (Bresson, 2007 a, 2011, 2016) est sujette à des interprétations multiples. Ainsi l'une d'elles est d'y faire entrer tous types d'« exclus », sur le plan physique, mental ou social. La précarité peut aussi être définie hiérarchiquement par rapport à la pauvreté et à l'exclusion : la précarité liée à de moindres revenus, des emplois instables ou des difficultés d'accès à l'éducation, peut conduire à la pauvreté (« dénuement supplémentaire »), voire à l'exclusion, en termes d'habitat particulièrement. Une troisième interprétation envisage la notion de « basculement possible » d'une situation « intégrée mais fragile », avec un risque de mise au ban de la société. Enfin, une autre lecture de la précarité, plus éloignée de la pauvreté, peut être associée à « l'incertitude, l'instabilité d'une situation dans une société sans cesse en mouvement », qu'il est possible de rapprocher de la caractéristique de la condition humaine de façon plus générale (Bresson, 2007 a, p. 10). Toutefois, l'incertitude, envisagée comme une expression de la liberté individuelle, peut être perçue de manière positive si on se réfère à Beck (1986) (Bresson, 2016, p. 55).

Paugam (1991, p. 31-34) a défini une typologie au sein de la classe des « pauvres » : les « fragiles » sont dans l'incertitude de leurs revenus liée à des contrats professionnels précaires et bénéficient d'interventions sociales ponctuelles au gré des difficultés rencontrées ; les « assistés » relèvent d'une prise en charge institutionnelle qualifiée de « lourde » et celle-ci concerne des ménages ayant des handicaps physiques ou moraux ou des problèmes pour s'occuper de leurs enfants ; les « marginaux », sans « statut et pouvoir », sans emploi ni ressource, ne jouissent plus d'allocation chômage, vivent dans une grande précarité.

Desprès (2013, p. 3-4) envisage la catégorie des précaires comme celle de personnes qui connaissent des difficultés sociales, mais dans un moindre « dénuement » que celles des personnes en situation de pauvreté. Elle reprend la terminologie développée par le fondateur d'ATD Quart Monde, le Père Wresinski (1987, p. 6) : « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

Ces définitions rendent compte de la complexité et de l'interdépendance des facteurs concernés d'où résulte une situation sociale particulière. Elle implique alors la prise en considération d'une dimension objective (difficultés par rapport à l'emploi, situation financière fragile, problèmes familiaux) et une dimension plus subjective liée à la gestion de l'incertitude, au désarroi et au risque potentiel engendrés par cette situation objective.

1.4. Repli sur soi

Au niveau sociologique pour Pitrou (1978), Hoggart (1970) ou Schwartz (1990, 2011) le repli sur soi ou la « faible ouverture au monde extérieur » (Schwartz, 2011, p. 36) semble donc être une caractéristique des classes dominées : « il est sans doute la manifestation la plus claire de l'opposition qui existe dans la vie sociale » (Pitrou, 1978, p. 217). Segalen et Martial (2013, p. 50) aborde la notion d'endogamie professionnelle pour traduire cet entre-soi. Pitrou et Schwartz (2011) relèvent ainsi le risque pour les familles issues « des classes sociales les moins insérées » de rester « entre soi », organisation « à portée de main, psychologiquement proche » (Pitrou, 1978, p. 215). Schwartz (2011) aborde la notion « d'auto-exclusion consentie » pour expliquer

les difficultés ou le refus d'accéder au monde extérieur. Il y aurait d'une part une société formelle représentante des citoyens et de l'autre les « sans-pouvoirs » (Pitrou, *ibid.*), hormis le bulletin de vote (lui-même discrédité et conditionné à l'influence de la classe dirigeante). Une certaine méfiance est de mise par rapport aux organisations sociales dans lesquelles les classes populaires ne se reconnaissent pas, et qu'une distance existe avec les centres de décision où se construisent « les jeux économiques et sociaux » et « l'étrangeté (ou la non-familiarité) avec les règles de ces jeux » (Pitrou, 1978, p. 217). Schwartz (2011, p. 36) qualifie ces caractéristiques comme des « formes d'insularité collective des groupes dominés » qui se transmettent au sein des familles des classes populaires. La reproduction sociale est ici envisagée comme la transmission d'une génération à l'autre concernant le travail, les modes de vie et le contexte culturel (Siblot, 2015, p. 131). Bourdieu (1979, p. 442) aborde la notion de « clôture qu'exerce l'homogénéité de l'univers social. (...) L'univers des possibles est fermé » et il définit les pratiques des classes populaires comme faisant « le choix du nécessaire au sens à la fois du fonctionnel et de ce qui est imposé par une nécessité économique et sociale condamnant les gens “simples” et “modestes” à des goûts “simples” et “modestes” ». Schwartz (1997, p. 41-42) note cependant qu'une relative « acculturation aux formes symboliques dominantes » est à l'œuvre faisant évoluer les classes populaires « hoggartiennes » vers les classes populaires contemporaines « extraverties », qui accèdent par l'école, par l'ouverture au monde extérieur (« dimension émancipatrice ») à certaines formes de la culture légitime. Il précise néanmoins que « de puissants processus acculturatifs n'empêchent nullement les mécanismes de la dépossession et de la différence culturelles de continuer à produire intensément leurs effets ».

Selon les difficultés rencontrées, la situation sociale, certaines stratégies sont mises en œuvre par les personnes concernées à propos de leur trajectoire de soin, qui sont de l'ordre de la « délibération » (Desprès, 2013, p. 2), voire du renoncement au soin. La situation sociale précaire, voire la désaffiliation sociale (Castel, 2009, p. 302) ou disqualification sociale (Paugam, 2013), induit des problématiques particulières qui vont avoir potentiellement des effets sur le rapport aux soins à l'occasion de l'arrivée d'un enfant.

2. Du désir d'enfant...

2.1. Vocation immédiate

Schwartz (1990), Tillard (2002 a) précisent, tout comme l'avait fait Hoggart (1970), que les identités sexuelles sont très marquées au sein des classes populaires qui « résistent à la menace de brouillage ou de simple réduction des distances entre pôles masculins et féminins

traditionnels » (Schwartz, 1990, p. 204). Il n'y a pas possibilité de « réversibilité dans le grand partage des attributs, ni de circulation des places à l'intérieur d'une fonction parentale commune » (ibid.). Il n'y a pas « d'«impreunabilité» du masculin sur le féminin et réciproquement » que Schwartz définit autrement comme la « non-échangeabilité radicale ». Cette distinction est également le socle de la société maghrébine, où en particulier le rôle dévolu aux femmes concerne le maternage des enfants et la charge domestique, et celui des hommes le « travail productif et l'autorité » (Tillard, 2002 a, p. 222) ainsi que la représentation extérieure (politique, syndicale). Tillard (ibid.) relève que la culture ouvrière du Nord et la culture maghrébine présentent plusieurs points de convergence et que cela facilite l'intégration des jeunes femmes au sein des familles originaires du Maghreb, spécifiquement quand elles connaissent une situation personnelle ou familiale fragile.

Selon Schwartz (1990, p. 135), qui a étudié le monde des ouvriers au début des années 1980, les familles précaires sont des familles souvent nombreuses : « leur pratique de fécondité élargie n'est pas entamée par les incertitudes du présent et de l'avenir ». Fécondité précoce en effet car le projet d'enfant n'est pas reporté après la mise en couple, « vocation immédiate » selon Schwartz. Ce qui est spécifique aux familles d'ouvriers, c'est que la venue de l'enfant permet d'accéder de façon indéniable aux valeurs d' « être » et d' « avoir » : l'arrivée de l'enfant est un acte deux fois « fondateur d'être », car les parents acquièrent une nouvelle responsabilité, celle de parents, signe d'une double identité, sexuelle (femme/homme) et sociale (mère/père) ; et « fondateur d'avoir », l'enfant apparaissant comme « l'objet » idéal, non en tant que bien, mais comme possession du couple, réalisant le « fantasme d'appropriation et d'avoir ». Schwartz a constaté que ce fait était particulièrement évident chez les jeunes femmes non diplômées.

Lors de sa recherche menée en 1975, mais dont plusieurs analyses restent d'actualité, Pétonnet (2012, p. 283-293) avance l'explication que, bien que la société moderne conçoive une dissociation entre sexualité et procréation, elle ne s'applique pas de la même façon au sein des classes populaires. Les jeunes, selon elle, tentent d'exprimer leur maturité sexuelle dès que possible et en profitent « comme s'ils devaient en jouir pendant qu'il en est temps encore, sachant que les responsabilités prises en couple leur apporteront la contrainte ». La capacité de concevoir est une forme de puissance pour les plus démunis, puissance que les femmes donnent aux hommes selon Pétonnet, et finalement « ce n'est pas tant l'enfant qui est en jeu que sa conception ». Ainsi l'avortement sera préféré plutôt que l'utilisation de la contraception,

identifiée comme responsable de divers problèmes tels que maux de tête ou diminution de la libido.

2.2. Un accès à la parentalité socialement différencié

Plus récemment, Siblot et al. (2015, p. 137) confirment que l'accès à la parentalité est plus précoce chez les personnes ayant un faible niveau d'études quel que soit le sexe : l'âge moyen au premier accouchement est de 25,3 ans pour les femmes non diplômées, 26,1 ans pour les femmes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat, 28,3 ans pour celles ayant obtenu le bac et 30 ans pour les femmes ayant des diplômes supérieurs. En 2008, les femmes sans diplôme sont plus jeunes de 3,5 ans par rapport aux diplômées du supérieur à la naissance de leurs enfants, et 2 ans plus jeunes que celles titulaires du baccalauréat (Davie et Mazuy, 2010, p. 487). L'âge moyen à l'accouchement s'élève ainsi avec le diplôme.

De même l'arrivée de l'enfant est plus rapide après l'installation en ménage chez les couples issus des classes populaires : de 3 ans à près de 4 ans chez les inactifs, ouvriers et employés, avec néanmoins une distinction pour les femmes employées qui attendent plus de 4 ans, durée proche des classes moyennes. Les couples de cadres attendent en moyenne plus de 5 ans pour avoir leur premier enfant.

Concernant la fécondité, Mazuy (2002) établissait en 1999 pour l'INSEE que la fécondité était plus importante chez les inactives et agricultrices, un peu moindre chez les ouvrières et employées et encore bien inférieure pour les professions intermédiaires et supérieures. Davie et Mazuy (2010, p. 487) précisent ces différences : les moins diplômées ont une « fécondité plus forte, plus précoce et plus étalée ».

A propos des femmes concernées par l'immigration, Davie et Mazuy (2010, p. 496), se référant aux enquêtes annuelles de recensement, confirment le fait que la fécondité des femmes immigrées (non natives en France) est liée à la durée de séjour sur le territoire. L'indice de fécondité est « surtout élevé peu après leur arrivée, d'autant plus qu'elles sont peu diplômées. Le motif de la migration (regroupement familial notamment) explique que la fécondité soit élevée une fois que les femmes retrouvent leur conjoint en France ».

2.3. Une planification également différenciée

Pour expliquer la survenue de grossesses nombreuses chez les femmes issues des classes populaires, il semble intéressant de comprendre quelles sont les pratiques de contraception au sein de cette catégorie. L'inégalité d'accès à la contraception relevée par Bajos (2004 et 2012)

s'est atténuée concernant l'utilisation de la pilule et du stérilet au cours des années 1990-2000. Au début des années 2000, l'inégalité sociale concernait essentiellement le type de pilule utilisée, en raison de leur coût : les pilules de 3^e génération, non remboursées, étaient plus fréquemment utilisées par les femmes de classes plus favorisées.

Néanmoins, Bajos (2012) constate, à l'issue de l'enquête FECOND réalisée en 2010 par l'INSERM et l'INED, que l'accès à la contraception est socialement différencié : « les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural, n'utilisent pas de contraception du tout plus fréquemment que les autres. Les ouvrières sont 6,5 % dans ce cas contre seulement 1,6 % des femmes cadres ».

Bajos (2012) constate que le type de suivi médical est variable selon le niveau socio-économique : les femmes issues des classes moins favorisées sont moins nombreuses à être suivies par un gynécologue (73 % pour les ouvrières contre 82 % pour les cadres). Ce constat a également une conséquence sur le type de prescription, puisque les gynécologues se sentent plus à l'aise avec la pose du stérilet que les généralistes (26 % vs 7 %), alors que ces derniers prescrivent plus facilement la pilule (70 % vs 48 %). L'enquête a été réalisée alors que les compétences dévolues aux sages-femmes pour le suivi gynécologique de prévention venaient d'être promulguées par la loi HPST de 2009, loi qui pourra éventuellement avoir une incidence dans les années à venir.

Une certaine désaffection pour la pilule a été constatée chez les jeunes de 20-24 ans, expliquée par Bajos (2012) par la dégradation des conditions économiques rencontrées par ce groupe, un taux de chômage qui s'élève pour ces jeunes femmes (de 16,5 % en 2000 à 21,2 % en 2010) : « les jeunes femmes de 20-24 ans qui connaissent une situation financière délicate et qui ne vivent plus chez leurs parents utilisent moins souvent la pilule que les autres (71 % contre 88 %) ». Pour les mêmes raisons, le suivi gynécologique de prévention a aussi diminué entre 2000 et 2010 pour les femmes de 20 à 24 ans passant de 6,9 % à 12,2 % de jeunes femmes non suivies (Bajos, 2012).

Bajos (2012) signale que 3 % des femmes n'ont pas de moyen de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas de grossesse. « Cette situation est plus fréquente chez les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural » et rend donc plus probable la survenue de grossesse non désirée.

Est-ce que les inégalités constatées sont liées aux prescripteurs ? Actuellement, la pilule est utilisée par une femme sur deux, et le stérilet par une femme sur cinq. Bajos (2012) précise que le modèle contraceptif français est « figé » : « caractérisé par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient ». Les professionnels de santé n'adaptent pas leurs pratiques prescriptives aux patientes en fonction de leur demande, besoin, niveau socio-économique. Par exemple, le stérilet est une méthode reconnue comme très efficace, il est posé pour 3 à 10 ans selon le type de dispositif, mais facilement retiré en cas de désir de grossesse. La HAS (2013) précise que « le recours à cette méthode contraceptive permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise ».

Dès 2004, la HAS le rendait possible chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfant, il n'est pourtant prescrit que pour 1,3 % de ces femmes et 20 % pour celles qui n'ont qu'un enfant, alors que le chiffre s'élève à 40 % à partir de deux enfants. Les convictions des professionnels sont encore fortes actuellement : près de 70 % des gynécologues et près de 85 % des généralistes estiment qu'il n'est pas adapté aux femmes n'ayant jamais eu d'enfant (Bajos, 2012).

Le recours à l'implant hormonal sous-cutané est limité également : disponible depuis 2001, il a une durée d'action de 3 ans et est utilisé en moyenne par 2,6 % des femmes. Il est nettement plus prescrit chez les femmes ayant des difficultés financières (4,5 % vs 1,7 %) et plus encore chez les femmes d'origine subsaharienne (23,5 % vs 2,4 %). Bajos émet l'hypothèse que « l'utilisation de l'implant semble, pour partie, renvoyer à un modèle contraceptif qui prône de prescrire aux femmes étrangères une méthode dont l'efficacité ne dépend pas de leur observance supposée a priori défaillante ».

3. Effets de la grossesse

Strauss (1963, p. 95 – 139) aborde avec le changement de statut la notion de « moment critique » signifiant « je ne suis plus le même qu'avant ». Il est alors possible d'envisager la grossesse comme une expérience, un « défi », un « moment décisif dans le déroulement de la vie et de la carrière d'une personne », moment qui va avoir à tout le moins des répercussions sociales et institutionnelles.

Plus spécifiquement chez les adolescents, dans son étude au sein de quartiers populaires, Pétonnet (2012, p. 292) constate que la grossesse, souhaitée plus ou moins consciemment, est

l'expression d'une volonté de s'affirmer et d'atteindre la « puissance sexuelle réservée aux adultes », à rapprocher d'une forme de « transgression » de l'interdit.

Tillard (2002 a), lors de son étude au sein d'un quartier populaire de Lille, constate que la grossesse y est rarement planifiée par les couples et perçue plutôt comme « un état de fait ou un syndrome ». Elle définit plusieurs modèles pour dire la grossesse selon les propos des femmes interrogées à mettre en lien avec leurs représentations.

Le premier (p. 67 – 69) envisage la grossesse comme un « obstacle à la physiologie féminine », exprimée par les termes tels que « tomber enceinte » ou « être prise », assimilables au vocabulaire militaire. Le constat de grossesse les fait ainsi passer dans un nouvel état, qui empêche l'apparition des menstruations, « fonctionnement ordinaire de la physiologie ».

Le deuxième modèle (p. 70), « la grossesse comme accident de cause exogène », aborde le fait que la grossesse est arrivée par « accident », sans contraception ou avec une contraception utilisée de façon aléatoire. Elle est alors « une mise à l'épreuve de la capacité à engendrer ». Le couple est « dépositaire » de la fonction de procréation « vérifiée rétrospectivement ».

Le troisième modèle (p. 71) envisage la grossesse « comme expression d'un trouble interne », apparue aux stades de transition ou « intermédiaires » de la vie génitale, c'est-à-dire au moment de l'adolescence et de la pré-ménopause, quand les « règles sont irrégulières », la grossesse est donc inattendue.

Le quatrième modèle (p. 72) appelé « la grossesse : une soustraction suivie d'une addition » concerne l'absence de règles (selon les termes usuels, la femme « ne voit plus » ses règles ou ne « s'est pas revue »), et constitue un « symptôme soustractif » (tout comme le sont aussi les vomissements de début de grossesse), symptôme perçu avant le diagnostic officiel, médical. Le symptôme « additif » est ici représenté par l'augmentation du volume des seins et la prise de poids.

Le cinquième modèle (p. 73) perçoit la grossesse « comme signe de l'harmonie » qui existe au sein d'un couple à opposer à la stérilité vue comme un déséquilibre. Cette harmonie est susceptible de se transmettre au réseau familial : « les relations familiales produisent le désir d'enfant et sont indirectement responsables d'une “épidémie” de grossesse ».

Le sixième modèle (p. 75) conçoit « la grossesse comme prélude au passage » de la fille à la mère, et qui constitue une étape décisive et définitive. Il est particulièrement visible chez les filles qui interrompent alors leur parcours scolaire pour entrer pleinement dans leur « nouveau statut de mère ».

De fait, la grossesse représente une entrée dans une forme de maturité chez les plus jeunes, elle est souvent marquée par l'imprévu. La difficulté rencontrée réside dans le jeune âge au moment de la 1^{re} grossesse, plus fréquemment retrouvé dans les classes populaires.

4. La naissance, enjeu de contrôle social

4.1. Intérêt médical ou visée sociale ?

Comme nous l'avons vu précédemment (cf. chapitre 1 : la médicalisation de la naissance), le suivi prénatal a été, à partir des années 1970, l'objet d'une « amplification de l'intérêt médical » (Tillard, 2002 a, p. 281). Les rendez-vous à la maternité se multiplient, le nombre de consultations augmente, les échographies sont de plus en plus nombreuses, sans compter les entretiens, réunions proposées, séances prénatales : au total, au moins dix-huit rendez-vous sont possibles au cours d'une grossesse qualifiée « à bas risque », c'est-à-dire physiologique, ne présentant aucun problème particulier (Philippe et Carton, 2010). Cahen (2014) avance que cette surveillance témoigne « d'une visée de contrôle des corps focalisée prioritairement sur les femmes jeunes, de milieu populaire et/ou en situation de grossesse non désirée ». Selon le droit social, la déclaration de grossesse implique obligatoirement pour les femmes une consultation médicale, consultation que certaines d'entre elles assimilent à un contrôle social ou en tout cas qui est susceptible d'initier ou renouveler une intervention sociale.

La notion d'intervention sociale est définie par Bresson et Messu (2014) par « les modes d'action de la puissance publique au cœur d'institutions, privées ou publiques, habilitées à intervenir sur les problèmes qui mettent à mal les processus de régulation sociale — ces processus étant eux-mêmes définis par la coexistence d'individus et de groupes inégaux, aux intérêts divergents voire contradictoires ». Ils peuvent être de stature nationale (politiques sociales) ou locale (travailleurs sociaux). Cela conduit parfois les personnes, potentiellement ciblées par ces interventions sociales, à ne pas remplir ou à retarder cette démarche lors de situations conflictuelles avec les services sociaux comme par exemple lors d'un placement d'un enfant précédent (Tillard, 2002 a, p. 81-82). L'enquête nationale périnatale de 2010 (Blondel et Kermarrec, 2011) s'est intéressée aux revenus et aides publiques reçus par les mères. Et le constat a été établi que la déclaration de grossesse tardive (c'est-à-dire la déclaration à la Sécurité sociale non faite avant la fin du 1^{er} trimestre, soit à 13 semaines de grossesse) est plus fréquemment rencontrée chez les femmes bénéficiant d'aides, telles que l'allocation chômage, le revenu minimum d'insertion ou l'allocation de parent isolé. Ces déclarations tardives ont beaucoup augmenté entre 2003 et 2010 passant de 4,9 à 7,8 %.

Par ailleurs, le rapport au discours médical, parfois abscons pour qui n'a pas les facilités pour sa compréhension, peut être perçu comme formaliste et rigide, empli de préconisations ou d'injonctions, spécifiquement lors de la grossesse ; il implique une certaine « disposition socialement constituée » (Bourdieu et Passeron, 1970, p. 145) pour son adhésion. Ce langage appartient à une classe dominante pour les classes populaires qui s'en défient alors parfois. Une forme de pouvoir est accordée aux médecins qui ont des moyens, tels l'échographie, de connaître des éléments non visibles (comme le sexe de l'enfant), ou non-dits tel le repérage de séquelles de maltraitance par exemple (Tillard, 2002 a, p. 87-90).

L'inquiétude des professionnels des services de santé (incluant les services psycho-sociaux) s'exprime de différentes manières. Certains accablent la femme chez qui une énième grossesse survient arguant du fait qu'elle prend un risque pour sa propre santé, d'autres l'infantilisent en mettant en avant sa supposée incapacité à contrôler les naissances (Pétonnet, 2012, p. 284). Des familles nombreuses sont ainsi qualifiées de « familles lourdes » car « surencadrées par les services d'action sociale » (Paugam, 2013, p. 18).

La crainte au sujet des effets d'une situation précaire sur la santé des personnes est de plus en plus présente chez les professionnels, en particulier au sujet de l'établissement de la relation entre la mère et son enfant. Ainsi un diplôme inter-universitaire (DIU) existe spécifiquement sur la question, intitulé « précarité, santé maternelle, santé périnatale ». En témoigne la publication d'un article (Lyonnais, 2016) publié dans une revue médicale professionnelle, et issu d'un travail réalisé pour l'obtention de ce DIU sur l'impact potentiel de la précarité dans l'établissement du lien mère-enfant. Même si ce travail ne montre pas ou très peu d'effet sur cette relation, il signe des prénotions répandues parmi les professionnels.

La HAS précise dans ses recommandations de 2005 pour la préparation à la naissance et à la parentalité que « certains troubles de la relation parents-enfant pourraient être prévenus par une attention précoce portée à la femme enceinte, la mise en œuvre de dispositifs d'aide et d'accompagnement, une activation des professionnels autour des familles en difficulté et par une cohérence des actions en continuité, de la période anténatale à la période postnatale », d'où l'incitation à mettre en œuvre l'entretien prénatal précoce, dit du 4^e mois de grossesse. Les parents adolescents sont ainsi particulièrement ciblés par ce dispositif.

Pitrou (1978) avait constaté les efforts récurrents des centres ou travailleurs sociaux pour encourager les usagers des milieux populaires à utiliser les services collectifs. Mais elle relevait un problème structurel majeur de non-reconnaissance de leur place légitime dans le système :

« Ce n'est que lorsque des groupes, dont ils ont la maîtrise ou dans lesquels ils ont une place effective, naissent ou prennent racine, que les membres des classes dominées acceptent de s'y intégrer et se sentent vraiment concernés par un regroupement » (ibid. p. 218). L'émergence de la fonction de l'assistante sociale dans les années 1970 a pu faire l'interface entre familles et professionnels : « Cette fonction de bouée de sauvetage remplie par le service social peut être lourde d'implications par rapport aux normes transmises, qui en tout cas ne seront sans doute plus celles que véhiculerait le conseil familial » (ibid. p. 133).

Les besoins sont multiples par rapport aux services proposés qui ne sont cependant pas toujours adéquats. Pour certains problèmes familiaux, la société a rendu obligatoires certains services (suivi prénatal, PMI, école) qui sont de l'ordre du « monopole public » avec une « obligation d'utilisation » (ibid., p. 189). D'autres problèmes n'ont pas été résolus tels les soins ou la garde d'un enfant malade quand la mère travaille. Entre les deux situations, coexistent les services publics et privés plus ou moins en concurrence. Les choix se font en fonction de critères financier, pratique, psychologique, culturel.

4.2. Contourner ou non le contrôle social : le recours au réseau familial

Les personnes issues de classes sociales moins favorisées vont néanmoins régulièrement se tourner vers la famille, rempart contre la précarité et l'isolement. C'est ainsi reconnaître une compétence aux parents, recourir au réseau informel, à la « sagesse » de la famille. Pitrou (1978) a constaté par exemple, que pour les questions de santé, les ouvriers recouraient moins aux professionnels et aux savoirs techniques que les cadres. La sagesse parentale était aussi requise pour la transmission de conseils d'hygiène ou alimentaires.

Elle a ainsi établi deux catégories de conseils donnés par la famille : le *savoir-faire* constitué de conseils pratiques en matière de cuisine, de logement, de santé, de consommation (ce mode de transmission est sexué) et le *savoir-vivre*, qui comprend des conseils moins concrets allant des problèmes financiers aux principes de vie (éducation, références morales, politiques religieuses). Elle a remarqué une différence selon les catégories de familles. Chez les familles d'ouvriers ou d'employés, les conseils sont de l'ordre du savoir-faire, plutôt pratiques et sexués ; alors que les classes supérieures bénéficient des deux types de savoir, et la répartition est également sexuée : savoir-faire par les femmes et savoir-vivre par les hommes.

Pitrou expliquait que quand on fait partie des classes dominées, rompre avec la parenté revenait à devenir dépendant du contrôle institutionnel. A ce sujet, Bresson (2007 a, p. 66 – 67) précise

que la position de l'intervenant social n'est pas sans ambiguïté : il aide les personnes en situation sociale plus ou moins complexe, voire précaire, à obtenir un emploi, un logement ou des aides financières, mais de fait, il participe à la reconnaissance de leur incapacité à se sortir de leurs difficultés, et il a même la « responsabilité de définir la situation et de construire socialement le “ problème ” » (ibid.). Ainsi, la relation avec les services sociaux devient problématique, et il est possible de s'interroger, à l'instar de Bresson (ibid.) : les travailleurs sociaux auraient-ils besoin des familles précaires pour exister, et en même temps ne les maintiennent-ils pas dans leur catégorisation sociale avec les interventions menées ?

Néanmoins, le réseau familial peut être une forme de « recours contre les discours dominants » selon Gojard (2010), un « moyen de s'affirmer et de garder une certaine initiative vis-à-vis des différents pouvoirs qui tracent le cadre et les pratiques de la vie familiale » selon Pitrou (1978, p. 194). Gojard (2010) distingue ainsi plus spécifiquement les mères d'origine populaire, mais en ascension sociale ou en rupture avec leur mère, qui suivent les recommandations des professionnels, pour obtenir l'image de la « bonne mère », qui se conforment aux prescriptions « savantes », et qui correspondent au modèle « à la lettre », gage de leur qualité de mère.

Le séjour à la maternité après la naissance permet non seulement de « prendre du repos à l'écart de la vie quotidienne » (Tillard, 2002 a, p. 172), mais est aussi l'occasion d'obtenir des informations, de recevoir des conseils pour les mères et leur conjoint éventuellement. Cependant l'enfermement parfois ressenti conduit certaines femmes à sortir « contre avis médical ». Tillard (2002 a, p. 135) émet plusieurs hypothèses à ce sujet : souvenirs de maltraitance, peur de l'abandon ou d'abandonner ses enfants. Le séjour devra alors être le plus bref possible. On peut avancer également que le sentiment d'être démunie par rapport aux discours médicaux (Gojard, 1998), que la défiance vis-à-vis du contrôle social et des injonctions médicales participent à cette décision.

5. L'enfant

5.1. L'alimentation de l'enfant

Deux ensembles de facteurs favorisant l'allaitement maternel sont repérés par Gojard (1998) pour orienter les choix des familles en matière d'alimentation du nouveau-né : d'abord la transmission familiale des techniques de soins aux nourrissons avec le maintien des traditions d'origine, une éventuelle prise en charge de sa fratrie, la famille nombreuse étant souvent

associée au milieu populaire. Cela rejoint l'idée de transmission de savoir-faire identifiée par Pitrou (1978).

Lors de son étude à la fin des années 1990, elle constate ensuite une influence d'ordre institutionnel : le recours à la PMI, plutôt fréquentée par les classes populaires, favorise l'allaitement maternel ; elle a repéré également que la proximité avec les instances de diffusion des normes reconnues de puériculture (dont l'allaitement) promue par les médecins (pédiatres) se retrouve plutôt chez les femmes ayant un niveau de diplôme élevé, une position sociale élevée.

Tillard (2002 a, p. 140-166) relève que, surtout en milieu urbain, les savoir-faire familiaux concernant l'allaitement disparaissent progressivement au profit du biberon, « signe d'émancipation féminine ». Elle note également que les familles sont très attentives au traitement égalitaire des enfants à ce sujet : la fratrie d'un aîné non allaité ne le sera pas non plus. Elle constate que les femmes issues de l'immigration continuent d'allaiter leur nouveau-né. Dans les situations de couple mixte, les femmes ayant eu un parcours de vie à distance de leur propre famille sont intégrées à leur belle-famille et en adoptent les codes, rites et donc optent pour l'allaitement de leur enfant. Par ailleurs, on peut comprendre que face aux discours dominants et à la très forte incitation actuelle d'allaiter, les femmes issues des classes populaires, culpabilisées, n'osent pas toujours s'y opposer durant leur séjour à la maternité.

L'allaitement peut être source d'inquiétude par rapport aux quantités non contrôlables ingérées par l'enfant, bien que la pesée en soit une réponse. D'autre part, la venue retardée de la montée de lait par rapport à la naissance est un autre sujet de préoccupation concernant la qualité surtout au début. Le biberon, permettant d'avoir un meilleur contrôle sur l'alimentation de l'enfant, renvoie l'image de quelque chose de plus « moderne ». Il permet également aux familles d'avoir la sensation de se préparer à la naissance par l'achat du matériel nécessaire (biberons de différentes tailles, chauffe-biberon...) et participe au « plaisir de faire les courses » pour le séjour en maternité et l'arrivée de l'enfant. Certaines femmes utilisent auprès des soignants l'argument du tabac pour ne pas allaiter, celui-ci n'étant officiellement pas recommandé dès le début de la grossesse jusqu'à la période de fin d'allaitement, bien que les préconisations médicales n'interdisent pas l'allaitement pour les femmes qui fument.

5.2. Les soins à l'enfant

Chez les femmes issues des classes supérieures, l'expérience liée aux tout-petits est moins fréquente, elles vont ainsi plus se tourner vers les professionnels pour apprendre les soins à

donner. Elles sont, semble-t-il, plus sensibles aux discours normatifs car elles n'ont pas ou peu de contre-exemple familial.

Gojard (2010) a décrit plusieurs modèles de transmission de conseils concernant l'enfant. Et en particulier, dans les milieux populaires, le modèle « à l'ancienne » était le plus retrouvé : il s'agit de la transmission de compétences de mère en fille, plus précisément concernant les soins du nourrisson. Modèle qu'elle différencie du modèle « au feeling », retrouvé plutôt dans les classes supérieures, qui allie spontanéité et recours aux préconisations professionnelles et du modèle « à la lettre » perçu plutôt chez les femmes lors de la naissance d'un premier enfant.

La pratique de soins est différenciée selon les classes socio-économiques d'après Gojard (1998). Il existe un lien entre le milieu social et les sources de conseils. Les conseils d'origine médicale proviennent du pédiatre pour les classes supérieures, du médecin généraliste pour les classes moyennes et de la PMI pour les classes populaires. Les conseils d'origine familiale, et de la grand-mère spécifiquement, sont sollicités prioritairement par les femmes issues des classes populaires, alors que les femmes des classes supérieures n'y ont recours qu'en deuxième intention. Ce qui revient à dire que les femmes de milieu populaire ont d'abord recours à leur mère puis à la PMI, et les femmes de classes supérieures, d'abord au pédiatre puis à leur mère en associant la lecture de manuels de puériculture, enfin les classes intermédiaires vont plutôt s'orienter vers le médecin de famille.

Certains équipements sociaux sont spécifiquement adressés aux plus démunis, avec des critères d'admission dissuasifs pour les autres foyers. Pitrou (1978, p. 160) donne l'exemple des travailleuses familiales, de la visite de l'assistante sociale. Leur utilisation correspond alors plutôt à une injonction qu'à une demande spontanée. La travailleuse familiale vient combler la « carence de la famille élargie », motivant le « recours à l'aide institutionnalisée ».

La transmission familiale selon Gojard (1998) est importante dans les milieux populaires, car les mères se sont davantage occupées de bébés avant la naissance de leur premier enfant, et se tournent donc plus facilement vers leur famille pour recevoir des conseils. Elle établit également une corrélation entre le fait de s'être occupée de ses frères et sœurs et le fait de prioriser la mère pour les conseils. Les femmes sont plus autonomes, mais supportent également le poids des habitudes familiales, d'autant plus grand à la naissance de l'enfant.

Par ailleurs, l'expérience personnelle des mères leur permet d'acquérir une certaine indépendance face au discours des prescripteurs. Celles qui, selon le modèle savant, s'y conforment strictement leur donnent une « valeur morale » (qui implique une stigmatisation en cas de non-respect des règles de puériculture), alors que celles (modèle familial) qui les auront

expérimentés et acceptés (pour leur intérêt technique) leur accordent une « validation pratique » (Gojard, 2010, p. 151-152).

Le savoir-faire familial et empirique permet aussi selon Gojard (2010, p. 52) « d'inscrire des pratiques non conformes aux normes de puériculture contemporaines dans la conformité à d'autres règles, qui sont celles de la tradition ou de l'application de compétences pratiques, et ainsi de les valoriser indépendamment de la sphère savante », de se distancier des discours normatifs qui comportent une dimension culpabilisante : puisqu'elles sont tenues pour responsables de leur bébé, alors contrevenir aux préconisations mettrait en jeu à long terme la santé de leur enfant.

6. Parentalité

La parentalité est définie par Martin (2004, p. 39) comme étant la condition de parent mais elle concerne aussi les pratiques parentales. Cette notion revêt beaucoup de sens possibles, elle est à distinguer de celle de parenté signifiant le lien généalogique avec l'enfant. La parentalité interroge les acteurs qui exercent le rôle de parent, mais aussi la façon d'exercer cette fonction. Elle fait l'objet de soutien mais aussi de contrôle de la part de l'institution sociosanitaire et éducative (Neyrand, 2011).

6.1. Un problème public

L'image de la « bonne mère » est très ancienne. Sandre-Pereira (2004), la fait remonter au siècle des Lumières, et elle correspond à la mère qui « souhaite le meilleur pour son enfant, et fait pour lui tous les sacrifices, faute de quoi, elle aurait mauvaise conscience ». La dimension morale, culpabilisante est particulièrement marquée au moment de la grossesse, de l'accouchement et lors du nourrissage. Le « modèle de sacralité ou de sainteté du rôle maternel » très présent au XVIII^e siècle a conduit les femmes à être les cibles d'injonctions concernant leur « mission » : « aux mères sont imputés les destins de leurs enfants, auxquels elles doivent dévouer leur vie » (ibid. p. 96). Et même si l'on rejette ce modèle, le poids moral, inconscient existe toujours par le fait que « la mère doit tout faire pour son enfant ». Garcia (2011), Wilpert (2013), et Martin (2014) constatent que la responsabilité du « bon développement de l'enfant » incombe aux deux parents, mais aussi que les théories psychologiques et psychanalytiques renforcent « l'assignation des femmes à la maternité ».

En opposition, Cardi (2004) fait référence à la « mauvaise mère » dans le cadre des déviances. La mère est souvent désignée comme la responsable d'un délit dont son enfant serait l'auteur.

Un « lien étroit entre sphère familiale et ordre social » est fait quand il s'agit d'analyser la déviance maternelle, et ce lien est plus spécifique pour les mères des classes populaires.

La fonction parentale est donc devenue un « problème public » depuis la seconde moitié du XX^e siècle (Martin, 2014, p. 13). La « condition parentale » a évolué avec les modifications sociodémographiques, la place de l'enfant dans la société, la redéfinition de la famille, les conditions de travail, et les réformes de l'État social. Martin (2004, p. 50) rappelle « qu'il est d'autant plus difficile d'exercer le travail de supervision parentale si l'on est soi-même dans une position disqualifiée ». Les familles issues des classes populaires, mais non exclusivement, sont les plus ciblées par les campagnes de prévention et les messages de santé publique, sous « le poids de la nouvelle modernité » (Neyrand, 2014, p. 141). La parentalité se situe alors « entre deux logiques d'individualisation et d'insécurisation » (Neyrand, 2014, p. 141) qui vont avoir des conséquences différenciées : un soutien pour la responsabilisation et un contrôle pour ceux qui seront identifiés comme défailants.

6.2. Le soutien de la parenté

Pitrou (1978), Déchaux (1994) ont travaillé sur le thème de la famille envisagée comme « réseau de soutien » (ibid. p75), car le « lien de filiation est perçu par nature comme un lien chaleureux et solidaire » (ibid.) et selon Pitrou (ibid. p. 223), il fournit une « aide inconditionnelle ». Ce réseau apparaît également comme un atout majeur par les pouvoirs politiques à l'heure où les solidarités institutionnelles deviennent trop coûteuses, faisant appel à « de nouvelles solidarités », issues de la société civile dont surtout celles de la famille. Mais cette approche idéale et globalisante de la famille ne tient pas compte de sa complexité. Elle peut concerner un ou plusieurs membres précis plutôt que toute la famille, et son coût reste difficile à évaluer (Déchaux 1994).

Déchaux (1994), tout comme Pitrou (1978) relèvent que le recours à la parenté pour les conseils ou la garde des enfants est nettement corrélé à la catégorie sociale : « la garde des enfants par un membre de la parenté est toujours plus fréquente chez les ouvriers et les employés qu'ailleurs et varie dans l'ensemble, en raison inverse de la hiérarchie sociale ». La parenté est préférée dans cette situation à cause de sa gratuité, mais aussi par ce qu'elle est « créditée de la confiance nécessaire pour assurer un service que l'on pense délicat » (Déchaux, 1994, p. 79).

6.3. Le « métier » de parent

Le « métier » de parent est devenu l'objet d'un véritable apprentissage. Plusieurs concepts ont été établis : ainsi le « travail parental » (Verjus et Vogel, 2009), comme série de tâches qui s'acquièrent par l'expérimentation, le « métier de parent » (ibid.), avec une éducation envisagée comme une charge matérielle et mentale, le « métier de mère » (Gojard, 2010) où la maternité nécessite des apprentissages telles que les normes de puériculture. « Devenir parent » relève ainsi d'un processus, d'une expérience à acquérir dans un contexte où la pression sociale sur la réussite éducative est très forte. Les tâches parentales font partie d'un domaine de compétence à acquérir, faisant émerger des besoins en formation.

Il existe des dispositifs de soutien à la parentalité qui sont orientés vers les parents les plus en difficulté, mais qui ont aussi une vocation préventive (Dauphin, 2014). Les mères principalement sont concernées par les dispositifs. La mère est considérée comme la « cible » et le « levier » essentiel pour les acteurs des interventions sociales au sein des familles. Elles sont également vues comme responsables des désordres familiaux, donc en quelque sorte garantes de la moralité de la famille. La disponibilité de la mère est envisagée comme nécessaire dans la petite enfance. Les mères ou les familles issues des milieux populaires sont spécifiquement désignées pour bénéficier de ce soutien, avec un objectif affiché de prévention. Les professionnels (assistantes sociales, enseignants) acteurs de ces dispositifs, sont issus des classes moyennes et porteurs de normes avec des modèles familiaux et d'éducation. Et les familles de classes populaires, dominées, sont plus facilement soumises au jugement dévalorisant, car ne répondant pas à la norme « dominante ». La crainte du stigmate social est importante et peut conduire les familles à refuser de solliciter de l'aide en cas de difficultés rencontrées (Dauphin, 2014).

L'évolution de l'État social néolibéral valorise les efforts individuels et suppose que réussite ou malchance sont liées aux résultats des efforts de chacun. L'accent est surtout mis sur la responsabilité et donc la culpabilité individuelle (Vandenbroeck et al. 2014, p. 161). Les familles sont particulièrement encadrées et reconnues comme pourvoyeuses de bien-être pour leurs enfants, mais en même temps rapidement « suspectées de mal faire » (Donzelot, 1977, Martin, 2004). La « sur-responsabilité » parentale (Neyrand, 2014, p. 142) assigne aux parents la responsabilité éducative, négligeant l'impact des rapports sociaux et des modes de vie sur les éventuelles carences constatées.

Conclusion du chapitre

La notion de classes populaires est relativement ancienne, multiple selon qu'on y associe ou non, l'idée de précarité, de pauvreté voire d'exclusion par rapport aux revenus, à l'emploi, au logement ou à la société. De nombreux chercheurs ont étudié les causes, les trajectoires, le statut social, la position de ces classes par rapport aux catégories plus dominantes.

La naissance au sein des classes populaires présente des spécificités : précocité de la mise en couple des futurs parents, suivie rapidement de la venue du premier enfant, fécondité plus importante (liée parfois à une contraception inadaptée ou à des enjeux financiers) et familles plus nombreuses. Elle fait l'objet d'interventions de la part des professionnels médico-sociaux, quand ceux-ci ont identifié des difficultés au regard des normes professionnelles (sociales et médicales). Les familles, en réaction aux discours dominants, s'adaptent plus ou moins aisément selon leurs compétences, leur expérience, leur entourage, mais aussi selon leur statut de fragilité, d'assistées ou de marginalité pour reprendre la typologie de Paugam (2013). Les femmes issues de milieu populaire ont en général une expérience des enfants tirée de leur entourage familial et l'utilisent quand vient leur tour d'être mères. Cependant le point de vue des professionnels, leurs représentations sur la catégorie sociale des femmes et familles dont ils ont à s'occuper semblent aussi avoir un effet sur leur parcours, puisque « être un bon parent » est devenue « une injonction contemporaine » où l'État social met en avant la responsabilité individuelle, non exempte de culpabilité (Martin, 2014). Et de nombreux dispositifs sont mis en œuvre pour soutenir la parentalité et apprendre le métier de parent, puisque c'est ainsi qu'est envisagé ce processus par le milieu socio-médical.

2^e partie : Problématisation, méthodologie, présentation de la population rencontrée

Chapitre 4 : Enjeu de l'objet, le point de vue de l'utilisateur

L'organisation de l'accompagnement à domicile après la naissance est formalisée de façon relativement récente. Des recommandations ont été établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004, mises à jour en 2014. Pourquoi cette nouvelle organisation a-t-elle été mise en œuvre ? Qui en est à l'origine ? Quelle évolution y a-t-il eu entre les 2 versions des recommandations ? Quelle place pour les professionnels ? Pour les usagers ? Quel est leur point de vue sur ces nouvelles dispositions ? La question de solliciter l'aidant familial se pose de plus en plus dans le système de soins, alors qu'en est-il dans le cadre des dispositifs d'accompagnement à domicile ? Ce chapitre décrit le processus d'installation des dispositifs du point de vue institutionnel et professionnel pour en arriver à la problématisation de cette organisation du point de vue de l'utilisateur, enfin la dernière partie concerne la mobilisation des parents et de la famille dans les cas d'hospitalisation à domicile et la répartition des tâches afférentes, au sein des couples ou des familles.

1. Les dispositifs d'accompagnement des familles au retour à domicile

1.1. Un projet institutionnel

1.1.1. « Plus le séjour est court, plus l'établissement est gagnant »

Tiré d'un article du Monde en date du 11-07-2014, signé par Diane Jean journaliste, ce titre accrocheur traduit en termes simples les effets des modifications organisationnelles et financières des établissements hospitaliers. L'hôpital était, avant la réforme du début des années 2000, dédié aux soins et au repos. Il devient avec l'application progressive du plan uniquement centré sur le soin. Une raison essentielle en est l'application de la « tarification à l'activité », encore appelée T2A. Avant cette nouvelle tarification, les hôpitaux bénéficiaient d'une enveloppe de fonctionnement, appelée dotation globale, qui était revue annuellement.

La T2A est issue du Plan Hôpital 2007 paru fin 2002, et plus précisément de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2003 et de l'ordonnance de 2005 simplifiant le régime juridique des établissements (Safon, IRDES, 2015). Il s'agit du système qui répartit les ressources en fonction de la nature des activités et de leur volume ; la logique de résultats prime alors sur l'obligation de moyens, et explique en partie le « virage ambulatoire » pris depuis plusieurs années par le système de santé. Plus précisément dans le secteur de la périnatalité, le système de la T2A induit le fait que plus le nombre de naissances en maternité est important, plus les recettes de la structure s'accroissent ; et l'intérêt pour les établissements est donc de

limiter la durée de séjour, sauf justification médicale, pour accroître le nombre d'accouchées et donc le financement.

Ainsi en 2016, pour un accouchement sans complications, le tarif du séjour³⁰ en maternité est de 2465,78 euros pour une femme qui vient d'accoucher de son 1^{er} enfant (primipare) ou 2025,87 euros à partir du 2^e enfant (multipare) quelle que soit la durée du séjour, auquel il faut ajouter le tarif pour le nouveau-né normal (de plus de 2500 g et ne présentant pas de complications), de 867,34 euros, s'il reste au moins une nuit (donc 2 jours). Ce qui fait un forfait total mère-enfant de 2893,21 (multipare) à 3333,12 euros (primipare), quelle que soit la durée du séjour, à partir du 2^e jour pour un accouchement et un séjour dits normaux.

Mais d'autres raisons expliquent le raccourcissement de la durée des séjours en maternité en France.

1.1.2. « Moins de lits pour autant de bébés »

Le nombre de maternités implantées en France diminue fortement depuis les années 1970 (cf. chapitre 1 : la médicalisation de la naissance). Les décrets de 1998 ont favorisé la concentration des soins avantant les plus grandes structures, au détriment des plus petites. On constate ainsi une diminution du nombre de lits alors que le nombre de naissances est relativement stable depuis les années 1990. Le manque de places pour accueillir les accouchées est un phénomène récurrent dans certaines structures qui rentre en ligne de compte dans les propositions aux patientes de retour anticipé à domicile.

1.2. Les recommandations de la HAS

Publiées en 2004 (« Sorties précoces de maternité : conditions pour proposer un retour précoce à domicile ») et mises à jour en 2014 (« Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés »), ces recommandations ont été établies à partir d'études internationales exposant les différentes durées de séjour et les diverses pratiques associées autour du couple mère-enfant. Les modèles utilisés sont très hétérogènes.

³⁰ cf le site aide au codage consulté le 2 décembre 2016: <http://www.aideaucodage.fr/ghm-15z05a>

Les États-Unis et le Canada proposent des durées de séjour brèves (48 h maximum pour un accouchement sans complication) et un accompagnement assez restreint (1 visite à domicile) et non systématique. Cependant le suivi téléphonique est possible.

Les modèles européens exposés dans les recommandations diffèrent entre 2004 et 2014. Pour l'Europe, seuls la Suède et les Pays-Bas sont présentés dans les deux documents. Ils proposent des retours très précoces (quelques heures à 2 jours après la naissance) et un suivi à domicile distinct (5 à 6 visites jusqu'au 12^e jour pour les Pays-Bas, et pour la Suède, 1 visite le lendemain de la sortie, 1 appel quotidien jusqu'au 3 ou 5^e jour et 1 consultation le 5^e jour à la maternité). Les autres systèmes européens comme ceux de la Suisse et de l'Angleterre ne sont pas repris dans la dernière version. Ils proposaient un suivi quotidien plus long de 10 jours par une sage-femme après le retour à domicile pour des séjours de 2 à 4 jours après un accouchement par voie basse.

Selon la dernière enquête nationale périnatale (Blondel et Kermarrec, 2011), la moyenne des durées de séjour était, en 2010, de 4,4 jours pour tous les types d'accouchement et de 4 jours pour les accouchements par les voies naturelles. L'accompagnement à domicile par les sages-femmes n'est pas systématisé en France, encore actuellement.

La mise à jour des recommandations de 2014 met l'accent sur le nouveau-né en détaillant les moyens de surveillance et de prise en charge de l'enfant pour remplir les « conditions optimales » du retour à domicile d'un nouveau-né. Des hospitalisations secondaires de nouveau-nés (pour ictère nucléaire³¹ en particulier) avaient alerté l'Académie de médecine qui a publié un communiqué à ce sujet en 2010. L'argumentaire scientifique des recommandations stipulent néanmoins (HAS, 2014 c, p. 74) qu'« une sortie dans des conditions optimales pour le nouveau-né se situerait à partir de la 72^e heure après la naissance pour la majorité des enfants ». Cet argument serait à nuancer selon l'état de la mère et de son enfant ainsi que par « les capacités de la mère à s'occuper de son enfant et par ses possibilités de suivi à domicile ».

1.3. Un souhait de professionnels et de certains usagers

Ces recommandations ont été écrites ou relues par un nombre important de médecins (obstétriciens, pédiatres, psychiatres), de sages-femmes, par des membres des représentations

³¹ Complication neurologique d'une jaunisse intense du nouveau-né, survenant à la fin de la première semaine de vie.

ordinales des 2 professions ainsi que des sociétés savantes, les Collèges (gynécologues-obstétriciens et sages-femmes). Le CIANE (représentant des usagers) a été également sollicité pour les groupes de travail.

L'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF) semble avoir été un des moteurs dans la réflexion de départ. On retrouve mise en avant la mention de leur intervention dans la version des recommandations de 2004 (p. 3).

Déjà impliqués dans la première version, les usagers se sont plus mobilisés pour la dernière version. A la suite d'enquêtes de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF, 2010) et du CIANE (2012), a été mise en évidence la volonté d'une partie des femmes enquêtées de bénéficier d'un retour à domicile plus précoce dans les situations sans problème médical. Selon l'UNAF (952 répondantes), 17 % des femmes trouvaient le séjour trop long alors que le chiffre passait à 38 % selon le CIANE (5417 naissances). Une enquête effectuée par la DREES en 2006 (publiée en septembre 2008) et réalisée par téléphone auprès de 2656 femmes montre qu'une femme sur 5 ne se sent pas préparée au retour à domicile, déplorant le manque de conseils et d'informations.

Ces différentes enquêtes ont eu un effet sur les recommandations de 2014, dont une partie concerne la préparation en amont du retour à domicile (préparation à la naissance, utilisation de l'entretien prénatal précoce du 4^e mois de grossesse, les dernières consultations) qui doit ainsi être renforcée. L'utilisation des réseaux de santé périnatale par les professionnels est également promue dans la dernière version des recommandations.

1.4. Les dispositifs, un suivi à domicile plus tôt et moins cher

Les répercussions économiques pour l'hôpital d'un séjour plus court sont identifiées dès 2004 dans la première version (HAS, 2004) :

- Allègement de la charge de la collectivité
- Transfert du coût hospitalier vers la famille et le suivi à domicile

En outre, les recommandations précisent que le transfert des soins permet de soulager les professionnels hospitaliers et « d'accorder une attention et des soins de meilleure qualité aux mères et aux enfants dont l'hospitalisation est impérative ».

Plusieurs études sont citées dans les recommandations de 2004 (p. 96 – 97) et montrent, du point de vue de la Sécurité sociale, une diminution de plus de 30 % des dépenses dans les cas de retour précoce à domicile.

Les conditions politiques, économiques, sociales, pour diminuer la durée des séjours étaient donc réunies (cf. chapitre 1 : la médicalisation de la naissance), le contexte était optimal pour la mise en œuvre de dispositifs d'accompagnement.

1.4.1. Les forfaits pour les visites à domicile

Dans une analyse sur le sujet des RPDA, Battut (2007, p. 62 – 65) précisait que, pour les sages-femmes, les honoraires des soins à domicile étaient inférieurs à ceux réalisés au cabinet (un tiers en moins). Comme avant la mise en œuvre des dispositifs, le coût des soins postnatals est toujours pris en charge à 100% par la Sécurité sociale jusqu'au 12^e jour. Les tarifs des forfaits des visites à domicile ont cependant été revus à la hausse et se déclinent ainsi (cf. annexe 3 et supra « déploiement du secteur libéral des sages-femmes » dans le chapitre 2 : sociologie des professions) :

Pour la 1^{re} visite le lendemain d'un retour précoce (3^e jour après la naissance) : de 70,20 à 75,80 euros (selon la réalisation ou non du dépistage des maladies métaboliques, s'il n'a pas été effectué en maternité).

Le forfait de la 2^e visite est de 50,20 euros et celui de l'éventuelle visite suivante jusqu'au 6^e jour s'élève à 37,60 euros.

Au-delà du 6^e jour, il n'y a plus de forfait global, mais un forfait mère (23 euros) et/ou un forfait enfant (23 euros). Les deux peuvent être associés ce qui revient à 50 euros, si on ajoute le forfait de 4 euros pour le déplacement (indice kilométrique). Il est ainsi plus intéressant pour les sages-femmes de prévoir si nécessaire une 3^e visite à partir du 7^e jour.

Par ailleurs, 2 « séances postnatales », correspondant à des consultations, sont prévues par l'Assurance Maternité entre le 8^e jour et la 8^e semaine après la naissance et peuvent se réaliser au cabinet du praticien libéral au tarif de 18,55 euros, donc moins qu'une consultation standard de 23 euros.

1.4.2. Le Retour Précoce à Domicile après l'Accouchement ou RPDA (2^e jour)

Le RPDA est organisé par les maternités selon les recommandations de la HAS (2014 b et c) : ce sont donc les soignants qui, après acceptation de la mère et/ou du couple, font directement le relais avec les sages-femmes libérales. Il faut que soient réunies 3 conditions : que l'état de santé de la mère soit satisfaisant du point de vue médical, psychique et social, qu'elle puisse s'occuper de son enfant et l'allaiter éventuellement et que des professionnels soient disponibles pour effectuer des visites à domicile rapidement après la sortie de maternité.

Le retour précoce correspond **en 2004** (HAS, 2004, p. 8 – 9) « à une sortie entre J0 et J2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse et entre J0 et J4 inclus » en cas de césarienne. Ce qui, concrètement, rendait possible un retour après 48 h d'hospitalisation. Cette version a été abrogée pour en venir **en 2014** (HAS, 2014, c) à une définition plus étendue, compte tenu des préoccupations concernant l'enfant (cf. tableau 2) :

Tableau 2 : Définition de sorties de maternité pour le couple mère-enfant (HAS, 2014 c, p. 66) à bas risque médical, psychique et social

<p>« Pour la naissance d'un nouveau-né singleton, eutrophe³² et en l'absence de complications pour la mère, la durée maximale d'hospitalisation recommandée est de :</p> <ul style="list-style-type: none">- 96 heures après un accouchement par voie basse ;- 120 heures après un accouchement par césarienne. <p>Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :</p> <ul style="list-style-type: none">- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ;- au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne. <p>La notion de sortie de maternité dans des conditions « optimales » repose sur plusieurs concepts :</p> <ul style="list-style-type: none">- intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale) ;- délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant ;- maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonataux qui ont fait la preuve de leur efficacité ;- utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux ».

La HAS (2014 c, p. 66) précise cependant que « les 48 premières heures sont donc un délai minimal pour juger d'une adaptation à la vie extra-utérine correcte ».

Au sein du réseau de périnatalité de la métropole lilloise, c'est la maternité Saint-Vincent à Lille qui, en 2006, a le 1^{er} établissement à mettre en place ce dispositif (initialement avec des sages-femmes de la maternité), puis c'est la maternité de Roubaix qui a suivi en proposant des sorties précoces (48 h) ou anticipées (72 h) en 2008.

1.4.3. Le PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile ou PRADO

Mis en place par l'Assurance Maladie et testé en 2010 dans 3 départements (Dougnet et Vilbrod, 2016 a, p. 69), le dispositif PRADO, généralisé en 2013, offre « au patient un accompagnement à domicile adapté, assuré par les professionnels de santé de ville pour permettre une continuité

³² « nouveau-né singleton, eutrophe », correspond à la définition d'un enfant unique et de poids normal pour l'âge de grossesse.

de la prise en charge en évitant de recourir à des structures trop lourdes et surdimensionnées par rapport aux besoins ³³ ». Le PRADO comporte un « secteur orthopédique », « cardiologique », et un « volet maternité » mettant en lien une mère éligible et une sage-femme libérale à partir du 3^e jour. Un agent administratif de la CPAM, envisagé comme « facilitateur », fait le lien entre la maternité et les sages-femmes libérales, prévoit le 1^{er} rendez-vous, s'occupe des démarches administratives. L'idée est de compenser la diminution progressive de la durée moyenne de séjour à l'hôpital, en proposant un soutien à domicile pour l'externalisation des soins. Selon la CPAM, fin 2013, 3 femmes sur 10 en ont bénéficié. Avec le PRADO, la durée de prise en charge à domicile est similaire au RPDA : 12 jours.

Le dispositif PRADO a aussi été identifié comme dispositif d'accompagnement dans les mises à jour des recommandations de la HAS en 2014 (b et c).

1.5. Les autres formes d'accompagnement

1.5.1. L'hospitalisation à domicile ou l'HAD

Alors qu'en 2004, la HAS citait l'hospitalisation à domicile (HAD) comme une structure possible pour accompagner le retour à domicile, en signalant néanmoins que les études divergeaient quant à son coût et donc à son intérêt économique, on constate que ce dispositif n'est plus mis en avant dans l'actualisation des recommandations en 2014.

1.5.2. La Protection maternelle et infantile (PMI)

La PMI voit son rôle maintenu, bien que la couverture sur le territoire français soit inégale. Compte tenu des délais de prise en charge, les recommandations de 2014 précisent que dans certaines régions, la PMI ne peut « assurer le suivi d'un grand nombre de nouveau-nés bénéficiant d'un retour précoce à domicile ». Le suivi des mères n'y était pas envisagé jusque début 2017, mais une réflexion était en cours sur ce sujet au sein de la collectivité territoriale du Nord sur son intégration au dispositif PRADO dans l'exercice des sages-femmes territoriales.

1.5.3. Les sages-femmes détachées de la maternité

Cette organisation promue en 2004 n'est plus à l'ordre du jour dans la dernière version. Il s'agissait de dédier quelques professionnelles hospitalières au suivi à domicile. L'évaluation

³³ http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf, consulté le 1^{er} février 2013

des coûts montrait qu'un suivi à domicile était estimé plus cher qu'un suivi par une sage-femme libérale.

1.5.4. Identification des acteurs professionnels ou non-professionnels

La HAS (2014) définit les différents intervenants (tableau 3) pouvant être sollicités par le couple au cours du suivi post-partum. Parmi eux, seuls les médecins et les sages-femmes peuvent assurer un suivi de la mère et de l'enfant durant les jours suivant le retour à domicile.

Tableau 3 : Intervenants auprès du couple mère-enfant (HAS, 2014, p. 45 - 46)

Médecin gynécologue obstétricien ou gynécologue médical :

- suivi médical de la mère ;
- consultation post-natale dans les 8 semaines suivant la naissance (prise en charge 100 %).

Médecin pédiatre :

- examen et suivi médical du nouveau-né. À noter une majoration forfaitaire des examens médicaux réalisés entre la sortie de maternité et le 28^e jour.

Médecin généraliste :

- suivi médical du nouveau-né : majoration de ces consultations (enfants 0 - 2 ans), cumulable depuis le 7 juillet 2012 avec le forfait pédiatrique du médecin généraliste (0 – 24 mois) pour les consultations effectuées dans les 8 jours suivant la naissance, 9-10^e mois, 24-25^e mois ;
- suivi médical de la mère (prise en charge à 100 % jusqu'au 12^e jour suivant la naissance) ;
- consultation post-natale dans les 8 semaines suivant la naissance (prise en charge 100 %).

Sage-femme :

- forfait journalier de surveillance en cas de sortie de l'établissement de santé pour la mère et pour l'enfant (pris en charge à 100 % au titre de l'Assurance Maternité) jusqu'à J6 inclus (J0 étant alors le jour de l'accouchement). Il existe une majoration des deux premières visites ;
- consultation mère et nouveau-né au-delà de J6 (J0 jour de l'accouchement) ;
- consultation post-natale dans les 8 semaines suivant la naissance ;
- séances de rééducation périnéales (10 séances prises en charge 100 %) ;
- deux séances de suivi post-natal au domicile ou au cabinet (du 8^e jour jusqu'à la consultation post-natale).

Les actes réalisés pour l'enfant par la sage-femme doivent spécifier la période durant laquelle ils peuvent être réalisés ainsi que le champ de compétence de celle-ci (ex. : suivi du nouveau-né jusqu'à 28 jours hors examen médical obligatoire).

NB : En cas de pathologie maternelle ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. » (Code de la Santé publique).

Centres de protection maternelle et infantile (PMI) :

- consultation mère et enfant, avec et sans rendez-vous et soutien social,
- accès à différents professionnels : médecins, sages-femmes, infirmiers, auxiliaire de puériculture, psychologue, assistant social, etc. ;
- prise en charge de l'ensemble des soins dispensés égale à 100 % ; financement par les conseils généraux.

Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) :

- accès à différents professionnels : médecins, sages-femmes, psychologues, conseillers conjugaux, etc. ;
- service non payant pour les mineurs et les non-assurés sociaux, et dispense d'avance de frais et de ticket modérateur.

Kinésithérapeutes :

- séances de rééducation périnéale et abdominale (sur prescription).

Infirmier diplômé d'État et infirmières puéricultrices diplômées d'État :

- soins infirmiers pour la mère et l'enfant (sur prescription) ;

- suivi du nouveau-né (puéricultrices) en collaboration avec une sage-femme ou un médecin.

Associations d'usagers (allaitement et parentalité) :

La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) recense une liste des différentes associations d'usagers et professionnels actives. Parmi elles : La Leche League, Solidarilait, Maman Blues

Dans certaines situations spécifiques, les professionnels suivants peuvent également participer à la prise en charge de la mère et du nouveau-né en post-partum :

• ***Psychologues*** : libéral ou salarié de la maternité du lieu d'accouchement (préférable si déjà connu par la mère ou le couple en anténatal) ou de centre médico-psychologique.

• ***Techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF)***.

• ***Aide-ménagère***.

HAS 2014 c, p. 45 – 46

L'accompagnement à domicile dans le cadre des séjours écourtés de maternité repose donc surtout sur l'offre libérale de soins, en particulier sur les cabinets des sages-femmes qui sont identifiées pour effectuer les premières visites à domicile, et sur une organisation en réseau efficace.

1.6. La définition du « bas risque » pour la période postnatale

Les recommandations de la HAS (2014 c) sont établies par une grande majorité de professionnels de santé, y associant ici néanmoins le CIANE et l'UNAF.

À propos des conditions pour valider un retour précoce, l'argumentaire scientifique de la HAS (2014 c, p. 18 – 43) sur lequel les professionnels s'appuient, recommande de délivrer une information avant la naissance aux femmes et aux couples (dont l'intérêt doit être priorisé), de définir une population mère-enfant « à bas risque » pour un retour « en sécurité », de s'assurer de l'existence d'un soutien adéquat et de l'existence d'un suivi médical disponible et opérationnel après la sortie de maternité. Le but est d'éviter la réhospitalisation (si elle s'avère nécessaire, son organisation est dépendante des établissements), dont le taux est estimé entre 2 et 10 % selon les études, surtout pour des motifs pédiatriques.

Le bas risque maternel est défini selon la HAS (2014 c, p. 14) : « Lorsque les femmes sont rigoureusement sélectionnées, c'est-à-dire lorsqu'elles sont à bas risque médical, psychique et social (dans la plupart des études, les femmes d'origine étrangères, de bas niveau socio-économique, isolées, mineures, présentant des antécédents médicaux ou ayant eu des complications durant la grossesse sont exclues), les séjours courts (considérés le plus souvent

comme des hospitalisations de 48 heures maximum en maternité après l'accouchement) n'entraîneraient pas d'augmentation du nombre de complications maternelles nécessitant une réhospitalisation ». Et plus loin : « l'objectif était de sélectionner des femmes pour lesquelles le risque de complications post-partum était le plus faible, quel que soit le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne) » (ibid. p. 23).

Bien que l'absence de vulnérabilités psycho-sociales soit mentionnée comme importante à identifier, les critères de sélection d'entrée dans les dispositifs et les paramètres de surveillance, par leur nombre et leur précision, témoignent de la place prioritaire laissée aux éléments d'ordre médical et d'un moindre intérêt au contexte psycho-social (cf. annexe 4).

Donc ces recommandations, écrites surtout par des professionnels de santé, permettent de définir une notion de « bas risque » pour la mère et l'enfant, mais elles sont réellement centrées sur l'aspect médical, très détaillé. Le point de vue psychique et social, de manière générale, est peu appréhendé, en particulier pour ce qui concerne le repérage de ces éventuelles difficultés, tout comme l'aide potentielle apportée par l'entourage.

Des recommandations sur le nombre de visites de professionnels ont été définies lors d'un retour précoce à domicile dans le cadre du suivi de la mère et de l'enfant (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Cahier des charges du suivi mère-enfant pour un RPDA

<p><u>Sortie précoce de la maternité</u></p> <p>Deux à trois visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié.</p> <ul style="list-style-type: none">- 1^e visite : elle est systématique, et doit être réalisée <u>dans les 24 heures après la sortie de la maternité</u>. En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée.- 2^e visite : elle est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.- 3^e visite : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant. <p>D'autres visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple.</p>
--

Ces recommandations comprenant les critères d'éligibilité, les paramètres de surveillance, principalement médicaux, et le cahier des charges du suivi, nous laissent donc supposer que les dispositifs d'accompagnement ne vont pas dans le sens d'un mouvement de démedicalisation de la période des suites de naissance, mais serait plutôt de l'ordre d'une médicalisation du domicile. Les personnes concernées doivent s'engager à accepter un nombre de visites minimal,

qui peut s'accroître en fonction de la situation évaluée par les soignants ; les professionnels doivent s'investir également et se rendre disponibles ; et les interventions sont répétées, en direction de la mère, de l'enfant, exerçant une forme de contrôle des familles.

2. Problématisation : de nouveaux dispositifs concernant les usagers

Nous nous intéressons à la mise en œuvre de nouveaux « protocoles » de prise en charge en dehors du milieu hospitalier, après la naissance. La sociologie de la santé a beaucoup étudié l'environnement de la médecine (professions, milieu hospitalier...) en centrant son regard sur l'aspect institutionnel de la prise en charge du soin (Calvez, 2014), et moins sur les espaces ordinaires du soin (exemple du domicile). Toutefois plusieurs chercheurs se sont appropriés ce champ, tels Cresson ou encore Pennec.

Les retours à domicile précoces s'adressent aux mères et nouveau-nés « à bas risque », dans la mesure où ils peuvent être soutenus par un réseau familial ou amical. Cette notion de réseau constitue le 2^e critère dans la définition du bas risque (« soutien familial et/ou social adéquat »), après « l'absence de vulnérabilité psychique, sociale » et addictive (cf. annexe 4). En effet, avec la « crise de l'État providence », le système de santé a dû progressivement intégrer le fait qu'il était impossible de prendre en charge, du point de vue professionnel, la totalité des soins du patient (Cresson, 1995), et qu'il fallait nécessairement pour cela impliquer le patient et son entourage. Le cas du retour précoce à domicile après la naissance en est donc une belle illustration.

La répartition entre le rôle des professionnels et celui des proches semble donc cruciale, et a déjà fait l'objet de recherches sur l'ordre négocié entre professionnels et profanes (Herzlich et Pierret, 1984, Strauss, 1963, Calvez, 2014, Pennec et al., 2014). La question du « soin négocié » est relativement récente. Elle interpelle la notion de négociation, la mise en jeu des pouvoirs respectifs de deux parties pour prendre une décision, la nécessité de faire un choix ; et dans le domaine du soin, elle concerne la capacité d'action de l'individu à exercer une forme de pouvoir en lien avec son autonomie de soigné (Schweyer, 2014). Dans le cadre de la relation soignant-soigné ou professionnel-profane, le point de vue du soigné est de fait distinct de celui du soignant, et en cela, le soigné n'est jamais absolument coopératif, le malade n'est ni complètement actif ni totalement passif (Herzlich et Pierret, 1984, p. 248), la négociation se situe donc dans l'expression de ce point de vue parfois divergent (Baszanger, 1986).

Nous pouvons donc nous interroger sur ces femmes, ces familles concernées par les propositions de retour précoce à domicile après la naissance : qui sont-elles ? Comment ont-elles accueilli ces nouveaux dispositifs institutionnels ?

Ainsi après avoir connu la médicalisation du suivi et l'attention croissante des professionnels au moment de la grossesse et de la naissance, perçue comme point culminant par ces derniers, comment ces familles vivent la moindre attention qui leur est proposée par la suite ? Clavandier et Charrier (2015, p. 165) nous rappelaient que la temporalité n'est pas la même que celle des professionnels : là où l'attention de ces derniers s'atténue après la naissance, elle prend une nouvelle ampleur pour les parents avec l'arrivée de l'enfant, qui n'est pas exempte d'inquiétudes et de préoccupations. L'après naissance fait même, pour certains professionnels, l'objet d'un réel désinvestissement, le secteur du service des suites de naissance est peu prisé par les plus jeunes. Alors comment ces familles vivent l'accompagnement dont elles bénéficient alors que l'intérêt des professionnels semble s'amenuiser ? De quelles informations disposent les familles pour se préparer au retour précoce à domicile ? Et le préparent-elles ? Quels recours ont-elles durant le parcours prénatal et utilisent-elles pour l'envisager ?

Il est aussi possible de se questionner sur les savoirs mobilisés à l'occasion de ces retours plus précoces, puisque la présence des professionnels autour du couple mère-enfant se trouve plus limitée en comparaison du séjour hospitalier antérieur aux nouvelles dispositions d'accompagnement. Cette nouvelle organisation est-elle l'objet de transfert ou d'appropriation de savoirs et de compétences ? De quel ordre dans ce cas ? S'agit-il pour les familles de se focaliser sur les savoirs professionnels ou plutôt profanes ?

De façon plus générale, en dehors du contexte médical, comment les femmes, les familles vivent-elles ces retours précoces ? En effet, la naissance, l'arrivée d'un enfant désorganise l'équilibre familial et nécessite une adaptation, des « ajustements » (Baszanger, 1986) de la part de la mère, du père s'il est présent, et potentiellement de l'entourage. A l'instar de la survenue d'un événement d'ordre médical touchant une personne, certaines obligations sociales des membres de la famille sont temporairement mises de côté (travail, vie publique, parfois gestion des autres enfants). Pourtant le retour aux tâches domestiques quotidiennes est probablement plus rapide lors d'un séjour écourté à l'hôpital après la naissance. Est-ce qu'à l'occasion du raccourcissement des séjours et du retour plus précoce à domicile, une part des charges domestiques du foyer revient à l'entourage ? Dans l'affirmative, comment l'entourage

s'empare-t-il de la délégation de prise en charge ? Donc sur quels soutiens professionnels et familiaux les parents peuvent-ils compter ?

3. Place de l'entourage

L'entourage dans le cadre de l'externalisation des soins est censé jouer un rôle prépondérant. La famille est un acteur à part entière dans la production de normes et spécifiquement dans la production de la santé, et elle est de plus en plus régulièrement sollicitée par le système de santé.

3.1. Place de la famille

La place de la famille dans la production de la santé a fait l'objet de multiples études pour montrer le travail du patient mais aussi de son entourage.

Bachimont (1998, p. 175 – 209) aborde la notion de « soins hospitaliers à domicile » pour définir les soins réalisés en extrahospitalier et qui relèvent de pratiques médicales plus ou moins pointues. Elle fait ainsi remonter le dispositif d'HAD aux années 1950, quand certains médecins et chirurgiens, puis des oncologues, constatant que des patients n'étaient plus en phase aiguë de la maladie, envisageaient de créer un dispositif d'accompagnement à domicile. L'HAD s'est étendue à d'autres secteurs dont la pédiatrie au début des années 1980. Il s'agissait également, du point de vue politique et économique, de promouvoir une « démedicalisation hospitalière dans une période où l'hospitalocentrisme domine ». Bachimont identifie aussi une raison idéologique à cette hospitalisation à domicile qui doit favoriser une meilleure qualité de vie pour les individus concernés et faciliter leur retour à l'autonomie.

Bachimont précise également que cette approche du soin à domicile implique parfois une technicité qui se trouvait auparavant à l'hôpital ; elle nécessite une organisation en réseau entre services de l'hôpital et acteurs extrahospitaliers mettant au jour une division sociale du travail ; enfin elle requiert la présence des aidants familiaux, « acteurs incontournables ». Cette nouvelle disposition engendre ainsi une « domestication du médical » et une « medicalisation du domestique », où l'aidant familial, « l'auxiliaire médical profane » joue donc un rôle prépondérant, responsabilisé dans les soins. Il devient en partie chargé des soins que l'hôpital lui a délégués, soins qui peuvent relever de la pratique paramédicale, nécessitant un apprentissage « formel » (transmis par des soignants) ou « informel » (acquis par l'expérience).

Cresson (2010, p. 288 – 291) souligne que la famille « produit de la santé » pour plusieurs raisons : elle en produit par l'éducation et la transmission en son sein de pratiques domestiques,

qui peuvent être variables selon le niveau socio-économique ; elle « produit aussi des soins » plus ou moins techniques, dans le cadre d'accompagnement de fin de vie, d'une personne malade (enfant ou adulte) ; elle se fait suivre médicalement au moment qu'elle détermine (après un pré-diagnostic établi par elle), donc elle « fournit des clients au système de santé » ; elle « collabore » avec les professionnels en jouant un rôle parfois déterminant dans l'accompagnement de proches en tant qu'aidant ; elle est surtout perçue par le système de santé par les effets qu'elle produit, et non pas en tant que famille pour elle-même ; enfin elle n'est pas reconnue comme organisation.

3.2. Les parents lors de l'HAD d'un enfant malade

Une illustration de la place de la famille est donnée par la situation d'un enfant porteur d'une maladie chronique. Nous nous rapprocherons ici du travail effectué par Cresson (1997 a) sur « la place des parents dans l'hospitalisation à domicile » qui consistait en une « approche sociologique des soins aux enfants mucoviscidosiques », recherche effectuée au Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille, dans le Centre de soins pour la mucoviscidose.

Cresson, après avoir présenté l'organisation de la prise en charge de la maladie à l'hôpital, a orienté son travail sur l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) développée depuis 1990 pour administrer aux enfants mucoviscidosiques, à la maison, des cures d'antibiotiques par voie veineuse, de 15 jours par trimestre. Cette nouvelle organisation, relevait-elle, avait non seulement un effet sur les institutions et les professionnels, mais aussi sur les patients et leur famille.

3.2.1. Le recours à l'HAD s'explique par plusieurs raisons

Le nombre de patients soignés a augmenté avec le diagnostic précoce de la maladie (dépistée à la naissance systématiquement depuis 2002) et l'instauration de thérapeutiques et pratiques nouvelles et diverses. L'intérêt pour cette maladie s'est accru au niveau médical (en France, mais aussi en Europe) et également au niveau du public (Téléthon). Une moindre perturbation du milieu familial et une meilleure scolarisation des enfants a été constatée. La réglementation et la prise en charge financière de l'HAD a évolué permettant une accessibilité plus aisée pour les familles et les services hospitaliers. Cresson (1997 a) a alors réalisé des entretiens auprès des parents et a abouti à une analyse de la multiplicité des tâches dévolues ou assumées par les parents-usagers pour la vie quotidienne ou lors des traitements à domicile.

3.2.2. Une diversité des tâches apparaît

Plusieurs domaines d'activité des parents d'enfant atteint de mucoviscidose sont apparus lors de l'analyse de leurs tâches : sur le plan familial (travail ménager et éducatif envers l'enfant), paramédical (ce qui devait être effectué par un professionnel de santé et revenu aux parents) ou extra-familial par des actions sur les instances extérieures (Sécurité sociale, école...)

L'implication soignante des parents relève de plusieurs facteurs : leurs connaissances profanes se développent au contact des professionnels ou de ressources de vulgarisation médicale. Mais ces connaissances sont centrées sur l'enfant malade plus que sur la maladie elle-même. Celles-ci sont parfois dévalorisées par les professionnels, car elles échappent aussi à leur emprise. Sur le plan technique, certaines tâches sont acquises progressivement, demandant un certain « tour de main », mais deviennent utiles sur le plan pratique autant que matériel. Enfin les sentiments envers l'enfant malade fondent l'intérêt de cette prise en charge et atténuent pour les parents le poids des exigences afférentes. Néanmoins, un contrôle régulier est effectué par les soignants et permet d'ajuster les moyens et ressources.

3.2.3. Analyse de l'expérience parentale dans ce processus

Les entretiens auprès des parents montrent que la « question de la normalité » de la vie quotidienne n'est pas complètement envisageable dans la situation de l'enfant malade (sur le plan familial et social). Il faut dans ce cas précis, mettre en lien l'expérience parentale avec la « gestion des connaissances et incertitudes » (annonce, traitements, évolution de la maladie) et leur action sur la « force des sentiments » (nécessité de garder le moral, d'octroyer un soutien à l'enfant, qui ne sont pas sans répercussion familiale, ni source de culpabilité).

Enfin, une « division du travail » est constatée lors des entretiens : elle concerne la répartition entre professionnels et profanes, mais aussi entre les deux parents. La division entre soignants et parents est influencée par différents éléments : le niveau technique des gestes à réaliser, l'évaluation faite par les parents de leur propre compétence, la définition des rôles (souhaits des uns et des autres), l'intérêt de l'enfant, l'enjeu de la responsabilité du geste.

Cresson a montré également pour cette prise en charge parentale, que la division du travail sanitaire n'est pas en lien avec la compétence des parents, que les mères sont globalement plus impliquées que les pères, et que, cependant, le soutien qu'elles perçoivent de la part de ceux-ci compte pour elles.

Ce regard, ici focalisé sur des situations de maladies, nous montre la place dévolue aux familles, dans le cadre d'une prise en charge médicale bien spécifique, qui est, on peut le supposer, différente dans le cadre d'une naissance.

Ainsi, le report de l'activité des suites de naissance vers le domicile s'accompagne de sollicitations à l'égard de la sphère domestique et des professionnels de ville. Nous nous sommes proposée d'analyser ces reports et l'organisation familiale qui en découle, après la naissance en milieux populaires. De fait, ces reports ont un effet de redistribution des interventions professionnelles à domicile au moment des suites de couches. Comment cela se déroule-t-il ? Quels recours, professionnels ou non, sont les plus sollicités par les mères et leur famille ?

Nous présenterons ci-après la méthodologie que nous avons mise en œuvre pour avoir le point de vue des mères et de leur famille sur cette nouvelle organisation du retour à domicile, puis après avoir présenté les familles rencontrées, nous développerons l'analyse de nos résultats, selon trois directions : le recours ou non-recours institutionnels, la mobilisation des savoirs profanes ou professionnels et enfin l'organisation familiale mise en œuvre autour du couple mère-enfant.

Chapitre 5 : Méthodologie de l'enquête

Sage-femme depuis 1994, mon³⁴ intérêt pour la sociologie est apparu progressivement, au cours de mon expérience professionnelle, au contact des femmes et familles rencontrées. La diversité des populations, des échanges, des situations m'a amenée à réfléchir à ma pratique professionnelle, mais aussi à ce que je souhaitais transmettre à mes futures collègues, à propos de ce métier qui m'enthousiasme. La structure dans laquelle je travaillais accueille en effet de nombreux étudiants de plusieurs filières (médecine, sage-femme, infirmière...).

Mon expérience de 2 ans au Sénégal en tant que volontaire sur un programme de santé mère-enfant en 2000-2001, tourné vers la santé communautaire m'a permis d'entrevoir d'autres cultures, d'autres pratiques autour de la naissance. J'ai eu l'occasion d'effectuer quelques missions de développement, plus courtes au cours des années suivantes, qui ont continué de susciter ma curiosité. Les lectures ont enrichi ce parcours.

En juin 2010, après 16 ans de pratique dans différents secteurs tels la salle de naissance, les urgences obstétricales, les suites de naissance, les grossesses pathologiques, j'ai intégré l'école de sages-femmes en tant qu'enseignante, « faisant fonction » de cadre, c'est-à-dire apprenante de cette nouvelle fonction « sur le terrain ». Ma formation d'enseignante s'est donc faite au fil de l'eau, et a pu être renforcée par un master en sciences de l'éducation en 2012.

Lors de cette année de master 2, j'ai travaillé sur le rôle de prévention et d'éducation des professionnels pour la fréquentation par les futures mères du service des urgences d'une maternité publique. Le mémoire réalisé à cette occasion montrait que les supports d'information écrits étaient surtout adaptés pour les populations ayant un niveau d'étude élevé et que les démarches d'accompagnement plus personnalisées telles que l'entretien prénatal précoce (dit du 4^e mois) et/ou la préparation à la naissance permettaient de toucher plus largement toutes les populations concernées.

Il est important de préciser que je suis arrivée à l'école au moment où s'élaborait le projet de son intégration à l'université, dont les enjeux, importants pour l'université, la faculté de médecins et notre école, auront par la suite des répercussions sur ma propre recherche (cf. infra). A l'heure actuelle, le projet n'est toujours pas arrivé à son terme.

³⁴ Dans ce chapitre, le recours au pronom « je » est choisi, pour des questions de clarté et de meilleure compréhension du lecteur/lectrice

Mon identité de soignante a été présente durant ces cinq années de recherche doctorale, en particulier au début du cursus. Une réflexion, un travail a dû être effectué pour m'éloigner de ma posture de professionnelle de santé, prendre une distance nécessaire et convertir mon regard de soignante en celui de sociologue pour mener cette recherche. La socialisation au contact des chercheurs, en particuliers des doctorants, m'a été profitable sur ce point, tout autant que la participation aux séminaires, colloques en tant qu'écoutante ou intervenante. Néanmoins mon « capital biographique » (Truong, 2014), mon expérience auprès des femmes durant la période périnatale, a constitué également, à mon sens, une ressource, par exemple pour appréhender les arcanes du milieu hospitalier, pour être plus à l'aise dans l'échange avec les mères ; puis ma posture d'enseignante progressivement en retrait du soin et des professionnels, m'a aidée à obtenir la distance, le « détachement identitaire » (ibid.) et à m'écarter peu à peu des représentations liées à ma pratique professionnelle antérieure du soin au contact direct des patientes (Becker, 1998).

Durant cette enquête plusieurs étapes ont été utiles, concomitantes ou successives, qui ont permis de mener la réflexion afin d'établir une problématique et un protocole de recherche. Certaines difficultés ont été surmontées en particulier à propos du terrain de recherche qui a été source d'échanges parfois difficiles à vivre, mais aussi l'occasion de rencontres fructueuses. Ce chapitre méthodologique abordera les contributions du réseau de périnatalité, les entretiens avec les acteurs autour de l'objet de recherche, professionnels et usagers, les aléas de la recherche du terrain pour une sage-femme chercheuse, la présentation du terrain finalement identifié, le choix des dispositifs à inclure et enfin le rapport au terrain.

1. Les apports du réseau de périnatalité OMBREL

Le réseau de périnatalité OMBREL³⁵ a été d'un grand appui pour cette recherche doctorale. Je me suis engagée de différentes manières dans cette organisation depuis 2010. Le contact régulier avec d'autres professionnels et surtout avec les usagers m'a permis de prendre un certain recul, d'avoir un regard différent sur les pratiques variées des uns et des autres, de partager certaines préoccupations, de bénéficier d'un éclairage utile durant le parcours de thèse et de trouver mon terrain de recherche.

³⁵ Organisation Mamans Bébé de la REgion Lilloise

1.1. Le réseau OMBREL

Le réseau de périnatalité de la métropole lilloise s'intègre dans le paysage régional parmi 4 autres réseaux : le réseau du « Hainaut »³⁶, le réseau « Bien Naître en Artois »³⁷, le réseau « PAULINE³⁸ », sans compter, depuis la création de la Région des Hauts-de-France, le réseau périnatal de Picardie³⁹.

A l'origine, le réseau a été pensé pour répondre aux objectifs définis dans les Plans de périnatalité en 1994 et 2005. Il s'est d'abord organisé, en fonction des décrets de 1998 relatifs à l'organisation des soins périnatals, avec en particulier la graduation des niveaux de maternité, de I à III selon le degré de technicité de prise en charge des nouveau-nés et des mères (cf. annexe 1). Donc dès 1998, dans le cadre de cette régionalisation des naissances, les médecins (gynéco-obstétriciens et pédiatres) des maternités existantes à cette date au sein de la métropole lilloise ainsi que les directions administratives, ont écrit et signé une charte, permettant ainsi une meilleure répartition des naissances en fonction des niveaux de soins, par zone géographique et par pathologie. Le projet était porté par le CHRU de Lille.

En novembre 2001, s'est réunie l'assemblée constitutive du Réseau Périnatalité de la Métropole Lilloise. Ce réseau ainsi constitué est d'abord un réseau inter-établissements. Il rassemble les 14 établissements présents sur la métropole : 7 en secteur public⁴⁰, 6 en secteur privé⁴¹, et enfin, un HPSP (Hôpital Participant au Service Public)⁴². Le bureau à cette période est composé de pédiatres et obstétriciens, et basé au CHRU. C'est donc à l'origine une démarche de santé publique formelle, les acteurs appartenant tous à une institution issue des 14 structures hospitalières de la métropole lilloise.

Puis, progressivement, le réseau a étendu son champ d'action à la ville, praticiens libéraux, collectivités territoriales et usagers, toujours dans le but de remplir sa mission de suivi de la

³⁶ Pour la région de Valenciennes, Maubeuge, Denain, Cambrai.

³⁷ Autour d'Arras, Douai et Lens.

³⁸ Réseau Périnatal de l'Audomarois et du Littoral autour de la Naissance et de l'Enfant, pour Dunkerque, Calais, Boulogne-sur-Mer, St-Omer, Rang-du Fliers.

³⁹ Qui s'étend d'Abbeville à St-Quentin en passant par Amiens, jusque Laon, Soissons, Compiègne et Senlis.

⁴⁰ Les maternités des centres hospitaliers d'Armentières, d'Hazebrouck, de Lille, de Marcq-en-Barœul, de Roubaix, de Seclin, de Tourcoing.

⁴¹ La clinique Cotteel à Villeneuve d'Ascq, le pavillon Sainte-Famille à Lille, la clinique Saint-Jean à Roubaix, la clinique du Val de Lys à Tourcoing, la clinique Lille-Sud à Lesquin, la clinique du Parc à Croix.

⁴² La maternité Saint-Vincent de Paul à Lille.

naissance aussi bien en amont qu'en aval, et de répondre également à la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2002.

Des spécificités régionales ont été mises en avant, impliquant des prises en charge adaptées, telles que le nombre croissant de jeunes mères (mineures), un taux important de familles en précarité socio-économique et l'augmentation de conduites addictives qui ont un impact sur la santé périnatale (prématurité, retard de croissance des fœtus...).

Le réseau s'est ensuite fait connaître des usagers organisés en association qui expriment des besoins en rapport avec la prise en charge des risques médicaux et psychosociaux pour les périodes pré- et postnatales.

C'est en octobre 2005 que le réseau s'ouvre officiellement aux autres acteurs de la périnatalité, à la ville. Il se constitue en association, selon la loi de 1901, et s'appelle dorénavant OMBREL pour Organisation Mamans Bébé de la Région Lilloise. Un Conseil d'Administration est réuni, pour élire un bureau et définir une nouvelle charte, qui sera signée par les adhérents. Les deux instances de l'association sont composées de représentants de professionnels hospitaliers, libéraux, d'usagers et de représentants d'institutions de ville.

Les maternités de ce réseau ne seront bientôt plus que neuf : certaines se sont regroupées ou ont fermé à partir de 2004. La région identifiée autour de Lille (cf. la carte, figure 7⁴³) comprend Hazebrouck et Armentières à l'ouest, Roubaix et Tourcoing au Nord, Villeneuve d'Ascq à l'est, Seclin au sud. Ces 9 maternités sont signataires de la charte en tant qu'établissements de santé.

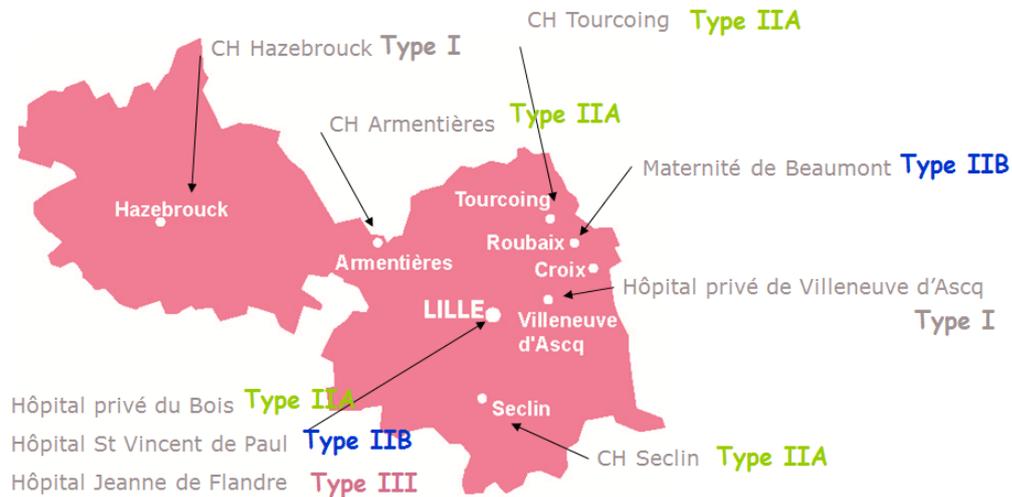
⁴³ Je remercie particulièrement l'équipe du réseau OMBREL pour leur contribution

Figure 7 : Le territoire du réseau OMBREL et niveaux des maternités



Territoire du Réseau OMBREL

24/04/17



Le président de l'association OMBREL est un gynécologue-obstétricien, longtemps chef de service d'une des maternités du réseau. A l'origine, une cellule de coordination est créée et regroupe médecin épidémiologiste coordinatrice, sage-femme épidémiologiste et assistante. La responsable de la coordination changera puisque le poste sera proposé ensuite à une puéricultrice durant plusieurs années puis, en 2017, à une coordinatrice non soignante, titulaire d'un Master 2 « Gestion des entreprises sanitaires et sociales » de l'IAE de Lille (Institut d'Administration des Entreprises), témoin marginal d'une évolution managériale du réseau.

Le dernier cahier des charges des réseaux de périnatalité, publié en juillet 2015, réprecise la définition d'un réseau : « une structure de coordination, d'appui, d'évaluation et d'expertise médicale exerçant des missions dans le champ de la santé périnatale, en amont et en aval de la naissance ».

Actuellement, en dehors des 9 maternités, des collectivités territoriales (PMI), des centres d'action médico-psychologique précoce (CAMSP), des centres médico-psychologiques (CMP), des laboratoires, ce réseau regroupe également les professionnels de façon individuelle, plus de 800 personnes, tels que des médecins généralistes ou spécialistes (gynéco-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, psychiatres, endocrinologues, biologistes, radiologues), des sages-

femmes, des puéricultrices, des pharmaciens, des psychiatres, des pédopsychiatres, des psychologues, des psychomotriciens et des usagers représentés par des associations.

1.2. Financement

Le financement des réseaux relève officiellement en 2002 de la dotation régionale de développement des réseaux sur décision des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

C'est à partir de juillet 2004, que le premier financement d'OMBREL s'effectue par la Direction Régionale de la Dotation des Réseaux (DRDR), suite à une sollicitation du réseau.

Puis en 2007, la DRDR est regroupée avec les Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) dans le dispositif nommé Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FIQCS).

Les Agences Régionales de Santé (ARS, ex-ARH) répartissent les fonds alimentés, et élaborent pour leur territoire, le schéma régional de l'organisation des soins (SROS) qui s'inscrit dans le cadre global du projet régional de santé (PRS), en déclinaison du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS). Le PSRS fixe les priorités et les objectifs de santé pour la région ; il inclut des mesures de coordination avec les autres politiques de santé. Le réseau signe avec l'ARS un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens⁴⁴ (CPOM) réévalué chaque année après rédaction du bilan annuel des actions réalisées.

1.3. Les missions du réseau OMBREL

Les missions du réseau sont d'améliorer la prise en charge pré, per et postnatale par la mise en œuvre et l'évaluation d'outils (tels que les fiches de transfert in utero ou néo-natal ou le dossier médical partagé), de délivrer une information aux usagers concernant le suivi médical ou psycho-social, d'informer les professionnels des nouvelles recommandations de bonne pratique. En cela, le réseau exerce une forme d'autorité sur toutes les structures et tous les professionnels. Plus précisément, dans le cadre de l'évaluation de l'activité des établissements de santé adhérents au réseau, chacun doit transmettre à OMBREL ses données d'activités (nombre d'accouchements, nombre de transferts d'enfants et de mères...), afin que le réseau le traduise en statistiques, qui sont remises à l'ARS et présentées lors des instances du réseau dans

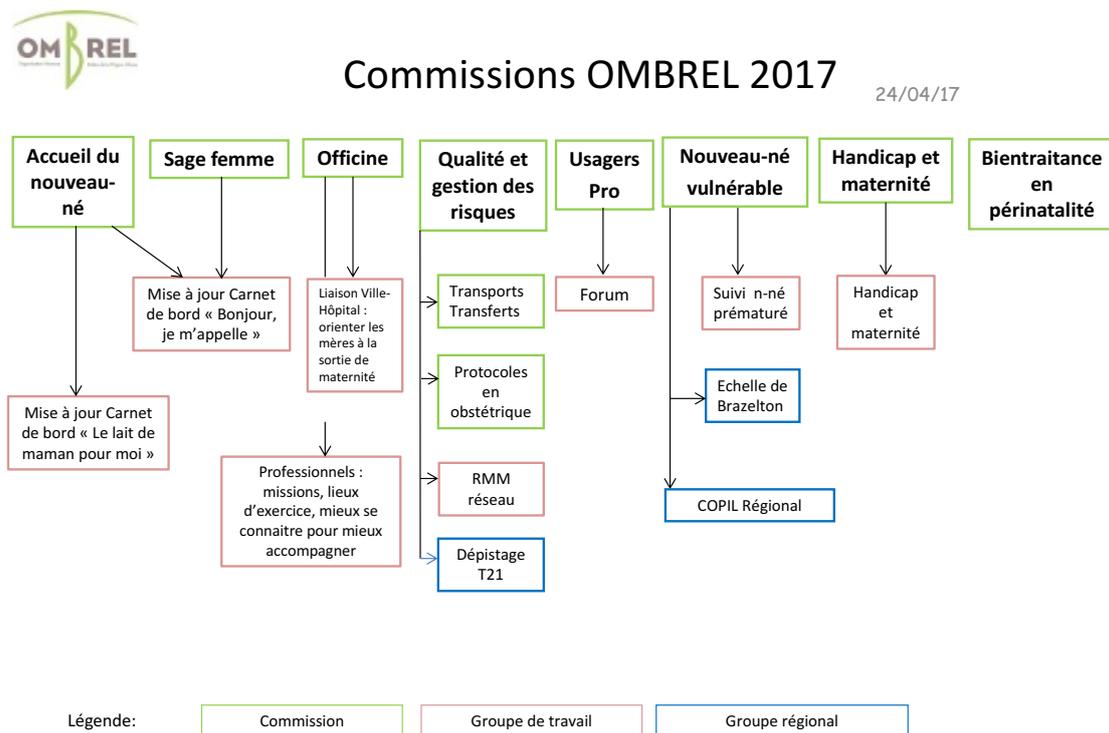
⁴⁴ Les CPOM ont été institués par l'ordonnance du 1er décembre 2005 (art. L.313-11 du Code de l'Action Sociale et des Familles) : ils abordent la question des moyens financiers, des objectifs organisationnels, du management, des ressources humaines.

un objectif d'amélioration des pratiques. Ainsi, par exemple, un retour est fait annuellement sur les transferts in-utero permettant d'évaluer s'ils sont effectués en application des recommandations concernant les niveaux d'établissements (décrets de 1998).

En dehors des objectifs définis localement, trois priorités nationales, communes à tous les réseaux, ont été néanmoins établies par le ministère (Direction Générale de l'Offre de Soins ou DGOS). Elles concernent l'amélioration de l'articulation ville-hôpital, une meilleure accessibilité à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), la participation à la réduction des inégalités sociales de santé.

Plusieurs commissions⁴⁵ (cf. figure 8) ont été mises en place pour travailler sur ces missions diverses, locales ou nationales. Certaines commissions ont une portée régionale puisqu'il existe des réflexions menées avec d'autres réseaux sur des thèmes particuliers (Trisomie 21 ou le nouveau-né vulnérable). La dernière commission « bienveillance en périnatalité » est en cours d'instauration.

Figure 8 : Les commissions du réseau OMBREL



Je me suis investie dans ce réseau depuis 2010 en adhérant certains groupes et je fais partie du Conseil d'Administration depuis 2012, ce qui m'a permis aussi d'avoir des échanges réguliers

⁴⁵ La commission bienveillance est en cours de constitution

avec les différents professionnels de la périnatalité. J'ai rejoint les commissions par intérêt professionnel d'abord (élargir ma « culture périnatale »), et y ai vu secondairement un avantage pour la thèse. Ces formes d'observations participantes (Arborio et Fournier, 2005, Peretz, 2007), avec des relations établies antérieurement à la recherche pour certaines, n'étaient donc pas « construites » pour la thèse mais ont présenté un apport particulièrement utile à cette recherche. Les membres des commissions ont été informés du cursus doctoral que j'avais entamé.

1.4. Groupe Sages-femmes

Depuis 2010, je participe aux réunions du groupe « sages-femmes ». Ces réunions sont animées par un gynécologue-obstétricien, président du réseau, et d'une sage-femme⁴⁶. C'est l'occasion de faire connaître, par les pairs, de nouvelles recommandations professionnelles, de réfléchir à l'échelle du réseau à de nouvelles pratiques (par exemple : conseils de contraception après la naissance, postures à proposer lors de la naissance, moyens d'appliquer le décret concernant les nouvelles compétences dévolues aux sages-femmes pour l'interruption volontaire de grossesse, ou pour la vaccination...), de partager des expériences ou de revenir sur des difficultés rencontrées durant la pratique professionnelle. Ce groupe est constitué surtout de sages-femmes libérales et de PMI, de plusieurs cadres de maternité et de quelques rares sages-femmes hospitalières. Les réunions sont trimestrielles et concernent souvent au moins une vingtaine de professionnels. À plusieurs reprises (octobre 2013, janvier et avril 2014 particulièrement), au moment où les programmes prendront de l'ampleur au sein des structures hospitalières, il sera question, du point de vue des professionnels, de la mise en œuvre des dispositifs d'accompagnement au retour à domicile après la naissance, des intérêts et inconvénients qu'ils y trouvent. Ce sera l'occasion de discussions, parfois âpres, sur le type d'accompagnement à proposer, sur la façon d'organiser le suivi à domicile, surtout au moment où les dispositifs vont se généraliser au sein des structures, et où de plus en plus de sages-femmes libérales seront sollicitées ou s'installeront pour répondre à cette demande.

Les divergences de point de vue concerneront par exemple des questions de déontologie professionnelle comme celles de permettre aux femmes d'avoir un libre-choix de leur praticien : certaines structures ont conventionné des sages-femmes, incitant les mères à effectuer leur suivi

⁴⁶ Compte tenu de la part importante de femmes dans la profession (près de 99 % selon la DREES en 2012), le terme « sage-femme » sera féminisé, tout comme ultérieurement le terme « puéricultrice » (1 % de puériculteurs selon Bessière en 2005).

postnatal auprès de celles-ci (bien qu'elles soient déjà suivies par une autre, peut-être plus proche de leur domicile). Des appels à plus de déontologie professionnelle avaient alors été lancés. Depuis lors, les tensions semblent s'être apaisées.

Un autre problème a été discuté avec le groupe sage-femme à l'occasion d'une rencontre avec le référent de la sécurité sociale pour le programme PRADO. Il a exprimé le point de vue de l'institution, la perspective d'une augmentation du nombre d'inclusions des femmes dans le dispositif augurant selon lui de sa pérennité. Des discussions concernant les coûts des visites à domicile (45 euros) ont été abordées. Le temps passé auprès des patientes et de leur nouveau-né chez elles (45 min à 1 h) justifiant selon les sages-femmes une revalorisation de ce forfait. Des sages-femmes ont également émis certaines objections quant à l'organisation du suivi gérée par les agents administratifs au sein des maternités : plusieurs d'entre elles n'ont pas été sollicitées pour l'accompagnement postnatal alors qu'elles connaissaient la patiente pour avoir effectué un suivi prénatal. Ceci a contrarié non seulement les sages-femmes concernées, mais selon elles, également les mères.

1.5. Groupe Usagers-Professionnels

Les usagers ont été contactés par le biais du Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) (cf. chapitre 1 : la médicalisation de la naissance). Au tout début, sont ainsi représentées les associations suivantes : le centre Nascita du Nord (éditeur de la revue « l'Enfant et la Vie », soutien à la parentalité), La Leche League et Solidarilait Nord (soutien et promotion de l'allaitement maternel), Poids Plume (association de parents d'enfants prématurés), Naître et Grandir dans le Nord (association d'information autour de la naissance), et les Papillons Blancs (association de parents d'enfants porteurs d'un handicap). Une première réunion s'est tenue en janvier 2006 pour créer, au sein d'OMBREL, la commission des usagers.

Les demandes des usagers dès cette époque se déclinent en trois axes : humaniser la naissance (en privilégiant le respect de l'accouchement physiologique), améliorer l'accueil des familles et de l'enfant dans les services de néonatalogie (pour les enfants prématurés) et améliorer l'information (autour de l'annonce aux parents du handicap ou de l'existence de relais associatifs). Plusieurs documents seront écrits et diffusés par le biais d'OMBREL, comme le « livret blanc » ou livret d'accueil des usagers dans le réseau.

J'ai rejoint le groupe « Usagers-professionnels » du réseau en février 2013, quand je cherchais à m'investir un peu plus et que le réseau invitait des professionnels à participer aux débats et

aux projets avec les usagers. Cette place de professionnelle était souhaitée par le groupe. Nous avons été deux sages-femmes à participer très régulièrement aux réunions.

Cela a été l'occasion pour moi de rencontrer les diverses associations adhérentes et actives au sein du réseau au moment de mon arrivée et jusqu'à cette année : soutien à l'allaitement (Solidarilait, La Grande Tétée, La Leche League), soutien à la parentalité (Nascita, APEI⁴⁷/Papillons Blancs), soutien aux familles d'enfants allergiques (Association Bébé Reflux Allergie ou ABRA), associations de portage bébé... Durant les années 2013 et 2014, de nombreuses réunions de ce groupe ont eu lieu afin de réaliser des films d'informations financés par l'ARS, à destination des parents et futurs parents. Les thèmes retenus étaient : premièrement « la grossesse » (le choix de la maternité, le projet de naissance, le suivi de grossesse) ; deuxièmement « la naissance » (les préoccupations par rapport à l'accouchement, les besoins du nouveau-né) ; troisièmement « devenir parents » (s'entourer, l'accueil de l'enfant différent, de l'enfant prématuré, le retour à domicile). Ces vidéos ont été présentées pour la première fois lors d'un forum de parents qui s'est tenu en avril 2015, forum qui donnait l'occasion aux professionnels, aux structures hospitalières ou territoriales et aux associations de faire connaître au public leurs rôles respectifs. Ce forum a été organisé par la commission Usagers et la cellule de coordination du réseau. Les films ont été mis à disposition des professionnels et structures du réseau pour une diffusion au sein des cabinets médicaux ou des établissements. Ils sont visibles également sur le site internet du réseau OMBREL. Toutes les institutions ou tous les professionnels ne les ont néanmoins pas sollicités par manque de matériel de diffusion, par divergence d'opinion avec ce qui était exprimé ou par manque d'intérêt.

Les échanges avec ce groupe, très productifs durant ces années, ont aussi grandement alimenté ma réflexion, m'ont permis d'avoir les points de vue des divers représentants d'usagers sur les dispositifs, d'avoir également des retours d'expériences individuelles, et de m'aider à prendre de la distance avec mon expérience professionnelle.

Plusieurs débats ont eu lieu entre les membres pour aborder le retour à domicile après la naissance et l'apparition des nouveaux dispositifs d'accompagnement. La plupart était en faveur d'un séjour écourté en maternité si aucun problème n'était apparu et à partir du moment

⁴⁷ Association de Parents d'Enfants Inadaptés ou Association de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis.

où un soutien familial était solide, ce qui rejoint les conclusions de l'enquête (plus de 5400 naissances) effectuée par le collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE)⁴⁸ en 2012.

2. Entretiens avec des femmes en consultation prénatale

Durant les années 2011 à 2014, alors que j'occupais déjà le poste d'enseignante à l'école de sages-femmes, j'ai effectué des consultations prénatales, à raison de deux demi-journées par mois au CHRU de Lille. J'y trouvais un intérêt personnel (réaliser une activité clinique qui me convenait) et professionnel (entretenir mon expérience et travailler avec des étudiants en consultation).

Alors que le dispositif RPDA était proposé depuis le mois de juin 2012, les consultants étaient encouragés à le proposer à toutes les femmes enceintes à partir de la 2^e grossesse. C'est dans ce cadre, en abordant avec les femmes l'entrée dans le dispositif RPDA, que j'ai eu l'occasion de discuter des motifs d'acceptation ou de refus avec celles-ci. J'ai pris spécifiquement des notes à l'issue de chaque vacation d'octobre 2012 à mars 2013. Il s'agissait d'une petite « pré-étude » pour recueillir l'avis des femmes potentiellement concernées. Le but était d'avoir d'autres pistes de réflexion pour réaliser mes futurs entretiens, de constituer une aide pour établir la grille d'entretien que je comptais utiliser auprès des mères incluses dans la recherche.

Lors de ce recueil d'informations, envisagé comme des entretiens exploratoires, les femmes qui refusaient d'emblée argumentaient le fait qu'elles avaient besoin de se reposer plus longtemps avant de rentrer chez elles. Elles précisaient avoir préparé leur(s) aîné(s) à la durée d'hospitalisation. D'autres ont refusé lors d'une consultation suivante. Après avoir accepté de prime abord la proposition, elles ont changé d'avis : soit par appréhension d'un accouchement difficile (expérience précédente de césarienne ou de complications), soit sur les conseils du conjoint qui encourageait sa femme à prolonger son repos à la maternité. Celles qui ont accepté le dispositif le faisaient, disaient-elles, pour limiter leur absence auprès de leur(s) premier(s) enfant(s) et/ou parce qu'elles avaient anticipé l'aide possible de la part de leur entourage. Toutes ont précisé qu'elles se décideraient définitivement après la naissance.

Ces échanges m'ont donc permis de réaliser une forme d'observation participante sur l'objet de recherche, dans une perspective exploratoire, et d'envisager le point de vue professionnel face

⁴⁸ <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>

à l'annonce du dispositif RPDA, « en occupant un rôle déjà existant dans la situation » (Arborio et Fournier, 2005, p. 28).

3. Entretiens avec des professionnels responsables au sein du CHRU

Des entretiens avec les responsables du CHRU ont été réalisés préalablement à l'acceptation de la recherche que je souhaitais mener au sein de la maternité. Ces rencontres avec des professionnels étaient l'occasion de parler du projet de thèse, obtenir leur aval et elles avaient aussi pour but de me permettre d'apprécier l'organisation concernant les retours à domicile au sein de la maternité du CHRU de Lille. J'ai ainsi rencontré des sages-femmes cadres et des médecins responsables de secteur. Ce choix de la maternité du CHRU pour être mon terrain de recherche m'avait initialement semblé intéressant car le dispositif RPDA venait de se mettre en œuvre depuis juin 2012, et je connaissais bien la structure.

Initialement intéressés par mon projet de recherche, et même très encourageants pour certains, quand je l'ai présenté individuellement aux différents responsables de la maternité, leurs réticences sont apparues petit à petit, quand j'ai fait connaître l'accord de l'école doctorale et du laboratoire CLERSE pour que je débute la thèse. Les choses devenaient plus concrètes et je n'avais pas envisagé que leur implication au sein de l'université pourrait avoir un effet négatif. L'autorisation effective de débiter la recherche est devenue plus complexe à obtenir, les responsables me renvoyant aux uns et aux autres, sans que personne ne puisse m'apporter une réponse, quelle qu'elle soit.

Les enjeux d'intégration de l'école de sages-femmes à l'université devenaient plus prégnants et sensibles. Il était alors devenu inenvisageable pour chacun de m'apporter son soutien pour la recherche que je souhaitais mener, au moment où je les sollicitais. L'accès à ce terrain de recherche était donc rendu impossible, et il aurait fallu différer, trouver une période plus propice, mais aussi très aléatoire, ce qui n'était pas envisageable compte tenu des délais impartis pour la thèse.

Ces difficultés que j'analyse ci-dessous m'amenèrent ainsi à ne pas débiter mon terrain de recherche au sein de cette structure.

4. Analyse de la recherche d'un terrain

4.1. Terrain initialement envisagé

Je travaille au CHRU de longue date, et suis restée en poste en salle de naissance, le secteur où ont lieu les accouchements, c'est-à-dire le service qui est considéré comme le « centre névralgique », le « cœur » de la maternité, avant de me diriger vers l'enseignement. Je suis en poste à l'école de sages-femmes du CHRU depuis 2010, soit depuis plus de deux ans au moment où je souhaite débiter la thèse. Jusqu'à cette étape, il y avait, me semblait-il, une facilité de compréhension et de dialogue entre les uns et les autres.

Nous avons partagé plusieurs moments de collaboration. Mon travail de master achevé en juin avait été par exemple l'occasion de rédiger une fiche-conseil à donner aux femmes enceintes sur les motifs de consulter aux urgences, toujours utilisée à l'heure actuelle, ce qu'un chef de service ne manque pas de souligner à chacune de nos rencontres.

Avec l'école, dans la même année, nous avons réalisé un projet avec les étudiants sages-femmes et la cellule de communication du CHRU. Ce travail était mené par une collègue sage-femme-enseignante et moi-même, dans le cadre d'une unité d'enseignement optionnelle intitulée « démarche de prévention en santé publique ». Il s'agissait de faire réaliser, par des étudiants volontaires (une douzaine) avec l'aide des professionnels, de petites vidéos de « décryptage » (4 – 5 minutes) adressées au public venant aux consultations prénatales, sur des sujets tels que la préparation à la naissance et à la parentalité, des informations concernant le séjour en suites de naissance, les signes d'éveil du nouveau-né, le peau-à-peau à la naissance et durant le séjour... Cette démarche de communication auprès des patients revêtait une grande importance aux yeux des responsables de la maternité. Les 3 films, présentés quelques mois plus tard, ont visiblement été satisfaisants pour l'équipe et pour les étudiants. Nous avons renouvelé l'expérience l'année suivante pour la production de 3 nouvelles vidéos qui ont également donné satisfaction. Les films sont toujours diffusés à l'heure actuelle dans les salles d'attente de consultation prénatale. À l'issue de ces deux années, nous avons décidé d'interrompre temporairement la production de nouvelles vidéos, par manque de disponibilité (nous étions en effet toutes les deux engagées dans des cursus de formation). Mais régulièrement, ma collègue et moi-même sommes sollicitées par les responsables de secteur et différents membres de l'équipe de la maternité pour reprendre cette activité avec nos étudiants.

Après une longue pratique au sein de l'établissement (qui s'est à mon sens bien passée), je connais toute l'équipe donc une certaine confiance semblait logique et attendue, il « allait de soi » pour moi que j'allais faire ma recherche sur ce terrain (d'autant que la recherche pour le mémoire de master s'y était très bien passée). J'entrevois une posture de sage-femme-chercheuse sur mon lieu d'exercice professionnel.

4.2. Porte close

Les enjeux liés à l'intégration de l'école à l'université ont eu progressivement un effet délétère sur les relations entre sages-femmes enseignantes de l'école et les obstétriciens, participant aux instances décisionnelles de l'école : conseils techniques qui fixent les orientations pédagogiques, jurys (de validation, de mémoires, conseils de discipline).

La loi HPST a en effet proposé une modification de la formation de sage-femme : « Art. L. 4151-7-1. - La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4151-7, sous réserve de l'accord du Conseil Régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur fixe les modalités de cette intégration à l'université pour le ou les sites concernés ». La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a confirmé cette position en mai 2011 : « Il est souhaité que l'ensemble des acteurs se saisissent de cette nouvelle opportunité d'ici cinq ans ».

En résumé, l'école de sages-femmes souhaitait répondre à cette disposition, donc être intégrée à l'université, mais garder une certaine indépendance pédagogique et budgétaire, à l'instar de ce qui s'est fait dans certaines universités (comme Marseille). Cette indépendance semblait à l'équipe d'enseignantes bien moindre dans le cas d'une intégration sous forme de département de maïeutique de la faculté de médecine, que souhaitait le doyen de la faculté et son vice-doyen, médecin référent du dispositif à la maternité.

Dans ce contexte, l'accès des sages-femmes formatrices à des doctorats pouvait être un argument en faveur d'un statut plus autonome de l'école.

La position de sage-femme enseignante que j'occupais alors depuis deux ans et demi, donc plus éloignée du terrain clinique et de ses praticiens, associée aux « péripéties de l'école », c'est-à-dire aux difficultés relationnelles engendrées par l'intégration à l'université, ont créé un blocage pour mon accès au terrain envisagé. La posture de sage-femme chercheuse, en outre issue de l'école de sages-femmes, devenait une position difficile dans le contexte particulièrement tendu

de l'époque. L'investissement d'une sage-femme dans un cursus de 3^e cycle, qui plus est en sciences humaines et sociales, c'est-à-dire dans un domaine échappant à la recherche clinique très valorisée par le milieu médical, compliquait encore la situation. Ces enjeux de pouvoirs, dont je n'avais pas la maîtrise, ont ainsi interféré avec ma demande initiale. La décision a donc été prise de chercher un autre terrain.

4.3. Sociologie, un ailleurs

La question du regard différent sur les usagers que la recherche pourrait mettre en exergue et la mise en avant de leur point de vue pouvait peut-être déranger les professionnels. Je fais référence à l'article de Darmon (2005) : « *le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain* » qui est assez parlant, voire caricatural bien que réel, sur l'opinion du professionnel médical à propos de la recherche en sociologie : le professeur de médecine, auquel elle était confrontée, n'admettait pas qu'une autre approche que la sienne soit possible dans l'analyse de l'anorexie, qu'il considérait comme relevant de la pathologie médicale seule.

Par ailleurs, Darmon fait référence à la position de domination exercée par son interlocuteur : « rigueur médicale » par rapport à la sociologie envisagée comme une « technique sans rigueur. La suggestion qui m'a été adressée tendait elle aussi à me ramener dans le champ médical perçu comme plus rigoureux : « c'est sur la recherche clinique que vous devriez vous concentrer, et pas sur la psychologie ou la sociologie... ».

J'ai peut-être alors atteint cette place de « l'entre-deux », particulièrement inconfortable : sage-femme de terrain jusqu'en 2010, ayant acquis une certaine « assise professionnelle » par une expérience de plus de 15 ans, encore proche à ce moment-là de ce terrain par les allées et venues fréquentes (vacation de consultation prénatale, évaluation sur les lieux de stage des étudiants), mais aussi sage-femme enseignante, donc reconnue comme une « représentante » de l'école de sages-femmes, étudiante-chercheuse en sciences humaines et sociales, dans un domaine perçu comme échappant au contrôle médical. Cet accès impossible à un travail de terrain sur mon propre lieu de travail aura ainsi été pour moi la première forme d'étrangeté dans un univers qui m'était pourtant très familier.

Ainsi, cette impossibilité m'a amenée à rechercher un autre lieu, ce qui présentait certains avantages. Le terrain initialement envisagé était très « proche ». Or, selon Beaud et Weber (2010), trop de familiarité ou de proximité peut rendre difficile la conversion « du regard sur le monde social ». Alors, à l'occasion de ces difficultés, la question s'est posée d'aller voir

ailleurs, manière de faire surgir de « l'étrangeté » dans un terrain familier. Les aléas de la recherche d'un terrain et l'arrivée sur un nouveau terrain auront eu pour effet de permettre une « distanciation » plus aisée à obtenir dans un lieu que je ne connaissais pas ou très peu. Par ailleurs, la méthode envisagée privilégiant les entretiens à domicile apporte également une autre posture que celle connue au sein de l'univers médical hospitalier.

5. La maternité de Roubaix

5.1. Pourquoi Roubaix ?

La maternité du Centre hospitalier de Roubaix a été l'objet de ma sollicitation suivante car elle présente plusieurs caractéristiques intéressantes pour l'organisation des retours à domicile : elle a été une des premières structures à développer officiellement ces dispositifs dans la métropole lilloise par la création d'une « communauté périnatale de proximité » regroupant les praticiens de ville, correspondants de la maternité autour de protocoles communs ; la distance géographique était compatible avec mon activité professionnelle à temps plein de l'époque ; l'équipe m'a paru dynamique, accueillante. Le contexte socio-culturel du public est a priori différent de celui de la structure envisagée initialement. Par ailleurs l'établissement, non universitaire, se situait à l'écart d'éventuelles pressions de la part de l'université. Je n'avais eu l'occasion d'aller dans cette maternité qu'à une ou deux reprises auparavant, lors de suivis ponctuels d'étudiants sages-femmes dans le secteur des admissions des femmes enceintes avant leur éventuel passage en salle d'accouchement. C'était donc pour moi quasiment un lieu nouveau.

Le Pavillon Paul Gellé (PPG) est une maternité de niveau II B (c'est-à-dire comprenant un service de soins intensifs, permettant ainsi d'accueillir des enfants prématurés à partir de 7 mois de grossesse), répondant ainsi à la majorité des situations périnatales.

La maternité de Roubaix a un recrutement important (plus de 2600 accouchements par an). C'est la seule maternité de la ville pour ses 95 000 habitants. Le nombre de personnes concernées par les dispositifs est relativement conséquent. En 2008, le RPDA (sortie au 2^e jour) a été mis en œuvre en même temps que la possibilité de « sorties anticipées » au 3^e jour ; dans les deux cas, un accompagnement par une sage-femme libérale était organisé par la maternité.

Le PRADO, organisé par la CPAM, a démarré au milieu de l'année 2012. Depuis, il a complètement remplacé le dispositif des « sorties anticipées », propre à la maternité.

Ainsi en 2012, sur les 2686 accouchements, 31 % des accouchées ont intégré un dispositif, 13 % dans le cadre d'un RPDA et 18 % pour une sortie PRADO au 3^e ou 4^e jour, selon les données de l'équipe cadre⁴⁹.

Cette maternité a aussi obtenu le label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé)s⁵⁰ depuis 2009, confirmé en 2013 (cf. chapitre 1 : la médicalisation de la naissance)

5.2. Les rencontres institutionnelles

Plusieurs temps d'échanges auront lieu avec l'équipe roubaisienne pour me permettre de comprendre l'organisation de la maternité et exposer mon objet de recherche.

En janvier 2013, j'obtiens par mail l'accord de principe du chef de service de Roubaix pour que je puisse réaliser ma recherche à partir de la maternité. Je connais professionnellement ce médecin : il y a une dizaine d'années, nous avons travaillé au sein de la même structure lors de sa formation. De plus, il est très actif au sein du réseau de périnatalité OMBREL. Cela facilite probablement ma prise de contact, ma demande d'accès au terrain et l'exposé de mon projet.

Le 18 février 2013 a lieu un rendez-vous avec la cadre de proximité qui m'explique l'organisation au sein du service et la prise en charge prévue pour les retours à domicile après la naissance depuis 2008.

L'équipe de la maternité est intéressée par l'objet de recherche. En 2009, une thèse de médecine générale (Enrico, 2009) avait été dirigée par un membre de l'équipe, il s'agissait d'un état des lieux de la mise en œuvre du dispositif et d'une enquête prospective auprès des accouchées et des généralistes.

J'ai pu avoir à ma disposition les documents concernant le sujet, protocoles de services, statistiques, être autorisée à démarrer mon étude dans le service des accouchées et à assister aux réunions proposées aux patientes.

5.2.1. L'organisation des contacts avec les femmes à la maternité de Roubaix

A la maternité de Roubaix, les consultations d'orientation ont été mises en place depuis 2012, pour identifier les parcours bas risque et haut risque ; souhaitant ainsi correspondre aux

⁴⁹ Je remercie grandement l'équipe de la maternité de Roubaix pour l'accueil qui m'a été fait et pour leurs données statistiques.

⁵⁰ <http://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>, consulté en février 2015

recommandations promues actuellement par la Haute Autorité de Santé (produites initialement en 2007 et actualisées en 2016). Cette organisation, existant dans le service public, permet que le secteur libéral réalise le suivi des femmes enceintes identifiées comme sans risque lors de la 1^{re} consultation à la maternité. Ce modèle « ville-hôpital », précisé par Micheau et Havette (2014), implique des ressources suffisantes (sages-femmes et médecins généralistes⁵¹) en ville pour être appliqué pleinement de façon à ce que le maximum de soins soit effectué par les professionnels libéraux jusqu'au 8^e mois de grossesse. De fait, à Roubaix ⁵², toutes les consultations à bas risque ne sont pas réalisées en libéral, correspondant au modèle intermédiaire, qualifié de « flou » par Micheau et Havette (2014), parce qu'il s'adapte aux contingences locales, telles les disponibilités professionnelles libérales ici insuffisantes au moment de la recherche (cf. chapitre 2 : sociologie des professions, « négociations entre les professionnels »).

Selon l'équipe cadre, dès le moment de la 1^{re} consultation en maternité, la discussion peut porter parfois sur le projet de naissance et le retour à domicile après la naissance.

La maternité propose des réunions d'information pour les parents et futurs parents :

1. Chaque 1^{er} vendredi du mois, pour les femmes n'ayant pas accouché et leur conjoint, une « rencontre autour de la naissance » (parents/professionnels de la naissance) de 2 heures, organisée par un pédiatre et une sage-femme référente en lactation.
2. Chaque 3^e vendredi du mois (durant 2 h), pour les femmes ayant accouché ou non, et leur conjoint, une « rencontre autour du bébé » (portage, couches lavables, massages...), gérée par des auxiliaires de puériculture et une puéricultrice ou une sage-femme à tour de rôle.

Une organisation spécifique a été instaurée pour l'obtention du label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés. Cet accompagnement (ou « laisser-faire aux parents », selon les propos des professionnels) envisage une prise en charge globale du couple mère-enfant. Une sage-femme cadre précise : « on n'entre dans la chambre qu'un minimum de fois et on s'occupe de la mère et de son enfant lors du même passage ».

⁵¹ Il y a plus d'une centaine de médecins généralistes identifiés dans l'annuaire, dont 4 sont adhérents par le réseau de périnatalité OMBREL, de même, 9 sages-femmes sont inscrites dans les pages-jaunes pour la ville de Roubaix, dont 6 sont adhérentes au réseau (adhésion gratuite). Cependant, d'autres sages-femmes des villes limitrophes sont régulièrement sollicitées par l'équipe de maternité pour le suivi postnatal.

⁵² Au moins 31 femmes sur les 44 rencontrées ont effectué leur suivi à la maternité avant le 6^e mois de grossesse.

Lors de la sortie de maternité des familles, plusieurs informations sont transmises : un document de sortie (intitulé « Rentrer à la maison avec bébé ») avec des conseils concernant l'enfant est remis aux mères, les numéros de téléphone pour joindre des professionnels de la maternité (sage-femme ou puéricultrice) si des questions se posent au domicile, les numéros des lignes téléphoniques des conseillères en lactation de la maternité et de celles du réseau de périnatalité OMBREL (Allait'écoute) sont communiqués, ainsi que les coordonnées d'associations de promotion de l'allaitement (La Leche League et Solidarilait).

En outre, des « réunions de sortie » (cf. infra) sont proposées presque tous les jours par une sage-femme, une puéricultrice ou une pédiatre. Il est intéressant de noter qu'elles sont conseillères en lactation.

Il semble y avoir, d'après l'équipe-cadre, une implication forte au sein de la maternité de quelques sages-femmes libérales : la préparation à la naissance au sein de la maternité est organisée de façon à ce qu'il y ait tous les jours 2 séances, tenues alternativement par 1 sage-femme de la maternité ou une des 5 sages-femmes libérales concernées. Une séance, sur les huit qui comprend un cycle, est consacrée au retour à la maison après la naissance.

Certaines difficultés sont mises au jour par une sage-femme cadre, comme par exemple le fait de trouver moins facilement des sages-femmes libérales pour les RPDA (2^e jour) que pour les PRADO. En effet, pour un RPDA, la visite à domicile doit se faire impérativement le lendemain de la sortie de maternité, et le dépistage de l'ictère de l'enfant doit être réalisé à l'aide d'un appareil très coûteux (bilirubinomètre) que toutes les sages-femmes n'ont pas à leur disposition, les amenant ainsi à refuser cette prise en charge. Pour le PRADO, la visite à domicile peut être retardée d'un jour, le risque d'ictère est moindre et le dépistage n'est pas obligatoire. Un relais se fait aussi avec la PMI ou les médecins traitants.

Un autre écueil énoncé par l'équipe est l'accompagnement des difficultés sociales plus ou moins importantes que connaissent selon elle de nombreuses femmes de Roubaix : les problèmes de ressources, de logement, d'isolement social semblent fréquents et, d'après l'équipe, rendent les femmes et leur famille moins disponibles pour le suivi médical.

5.2.2. Retours à l'équipe

Le 24 février 2014, alors que l'enquête de terrain était encore en cours, j'ai présenté à l'équipe responsable (sages-femmes cadres et médecins) quelques résultats issus des deux premières vagues d'entretiens. J'ai relaté plus précisément les temps d'échange que j'ai eus avec les

mères, les catégories socio-professionnelles des femmes rencontrées, les premiers éléments qui se dégagent des entretiens déjà réalisés à propos du point de vue des femmes sur les dispositifs.

J'ai aussi eu l'occasion de présenter aux professionnels lors de la journée du réseau du 5 novembre 2015 sur le thème « Naissance physiologique, et si on en parlait ? », une communication sur le vécu des femmes dans le cadre des dispositifs d'accompagnement postnatal. La maternité, structure ancienne, est engagée dans un processus de déménagement vers une nouvelle structure, prévu pour mai 2017 (et qui a effectivement eu lieu à cette date), rendant donc l'équipe beaucoup moins disponible pour d'éventuels échanges hormis les temps institutionnels tels que des journées d'études organisées par le réseau OMBREL.

5.2.3. Réunion d'information post-natale

Il m'a semblé utile d'observer une réunion post-natale pour entendre le contenu de l'information délivrées aux parents (plus pertinent pour moi que lire une fiche récapitulative), comprendre la posture des parents à cette occasion.

Cette réunion, instituée au début de la mise en œuvre des dispositifs, dure une heure. Elle a beaucoup d'objectifs puisqu'elle est l'occasion de délivrer des informations, de faire de la prévention, de l'éducation à la santé. Elle est organisée au sein du service, tous les jours de 11 h à 12 h, et est recommandée par les professionnels durant le séjour hospitalier. Un rappel par interphone leur est d'ailleurs signifié cinq minutes avant le début de la séance. La mère, plus ou moins accompagnée de son conjoint, y assiste, souvent le dernier jour avant le retour à domicile, quand elle est disponible et en éprouve le besoin.

En avril 2014, j'ai donc eu l'occasion d'observer une séance animée par une puéricultrice. Les observations ont été consignées a posteriori, et quelques notes ont été prises durant la séance : 3 mères étaient présentes avec leur enfant, l'une d'elles accompagnée de son conjoint.

La salle est petite (la taille d'une chambre), quatre fauteuils et quelques chaises sont disposés le long des murs face à une paillasse recouverte d'un matelas à langer sur lequel se situe un petit mannequin qui servira aux démonstrations, et à côté, quelques biberons.

Compte tenu de l'étroitesse de la salle, il m'était difficile de passer inaperçue. Rapidement, je me suis présentée comme menant une recherche en sociologie, mon statut d'observatrice étant évident (je n'avais pas de bébé avec moi, en tenue civile avec manteau, non « décontractée » comme les mères sortant de leur chambre d'hospitalisation, parfois en pyjama). Je me suis fait

discrète, centrée sur mon cahier, laissant le groupe écouter, regarder les démonstrations pour tenter de faire abstraction de ma présence. La puéricultrice, professionnelle expérimentée exerçant depuis longtemps au sein de la structure, était néanmoins informée de ma profession, puisque je lui avais été présentée comme telle, par une sage-femme du service.

Plusieurs thèmes ont été abordés par la puéricultrice pour l'accueil de l'enfant :

- Les gestes techniques tels que la prise de température, les soins de cordon, les massages éventuels, les produits à utiliser (sérum physiologique, lait maternel, liniment oléo-calcaire, beurre de karité, huile de calendula...) ou à proscrire (huile d'amande douce, talc, citronnelle).
- Les actions pour « rassurer »⁵³ l'enfant — expression qui sera reprise régulièrement — comme lui parler, réaliser le « peau-à-peau », ou effectuer le « regroupement » de l'enfant, c'est-à-dire l'installer en position fœtale dans un lange ou une couverture.
- Des informations sur l'allaitement maternel, ainsi que les bénéfices du lait maternel, les aides potentielles à domicile en cas de difficultés rencontrées : visite à domicile ou soutien téléphonique de professionnels, mais aussi de « mamans formées » à l'allaitement (il se trouvait que les 3 femmes présentes à la réunion avaient opté pour un allaitement maternel).
- Les consignes de sécurité, pour le couchage, pour le transport, en cas de présence d'animaux domestiques.
- Les recommandations données aux mères et à leur conjoint de prendre soin d'eux-mêmes : « être vigilant à son ressenti, à sa fatigue », sensation utile à percevoir pour prévenir des gestes violents envers l'enfant (elle explique le syndrome du bébé secoué). Le « blues » après la naissance est signalé comme normal dans les quinze jours suivant la naissance ; il est alors conseillé de ne pas hésiter à faire appel aux professionnels comme à l'entourage.
- Des informations concernant le suivi médical de l'enfant (consultations, vaccins) et la possibilité de le faire chez un médecin généraliste, un pédiatre, à la PMI...
- Des informations diverses, mais précises sur les sorties de l'enfant, l'hygiène (rythme des bains, nettoyage des oreilles, yeux et nez), son transit, sa croissance.

⁵³ Entre guillemets, les mots tels qu'employés lors de la réunion

Il m'est apparu ce jour-là que le discours était assez dirigiste, mené vivement, et laissait finalement peu de place aux questions de la part des parents.

Ma présence lors de cette réunion a-t-elle été vécue comme inquisitrice par la professionnelle (surtout au début) ? Probablement, bien qu'elle s'en soit défendue quand nous en avons parlé à l'issue de la réunion. Elle m'avait facilement donné son accord, sans aucune objection (peut-être aussi parce qu'elle savait que j'étais sage-femme, introduite par une collègue du service), mais un regard extérieur et professionnel sur la séance pouvait être intimidant. Finalement, plus que ma situation d'observatrice, c'est ma posture connue de professionnelle qui a dû faciliter mon introduction auprès de cette puéricultrice expérimentée, mais qui a peut-être été gênante, même si sa pratique semble avoir pris le dessus durant la séance.

5.3. Autour de la maternité

5.3.1. La Protection Maternelle et Infantile

Selon l'équipe de la maternité, de nombreuses femmes se faisant suivre à la maternité rencontrent les difficultés sociales importantes. Une collaboration étroite existe entre les services de la maternité et ceux de la PMI. Par exemple, les professionnels de ce secteur sont informés des naissances quasiment quotidiennement. Ainsi les sages-femmes de PMI viennent à la maternité, et notent le nom des femmes accouchées et qui relèvent de la compétence territoriale : elles sont désignées par l'équipe ou déjà suivies par le secteur. Selon les professionnels de PMI, les femmes concernées par les visites sont des adolescentes, des familles rencontrant des problèmes de ressources, de logement, victimes de violence ou au sein desquelles il existe des relations qualifiées de dysfonctionnelles, enfin des femmes ayant eu un premier enfant sont aussi susceptibles de recevoir une visite de la PMI. Les femmes identifiées reçoivent alors la visite d'une puéricultrice ou d'une sage-femme avant la fin de la première quinzaine de jours de vie de l'enfant.

J'ai trouvé utile de passer une journée à suivre une sage-femme de la PMI. Deux unités existent pour la ville : Roubaix-Centre et Roubaix-Croix-Wasquehal. J'ai eu l'opportunité de rencontrer l'équipe du secteur de Roubaix-Centre en février 2016. Il s'agit d'une grosse unité territoriale où travaillent plusieurs médecins, sages-femmes, puéricultrices et assistantes sociales.

Lors de cette journée, j'ai pu assister à un entretien du 4^e mois ou « entretien prénatal précoce » fait par une sage-femme auprès d'un couple arrivé en France depuis moins de 2 ans. Ce couple

attendait un 3^e enfant, qui sera le premier à naître en France. Cet entretien a permis au couple de se faire expliquer le suivi préconisé et d'aborder avec eux les problèmes éventuels. L'après-naissance a aussi été envisagée (reprise d'un travail, aide à domicile...).

J'ai ensuite suivi la sage-femme de PMI pour trois visites à domicile chez des femmes enceintes qui connaissaient des difficultés sociales et/ou médicales plus ou moins importantes. Deux d'entre elles étaient victimes de violences conjugales. L'une d'elles n'a d'ailleurs pas ouvert sa porte (ou n'a pas pu ouvrir, parce qu'elle est enfermée, selon l'assistante sociale).

La sage-femme m'a expliqué les difficultés que les services de PMI de ce secteur rencontraient de plus en plus dans l'accompagnement des femmes durant la grossesse et après la naissance. Certaines familles refusent la présence vécue comme inquisitrice, voire menaçante, des professionnels de PMI. Cette visite professionnelle de contrôle social est de moins en moins acceptée, la distance avec les représentants de la norme sociale et médicale se traduisant par une absence du domicile au moment de la visite annoncée.

Cette journée m'a permis aussi de rencontrer trois assistantes sociales qui m'ont expliqué entre autres les formalités d'obtention d'une aide-ménagère à laquelle une famille peut prétendre, sous condition de ressources. Un certificat médical doit préalablement être rempli par un professionnel de santé. Ce certificat doit ensuite être présenté aux associations de services à domicile, qui gèrent ensuite les dossiers. C'est donc la famille qui est censée faire la démarche, sauf dans certaines situations où l'assistante sociale s'implique, telles qu'une barrière linguistique importante ou un décès.

5.3.2. Entretien avec la directrice du Centre communal d'action sociale de Roubaix

Dans le but de comprendre une partie des spécificités de la population, j'ai sollicité un rendez-vous en octobre 2014 auprès de la directrice du Centre communal d'action sociale (CCAS) de Roubaix. Le CCAS intervient dans l'aide légale et l'aide sociale. Ce rendez-vous a permis de mieux situer une partie des habitants de la ville de Roubaix, de comprendre les logiques de mobilités résidentielles, de cerner une population très jeune, qui rencontre des difficultés sociales importantes (cf. chapitre 6 : La population de Roubaix).

Les professionnels du CCAS interviennent pour favoriser l'insertion professionnelle et également pour mettre en œuvre la politique sociale définie par les élus de la commune (par exemple pour des personnes bénéficiant du revenu de solidarité active, RSA).

6. Choix des dispositifs à inclure

La question du recrutement des mères s'est posée. Quel(s) dispositif(s) étai(en)t pertinent(s) pour mener cette recherche ? Fallait-il se centrer uniquement sur le RPDA (sortie au 2^e jour), ou envisager d'y associer le PRADO (à partir du 3^e jour) ?

6.1. RPDA, un choix médical

L'intérêt d'envisager le RPDA ne faisait aucun doute : cette nouvelle disposition réduisant le séjour postnatal à deux jours était tout à fait récente et engendrait probablement pour les mères concernées des effets sur elles-mêmes et leur famille. Bien qu'il y ait une demande de certains usagers pour cette diminution, elle répond aussi surtout aux logiques de réduction des coûts de la santé (diminution de la durée de séjour pour un forfait hospitalier quasiment identique). Cette nouvelle disposition, liée à ce double objectif, semblait intéressante à étudier.

Son organisation est dévolue au service médical, qui juge si la patiente est susceptible de répondre aux critères d'admission dans le dispositif (pas ou peu de problème médical, social, psychologique). L'information est censée avoir été donnée durant la période prénatale, ce qui peut laisser le temps aux femmes de s'organiser et de prendre contact avec une sage-femme de leur choix (mais appartenant au réseau de sages-femmes pratiquant l'accompagnement du RPDA). Si aucun contact n'a été établi en anténatal, c'est l'équipe médicale du service qui prend contact avec la sage-femme libérale. Un consentement est signé par la patiente. Il nécessite donc un engagement signé de la part de la mère de recevoir au moins deux visites de la sage-femme à domicile, et les rendez-vous doivent être planifiés avant la sortie de maternité.

6.2. PRADO

Ce dispositif est proposé aux mères de plus d'un enfant, à partir d'une sortie au 3^e jour après la naissance, puisqu'elles sont autorisées à sortir dès ce moment, avec ou sans accompagnement. Mais les mères d'un premier enfant sont aussi concernées par le PRADO, ce qui permet éventuellement de réduire d'une journée leur séjour. De ce fait, à l'heure actuelle, seul ce dispositif permet d'inclure des femmes ayant eu un premier enfant et acceptant de rentrer chez elles un peu plus tôt que prévu.

6.3. Bilan

Nous avons là deux modèles différents d'organisation, mais avec des problématiques également différentes : le 1^{er} modèle est presque assimilable à une hospitalisation à domicile (puisqu'il exige un consentement et un engagement de l'utilisateur et du professionnel au suivi médical à domicile), alors que pour le 2^e modèle, un accompagnement à domicile est proposé, presque « offert ». L'une est organisée par le service de soins seul, l'autre conjointement par la Sécurité sociale, donc administrative, et le service médical.

Plusieurs questions se posent : comment les usagers vivent-ils l'accompagnement à domicile ? Le RPDA est-il bien vécu par les accouchées ? Quelle organisation mettent en œuvre les femmes et leur famille dans les deux processus ? Varie-t-elle en fonction d'une sortie au 2^e jour ou d'une sortie au 4^e jour après la naissance ? Le vécu est-il différent selon le dispositif, selon le nombre d'enfants ? Le recours à l'entourage est-il systématique ?

L'étude conjointe des deux dispositifs permettait d'inclure des primipares qui, de fait, n'ont pas encore eu l'expérience de retour à domicile après la naissance, intéressante selon moi à envisager. Le choix a donc été fait d'intégrer les femmes entrant dans les deux dispositifs, qui tous les deux, tendent à réduire la durée des séjours.

7. Protocole de recherche

Une rencontre de l'équipe cadre (deux sages-femmes cadres) et du chef de service a eu lieu le 14 mars 2013 pour valider le protocole de recherche et autoriser le démarrage de mes entretiens.

7.1. Trois « vagues » d'étude

Ce travail de recherche doctorale est basé sur 44 entretiens réalisés à partir d'environ un mois après la naissance, après recrutement d'accouchées entrant dans des dispositifs d'accompagnement à domicile de la maternité publique de Roubaix.

J'ai travaillé en 3 périodes d'étude de 4 à 6 mois :

- 1^{re} vague : en maternité en mai 2013 et entretiens à domicile de juin à septembre 2013
- 2^e vague : en maternité en octobre 2013 et entretiens à domicile en novembre et décembre 2013
- 3^e vague : en maternité en avril 2014 et entretiens à domicile en mai et juin 2014

7.2. Entretiens

Les entretiens ont donc été réalisés en milieu ordinaire pour celui à distance de la naissance, quasi constamment au domicile, et en milieu hospitalier pour la 1^{re} brève rencontre.

Le choix de l'entretien, produisant des effets de connaissance par sa situation spécifique, individuelle, m'a semblé indispensable pour recueillir le point de vue des femmes sur leur expérience vécue. L'entretien compréhensif m'a paru la méthode la plus intéressante pour recueillir les informations utiles, faire parler les mères rencontrées, « déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions tout en restant dans le thème » (Kaufmann, 2011, p. 43 – 44). Pour ce faire, j'ai utilisé une grille thématique car je souhaitais « briser la hiérarchie » (ibid., p. 46 – 58) qui n'aurait pas manqué d'apparaître avec un questionnaire très précis, je souhaitais être empathique, donner le sentiment à mes interlocutrices que leur parole comptait et qu'elles seraient écoutées « en profondeur » (ibid.).

Le nombre d'entretiens a été défini par les périodes de recrutement des femmes (mai 2013, octobre 2013, avril 2014). L'espacement entre les périodes de recrutement me laissait le temps de réaliser les entretiens à domicile, puis de commencer à les retranscrire.

7.3. À la maternité

À l'occasion d'un passage bi puis trihebdomadaire, je rencontrais les patientes présentes dans l'établissement et concernées par les dispositifs. J'allais à la rencontre des sages-femmes dans le service des accouchées, et elles me donnaient la liste des personnes candidates pour une sortie le lendemain (ou le surlendemain si elles avaient déjà l'information). Ma demande concernait les femmes multipares entrant dans le dispositif RPDA ou les primipares incluses dans le PRADO.

Le choix de les voir à la maternité me permettait de me présenter comme étudiante en sociologie. Ce terme de sociologie, je le constaterai plus tard, sera occasionnellement mal compris par les personnes que j'ai rencontrées, puisque quelques-unes m'associeront aux assistantes sociales. Je m'en rendrai compte quand elles me solliciteront pour des aides au logement par exemple, ou par leur inquiétude lors de nos échanges. Je m'empresserai alors d'énoncer la différence. Il est parfois arrivé au décours d'entretiens que ma fonction de sage-femme soit abordée, ce qui sera aussi ponctuellement pour certaines l'occasion de me demander un ou deux conseils relatifs à ma profession.

Dans leur chambre à la maternité, je présentais oralement et directement l'objet de ma recherche, afin d'établir un premier contact qui, je l'espérais, favoriserait leur adhésion pour l'entretien suivant. Je les interrogeais également sur leur point de vue concernant cette proposition d'accompagnement à domicile. J'abordais l'organisation prévue par elle, l'entourage, l'aide prévue ou attendue...

Cet entretien était relativement court, selon les femmes, leur entourage présent, leur disponibilité avec leur nouveau-né. Mais, bien que bref, il avait un double intérêt : établir un début de relation (me faire connaître, et les connaître), et obtenir leur accord pour une visite à domicile un mois plus tard. Je leur laissais une feuille explicative, leur permettant de relire posément, à distance, selon leur souhait, l'objet de la recherche. Leur consentement était sollicité par écrit pour le contact ultérieur. Et c'était elles qui me donnaient leurs coordonnées : téléphone et adresse postale (cf. annexe 5).

Pour la première période de « recrutement » à la maternité, en mai 2013, j'avais décidé de venir deux fois par semaine à la maternité (lundi et jeudi), mais au bout d'un mois, je n'avais rencontré que 15 femmes qui acceptaient potentiellement de me recevoir ultérieurement. J'ai donc choisi, pour les deux vagues de recrutement suivantes, d'augmenter mon rythme de visites en venant trois fois par semaine (lundi, mercredi et vendredi) afin d'obtenir un nombre plus important de femmes susceptibles de me recevoir.

Les rencontres avec les mères au sein de la maternité se sont faites durant une période où je travaillais à plein temps. Je venais donc en fin de journée après 18 h, la veille de leur retour à domicile en général, l'entrée dans le dispositif étant quasiment organisée. Ce créneau horaire s'est révélé utile, car les visites de l'entourage commençaient à se réduire en fin de journée et me laissaient plus d'occasions d'échanger avec les accouchées, et les visites des professionnels de la maternité étaient plus espacées pour la fin de séjour.

J'ai pu constater que j'étais progressivement plus à l'aise, et peut-être aussi plus persuasive ou convaincante, pour faire accepter l'entretien ultérieur aux femmes que je sollicitais, car le nombre d'entretiens a augmenté progressivement par rapport au nombre de femmes rencontrées à la maternité. Ci-dessous, un tableau synthétisant cette évolution (cf. tableau 5) :

Tableau 5 : Tableau de recrutement des mères à la maternité et nombre d'entretiens réalisés à domicile

Vague	Entretiens à la maternité				Entretiens à domicile		
	Nb	Dates	Rythme	Particularités	Nb	Dates	Particularités
1	15	mai-13	2 visites/sem.		7	14 juin au 26 sept 2013	Ramadan en juillet et vacances scolaires
2	27	oct-13	3 visites/sem.		17	6 nov. au 3 déc. 2013	
3	28	avr-14	3 visites/sem.	Vacances scolaires	20	9 mai au 13 juin 2014	

7.4. À domicile : 1 mois plus tard

À partir du mois suivant débutaient les entretiens à domicile, avec comme support une grille thématique (cf. annexe 5). La grille d'entretien était utile, consultable en fin d'entretien pour s'assurer que tous les points avaient été abordés. Des notes ont été prises immédiatement à l'issue du rendez-vous pour situer le contexte de l'entretien et la manière dont il s'était déroulé. Le choix de rencontrer les mères à distance était fait en pensant qu'elles avaient pu récupérer des fatigues physiques de la naissance. Leur enfant commençait probablement à avoir un rythme veille-sommeil plus régulier et la nouvelle organisation familiale était peut-être plus rodée. Elles auraient donc un peu de recul par rapport à la situation qui restait néanmoins encore proche. L'intérêt de laisser peu de temps, mais suffisamment cependant pour que les souvenirs soient encore présents, permettait de recueillir des éléments encore « frais » pour témoigner de leur vécu. L'entretien avait pour but d'obtenir le point de vue de la mère (et du conjoint s'il était présent et le souhaitait), pour donner « à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 20), connaître leur parcours de femme enceinte et de mère, surtout orienté au moment de la phase « critique » de l'après-naissance, lors du retour à domicile, donc un parcours limité du point de vue temporel, mais non sans effets potentiellement durables sur la mère et la famille.

Pour toutes les femmes, le rendez-vous était pris par téléphone et choisi à leur convenance, en général dans les 2 jours suivant l'appel.

Lors de cet entretien, individuel ou en couple, les femmes m'ont donné leur accord pour qu'il soit enregistré, et nous échangeons sur les points suivants :

- Le contexte de la situation personnelle, familiale ;
- Les questions sur le vécu de grossesse, de l'accouchement, du séjour en maternité ;
- Les aides attendues par le système de soins, par l'entourage ;
- Les aides fournies (en tout genre) ;
- Leur ressenti sur cette « expérience » ;
- Le point de vue du père et éventuellement des autres enfants de la fratrie en leur présence, ou selon la mère en cas d'absence.

Les entretiens ont duré de 45 minutes à 1 heure en moyenne, parfois 1h30.

7.5. Conditions de production

Presque tous les rendez-vous ont eu lieu au domicile des patientes recrutées, sauf pour une qui a préféré que nous nous rencontrions dans un café. Elle ne souhaitait pas accueillir chez elle une personne étrangère. Nous avons pu néanmoins nous isoler et discuter longuement. Elle a d'ailleurs donné le sein durant l'entretien, et ce n'était pas dans ses habitudes d'allaiter en public (« *je le fais pour vous* », m'a-t-elle dit, alors que je lui proposais de suspendre notre échange). Nous nous étions installées de sorte qu'elle tourne le dos à la salle et elle avait prévu un lange pour se couvrir et pour permettre la poursuite de l'entretien.

Une majorité des femmes (29) m'ont reçue seule, ou avec leur(s) enfant(s) aîné(s). Le nouveau-né était soit couché, soit dans leurs bras, éventuellement nourri au sein ou au biberon. Environ un tiers des femmes m'a spontanément proposé un café, un verre d'eau. Nous nous installions sur un canapé, autour de la table de salle à manger, s'ils étaient au domicile, les enfants étaient peu éloignés. Toutes ont accepté que l'entretien soit enregistré, ce qui me permettait d'être plus disponible pour la conversation. Les animaux domestiques étaient parfois très « présents », sous ma chaise, à mes pieds, ce qui ne me rassurait pas toujours selon leur taille (les chiens en particulier, mais j'ai vu aussi des chats, écureuil, furet...). Le conjoint s'est joint à nous lors de 14 entretiens ; il s'est plus ou moins immiscé dans la conversation. Je laissais libre cours à leurs éventuelles interventions. Deux d'entre eux surtout ont beaucoup pris la parole, exprimant leur implication plus ou moins forte au sein du ménage ou leur avis sur l'évolution du système de santé. Chez trois quarts des femmes, la télévision prenait une grande place physique et symbolique. Il a été occasionnellement difficile de se concentrer quand l'image diffusée prenait tout l'espace. Le volume était néanmoins réglé au minimum pour l'entretien, à ma demande

parfois. Des références aux émissions de télé-réalité sur la naissance ont d'ailleurs été de temps en temps citées par des mères.

Plusieurs mères avaient fait le ménage avant mon arrivée (chaises retournées, serpillière en train de sécher), et rangé le séjour où nous nous installions généralement.

Quelques femmes avaient oublié le rendez-vous pris pourtant la veille. Cela s'est traduit par un report de l'entretien pour deux femmes, ou par un refus d'ouvrir la porte pour trois d'entre elles (je ne les ai finalement pas rencontrées malgré mes sollicitations téléphoniques ultérieures). Et il y eut encore celles qui ont accepté de me recevoir alors qu'elles ne se s'y sentaient pas prêtes et n'avaient plus envisagé ma venue. Une adaptation a donc été nécessaire pour ces mères qui m'ont accueillie, telle l'improvisation d'une organisation à mettre en place pour qu'une tierce personne aille chercher les enfants à l'école, ou par un autre rendez-vous à décaler (en général avec l'entourage), ou par un rangement rapide du logement en désordre, entraînant des excuses pour la situation.

La plupart d'entre elles semblaient contentes de revenir sur leur parcours personnel, sur les éventuelles difficultés rencontrées. Trois femmes ont d'emblée émis des critiques plus ou moins sévères sur le suivi dont elles ont bénéficié à la maternité ou à domicile, ce qui a constitué notre entrée en matière et j'ai alors dû rappeler que je ne venais pas dans le cadre d'une évaluation institutionnelle, mais pour avoir leur retour sur leur propre expérience. Un très jeune couple m'a sollicitée pour des éclaircissements d'un courrier provenant de la Sécurité sociale. Un autre m'a demandé de l'aide pour trouver un logement plus grand, m'assimilant à une assistante sociale. Dans toutes ces situations j'ai dû préciser que ma présence était une démarche individuelle, en lien avec une recherche universitaire et non pas en rapport avec une institution telle que la maternité, la PMI ou les services sociaux, ce qui a semblé rassurer quelques femmes qui visiblement cherchaient à se mettre à distance de celles-ci.

7.6. Analyse des entretiens

Les contenus obtenus ont été très divers, riches, et « l'investigation du matériau », « active et productive » (Kaufmann, 2011, p. 75) a constitué un travail passionnant. Les prénoms des mères « porteurs d'un premier sens sociologique, repérables même par le sens commun » (Zolesio, 2011) ont été modifiés pour les remplacer par d'autres similaires. Il a semblé important que « ces indications sociales — déterminismes familiaux, régionaux, religieux ou culturels — qui sont déjà autant d'éléments significatifs pour l'analyse des cas étudiés » soient maintenus (ibid.) pour l'analyse. S'il y en avait une, la distinction particulière (comme par exemple la lettre Y) a été maintenue dans le choix du nouveau prénom.

Tous les entretiens ont été retranscrits et une synthèse de chaque situation a été réalisée, en suivant en général les thématiques de la grille d'entretien (cf. corpus en annexe) ; synthèses qui, bien qu'elles constituent « un travail de réduction de la complexité du réel » (ibid.), permettent néanmoins d'avoir une vision globale, et qui n'empêchent pas de revenir régulièrement vers les transcriptions complètes.

Des phraséologies récurrentes ont été dégagées et ont permis de construire peu à peu, de manière inductive, les thèmes à analyser. Une classification des situations a été utile selon les thèmes dégagés, pour prendre une certaine hauteur, construire une typologie et argumenter en faveur de l'une ou de l'autre (Kaufmann, 2011, p. 103 – 111).

8. Rapport au terrain

Il semble utile de préciser et justifier mon rapport au terrain.

Malgré mes demandes, je n'ai pas pu disposer de congé de formation professionnelle durant le cursus de thèse. J'ai pu réduire de 50 % mon temps de travail à partir de la 3^e année de thèse. Cela m'a conduit à cesser alors les vacances cliniques pour être présente au maximum pour les activités d'enseignement à l'école de sages-femmes.

Lors des journées consacrées à la thèse, la possibilité de venir travailler au sein même de l'université et de partager les bureaux des autres doctorant-e-s fut pour moi très enrichissante, m'a permis de me socialiser à leur contact, mais aussi à celui des chercheur-e-s et des enseignant-e-s.

8.1. Inconvénients de la poursuite de l'activité professionnelle

Les prénotions et représentations professionnelles ont été difficiles à déconstruire compte tenu également de ma relativement longue expérience de terrain. Certaines pratiques incorporées ont dû être mises à distance, particulièrement au début du cursus.

Finalement, ma posture de professionnelle au sein d'un milieu que je connaissais bien, d'un « univers familier », ne m'a pas valu le « pass » d'emblée, tel que je l'avais envisagé. Ainsi, comme Malika Gouirir (1998) l'a montré, être « indigène », pour moi au sein de la communauté périnatale, ne signifie pas obtenir le ticket d'entrée pour l'accès au terrain. Pour ce qui me concerne, le recul du temps, tout comme mon activité à temps partiel, ont été aussi favorables pour permettre une distance avec un milieu bien connu.

8.2. Avantages de la poursuite de l'activité professionnelle

Outre l'aspect financier, non négligeable (bien qu'un demi-traitement ne soit pas non plus l'idéal), il me permettait d'avoir toujours des liens avec le milieu de la naissance.

8.2.1. Le terrain roubaisien

L'accès au terrain de recherche roubaisien (après le refus initial du 1^{er} terrain choisi) a été finalement facilité par ma connaissance des professionnels. Les autorisations ont été probablement plus aisées à obtenir, car j'étais connue antérieurement par ma pratique de terrain et dans un deuxième temps par mon investissement dans le réseau de périnatalité.

J'avais une connaissance de la structure toute relative, mais cette connaissance du lieu m'a permis de gagner du temps, par exemple pour trouver les sages-femmes dans le service ou pour repérer les chambres.

Ma position d'ancienne sage-femme de terrain a permis occasionnellement une relation plus facile avec certaines femmes rencontrées quand je révélais que j'avais été sage-femme et non pas assistante sociale, comme certaines l'ont crue quand je parlais d'études en sociologie. La parole s'est alors détendue, et même certains conseils me seront demandés concernant l'allaitement ou la contraception, pour lesquels je m'impliquerai peu, préférant garder ma posture de chercheuse, en orientant néanmoins vers d'autres ressources.

8.2.2. Le réseau

Finalement, mon implication au sein du réseau OMBREL, m'a permis de prendre une distance par rapport au terrain utile et nécessaire, car il se situe à l'écart des enjeux stratégiques de l'école et de l'université, tout comme le choix de la maternité de Roubaix. Ma position dans le réseau et les activités menées en son sein m'ont finalement octroyé une place « à part » et plus tardivement une certaine reconnaissance professionnelle que je n'avais pas envisagée initialement, aidée en cela par les projets menés avec le groupe « usager ».

Conclusion

Cet objet de recherche, centré sur l'usager et particulièrement celui issu des classes populaires, a à voir avec la sociologie des professions dans le champ de la naissance, et doit prendre en compte les enjeux de la médicalisation et de la démedicalisation de la naissance.

Les aléas de la recherche d'un terrain et l'arrivée sur le terrain roubaisien, tout comme mon implication au sein du réseau OMBREL et l'enquête aux domiciles des mères auront eu pour effet de permettre une « distanciation » (Beaud et Weber, 2010) plus aisée à obtenir dans un lieu que je connais peu, et pour reprendre les mots de Malika Gouirir, une « distanciation progressive d'avec un univers familial, le passage d'un point de vue "de l'intérieur" à un point de vue "extérieur" » ; point de vue « extérieur » renforcé par la méthode envisagée privilégiant les entretiens à domicile qui apportent également une autre posture que celle connue au sein de l'univers hospitalier.

Chapitre 6 : La population de Roubaix

Introduction

Pour comprendre la population de notre corpus, rencontrée majoritairement au sein de la ville de Roubaix, il semble utile de dresser un bref portrait démographique de la ville.

Roubaix est une ville de plus de 95 000 habitants⁵⁴ en 2014, distante de 15 km de Lille, proche de la frontière belge, qui fait partie de la métropole de Lille (1 120 000 habitants en 2009⁵⁵, dont 233 000 habitants⁵⁶ pour la ville de Lille). Elle appartient à la Région Nord – Pas-de-Calais (N – P-d-C) qui s’est élargie à la Picardie depuis 2016 pour prendre le nom de Région Hauts-de-France. Elle a fait l’objet d’études, d’observations multiples, compte tenu de ses spécificités (Tellier, 2005, David, Duriez, Lefebvre, 2006, Miot, 2013, Kherraz et Kessili, 2013, Cossart et Talpin, 2015). Elle est très marquée par son histoire industrielle (ville aux « mille cheminées ») qui a eu des effets sur son urbanisation et son économie, et donc sur sa vie sociale. La ville de Roubaix est structurée par de fortes divisions socio-spatiales héritées de la période industrielle (Collectif Rosa Bonheur 2014). En effet, le paysage urbain roubaisien est marqué par des quartiers d’habitat ouvrier dégradé, des quartiers de « grands ensembles », mais aussi dans une proportion moindre, de quartiers d’habitat de « standing » où se sont implantées les « familles du textile » et où résident aujourd’hui les cadres et les professions intellectuelles supérieures (Collectif Rosa Bonheur, 2014).

Ville « à enjeux » pour l’emploi et le logement, elle présente certains traits d’une « ville de banlieue » (Kherraz et Kessili, 2013, p. 15 – 19) : elle est confrontée à des difficultés sociales multiples (emplois précaires, échecs scolaires, chômage important, problèmes de logement) qui ont été à l’origine, depuis les années 1980, de la mise en œuvre de politiques diverses pour contrer « le risque d’exclusion et le dépérissement de la vie sociale ».

1. Une ville industrielle et une terre d’immigration

Roubaix a connu un essor industriel majeur à partir du début du XIXe siècle par l’industrie lainière, qui lui vaut à l’époque le nom de « capitale du textile » (Kherraz et Kessili, 2013, p. 51). Elle a été mise en lumière par l’exposition universelle de 1911, donnant l’image d’une ville

⁵⁴ INSEE 2014

⁵⁵ INSEE 2009

⁵⁶ INSEE 2014

novatrice par son industrie et la gestion qui en est faite, mais elle a surtout connu son apogée dans la 2^e moitié du XIX^e siècle. La population a atteint son seuil maximal à la fin de ce siècle (120 000 hab.). La ville a vu venir de nombreux belges⁵⁷ (« Roubaix, colonie belge ») pour des raisons économiques et compenser ainsi les besoins croissants en main d'œuvre. Sa démographie a été telle qu'elle est devenue la 2^e ville du département à partir de 1846, alors que la population du département augmentait également plus rapidement que dans le reste du pays, traduisant ainsi l'attractivité de cette ville et de sa région (Pétillon, 2006).

L'importance de l'industrialisation expliquait ainsi la part très importante des ouvriers dans la ville de Roubaix. La place des classes intermédiaires était très réduite : en 1870, la population ne comptait que 10 % de commerçants contre 25 % à Lille (Lefebvre, 2006).

La problématique du logement à cette époque a été résolue par la construction rapide de petites maisons de courées et de forts⁵⁸, habitats souvent insalubres et misérables (« *mouroir urbain* », Petillon, 2006), mais qui ont permis malgré tout une certaine socialisation et l'intégration des étrangers, notamment belges.

Les Belges ont eu une grande influence dans l'essor du mouvement socialiste en France (soutenu par le « mouvement gantois »). Roubaix a été la 1^{re} ville de plus de 100 000 habitants, remportée aux élections municipales par les socialistes en 1892 (« Mecque du socialisme »), ville qui deviendra typique de la « question sociale ». Jules Guesde élu député l'année suivante écrit aux électeurs : « Roubaix est devenue la commune modèle, j'allais dire la ville sainte pour les prolétaires de partout » (Lefebvre, 2006).

L'entre-deux-guerres a été néanmoins marqué par de fortes confrontations entre ouvriers et chefs d'entreprises en particulier à propos du logement et elles aboutiront à un compromis

⁵⁷ En 1886, les Belges représentent 56% de la population roubaisienne (Pétillon 1996).

⁵⁸ Jacques Prouvost (1969, p 307) décrit ainsi **les maisons de courées** : « Une courée est un ensemble de petites maisons accolées les unes aux autres, se faisant face sur un étroit passage. On y entre par un corridor sombre. Au fond de la cour, une baraque abrite les W.-C. collectifs (en patois, les communs). Près de la rue, un robinet d'eau potable et, quelquefois encore de nos jours, une pompe. L'habitation en courée ne possède en général que deux pièces, pas de dépendance, ni de couloir ; on pénètre directement dans l'unique pièce du rez-de-chaussée qui sert à la fois de salle à manger, de cuisine, de cabinet de toilette et se transforme parfois la nuit en chambre d'enfants. L'escalier très raide part de cette unique pièce pour aboutir à une chambre à coucher, souvent très basse de plafond ».

Et **les forts** (ibid. p 308) : « L'on ne peut mieux les définir qu'en donnant cet extrait de lettre remise au maire de Roubaix, en 1833 par la Veuve Wattel. " Je viens vous demander de bien vouloir m'autoriser de faire construire dix maisons en double sur ma propriété sise au Fontenoy. Ces dix maisons formeront vingt habitations d'ouvriers. Dix feront face au nord et dix au midi ; ce qui formera le carré du Fort Fontenoy " ».

négocié durant la 2^e guerre mondiale entre le patronat, la municipalité et les organisations ouvrières pour une gestion paritaire des habitats. Ce sera aussi le début des constructions d'habitations à loyer modéré (HLM), qui ne seront toutefois pas accessibles à tous. Les immigrés ne pouvant se permettre financièrement ce type d'habitat occuperont les courées libérées par les ouvriers bénéficiant de HLM (Duriez, 2006).

Puis, durant la période des Trente Glorieuses, la ville de Roubaix a connu une immigration forte surtout en provenance d'Algérie. La municipalité roubaisienne a joué un rôle important à cette époque, car elle est devenue l'interface entre la préfecture et les immigrés. La communauté algérienne a été victime de multiples discriminations, en lien avec « l'héritage de la colonisation dans les mentalités » : les Algériens occupaient des postes peu qualifiés et ne pouvaient accéder, du fait de leur nationalité, aux postes de la Fonction publique, pourtant facteur d'intégration et d'identité sociale. La reconnaissance culturelle, en particulier religieuse, a pris beaucoup de temps, la 1^{re} mosquée a été construite dans les années 1980 sous l'ère du maire centriste A. Diligent (David, 2006).

A partir des années 1970, le capitalisme industriel a été remis en cause par le développement économique néolibéral et sont advenus l'inexorable montée du chômage, la détérioration des conditions de travail et, de fait, des conditions de vie, pour une frange grandissante de la population, amenant à ce que Castel (2003) a nommé « l'insécurité sociale », insécurité qui touche de nombreux domaines tels que la santé, les relations sociales, l'environnement. Le système de protection sociale envisagé pour les travailleurs n'est plus adapté au nombre croissant de personnes confrontées aux contrats précaires donc aux situations instables économiquement. C'est donc à cette période de la fin de l'industrialisation et de la montée du chômage que l'on voit apparaître la précarité que l'on peut définir en termes de contrats de travail atypiques en référence aux « normes d'emploi » des années 1970 (Bresson, 2011).

La ville a fait l'objet de rénovations urbaines qui ne se sont pas faites sans difficulté, et qui ont été l'occasion de la naissance de mouvements sociaux de luttes urbaines, d'où émerge, à partir des années 1960 jusque dans les années 1980, un exemple de démocratie locale, autrement appelée « démocratie d'interpellation ». Ce sont les citoyens qui par la voix de collectifs vont travailler sur des projets pour l'intérêt général de façon indépendante des pouvoirs publics, en créant par exemple l'Atelier Populaire d'Urbanisme ou APU (Lefebvre, 2006, Tellier, 2007, Cossart et Talpin, 2015).

Malgré cette action de mobilisation populaire, la ville a rencontré cependant à partir des années 1980 une accumulation de difficultés majeures : « désindustrialisation, reconversion, restructuration urbaine et chômage » qui ont fait dire à Mitterrand en 1983 que Roubaix, « ville en péril, est l'exemple même de ce qu'il ne faut pas faire » (Lefebvre, 2006).

Elle a été étiquetée « ville la plus pauvre de France » en 2010 (Kherraz et Kessili, 2013) : la moitié de sa population gagne moins que le revenu fiscal de référence (11 250 euros/an) ; le chômage a touché presque 1/5^e de la population active. Cette situation est source de « désaffiliation sociale croissante de sa population » (Cossart et Talpin, 2015). Cunat (2006) évoque la notion de « populations piégées », sans travail, ne pouvant bénéficier de logements sociaux, occupant des logements très vétustes du secteur privé, et « où le lien social et territorial est rompu ».

Quelques données statistiques récentes concernant la démographie permettent de comprendre la situation, géographique, sanitaire et sociale, et de dresser une photographie de la ville et de ses habitants. Les sources proviennent de l'INSEE et de ses recensements de populations (RP).

2. Population, naissance et fécondité

2.1. Le taux de natalité

Le taux de natalité à Roubaix reste très élevé variant de 20,3 ‰ à 24,4 ‰ selon les années. En 2010 selon l'INSEE, il est de 21 ‰ alors qu'il est, cette même année, dans le Nord de 14,3 ‰ et en France de 12,8 ‰ (INSEE, RP 2010).

2.2. Le taux de fécondité

Selon l'Observatoire Régional de la Santé du Nord – Pas-de-Calais (ORSNPDC), le taux de fécondité de la zone de Roubaix-Tourcoing est lui aussi nettement supérieur à la moyenne avec 67,8 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, alors qu'il est de 58,7 ‰ dans la région N – P-d-C et de 55,2 ‰ en France (INSEE, RP 2011).

2.3. Comparaison spatiale entre 1975 et 2010

Roubaix voit sa population nettement diminuer depuis 35 ans (cf. tableau 6) alors que celles de Lille et du département du Nord augmentent, correspondant aux effets de la désindustrialisation débutée à Roubaix dans les années 1980. Dans l'aire urbaine de Lille, ce sont surtout les petites communes qui ont connu une augmentation de leur population sur la même période.

Tableau 6 : Comparaison des populations entre 1975 et 2010

	1975	1982	1990	1999	2010	Variation en %
France métrop.	52 591 584	54 334 871	56 615 155	58 520 688	62 765 235	+ 19,3 %
Nord	2 511 478	2 520 526	2 531 855	2 554 449	2 576 770	+ 2,6 %
Pas de Calais	1 402 295	1 412 413	1 433 203	1 441 422	1 461 387	+ 4,2 %
Lille	219 204	196 705	198 691	212 566	226 827	+ 3,5 %
Roubaix	109 553	101 602	97 746	96 959	94 713	- 13,5 %

Source : RP 2010

3. Un parc urbain dégradé qui reflète les conditions de vie des habitants

Roubaix est divisée en 5 grandes zones : Nord, Sud, Est, Ouest, Centre (cf. annexe 7). La rénovation de certains quartiers a débuté au début des années 2000. Deux types de moyens ont été mis en œuvre pour réhabiliter les quartiers Est (Pile et Trois-Ponts), dans un but de « dédensification », soit en relogant les populations, soit en proposant aux propriétaires, sous conditions de ressources, de réhabiliter leur logement, en y associant une visée de performance énergétique.

3.1. Une forte précarité

Miot (2012) précise que 94 % de la population de l'agglomération lilloise « vivant dans les quartiers anciens très dégradés, très immigrés et très précarisés est roubaisienne ». Il constate que la ville de Roubaix apparaît comme une « polarité précarisée » : « 72 % de la population roubaisienne vit dans un quartier aux statuts socio-résidentiels marqués par un fort taux de chômage et un fort taux de précarité. Elle se répartit à 46,5 % dans des quartiers anciens dégradés et à 25,5 % dans des quartiers de grands ensembles de logements sociaux ». Cet état de fait est expliqué par des critères d'accessibilité très exigeants pour les logements sociaux (ADULM, 2016).

Il est possible de constater la même évolution pour les nouveaux arrivants, puisqu'encore actuellement 33 % des entrants dans le parc locatif privé roubaisien sont des personnes précarisées, alors que les ménages de cette catégorie ne représentent que 25 % des entrants dans le parc social. En outre, il est intéressant de noter que le parc social locatif à Roubaix présente une part de logements sur-occupés plus importante qu'ailleurs (Miot, 2012, ADULM, 2016).

La catégorie des cadres et professions intellectuelles habitant Roubaix représente 35 % de la population et se concentre sur un seul quartier de la ville (Collectif Rosa Bonheur, 2016).

3.2. Les mouvements de populations

Les données de l'INSEE par tranche d'âge de 2008, précisent que la ville attire plutôt des jeunes adultes, sans enfant, venus faire leurs études ou débiter leur activité professionnelle. Ils quittent ensuite la ville dès qu'ils ont obtenu une stabilité professionnelle et familiale. Les personnes âgées de 55 à 69 ans sont plus nombreuses à quitter la ville qu'à y entrer. Ces chiffres sont corroborés par les répartitions par tranches d'âge, réalisées en 2010, qui montrent une tendance au départ des habitants vers l'âge de 35 ans et jusque 65 ans. Le nombre d'habitants quittant Roubaix est supérieur au nombre d'habitants y arrivant ce qui explique le solde migratoire très déficitaire.

La ville comprend donc des parcours résidentiels diversifiés : il s'agit pour des ménages plus aisés de leur permettre une primo-accession (mobilité ascendante) ; pour les ménages plus modestes, il s'agit d'un lieu de stabilisation sociale (installation en couple, consolidation professionnelle) qui laisserait supposer une résidence ultérieure hors de la ville (mobilité neutre) ; le parc locatif privé constitue « le lieu de toutes les précarités », et de reproduction des difficultés sociales (mobilité potentiellement descendante). Le peu de nouveaux entrants à Roubaix par rapport à la moyenne nationale se traduit statistiquement : 18 % de nouveaux habitants contre 25 % en France (Miot, 2012).

L'occupation des logements et les mobilités résidentielles sont cependant relativement dépendantes des revenus et donc de l'emploi.

4. Revenus, emploi, niveaux de formation

4.1. Un taux de chômage élevé à Roubaix

A l'échelle régionale, le Nord – Pas-de-Calais présente des spécificités par rapport au reste de la France. Le Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion (CRESGE) dans un diagnostic sur la région Nord – Pas-de-Calais publié en 2013, établit que « le taux d'activité est, en 2010, plus faible dans le Nord – Pas-de-Calais que pour l'ensemble de la France pour les femmes (62,1 % versus 68,4 %) et pour les jeunes de moins de 25 ans (46,0 % versus 47,1 % pour les jeunes hommes, 38,5 % versus 40,0 % pour les jeunes femmes) ; les femmes gagnent, en 2010, en moyenne près de 21 % de moins que les hommes ; les temps partiels représentent 80 % des emplois en 2012 et ils sont occupés à 80 % par des femmes ».

Roubaix, particulièrement, connaît un taux de chômage structurel important des classes populaires. Ainsi en 2008, on comptait 22,5 % d'ouvriers au chômage dans la métropole lilloise (12,4 % de chômeurs toutes catégories), moins qu'à Roubaix où la part des ouvriers au chômage s'élevait à 33 % (Miot, 2012). La ville concentre néanmoins de plus en plus de professions et catégories socio-professionnelles supérieures.

Le taux de chômage pour la ville de Roubaix est un des plus importants sinon le plus important, comparé à la ville voisine et au taux national (cf. tableau 7).

Tableau 7 : Taux d'activité et de chômage des 15 - 64 ans en 2014

	Roubaix	Lille	Paris	France
Taux d'activité	61,8	65,8	77,4	73,5
Taux de chômage	30,9	19,2	12,0	14,0

Sources : Insee, RP 2009 et RP 2014 exploitations principales en géographie au 01/01/2016

Conséquence du chômage, les revenus des habitants de Roubaix sont nettement inférieurs à ceux d'autres villes, tout comme le taux de pauvreté qui est notablement plus élevé qu'ailleurs (cf. tableau 8)

Tableau 8 : Comparaison des revenus à Roubaix, Lille et Paris, en 2013

	Roubaix	Lille	Paris
Nombre de ménages fiscaux	33 645	92 785	1 038 789
Part des ménages fiscaux imposés (%)	31,4	53,4	72,2
Médiane du revenu disponible par unité de consommation (€)	13 188	17 842	25 981
Taux de pauvreté ⁵⁹ (%)	42,3	24,6	16,2

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2014

4.2. Population active selon la catégorie socio-professionnelle

Les employés et les ouvriers sont les catégories nettement plus touchées par le non-emploi (tableau 9). Notons qu'en 10 ans les catégories socio-professionnelles supérieures et intermédiaires ont beaucoup augmenté en nombre alors que celles des agriculteurs et des ouvriers ont nettement diminué.

⁵⁹ L'INSEE définit le taux de pauvreté comme la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). En Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian est la référence (964 €/mois en 2013).

Tableau 9 : Comparaison de la population active selon la catégorie socio-professionnelle à Roubaix

	1999	Dont actifs ayant un emploi	%		2010	Dont actifs ayant un emploi	%
Ensemble	38 942	26 628	68		38 344	27 237	71
<i>Dont :</i>							
Agriculteurs exploitants	32	4	12,5		3	3	100
Artisans, commerçants	1 594	1 301	82		1 560	1 276	82
Cadres et prof intell. sup	2 094	1 959	94		3 126	2 945	94
Prof intermédiaires	5 331	4 472	84		6 636	5 588	84
Employés	10 251	7 849	77		11 408	8 477	74
Ouvriers	17 165	11 043	64		13 821	8 949	65

Sources : Insee, RP1999 et RP2010 exploitations complémentaires

4.3. Allocations de solidarité

Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont aussi nombreux à Roubaix qu'à Lille en 2010 selon la CAF⁶⁰ (un peu plus de 28 000), pour une population environ 2,5 fois moindre. Il s'agit d'un revenu pour les personnes sans ressources, qui s'adresse aux plus de 25 ans, parents isolés, jeunes actifs ou jeunes parents. Il faut noter cependant que toutes les personnes potentiellement concernées n'en font pas la demande, puisqu'il peut être vécu comme source de stigmatisation (cf. chapitre 8 : Recours, non-recours et recours partiel).

5. Familles

En 2010 selon l'INSEE (RP 2010), on évaluait à 16,6 % le taux de familles monoparentales à Roubaix, nettement supérieur au taux lillois (8,3 %) et au taux national (8,6 %). Par ailleurs, les familles sont particulièrement plus nombreuses (cf. tableau 10).

⁶⁰ http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/stats_annuelles/cartographie_1.pdf

Tableau 10 : Comparaison des taux d'enfants par famille : Roubaix, Lille, Nord France en 2010, en %

	Roubaix	Lille	Nord	France
Aucun enfant	31,5	47,1	44,4	48,2
1 enfant	23,9	23,4	22,5	22,3
2 enfants	20,8	17,5	20,1	20,1
3 enfants	13,3	8	9,2	7,2
4 enfants et plus	10,4	4	3,7	2,2

INSEE RP2010

6. Jeunesse

6.1. Une population jeune...

La population roubaisienne est nettement plus jeune par rapport à la moyenne nationale. Comparée à la France, en 2010, on constate une forte représentation des jeunes de moins de 18 ans dans la ville de Roubaix (31 % versus 22 %), alors que celle des plus de 40 ans est plus faible (36 % versus 50 %) (cf. tableau 11).

Ainsi, la moitié de la population roubaisienne a moins de 30 ans.

Tableau 11 : Population totale par sexe et âge regroupés, à Roubaix et en France

	Roubaix						France					
	Hommes	%	Femmes	%	Ensemble	%	Hommes	%	Femmes	%	Ensemble	%
Moins de 3 ans	2913	6,35	2866	5,87	5779	6,10	1 217 599	3,89	1 165 070	3,49	2 382 669	3,69
3 à 5 ans	2711	5,91	2591	5,30	5302	5,60	1 226 828	3,92	1 174 073	3,52	2 400 902	3,72
6 à 10 ans	4291	9,36	3853	7,89	8144	8,60	2 061 755	6,59	1 963 888	5,89	4 025 642	6,23
11 à 17 ans	5203	11,35	4864	9,96	10 067	10,63	2 820 691	9,02	2 689 194	8,07	5 509 884	8,53
18 à 24 ans	5017	10,94	5538	11,34	10 555	11,14	2 844 094	9,09	2 788 552	8,36	5 632 646	8,72
25 à 39 ans	9913	21,62	10 665	21,83	20 578	21,73	6 151 751	19,67	6 280 852	18,84	12 432 603	19,25
40 à 54 ans	8123	17,71	8310	17,01	16 434	17,35	6 538 946	20,91	6 772 612	20,31	13 311 558	20,61
55 à 64 ans	3815	8,32	4225	8,65	8041	8,49	3 910 493	12,50	4 146 072	12,44	8 056 565	12,47
65 à 79 ans	2896	6,32	3746	7,67	6642	7,01	3 344 773	10,69	4 094 455	12,28	7 421 245	11,49
80 ans ou plus	973	2,12	2199	4,50	3172	3,35	1 157 762	3,70	2 263 483	6,79	3 421 245	5,30
Ensemble	45 855		48 858		94 713		31 274 692		33 338 251		64 594 959	

6.2. ...et moins scolarisée

La proportion des jeunes roubaisiens est très touchée par la non-scolarisation en comparaison avec celles des jeunes de la métropole lilloise (cf. tableau 12).

Tableau 12 : La scolarité des jeunes de 15 – 24 ans

	Pop. des 15 – 24 ans	Pop. des 15 – 24 ans non scolarisés	Taux des 15 – 24 ans non scolarisés
Roubaix	15 162	7 649	50 %
Métropole de Lille	181 645	57 029	31 %
Nord	374 187	134 437	36 %

Source INSEE RP 2010

Conclusion

Après avoir connu une ère faste sur le plan industriel, Roubaix est victime d'un déclin démographique et économique depuis le début des années 1970, qui a eu des répercussions notables sur la population, dont une fraction importante est fragilisée. En effet, on y observe un départ, vers des communes limitrophes, des actifs ouvriers ou employés ayant des situations professionnelles stables et par le maintien, en son sein, d'une population précaire « captive » (Miot 2012). Il s'agit maintenant d'une ville très marquée par la pauvreté (monétaire et conditions de vie) et la précarité (liée au chômage, à l'intérim fréquent), par la désaffiliation (Castel, 2009) ou la disqualification sociale (Paugam, 2013), par la part conséquente de petits logements anciens et dégradés, et par son urbanisme sur lequel l'industrialisation a laissé son empreinte.

Bien qu'une part non négligeable de catégories intermédiaires et supérieures y vivent, une partie importante de la population est touchée par la précarité entraînant un « phénomène d'incertitude généralisée qui affecte aujourd'hui les liens sociaux et contribue à produire des individus en souffrance » (Bresson, 2007 a) ; individus potentiellement bénéficiaires d'assistance de tous ordres, que certains préjugés qualifient alors « d'assistés », mais qui n'en ont pas moins des identités multiples, individuelle, familiale, communautaire, territoriale, culturelle, qui permettent d'établir des relations sociales, et de négocier le stigmate ressenti (Messu, 2008).

Ainsi se présente la ville de Roubaix, ville étiquetée comme la plus pauvre de France en 2010, pauvreté dont le caractère multidimensionnel est évident et qui fait l'objet d'actions dans le cadre du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale depuis 2013.

Chapitre 7 : Les femmes rencontrées à Roubaix

1. Tableaux descriptifs de la population rencontrée

Les tableaux 13, 14 et 15 présentent les 44 femmes rencontrées en fonction des 3 vagues de recrutement et par leur âge, leur nombre d'enfants comprenant le dernier-né, le dispositif dans lequel elles sont entrées, enfin les professions et catégories socio-professionnelles d'elles-mêmes et leur conjoint, et les niveaux d'études (pour celles qui en avaient connaissance). L'absence d'information est traduite par un point d'interrogation, l'absence d'un conjoint est notifiée par un tiret.

Tableau 13 : Tableau descriptif de la population rencontrée lors de la 1^{re} vague (début 2013)

	Âge	Nbre total d'enfants	Âge au 1 ^{er} enfant	Dispositif	Niv revenus de famille	Travail				Formation ou niveau d'études	
						Elle	PCS	Lui	PCS	Elle	Lui
1	25	3	21	PRADO	Modeste	SP	Inactif	Ouvrier en boulangerie	Ouvrier	?	?
2	33	2	30	RPDA	Moyen	Développeuse en informatique	Intermédiaire	Technicien informatique	Intermédiaire	Bac + 4	Bac + 2
3	27	3	22	RPDA	Faible	SP ⁶¹	Inactif	SP	Inactif	Lycée (1 ^{ère})	Formation de cariste
4	28	3	18	RPDA	Modeste	Manager société nettoyage	Intermédiaire	Employé société nettoyage	Employé	1 ^{ère} année licence psychologie	Lycée
5	33	3	28	RPDA	Aisé	Consultante informatique	Profession supérieure	Ingénieur de production informatique	Profession supérieure	Ecole d'ingénieurs Bac + 5	Ecole d'ingénieurs Bac + 5
6	35	7	20	PRADO	Modeste	SP	Inactif	Agent intérim « emploi et service »	Employé	Collège	BEP ⁶² menuiserie
7	28	2	24	PRADO	Modeste	Coiffeuse	Employé	Intérimaire biscuiterie en Belgique	Ouvrier	CAP ⁶³	?

⁶¹ SP : Sans profession

⁶² BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

⁶³ CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

Tableau 14 : Tableau descriptif de la population rencontrée lors de la 2^e vague (fin 2013)

	Âge	Nbre total d'enfants	Âge au 1 ^{er} enfant	Dispositif	Niv revenus	Travail				Formation ou niveau d'études	
						Elle	PCS	Lui	PCS	Elle	Lui
8	39	7	18	RPDA	Modeste	SP	Inactif	Sableur en maçonnerie	Ouvrier	Collège	Collège
9	23	4	18	RPDA	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	Lycée : 2 ^{de} Niv. CAP coiffure	BEP maçonnerie
10	41	4	28	RPDA	Modeste	Intérimaire VPC ⁶⁴	Employé	Intérimaire VPC	Employé	Niv. Terminale	BEP mécanique et carrosserie
11	37	4	30	RPDA	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	Niv. Terminale	Collège
12	29	1	29	PRADO	Modeste	Aide-maternelle à dom	Employé	SP	Inactif	BTS ⁶⁵ négociation- relation client	Designer graphiste
13	21	1	21	PRADO	Modeste	Aide-maternelle en crèche	Employé	Ouvrier société de restauration	Ouvrier	Bac STSS ⁶⁶ et CAP petite enfance	Bac professionnel (Belgique)
14	35	3	27	RPDA	Moyen	Assistante commerciale	Employé	Ouvrier d'abattoir	Ouvrier	BTS action commerciale	Collège
15	35	4	25	RPDA	Modeste	SP	Inactif	Manutentionnaire police nationale	Employé	Niv. BEP couture	Niv BEP
16	25	4	18	RPDA	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	Lycée : 1 ^{ère} Niv. BEP sanitaire et social	?
17	31	1	31	PRADO	Aisé	Chirurgien	Profession supérieure	Policier	Employé	Etudes médicales Bac+12	Bac professionnel
18	28	6	20	RPDA	Modeste	SP	Inactif	Manutentionnaire	Employé	Collège : 3 ^e	Niv. CAP
19	35	3	29	RPDA	Aisé	Médecin spécialiste	Profession supérieure	Médecin spécialiste	Profession supérieure	Etudes médicales Bac+12	Etudes médicales Bac+12
20	20	1	20	PRADO	Modeste	Agent restauration	Employé	Agent restauration	Employé	CAP	CAP
21	28	1	28	PRADO	Moyen	Médiatrice socio-culturelle	Profession intermédiaire	Agenceur société	Employé	Master 2	DAEU ⁶⁷
22	21	2	18	RPDA	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	Lycée pro : 1 ^{ère}	Collège : 3 ^e

⁶⁴ VPC : Vente Par Correspondance

⁶⁵ BTS : Brevet de Technicien Supérieur

⁶⁶ STSS : Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales.

⁶⁷ DAEU : Diplôme d'Aptitude aux Etudes Universitaires

23	29	3	16	RPDA	Modeste	Vendeuse	Employé	Arrêt : longue maladie	Ouvrier	Niv. Terminale	BEP productique
24	34	4	21	RPDA	Faible	SP	Inactif	Décédé. (Agent nettoyage)	Employé avant décès	Collège 5° Algérie	Collège

Tableau 15 : Tableau descriptif de la population rencontrée lors de la 3^e vague (2014)

	Âge	Nbre total d'en- fants	Âge au 1 ^{er} enfant	Dispositif	Niv revenus	Travail				Formation ou niveau d'études	
						Elle	PCS	Lui	PCS	Elle	Lui
25	27	5	20	RPDA	Modeste	SP	Inactif	Ouvrier intérimaire	Ouvrier	CAP secrétariat non obtenu	BEP métallurgie et bâtiment
26	34	2	24	RPDA	Faible	SP	Inactif	/	/	CAP vente non obtenu	/
27	41	7	28	RPDA	Faible	SP	Inactif	/	/	Pas d'école	/
28	31	1	31	PRADO	Moyen	Formatrice métiers d'aide à la pers.	Profession intermédiaire	Chauffeur poids lourds	Ouvrier qualifié	Bac + 3	Lycée
29	22	5	16	RPDA	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	Niv. CAP pressing	2 CAP : nettoyage industriel et cuisine
30	27	1	27	PRADO	Modeste	SP	Inactif	Ouvrier dans le textile	Ouvrier	Bac et 2 CAP en gestion et petite enfance	Lycée
31	27	1	27	PRADO	Moyen	Professeur des écoles	Profession intermédiaire	Agent de La Poste	Employé	Bac + 5	Bac + 3
32	21	1	21	PRADO	Modeste	Secrétaire	Employé	Agent d'entretien	Employé	Niv. Terminale	Bac pro maçon- coffreur
33	34	2	31	RPDA	Moyen	Serveuse congé parental	Employé	Chef cuisinier	Ouvrier qualifié	Bac secrétariat	BTS art culinaire
34	32	2	28	RPDA	Modeste	Aux de puériculture	Employé	Commerçant sans emploi	Inactif	Bac + 1	Formation coiffeur au Maroc
35	27	3	17	RPDA	Modeste	SP	Inactif	Employé VPC	Employé	Niv. CAP cuisine	CAP boucherie BEP logistique
36	36	1	36	PRADO	Moyen	Superviseure centre d'appel	Profession intermédiaire	Technicien bureau études	Profession intermédiaire	Bac + 3 Licence de lettres	Bac + 5 Master mécanique
37	32	2	31	RPDA	Modeste	SP	Inactif	Artisan transport	Artisan	CAP petite enfance	BEP tourneur fraiseur et DAEU
38	26	1	26	PRADO	Modeste	Ouvrière fabrique de bougies	Ouvrier	Chauffeur poids lourds	Ouvrier qualifié	Niv. Bac + 2 : BTS non achevé	Lycée pas le bac

39	20	1	20	PRADO	Modeste	Cuisinier	Ouvrier	Cuisinier	Ouvrier	Niv. 2 ^{de}	Niv. 1 ^{ère}
40	32	2	30	RPDA	Moyen	Assistante éducatrice	Profession intermédiaire	Agent sécurité intérimaire	Employé	Master psychologie	CAP installation sanitaire
41	21	1	21	PRADO	Moyen	Aide à domicile et responsable qualité	Employé	Peintre	Ouvrier qualifié	CAP tapissier/ameublement de sièges	CAP peintre décorateur sol-moquetteste
42	28	2	25	RPDA	Moyen	Infirmière	Profession intermédiaire	Professeur horticulture	Profession sup	Ecole d'infirmière	BTS
43	36	3	20	RPDA	Modeste	SP	Inactif	Chef de cuisine ds foyer/jeunes	Ouvrier qualifié	BEPC ⁶⁸	BEP
44	32	1	32	PRADO	Modeste	Assistante étude d'huissier	Employé	Intérimaire : assistant réception	Employé	BTS assistante de direction	Bac compta

⁶⁸ Brevet d'Études du Premier Cycle

2. Situation géographique des mères rencontrées

Figure 9 : Carte de la métropole lilloise avec la situation géographique des femmes rencontrées



Données cartographiques © 2015 Google (1 cm = 5 km)

Familles habitant :

- Roubaix
- Wattrelos
- Autres villes

Localisation des maternités :

- Maternité de Roubaix
- Autres maternités

La maternité de Wattrelos (ville voisine de Roubaix avec 41 000 habitants⁶⁹) n'étant plus en capacité d'accueillir les accouchements, les femmes habitant cette ville y réalisent néanmoins leur suivi de grossesse jusqu'au début du 3^e trimestre, puis sont orientées vers la maternité de Roubaix pour la fin de grossesse et la naissance.

⁶⁹ INSEE, RP 2014

La partie suivante est relativement descriptive et permettra de situer les mères rencontrées lors de l'enquête de terrain, de rendre compte du suivi médical dont elles et leur enfant ont bénéficié, selon elles.

2.1. Information sur les dispositifs

Dans notre corpus, 27 femmes sont rentrées chez elles dans le cadre du dispositif RPDA (au 2^e jour) et 17 femmes avec un accompagnement organisé par la CPAM, le PRADO, soit une sortie de maternité à partir du 3^e jour.

Sur les 44 mères rencontrées, 31 disent avoir eu connaissance d'au moins un des deux dispositifs d'accompagnement par leur propre expérience ou par une information reçue dans le cadre de leur suivi : en consultation prénatale (CPN), en préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), lors de la réunion d'information anténatale proposée tous les mois, ou par courrier en ce qui concerne le dispositif PRADO proposé par la CPAM.

Parmi ces 44 femmes, 14 avaient assisté aux séances de PNP (en libéral), 11 d'entre elles n'avaient pas encore eu d'enfant. Et sur ces 14, la moitié (7) a retrouvé la sage-femme pour le suivi à domicile postnatal. Il s'agissait de 6 femmes qui venaient d'avoir leur premier enfant et d'1 ayant eu 3^e enfant.

Seules 3 femmes ont assisté à la réunion anténatale (3 autres s'y sont présentées, mais la séance a été annulée au dernier moment). Pour une de ces 3 femmes particulièrement, la réunion s'est avérée décisive : déçue de ses 2 premiers allaitements, elle avait choisi d'y renoncer pour ce troisième enfant, mais a changé d'avis lors de la réunion. Au moment de l'entretien plus d'un mois après, elle se déclare nettement plus satisfaite par son allaitement, avec l'accompagnement dont elle a bénéficié.

Notons que 2 conjoints ont assisté aux séances de préparation à la naissance et 10 sont allés avec leur compagne à la réunion collective qui se déroule après la naissance dans le service des suites de naissance.

Plusieurs familles (8) ont appris seulement après la naissance qu'elles avaient la possibilité de sortir au 2^e jour, ce qui les a surprises en général.

2.2. Les visites des professionnels à domicile

2.2.1. Les sages-femmes

Les premiers constats mettent en évidence un suivi médicalisé à domicile bref : la plupart (36) ont reçu 1 à 2 visites de sages-femmes préconisées par les dispositifs institutionnels, à partir du lendemain de la sortie (cf. tableau 16).

Tableau 16: nombre de femmes réparties selon le nombre de visites réalisées par la sage-femme et selon le dispositif

Nombre de visites	PRADO	RPDA	Total
1	9		9
2	4	23	27
3	4	2	6
4		1	1
5		1	1
Total	17	27	44

Celles qui n'ont eu qu'une seule visite (9 mères), étaient sorties dans le cadre du dispositif PRADO, donc à partir du 3^e jour. Précisons cependant que 2 primipares ont attendu vainement la 2^e visite dont on leur avait parlé à la maternité, mais elles n'ont pas pris l'initiative d'appeler la sage-femme et 1 autre a obtenu un entretien téléphonique pour des conseils en allaitement au bout de 2 semaines.

8 femmes sur 44 ont reçu plus de 2 visites (de 3 à 5). Pour 3 d'entre elles, il s'agissait d'un suivi orienté vers leur enfant : petit poids de naissance ou stagnation de sa croissance, nécessitant une surveillance accrue en référence aux cadres des dispositifs. Pour les 5 autres, il s'agissait d'une organisation envisagée conjointement avec la sage-femme, soit pour procurer un soutien à l'allaitement, soit pour un suivi classique de la croissance du nourrisson, soit pour une réassurance.

2.2.2. Les puéricultrices de PMI

Les puéricultrices de la PMI sont venues dans un quart des cas, pour 10 femmes (5 primipares et 5 multipares), au bout de 10 jours en moyenne, pour 1 à 3 visites. Les conseils étaient alors centrés sur le nourrisson (nutrition, couchage, habillage).

L'articulation entre professionnels intervenant durant la période post-natale est variable (cf. chapitre 2 : sociologie des professions). Il est arrivé en effet que la sage-femme libérale et la puéricultrice de PMI interviennent parfois le même jour, sans concertation.

2.2.3. Les médecins

Le recours aux médecins (généralistes ou pédiatres) est assez fréquent (plus de 3/4 des femmes) pour le suivi du nouveau-né, en général à la fin de la 1^{ère} semaine de vie de l'enfant et la réalisation de l'examen dit du 8^e jour ; 8 femmes effectuent ce suivi en PMI.

3. Point de vue des mères sur le suivi effectif

Voici un bref aperçu du point de vue des femmes sur le suivi médical dont elles ont bénéficié.

Le dispositif RPDA est pour certaines multipares (10) la justification d'une sortie précoce qu'elles auraient faite de toute façon, prêtes à sortir, même contre l'avis médical. Elles disent avoir accepté de rentrer plus vite pour être présentes auprès de leur(s) enfant(s) plus grand(s) (3 femmes de notre corpus sont sans conjoint) ou pour quitter l'inconfort de l'hôpital, ou peut-être aussi, comme le suggèrent Charrier et Clavandier (2013), parce qu'elles vivent le séjour en maternité comme un passage obligé et non comme un moment de repos, caractérisant ainsi la maternité de « non-lieu ».

Plusieurs d'entre elles (12), surtout pour leur 1^{er} enfant, ont semble-t-il, apprécié la surveillance du poids du nouveau-né à domicile. Elles voient prioritairement l'intérêt de l'enfant dans la visite professionnelle : dans leur souvenir, les visites à domicile sont plus centrées sur l'enfant que sur elles-mêmes. Elles citent également les conseils reçus pour l'allaitement ou pour son sevrage (9). Certaines (6) expriment qu'elles attendent une « validation » par un professionnel de leur attitude envers l'enfant dans leur propre milieu, ou de l'installation envisagée pour l'enfant (surtout pour le 1^{er} enfant), souhaitant peut-être correspondre à une norme attendue (cf. chapitre 9 : la mobilisation des savoirs).

Il est intéressant de noter que dans notre groupe de femmes, deux tiers n'ont pas ou très peu allaité contrairement au discours actuel de promotion de l'allaitement maternel, pourtant en vigueur dans la maternité où elles ont accouché avec le label IHAB (cf. chapitre 1 : la médicalisation de la naissance). Ce discours impliquant les mères dans la santé de leur enfant, peut les culpabiliser quand elles vont à l'encontre de cette préconisation (Gojard, 2010). Dans notre étude, 25 femmes sur 44 allaitaient à la sortie de maternité, donc plus de la moitié, mais 6 parmi elles ont cessé dans la 1^{ère} semaine (2 primipares, 4 multipares). Les motifs invoqués sont : la douleur, le non-contrôle de la quantité avalée par l'enfant et donc l'inquiétude par

rapport à la prise de poids du nouveau-né. Ces femmes qui ont décidé de ne pas ou de ne plus allaiter étaient peu qualifiées. Cela rejoint ce qu'a montré Gojard (1998) : l'allaitement est une pratique socialement différenciée (les titulaires de diplômes moyens comme le CAP, BEPC, le BEP allaitent moins que la moyenne).

Ce constat d'une faible moyenne d'allaitement rejoint les observations faites par Tillard (2002 a), lors de sa recherche sur les « familles face à la naissance » au sein d'un quartier populaire de Lille (Moulins) : certaines femmes se sentant moins disponibles au retour à domicile, plus ou moins accaparées par leurs tâches domestiques, cessent rapidement l'allaitement maternel, parfois dès le retour à domicile. Elles décident aussi d'arrêter en vue de la reprise de leur activité professionnelle ou parce que l'encadrement proposé par le personnel médical n'existe plus. Dans les cas étudiés, l'accompagnement n'a effectivement pas ou très peu été poursuivi.

4. Quelques portraits

Voici 5 portraits de femmes. Ils témoignent de la diversité des situations rencontrées. Les 2 premiers concernent des femmes de milieux socio-économiques plus favorisés par rapport aux 3 suivants. Ces 2 premières mères avaient plus ou moins préparé leur retour à domicile, mais n'ont pas présenté de problème particulier. Les 3 derniers relatent des situations dont le vécu semble avoir été plus ou moins difficile pour ces femmes, dont les niveaux socio-économiques sont aussi moins favorables. Les contextes sont variés, et pour 2 d'entre eux assez difficiles par rapport aux conditions de vie des femmes (entretiens de Jessica et Nora). Le dernier, avec Priscilla, concerne l'entrée dans le dispositif PRADO, contrairement aux 4 précédentes (RPDA). Certaines situations présentent des récurrences, d'autres peuvent faire figure d'exception, mais sont finalement assez représentatives des personnes rencontrées.

Entretien n° 2, Muriel, 2^e enfant, le 26 juin 2013, RPDA

Il s'agit de la 1^{re} mère recrutée en mai, maison propre dans un quartier calme, la porte est grande ouverte, car Muriel est en train de la repeindre. Son aîné est à l'école, le conjoint au travail. Le nourrisson est à l'étage en train de dormir. La mère de Muriel, venant du sud de la région arrive durant l'entretien, mais informée de notre échange, nous laissera terminer sans quasiment nous interrompre. Elle s'occupera d'ailleurs d'aller voir le bébé dès le 1^{er} signe d'éveil de celui-ci (baby-phone équipé d'une caméra !). Muriel est détendue, bien plus sereine qu'à la maternité. Elle semble avoir pris « ses marques » de nouvelle mère...

Muriel, 33 ans, a un bac + 4 ans, elle est « *développeuse en informatique* » dans une société privée (elle conçoit les sites Web), son mari est technicien en informatique (dans la partie réseau). Elle espère reprendre le travail à l'issue de son congé de maternité complété par ses vacances fin août début

septembre, elle attend des nouvelles de sa direction. Leur enfant sera gardé par la même « nounou » que le 1^{er}, tout est déjà organisé.

Le couple est propriétaire de sa maison, ils ont un crédit en cours de 25 ans. Il s'agit d'une petite maison de style 1930, mitoyenne, dans laquelle, ils ont fait beaucoup de travaux. Le rez-de-chaussée est une grande pièce où se trouve en enfilade, le coin salon, la salle à manger et au fond la cuisine lumineuse, donnant sur un petit jardin. Nous nous installons de part et d'autre de la table de salle à manger. Elle accepte l'enregistrement pour l'entretien.

Nous abordons son vécu de grossesse qu'elle a trouvé plus fatigant qu'au premier enfant, mais il n'y a pas eu de souci particulier hormis des nausées du 1^{er} trimestre plus importantes. Elle n'a pas suivi de préparation à la naissance contrairement à la 1^{re} grossesse. Elle a accouché 5 jours avant terme. Son travail a démarré par des contractions, il n'a pas été trop long (environ 5 h). Elle a accouché le jeudi soir peu avant minuit sous péridurale de son fils de 3kg4. Elle l'a d'emblée nourri au biberon. La reprise de poids du bébé a été correcte, mais il n'avait pas récupéré son poids de naissance à la sortie, le samedi midi (= séjour de 36 h). Elle signale que le service était plein lors de son séjour, que l'équipe était débordée (« *surchargée* »). Elle a été installée, au début, dans une chambre double avec une autre mère et son bébé (« *et il n'y avait même pas de rideau de séparation !* »). Elle a pu avoir une chambre individuelle au cours de la 1^{re} journée. Elle s'est bien reposée la seconde nuit. Elle estime qu'elle n'a pas eu beaucoup d'explications à propos de la sortie. On ne lui a, à aucun moment, proposé de participer à une réunion d'information.

C'est quand on est venu lui retirer le cathéter de péridurale le vendredi matin, lendemain de son accouchement, qu'on lui a proposé le retour précoce. Elle se rappelle encore de sa surprise, car elle n'en avait jamais entendu parler auparavant, mais a accepté « *car tant qu'à faire, on dort quand même mieux chez soi* ». Elle ne connaissait personne ayant vécu cette situation. Elle a encore le souvenir marquant lors de son séjour pour le précédent accouchement, de n'avoir « *pratiquement pas dormi pendant 5 jours* ». Et elle estime que « *le matin, on dort pas parce qu'il y a toutes les visites, l'après-midi, c'est la visite de la famille...* », ceci explique son accord pour la sortie précoce, renforcé par l'assurance du soutien de son conjoint et de sa famille. Son mari a été très présent (je l'avais rencontré lors de ma visite à la maternité en mai). Son frère a gardé son fils aîné jusqu'au lendemain de la sortie, le dimanche. Sa mère qui habite à 100 km est venue de temps en temps également après la sortie de maternité.

Son mari a pu prendre 3 semaines de congés à la naissance, car début mai, il y avait beaucoup de week-ends prolongés. Ils se sont réparti les tâches : il donnait le biberon en milieu de nuit (2-3 h), elle donnait celui de 5-6h. La répartition de la préparation des repas, comme celle du bain aux enfants, est restée aléatoire, comme avant, en fonction de la disponibilité de chacun. Les courses sont commandées par internet (« *drive* ») par Muriel, qui va ensuite les chercher puisqu'elle a, seule, le permis. Son mari l'aide à les décharger. De manière générale, l'entretien de la maison et la partie administrative reviennent plus à Muriel, tout comme la gestion du chat (même s'ils ont investi dans un distributeur d'alimentation qui ne leur demande pas trop de travail selon elle). Globalement, elle estime que la répartition des tâches est assez équilibrée même « *si [elle] en fait toujours un petit peu plus que lui, mais ça [lui] va* ». Elle ne s'est pas sentie débordée.

À propos de la sortie le samedi midi, ils sont rentrés à trois, parents et nouveau-né, vers 13 h, ont déjeuné, puis se sont reposés. Le dimanche, ils ont reçu la visite de la sage-femme vers 9-10 h, comme convenu à la maternité. C'est l'équipe de la maternité qui a mis en relation la sage-femme avec eux. Ils ne la connaissaient pas auparavant. Muriel l'a trouvée très gentille et donnant beaucoup d'explications. Elle a passé du temps pour examiner la mère et son bébé, réaliser le test de dépistage des maladies métaboliques (test de Guthrie), évaluer le taux de bilirubine avec un appareil spécifique. Il avait récupéré son poids de naissance. Elle a donné en particulier des conseils pour maintenir la température du

nouveau-né, qui était un peu basse lors de cette 1^{re} visite. Elle a aussi instauré un traitement (Bromokin) pour couper la montée de lait qui n'est plus prescrit à la maternité, car il présente des effets indésirables ; elle avait alors reçu un traitement homéopathique. Cependant la montée de lait étant déjà installée, le traitement n'a pas fonctionné, ce qui laisse un très mauvais souvenir à Muriel : elle dit n'avoir pas dormi durant 3 nuits à cause de la douleur. Elle a cependant apprécié les petits conseils donnés par la sage-femme revenue le mardi suivant.

Ils ont récupéré l'aîné le dimanche, et c'est Muriel qui l'a conduit à l'école le lundi matin (il faut prendre la voiture), pendant que son conjoint gardait le bébé. Depuis que le père a repris le travail, elle est obligée d'emmener les 2 enfants en voiture pour déposer l'aîné à l'école. Elle semble bien s'adapter à cette situation.

Elle a consulté son médecin généraliste le vendredi, donc une semaine après la naissance, parce que c'était organisé comme cela, en vue de démarrer le suivi pédiatrique. Les 4 semaines suivantes ont été marquées par des consultations fréquentes chez le médecin et aux urgences pour un reflux gastro-œsophagien qui a beaucoup inquiété les parents, mais tout est rentré dans l'ordre au moment où nous nous voyons.

Au total, elle est très satisfaite du dispositif proposé. Elle le conseillerait à d'autres personnes, mais sûrement pas pour un premier enfant, car *« pour un premier, c'est bien d'avoir les sages-femmes pas loin les 5 premiers jours, on sait pas trop (...) On se pose beaucoup de questions au début »*, même si le séjour est fatigant. Elle pense que l'aide du conjoint est très importante dans cette situation.

Entretien n° 5, Caroline, 3^e enfant, le 25 juillet 2013, RPDA

Caroline m'accueille chaleureusement dans une maison moderne, récemment bâtie dans un village de campagne. Son beau-père est dans le jardin en train de construire une terrasse. Son bébé de 2 mois dort tranquillement dans un transat, dans le salon où Caroline propose de nous installer. Le rez-de-chaussée est très grand, sans cloison, ordonné. Il y a un coin salon, une salle à manger, un endroit pour le jeu des enfants, une vaste cuisine ouverte donnant sur un grand jardin. Le tout est très lumineux : plusieurs baies vitrées amènent beaucoup de clarté en ce jour d'été. Caroline me propose à boire, j'accepte un verre d'eau, il fait très chaud. Elle autorise l'enregistrement de notre entretien.

Caroline a 33 ans, est mariée. Elle est consultante en informatique, son mari est dans la production informatique. Ils ont tous les deux un diplôme d'ingénieur. Elle compte reprendre son activité dès la fin de son congé de maternité mi-octobre, car elle éprouve le besoin de travailler. Le mode de garde des enfants (deux filles et un garçon) est tout trouvé : le 2^e enfant, ayant tout juste débuté l'école, l'assistante maternelle, qui est maintenant disponible, devrait continuer avec ce 3^e enfant. La baby-sitter qui gardait les 2 enfants le mercredi est d'accord pour continuer avec les 3 à la rentrée. Le couple est propriétaire de la maison qu'ils ont fait construire récemment. Ils sont bien entourés par de la famille : leurs parents habitent à 1 h de chez eux, mais se déplacent facilement en cas de problème. Sinon, des cousins habitent dans leur village et les dépannent si besoin. Elle estime qu'ils sont bien aidés et en est satisfaite.

Entre son mari et Caroline, le partage des tâches est équitable selon elle : ils s'occupent tous les deux des enfants de manière identique. Elle gère plutôt la cuisine, et lui le linge. Ils commandent leurs courses par internet. Ils se partagent les conduites d'école en fonction de leurs disponibilités. Elle a, déjà avant la naissance, l'aide d'une femme de ménage qui vient 2 h par semaine.

À propos de sa grossesse, elle estime qu'elle s'est bien passée, même si elle ne se complaît pas dans cet état (mais ils réfléchissent au 4^e). Elle a fait le choix d'être suivie à la maternité dès le début, par une

sage-femme parce que, dit-elle, il n'y avait pas de souci médical. Elle a décidé d'assister aux séances de préparation à la naissance pour cet enfant. En effet, pour le 2^e, elle n'en a pas suivie car elle était débordée (construction et déménagement dans la nouvelle maison), mais elle l'a regretté : elle a présenté une thrombopénie de fin de grossesse (engendrant des problèmes pour la coagulation du sang, comme pour cette dernière grossesse) contre-indiquant la péridurale ; son accouchement lui a laissé un souvenir douloureux.

Cette année, elle était préparée à retour précoce, cela avait déjà été envisagé pour son précédent enfant en août 2010. Elle avait alors été très frustrée de ne pouvoir sortir au 2^e jour, car il n'y avait pas de sage-femme disponible. Elle était donc rentrée chez elle au 3^e jour après l'accouchement. Pour ce 3^e enfant, souhaitant prendre les devants, elle a pris contact avec la sage-femme de sa zone avant la naissance. Elles se sont ainsi rendu compte qu'elles étaient voisines, leurs enfants sont dans la même classe. La sage-femme qui assurait son suivi à la maternité lui avait également parlé du RPDA au 8^e mois.

Pour cette naissance, elle s'est aussi mieux préparée à accoucher sans péridurale avec l'aide de la sophrologie et du chant prénatal. Caroline a accouché à terme + 2 jours. Elle a effectué une grande partie de son travail chez elle. Le chant l'a beaucoup aidée durant toute la nuit qui a précédé la naissance. Elle avait chez elle, sa jeune sœur, arrivée la veille, qui a pu garder les enfants quand il a fallu partir au petit matin à 6 h. Son mari l'a accompagnée à la maternité, elle l'a trouvée « zen » jusqu'au bout. Elle se rappelle que le trajet en voiture de 20 minutes a été très douloureux. Elle a rompu la poche des eaux dans la salle d'examen et été transportée en urgence en salle de naissance, car l'accouchement était imminent. Elle est très contente de son accouchement. Elle a accouché à 7 h d'une fille de 3kg190. La petite déchirure périnéale qu'elle a eue ne l'a pas gênée très longtemps. Elle a juste le regret que la délivrance ne se soit pas bien déroulée (placenta incomplet), qui a nécessité une intervention. Heureusement pour elle, a pu bénéficier d'une rachianesthésie ce qui lui a évité l'anesthésie générale. Cependant, elle pense qu'elle n'a pas été assez efficace, car elle dit : « *j'ai jamais eu aussi mal de ma vie, même avant, que quand ils ont fait la révision : là c'était horrible !* ». Elle ajoute que l'équipe était déçue aussi pour elle, après un si bel accouchement. Elle reconnaît que le fait de ne pas avoir été endormie lui a probablement permis de mieux se remettre après. Elle a mis son bébé au sein immédiatement après, et l'allaitement se passe encore très bien au moment de notre entretien. Elle a dormi pendant les 10 premiers jours en peau à peau avec sa fille comme elle l'avait fait pour son garçon précédent, avec un bandeau pour l'enserrer contre elle. Elle se rappelle que la 1^{re} nuit a été très agitée, car sa fille a beaucoup tété. Mais cela a eu le bénéfice que la montée de lait est apparue plus précocement, la nuit suivante, juste avant la sortie. Elle en a été contente. Elle trouve que son séjour a été reposant. Elle était à l'aise avec son enfant, donc l'équipe n'est pas trop venue la voir. Elle avait aussi prévenu son entourage qu'elle ne souhaitait pas de visite à la maternité, mais plutôt à la maison. Elle n'a donc vu que sa famille restreinte (enfants, conjoint, sœur). Elle n'a pas eu d'information spécifique concernant le retour précoce à domicile, pas de réunion proposée.

Le jour du retour chez elle, son mari est venu les chercher. Les enfants sont restés à la maison sous la garde de leur tante. Le couple est passé prendre la grand-mère de Caroline qui n'avait pas encore vu son arrière-petite-fille et tout le monde s'est retrouvé chez eux autour d'un barbecue. Elle a apprécié ce moment. Dans les jours qui ont suivi, elle s'est peu reposée (maximum 2-3 siestes). Elle a continué à s'occuper de ses enfants, à faire la cuisine, à ranger la maison... Le bébé se réveille encore toutes les 4 h la nuit. Elle s'était quand même assurée d'avoir toujours une présence en continu durant les 10 premiers jours, avec sa petite sœur et son mari qui a pris ses 3 jours de paternité. Elle trouve cependant que son mari fait de très grosses journées de travail.

La sage-femme est venue 5 fois en tout (5 visites prises en charge par la sécurité sociale d'après Caroline). Le lendemain de la sortie (le lundi) puis le mercredi ou jeudi suivant ; ensuite le lundi et le

jeudi de la semaine d'après ; puis 3 semaines après la naissance. La sage-femme lui a dit qu'elle fonctionnait ainsi. Caroline a beaucoup apprécié cette prise en charge. Cela l'a rassurée pour sa fille. La sage-femme a pesé le bébé à chaque fois (« *ça c'est vrai que c'est hyper rassurant, ça nous évite aussi d'aller à la PMI* »), a fait les tests nécessaires, l'a conseillée lorsqu'elle a eu mal à un sein ou pour les soins de cordon. Elle a réalisé l'examen clinique de la mère, lui a rappelé la nécessité du repos (« *donc c'est bien, c'est vrai qu'on fait un peu moins attention* »). Elle précise que lors de la 1^{re} visite chez le médecin au bout d'un mois, elle était déjà rassurée sur l'évolution de son enfant. Elle a effectué sa consultation postnatale avec cette sage-femme ainsi que les séances de rééducation périnéale. Elle en est très satisfaite.

Elle trouve que la possibilité de sortir plus vite est appréciable, car elle se sent mieux chez elle (en particulier pour la salle de bain), « *dans son environnement* », « *On mange mieux... on se sent mieux. On est avec ses enfants quand on en a des plus grands. Et puis le fait qu'elle vienne pendant un mois, c'est vraiment rassurant* ». Elle se souvient que pour son 2^e enfant, elle est sortie au 3^e jour « *lâchée dans la nature* », elle a dû aller en PMI pour se rassurer sur la prise de poids de son enfant. Elle avait eu « *une belle déchirure, [elle] pense qu'[elle] aurait apprécié aussi d'avoir des petits conseils, car [elle] a eu du mal à [se] rasseoir correctement, c'était un peu douloureux* ». Elle s'est sentie pour ce 3^e enfant « *beaucoup plus accompagnée* ». Elle recommande ce dispositif pour celles qui ont déjà un enfant, mais pas pour un 1^{er}, car elle estime qu'il est nécessaire d'avoir la montée de lait avant de sortir (« *parce que c'est quand même particulier, on a l'impression d'étouffer, de pas pouvoir baisser les bras...* »), d'expérimenter le bain du nouveau-né, de faire connaissance avec lui.

Entretien n° 9, Jessica, 4^e enfant, le 8 novembre 2013, RPDA

J'ai rencontré quelques difficultés à trouver l'adresse de Jessica, ce qui fait que j'arrive 10 minutes après l'heure fixée 2 jours auparavant. Jessica descend m'ouvrir. Ils habitent au 1^{er} étage d'une maison de style 1930 découpée en appartement. Ils ont un duplex peu entretenu. Le séjour où se déroule l'entretien est une pièce carrée d'environ 40 m², recouverte d'un lino usagé, un petit coin cuisine est aménagé le long d'un mur (évier, plaque de cuisson). Une grande table de salle à manger pour 6 personnes est située devant la fenêtre. Elle est sale, il y a encore des restes du petit déjeuner, ça colle. Jessica me dit qu'elle avait oublié le rendez-vous (justifiant le non-rangement), mais m'accueille gentiment. Son mari sort au moment où j'entre, me dit à peine bonjour. Un enfant de 20 mois dort dans un lit à barreau installé entre le canapé et l'écran géant fixé au mur. Le nourrisson de 5 semaines dort dans un berceau, dans le parc situé derrière le canapé à côté de la table à manger. Il est enfoui sous les couvertures, et quand je le cherche, un peu inquiète, Jessica s'empresse de le dégager. Les enfants sont sages et le resteront jusqu'à la fin. L'appartement montre des signes d'usure : le radiateur derrière la table est détaché du mur, laissant apparaître un grand trou dans le torchis. Les fenêtres sont sales. Un meuble à étagère derrière la table semble très fragile bien que complètement rempli d'objets hétéroclites (vaisselles, papiers, grille-pain...). Cela semble assez négligé. Un gros chien (berger allemand) vient me renifler à mon entrée puis s'assiera à mes pieds sous la table puis progressivement sous ma chaise... Il n'arrêtera pas de se gratter faisant vibrer ma chaise (je ne serai vraiment pas à l'aise durant tout l'entretien !). Deux chats sont aussi présents, mais resteront à leur place. Les 2 enfants aînés (5 et 3 ans) sont à l'école et Jessica est censée aller les chercher à 11 h 30. J'apprendrai au cours de l'entretien que c'est son mari qui va les chercher le plus souvent. Et celui-ci reviendra d'ailleurs 15 minutes après le début de l'entretien et s'installera dans le canapé en allumant la télévision sans plus de considération pour nous. Il prendra son 3^e enfant (20 mois) dans les bras pour le câliner et jouer.

Jessica a 23 ans, elle vit en couple depuis 6 ans avec son mari qui a aussi 23 ans. Elle a arrêté l'école en seconde pour faire un apprentissage en coiffure qu'elle a dû interrompre, car elle a déclaré une allergie aux produits professionnels. Elle n'a pas suivi d'autre formation et a eu son 1^{er} enfant, une fille, à 18 ans, puis un garçon 2 ans plus tard, les 2 derniers garçons ont 20 mois et 5 semaines. Elle voudrait essayer de trouver une formation quand son dernier aura 3 ans, parce que « *c'est toujours plus pratique d'avoir une vie professionnelle* ». Son mari a un BEP en maçonnerie, mais n'a jamais travaillé, il est en recherche d'emploi. Ils vivent des allocations et du RSA Socle (1200 à 1400 euros pour 4 enfants).

Ils sont en location dans cet appartement constitué d'un séjour cuisine et de 2 chambres et salle de bain à l'étage supérieur.

Ils sont peu entourés, dit-elle, bien que leurs familles respectives n'habitent guère loin. Elle fait appel à sa mère moins d'une fois par mois, si le temps est mauvais, pour garder les 2 plus petits quand elle doit « *aller faire des grosses courses sur une journée* », mais elle préfère éviter. Elle ne voit plus ses frères, et du côté de son mari, ils sont peu aidés, car tout le monde a des enfants et cela semble difficile de solliciter de l'aide. Elle déclare n'avoir pas d'aide de copines. Elle n'a pas l'occasion de rendre de services (« *non, j'ai déjà des journées bien remplies, on va dire. Avec 4 enfants en bas âges... j'arrive à gérer, mais voilà quoi, c'est tout pile on va dire, tout juste... un peu plus, et je pense que ce serait dur quand même...* »)

Ses grossesses et accouchements précédents se sont bien déroulés médicalement. Pour les 2 premiers, les séjours étaient de durée classique. Elle a fait une sortie anticipée (3 j) pour le 3^e enfant, elle déclare s'y être prise trop tard pour sortir au 2^e jour à ce moment-là. Les enfants sont en bonne santé.

Cette grossesse est non désirée, mais acceptée dit-elle. Elle a interrompu durant 4 mois sa contraception orale sur les conseils de son médecin, car elle n'avait plus ses règles (« *mon médecin m'avait dit de l'arrêter pour que tout puisse revenir à niveau* »). Elle pensait que sans règles, elle ne pouvait ovuler, et au bout des 4 mois comme elle avait des signes de grossesse, elle a fait un test qui a confirmé une grossesse de 3 semaines (« *Il a pas arrêté de changer d'avis, donc au bout d'un moment, malheureusement, y a eu... enfin, malheureusement... façon de parler* »). Cependant, elle déclare qu'ils ont bien vécu la situation : « *Mais avec mon mari, y a pas eu de souci, on a tout de suite accepté, y a pas eu de problème en fait...* ». Actuellement (6 semaines après) elle a repris la même contraception orale, mais a déjà son rendez-vous en PMI dans un mois pour une pose de stérilet.

Elle a effectué son suivi à la maternité Paul Gellée dès le début, elle a eu des sages-femmes différentes à chaque consultation prénatale (CPN). Elle signale qu'on lui a parlé du RPDA à sa 2^e ou 3^e CPN, parce qu'elle avait plusieurs enfants, pour elle c'était important : « *Moi ça m'intéressait, parce qu'avec 3 enfants devant, fallait sortir le plus rapidement possible* ». Elle savait ainsi que cela impliquait 2 visites minimales en post-partum à domicile. Sa grossesse s'est déroulée sans particularité. On lui a proposé de la déclencher 5 jours avant la date de terme, ce qui l'a arrangée. Ce qu'elle avait anticipé, ce sont « *les affaires pour l'école de [ses] enfants* », elle avait « *tout prévu (...) donc [son] mari était tranquille en fait.* ».

L'accouchement a eu lieu à la date fixée, par déclenchement sous péridurale, le travail a été assez long (8 h), l'enfant pesait 3820 g à la naissance. Elle est remontée dans sa chambre en début de nuit et n'a pas beaucoup dormi, car son bébé pleurait beaucoup, on a même suspecté une fracture, le pédiatre est passé donner son avis. Finalement, c'est l'allaitement maternel qui a été mis en cause, elle a demandé un biberon et il s'est calmé. C'est la raison pour laquelle elle a décidé de pratiquer un allaitement mixte (alternance biberon et sein).

Elle n'a pas participé à la réunion collective (elle n'y a assisté que pour son 1^{er} enfant), la sollicitation avait été faite par l'interphone de la chambre. Elle a demandé à la sage-femme si elle devait y aller, et il lui a été répondu que comme c'était son 4^e, elle pouvait faire comme elle voulait.

C'est le père qui s'est occupé des 3 enfants durant le séjour en maternité de leur maman. Il a exceptionnellement mis les 2 plus grands à la cantine pour l'occasion. C'est lui qui, accompagné de son frère qui possède une voiture, est venu la chercher vers 12 h 30, le mercredi. Ils sont rentrés chez eux. Il a préparé le repas. Et elle s'est reposée l'après-midi et a profité de ses enfants. Les nuits ont été difficiles au début, car en plus de son nouveau-né, son enfant de 20 mois se réveillait à plusieurs reprises. Au moment de l'entretien, elle dit que la situation s'est nettement améliorée sur ce point-là.

La sage-femme est venue les 2 jours consécutifs (jeudi et vendredi) suivant la sortie, car elle ne pouvait pas se déplacer le samedi. Elle est restée $\frac{3}{4}$ d'heure environ à chaque fois. Après les examens respectifs de Jessica et de son bébé, elle a répondu à ses questions. Jessica y a surtout trouvé un intérêt pour l'évaluation du poids de son bébé. Elle a cessé d'allaiter 2-3 jours après les visites de la sage-femme. Par rapport à l'arrêt de la lactation, elle s'est souvenue de conseils donnés par une ex-belle-sœur, lors de ses grossesses précédentes et cela lui a suffi.

Elle a ensuite reçu la visite de la puéricultrice de la PMI qui est venue la voir à 2 reprises à domicile. Depuis, elle continue son suivi et celui de son bébé là-bas.

La répartition des tâches au sein du couple est la suivante : les repas sont préparés par l'un ou l'autre en fonction de leur disponibilité. Les conduites à l'école sont plutôt du ressort du mari, tandis qu'elle s'occupe du ménage, de la lessive, et des enfants. À la maternité, elle m'avait dit que son mari ne l'aidait pas à la maison, elle avait même expliqué que comme « *il ne faisait pas comme [elle] voulait* », elle préférerait tout gérer seule. En ce qui concerne la gestion des papiers administratifs, ils s'en occupent ensemble. Le conjoint s'occupe du chien parce qu'il lui appartient. Jessica gère ses chats. La naissance ne semble pas avoir modifié cette organisation.

Entretien n°24, Nora, 4^e enfant, le 3 décembre 2013, RPDA

C'est un entretien qui est très émouvant compte tenu de la situation difficile que vit Nora. Elle se livre assez volontiers. Elle semble solide malgré tout. Nora habite dans un grand immeuble HLM d'un quartier populaire de Roubaix. L'ascenseur qui monte à son étage bouge un peu en montant, ce n'est pas très sécurisant... Son appartement est bien propre et rangé (surface du séjour environ 30m²), il y a des rideaux à volants aux fenêtres, la télévision est allumée, un feuilleton de style « soap opera » est diffusé, que Nora n'arrêtera pas, tout en diminuant bien le son. Durant l'entretien, son téléphone sonnera au moins 3 fois, sans qu'elle décroche, signalant à la fin que ce sont ses amies qui prennent des nouvelles.

Nous nous installons au salon, le dernier-né est endormi dans son transat, il s'appelle N. comme son papa. Nora comprend bien le français, mais s'exprime plus difficilement. Elle a 34 ans. Elle est venue d'Algérie, elle y a été à l'école jusqu'en début de collège. Elle pense avoir été jusqu'en 6^e ou 5^e. Son conjoint, algérien comme elle, a suivi le même cursus qu'elle. Il est décédé au début de cette grossesse des suites d'un AVC. Il travaillait pour une société de nettoyage. Son AVC est survenu à leur domicile et il est décédé après 2 semaines d'hospitalisation. Juste avant ce drame, ils avaient eu la confirmation de cette 4^e grossesse. Les relations avec la belle-famille sont très tendues depuis le décès, car sa belle-mère la rend responsable de la mort de son fils. Elle n'a ainsi plus de contact avec eux, hormis avec une sœur de son mari, mais peu souvent. Actuellement elle perçoit une indemnité de « *veuvage* » qu'elle devrait toucher durant 2 ans, et les allocations de la CAF. Elle ne sait pas encore ce qui va se passer par

la suite. Mais elle ne se voit pas laisser ses enfants (« *c'est 3 garçons, y a personne qu'est derrière eux. Ça fait que... Je crois pas je vais pouvoir y aller travailler* »). Sa famille à elle est restée en Algérie, et elle espère pouvoir y retourner l'été prochain avec ses enfants. Elle a ici 2 amies très proches qui la soutiennent beaucoup. Au moment du décès, elles se sont occupées des autres enfants, quand Nora est allée en Algérie durant 2 semaines pour l'inhumation de son mari.

Ils ont eu 3 autres garçons avant ce bébé. L'aîné a 13 ans, le 2^e 12 ans, et le 3^e 7 ans. Les 2 grands vont au collège et sont autonomes pour les trajets. Le 3^e est pris en charge par une voisine qui emmène ses propres enfants à la même école.

Avant son décès, c'est son mari qui faisait les courses et les démarches administratives. Parfois, elle allait avec lui en bus au supermarché. Depuis le décès, elle profite de la voiture de « *copines* » ou va, en bus, faire ses courses, mais cette situation ne lui convient pas. Elle cherche à déménager pour être plus proche du supermarché et des structures administratives, et moins gêner ses amies (« *Moi j'ai demandé, c'est à Trois Ponts, comme ça, je suis pas loin de Aldi, je suis pas loin de la CAF, la Sécurité sociale, comme ça, j'ai tout devant moi. C'est tous les jours, tes copines, ça fait qu'après, c'est trop* »)

La grossesse a été suivie dès le début à la maternité par une sage-femme. Il n'y a pas eu de particularité au niveau médical. La sortie précoce n'a pas été abordée avant l'accouchement. Elle n'a participé à aucune réunion ni préparation prénatale. Pour le moment de la naissance, elle avait organisé l'accueil de ses enfants chez ses 2 amies, et avait acheté ce qu'il fallait pour les nourrir durant leur hébergement, mais ses amies n'ont pas accepté et lui ont rendu (les copines : « *Pour nous, c'est comme mes enfants, c'est pas parce que t'as laissé avec nous, on va laisser sans manger sans rien ! Non, on peut pas accepter ça !* »). Elle avait aussi acheté ce qu'il fallait pour nourrir toute la famille durant 2 semaines après son retour à domicile, sans avoir à ressortir (« *des courses pour ma maison [...], c'est yaourts, les pâtes, qu'est-ce qu'ils mangent les enfants... c'est chocolat, tout ça !* »). Tout ce qui concernait le bébé était stocké, comme le lait, l'eau, les couches. Elle avait prévu de ne pas allaiter, car elle a un vécu désagréable pour son 1^{er} enfant, elle a dû passer assez vite au biberon et n'a pas souhaité renouveler cette expérience pour les enfants suivants (« *Je dis, j'ai fait 1 fois avec le grand, c'est bon ! Je suis toute seule maintenant, je peux pas donner. Si c'est pour souffrir euh..., y a 3 [enfants] derrière moi.* »)

L'accouchement a eu lieu à terme + 1 jour, déclenché pour anomalie du rythme cardiaque d'après ce qu'a compris Nora (« *il était fatigué dedans, le cœur il battait pas fort* »). Elle a eu une perfusion pour déclencher les contractions vers 8h et a accouché sous péridurale vers 14h. Tout s'est bien passé médicalement. Le bébé allait bien il pesait un peu plus de 3 kg. Elle s'est sentie entourée par l'équipe (« *Franchement j'ai tombé tout sur l'équipe, c'était bien !* » au moment de la naissance et durant son séjour (« *Même la sage-femme, le soir, (...) elle m'a resté jusqu'à le soir, et après avec moi* »). C'est la psychologue du service qui est passée la voir le lendemain qui lui a proposé le RPDA, ce qui l'a arrangée (ou du moins, elle s'est sentie « *obligée* »), surtout par rapport à ses enfants (« *c'est elle qu'elle m'a dit : "Tu peux sortir euh... T'as le droit de sortir à cause de tes enfants qui..."*, parce que j'ai laissé chez ma copine, et le dernier, il peut pas rester sans moi. Parce que... il croit (...), je viens pas, comme [ce qui] est arrivé avec son papa, ça fait qu'il faisait que pleurer »). Elle emploiera pour elle le mot « *obligée* » à 13 reprises lors de l'entretien : « *on m'a dit : "t'as le droit, t'es obligée, faut sortir pour tes enfants"*, bah j'ai dit : « *je préfère* » ». Elle a alors compris qu'on lui proposait cette solution uniquement parce qu'elle vivait une situation particulière (« *ils proposent ça, mais c'est pas pour tout le monde, [c'est pour] les femmes qui sont pas... comme moi, dans un état je suis comme ça* », c'est-à-dire en difficulté). Elle n'en avait jamais entendu parler auparavant, elle était toujours restée hospitalisée 4-5 jours lors des naissances précédentes, cela lui convenait très bien, et elle aurait préféré rester plus longtemps pour cette 4^e naissance (« *je te jure, je reste 5 jours !* »). Elle s'est peu reposée. Elle a eu des visites (« *Parce que y a des moments où y a des invités qui vient, je peux pas dormir...* »). C'est une de

ses amies qui est venue la chercher à la maternité en voiture. Cette personne prenait des leçons de conduite avec le mari de Nora (« *Il était en train de passer avec ma copine qu'elle a ramené, y a pas longtemps (...)* Après il est décédé, il a laissé tomber, et elle, elle a continué »). C'était un samedi. Elles sont restées toutes les 2 avec le bébé dans l'appartement de Nora. Elle lui avait fait à manger, elle a fait du ménage (« *et elle m'a dit : 'Repose-toi et moi je fais le ménage. On sait jamais !'. Elle est restée avec moi jusqu'à le soir, après elle est partie* »). Les enfants sont rentrés en fin de journée. Tous ses repas durant une semaine ont été amenés par ses 2 amies alternativement. Mais elle a quand même dû cuisiner pour ses enfants qui préfèrent les pâtes et les frites depuis qu'elle est rentrée de l'inhumation de son mari, période où elle n'avait pas l'énergie de cuisiner. Cela l'attriste qu'ils ne mangent pas les plats typiques de son pays d'origine (« *Nous les Arabes, on fait les trucs, mais eux il veut pas manger ça* »).

Elle a eu, comme convenu, la visite de la sage-femme à domicile. Nora avait bien compris que c'était dans la continuité de son séjour (« *elle continuait la suite parce que normalement je reste à l'hôpital* »). La sage-femme est venue le lendemain et le jour suivant. Elle a examiné Nora et son bébé, fait le test de dépistage des maladies métaboliques. Nora a un souvenir d'une visite très rapide (« *10 min* »). Elle n'a pas posé de question, parce qu'elle n'en avait pas dit-elle. Sa montée de lait était bien présente (« *Là j'ai souffert 3 jours, 4 jours là...* »), elle l'a gérée seule avec la douche et des serviettes chauffées au fer à repasser. Elle avait pris de l'homéopathie, mais trouve que c'est peu efficace par rapport à d'autres comprimés qu'elle avait déjà eus [Bromocriptine], qui ne se donnent plus. La sage-femme n'a pas laissé de coordonnées. Le contact n'a pas été extraordinaire d'après ce que je comprends. Elle a eu dans la semaine la visite de la puéricultrice de PMI, qui a renouvelé 1 ou 2 fois sa visite. Elle a apprécié ces passages : « *C'est pour le poids. Elle a dit : 'Tout va bien !' Et après, 'C'est bon, elle a dit, si t'as besoin de moi, tu m'appelles, je viens'* ». Elle ne souhaite pas poursuivre le suivi en PMI, car elle estime que ça prend trop de temps. Elle a pris rapidement contact avec son médecin traitant pour le suivi de son enfant. Elle est restée chez elle 1 semaine puis elle a dû sortir pour des démarches administratives (« *j'ai sorti à cause des papiers, obligée, j'ai pas de choix* »). Elle bénéficie depuis 1 semaine d'une aide-ménagère, jusqu'au 6 mois du bébé (prise en charge CAF). Cette dernière vient 2 fois par semaine, Nora apprécie particulièrement sa présence, surtout pour le repassage. Elle se sent encore fatiguée, son bébé la réveille encore toutes les 3h la nuit.

Concernant son point de vue sur cette sortie précoce, il n'est pas très bon compte tenu des circonstances particulièrement difficiles. Nora est très émue au souvenir de son retour à la maison (« *C'est dur à passer, c'est... tu sors, t'es... t'as pas de mari ! Quand t'as le mari, t'as pas besoin..., il reste avec, c'est lui qui va faire tout, c'est ton mari avec toi. Mais après, là que je suis tout seule...* »).

Entretien n°20, Priscilla, 1^{er} enfant, le 26 novembre 2013 à Tourcoing, PRADO

Quand j'arrive chez eux, le conjoint est devant la télévision. Priscilla me demande immédiatement de lire un document de la CPAM pour savoir si elle doit le renvoyer. Il s'agit d'un échéancier pour organiser le suivi médical de leur enfant. Je la rassure en le lui expliquant. Nous nous installons autour de la table à manger. Durant notre conversation, leur bébé sera pris en charge alternativement par Priscilla ou son conjoint pour préparer le biberon ou le changer. Il tentera à plusieurs reprises de laisser cette tâche à sa conjointe, mais celle-ci restera concentrée sur notre entretien.

Ils viennent d'avoir leur premier enfant, ils vivent dans un F2 de 50 m². Le logement se situe dans une ancienne usine reconverte en appartements particuliers. Leur logement est tout en longueur, assez étroit : la cuisine à l'entrée, le séjour, puis au fond la chambre et la salle de bain, le tout est très propre et bien rangé, l'ameublement est récent. Les fenêtres sont hautes, il n'y a pas de vue possible sur

l'extérieur, mais elles donnent beaucoup de lumière. Le quartier semble calme, mais cela ne l'est pas tout le temps d'après le couple.

Ils ont 20 ans tous les deux. Ils ont obtenu en même temps un CAP « agent polyvalent en restauration ». Ils travaillent tous les 2 dans la restauration. Ils sont en couple depuis 4 ans.

Priscilla est en rupture de lien avec la majeure partie de sa famille (mère et 3 frères) depuis l'annonce de la grossesse (sa mère habite le plus près de chez eux, dans le même quartier). Elle a cependant gardé un contact proche avec un 4^e frère. Celui-ci a tenu le rôle de père avec elle quand elle était petite, il vit à Maubeuge avec sa femme qui a accouché un mois avant Priscilla, et ils se voient régulièrement. En effet, il vient de temps en temps les chercher pour qu'ils passent le week-end à Maubeuge (du vendredi au dimanche). Il est le parrain du bébé.

La famille du conjoint vit à Wattrelos. Pour les voir, ils se déplacent soit en bus (10 min), soit le plus souvent, les frères ou le beau-père viennent les chercher en voiture. Ils vont aussi régulièrement passer le WE ou quelques jours en semaine si besoin là-bas (par exemple si un rendez-vous médical est prévu le lendemain matin, le médecin traitant étant proche des beaux-parents). On sent un lien très fort avec la famille du conjoint : la mère (47 ans), qui a eu 8 enfants, est très présente. Le jeune couple a été hébergé une semaine chez la mère du compagnon à la sortie de maternité pour pouvoir prendre ses marques et continuer de se reposer. La sage-femme PRADO est donc venue chez la belle-mère de Priscilla et non pas chez eux.

La grossesse est désirée. Le fait d'avoir chacun un travail était important pour eux pour décider d'être parents. Priscilla ayant un CDI dans une maison de retraite et son conjoint enchaînant sans difficulté les contrats, ils se sont lancés (« *on est prêts à faire un bébé, malgré notre âge* »). Ils ont attendu près d'un an après l'arrêt de la contraception que la grossesse survienne.

La grossesse a été très bien vécue (« *j'ai pas été malade, rien du tout* »), le suivi a débuté à l'hôpital de Wattrelos avec une sage-femme jusqu'au 6^e mois, puis à Roubaix (puisque Wattrelos n'a plus de salle de naissance). Elle s'est arrêtée de travailler vers 3 mois de grossesse, car elle était fatiguée. Elle était inscrite pour une préparation à la naissance, mais elle a dû rester se reposer chez elle sur les conseils de la sage-femme, elle avait une tension très basse et était encore très fatiguée. Elle le regrette un peu. L'accouchement n'a pas posé de problème (« *l'accouchement s'est passé nickel !* »). Il a eu lieu 2 jours avant la date de terme prévue, après avoir beaucoup bougé (« *en fait j'ai décidé de faire le grand ménage parce que bébé voulait pas et que mon col était encore fermé et tout (...) j'ai tout changé ma chambre, les armoires, les lits, j'ai tout bougé et tout. J'ai tout fait le ménage à fond. J'ai été faire mes courses à ED. J'ai pris des packs de lait, j'ai fait les escaliers, je suis redescendue tout* »). Le travail a commencé un matin, veille de l'accouchement, par la fissuration puis la rupture franche de la poche des eaux. Elle se souvient d'une sage-femme peu accueillante aux urgences, par contre elle a un excellent souvenir de celle qui l'a suivie en salle de naissance, qui lui expliquait beaucoup de choses. Elle a eu une péridurale dans la soirée vers 22-23 h qui a bien fonctionné et lui a permis de se reposer. Elle a accouché spontanément vers 5 h 30 du matin, accompagnée à tout instant par son conjoint en salle avec elle, et sa belle-mère par téléphone (« *ma belle-mère elle est restée du début, à quand j'ai eu mes contractions, jusqu'à la fin que j'ai accouché, par téléphone* »). Elle a eu une déchirure périnéale qui l'a gênée le temps du séjour, mais plus après sa sortie de maternité. En salle de naissance, ils ont chacun fait du peau à peau, elle a donné la tétée de bienvenue. Elle avait décidé de nourrir le bébé au lait artificiel par peur d'avoir mal, et d'avoir des crevasses, mais elle exprime le regret au moment de l'entretien de ne pas avoir allaité (« *en fait je regrette de pas... en fait au lieu de donner le biberon, j'aurais dû continuer à donner le sein (...) pour tout qu'est-ce qui est maladies, les microbes, tous les trucs comme ça...* »).

Le séjour en maternité s'est bien passé, Priscilla s'est sentie entourée et soutenue. L'équipe était très « gentille ». La famille est venue rendre visite régulièrement et ils ont trouvé tous les deux que cela les soulageait, car ils pouvaient relâcher leur attention du bébé. Mais ils ont encore plus apprécié d'être de retour chez eux. Son conjoint est resté tout le temps à la maternité, dormant sur place. Ils ont tenté de se caler rapidement sur le rythme de leur enfant, essayant de se reposer quand il dormait. Elle a eu une montée de lait durant l'hospitalisation assez importante, a reçu de l'homéopathie, et était à peu près soulagée à la fin du séjour. Ils sont allés ensemble à la réunion collective proposée par le service, où ils ont appris beaucoup de choses disent-ils (sur le retour à la maison, la préparation des biberons). Priscilla n'avait pas entendu parler avant l'accouchement du dispositif PRADO. La proposition d'y entrer s'est faite durant le séjour. C'était la condition pour sortir un jour plus tôt (« *C'est juste à la maternité qu'ils m'ont dit : "Soit vous restez 1 jour de plus, ou soit il y a une sortie pré — ado"* » (= PRADO). Ils sont donc sortis le 4^e jour après la naissance. Ils ont mangé dans la chambre, mais très peu, et sont sortis vers 14 h. Le soir ils ont savouré un bon repas préparé par la belle-mère (« *c'était merveilleux ! (...) Beefsteaks-frites-salade* »). À propos de la nourriture qui compte beaucoup pour eux, la famille et des amis en ont apporté régulièrement durant le séjour : « *la famille, ils nous ramenaient, ils avaient fait du couscous frais, des pâtes bolos, le beau-frère, il ramenait "Quick", (...) les amis qui ramenaient aussi... Y a les belles-sœurs qui faisaient des gâteaux, on en a distribué à nos sages-femmes, on a même distribué un faire-part !* ».

La sage-femme est venue le lendemain de la sortie, chez la belle-mère, pour examiner la mère et l'enfant, elle est restée plus d'une heure d'après leur souvenir et a répondu à beaucoup de questions (préparation de biberon, augmentation des quantités à donner, constipation du nouveau-né...). Elle n'est pas revenue, mais s'était assurée d'un contact possible avec le médecin traitant. Ils ne la connaissaient pas, mais l'ont trouvée « *très gentille aussi cette dame* » et ils déclarent : « *ça nous a soulagés qu'elle venait* ».

La semaine chez la famille s'est bien passée et a permis à Priscilla de récupérer encore (« *Après comme ils me connaient (sic), alors je me suis mis en pyjama et là je me reposais un peu pendant que bah la marraine ou la mamie ou les belles-sœurs, ils prenaient le petit. Et après on reprenait le relais* »). La belle-mère a donné le 1^{er} bain, car la jeune mère n'était pas à l'aise, n'ayant pas eu la possibilité de le faire à la maternité (« *donc j'ai attendu que ma belle-mère elle le fasse une 1^{re} fois, elle m'a dit de faire attention, et après j'ai pris le relais. Mais comme [le bébé], c'est une pile, il bougeait fort, donc j'ai commencé à... Et là ça va mieux, je le fais tout seule...* »). La belle-mère et la grande sœur du conjoint ont aidé à rassurer les parents : « *Et des fois, quand vraiment il pleurait et qu'on savait pas qu'est-ce qu'y avait, bah sa maman qu'elle venait, et qu'elle nous disait : "bah fais, fais-lui des câlins, ou mets-le contre toi, parce qu'il a besoin de toi" (...) et sa sœur, la marraine, comme elle a élevé son petit frère et quand il pleurait aussi, bah la nuit elle descendait, elle s'en occupait un petit peu pendant que nous on se reposait aussi* ». Durant cette semaine, ils ont rendu service à la belle-mère en lui faisant un peu de ménage et du repassage pour qu'elle puisse profiter du bébé. D'après Priscilla, son conjoint est très proche de sa mère qui est actuellement en rémission d'un cancer. Avec son cancer, ses ressources ont diminué un peu, et le jeune couple l'aide ponctuellement financièrement, car elle a encore les plus jeunes enfants à charge.

Ils ont décidé ensemble de rentrer chez eux au bout d'une semaine, se disant qu'il était important que leur enfant prenne ses repères chez lui (la belle-mère avait proposé qu'ils restent plus longtemps (« *Tu peux rester 1 mois, 2 mois, 3 mois* »). Le soir même, ça a été la crise de larmes pour tous les deux (« *on a un peu pleuré, on a craqué parce que c'est dur* »). C'est la grande sœur du jeune papa qui est venue les rassurer et dormir chez eux. Ils disent avoir eu besoin d'une bonne semaine pour être plus à l'aise après leur retour chez eux. Ils n'hésitent pas à faire appel à la famille à tout moment et aussi au médecin traitant : « *Je sais que si j'ai un souci ils sont là directement, ou si comme l'autre fois il arrivait pas à*

faire caca ou il avait encore ses selles encore vertes depuis la maternité, directement j'appelle le médecin, je lui ai demandé, il m'a dit : "surtout vous appelez si..., même si il y a un petit truc qui va pas, faut quand même appeler!" ». La grand-mère, les belles-sœurs et frères, les voisins passent régulièrement pour prendre des nouvelles, une jeune voisine attend son premier enfant justement et elles échangent beaucoup ensemble.

Le jeune père a pris environ 1 mois de congé et a repris le travail récemment (horaires 9 h-20 h). La mère du conjoint appelle tous les matins avant le départ de son fils pour son travail puis rappelle plus tard dans la matinée quand le bébé dort. Et elle reprend le soir des nouvelles par téléphone. Le jeune père est assez impliqué dans les tâches liées à l'enfant : il prépare le biberon, Priscilla le donne, le change et donne le bain, car il a peur de faire mal à son enfant, ce qui ne l'empêche pourtant pas de le prendre avec lui dans son propre bain. En fait, il lui arrive aussi de faire le change, puisque cela s'est produit durant l'entretien, sans difficulté. Il n'hésite pas à installer son bébé en peau à peau quand celui-ci pleure. Pour leur bébé, le peau à peau fonctionne mieux avec le père qu'avec elle, selon Priscilla.

Ils sont très simples et très naturels, spontanés dans l'expression de leur « innocence ». Ils se sont sentis dépassés au début, mais l'entourage de la famille les a beaucoup portés. Ils ont l'air relativement autonomes, 1 mois après la naissance. Mais ils déclarent passer souvent le WE, soit chez les grands-parents paternels du bébé, soit chez le frère de Priscilla. À distance, ils trouvent tous les deux que le séjour en maternité a été un peu court (*« j'aurais pas dit non de rester encore 1 ou 2 jours de plus, avec les personnes qu'on est tombés : les dames, le pédiatre, pour nous porter conseil sur le bébé et tout, j'aurais pas dit non, franchement j'aurais pas dit non ! »*)

Ils partagent les tâches de leur foyer : Les courses sont faites ensemble, voire en famille (mère, sœurs, beaux-frères...), car ils n'ont pas de voiture. Le ménage du logement est aussi fait en couple. Priscilla espère pouvoir décaler sa reprise de travail de 6 mois, elle est en train de compléter un dossier de la CAF pour cela. Si ce n'est pas possible, c'est la belle-mère qui s'est proposée de garder l'enfant et cela leur convient à tous les deux.

Conclusion

Voici présentées les 44 mères rencontrées et leur contexte socio-économique, ainsi que le suivi médical dont elles ont bénéficié. Le suivi est accepté comme une nécessité par certaines, alors qu'il est perçu par d'autres comme une ressource.

Le système de santé, qui évolue ces dernières années vers une diminution des durées moyennes de séjour et un renforcement des liens ville-hôpital de plus en plus important, redessine l'organisation du suivi après la naissance. Pour reprendre l'expression de Charrier et Clavandier (2013), la *maternité institution* devient *maternité réseau*. Comme on l'a vu plusieurs possibilités sont proposées aux familles pour l'accompagnement à domicile. L'investissement des professionnels est aléatoire selon les femmes et semble dépendre des contacts établis avant la naissance. Par ailleurs, les professionnels intervenant auprès des mères paraissent peu se concerter entre eux.

Les chapitres 8, 9 et 10 aborderont plus en profondeur plusieurs questions. Celle du recours-non-recours aux moyens institutionnels déployés pour accompagner « au mieux » les femmes et leur famille pour leur retour à domicile, puisqu'on vient de voir que le suivi n'est pas homogène pour chaque famille. Qu'est-ce qui explique le recours ou non aux dispositifs institutionnels ? Quel type de familles sont concernées par le non-recours, le recours « à tout » ou le recours partiel ?

Puis le thème de la mobilisation par les mères des savoirs professionnels et profanes sera envisagé. Quelles familles se tournent complètement vers les savoirs académiques pour gérer leur santé et celle de leur(s) enfant(s), quelles autres les évitent pour ne faire confiance qu'aux savoirs profanes, enfin lesquelles utilisent les deux sources de savoirs et comment ?

Enfin, la question de l'organisation familiale établie à l'occasion du retour à domicile sera étudiée. Y a-t-il ou non une organisation spécifique mise en œuvre ? Qui s'implique dans ce cas ? Et quels facteurs influencent cette organisation ?

**3^e partie : Recours et non-recours institutionnels,
pratiques de soins et organisation familiale lors du retour
à domicile**

Chapitre 8 : Recours, non-recours, recours partiel chez les personnes rencontrées

Introduction

Historiquement (Warin, 2010 a)⁷⁰, la question du non-recours a été envisagée à propos de la non-demande des prestations sociales financières, particulièrement en Grande-Bretagne dans les années 30 (« *non take-up* »), dans un but politique d'évaluation de la bonne administration des allocations, c'est-à-dire qu'il s'agissait d'abord d'une « préoccupation gestionnaire » : vérifier si l'offre de prestation atteignait bien la population ciblée. Car le non-recours peut être révélateur du dysfonctionnement d'une politique sociale, par l'instauration de dispositifs possiblement inefficaces ; il est cause alors d'inégalité entre les usagers ; enfin des critères d'éligibilité parfois complexes induisent parfois eux-mêmes le non-recours (Van Oorschot et Math, 1996).

Ce chapitre est organisé en plusieurs parties, une étude historique du non-recours d'abord centré sur les prestations sociales, puis sur le non-recours aux soins et le renoncement aux soins, ensuite une présentation des recours possibles au cours de la grossesse pour une femme et sa famille, enfin une typologie des situations rencontrées.

La question de l'utilisation des moyens médicaux et d'accompagnement mis à disposition des femmes et de leur famille lors de la grossesse et après la naissance se pose quand est constaté un recours partiel, voire un non-recours. Dans le cadre de cette thèse, il s'agit notamment du suivi médical, de certaines réunions d'information, mais aussi de services (comme la possibilité de bénéficier d'une aide-ménagère après la naissance). Pour quels motifs certaines femmes, certaines familles ne recourent pas aux dispositifs institutionnels proposés lors du suivi de grossesse, et après la naissance ? Est-ce volontaire ? Est-ce par défaut d'information ? Est-ce parce que ce qui est proposé n'est pas adapté ? Est-ce, pour certaines dispositions, par crainte

⁷⁰ Philippe Warin (2010 b) : « De façon très sommaire, on peut dire que ces origines sont celles du *welfare stigma* révélé notamment par les émeutes urbaines aux États-Unis dans les années 1960 ; de l'introduction du ciblage – *targeting* – dans des régimes contributifs aux Pays-Bas dans les années 1970, et en Allemagne la décennie suivante ; de la montée de la question de la nouvelle pauvreté en France dans les années 1970 puis de l'introduction de nouvelles formes d'assistance fondées sur la solidarité nationale ; de la transition démocratique et de l'introduction de l'idée même de droit social, en Grèce, Espagne, Portugal, aux alentours des années 1980, au Québec actuellement ».

du « stigmat » (Goffman, 1975), du « discrédit » que l'utilisation du service entraînerait sur les familles à propos de leurs capacités à mener à bien leur propre prise en charge ?

Certaines femmes organisent leur suivi médical en essayant de solliciter toutes les opportunités qui se présentent à elles (*recourantes*) ; d'autres les fuient et n'accomplissent que le minimum obligatoire (par exemple, les consultations prénatales), conditionnant l'attribution des allocations familiales, on pourrait alors qualifier cette situation de *non-recours total* ; enfin d'autres encore se saisissent de quelques dispositifs en opérant un ou des choix, situation de *non-recours partiel*, qu'il peut être intéressant de chercher à comprendre.

1. Etude du non-recours

1.1. Histoire du non recours

En France, pour chercher à comprendre le non-recours, les institutions se sont plutôt orientées vers le défaut d'information. La Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF), première institution à se préoccuper du sujet, a publié en 1996 des travaux dans la revue « Recherches et Prévisions » (Van Oorschot et Math, 1996). La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) s'est ensuite saisie de cette question en travaillant sur une meilleure diffusion de l'information auprès des usagers. Cette amélioration de l'information à propos de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), permet par exemple en 2007 une augmentation de 13 % des demandes pour les 2 dispositifs.

La question du non recours a été intégrée dans le champ politique à la demande des associations et de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) créé en 1998 pour travailler sur l'accession aux droits comme moyen de lutter contre la pauvreté (Warin, 2012).

1.2. Définition

Le non-recours concerne toute personne qui ne bénéficie pas d'une offre publique de droits et de services à laquelle elle pourrait prétendre (Warin 2010 a et b). Son approche initialement centrée sur les prestations sociales est transposable à d'autres secteurs d'intervention (hébergement, soins). Elle questionne alors la pertinence et la connaissance des services proposés à mettre en correspondance avec la demande du public.

On ne peut effectivement parler de non-recours qu'à partir du moment où la population concernée est identifiée. Mais il est parfois difficile d'estimer les éventuels bénéficiaires. La question des prestations sociales constituait une approche intéressante pour en faire l'évaluation, mais pour les autres recours (crèche municipale, accompagnement à l'insertion, dispositifs de prévention de risques sanitaires...), la population-cible est plus complexe à cerner. Ce qui ne signifie pas qu'il n'y ait pas non-recours : certains s'abstiennent ainsi d'emblée d'effectuer une demande, estimant leur chance dérisoire d'obtenir une prestation ; d'autres sont non-recourants par défaut d'information sur les modalités d'attribution qui peuvent évoluer ou parce que leur situation personnelle varie (entrée ou sortie du chômage, situations de sous-emploi). Les modifications des critères d'éligibilité ne sont également pas sans effet sur les comportements et représentations des éventuels bénéficiaires qui cessent alors de solliciter ces prestations.

1.3. Typologie

Une typologie a été proposée en 1996 par la CNAF (Van Oorschot, 1996, Warin, 2010) et précisait les formes de non-recours aux prestations sociales dont les principales sont :

- le « non-recours primaire » qui est une non-demande de prestation ;
- le « non-recours secondaire » qui correspond à une demande respectant les critères d'éligibilité qui n'aboutit pas du tout ;
- le « non-recours partiel » qui est l'obtention incomplète de prestations alors que la demande a été faite selon les critères définis par le système.

L'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE) a proposé au début des années 2000 une typologie explicative plus fine basée sur les trois formes de non-recours (Warin, 2010 a) :

- la « non-connaissance », lorsque l'offre n'est pas connue (pas d'information ou de proposition) ;
- la « non-demande », quand elle est connue, mais non sollicitée, par choix (non-adhésion, alternatives existantes) ou par contrainte (découragement, difficulté d'accès, crainte de stigmatisation ou de discrimination). La démarche volontaire de l'utilisateur est alors envisagée comme « un rapport social à l'offre publique et aux institutions qui la servent » ;
- la « non-réception », lorsqu'elle est connue, demandée, mais non obtenue (dysfonctionnement, abandon, discrimination).

1.4. Trois niveaux de lecture pour comprendre le non-recours

Les études de Van Oorschot et Math (1996) ont permis de ne pas limiter la recherche du non-recours aux seuls usagers des prestations, en se posant les questions suivantes : est-ce que le non-recours est un effet d'une politique sociale trop complexe à mettre en œuvre ? Est-il à mettre en lien avec les dispositifs d'application dont les procédures seraient trop lourdes ? Les services et autorités ne sont-ils pas trop nombreux ou insuffisamment coordonnés pour administrer ces prestations ? L'information diffusée sur ces sujets est-elle pertinente ?

Leurs travaux ont permis d'identifier ainsi trois niveaux de lecture pour comprendre le non-recours : celui de l'utilisateur, celui de l'organisme chargé d'administrer les prestations et les « pratiques de mises en œuvre », puis celui du dispositif lui-même (son organisation, ses règles) ou « le contenu de l'offre » (Warin, 2010).

1.4.1. L'utilisateur

Prestations sociales

Les études réalisées sur le non-recours aux prestations sociales, dans les années 80-90, se sont tournées essentiellement vers l'utilisateur : sa connaissance des dispositifs, sa perception de son éligibilité potentielle, ses motivations et besoins ressentis, enfin les trajectoires des personnes en situation de non-recours ont été explorées. La partie institutionnelle et les dispositifs n'ont à cette époque pas été étudiés (Van Oorschot, 1996). La responsabilité mise en cause était identifiée comme individuelle, focalisée sur l'utilisateur.

Cette approche comporte ainsi plusieurs lacunes telles le « facteur déclencheur » (comment l'information parvient au demandeur), les préventions à l'égard du dispositif (liées à la situation socio-culturelle de l'éventuel bénéficiaire), la diffusion de l'information (contenu, règles d'éligibilité, perception par l'utilisateur) et il restreint l'analyse à la demande seule et n'envisage pas les étapes qui se situent avant et après la décision.

Van Oorschot (1996) propose alors un autre modèle intégrant ces facteurs, le « modèle dynamique de la perception d'une prestation » en centrant ce modèle sur le processus de demande. Celui-ci prend en compte les bénéficiaires et les non-bénéficiaires, quelle que soit leur éligibilité.

Trois étapes sont décrites : la connaissance de l'existence de la prestation ou le « seuil » (étape indispensable avant de passer aux étapes suivantes), puis vient « l'étape d'arbitrage »

(envisager le positif et le négatif de cette prestation, de son utilité, son intérêt et ses effets), ce que Mazet (2010b) nomme « le jeu des préférences individuelles » pour expliquer le non-recours (« le coût d'entrée dans le dispositif de demande apparaît plus élevé que les bénéfices » éventuellement attendus). Et si l'arbitrage est positif, il atteint la 3^e étape, « *la demande* » : la prestation est alors fournie sauf s'il y a interruption du processus par l'utilisateur ou par l'administration (non-éligibilité). Ce processus intègre également la notion de temporalité prenant en compte le décalage potentiel entre les étapes, ou encore le cas où l'utilisateur interrompt sa demande puis la réitère, pour comprendre un non-recours temporaire.

L'interruption de la demande peut s'expliquer par un arbitrage non concluant. La réintégration dans le processus peut être liée à deux faits : une situation qui évolue permettant l'éligibilité et/ou des besoins de plus en plus prégnants, ou un « déclencheur », tel un événement engendrant brutalement des difficultés ou une conviction nouvelle sur l'intérêt de la demande grâce à une information nouvelle par exemple.

La notion de passivité de l'utilisateur est envisagée par plusieurs chercheurs (Kerr [1983] et Graham [1984] in Van Oorschot, 1996) pour présenter deux attitudes : le retard pour effectuer une demande après connaissance du dispositif (mais cela concernerait moins d'un tiers des personnes éligibles), ou un défaut de recherche d'informations. Van Oorschot (1996) précise alors que les personnes à faibles revenus, éligibles aux prestations sociales, ne sont pas des « citoyens calculateurs et parfaitement informés » cherchant les meilleures offres proposées par les services de la protection sociale, ce que confirmera Rode (2015).

Droits

La question du non-recours aux droits à propos des complémentaires santé, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire, mise en œuvre en 1999) ou l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé à partir de 2004), a été envisagée par Révil en 2008. La question se posait alors, puisque près de 20 % de personnes éligibles à la CMU-C n'en bénéficiaient pas et que 80 % des gens potentiellement bénéficiaires de l'ACS n'en faisaient pas la demande.

Hébergement

Levy (2015), à propos des situations de recherche difficile d'hébergements à trouver pour les personnes sans-abri, aborde, lui, aussi la notion de « non-recours cumulatif » : les personnes passent d'une situation de « non-recours par non-réception » d'une demande (impossibilité de

répondre à la demande par manque de place dans une institution par exemple) à une situation de « non-recours par non-demande », face à la situation répétée de l'impossibilité pour eux de trouver une solution. Et de ce fait elles peuvent ne pas bénéficier d'autres dispositifs existants.

Pour certains usagers de centres d'hébergement, l'obligation d'entrée dans un dispositif social est envisagée comme une perte d'autonomie dont Lévy (2015) distingue deux dimensions : une « autonomie décisionnelle », pour garder le contrôle de son avenir et une autonomie « comme mise en cohérence des comportements individuels avec les normes attendues de la société ». Le non-recours est alors « le dernier pouvoir qui reste vis-à-vis de l'offre publique », donc un choix politique individuel.

1.4.2. L'institution

Au niveau institutionnel, le dispositif est construit et défini avec des normes légales et organisationnelles afin que les agents administratifs puissent les appliquer en faveur des usagers. Ces dispositifs s'ils sont trop complexes ou mal diffusés peuvent être à l'origine du non-recours (Révil, Warin, 2013). Van Oorschot (1996) définit le concept de « passivité administrative » pour qualifier l'approche « à prendre ou à laisser » concernant la diffusion des dispositifs, enjeu qui a été, lui, beaucoup moins étudié que la passivité de l'utilisateur.

Le non-recours peut aussi être consécutif à des erreurs directes de l'administration telles le rejet abusif d'une demande, un calcul de montant inférieur à ce qu'il devrait être.

Et de façon plus indirecte, il peut l'être aussi par les pratiques administratives (l'organisation administrative et l'attitude des agents plus ou moins convaincus et convaincants) qui peuvent être perçues comme contraignantes : sentiment de honte ou de stigmatisation pour les prestations sous condition de ressources (obligation de dévoiler ses conditions matérielles), conseils insuffisants, amalgame entre « service » et « contrôle », documents peu explicites, voire complexes (« manque de transparence »), catégorisation en fonction de stéréotypes des éventuels bénéficiaires, mauvaise compréhension des dispositifs par les agents administratifs (Révil, 2008).

Cependant depuis la fin des années 2000, compte tenu du taux de non-recours encore élevé, plusieurs expérimentations ont été faites par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) en vue « d'accompagner vers leurs droits des assurés en non-recours ou qui pourraient le devenir à court terme, du fait d'un changement de situation » (Warin, 2013), en développant des actions ciblées vers les bénéficiaires potentiels. Le but était d'aller au-delà de l'information

de masse (qui envisage que le public, considéré comme responsable de ses choix, se saisit ou non des informations) pour réaliser une approche individualisée avec des « actions d'explication », instaurant donc une « relation de service » : les agents vont à la rencontre des éventuels bénéficiaires pour leur faire connaître leurs droits (par exemple l'initiative concernant la diffusion de l'allocation de solidarité aux personnes âgées couplée ou non avec l'ACS). Les instigateurs de cette expérimentation partent de « l'hypothèse d'intervention » qui cherche à augmenter l'égalité des chances pour améliorer le recours. Avec cette hypothèse, le public est censé être parfaitement informé et avoir compris ce qui s'offre à lui. Et les interventions de ce genre sont spécifiquement ciblées vers de potentiels bénéficiaires, moins autonomes pour l'accès à leurs droits. Néanmoins, cette organisation a un coût (en personnels, en frais de transport et d'assurance quand il s'agit de visites à domicile) et nécessite un ciblage précis.

1.4.3. Les dispositifs sociaux

L'influence des dispositifs n'est pas à négliger (Van Oorschot, 1996) : « Indirectement, ils ont néanmoins un rôle majeur parce qu'ils façonnent dans une large mesure le contexte dans lequel prend place le comportement des agents et responsables administratifs d'une part, et celui des usagers d'autre part ».

Le nombre de procédures ou de règles à respecter, les critères d'éligibilité pour profiter du dispositif parfois peu compréhensibles voire imprécis (donc dépendants du bon vouloir ou du niveau de connaissances de l'agent administratif) (Révil 2008), les aides peu attractives financièrement (montants peu élevés au regard de la difficulté des démarches pour en bénéficier) ou ponctuelles (des dépenses variées ou exceptionnelles plutôt que des paiements réguliers) instaurent ainsi une « éligibilité provisoire ou instable » (Van Oorschot, 1996).

Mazet (2010 b) l'analyse comme un rejet lié à « ce que l'offre fait de ses bénéficiaires, c'est-à-dire à un refus de la reconnaissance sociale produite par l'offre publique ». L'image parfois négative que renvoie le dispositif peut être rattachée à la catégorie sociale des personnes éligibles auxquelles il s'adresse (« pour les pauvres »), et/ou en lien avec un sentiment de discrimination ethnique ou territoriale (quartier, ville). La demande d'une prestation d'assistance peut donc être vécue comme une stigmatisation, par exemple si elle est proposée sous condition de ressources (« *welfare stigma* »), s'adressant aux catégories socio-professionnelles les moins aisées, ou encore pour les dispositifs ayant trait au handicap (qui implique souvent un contrôle du niveau d'incapacité physique ou mentale).

En définitive, les effets de ce non-recours ne sont pas anodins et les sommes non versées sont importantes (Warin 2013) : en 2010, le RSA⁷¹ n'a concerné que 50 % des personnes éligibles (1,7 millions de personnes) et le montant non octroyé alors s'élève à 5,2 milliards d'euros. En 2011, une évaluation de l'attribution de la CMU-C montre que le taux de non-recours oscille entre 10 et 24 % (997 000 non-recourants) et que la somme non répartie est de 330 à 400 millions d'euros. Warin (2013) souligne que ce point a été abordé lors de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2012, et repris dans le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale présenté en janvier 2013, avec comme objectif de travailler sur au moins deux principes, la « non-stigmatisation » et le « droit juste », pour limiter le non-recours.

1.5. Non-recours aux soins

Dans le domaine de la santé, le non-recours peut concerner les droits liés à l'assurance maladie (absence de protection complémentaire), mais aussi les soins tels que l'absence ou le retard pour le suivi médical (le « retard aux soins »), l'inobservance thérapeutique ou la non-adhérence (ne pas appliquer précisément les prescriptions médicales), voire les renoncements aux soins. Il est défini par plusieurs critères issus de données épidémiologiques et de pratiques médicales (Rode, 2008). Les statistiques du non-recours aux soins proviennent par exemple du nombre de consultations réalisées ou non, des dépistages effectués ou non, des facteurs de risque identifiés (mais non toujours interprétés), correspondant au « paradigme épidémiologique » détaillé par Peretti-Watel (2004). En termes de santé publique, le non-recours aux soins est qualifié de conduite à risque, puisqu'il s'appuie sur des indicateurs objectivés (Rode, 2008) et qu'il semble paradoxal de rencontrer des difficultés d'accès aux soins compte tenu des dispositions institutionnelles existantes.

L'ODENORE a identifié six catégories d'actifs précaires susceptibles d'être plus concernés par le « non-recours aux soins » (Warin et al., 2007) :

- Les personnes au chômage depuis plus d'un an.
- Les jeunes de 16-25 ans en insertion.
- Les allocataires du RMI et de la CMU.
- Les personnes occupant un emploi « non stable » ou un emploi « stable à temps partiel ».

⁷¹ Selon l'estimation du groupe de travail « accès aux droits et aux biens essentiels, minima sociaux » de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, 10 et 11 décembre 2012, (Warin, 2013)

- Les personnes occupant un emploi stable à temps plein, mais déclarant rencontrer d'importantes difficultés financières.
- Les personnes en emploi et les chômeurs depuis moins d'un an présentant un risque de fragilité sociale, comme la perte des liens sociaux, ou un contexte socioculturel proche de la précarité.

Il semble, selon l'équipe de Warin (2007), que la vie en couple soit un facteur de moindre non-recours aux soins, les personnes vivant seules et particulièrement celles qui ont un niveau d'études moins élevé sont plus susceptibles de non-recours aux soins. L'âge est aussi un facteur à prendre en compte : le non-recours est diminué quand les besoins de santé sont plus importants, phénomène qu'on peut aussi rapprocher des conditions sociales qui s'améliorent potentiellement avec la maturité. Desprès (2013 a) évoque la notion de « double résistance » possible, qui évolue selon les « moments de la vie » et selon « les types de soins ».

1.6. Renoncement aux soins

1.6.1. Définition du renoncement aux soins

Le renoncement aux soins correspond à des « situations où les individus ne recourent pas aux services de soins alors qu'ils éprouvent une manifestation corporelle ou psychique, ou abandonnent une démarche de soins en cours » (Desprès, 2013b). Il s'agit alors d'un choix, d'un non-recours choisi, d'une « délibération », puisqu'il y a identification d'un phénomène problématique par les personnes concernées. Cette définition est plus en rapport avec les réalités sociales du point de vue des individus que de celui des institutions.

La création de la CMU et CMU-C, instaurées pour limiter les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les personnes en situation de précarité, n'a cependant pas permis l'absence totale de renoncement aux soins. Les parcours de soins restent encore socialement différenciés. En effet, en 2008, 16,5 % des foyers ont renoncé aux soins (Dourgnon et al., 2012). Ceux qui ne bénéficient pas de la complémentaire sont plus concernés par ce phénomène.

Pour être bénéficiaire de la CMU, qui est gratuite, les revenus ne doivent pas dépasser un certain plafond (9601 €/an depuis le 1^{er} octobre 2014). En cas de dépassement du plafond, une cotisation égale à 8 % du montant du revenu fiscal de référence (après déduction de ce plafond d'exonération) sera demandée. Il faut également résider en France de manière régulière ou stable (plus de trois mois) et ne pas pouvoir bénéficier de l'assurance maladie. Pour bénéficier de la CMU-C, qui donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des

dépenses de santé (y compris à l'hôpital), il faut résider en France de manière régulière ou stable, et avoir des ressources inférieures à un certain plafond qui tient compte également du lieu de résidence et du nombre de personnes au sein du foyer. Cette complémentaire permet de ne pas avancer les frais de la participation forfaitaire. La CMU-C inclut par exemple des forfaits de prise en charge pour des soins dentaires, des lunettes. Ces deux dispositifs ont donc des critères qui peuvent poser des problèmes particulièrement aux personnes qui ont un revenu supérieur au plafond requis, dont le nombre de membres du ménage ne correspond pas aux normes, ou qui sont en situation irrégulière, et qui peuvent alors être amenées à prendre la décision de renoncer aux soins.

Les formes de renoncement aux soins présentent, nous l'avons vu, un point commun, il s'agit d'une forme de choix. Desprès (2013 a) identifie plus précisément deux options : le « renoncement-barrière », choix contraint, et le « renoncement-refus », choix délibéré.

1.6.2. Renoncement — barrière

Le renoncement par « abandon d'un projet de soins » (Desprès 2013 a) (énoncé avec la forme négative : « je ne vais plus à la consultation »), forme de non-choix (pas de satisfaction possible des besoins pourtant ressentis) peut trouver son origine dans des difficultés financières rencontrées par les usagers ; il peut être lié aux délais longs pour obtenir un rendez-vous, en lien avec la disponibilité des professionnels de santé (Desprès 2013 a) ; ou il peut être une barrière symbolique : la « crainte d'être mal accueilli », en référence à des expériences précédentes parfois désagréables (Desprès, 2013 a).

Le renoncement-barrière est en général attaché à un soin spécifique (soins dentaire, ophtalmologique, moins bien remboursés par la sécurité sociale) ; il s'agit alors de choix contraints, mais qui nécessitent néanmoins un arbitrage, en fonction des possibilités financières.

Dans cette forme de renoncement, les points de vue profanes sont proches des représentations institutionnelles, et des normes afférentes, du renoncement aux soins (la précarité, les difficultés financières expliquant le renoncement...).

1.6.3. Renoncement — refus

Le renoncement-refus peut être la réaction à une incompréhension par rapport à l'intérêt du soin, un rejet d'une prescription particulière (doute sur son efficacité) ou plus généralement des normes institutionnelles prescrites (cas de la vaccination) ; il peut aussi être en lien avec la

décision de recourir à un choix alternatif non proposé par le système de soins. Ce renoncement-refus est alors l'expression d'une opposition. Il s'agit donc ici d'un choix « socialement construit » à partir des normes et des représentations existantes concernant la santé (Desprès, 2013 a).

Dans certaines classes socio-économiques moins favorisées, la privation peut aussi toucher la consommation de soins, reflet de la différenciation sociale des besoins (Desprès 2013 a, 2015). La culture de la privation, forme d'autocensure, peut être construite comme morale de vie, de l'ordre de la « morale de renoncement » selon Schwartz (1990), une mise à distance aussi du milieu médical.

Le renoncement peut être envisagé comme un choix politique, un acte de « citoyenneté sanitaire », de « justification supérieure » pour limiter le déficit de la Sécurité sociale (Rode, 2008, Mazet, 2010).

Cette forme de renoncement peut aussi présenter une dimension positive, perçue comme une démarche d'autonomie par rapport au pouvoir médical dominant, bien qu'il soit compris négativement par la norme médicale (Desprès, 2013 a) ; ce que Warin (2008) nomme « la possibilité d'un vivre "hors-droits" ».

D'autres façons de se soigner sont retrouvées chez les personnes renonçant aux soins : mobilisation de ressources personnelles, intrinsèques, recours à une « gestion familiale », développement de modèles de résistance aux symptômes (résister à la douleur). Cette manière d'agir peut ensuite être transmise de façon héréditaire, « intériorisée » (Desprès 2013 a et b). Warin (2008) l'aborde également comme un choix de comportement de « sobriété visant la suffisance », de « simplicité volontaire » que l'on peut trouver dans certains nouveaux modes de vie.

2. Quels recours institutionnels possibles pour les familles rencontrées ?

Rappelons que tous les actes médicaux (en lien ou non avec la maternité) sont pris en charge à 100 % pour les femmes enceintes à partir du 6^e mois jusqu'au 12^e jour après la naissance, et que les actes concernant spécifiquement le suivi de grossesse sont également pris en charge à 100 % par l'assurance maternité (consultations prénatales, préparation à la naissance, bilans de dépistage...) dès que la grossesse est déclarée à la CPAM.

2.1 La préparation à la naissance et à la parentalité

Huit séances prénatales sont prises en charge par la Sécurité Sociale. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) se déroule souvent en cabinet libéral chez une sage-femme ou parfois en maternité (groupes souvent composés d'un nombre plus important de futures mères qu'en libéral). Certaines sages-femmes adaptent les sessions au public rencontré, proposant ainsi moins de séances, voire une séance unique selon les besoins et plutôt pour des couples ayant déjà une expérience de la naissance. Ces réunions, dites éducatives, sont destinées à préparer le couple à l'arrivée de l'enfant, à repérer les éventuelles difficultés et situations de vulnérabilité, à délivrer des informations sur la naissance, l'accueil de l'enfant, la construction des liens familiaux et à développer une coordination de professionnels en cas de problèmes détectés (HAS, 2005). La dernière enquête nationale périnatale (Blondel et Kermarrec, 2011) montre que la préparation à la naissance est réalisée par 73 % des femmes qui attendent un premier enfant et 28,5 % des femmes qui ont déjà accouché, soit en légère augmentation depuis 2003 pour ces deux données.

2.2. Le recours à la PMI

Le suivi médical dans les unités territoriales (sous la tutelle des Conseils généraux) se décline ainsi : la consultation prénatale est réalisable soit par une sage-femme, soit par un médecin ; des séances de préparation à la naissance sont parfois proposées (mais pas dans toutes les unités) par les sages-femmes ; le suivi postnatal à domicile pour l'enfant est effectué majoritairement par les puéricultrices. Leurs critères pour se rendre à domicile sont les suivants : rencontrer les familles qui ont eu un 1^{er} enfant ou celles qui sont identifiées par les services sociaux comme rencontrant déjà des difficultés. Le suivi pédiatrique dès la 1^{ère} semaine de vie de l'enfant jusqu'aux 6 ans de celui-ci est possible à la PMI, tout comme le suivi gynécologique de prévention et la prescription de contraception également pour la mère. Les visites à domicile après la naissance permettent aussi d'évaluer le « lien mère-enfant », donc de poser un regard « critique » sur la parentalité au sens de la HAS⁷², mais aussi sur les conditions de logement, et repérer les signes de vulnérabilités psychiques, sociales et économiques.

⁷² La parentalité selon la HAS (2005) : construction des liens familiaux, établissement des interactions entre les parents et l'enfant

2.3. La réunion anténatale

Au sein de la maternité de Roubaix, une fois par mois le vendredi, une réunion d'une heure est proposée. Elle se déroule à la suite de la réunion sur le thème de l'analgésie péridurale, qui est exigée par les anesthésistes de la maternité, au moins pour un 1^{er} enfant. La réunion anténatale est animée par un pédiatre et aborde l'accueil de l'enfant avec diffusion d'informations concernant l'alimentation, le couchage, le matériel à avoir ou ne pas avoir, les besoins du nouveau-né.

L'information sur la tenue de cette séance est transmise aux familles par deux moyens : une affiche en consultation prénatale et un courrier adressé au domicile dès l'inscription en maternité.

2.4. La réunion post-natale

Elle est organisée tous les jours dans le service de maternité à l'intention des mères et de leur conjoint. Elle dure 1 h, de 11 h à 12 h et les professionnels sont censés en diffuser l'annonce auprès des couples, soit de vive voix, soit par le biais de l'interphone, présent dans chaque chambre. Selon l'équipe de maternité, la plupart des parents y assistent juste avant leur départ de maternité, mais parfois aussi la veille de leur retour chez eux. Des conseils pour le retour à domicile, surtout tournés vers l'enfant, y sont donnés à propos des soins (toilette, cordon, massage), de l'attitude à avoir en cas d'hyperthermie, de l'alternance veille/sommeil, de l'alimentation (au sein ou au biberon), de l'environnement de l'enfant (aération de la chambre, ménage), du partage des tâches entre conjoints, du rôle du père (soutien moral), de la façon de gérer les pleurs de l'enfant, du suivi médical...

2.5. La ligne téléphonique et les associations de soutien à l'allaitement maternel

Plusieurs relais existent pour soutenir les femmes allaitantes : au niveau local, des consultantes en lactation (sages-femmes, puéricultrices) de la maternité sont disponibles sur rendez-vous ; au niveau de la métropole, un dispositif d'appel est mis en place par le réseau de périnatalité OMBREL, « Allait'écoute » : des consultantes en lactation (sages-femmes, puéricultrices, pédiatres) de plusieurs structures du réseau (maternité, PMI, libéraux) y tiennent une permanence tous les jours de 18 h à 21 h pour répondre aux questions.

La Leche League et Solidarilait, structures associatives de promotion de l'allaitement, mettent en contact une mère qui se pose des questions sur son allaitement avec une animatrice de

permanence. Ces associations, qui ont des antennes locales, mais aussi nationales, organisent également des réunions d'échanges d'informations.

2.6. L'aide à domicile

Les interventions à domicile possibles (majoritairement exercées par des femmes) sont confiées à plusieurs types de professionnels :

- Soit à une TISF (technicienne de l'intervention sociale et familiale) qui participe aux activités quotidiennes (courses, ménage, repas, aide pour la toilette), qui aide éventuellement à gérer le budget du ménage, réaliser certaines démarches administratives ou soutenir les parents dans leur rôle d'éducateurs. Elles ont la mission de favoriser l'autonomie et l'équilibre familial ;
- Soit à une AVS (auxiliaire de vie sociale), qui va s'impliquer dans les tâches du quotidien pour soulager la famille confrontée à une situation particulière, mais aussi apporter son aide pour les démarches administratives et sociales ;
- Soit une employée à domicile, pas nécessairement diplômée d'État contrairement aux deux autres types d'intervenants précédemment cités, qui va être une ressource pour les tâches domestiques.

La Caisse d'Allocations Familiales (CAF) finance cette prestation et définit la participation financière en fonction du quotient familial⁷³, lui-même calculé en fonction des revenus déclarés par la famille, des allocations déjà perçues et des membres qui la composent (personnes à charge, âges des enfants).

Ce sont des organisations gestionnaires à but non lucratif et ayant signé une convention avec la CAF qui mettent en œuvre l'aide à domicile. La CAF leur verse ainsi directement les montants pour les missions désignées. La famille ne perçoit donc rien, sa participation est déduite des allocations perçues.

En général, l'intervention est prévue pour 100 h, c'est-à-dire 4 h par semaine sur une période de 6 mois. Ce sont les professionnels de santé qui souvent « prescrivent », conseillent l'aide à

⁷³ Calcul du quotient familial : prendre le 1/12ème des ressources imposables de l'année (déduction faite des abattements sociaux), ajouter les prestations mensuelles et diviser ce total par le nombre de parts du foyer. Selon la CAF, « avec un quotient familial de 250 euros, la famille participe à hauteur de 0,70 euros de l'heure au financement de l'aide à domicile dont elle bénéficie. Pour un quotient familial de 550 euros, elle paie 2,65 euros de l'heure. Pour un quotient familial de 880 euros, la participation demandée est de 6,01 euros de l'heure » (CAF, « L'aide à domicile », 2011).

domicile aux familles. Les assistantes sociales de PMI sont régulièrement sollicitées pour mettre en œuvre ces dispositifs.

2.7. Le recours aux professionnels libéraux

Lors du retour à domicile après la naissance, sages-femmes, médecins généralistes sont des acteurs de premier plan, quasiment incontournables pour les familles. Les médecins généralistes (plus nombreux que les pédiatres) pratiquent les examens du nouveau-né et sont signataires du certificat de suivi médical obligatoire de ce dernier et ainsi sont sollicités lors de la première semaine. Les sages-femmes sont, de fait, les premières « visiteuses » à domicile dans le cadre des dispositifs d'accompagnement au retour à domicile, mais peuvent faire l'objet d'une sollicitation secondaire, ultérieure, de la part des mères, si elles en offrent la possibilité en laissant leurs coordonnées.

Nous avons retrouvé parmi les femmes rencontrées lors de notre enquête, plusieurs types de recours ou non-recours, ainsi 3 groupes de familles se distinguent : les recourantes, les non-recourantes et les partiellement recourantes

3. Les recourantes : qui acceptent « presque » tout

3.1. Qui sont-elles ?

Elles sont 6 femmes à avoir eu recours à de nombreuses « prestations » institutionnelles qui s'offraient à elles. Elles sont toutes primipares, sauf une qui a accouché d'un 3^e enfant.

Le milieu socio-économique est moyen ou élevé pour 4 d'entre elles. Ces dernières ont choisi d'allaiter leur enfant. Trois d'entre elles ont un niveau d'études de second cycle, la 4^e (titulaire un BTS) est devenue formatrice de conseillères en économie sociale et familiale.

Les 2 autres, de milieux plus modestes, sont en lien avec l'univers du soin : l'une, *Angélique (29 ans, 1^{er} enfant, aide-maternelle, inactif)*⁷⁴ est aussi titulaire d'un BTS, l'autre, *Justine (26 ans, 1^{er} enfant, ouvrière, chauffeur poids lourds)* a une mère aide-soignante-sophrologue visiblement très présente et influente. Ces 2 dernières n'ont pas allaité leur enfant.

⁷⁴ Les femmes sont identifiées par : leur âge, leur nombre d'enfants, leur profession, celle de leur conjoint

3.2. PNP et réunions d'informations

Elles ont toutes suivi une PNP, assisté ou cherché à assister aux réunions anténatales et postnatales (celles qui n'ont pu assister à la réunion anténatale s'y étaient présentées, mais elle a été annulée au dernier moment).

Ce sont des femmes qui attendaient alors un premier enfant, peut-être plus disponibles ou désireuses de s'informer sur la naissance à venir, sauf une femme qui attendait son troisième enfant : elle avait la particularité d'avoir une contre-indication médicale à la péridurale ; la préparation à la naissance était alors pour elle un moyen de se préparer à gérer la douleur. Elle avait opté pour le chant prénatal qu'elle a mis en œuvre quand le travail a démarré et qui, dit-elle, l'a aidée à surmonter les douleurs des contractions.

3.3. Connaissance du dispositif d'accompagnement à domicile

Elles avaient toutes reçu ou cherché des informations concernant les dispositifs PRADO ou RPDA, en lisant les documents adressés par la CPAM, ou par l'intermédiaire de la sage-femme qui a réalisé la préparation à la naissance le plus souvent. La mère de 3 enfants en avait eu connaissance à l'occasion de la précédente naissance. Elles savaient donc qu'elles pouvaient avoir un accompagnement à domicile par une sage-femme libérale dans les jours qui suivaient leur retour chez elles, et espéraient en bénéficier.

3.4. Recours spontané aux sages-femmes pour les visites à domicile

Elles avaient toutes rencontré ou cherché à rencontrer la sage-femme libérale qui viendrait chez elles. Deux d'entre elles n'ont pas eu affaire à la même sage-femme en préparation à la naissance et à domicile, car les sages-femmes du suivi anténatal ne pratiquaient pas les visites à domicile.

Caroline (33 ans, 3^e enfant, ingénieure, ingénieur) avait pris contact, avant la naissance, avec la sage-femme qui viendrait chez elle lors de son retour à domicile, car elle avait eu une expérience vécue comme désagréable pour son 2^e enfant : on l'avait préparée à un retour chez elle au 2^e jour, qui n'a pu se faire en raison de l'indisponibilité de la sage-femme libérale au tout dernier moment. Elle en avait été très déçue à l'époque. Pour cette dernière naissance, elle a, avec la sage-femme, échelonné 5 rendez-vous, sur les 5 semaines qui ont suivi la naissance afin d'avoir des conseils, une réassurance et la surveillance du poids de son enfant.

Justine (26 ans, 1^{er} enfant, ouvrière, chauffeur poids lourds) a fait de même, en répartissant sur 4 semaines 3 rendez-vous, surtout tournés vers l'enfant (croissance, examen clinique). Elle avait, en cela, été conseillée par sa mère aide-soignante et sophrologue.

3.5. Aide à domicile

Celle qui aurait pu la solliciter **Caroline (33 ans, 3^e enfant, ingénieure, ingénieur)** avait, antérieurement à la grossesse, instauré la présence d'une femme de ménage, 2 h par semaine et elle envisageait, au moment de l'entretien, d'augmenter la durée de son temps de travail. Notons qu'aucune n'a eu recours à une aide à domicile pour les tâches domestiques. La plupart ont eu un premier enfant, et généralement, cette aide est plus souvent proposée à partir du 3^e enfant.

3.6. Recours pour un soutien à l'allaitement

Parmi elles, 3 ont sollicité de l'aide pour un soutien à leur allaitement sous deux formes :

Marion (28 ans, 1^{er} enfant, médiatrice socio-culturelle, concepteur d'agence) a eu recours à la ligne téléphonique du réseau pour des conseils 1 mois après la naissance : *« J'avais appelé parce que j'avais plein de questions et j'ai pas forcément appelé à un moment de crise... mais je venais de donner une tétée qui avait été un peu difficile et du coup on a parlé de ça et c'est là où la dame m'a parlé du réflexe d'éjection [du lait] qui pouvait être la cause de ça, et c'est vrai que ça s'est avéré être ça, et du coup j'ai pu poser tranquillement toutes mes questions et ça m'avait rassurée... »*

2 autres ont souhaité le conseil de la sage-femme libérale dans le mois qui a suivi la naissance :

Pour l'une, **Sabine (31 ans, 1^{er} enfant, formatrice de conseillères en économie sociale et familiale, chauffeur poids lourds)**, il s'agissait d'une visite qu'elle a sollicitée vers le 10^e jour après la naissance : *« Et euh de toute façon, je lui avais dit au téléphone, je lui avais dit euh j'ai... j'ai besoin d'être rassurée [et de conseils sur le tire-lait]. Elle me dit : "Pas de problème ! Je peux passer quand euh... ?". Donc elle est passée, je crois euh, le lendemain ».*

La seconde, **Caroline (33 ans, 3^e enfant, ingénieure, ingénieur)** avait ses rendez-vous échelonnés sur les conseils de la sage-femme dans cette perspective de soutien à l'allaitement et de suivi de l'enfant : *« Elle est venue 5 fois en tout sur un mois quasiment (...). Elle m'a dit "je préfère faire comme ça". Moi, j'ai trouvé ça très très bien, parce qu'elle s'est beaucoup occupée [du bébé]. Elle a posé des questions, mais elle a vu que ça allait, donc voilà. Elle nous rappelle qu'il faut qu'on se repose, donc c'est bien, c'est vrai qu'on fait un peu moins attention.*

Elle la pèse à chaque fois, ça c'est vrai que c'est hyper rassurant, ça nous évite aussi d'aller à la PMI. Je lui ai posé des questions. J'avais mal à un sein, ça on peut discuter avec elle, c'est bien !»

3.7. PMI

Aucune ne prévoit d'effectuer un suivi en PMI. Une seule, **Delphine (27 ans, 1^{er} enfant, professeur des écoles, agent de la Poste)**, a reçu plusieurs visites de PMI qu'elle n'a pas appréciées, s'estimant « *culpabilisée* », et ayant « *l'impression de ne pas être à la hauteur* ». C'est sa mère et son médecin traitant qui l'ont réconfortée après les passages de la puéricultrice.

Deux mères (**Justine [26 ans, 1^{er} enfant, ouvrière, chauffeur poids lourds]** et **Caroline [33 ans, 3^e enfant, ingénieure, ingénieur]**), qui avaient connaissance de cette possibilité de suivi, ont reçu des visites de la sage-femme libérale sur une période d'un mois. Elles ont été rassurées sur la croissance de leur enfant et n'ont alors pas éprouvé la nécessité de se rendre en PMI.

3.8. Autre recours

Marion (28 ans, 1^{er} enfant, médiatrice socio-culturelle, concepteur d'agence), a sollicité une autre sage-femme qui pratique l'haptonomie⁷⁵ avant et après la naissance, pour faire le point sur les apports de l'haptonomie et cela l'a détendue. Elle y a trouvé un aspect plus « *ludique* » dans sa relation avec son enfant. Le couple a aussi eu 2 rendez-vous pour son nourrisson avec des ostéopathes, car ils étaient inquiets des conséquences de l'utilisation des forceps pour sa naissance. Enfin, en sus du médecin généraliste qui a effectué le bilan de santé de l'enfant à la fin de la première semaine, les parents ont eu recours à une pédiatre homéopathe pour le suivi à plus long terme, parce que la mère a « *toujours été soignée par homéopathie* ». Tout en réalisant un parcours conforme aux préconisations médicales, elle a aussi recours à des pratiques alternatives (haptonomie, ostéopathie, homéopathie) qui sont plus à la marge du système de soins.

⁷⁵ L'haptonomie est définie par son fondateur Frans Veldman, psychothérapeute, comme une « science de l'affectivité », pour développer une attention particulière à la relation. L'haptonomie est proposée aux couples durant la période périnatale pour établir un échange tactile avec l'enfant in utero et après la naissance. Il s'agit d'une technique qui n'a pas démontré son efficacité au sens médical du terme, mais qui serait un support psychologique. Elle est proposée aussi pour mieux appréhender les douleurs de l'accouchement en maintenant le contact avec le fœtus (Larousse consulté le 27 juillet 2017, <http://www.haptonomie.org/fr/>). Les séances d'haptonomie sont prises en charge par la sécurité sociale dans le cadre de la préparation à la naissance.

Conclusion

Dans ce petit groupe de 6 femmes parmi les 44 rencontrées, où la majorité vient d'avoir un premier enfant, il y a une représentation plus importante du niveau socio-économique élevé chez ces femmes « acceptant presque tout », ou pourrait-on presque dire, « souhaitant presque tout ». Elles présentent ainsi un capital social, « culturel » plutôt élevé par leur cursus d'études, par leur éducation, par leur entourage, réalisant un parcours « volontaire » ou « construit » (Hardy, 2015), s'informant de ce qui est proposé, faisant le choix de leur sage-femme libérale, et organisant, pour certaines, leur parcours, effectuant des choix, qui ne sont pas les mêmes pour toutes. Ce que l'économiste Sen (1992) développe avec son concept de capabilité qui est « un ensemble de vecteurs de fonctionnements » (le terme « fonctionnements » pour Sen doit être compris comme la manière d'être et d'agir de chacun envers soi et les autres). Il indique qu'un individu est libre de mener tel ou tel type de vie ; l'« ensemble capabilité » reflète, dans l'espace des fonctionnements, sa liberté de choisir entre des modes de vie possibles. Les mères rencontrées développent ici des manières d'agir pour elles et leur enfant qui les rassurent en sollicitant les différents recours possibles.

Ces mères sont plusieurs à souhaiter allaiter et semblent se donner les moyens pour y parvenir, tels que le contact anticipé avec les sages-femmes libérales ou en n'hésitant pas à y recourir secondairement voire à solliciter les consultantes en lactation. Nous retrouvons ici les conclusions de S. Gojard (1998) qui a montré que la fréquence de l'allaitement était plus importante chez les femmes diplômées de l'enseignement supérieur surtout si elles ont un diplôme du second cycle.

Nous constatons enfin que cette organisation dont elles ont été souvent à l'initiative n'inclut pas volontairement le recours aux services de PMI, peut-être par l'image « sociale » que cette institution renvoie, probablement aussi parce que les recours qu'elles ont sollicités de manière anticipée, avant la naissance, leur suffisent, et qu'elles ont les ressources de solliciter d'autres professionnels. La mère, qui en a fait l'expérience non choisie, n'a pas été satisfaite de la relation établie avec la puéricultrice, se sentant culpabilisée et peut-être victime de ce que Serre (1998) décrit comme la « supériorité symbolique des professionnelles de la petite enfance », supériorité due à la compétence validée par l'institution scolaire (obtention d'un diplôme), mais aussi par le recours possible à l'institution judiciaire en cas de défaillance repérée au sein d'une famille.

4. Les non-recourantes : qui refusent tout

4.1. Qui sont-elles ?

Ces 15 femmes non-recourantes avaient toutes déjà au moins un enfant avant la naissance du dernier. Elles sont presque toutes sorties de maternité au 2^e jour dans le cadre du dispositif RPDA. Une seule, **Julie (28 ans, 2^e enfant, coiffeuse, intérimaire)**, est sortie au 3^e jour par indisponibilité de la sage-femme libérale : le dispositif RPDA a évolué vers celui du PRADO, à sa grande déception.

10 femmes n'allaitent pas à la sortie de maternité, soit 2 femmes sur 3 dans ce groupe.

Les milieux socio-économiques sont divers :

– 2 femmes sont de milieu plutôt aisé (**Béatrice, 35 ans, 3^e enfant, médecin, médecin**) ou moyen (**Muriel, 33 ans, 2^e enfant, développeuse informatique, technicien informatique**).

– 9 sont de milieu modeste : hormis pour un couple employé d'une même société de nettoyage (**Joana, 28 ans, 3^e enfant, manager société de nettoyage, agent de nettoyage**), les foyers sont composés d'un seul membre qui travaille, comme employé ou ouvrier ; le ou la conjoint(e) est soit intérimaire (1), soit le plus souvent sans profession (7 dont 2 hommes en recherche d'emploi).

– 4 foyers ont peu de ressources et des problèmes sociaux importants : **Safia (37 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)**, parle le français avec difficulté et se déclare isolée socialement (peu de contact avec la famille et le voisinage), **Mélanie (25 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)** présente des problèmes de santé importants ayant des répercussions sur son quotidien (troubles de mémoire, de concentration), et elle semble connaître une conjugalité marquée par de la violence, **Juliette (21 ans, 2^e enfant, inactive, inactif)** est suivie par les services sociaux, son 1^{er} enfant (2 ans) fait l'objet d'une mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO), **Audrey (22 ans, 5^e enfant, inactive, inactif)**, vit dans des conditions précaires proches de l'insalubrité (logement dégradé, peu entretenu, animaux en cage) avec un mari visiblement marqué par l'alcool et le tabac.

4.2. PNP et réunion anténatale

Aucune d'entre elles n'a suivi de séances de PNP, ni n'a assisté à la réunion d'information anténatale proposée par la maternité. Quels arguments développent-elles alors ?

11 femmes mettent en avant surtout leur expérience personnelle (plusieurs enfants) ou professionnelle (formation médicale ou dans le domaine de la petite enfance). Quelques-unes précisent aussi qu'elles utilisent des informations recueillies par la télévision ou internet.

3 mères sont particulièrement défiantes par rapport au système médico-social de façon plus ou moins marquée, comme **Juliette (21 ans, 2^e enfant, inactive, inactif)** qui ne veut plus avoir à faire avec le système social et se méfie tout autant du milieu médical ; ou **Audrey (22 ans, 5^e enfant, inactive, inactif)**, qui n'ouvre pas systématiquement sa porte à la professionnelle de PMI ; ou sur un autre registre, rétive aux préconisations récentes, **Amandine (32 ans, 2^e enfant, auxiliaire de puériculture, inactif)** : « même si ça m'a... si y a des moments où ça m'a vraiment énervée d'être là parce que leurs méthodes ne me convenaient pas et que j'avais l'impression qu'ils me les imposaient... comme le cododo⁷⁶, des trucs comme ça, alors moi, là... ! »

Sur le sujet plus précis de la réunion anténatale du vendredi le mari de **Laura (27 ans, 3^e enfant, inactive, employé)** précise : « comme on l'avait fait à N. [enfant précédent], eh bah, on n'était pas obligés de le refaire pour la petite. Donc euh on a eu juste un dépliant... ».

4.3. Connaissance du dispositif d'accompagnement à domicile

Celles qui connaissent le dispositif, pour la plupart, sont en général celles qui en ont déjà l'expérience pour une naissance précédente (ou dont une personne proche avait été concernée par cette forme d'accompagnement). Ainsi **Audrey (22 ans, 5^e enfant, inactive, inactif)**, 2^e RPDA, déclare : « Ils m'ont dit : “si vous sortez en sortie précoce, vous serez suivie à la maison”. J'ai dit : “C'est pas grave. Je préfère être suivie à la maison” ».

Pour **Stéphanie (28 ans, 6^e enfant, inactive, intérimaire)**, le sujet du retour précoce a été abordé par la sage-femme, après le 1^{er} trimestre : « quand j'ai eu la sage-femme, elle m'a dit, comme quoi que je pouvais faire une sortie précoce, que je l'avais déjà fait », et cela convenait bien à Stéphanie car elle n'avait pas envisagé un séjour long : « bah, déjà rester à la maternité, j'aime pas trop (...), c'est rester enfermée dans la chambre ou quoi que ce soit. Je préfère vite rentrer à la maison, voir mes enfants ».

⁷⁶ Mot francisé à partir du terme anglais co-sleeping (partager sa surface de sommeil), le cododo est de plus en plus préconisé pour favoriser l'allaitement. Pour ce faire, des berceaux spéciaux, avec une paroi amovible et reliés au lit de la mère, équipent de plus en plus les chambres de maternité.

D'autres étaient déjà sorties contre-avis médical précédemment comme **Christine (38 ans, 3^e enfant, inactive, chef cuisinier)** : « *les infirmières étaient super désagréables, j'ai horreur de ça... (rire) déjà pour moi, c'est une corvée d'être à l'hôpital...* ». Elle n'était alors restée hospitalisée que 3 jours pour son 2^e enfant (âgée de 13 ans) en signant une décharge administrative pour sortir (« *parce que ils étaient pas d'accord que je sorte...* »). Elle avait fait part, lors de cette dernière grossesse, de sa volonté de rentrer rapidement chez elle.

Par ailleurs, 4 n'en avaient pas du tout entendu parler avant la naissance, et n'avaient pas cherché ou lu d'informations à ce sujet : « *on m'en a pas parlé* » déclare **Muriel (33 ans, 2^e enfant, développeuse informatique, technicien informatique)**. Et elles ont appris la possibilité de sortir au 2^e jour juste après la naissance.

Pour **Juliette (21 ans, 2^e enfant, inactive, inactif)**, c'est parce que son conjoint ne pouvait dormir sur place qu'elle a décidé de rentrer chez elle plus rapidement : il leur a été dit, que s'il dormait sur place, il fallait changer de chambre et s'engager à rester plus longtemps, ce qu'elle ne souhaitait pas. En difficulté sociale importante et préférant éviter tout contact avec d'autres personnes que les soignants, elle a aussi décidé de partir avant la visite de l'agent de la CPAM qui proposait de mettre à jour les données la concernant (déclaration de naissance).

4.4. Visites à domicile des sages-femmes

Toutes ont eu 2 visites de sages-femmes chez elles selon les préconisations du dispositif RPDA sauf 2 :

Julie (28 ans, 2^e enfant, coiffeuse, intérimaire) est finalement sortie dans le cadre du PRADO au 3^e jour et a reçu 1 seule visite, car la sage-femme a estimé qu'une 2^e rencontre n'était pas nécessaire, comme le dispositif le permet : « *mais comme elle a vu que la petite allait très bien, elle avait pris du poids comme il faut, elle était super bien, elle m'a dit, je n'ai pas de raison de revenir une 2^e fois. Elle m'a laissé sa carte, si jamais moi, j'avais des questions, des choses comme ça, mais comme tout allait très bien, elle est pas repassée* », et elle-même ne l'a pas sollicitée.

Audrey (22 ans, 5^e enfant, inactive, inactif), dont l'enfant est né à juste 8 mois a reçu 4 visites sur 5 jours (jusqu'au 7^e jour de l'enfant) dans le but de contrôler l'évolution du poids de l'enfant. Ce dernier a repris son poids de naissance au 6^e jour.

Il n'y avait pas eu d'échange, de rencontre anticipée pour aucune d'elles avec la sage-femme venue au domicile. Une seule, **Mélanie (25 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)** avait déjà rencontré la sage-femme libérale, lors de la précédente naissance, dans le même cadre de RPDA. Ce qui semble avoir été une bonne surprise pour elle de la retrouver (« *en plus, c'est elle que j'ai eue pour mon bébé juste avant...* »).

4.5. Réunion collective

Les motifs invoqués pour ne pas assister à la réunion collective sont :

Le souhait de rentrer chez soi rapidement comme **Laura (27 ans, 3^e enfant, inactive, employé)** : « *ils avaient parlé au micro et tout, mais j'ai pas été, (...) je devais sortir !* ».

Une expérience suffisante comme **Soraya (32 ans, 3^e enfant, inactive, artisan)** : « *C'est pour le bain et tout ça donc (...) Je savais comment ça se passait* ».

Ou alors les deux motifs sont présentés ensemble, ainsi **Audrey (22 ans, 5^e enfant, inactive, inactif)** : « *Parce qu'on avait l'habitude ! (...) J'avais été à ma fille, donc je savais comment ça se passait une sortie (...) C'était pas important pour moi (...) [on avait proposé cette réunion] le dernier jour quand je sortais, donc j'ai dit : "Bah je préfère rentrer chez moi que... !"* ».

4.6. Aide à domicile

La plupart avait connaissance de cette aide possible, mais n'en ont pas fait la demande. Ainsi, **Stéphanie (28 ans, 6^e enfant, inactive, intérimaire)** n'a « *pas besoin d'avoir un coup de main pour faire le ménage* », elle se sent capable de gérer « *de faire [son] petit train-train quotidien* », tout comme elle a « *su avoir des enfants, avoir 6 enfants !* ».

Non informée, mais n'approuvant pas l'idée d'accepter quelqu'un chez soi, **Vyolaine (35 ans, 4^e enfant, inactive, manutentionnaire)** a une idée particulière et faussée du rôle de l'aide à domicile et précise : « *déjà faut accepter qu'il y ait quelqu'un d'extérieur qui vienne s'occuper des autres enfants, qui vienne s'occuper du bébé* ».

4.7. PMI

Une seule a reçu des visites à domicile de la puéricultrice de PMI, car elle est déjà identifiée en situation de précarité sociale : **Audrey (22 ans, 5^e enfant, inactive, inactif)**. Elle n'envisage absolument pas ce recours pour le suivi pédiatrique de son enfant, mais lui préfère le médecin généraliste, voisin de sa mère.

Conclusion

Ces femmes sont donc en situation de « quasi-renoncement aux aides », c'est-à-dire qu'elles sont susceptibles de bénéficier de certains soutiens ou prestations (PNP, informations lors des réunions, aide-ménagère), mais elles n'y ont pas recours ou n'en font pas la demande. C'est l'expérience qui prime ici, elles ont toutes déjà vécu au moins une naissance.

Les 2 femmes non-recourantes de niveau socio-économiques supérieurs pourraient également être qualifiées « riches de tout » : **Béatrice (35 ans, 3^e enfant, médecin, médecin)** et **Muriel (33 ans, 2^e enfant, développeuse informatique, technicien informatique)**. Ces femmes ont l'expérience d'au moins un enfant, sont entourées par des conjoints, semble-t-il, très présents, qui ont rapidement pris leur congé de paternité, voire quelques jours en plus (au moins 2 semaines). Elles ont une famille, bien qu'éloignée géographiquement, très disponible pour les aider dans les tâches domestiques et parentales : les parents et beaux-parents de Béatrice, en retraite, sont venus alternativement durant les 15 premiers jours. Le frère de Muriel a gardé l'aîné durant plusieurs jours : au moment du séjour en maternité et un jour après. Sa mère est venue très régulièrement apporter son soutien.

Pour la plupart des femmes de ce groupe, c'est plutôt en termes d'opposition au système de soins qu'elles envisagent le non-recours, qu'on peut qualifier ici de « renoncement-refus » (Desprès, 2013 a), par désintérêt ou par rejet des normes biomédicales qu'elles se voient imposer. Le non-recours n'est pas le fruit du hasard, mais plutôt l'expression, par les marques de désintérêt, de leur désaccord ou de leur « rapport social à l'offre publique et aux institutions qui la servent » (Warin, 2010).

Serre (1998) relève que, depuis 1983, il y a une évolution des objectifs de la PMI qui passent de la « surveillance généralisée » à « l'assistance différenciée », lui permettent ainsi « d'agir de façon renforcée et spécifiquement adaptée pour les familles les plus défavorisées ». Le recours au médecin généraliste plutôt qu'à la PMI où la mère est déjà connue, repérée, ciblée, est l'expression d'une forme « d'autonomie à l'égard des contrôles et injonctions des institutions » (Siblot et al, 2015). Le fait de ne pas vouloir bénéficier des services gratuits de la PMI n'est-il donc pas aussi une volonté d'échapper au « welfare stigma » dont la PMI devient le symbole, une façon de marquer, par le non-recours, son opposition au pouvoir dominant, l'expression du « dernier pouvoir qui reste vis-à-vis de l'offre publique » (Lévy, 2015) ?

Le dispositif RPDA est ici envisagé par plusieurs mères et les familles comme une étape nécessaire pour un retour rapide, la visite à domicile est vécue comme une charge inévitable incluse dans le dispositif, mais que la mère ne semble absolument pas envisager comme un accompagnement.

Peut-on parler d'une forme de passivité ? Passivité de l'institution qui n'a pas mis en œuvre les moyens d'informer (peu d'information délivrée en consultation sur le sujet de l'accompagnement lors du retour à domicile) ou passivité de l'utilisateur qui ne cherche pas ces informations (en lisant par exemple les documents délivrés par la maternité ou la CPAM) ? Les professionnels n'ont a priori pas tous établi de priorité sur cette information compte tenu peut-être des éléments autres à prendre en compte. Concernant le rôle passif ou actif des femmes, **Christine (38 ans, 3^e enfant, inactive, chef cuisinier)**, ex-assistante maternelle nous démontre son rôle « actif » en précisant : « *Bah ils m'avaient dit que c'était nécessaire, mais j'ai pas trouvé ça nécessaire en fait...* ». On retrouve ici l'expression de l'arbitrage, selon le « modèle dynamique de la perception d'une prestation » de Van Oorschot (1996) ; arbitrage que Christine a effectué pour envisager le positif et le négatif de cette prestation, son utilité, son intérêt, exerçant le « jeu des préférences individuelles » décrit par Mazet (2010 b).

5. Les partiellement recourantes : qui acceptent certains dispositifs

5.1. Qui sont-elles ?

Nous pouvons distinguer 2 sous-groupes chez les 23 familles « partiellement recourantes » en fonction de leurs catégories socio-économiques.

Dans le 1^{er} sous-groupe, nous réunissons 16 familles ayant des conditions socio-économiques modestes, voire très modestes :

Ainsi, 10 femmes sont sans activité professionnelle. À propos des conjoints de ces 10 femmes : 3 sont en emploi fixe (ouvriers ou employés), 2 travaillent en intérim, 2 sont sans activité (comme leur conjointe), 1 est décédé brutalement au 1^{er} trimestre de la grossesse (**Nora, 34 ans, 4^e enfant, inactive, veuve**), 2 sont, soit absent pour **Elodie (34 ans, 2^e enfant, inactive)**, ou quasi-absent pour **Aissata (41 ans, 7^e enfant, inactive, inactif)** dont le conjoint, sans profession, vit en Afrique et vient en France « *de temps en temps* ». Donc au moins la moitié de ces personnes vivent dans une situation proche de la précarité.

6 autres familles vivent avec 2 revenus plutôt modestes : les femmes exercent un métier ou travaillent en intérim. Les conjoints sont tous en activité au moment des entretiens : ouvriers, employés ou intérimaires.

Parmi ces 16 familles, nous trouvons une proportion importante de familles nombreuses, voire très nombreuses (3 avec un 7^e enfant, 1 avec un 5^e, 3 avec un 4^e), 3 familles ont 2 ou 3 enfants, et 6 ont eu un 1^{er} enfant.

Dans le 2^e sous-groupe, les 7 familles ont des conditions socio-économiques plus favorables, voire très favorables pour l'une d'elle **Hélène (31 ans, 1^{er} enfant, médecin, policier)**. Les 2 membres de chaque couple travaillent (1 femme est en congé parental).

Elles ont moins d'enfants que le groupe précédent (1 à 3 enfants), 3 ont eu un 1^{er} enfant.

Dans ce groupe de 23 femmes « partiellement recourantes », 10 femmes allaitent au moment de l'entretien (soit au moins un mois après la naissance) et elles sont 10 à avoir choisi d'emblée l'alimentation par biberon. 3 autres ont cessé d'allaiter dans la semaine qui a suivi leur retour à domicile.

Quels sont les recours qu'elles ont sollicités ou dont elles ont bénéficié ? Est-ce un recours spontané ou contraint, imposé ?

5.2. PMI

Sur les 23 familles, 9 mères ont volontairement contacté ou cherché à contacter la PMI et ce sont toutes des femmes ayant des ressources modestes :

Aucune cependant, n'a réalisé un parcours que l'on pourrait qualifier de « complet » à la PMI, c'est-à-dire un suivi de la mère, avant et après la naissance, et des consultations pour le nourrisson. Leur choix s'est porté pour 1 sur le suivi prénatal, pour 6 sur le suivi pédiatrique, pour 1 autre sur le suivi gynécologique (rendez-vous pour l'instauration d'un moyen de contraception prévu 2 mois après la naissance).

Pour 5 d'entre elles, qui pourraient être désignées comme « expérimentées » ou « habituées », le suivi du nourrisson s'est fait systématiquement en PMI pour les enfants précédents, donc pour le dernier arrivé, la pratique ne change pas. **Séverine (35 ans, 7^e enfant, inactive, intérimaire)** déclare ainsi : « *Mais moi, la première chose que je fais pour mes enfants, c'est d'aller à la PMI prendre rendez-vous. J'avais déjà un rendez-vous de pris avant que j'accouche* ». Une autre, **Magali, (27 ans, 5^e enfant, inactive, intérimaire)** s'y est fait suivre pour 4 de ses 5 grossesses, donc elle a eu tous ses rendez-vous jusqu'au 6^e mois en PMI pour sa dernière grossesse.

La seule qui venait d'avoir un 1^{er} enfant a tenté sans succès de joindre par téléphone le service pour le suivi de son enfant ; elle a ensuite eu recours à un pédiatre.

Plusieurs familles ont fait l'objet de consultations à domicile postnatales, non sollicitées, par les professionnels de la PMI, surtout par les puéricultrices, donc des visites orientées vers l'enfant, en général entre le 10^e et le 15^e jour après la naissance.

Ces visites postnatales ont concerné 6 femmes, 4 venaient d'avoir leur 1^{er} enfant, une autre, **Jessica (23 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)** était connue antérieurement des services de PMI, la dernière, **Nora (34 ans, 4^e enfant, inactive, veuve)** a manifestement été ciblée par l'institution compte tenu de son contexte personnel de récent veuvage. Cependant, après les 3 visites reçues chez elle, cette dernière a décidé de ne pas effectuer le suivi de son bébé dans les locaux de la PMI, car elle se déclare peu disponible (« *pas le temps, c'est long. Ça fait tout courir !* » dit-elle), souhaitant se rendre disponible pour ses enfants. C'est son médecin traitant, en qui elle a confiance et qui est à proximité de chez elle, qui prend le relais.

Il s'agit donc pour ces 6 femmes d'un recours non volontaire, plutôt imposé, plus ou moins bien vécu selon le contexte social et le nombre d'enfants. Les mères d'un 1^{er} enfant, plus inquiètes peut-être, ont en effet relativement bien accepté ces rendez-vous non volontaires, telle **Jamila (27 ans, 1^{er} enfant, inactive, ouvrier textile)**, qui a été satisfaite de faire examiner son enfant par la puéricultrice, car elle avait des questions précises à lui poser et elle a gardé les coordonnées en cas d'autres préoccupations ou **Manon (21 ans, 1^{er} enfant, aide à domicile-responsable qualité, peintre décorateur)**, qui a reçu 2 visites de professionnelles de la PMI qu'elle a appréciées : « *Oui, puis même euh... ça m'a fait du bien qu'ils viennent, ça m'a rassurée, puis j'ai pu poser les bonnes questions* ».

Spécifiquement pour le suivi à distance du nourrisson, le non-recours « volontaire » ou non-recours « choisi » à la PMI a concerné 14 mères au total au sein de ce groupe (incluant 3 mères qui ont eu une visite à domicile d'une puéricultrice, mais qui ont délibérément opté pour un suivi pédiatrique ailleurs). 8 d'entre elles avaient eu leur 1^{er} enfant, 3 leur 2^e enfant. Elles sont 10 à avoir des conditions socio-économiques modestes, et 4 un niveau de vie moyen, voire aisé (1). Elles ont débuté le suivi de leur enfant par leur médecin traitant (ou un pédiatre), soit parce que celui-ci effectue déjà un suivi pour le ou les autres enfants, ou qu'il est le référent de la famille (8), soit parce qu'il a participé au suivi de la grossesse (4), soit parce que c'est une relation considérée comme amicale (2). Il est sûrement aussi possible d'expliquer ce non-recours à la PMI par l'image négative pour elles que renvoie cette structure.

5.3. Aide à domicile

Dans notre groupe de familles « partiellement recourantes », l'aide à domicile a été instaurée par les services sociaux pour 2 situations spécifiques chez des mères de famille nombreuses : grossesse difficile, nécessitant un repos strict, pour **Séverine (35 ans, 7^e enfant, inactive, intérimaire)** et le veuvage durant la grossesse de **Nora (34 ans, 4^e enfant, inactive, veuve)** sur proposition des professionnels de santé.

Martha (41 ans, 4^e enfant, intérimaire, intérimaire) à ce sujet déclare : « *Je ne supporterai pas que quelqu'un fasse... enfin, voilà mes affaires, je sais exactement où elles sont. Savoir que quelqu'un a pu mettre à un autre endroit, alors que je vais peut-être trimer à chercher pendant je ne sais combien de temps, c'est agaçant. Et en même temps, j'aime pas qu'on touche mes affaires. J'aime faire mon ménage. Je peux être dans n'importe quel état, mais mon ménage, il faut que je le fasse, que tout soit rangé comme je veux* ».

5.4. PNP

Un tiers des femmes (8) de ce groupe, majoritairement pour un 1^{er} enfant (6), ont suivi des séances de préparation à la naissance. Notons que 2 parmi elles ont bénéficié de séances à domicile : l'une, comprenant le français avec quelques difficultés pour être insérée dans un groupe, se vit proposer la visite d'une sage-femme libérale pour un accompagnement personnalisé ; et l'autre a eu une fracture du pied au moment où elle devait démarrer les séances au cabinet de la sage-femme libérale.

Les 2 mères ayant déjà eu 1 enfant, avaient déjà suivi une PNP lors de leur grossesse précédente et ont, pour leur seconde grossesse, opté pour un cursus plus particulier en libéral : en sophrologie pour l'une, et une seule séance d'1 h 30, pour l'autre (donc adaptée spécifiquement).

Donc, 15 femmes de ce groupe n'ont pas eu recours à la PNP : 12 étaient déjà mères et 3 attendaient leur 1^{er} enfant. Pour ces 3 dernières, 2 ne se sont pas inscrites pour raison médicale (repos prescrit), avec un peu de regrets pour l'une, **Priscilla (20 ans, 1^{er} enfant, agent de restauration, agent de restauration)** sans contact avec sa mère pour lui parler de grossesse, mais très soutenue par sa belle-mère et sa belle-sœur : « *j'aimerais bien voir comment c'est [la préparation]* », non-recours que l'on peut qualifier de « non-demande contrainte » (Warin, 2010) ; la seconde, **Alice (36 ans, 1^{er} enfant, superviseur de centre d'appel, technicien bureau d'études)** ne pensait pas s'inscrire, car elle en avait de mauvais échos par ses collègues, et les

femmes de sa famille n'en ont pas fait, forme « héritée » de non-recours (Warin, 2010). La 3^e, **Manon (21 ans, 1^{er} enfant, aide à domicile-responsable qualité, peintre décorateur)** a, comme ressource, l'appui et le conseil de sa mère et sa sœur, et « *ne se pose pas forcément de questions* », non-recours par « non-demande choisie » (Warin, 2010).

5.5. Réunion anténatale

Un tiers des femmes (8) se sont rendues à la réunion anténatale : 5 attendaient leur premier enfant et 3 avaient déjà accouché. Il est intéressant de noter que ces 3 femmes étaient suivies pour la 1^{ère} fois dans cette maternité : l'une d'elles avait accouché précédemment aux Pays-Bas, les 2 autres avaient accouché dans la région (Lille et Denain).

Les 15 autres femmes se sont abstenues d'y assister. Pour la plupart, elles avaient l'expérience de la maternité (11) et elles expliquent ne pas avoir été informées (ou ne pas s'en souvenir), ne pas avoir pu être disponibles (1) ou n'avoir pas jugé nécessaire d'y aller, compte tenu de l'expérience récente de l'enfant précédent (1). Les 4 mères d'un premier enfant disent ne pas avoir eu l'information (2), et les 2 autres ont jugé inutile d'aller à la réunion car elles avaient reçu suffisamment d'informations lors des séances de PNP.

5.6. Réunion collective

10 femmes sur les 23 de ce groupe de familles partiellement recourantes ont assisté à la réunion collective, et les plus concernées sont celles qui ont eu un premier enfant (6).

Beaucoup mentionnent le caractère obligatoire (plus ou moins apprécié) de cette réunion, en particulier pour les mères de familles nombreuses. Pour 3 d'entre elles, la réunion leur a été présentée comme indispensable et conditionnant leur sortie de maternité plus rapide : **Sandra (39 ans, 7^e enfant, inactive, ouvrier)** précise : « *Normalement, on est obligé, hein !* », **Martha (41 ans, 4^e enfant, intérimaire, intérimaire)** : « *Ben d'ailleurs on m'a laissée sortir que si j'allais à cette réunion, bon c'est bien, j'y suis allée* », elle ajoute qu'elle a peu appris : « *non parce que voilà, je... ben, c'est mon 4^e, je m'informe quand même !* », **Elodie (34 ans, 2^e enfant, inactive, monoparentale)** : « *Quand y a cette sortie euh... prématurée, y a une réunion obligatoire* ». Le recours ici n'est absolument pas spontané pour les « déjà mères de famille », et plutôt contraint.

Les 13 autres familles de ce groupe n'ont pas suivi les injonctions du service, en majorité des femmes expérimentées (10). Parmi elles, 3 semblent avoir été plus ou moins informées et/ou ont oublié d'y aller, 4 autres étaient occupées avec du personnel médical dans leur chambre à

l'heure de la réunion (pédiatre ou sage-femme). Nous constatons alors ici que le non-recours à cette réunion est plutôt en lien avec le niveau organisationnel du dispositif.

Enfin les 6 dernières ont exprimé clairement qu'elles n'en avaient pas le souhait (mettant en avant leur expérience de mère) ou le temps disponible, pressées de rentrer chez elles au plus vite (4 femmes dont 2 ayant eu un premier enfant).

Conclusion

Au sein du groupe des femmes partiellement recourantes, l'utilisation des services de PMI est relativement minoritaire : hormis pour les 5 « habituées » ou « expérimentées » de classes socio-économiques modestes qui y ont surtout recours pour le suivi de leur enfant, en raison probablement de sa gratuité, il s'agit donc pour les autres d'une forme de recours ponctuel à cette institution, plus ou moins imposé pour beaucoup, avec les visites à domicile. Les mères d'un premier enfant, moins expérimentées, semblent l'accepter plus facilement, plus demandeuses de conseils.

Les réunions d'information et séances de préparation à la naissance ne font pas l'unanimité. Ce sont les mères d'un premier enfant qui y sont allées préférentiellement, mais pas toutes. Celles qui n'y ont pas eu recours avaient d'autres moyens de prédilection pour s'informer, l'entourage par exemple.

Les femmes ayant déjà des enfants y sont peu présentes. Nous avons constaté, pour celles de classes socio-économiques plus favorisées, qu'une adaptation avait été parfois sollicitée, pour une séance unique, forme de choix construit, non-recours par désintérêt pour l'intégralité des séances, par manque de temps peut-être ou alors plutôt par souci d'économie vis-à-vis de la Sécurité Sociale ?

Le recours à l'aide à domicile reste, relativement, exceptionnel. Cette aide a été instaurée chez des familles modestes pour 2 situations spécifiques d'origine médicale (repos nécessaire) ou sociale (veuvage) que l'on peut considérer comme événements « déclencheurs » pour les professionnels selon l'expression de Van Oorschot (1996).

Conclusion du chapitre

Dans notre corpus, l'expression du non-recours, concerne majoritairement les familles nombreuses et de classes sociales modestes. Il est pour elles, nous l'avons vu, le signe d'une différenciation sociale des besoins et une forme d'autonomie déclarée par rapport au système de santé. Les femmes de classes socio-économiques plus aisées (« riches de tout »), recourant peu aux dispositifs ont trouvé des alternatives personnelles (expérience, entourage, femme de ménage) qui leur ont rendu inintéressantes les propositions du système de soins. Bidart et al. (2011), Brousse (2015) tout autant que Pitrou (1978) ont montré que l'aide (financière ou de service) du réseau familial ou amical chez les personnes de classes plus favorisées était plus marquée, renforçant les inégalités entre groupes sociaux.

Au moment de l'arrivée d'un enfant, le système de santé, avec le principe de repérage des vulnérabilités (une des missions des professionnels réalisant la PNP) ou l'évaluation des interactions parents-enfants lors des visites à domicile, émet des « jugements sur la famille » (Cresson, 2010). Celle-ci en craint alors les implications sur « l'atmosphère et les relations familiales » (ibid.). Et ne pas recourir à la PMI ou à d'autres dispositifs institutionnels proposés consiste pour plusieurs femmes rencontrées à échapper à « l'assistance différenciée » (Serre, 1998), vécue comme stigmatisante.

Le recours aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, vécues par beaucoup comme des « cours » (avec la connotation scolaire qu'elle comporte, peut-être pesante pour les personnes qui ont quitté le système éducatif très tôt), sont peu utilisés, en majorité par les 30 femmes ayant déjà eu au moins un enfant : seules 3 y ont assisté, mais en choisissant un parcours non « classique » (chant, sophrologie, une seule séance personnalisée), et ces 3 femmes sont de classes sociales favorisées. Bien que nous ne puissions extrapoler, compte tenu de notre corpus limité, nous sommes loin des 25 % de femmes multipares retrouvées dans l'enquête périnatale de 2010 (Blondel et Kermarrec, 2011). Ce qui fait la grande différence cependant est la répartition des classes sociales dans notre enquête qui n'est absolument pas comparable avec la population de l'enquête nationale.

Serait-ce à dire que les dispositifs ne sont pas adaptés au public auquel ils s'adressent ?

Les familles acceptent les visites à domicile incluses dans les dispositifs, elles sont la condition pour se retrouver plus rapidement réunies chez elles. La famille peut se sentir « prise au piège »

sanitaire ou médical, car ici aussi, elle « doit se préoccuper — bon gré mal gré — des normes et modèles promus » par le système de santé (Cresson, 2010).

Nous avons pu constater que le recours à l'aide-ménagère était quasi inexistant de manière spontanée. Quand il l'était, il s'agissait de situations circonstancielles, impliquant un évènement déclencheur, et les services sociaux de la PMI avaient été l'intermédiaire pour la mise en œuvre de cette aide. Finalement le seul effet de l'arrivée d'un enfant n'est pas, à lui-seul, envisagé comme facteur déclencheur pour les familles ou pour les professionnels de santé pour solliciter ou proposer une aide à domicile selon le cadre établi par la CAF (4 h par semaine pendant 6 mois). La notion de déresponsabilisation, de perte de contrôle, qu'entraînerait la présence d'une aide pour effectuer les tâches domestiques est régulièrement mise en avant par les mères interrogées pour qui cette activité est importante. Dans les quartiers populaires, « savoir tenir sa cuisine est un enjeu d'honorabilité et de réputation » rappelle Gilbert (2016). Nous sommes là dans une situation de non-recours par « désaccord » (Warin, 2010). Le non-recours aux dispositifs est probablement lié aussi au « sentiment de honte » potentielle par « le dévoilement de ses propres incapacités » (Warin, 2011). Ne pas recourir aux aides peut constituer aux aides peut-être une stratégie de « contournement » du stigmate en lien avec les conditions de vie (Goffman, 1975, Bresson, 2007 a). Il s'agirait de ne pas exposer ses éventuels défauts à un tiers, en l'occurrence l'aide-ménagère.

Chapitre 9 : Mobilisation des savoirs

Introduction

La responsabilité des soins en général a connu historiquement une évolution (Cresson 1995, Burton-Jeangros 2006) : d'abord à la charge de femmes avant les progrès médicaux, usant de leur savoirs profanes, puis des femmes spécialisées, professionnalisées, et enfin des hommes, médecins, qui se sont progressivement approprié cette activité qui se voulait de plus en plus technique. Ces derniers s'étaient donné comme mission d'intervenir sur la totalité des soins, de les professionnaliser. On retrouve également cette évolution de façon plus spécifique pour les professionnels de la naissance, avec, pour remplacer les matrones et la transmission sociale de leur savoir empirique (Pourchez, 2016), le tournant de la biomédecine avec l'apparition de sages-femmes diplômées dès le XVIIe (mais exerçant surtout à Paris et ses environs au début, puis dans les grandes villes) et des médecins accoucheurs, au XVIIIe (Gélis, 1988, Faure, 1998). Cette évolution a impliqué ainsi une mise à l'écart progressive des soins profanes, les vidant « de leur contenu et de leur autonomie » (Cresson 1995) (cf. chapitre 1 : la médicalisation de la naissance).

Evolution de la relation soignant-soigné

Dans son étude de la relation patient-malade, Parsons en 1955, définit le médecin, avec sa compétence technique et sa spécialisation, comme principal facteur de la division du travail de santé et donc corollairement, le patient est envisagé comme incompetent, dépendant du technicien pour sa santé, donc passif et rendu vulnérable (Cresson, 1995, p. 17 – 32, cf. chapitre 2, sociologie des professions).

L'évolution des techniques et les progrès scientifiques, la prise en compte progressive des situations socio-économiques diverses des patients et la médicalisation de la société ont cependant modifié peu à peu la relation soignant-soigné. Les relations professionnels-patients ne peuvent plus être pensées uniquement en termes de face-à-face, de colloque singulier : beaucoup de professionnels de santé travaillent dorénavant en établissement hospitalier ou en collaboration. Le système médical est organisé de telle façon qu'on y trouve maintenant beaucoup de spécialisations parmi les soignants, impliquant une relation thérapeutique fragmentée. D'autre part, les attentes des patients évoluent, ceux qui ont les ressources nécessaires n'hésitent pas à changer d'interlocuteurs s'ils sont insatisfaits.

La place de plus en plus importante des techniques dans le soin est aussi à appréhender, car elle joue un rôle devenu majeur dans la relation de soin. En dehors de cet aspect essentiel pour définir la relation médecin-patient selon Parsons, il est important d'envisager la part non-technique de la relation soignant-soigné, le côté irrationnel, les pratiques alternatives vers lesquelles les patients peuvent se tourner, mais avec la préconisation médicale que ce ne soit pas pour des maladies graves.

Acculturation aux savoirs médicaux

L'aspect dynamique de la santé des patients est un facteur à prendre en compte : il correspond à l'alternance des états de bonne santé et de maladie, et au processus qui conduit de l'une à l'autre (petits maux, anxiété). Il n'y a néanmoins pour les personnes malades aucune obligation sociale de consulter de manière systématique. Le patient réalise un travail d'objectivation de sa santé tenant compte des normes médicales inculquées mais aussi de son histoire personnelle et familiale, de son rapport aux institutions (Desprès, 2015), ce qui lui permettra de prendre ou non rendez-vous pour sa santé (Tillard, 2002). La passivité du patient décrite par Parsons n'est donc pas totalement effective (Cresson, 1995). Le fait que le patient soit censé décider de consulter de façon justifiée (acteur) puis se laisser soigner (passif) est finalement en soi une contradiction.

L'interaction soignant-soigné a évolué avec le diagnostic de maladie chronique, avec l'apparition de la notion de patient devenu de plus en plus expert et avec la prise en compte de l'impact de la maladie sur la vie sociale (professionnelle, familiale). De même, la médicalisation de la vie et de la santé (prévention, vaccination) est de plus en plus visible. Il y a ainsi une acculturation des patients aux savoirs médicaux, qui peut être perçue à la fois comme une médicalisation (recours à la technique plus fréquent) et une démedicalisation (indépendance vis-à-vis des professionnels) (Cresson, 2007). Cette évolution comporte aussi le risque d'une désocialisation selon certains auteurs (Cresson 1995) qui voient la « médicalisation autoritaire des besoins sociaux » comme le non-recours aux circuits familiaux, amicaux ou communautaires.

L'influence de la situation sociale va donc induire des usages sociaux différenciés du corps et du recours à la culture savante. La proximité avec celle-ci peut être aussi un axe de différenciation selon les classes sociales : les moins proches (scolarité courte) seraient plus soumis à l'autorité du professionnel (ordres plutôt que conseils), les plus proches solliciteront plus d'explications, souhaiteront être mieux informés (Boltanski, 1971).

Effets du système de santé sur la famille

La question des effets du système de santé sur le patient ou la famille a été étudiée : une certaine compliance est attendue, actée par la surveillance effectuée, ce que Strauss (1982) qualifie de « travail » des patients et que plus précisément Waissman (1989, in Cresson 2010) désigne par « travail médical de la famille » ; l'implication des usagers (parents, associations) est inscrite dans le système de santé (loi 4 mars 2002) ; le système émet également des jugements sur les familles (impliquées ou non, saines ou non, compliantes ou non...) et, parce qu'il établit ces diagnostics, il a une influence sur elles.

Dans un autre cadre, qui n'est pas éloigné de notre objet de recherche puisque des mères sont régulièrement soumises à l'intervention sociale, Bresson (2012) précise que l'objectif de cette intervention sociale est de « transformer l'individu pour le rendre conforme à une des figures normatives promues par les politiques (en particulier, celle d'un individu « autonome ») », c'est-à-dire le rendre « sujet » pour l'aider à résoudre ses problèmes sociaux. Mais cette intervention sociale n'est pas exempte de contrôle social puisqu'elle implique une approche personnalisée et psychologisante des travailleurs sociaux pour répondre à l'injonction de rendre autonomes les personnes visées par l'intervention.

Cependant, dans les années 70, avec la « crise de l'État providence », dont le système de protection sociale était l'emblème, on a pris conscience de l'impossibilité de prendre en compte, sur le plan professionnel, la totalité des soins (Cresson, 1995, Esping-Andersen, 2008), et donc de devoir responsabiliser les patients. Aux yeux des personnels médicaux et sociaux, le recours à la famille ou à l'entourage a fini par s'imposer de nouveau. Et les femmes, au premier rang, étaient alors sollicitées dans cette activité de soins. Alors qu'en est-il au moment de l'arrivée d'un enfant dans une famille ? Que se passe-t-il précisément au moment du retour à domicile, alors que le nourrisson nécessite des soins, que potentiellement sa mère peut également en avoir besoin et n'être pas disponible pour ceux de son enfant ? Quel travail est réalisé par les mères et les familles ?

Le parcours après la naissance

Le séjour en maternité en France est l'occasion pour l'institution médicale de réaliser un suivi médicalisé de l'accouchée et du nouveau-né, mais aussi d'éduquer, de transmettre à la mère, au couple, des connaissances concernant autant la mère (montée de lait, reprise du cycle,

contraception, rééducation périnéale, comportement envers l'enfant, pour elle-même...) que son bébé (nutrition, pleurs, sommeil, suivi médical, maladies infantiles...).

Avec la diminution de la durée du séjour en maternité au début du XXI^e siècle et l'accompagnement afférent des professionnels de santé à domicile, se pose la question du transfert de cette médicalisation qui s'effectuerait donc de la structure hospitalière vers le domicile, mais aussi de la transmission des connaissances. Quel savoir concernant la naissance est transmis aux parents, à la mère ? À quel moment, si besoin, l'éducation se fait-elle ? Par qui ? Y a-t-il un transfert de responsabilité des savoirs transmis ? Vers qui ? Les professionnels libéraux ? Ou ceux de PMI ? Les mères ? Les familles ? Peut-on parler de médicalisation prolongée ou d'un arrêt de médicalisation, voire peut-être d'une détechnicisation de la prise en charge ? Quels effets cette rationalisation des soins hospitaliers a-t-elle sur les connaissances des femmes, des familles ? Les femmes se sentent-elles seules ? Plus autonomes ? Ou à distance du système de soins ?

La question de la mobilisation des savoirs par les femmes et leur famille est donc posée. Que nous disent les 44 femmes rencontrées à propos de leurs connaissances en santé ? Le séjour écourté en maternité a-t-il un effet sur leurs apprentissages ?

A partir des données de terrain nous pouvons définir plusieurs modes de transmission des savoirs : les savoirs profanes tirés de l'expérience personnelle et/ou familiale et/ou amicale, les savoirs professionnels utilisés comme presque unique ressource, enfin les savoirs métissés issus des professionnels, mais modulés avec le savoir empirique.

1. Savoirs profanes issus de l'expérience

16 femmes tirent leurs ressources des savoirs expérientiels de la famille ou de leur propre expérience selon l'implication de leur entourage ou leur intégration sociale. Ces femmes mobilisent des savoirs profanes pour de multiples raisons. Certaines mettent en avant l'expérience individuelle et familiale, d'autres, « isolées », utilisent leurs savoirs personnels parce qu'elles sont, de fait, par leur situation personnelle en retrait du système, enfin les « distantes », sont volontairement en retrait du système de soins.

1.1. L'expérience personnelle et familiale

Souad	25 ans, 3 ^e enfant, inactive, employé boulangerie
Joana	28 ans, 3 ^e enfant, manager nettoyage, agent nettoyage
Séverine	35 ans, 7 ^e enfant, inactive, intérimaire
Julie	28 ans, 2 ^e enfant, coiffeuse, ouvrier intérimaire
Vyolaine	35 ans, 4 ^e enfant, inactive, manutentionnaire
Magali	27 ans, 5 ^e enfant, inactive, ouvrier intérimaire
Isabelle	32 ans, 2 ^e enfant, assistante éducatrice, agent de sécurité

Ce groupe est composé de 7 femmes issues de notre corpus, ayant toutes au moins 2 enfants (2 à 7), de milieu socio-économique modeste. Elles sont toutes en couple et tous les conjoints travaillent. 3 d'entre elles sont actives également ; ce sont celles qui ont le moins d'enfants (de 2 à 3). Elles sont particulièrement entourées de leur famille, au sens géographique (toutes dans le même quartier, voire la même rue) et relationnel (une visite ou un appel quotidien). Deux d'entre elles ont accouché accompagnées d'une sœur ou belle-sœur, alors que les autres étaient avec leur conjoint.

L'expérience personnelle est mise en avant par toutes pour résoudre les problèmes rencontrés ou les anticiper. Ainsi, **Magali (27 ans, 5^e enfant, inactive, ouvrier intérimaire)**, signale comme les autres qu'elle n'éprouve pas le besoin d'assister aux réunions, compte tenu de sa propre expérience : « Bah pour moi, y avait pas l'utilité que j'y aille du fait... que c'était quand même ma quatrième fois » (4^e retour précoce).

Les savoirs familiaux utilisés concernant la naissance, issus d'ailleurs très rarement de la préparation à la naissance « officielle », sont majoritairement tirés de l'expérience, suivant l'exemple de Magali qui précise : « J'ai une de mes sœurs qui est... bah qui avait fait [la préparation] à son premier, donc elle m'a parlé comment que ça se passait tout ça » et « parce que bah mes sœurs elles m'en avaient parlé comment que [l'accouchement] se passait et tout ça ». Son expérience personnelle lui est utile pour les soins à l'enfant dès le séjour en maternité : « quand c'était le moment de son bain, ils ont vu que je me suis débrouillée toute seule, j'ai même pas eu besoin de l'aide, bah la sage-femme et les infirmières elles étaient là quand même, pour vérifier que tout se passait bien. Mais quand ils ont vu que je me débrouillais bien et tout ça, donc euh... ».

Vyolaine (35 ans, 4^e enfant, inactive, manutentionnaire), en plus de sa propre expérience, compte beaucoup sur sa mère, qui est aussi sa voisine, pour des conseils la concernant ou relatifs aux enfants : « *et puis, je me suis dit, même si il m'arrive quelque chose, j'ai ma mère* ».

Séverine (35 ans, 7^e enfant, inactive, intérimaire), se dit très expérimentée grâce à ses 7 accouchements et le proclame. Elle cite par exemple le traitement pour calmer la douleur et endiguer la montée de lait : « *bah, Osmogel, comme d'habitude, faut mettre ça, et attendre que ça passe...* ». Elle a l'expérience du dispositif de retour au 2^e jour et « sait » également se surveiller : « *Moi je sais ce que j'ai à faire si j'ai des saignements et tout, si je me sens pas bien, je sais ce que j'ai à faire, parce que je prendrais pas de risque de ce côté-là (...), en tant qu'adulte, si on avait un problème au niveau saignement, parce qu'ils vérifient aussi ça. Je pense qu'on n'est pas assez bête pour attendre que ça saigne énormément* », c'est-à-dire selon elle, prévenir l'entourage pour aller ensuite consulter. Elle a pensé que pour elle, le passage de la sage-femme n'était pas indispensable.

Ce groupe de femmes est visiblement inséré socialement, relativement expérimenté et indépendant du système de soins, mais compte sur les ressources de l'entourage. Nous pouvons observer, avec l'expérience personnelle ou familiale, la mise en avant pour certaines d'une capacité d'« auto-soignant », concept développé par Herzlich et Pierret (1985), pouvant aller jusqu'à une certaine forme de médicalisation du domicile (Bachimont, 1998), puisque certaines femmes sont amenées par l'expérience à se prodiguer une surveillance et des soins autrefois dévolus aux professionnels.

L'automédication, préconisée par Séverine par exemple, est à mettre en lien avec la notion d'autonomie : « de manière générale, et dans une acception commune, l'autonomie désigne la capacité du sujet à décider pour lui-même des règles auxquelles il obéit, et la capacité d'agir qui en découle » (Fainzang, 2012). Grand-Filaire (1992, in Fainzang, 2012) soutient que l'automédication relève de la reproduction car « les actes de l'automédication sont essentiellement imitatifs, puisqu'elle s'inspire de prescriptions antérieures ».

1.2. Les « isolées »

Nora	34 ans, 4 ^e enfant, inactive veuve
Safia	37 ans, 4 ^e enfant, inactive, inactif
Aissata	41 ans, 7 ^e enfant, inactive, inactif

Elles sont 3 femmes dans cette situation. Arrivées en France à l'âge adulte, elles rencontrent quelques difficultés de compréhension de la langue française, et elles n'ont, probablement de ce fait, assisté à aucune des réunions proposées avant ou après la naissance pour acquérir des connaissances provenant des professionnels. Elles sont peu accompagnées par leur famille restée dans le pays d'origine ou ne vivant pas tout près de chez elles ou avec qui elles ne sont pas en bons termes. Elles sont toutes de niveau socio-économique modeste voire plutôt très modeste. Elles ont arrêté leur scolarité au collège ou lycée pour 2 d'entre elles, la 3^e n'est jamais allée à l'école. Deux parmi elles, *Nora (34 ans, 4^e enfant, inactive veuve)* et *Aissata (41 ans, 7^e enfant, inactive, inactif)* sont sans conjoint (un mari décédé durant la grossesse pour l'une et un mari vivant à l'étranger pour l'autre), mais elles ont toutes les deux au moins une amie proche, mère également, qui les soutient.

Safia (37 ans, 4^e enfant, inactive, inactif), est en couple avec un mari qui semble présent, mais elle dit ne pas avoir d'amie. Elle est seule responsable de la charge du dernier-né. Elle reste relativement éloignée de sa famille, bien qu'elle ait un frère qui habite à proximité, et le couple rencontre peu la belle-famille qui habite Tourcoing. Hormis pour son premier enfant, elle a toujours connu les retours précoces à domicile et espère pouvoir bénéficier de ce dispositif pour un autre enfant.

Toutes 3 multipares, elles se disent expérimentées et semblent avoir eu peu d'interrogations concernant les soins à donner à leur enfant ou pour elle-même. Elles ont recours à la PMI ou au médecin traitant pour le suivi de leur enfant. Elles ont vécu les visites de la sage-femme comme une formalité requise par le dispositif, mais non comme source de conseils. Aissata se met d'ailleurs à rire à la question d'éventuels conseils donnés, comme si elle n'en avait pas besoin, et précise que la visite à domicile a été très brève tout comme pour Nora qui n'avait pas de question pour la sage-femme et a ainsi géré seule sa montée de lait : « *Je mets de l'eau chaude, ou je fais... ou des moments je le fais le soir. Je fais le repassage d'une serviette propre, et je fais chauffer là pour que ça [soulage]... C'est là, un petit peu, [que la montée de lait] commençait à baisser* », usant de son savoir expérientiel.

1.3. Les « distantes »

Audrey	22 ans, 5 ^e enfant, inactive, inactif
Jessica	23 ans, 4 ^e enfant, inactive, inactif
Stéphanie	28 ans, 6 ^e enfant, inactive, ouvrier intérimaire
Mélanie	25 ans, 4 ^e enfant, inactive, inactif
Christine	36 ans, 3 ^e enfant, inactive, chef cuisinier
Laura	27 ans, 3 ^e enfant, inactive, employé VPC

Elles sont 6 femmes à vouloir se mettre plus ou moins à distance des préconisations du système de soins. Toutes de milieu socio-économique modeste ou très modeste, elles sont toutes multipares (de 3 à 6 enfants), sans profession, et 3 conjoints sur les 6 travaillent. Elles se disent indépendantes ou en conflit avec leurs familles ou aidées de façon minimale par leur entourage. 3 femmes connaissent également des difficultés sur le plan social, impliquant un suivi plus ou moins important des services sociaux, ce qu'elles n'apprécient pas. 5 femmes sur les 6 se sont retrouvées enceintes sans l'avoir souhaité : parce qu'elles ne maîtrisent pas la contraception (problème avec la prise de pilule pour **Mélanie (25 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)** et **Laura (27 ans, 3^e enfant, inactive, employé VPC)**) ; parce qu'elles ne la tolèrent pas et ne prennent aucune contraception comme **Audrey (22 ans, 5^e enfant, inactive, inactif)** ou **Stéphanie (28 ans, 6^e enfant, inactive-ouvrier intérimaire)** qui déclare : « *ben je peux rien prendre (...) mon corps, il le rejette* » ; ou parce qu'un médecin a souhaité réaliser une fenêtre thérapeutique (c'est-à-dire un arrêt de contraception pour évaluer les cycles menstruels) selon **Jessica (23 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)**. Beaucoup revendiquent leur habitude de gérer les enfants et avoir fait la démarche d'entrer dans le dispositif de RPDA, avant qu'on ne le leur propose ; certaines pour retrouver leurs enfants, d'autres parce qu'elles vivent mal le séjour à l'hôpital, ou certaines pour les deux raisons.

1.3.1. Contacts professionnels

Certaines limitent au maximum les contacts avec les professionnels, acceptant les visites, vécues comme obligatoires, parce qu'elles sont indissociables du dispositif de RPDA qu'elles souhaitent cependant. Ainsi **Christine (36 ans, 3^e enfant, ex-assistante maternelle, chef cuisinier)**, est toujours sortie « contre avis médical » après ses précédents accouchements et n'envisageait pas de rester longtemps hospitalisée pour la dernière naissance. Néanmoins,

Mélanie (25 ans, 4^e enfant, inactive, inactif) a trouvé rassurant d'avoir des visites à domicile (sage-femme et puéricultrice de PMI) car elle estime que sortir au 2^e jour constitue « *un gros risque* » : il est en effet possible, selon elle, que l'on n'ait pas diagnostiqué un problème chez l'enfant, risque qu'elle a pourtant pris pour écourter son séjour et retrouver ses autres enfants. Elle constate aussi que depuis son séjour en maternité, « *à cause des sages-femmes* » qui l'ont incitée à faire du peau-à-peau avec son enfant pour favoriser la régulation thermique, elle est obligée de dormir avec lui : « *au jour d'aujourd'hui, il a pris l'habitude... si je vais dormir, il faut qu'il dorme sur moi, il faut qu'il sent ma peau (...)* Si je le mets dans son lit, il dormira pas toute la nuit. Il va se réveiller tous les heures ». Ce qu'elle n'avait jamais fait avec aucun de ses 3 autres enfants. Elle semble en avoir pris son parti, mais ce conseil n'a pas été si pertinent d'après elle, ce « cododo » étant vécu comme une contrainte. La visite à domicile n'est donc pas source de diffusion de connaissances professionnelles mais plutôt d'un contrôle vécu comme nécessaire par la mère.

1.3.2 Cas de l'allaitement maternel

Jessica (23 ans, 4^e enfant, inactive, inactif) a choisi d'interrompre définitivement l'alimentation au sein après la 2^e et dernière visite de la sage-femme à domicile. Elle avait fait un essai à la maternité : « *j'ai demandé le biberon parce que j'avais pas dormi de la nuit et à mes premiers ça avait fait la même chose avec l'allaitement et une fois que je donnais le biberon, ça se calmait en fait* ». L'allaitement maternel est une pression forte à la maternité à laquelle elle ne semble pas avoir pu s'opposer. Elle a alors appliqué chez elle les conseils reçus lors de ses grossesses précédentes : « *ben en fait ça varie [les conseils] des hôpitaux à des autres, certaines personnes me disent qu'il faut prendre une douche chaude, d'autres une douche froide, donc ça varie...* ». Les conseils suivis proviennent ainsi de son « *ex-belle-sœur, l'ex de [mon] frère, parce qu'au même moment elle venait d'accoucher peu de temps avant moi et elle m'avait dit qu'elle ça avait marché avec de l'eau chaude et d'autres personnes m'avaient dit de l'eau froide, donc euh...* ».

Christine (36 ans, 3^e enfant, inactive, chef cuisinier), ancienne assistante maternelle, a choisi également de donner le biberon, et de se fier à son expérience personnelle pour traverser la période difficile de la montée de lait (durée de 10 jours pour elle), qui reste un souvenir très pénible (« *J'ai... j'ai souffert... j'ai eu mal !!! [...] franchement, c'est... je... c'est une des choses, j'ai eu le plus de mal !...* »). Elle n'a pas suivi les conseils de la sage-femme de vider les seins par exemple, et a attendu que ça passe. Elle a décidé de ne pas assister à la réunion collective

qui aurait pu lui rappeler quelques conseils pour son nouveau-né, ses 2 aînés étant adolescents (« *Bah ils m'avaient dit que c'était nécessaire, mais j'ai pas trouvé ça nécessaire en fait...* »), son expérience professionnelle d'assistante maternelle lui donnait une certaine assurance pour s'occuper de son enfant. Elle se souvient d'avoir reçu de sa famille et de ses amies le conseil de se reposer au retour de maternité, conseil qu'elle n'a absolument pas suivi, effectuant d'emblée son ménage tous les jours, allant à l'hypermarché le lendemain de son retour pour faire plaisir à sa fille adolescente. Elle avoue en avoir été très fatiguée par la suite, mais semble satisfaite de valoriser ses compétences de mère et femme au foyer.

Conclusion

Ces femmes « distantes », toutes multipares, issues d'un milieu socio-économique modeste pour la plupart, expriment d'une manière ou d'une autre que leur expérience les a aidées pour cette naissance et elles s'appuient uniquement sur elle. Une des postures que Pitrou (1978) avait retrouvée dans les milieux de faible niveau socio-économique était le « désir d'échapper au maximum en se débrouillant par ses propres moyens, et éventuellement avec l'aide de la parenté » témoignant du fait qu'il est impossible de contrôler ou d'influencer le fonctionnement de ces institutions.

Plusieurs femmes ont bénéficié de savoirs transmis par les femmes de la famille, identifiés alors comme ressources plus fiables, car empiriquement constatés, par exemple par une expérience personnelle de l'allaitement ou de son arrêt. Elles n'éprouvaient pas le besoin d'assister aux diverses réunions ou séances de préparation à la naissance, agissant aussi selon le modèle « à l'ancienne » basé sur la transmission familiale : les discours médicaux ne sont pas envisagés comme fiables, car changeants, et la famille par son expérience transmise devient la « référence mythifiée » (Gojard, 2010), mais les plus isolées ou distantes ont recours à leur socle expérientiel.

La mobilisation des savoirs intrafamiliaux peut aussi être envisagée sous le prisme d'une volonté d'autonomie, d'indépendance par rapport au pouvoir médical, voire d'automédication pour certains actes (pouvoir de décision) ; mais elle peut aussi manifester une crainte du professionnel, réticence à consulter, liée à une « forme de pudeur » (Fainzang, 2012) selon le problème (génital, psychique), ou encore une défiance vis-à-vis du soignant quant à ses capacités à résoudre le problème. Il s'agit alors d'un « choix défensif » (Fainzang, 2012) : « expérience déçue », « stratégie d'évitement ». L'expérience familiale peut alors être envisagée « comme recours contre les discours dominants » (Gojard, 2010).

La maternité reste un révélateur de l'inégalité face à la maîtrise de la contraception par exemple, de l'asymétrie des relations existant entre femmes et hommes au moment de l'accès à la parentalité et lors de l'attribution des tâches du travail domestique de santé (Cresson 1995).

Elle peut aussi être un moment de liens forts entre femmes, une « affaire de femmes » (Lacoste-Dujardin, 1996 ; Gruson, 2012). La mère reste la productrice essentielle des soins à l'enfant et des tâches domestiques de santé (Cresson, 1995, Romito, 1990), bien qu'un « changement majeur dans la définition du rôle de père » soit constaté (Castelain-Meunier, 2002), avec une participation accrue aux différentes étapes de la naissance, et avec le congé de paternité apparu en 2002.

La part du relationnel, dans les soins profanes, implique pour certains que la mère, au nom de l'amour, sache surmonter les difficultés rencontrées dans les tâches de soins (Cresson, 1995). La responsabilité des soins est encore dévolue aux mères malgré les discours actuels promoteurs d'égalité (Cresson, 2006) : il y a une naturalisation du travail domestique qui exige disponibilité, adaptabilité aux besoins dans la continuité de la grossesse, de la naissance, de l'éventuel allaitement. Cresson (2006) montre comment cette activité est minimisée, voire invisibilisée par les femmes, les mères : « Cette notion d'invisibilité est proche de celle du secret : ce qui est fait dans le cadre des soins profanes n'est pas dit, n'est pas beaucoup montré au grand jour, n'est pas comptabilisé. L'invisibilité serait ainsi associée à la nécessité de ne pas créer de dette », assimilable au sens de la responsabilité ou de la compassion.

Le lien familial est parfois lourd à porter, mais il est considéré comme « naturel », on en connaît les avantages et les risques, rappelait Pitrou (1978). Mais les inconvénients envisagés par notre groupe de femmes « isolées » ou « distantes » selon Coenen-Huther, Kellerhals et von Allmen (1994) sont des occasions de contrôle, voire d'ingérence dans la vie de la personne aidée, l'obligation de réciprocité, induisant potentiellement une sensation de « retour angoissant à une situation de dépendance infantile », disponibilité non extensive qui devient problématique si la situation de besoin d'aide perdure.

Le fait de se tourner vers la famille en priorité peut être une question de dignité personnelle : nul besoin des autres et surtout de la collectivité qui offre une « assistance sous conditions » ; avec le désir de rester dans l'intimité du cercle familial, c'est aussi « ne pas donner prise aux contrôles et aux inquisitions », renforçant la pression sociale.

Par ailleurs, ainsi que l'illustre la situation de **Christine (36 ans, 3^e enfant, inactive, chef cuisinier)**, le rôle de « donneur de soin » (Cresson, 2006) peut certes être gratifiant (riche en relations humaines, reconnaissance de compétences), mais il peut aussi devenir un fardeau et conduire à l'épuisement maternel.

2. Savoirs professionnels ou académiques

Nous avons extrait de notre corpus 9 femmes entrant dans cette catégorie d'utilisation des savoirs scientifiques. Une catégorie est constituée de « professionnelles » du monde de la santé (médicales ou paramédicale), une autre que nous appellerons les plus « expérimentées » avec 2 ou 3 enfants, enfin la dernière concerne les « apprenantes » et comprend celles qui viennent d'avoir leur 1^{er} enfant.

2.1. Les « professionnelles »

Adeline	28 ans, 2 ^e enfant, infirmière, enseignant
Béatrice	35 ans, 3 ^e enfant, médecin, médecin
Hélène	31 ans, 1 ^{er} enfant, médecin, policier

Adeline (28 ans, 2^e enfant, infirmière, enseignant), s'est d'emblée montrée très attachée à un « bon suivi médical », c'est-à-dire selon elle, choisir une maternité permettant une prise en charge optimale si besoin : « *en fait, moi, ma priorité, c'était, voilà, c'était un endroit où y avait un service de néonatalogie, s'il se passait quelque chose pour mon bébé...* ». Son expérience personnelle de la maternité l'avait conduite à ne pas suivre de séance de préparation à la naissance, mais elle a cependant décidé d'organiser, avec la sage-femme, un entretien prolongé (1 h 30), une séance adaptée à ses besoins : pour avoir « *un petit récapitulatif, en fait, des choses vraiment, voilà, de ce que j'avais... besoin de réentendre... notamment sur la respiration ou sur les positions dans lesquelles je pouvais me mettre pour être mieux* ».

Les 2 médecins, **Béatrice (35 ans, 3^e enfant, médecin, médecin)** et **Hélène (31 ans, 1^{er} enfant, médecin, policier)** ont eu recours à un suivi presque personnalisé de leur grossesse par des collègues obstétriciennes connues d'elles, voire amies. Hélène, pour cette 1^{ère} grossesse, a suivi une préparation à la naissance et a invité son conjoint (non médical) à aller avec elle, il n'a été disponible que pour une séance. Ils sont allés ensemble également à la réunion collective proposée après la naissance lors du séjour en maternité. Inquiète après son retour à domicile au sujet d'une éventuelle jaunisse de son nouveau-né qu'elle pensait avoir elle-même

diagnostiquée, elle a pris l'initiative d'aller faire un dépistage transcutané chez une sage-femme (où elle avait réalisé sa préparation à la naissance) puis de contacter une collègue pédiatre, qui l'a rassurée.

Béatrice, n'a assisté à aucune des séances prénatales ou autres réunions proposées par le système de soins (elle avait « *toutes les réponses à [ses] questions* » ou le créneau horaire de la réunion collective ne convenait pas), préférant consacrer son temps disponible à ses 2 premiers enfants. Ses expériences précédentes de la naissance ne sont pas complètement satisfaisantes pour elle (1 accouchement difficile pour le 1^{er}, et un allaitement compliqué pour le 2^e arrêté prématurément). Son suivi par l'obstétricienne qu'elle connaissait, tout comme sa propre expérience l'ont rassurée pour la naissance et elle a, par exemple, anticipé les crevasses par l'administration d'une crème prescrite lors de son séjour à la maternité.

Il se trouve que toutes les 3 ont choisi d'allaiter, correspondant en cela aux recommandations actuelles ; et elles sont particulièrement soutenues par leur conjoint dans cette démarche. Ces 3 professionnelles ont un suivi, un comportement qui correspond aux préconisations médicales. Leurs connaissances scientifiques et leur facilité d'accès aux professionnels leur permettent d'adapter finalement le suivi à leurs besoins. La compétence professionnelle, comme on le voit particulièrement avec Hélène, est ici « réinvestie dans l'espace domestique » (Gojard, 2010).

2.2. Les « expérimentées »

Caroline	33 ans, 3 ^e enfant, ingénieur, ingénieur
Muriel	33 ans, 2 ^e enfant, développeuse informatique, technicien informatique

Elles ont toutes deux un niveau d'études élevé (Bac+5). Elles n'ont aucun contact personnel avec le milieu médical, et elles ont déjà l'expérience de la naissance.

Caroline (33 ans, 3^e enfant, ingénieur, ingénieur), est d'un niveau social supérieur. Elle présente la particularité de ne pas pouvoir bénéficier de la péridurale, ce qui l'a incitée à recourir à des moyens « alternatifs », proposés par le système de soins, tels que le chant prénatal ou la sophrologie pour se préparer à la naissance sans péridurale. Pour cette dernière grossesse, elle a organisé avec la sage-femme un suivi postnatal prolongé afin d'obtenir des conseils adaptés à l'évolution de sa situation sur les 1^{ères} semaines de vie de son enfant (soins de cordon, allaitement). Elle se réfère aux conseils des professionnels, mais dans le cadre d'une démarche IHAB, approche « détechnicisée », mais non moins médicalisée (cf. chapitre 1 : la

médicalisation de la naissance) qui encourage par exemple le peau-à-peau le plus fréquent avec le nouveau-né. Elle a donc utilisé une technique apprise lors de son précédent séjour au sein de la même maternité : le port du bandeau nuit et jour pour que l'enfant soit maintenu au contact direct de la poitrine de sa mère : « *Et j'avais repris mon bandeau, j'ai dormi avec elle, et c'était assez agréable ! On bouge pas, j'avais peur au début, mais bon... c'est vrai que la 1^{ère} nuit était assez agitée, mais je pense après réflexion qu'elle avait faim. Du coup, elle a beaucoup tété, même si y avait pas grand-chose... et j'ai eu ma montée de lait juste avant de sortir !* ». Cela la rassurait que celle-ci se produise avant sa sortie de la maternité.

Muriel (33 ans, 2^e enfant, développeuse informatique, technicien informatique), n'a pas eu recours aux différentes sessions de préparation ou réunions anténatales, moins disponible et moins demandeuse lors de cette 2^e grossesse, mais elle a visiblement apprécié la visite à domicile après la naissance. Cette possibilité de retour précoce a été une surprise pour elle, et a nécessité un temps de réflexion, préoccupée par la santé de son enfant. C'est l'espoir de mieux se reposer chez elle et l'assurance du suivi médical à domicile qui l'ont finalement fait opter pour le retour précoce. Elle déclare avoir apprécié la surveillance du poids de son bébé, les recommandations pour le maintien de sa température, le suivi clinique tout autant que les conseils et prescriptions concernant sa montée de lait douloureuse. Elle estime que pour un premier enfant, la durée de 5 jours en maternité est utile pour bénéficier des informations des professionnels (« *On se pose beaucoup de questions au début* »). Le couple a ensuite bénéficié de conseils réguliers du médecin traitant pour des difficultés d'alimentation de leur enfant, difficultés qui se sont résolues au bout d'un mois.

Ces femmes « expérimentées », issues d'un milieu social favorisé, utilisent le système de soins et le savoir des professionnels selon leurs besoins qui ne sont pas tous identiques. Boltanski (1971) relevait ainsi que « l'accroissement du niveau d'instruction est associé à un accroissement de la compétence médicale ». La préparation à la naissance n'est finalement pas perçue comme source de conseils après une expérience précédente, mais plutôt comme un accompagnement dans le cadre d'une situation spécifique (pas de péridurale possible). La visite à domicile après un RPDA est indispensable pour les deux femmes, mais les femmes ne se l'approprient pas de la même façon : Muriel voit le suivi médical surtout comme un gage de sécurité et utilise les compétences professionnelles à cet égard, alors que Caroline, convertie après sa première grossesse au discours médical, mais sous sa forme la moins médicalisée, la moins technique, le perçoit comme source de sécurité et de conseils particulièrement pour son allaitement. Son niveau socio-économique et culturel, ses 2 expériences précédentes (moins

satisfaisantes) et sa compréhension progressive du système de santé l'ont préparée à être de plus en plus sereine au fur et à mesure de ses grossesses et à décider, organiser un suivi optimal pour elle et son enfant, rejoignant ainsi la réflexion de Boltanski (1971) : « la fréquence et l'intensité des relations que les malades entretiennent avec le médecin et la qualité du “colloque singulier” croissent quand on s'élève dans la hiérarchie sociale, c'est-à-dire quand diminue la distance sociale entre le médecin et son malade ».

2.3. Les « apprenantes »

Marion	28 ans, 1 ^{er} enfant, médiatrice socio-culturelle, aménageur d'agence
Sabine	31 ans, 1 ^{er} enfant, formatrice conseillère en économie sociale et familiale, chauffeur poids lourds
Coralie	21 ans, 1 ^{er} enfant, secrétaire, agent de nettoyage
Justine	26 ans, 1 ^{er} enfant, ouvrière, chauffeur poids lourds

Toutes les 4 sont primipares : 2 sont de niveau socio-économique moyen, avec un niveau d'études intermédiaire. Les 2 autres proviennent d'un milieu plus modeste, ayant fait peu d'études, mais elles ont, par leur mère aide-soignante, un lien avec le milieu médical.

Elles ont opté pour un suivi « complet » ou quasi-complet, c'est-à-dire utilisant toutes les ressources proposées par le système de soins pour obtenir le plus d'informations possible : préparation à la naissance, réunions diverses, consultations de professionnels libéraux.

Marion (28 ans, 1^{er} enfant, médiatrice socio-culturelle, aménageur d'agence) a rencontré, avant la naissance, 2 sages-femmes libérales pour l'aider dans son choix de la maternité, réalisé une préparation à la naissance en haptonomie, et suivi la réunion anténatale de la maternité. Elle a aussi sollicité avec insistance l'équipe de maternité pour effectuer une visite de la structure en fin de grossesse avec son conjoint, ce qui ne se pratique pas habituellement. Et après la naissance, elle a reçu la sage-femme libérale pour le suivi à domicile, rencontré une autre sage-femme pour le bilan de l'haptonomie ainsi que 2 ostéopathes différents pour leur enfant né par extraction instrumentale, mis en place pour ce dernier un suivi médical conjoint par le médecin traitant et une pédiatre homéopathe, joint la ligne téléphonique de soutien à l'allaitement du réseau de périnatalité pour des conseils.

Elle est donc très à l'écoute et en demande des discours professionnels (parfois contradictoires comme elle le soulignera), parce qu'elle se déclare très stressée. Elle a choisi la maternité pour

son approche « amie des bébés », et se conforme le plus strictement possible aux injonctions médicales, de façon réflexive néanmoins : « *Par exemple sur les soins du cordon : à la maternité c'était à l'eau et au savon, pas trop... enfin quelque chose de pas trop invasif quoi. Et la sage-femme qu'on a vue donc le lendemain du retour, nous a dit : Biseptine, éosine. Alors que... enfin pour moi, c'est l'inverse total de... des recommandations de la maternité. Et on a tenu sur l'eau et le savon parce que ça nous semblait... bien. Surtout, l'éosine, enfin... Et bon après le cordon, on a un peu eu peur parce que ça saignait, mais... Nos 1^{ères} inquiétudes de parents... alors que c'était rien, mais on a quand même tenu bon sur le savon parce que ça nous paraissait plus... logique, quoi ! Donc j'ai eu l'impression que... on a... parce que ça allait dans notre sens aussi, parce qu'on est comme ça, parce qu'on n'est pas... on n'est pas... on n'utilise pas de produits euh... jamais* ». Elle a été très contente qu'ils aient été les seuls avec son mari à être présents à la réunion collective avant le retour à domicile, car la séance a été personnalisée : ils ont pu poser toutes leurs questions. Elle a de même apprécié la visite de la sage-femme pour la validation de la bonne installation de leur enfant chez eux : « *mais c'était rassurant d'avoir quelqu'un in situ qui voit et qui dit : "Oui, effectivement, là c'est bon, ça va aller, ça va rouler quoi", mais si y avait pas eu ça, je pense que j'aurais peut-être eu plus de petits doutes quoi. Ça m'a vraiment rassurée !* »

De même, **Sabine (31 ans, 1^{er} enfant, formatrice conseillère en économie sociale et familiale, chauffeur poids lourds)**, a suivi un parcours complet pour mobiliser toutes les ressources qui lui semblaient indispensables, elle est allée avec son conjoint à la réunion collective, n'y a rien appris de plus que ce qu'elle savait déjà, mais cela l'a rassurée d'y être allée. Et elle est contente que son conjoint y soit allé également : « *et puis le papa a entendu, parce que, quand c'est moi qui le dis, c'est pas pareil* ». Lors de la visite à domicile par la sage-femme, Sabine a posé beaucoup de questions concernant l'allaitement et l'érythème fessier⁷⁷ de son bébé (« *elle m'avait dit : "le meilleur remède, c'est le lait maternel"*⁷⁸, donc j'ai fait 2 jours de lait maternel et y avait plus rien ! »). Elles avaient convenu ensemble que Sabine rappelait si besoin (« *elle me dit : "si vous avez des questions avant, je viens avant, si y a pas de questions, que vous voulez pas me revoir, bah je reviens pas", et je lui avais dit : "je vous rappellerai, c'est sûr !"* »). Elle a trouvé que cette proposition était intéressante de ne pas fixer précisément de

⁷⁷ Rougeur de la peau circonscrite au siège du nouveau-né, à l'endroit de la couche

⁷⁸ Il s'agit d'appliquer sur la zone concernée un peu de lait maternel. Ces conseils sont aussi parfois donnés pour les irritations oculaires des tout-petits.

second rendez-vous, mais plutôt à sa demande. Et 2 semaines après la naissance, elle a rappelé la sage-femme pour être rassurée et parce qu'elle avait un souci avec son allaitement. Allaitement, qu'elle a décidé de stopper au bout d'un mois.

Elle exprime avec un langage spécifique, issu probablement de son expérience de formatrice, les nombreuses craintes sur ce qu'elle appelle le « devenir mère » (« être à la hauteur », « bien faire »), sur l'investissement de son conjoint, sur leur vie à trois et elle est visiblement satisfaite ; elle répète qu'elle « s'attendait à pire » et qu'elle « s'en sort plutôt pas mal ! ».

Ces deux mères apprécient également l'implication et la réassurance apportée par leurs conjoints respectifs (très présents durant le séjour en maternité, assistant dès que possible aux réunions). De même concernant le conseil de leur mère ou grande sœur au sujet de l'allaitement et de la fatigue qui en découle (Sabine : « *Et puis ils sont venus, j'ai eu de la visite aussi de la famille donc euh... des collègues... hein, qui sont elles aussi mamans donc qui m'ont dit "mais c'est normal !" »* »).

Toutes deux ont un souhait de bien faire presque excessif. Sabine déclare « *je voulais être parfaite sur tous les fronts* », une phrase que Marion aurait probablement pu dire aussi. Elles multiplient les recours professionnels pour être rassurées et avec une volonté de se conformer aux normes en vigueur : bien installer l'enfant, allaiter, organiser le « meilleur » suivi possible. Avec l'allaitement, une responsabilité repose sur les mères, une dimension morale est à l'œuvre (aller à l'encontre peut représenter un risque), que certaines femmes vivent parfois difficilement.

Parce qu'elles ont une certaine proximité avec les usages sociaux de la profession médicale, acquise par leur formation et/ou profession, elles n'hésitent pas à être dans la surconsommation médicale, mais avec un regard critique néanmoins et un attrait pour le moins « technique » (pas de médication sur le cordon, utilisation du lait maternel pour soigner l'érythème fessier), leur permettant d'acquérir finalement une certaine forme de « compétence médicale » (Boltanski, 1971) par un apprentissage au contact des professionnels.

Justine (26 ans, 1^{er} enfant, ouvrière, chauffeur poids lourds) et Coralie (21 ans, 1^{er} enfant, secrétaire, agent de nettoyage) présentent à peu près le même profil avec leur mère aide-soignante, qui les a incitées très rapidement à aller à toutes les réunions, à tous les rendez-vous, à aller en PMI (Justine), à effectuer le suivi « complet ». La mère de Justine a également une formation en sophrologie.

La préparation à la naissance l'a bien aidée, nous dit **Justine (26 ans, 1^{er} enfant, ouvrière, chauffeur poids lourds)**, pour éviter le blues du post-partum, car elle avait eu beaucoup d'explications et cela a contribué à ce qu'elle soit «zen». Sa mère, également figure professionnelle pour elle, est aussi une source certaine de conseils pour ce qui concerne l'enfant, mais elle a recours à son médecin traitant pour le suivi médical. Elle a organisé avec la sage-femme libérale 3 rendez-vous : juste après le retour à domicile, puis au 15^e jour et au 30^e jour, pour bénéficier d'un suivi prolongé. Elle a trouvé cette organisation rassurante en réponse à ses interrogations évoluant au cours du temps. Elle avait en effet mis par écrit toutes ses questions et a pu les poser lors des rencontres. En particulier, un « craquement » au niveau de la clavicule de son enfant a incité la sage-femme à lui conseiller un rendez-vous chez l'ostéopathe qui a pris en charge ce problème. Elle a pu répondre à la question d'une éventuelle constipation de son enfant (« 1 jour sans selle, c'est normal ? »). La sage-femme lui a répondu qu'on pouvait attendre au moins 3 jours. Elle n'a finalement pas éprouvé le besoin d'aller en PMI. Elle bénéficie d'un soutien familial très fort autant de sa famille que de sa belle-famille qui habitent dans la même zone géographique. Elle a intégré un discours psychologisant, hérité de sa mère, de « beaucoup communiquer » en particulier avec son conjoint, pour lui expliquer tout ce qui se passe « dans le corps et dans l'esprit » et pouvoir solliciter son aide. Elle a choisi de ne pas allaiter et a suivi les prescriptions de la maternité pour le traitement homéopathique censé atténuer la montée de lait, ce qui lui a convenu. C'est donc progressivement qu'elle a fait des choix concernant son suivi et celui de son enfant, très proches du discours médical actuel.

Coralie (21 ans, 1^{er} enfant, secrétaire, agent de nettoyage) a rencontré quelques difficultés lors de son allaitement et s'est tournée vers les professionnels qui lui semblaient les plus pertinents pour répondre à ses problèmes : à la maternité, « j'ai eu un bon accompagnement, j'étais... j'étais bien encadrée, mais bon euh déçue... d'une ou deux sages-femmes quoi (...) Surtout par rapport à un certain nombre de fois où j'étais inquiète (...) il avait perdu énormément ! (...) bah il s'agitait, il arrivait pas à prendre, mais j'avais pas assez non plus... ». Voulant persévérer avec l'allaitement, elle a sollicité un tire-lait qui lui a été refusé, mais elle a pu avoir des compléments lactés le lendemain : « il s'agitait... et euh donc en pleine nuit, j'ai été voir une sage-femme, j'ai demandé au moins le tire-lait quoi, elle m'a répondu : "Euh non, le... le tire-lait, c'est pas pour vous, c'est euh juste euh uniquement pour les... les bébés prématurés". J'ai dit : "Donc bah mon fils, je le laisse sans manger ?", je dis : "je fais quoi ?". Donc elle m'a pas calculée. Du lendemain, je... j'en ai direct parlé à une autre femme, une autre sage-femme et... elle m'a aidée quoi, elle m'a donné des compléments et il a tout de suite repris ». Inquiète

pour son enfant, elle a décidé de rester un jour de plus à la maternité pour bénéficier du suivi médical. Elle a finalement très rapidement cessé l'allaitement dès son retour chez elle. Justine s'est aussi beaucoup occupée de ses neveux et en a gardé une expérience qu'elle a mise à profit pour s'occuper de son enfant.

Conclusion

On retrouve ici des femmes ayant une relative proximité avec le monde médical adoptant presque « à la lettre » les injonctions médicales (Gojard, 2010). Les femmes, qui ont eu un premier enfant, se conforment aux normes médicales et de puériculture en cours pour correspondre à l'image de « bonne mère » et devenir « sentinelle » (Pinell, 1998). Il s'agit pour elles d'accepter la délégation des soins et de surveillance, devenant presque auxiliaires de la médecine. La formation ou le parcours personnel ou familial leur permet de réduire l'asymétrie soignée-soignant (Boltanski, 1971) et d'être relativement plus à l'aise pour solliciter des réponses à leurs questions. S. Gojard dans son livre « Le métier de mère » (2010), a étudié le rapport des femmes aux normes médicales qu'elle met en corrélation avec les ressources sociales des parents. Elle relève néanmoins la diversité des relations intermédiaires selon les différentes expériences sociales de la maternité, ce que l'on retrouve ici avec notre population. Elle précisait ainsi que peu de femmes suivent totalement « à la lettre » les recommandations actuelles et les savoirs transmis par le système médico-social.

3. Savoirs métissés

Qui sont ces femmes qui ont éventuellement une expérience de maternité, mais sollicitent conjointement, à des degrés divers, des avis de professionnels comme ceux de profanes ?

Elles sont 19 femmes. Nous constatons une approche différente du discours des professionnels selon le nombre d'enfants et, au moment de la naissance, une évolution pour certaines, vers le discours recommandé ou pour d'autres vers les ressources familiales, expérientielles. Nous distinguons donc 4 groupes, des multipares qui mêlent leur expérience personnelle et les savoirs médicaux, des femmes qui ont un savoir professionnel mais dont elles se distancient pour plusieurs raisons, des primipares avec un certain capital personnel et familial et une dernière mère qui se tournerait plutôt vers le savoir profane.

3.1. Multipares

Maryam	27 ans, 3 ^e enfant, inactive, inactif
Sandra	39 ans, 7 ^e enfant, inactive, ouvrier
Martha	41 ans, 4 ^e enfant, intérimaire, intérimaire
Narjis	29 ans, 3 ^e enfant, vendeuse, inactif
Elodie	34 ans, 2 ^e enfant, inactive seule
Céline	34 ans, 2 ^e enfant, serveuse, chef cuisinier

Ces 6 femmes proviennent d'un milieu socio-économique modeste et présentent la particularité d'être entourées par leur famille. Dans ce groupe, les femmes associent des savoirs professionnels à leur propre expérience. Cette expérience les dispense par exemple d'aller suivre des séances de PNP, parce qu'elles sont aussi moins disponibles.

Elodie (34 ans, 2^e enfant, inactive seule) et **Céline (34 ans, 2^e enfant, serveuse, chef cuisinier)**, ont néanmoins assisté à la réunion prénatale, l'une parce qu'elle avait accouché la 1^{re} fois depuis plus de 10 ans et l'autre, venue d'une autre partie de la région, souhaitait avoir des informations sur les pratiques locales. Elodie a constaté avec satisfaction que les soins à l'enfant avaient évolué en 10 ans : soins de cordon simplifiés, peau-à-peau conseillé, adaptation au rythme de l'enfant. Elle a participé à la réunion collective après la naissance et l'a trouvée intéressante, car, depuis son accouchement précédent, elle avait besoin de quelques rappels (qui lui ont servi en particulier quand le cordon a un peu suppuré à domicile).

Narjis (29 ans, 3^e enfant, vendeuse, inactif) s'est sentie beaucoup plus autonome durant ce séjour à l'hôpital lors de son 3^e accouchement, sollicitant peu le personnel contrairement à son séjour précédent, mais appréciant son passage à l'occasion. Elle ajoute également que trop d'informations sont délivrées le jour de la sortie (elle n'a pas trouvé le temps d'aller à la réunion collective) et sont difficiles à intégrer par manque de disponibilité, ce qu'elle regrette : « *On n'a pas la tête à ça. On nous donne plein d'informations d'un coup. C'est quand on rentre en fait, on regarde les papiers, c'est là qu'on se débrouille, mais sinon, c'est beaucoup de renseignements je trouve d'un coup (...)* En fait on écoute, mais on est fort fatigué, donc on n'enregistre pas tout ».

L'expérience personnelle est donc ici utile pour comprendre ultérieurement, au calme, les diverses prescriptions et conseils transmis par l'équipe de maternité.

L'expérience d'avoir mis plusieurs enfants au monde est avantageuse pour pouvoir s'occuper rapidement du nouveau-né comme le relate **Sandra (39 ans, 7^e enfant, inactive, ouvrier)** qui connaît parfaitement le comportement à adopter au moment de la naissance : *« ben à la maternité, c'est toujours moi qui m'en occupais, sans problème, parce que moi j'ai rien eu, j'ai pas eu de césarienne, j'ai rien eu. De toute façon quand j'ai accouché, sauf si y a une péridurale, que là tu dois rester plus longtemps allongée ou quoi, mais à ma 2^e j'ai pas eu de péridurale, ça fait que la nuit, je pouvais bouger, aller le changer, donner à manger. Mon 2^e, j'ai pas eu de péridurale, euh... mon 3^e j'ai pas eu de péridurale non plus, ça fait que je pouvais bouger, euh... à E., là j'ai eu une péridurale, ça fait que bon il faut rester 2 h au maximum allongé, ou un peu plus. Là j'ai restée allongée, ça fait que s'il fallait un biberon, je sonnais ou quelque chose, à O. pareil, à J. pareil et puis là comme j'ai rien eu du tout... »*

Sandra a aussi suivi des films ou des documentaires sur la naissance, ou des émissions de télé-réalité comme « Baby-boom » qu'elle apprécie beaucoup. Son expérience personnelle l'autorise ainsi à conseiller une amie de sa fille, enceinte, ou à faire part à des futurs parents de conseils plus ou moins pertinents concernant le dépistage de la trisomie 21, qu'elle a vécu elle-même.

Sandra n'hésite pas non plus à contacter son médecin traitant qui habite le village : *« et là j'ai mon médecin, elle habite tout près, à la gare, j'ai qu'un coup de fil à donner : elle est là ! »* ; médecin avec laquelle elle est à l'aise, qui semble la tutoyer et lui donne des conseils en lesquels elle a confiance : *« Par contre au départ quand il mangeait son lait, parce que j'avais pris [un lait] épaissi, quand il mangeait il recrachait beaucoup, du coup j'ai téléphoné à mon médecin, mon médecin m'a dit : "passe en [lait] AR, anti-régurgitation", du coup j'ai été à la pharmacie chercher une boîte et depuis ce temps-là, nickel ! »*.

Martha (41 ans, 4^e enfant, intérimaire, intérimaire) est dans cette même dynamique de relation de confiance avec son médecin traitant, relation établie de longue date, qu'elle contacte dès que se pose un problème pour un de ses enfants. C'est son médecin qui lui a prescrit, à sa demande, des veinotoniques qu'elle a pris au moment de la naissance pour limiter l'apparition d'hémorroïdes qui l'avaient beaucoup gênée lors de sa précédente grossesse. C'est aussi son médecin qui l'avait informée que l'arrêt de l'allaitement entraînait un arrêt de la production lactée. Elle précise que la visite de la sage-femme, bien que cette dernière ait été « agréable », ne lui a pas été si utile : *« ben après, hormis, je vous dis ça pour le poids, elle serait pas venue, ça aurait été pareil »*, puisqu'elle avait son médecin en relais éventuel.

Maryam (27 ans, 3^e enfant, inactive, inactif) est peu ou mal entourée par sa famille : son mari l'a laissée seule en salle de naissance, paniqué par l'expression de la douleur de sa femme, et sa belle-mère (voisine de palier) ne semble lui être d'aucun soutien depuis la naissance. Mais elle a multiplié les recours professionnels, surtout en postnatal : contente d'avoir pu bénéficier des conseils d'allaitement et des échantillons de pommades que lui a fournis la sage-femme venue chez elle, elle s'est tournée également vers son médecin traitant et la PMI pour le suivi ultérieur de l'enfant ; et c'est elle-même qui a sollicité l'intervention de la puéricultrice à domicile.

3.2. Expérience professionnelle, mais une certaine distance est de mise

Juliette	21 ans, 2 ^e enfant, inactive, inactif
Amandine	32 ans, 2 ^e enfant, auxiliaire de puériculture en crèche, inactif
Soraya	32 ans, 2 ^e enfant, inactive, artisan transport

Cette situation concerne 3 femmes avec 3 raisons différentes de garder de la distance par rapport aux préconisations professionnelles :

Juliette (21 ans, 2^e enfant, inactive, inactif), a une formation non achevée d'aide familiale et a fait un stage en crèche. Elle vit des problèmes relationnels au sein de sa famille, bien qu'elle ait le soutien constant de sa mère. Parce qu'elle rencontre des difficultés sociales importantes, elle se place en retrait du suivi proposé. Elle a néanmoins eu recours aux services d'urgence pédiatrique pour des régurgitations de son dernier-né ; cette consultation a permis de faire de l'éducation à l'alimentation de l'enfant selon elle. Et au moment de l'entretien, elle vient de changer de médecin traitant. Elle avait choisi de ne pas allaiter, mais a tenté la mise au sein seule chez elle quand la montée de lait s'est produite (elle avait allaité 2 jours sa fille aînée) : « *Et j'ai essayé euh de l'allaiter euh une fois en fait, une ou deux fois, il a bien pris mon sein, j'ai pas eu de difficulté à lui donner, mais... les têtéments ça faisait... j'ai arrêté. C'était juste pour voir ce que ça donnait en fait, le sentiment quoi* ». Elle n'a pas souhaité en faire part à la sage-femme venue faire les visites : « *moi on m'examine pas comme ça devant mes enfants* », le contact n'étant pas bien passé probablement entre elles. Finalement très méfiante par rapport au système médico-social, elle s'adapte plus ou moins, en urgence, aux situations rencontrées.

Soraya (32 ans, 2^e enfant, inactive, artisan transport) a rencontré des difficultés conjugales importantes (séparation en début de grossesse) qui l'ont rendue probablement moins disponible

pour être à l'écoute des soignants. Elle met en avant son expérience personnelle et professionnelle parce qu'elle a eu 2 enfants à moins d'un an d'intervalle et obtenu un CAP « petite enfance ». Elle est très entourée des femmes (mère et sœurs) de sa famille. C'est d'ailleurs une de ses sœurs qui l'a informée du dispositif de RPDA, l'ayant elle-même expérimenté pour plusieurs de ses 6 enfants.

Dans un autre registre, **Amandine (32 ans, 2^e enfant, auxiliaire de puériculture, inactif)**, qui exerce le même métier que sa mère compte beaucoup sur elle pour pallier les éventuelles difficultés qu'elle pourrait rencontrer. Sa mère, auxiliaire de puériculture en maternité, travaille dans une structure où les RPDA ne sont pas proposés et où les pratiques restent assez traditionnelles selon Amandine. Elle n'était d'ailleurs pas partante pour que sa fille sorte de maternité dans le cadre du dispositif, au 2^e jour, ce qui a rendu son choix difficile. C'est la possibilité d'être plus rapidement auprès de son aîné qui l'a décidée. Amandine se sent tout-à-fait capable, avec ses propres compétences professionnelles, de s'occuper de son dernier enfant, mais n'a pas le souhait de se conformer à toutes les injonctions telles le « cododo » ou le fait de ne pas se laver les seins pendant plusieurs heures après la naissance pour ne pas perturber les 1^{ères} mises au sein ; en revanche, elle tient absolument à allaiter son enfant.

Plusieurs femmes dans ces deux premiers groupes de multipares plus ou moins proches du système de soins, n'ont pas apprécié les séances d'informations dispensées en fin de séjour : quelques-unes, plutôt multipares, se sont vues obligées par certains professionnels d'assister à cette réunion collective conditionnant selon eux la sortie au 2^e jour. Elles signalent n'en avoir pas retiré beaucoup plus d'éléments qu'elles ne connaissaient déjà. Plusieurs mentionnent la seule nouvelle information qu'elles ont retenue, qui consiste en l'absence de caprices jusqu'aux 3 ou 6 mois de l'enfant selon les discours. **Martha (41 ans, 4^e enfant, intérimaire, intérimaire)** déclare n'avoir rien appris « du tout », puis se ravise : « *une chose que j'ai retenue à la réunion, c'est qu'un enfant n'est pas capricieux parce qu'on le prend trop souvent dans les bras (...) le fait qu'elle dise que jusqu'à 3 mois et demi, voire jusqu'à 6 mois, un enfant n'est pas capricieux, n'a pas ce besoin en fait, ne ressent pas encore ce besoin de caprice, ben oui, ça m'a rassurée... ça m'a rassurée, parce que je me dis que voilà, à tout moment je peux le remettre.... j'ai pas envie de le prendre, je peux le laisser dans son transat, il va pas pleurer. Et c'est une réalité, il pleure pas* ».

On retrouve ici le modèle « au feeling », qui est de l'ordre du spontané, à distance de la norme médicale, mais qui repose sur des acquis antérieurs concernant les soins à donner à un enfant.

Il mêle finalement des savoirs familiaux avec des prescriptions professionnelles. Gojard (2010) le retrouvait plutôt chez les classes supérieures, mais on le constate également chez les femmes de milieu plus modeste ayant une certaine culture du médical.

3.3. Primipares

Jamila	27 ans, 1 ^{er} enfant, inactive, ouvrier textile
Delphine	27 ans, 1 ^{er} enfant, professeur des écoles, agent de la poste
Alice	36 ans, 1 ^{er} enfant, superviseur en centre d'appel, technicien bureau d'études
Dinah	32 ans, 1 ^{er} enfant, assistante d'étude huissier, intérimaire
Angélique	29 ans, 1 ^{er} enfant, assistante maternelle, inactif
Marylou	21 ans, 1 ^{er} enfant, aide-maternelle, ouvrier de restauration

Ces 6 femmes sont de milieu modeste à moyen, au moins un membre de chaque couple est en activité professionnelle. 5 femmes sur 6 ont suivi les séances de PNP. Celle qui n'a pas fait cette démarche (**Alice, 36 ans, 1^{er} enfant, superviseur en centre d'appel, technicien bureau d'études**) n'en avait pas de bons échos par sa famille (sœur et mère) et ses amies : « *j'ai pas mal de... enfin pas mal, j'ai quelques collègues qui m'en ont parlé, qui m'ont dit qu'elles, ça leur avait pas servi en fait... dont une particulièrement qui avait même pas aimé du tout... Donc euh... (...) en fait elle se souvenait qu'elle faisait beaucoup de cours de relaxation en fait... et enfin ça sert à... pour elle ça servait à rien, en fait* ». Mais elle est la seule à préciser être allée à un salon commercial autour de la naissance où elle s'est procurée conseils et produits pour son futur enfant. Et lorsqu'une inquiétude est apparue durant la grossesse (son enfant se présentait par le siège), c'est sa mère qui, ayant vécu la même situation, l'a beaucoup rassurée en plus des discours professionnels : « *j'ai pas tant stressé que ça, parce qu'en fait euh moi je suis née en siège aussi et ma mère m'a rassurée, elle m'a dit : "T'inquiète pas ! Toi, t'es née en siège, y a eu aucun problème..."* ».

Jamila (27 ans, 1^{er} enfant, inactive, ouvrier textile), arrivée depuis peu en France, a suivi deux cursus d'étude avec deux CAP obtenus en Algérie (« éducatrice de jeunes enfants » et « technicien de gestion »). Elle cherche le contact mais est isolée chez elle par son mari qui ne l'encourage pas à chercher du travail bien qu'elle déclare en avoir envie. Elle a noué des liens presque affectifs avec la sage-femme qui l'a suivie chez elle en anténatal et en postnatal (« *c'est mon amie* »). Cette sage-femme lui a d'ailleurs rendu visite à la maternité. À la sortie de

l'hôpital, elle a été hébergée durant un mois chez sa belle-famille en Belgique, et elle a bénéficié, particulièrement de la part de sa belle-mère, de conseils pour s'occuper de son enfant (bain, endormissement, gestion des coliques) qu'elle a appréciés. Elle rentrait ponctuellement chez elle pour rencontrer la sage-femme (3 visites à domicile) et écouter ses avis pour son allaitement.

Delphine (27 ans, 1^{er} enfant, professeur des écoles, agent de la poste) et **Dinah (32 ans, 1^{er} enfant, assistante d'étude huissier, intérimaire)** ont connu toutes les deux des difficultés importantes concernant leur allaitement. Delphine n'a pu être accompagnée par la sage-femme qu'elle avait connue en anténatal et avec qui des liens de confiance s'étaient établis. Très déçue et mécontente des rencontres et conseils qu'elle a eus en post-natal (deux sages-femmes différentes et une puéricultrice), elle s'est finalement tournée vers son médecin traitant et sa mère, qui l'ont rassurée sur ses compétences : *« je me suis effondrée, enfin je me souviens que c'était une catastrophe dans le bureau »*. Elle estime avec le recul qu'elle était très *« sensible »* aux remarques : *« on prend tout pour soi », « on a les hormones + + par là-dessus », « on a l'impression que tout est démultiplié », « le manque de sommeil aussi »*. Elle dit avoir passé dix jours difficiles, avec des nuits très courtes (*« y a deux nuits consécutives où on a dormi 46 minutes »*).

Dinah a dû être réhospitalisée 3 semaines après la naissance pour une infection du sein bien qu'elle ait multiplié les recours pour obtenir des conseils puis, avec l'évolution de la situation, des traitements (sage-femme, puéricultrice, conseillère en lactation, médecin traitant) en vue d'éviter une intervention ; ce qui n'a pas été possible (elle a été opérée secondairement d'un abcès du sein).

Angélique (29 ans, 1^{er} enfant, assistante maternelle, inactif) et **Marylou (21 ans, 1^{er} enfant, aide-maternelle, ouvrier de restauration)** qui travaillent dans le milieu de la petite enfance sont aussi dans la configuration de solliciter, en fonction de leurs besoins, les conseils des professionnels. Elles ont, toutes deux, suivi des séances de PNP. Marylou précise qu'elle connaissait beaucoup d'éléments concernant le nouveau-né par le biais de sa formation, mais que cela lui a été bénéfique pour l'accouchement. Et elle a trouvé *« intéressant d'échanger avec les autres mamans »*.

Elles sont allées à la réunion organisée par le service après la naissance. Angélique précise qu'il s'agit d'une *« réunion d'information à laquelle on est obligé d'assister. Donc c'était par exemple, comment préparer le biberon »*, ce qui ne semble pas lui avoir apporté d'éléments

utiles, d'autant plus qu'elle avait les connaissances par sa formation (avec un stage en crèche) et sa pratique d'aide-maternelle. Marylou ajoute que « *c'était beaucoup de choses que je savais déjà, mais c'est toujours bien de les réentendre* » ; elle rappelle également l'obligation qui leur a été faite d'y assister.

Le séjour en maternité de Marylou a été marqué par la difficulté à allaiter. Elle estime qu'elle n'a pas été bien guidée : « *...j'ai été mal conseillée, j'ai eu 3 sages-femmes différentes qui m'ont dit 3 choses différentes, et ça fait que du 2^e jour, j'avais les tétons en sang... franchement ça devenait même plus un plaisir pour moi de mettre au sein, du coup je suis passée au biberon* ». Elle regrette un peu de n'avoir pas pu allaiter, parce qu'elle l'avait envisagé pendant sa grossesse ; cependant, compte tenu des difficultés, elle est satisfaite d'avoir pris l'option du biberon. Elle exprime le fait qu'elle a senti une pression de la part de l'équipe pour l'allaitement (« *Ils m'ont dit : faut essayer, faut essayer, mais euh...* »), et qu'elle a dû insister beaucoup pour avoir un biberon (« *quand je demandais le biberon, ils voulaient pas me le donner au début. Et j'avais tellement mal...* »).

Concernant les visites de la sage-femme à domicile, Angélique estime que c'est intéressant, parce que « *ça permet de voir ce qui ne va pas tout de suite... qu'en maternité, c'est vrai qu'on dit les choses, mais c'est pas le même environnement* ». Selon elle, la sage-femme pourrait « *au moins tout de suite dire ce qui va pas... et au moins on se corrige tout de suite* ». Elle n'a rien dû modifier (« *a priori, non, c'était bon* »), mais elle pense à d'autres mamans à qui on pourrait conseiller, par exemple « *de ne pas trop serrer la couche* », ce qu'elle-même a appris en crèche. Globalement, la visite à domicile n'a pas trop servi à Marylou : « *mais elle serait pas venue, ça n'aurait rien changé à ma façon de faire ou à mon comportement* ».

Marylou se dit bien entourée de professionnels de la petite enfance : une de ses collègues de crèche, auxiliaire de puériculture, est une amie avec qui elle peut discuter en cas de doute ; le pédiatre qui va suivre leur enfant est un ami de ses parents ; la meilleure amie de sa mère est puéricultrice. Cela la rassure visiblement, et elle ne semble pas particulièrement inquiète.

Ces deux femmes marquent une certaine distance par rapport aux conseils préconisés par le système de soins ; elles vont aux réunions, mais n'en retirent finalement pas grand bénéfice. Elles choisissent de ne pas répondre à l'injonction d'allaitement, largement exprimée lors du séjour. Leur pratique d'assistante maternelle en crèche ou à domicile leur donne une certaine assurance auprès des professionnels rencontrés.

Ces femmes en général n'ont pas apprécié l'organisation de la dernière matinée avant la sortie, jour du bain, du recueil des papiers administratifs et des documents médicaux (courrier, ordonnances), réunion collective, matinée où toutes les informations sont données sans s'assurer de leur compréhension parfaite. *Alice (36 ans, 1^{er} enfant, superviseur en centre d'appel, technicien bureau d'études)* se souvient : « *Par contre c'est vrai qu'on a été un peu noyés sous les papiers en fait, entre les ordonnances pour elle, les ordonnances pour moi, les... les rendez-vous... y avait beaucoup de choses en fait (...) y a aussi eu une ordonnance pour la contraception... elle m'en a parlé (...) c'est vrai qu'on a vu défiler pas mal de monde...* ».

D'autre part, les conseils donnés par des grands-mères ont été rapportés par certaines qui vont à l'encontre des conseils donnés par les professionnels : celui de ne pas donner de bain jusqu'à ce que le cordon soit tombé et celui de ne pas du tout sortir avec l'enfant (les conseils actuels des professionnels précisent qu'il est possible de se promener tout en évitant les lieux trop fréquentés, tels les centres commerciaux). Ces conseils familiaux n'ont cependant pas été suivis, la référence professionnelle (après la visite de la sage-femme libérale ou de la puéricultrice de PMI) prenant le pas sur le conseil familial.

Ces primipares ont un certain niveau d'études ou un métier plus proche socialement des professionnels qui leur permet d'être plus à l'aise pour solliciter les conseils, ou un niveau socio-culturel qui les place dans une relation moins asymétrique avec les professionnels. Et elles adaptent les conseils dispensés par les professionnels en fonction de leurs ressources personnelles et familiales.

3.4. Les « converties » au discours professionnel

Adélia	35 ans, 3 ^e enfant, assistante commerciale, ouvrier
Manon	21 ans, 1 ^{er} enfant, aide à domicile, peintre
Eugénie	20 ans, 1 ^{er} enfant, cuisinier, cuisinier

3 femmes ont adhéré durant leur grossesse ou après la naissance au discours professionnel. La « conversion » s'est faite soit durant la grossesse sous l'influence de rencontres professionnelles, soit à la naissance.

Manon (21 ans, 1^{er} enfant, aide à domicile, peintre), n'était pas investie initialement dans un suivi selon les recommandations des professionnels. Elle n'a ainsi pas assisté aux séances de PNP, mais s'est informée par internet des dispositions à prendre pour accueillir son enfant.

Gardant jusqu'alors des contacts distants avec sa mère, c'est néanmoins auprès d'elle et de sa grande sœur qu'elle a cherché des conseils pour la naissance : « *si j'avais des questions, je posais à ma mère ou à ma sœur parce qu'elle a eu des enfants avant* ». Cela les a rapprochées, en particulier les 2 sœurs. C'est après l'arrivée de l'enfant que les choses ont évolué. Son séjour à la maternité fut fatigant (trop de visites) ; son bébé ne grossissait pas suffisamment aux yeux des professionnels, ce qui a engendré une source de stress et un suivi médical plus rapproché. C'est ce séjour, la réunion collective et les visites à domicile qui ont changé son regard sur le discours professionnel. Elle a été étonnée (mais un peu sceptique) qu'on lui applique des feuilles de chou sur les seins pour apaiser la tension, tout comme la prescription d'homéopathie pour diminuer la montée de lait. Elle s'est montrée intéressée par certaines « nouvelles » pratiques de soins : bains tous les 2 jours pour l'enfant (et non tous les jours), le petit doigt dans la bouche de bébé ou le peau-à-peau pour le calmer.

Elle s'est rendu compte qu'elle avait préparé des choses qui n'étaient pas recommandées pour son enfant : « *nous, on avait acheté le tour de lit... euh tout ce qu'il fallait... et... bah en fait il faut pas ! Donc ça aussi, c'est un peu... on a l'impression d'avoir préparé plein de choses pour son arrivée... et... bah finalement, non. Donc c'est un peu... c'est pas... c'est pas vexant, c'est... je sais pas, c'est... On a l'impression qu'on a tout bien fait, mais en fait non ! Fallait pas !* ». Au début, peu convaincue de l'intérêt du passage d'une sage-femme et d'une puéricultrice plus tard à domicile, elle a finalement apprécié ces visites : « *Oui, puis même euh... ça m'a fait du bien qu'ils viennent... ça m'a rassurée... puis j'ai pu poser les bonnes questions* » ; et elle a reçu des conseils le traitement l'érythème fessier de son enfant qui la souciait.

Adélia (35 ans, 3^e enfant, assistante commerciale, ouvrier), francophone, a accouché aux Pays-Bas pour ses 2 premiers enfants. Elle a été relativement insatisfaite de ses premiers allaitements qu'elle n'a pu poursuivre longtemps selon elle, moins sereine à l'époque. Pour cette 3^e grossesse suivie en France, elle avait ainsi choisi de ne pas allaiter. C'est lors d'une réunion anténatale d'information qu'elle a finalement changé d'avis, tentée par un nouvel essai. La réunion collective avant de rentrer chez elle a été intéressante : « *on apprend toujours des choses quand même. Même l'accueil avec le nouveau-né, bon j'en ai eu 2, mais on apprend toujours des choses qu'on ne savait pas* ». Elle y a retenu certaines informations, en particulier à propos du couchage, différent aux Pays-Bas (en France, sur le dos, là-bas, sur le côté avec un « *cal* ») et d'autre part, le fait que l'enfant ne s'habitue pas aux bras jusque 3 mois et demi (ce dont pourtant elle doute « *je sais pas si c'est vraiment vrai...* »).

Son expérience préalable, la proximité et le soutien de sa famille puis la relation établie avec la sage-femme libérale lors du passage à domicile ont probablement été facilitants pour que ce 3^e allaitement réponde à ses attentes. La sage-femme libérale a par exemple proposé un 3^e rendez-vous pour l'accompagner, ce qui lui a convenu. Elle se souvient avoir eu de sa part beaucoup de conseils (position du bébé, tisanes d'allaitement, dons d'échantillons).

Le cas de **Eugénie (20 ans, 1^{er} enfant, cuisinière, cuisinier)** est un peu différent. Elle semble très dynamique. La grossesse est inattendue et a été source de réflexion intense pour sa poursuite. Elle s'est tournée vers les professionnels pour l'aider dans son choix. Elle a ensuite suivi une préparation à la naissance qui lui a permis d'être informée de l'accompagnement possible durant sa grossesse et après la naissance. Il s'agit d'une jeune femme issue d'une famille de culture asiatique, née en France, et qui s'oppose aux coutumes que préconise sa belle-famille, asiatique également, chez qui elle vit. Elle est particulièrement en conflit avec sa belle-mère et rejette ses conseils : confrontée aux traditions de son pays d'origine qui lui semblent très pesantes, elle en a peu suivi les préconisations comme ne boire que des potages chauds pendant 2 semaines après la naissance, manger beaucoup de gingembre, mettre des bouillottes sur le ventre, ne boire que de l'eau chaude, faire des saunas. Durant son séjour, elle s'est fait ramener d'autres aliments par son conjoint : « *Des sandwiches euh... enfin, je sais pas... des conneries, des chips euh... plein de trucs* ».

Elle a fait le choix de ne pas donner le sein, mais elle a subi des pressions fortes et quotidiennes de sa belle-mère et des amies de celle-ci pour la faire changer d'avis. Eugénie a été soutenue moralement dans son choix par sa mère, éloignée géographiquement, qui elle-même n'avait pas allaité ses enfants. Elle a ainsi réalisé le suivi proposé par le système de soins, sans répondre pour autant à la préconisation de l'allaitement, avec une volonté de se tenir à distance des discours profanes et un souhait d'acculturation au système médical français.

3.5. Une évolution vers un discours profane ?

Une femme, **Priscilla (20 ans, 1^{er} enfant, agent de restauration, agent de restauration)** est sensible au discours de sa belle-mère, qui est devenu le repère, le soutien important au moment de la naissance. Les 2 membres du couple sont très jeunes ; titulaires chacun d'un CAP en restauration, ils travaillent comme serveurs. Ils sont très fusionnels avec la famille du conjoint. Priscilla n'est plus en contact avec sa propre mère. Ils ont effectué un suivi prénatal selon les préconisations, particulièrement attentifs aux conseils donnés envers l'enfant.

La mère du mari de Priscilla est un pilier pour elle durant la grossesse, lors de l'accouchement et après : *« ma belle-mère elle est restée du début, à quand j'ai eu mes contractions, jusqu'à la fin que j'ai accouché, par téléphone »*.

Priscilla se souvient de conseils que sa belle-mère lui a donnés pour calmer les pleurs de son bébé : *« Et des fois, quand vraiment il pleurait et qu'on savait pas qu'est-ce qu'y avait, euh... c'était... bah sa maman qu'elle venait, et qu'elle nous disait : "bah fais, fais-lui des câlins, ou mets-le contre toi, parce qu'il a besoin de toi" (...) Du... lendemain, je pense, il avait des coliques, on savait pas. Ma belle-mère elle a dit : "change son lit !" On l'avait mis comme ça, bah elle m'a dit : "mets-le comme ça !" . Et depuis qu'on l'avait mis comme ça, qu'on a changé son lit, il y a plus rien eu ! (...) Conseil de grand-mère ! »*

Priscilla et son conjoint ont été hébergés durant une semaine chez la mère de celui-ci à la sortie de maternité. C'est d'ailleurs là que se sont déroulées les visites à domicile. Ce temps de repos a été l'occasion d'apprentissage et de partage de soins de l'enfant, en particulier pour le bain : *« quand j'ai retourné bah chez ma belle-mère et que... bah... on... j'avais oublié quelques... quelques détails, bah elle était là pour me dire : "bah... c'est comme ça"... refaire les gestes pour son 1^{er} bain, parce que là-bas c'est la dame qui avait fait (...) donc j'ai attendu que ma belle-mère elle le fasse une 1^{ère} fois, elle m'a dit de faire attention, et après j'ai pris le relais. Mais comme il... c'est une pile ! Il bougeait fort, donc j'ai commencé à... Et là ça va mieux, je le fais tout seule... »*. Ils passent régulièrement le week-end chez elle pour se reposer et profiter de ses conseils. Après le congé parental de six mois que Priscilla espère obtenir, il est prévu que la grand-mère paternelle se charge de garder l'enfant.

On peut définir cette famille comme dispensatrice de soins et soutien à la parentalité, avec la culture et l'expérience familiale (la belle-mère de Priscilla, 47 ans, a eu 8 enfants). Cette famille de milieu très simple est sollicitée pour sa « sagesse » (Pitrou 1978), son expertise en conseils d'hygiène et d'alimentation. Cet élément est dépendant de l'intensité des relations avec la famille : la fréquentation hebdomadaire incite au recours aux conseils dans un climat de confiance. Les conseils se situent aussi au niveau de la fratrie ou dans le sens des parents vers les grands-parents.

Pitrou (1978) signale que le conseil familial est recherché s'il n'est pas imposé (respect de l'autonomie du couple). Le couple de Priscilla a décidé au bout d'une semaine de rentrer chez lui se disant qu'il était important que leur enfant prenne ses repères chez lui (la belle-mère avait proposé qu'ils restent plus longtemps (*« Tu peux rester 1 mois, 2 mois, 3 mois »*)). Le soir même,

ça a été la crise de larmes pour tous les deux (« *on a un peu pleuré, on a craqué parce que c'est dur* »). C'est la grande sœur du jeune papa qui est venue les rassurer et dormir chez eux. Ils disent avoir eu besoin d'une bonne semaine pour être plus à l'aise après leur retour dans leur propre logement. Ils n'hésitent pas à faire appel à la famille à tout moment mais aussi au médecin traitant : « *Je sais que si j'ai un souci ils sont là directement, ou si comme l'autre fois il arrivait pas à faire caca ou il avait encore ses selles encore vertes depuis la maternité, directement j'appelle le médecin, je lui ai demandé, il m'a dit : "surtout vous appelez si..., même si il y a un petit truc qui va pas, faut quand même appeler !"* ». La grand-mère (2 appels par jour), les belles-sœurs et frères, les voisins passent régulièrement pour prendre des nouvelles. La famille se fait relais de normes sociales, au moins en partie (Pitrou, 1978).

Dans le langage populaire, les expressions « voix du sang », « liens du sang », « c'est son sang, sa chair », expriment « la profondeur et le naturel de la solidarité familiale » (Pitrou, 1978). Et la prérogative sera donnée aux conseils familiaux, la famille étant la garante du « capital d'attention, de compréhension, d'affection que l'on ne peut trouver nulle part ailleurs ».

La complicité familiale établie, très forte dans la situation de Priscilla, donne une aura particulière aux services rendus et aux conseils distribués, ces liens que l'on retrouve particulièrement dans les classes populaires selon Pitrou (1978) ou Déchaux (1996), par la proximité géographique, psychologique, culturelle, par une compréhension qui se traduit par l'adaptation à la demande et une réponse à l'imprévu, et qui « se situe dans un contexte d'échange, de réciprocité, compréhension à demi-mot sans qu'il soit nécessaire de faire des phrases, limitation des retombées éventuelles (jugement, réputation, voire coercition ou sanction) puisque tout se passe à l'intérieur du "clan" et que personne n'a intérêt à ternir l'image familiale » (Pitrou, 1978, p. 177).

Conclusion

Ces femmes, issues de milieux modestes à moyens s'appuient aussi bien sur des savoirs professionnels que profanes. L'entente et la présence familiale, une profession en lien avec le milieu médical ou de la petite enfance et surtout leur expérience de mère, pour celles qui avaient déjà des enfants, leur permet d'effectuer un tri entre les préconisations médicales et leur savoir expérientiel. Elles adaptent « au feeling » leurs pratiques de soins, tirées des normes médicales tout en se référant au savoir personnel et familial, mais évoluent parfois vers le modèle « à la lettre » pour les plus jeunes ayant eu un premier enfant (Gojard, 2010). L'entente au sein de la famille joue aussi certainement un rôle dans les choix opérés (Pitrou, 1978, Déchaux, 1996).

La relation de confiance établie avec les professionnels et leurs discours semble également déterminante pour mobiliser des savoirs normatifs.

Conclusion du chapitre

Nous avons vu dans ce chapitre que l'utilisation des savoirs au moment de la naissance est diverse selon les familles. Elle dépend beaucoup de l'expérience antérieure de la maternité de la mère, du niveau socio-économique des familles, de la distance sociale avec le système sociosanitaire éventuellement souhaitée par elles. En fonction de ces critères, le recours aux savoirs professionnels sera presque exclusif ou alors la préférence sera donnée aux savoirs expérientiels et familiaux, donc profanes. Près de la moitié des femmes mêlent cependant les deux sources, effectuant un tri selon leurs ressources.

Dans certaines situations, la naissance a permis de transmettre un savoir empirique puisque la future mère est avertie, rassurée, préparée pour la naissance par ses sœurs ou mère. Le travail de soins profanes est alors pluridimensionnel (Cresson, 2006) : en direction de la mère ou de l'enfant, concernant des soins médicaux ou psychologiques.

De manière générale, une capacité à se soigner est de plus en plus accordée aux familles. Mais cette capacité ne s'exerce pas sans un certain contrôle de la part des soignants. Ainsi le label IHAB, obtenu par la maternité, implique une organisation différente dans l'accompagnement des mères et de leur enfant qui a des effets sur le retour à domicile. L'expérience des mères est donc ici particulièrement sollicitée, mise en avant. Leurs compétences sont valorisées. Ce qui pourrait constituer un paradoxe : on fait déjà appel à leur expérience propre dans le suivi de l'enfant, moins d'accompagnement professionnel lors du séjour. Par exemple le 1^{er} et seul bain (dans les situations de sortie au 2^e jour) n'est pas toujours encadré, si la mère ne le souhaite pas. Cependant il est important de noter que la recommandation d'allaitement, perçue comme une injonction par des mères, est toujours présente à domicile, mais que ces femmes la contournent en arrêtant d'allaiter après les visites à domicile.

L'expérience professionnelle des mères médecins et infirmière de notre corpus, plus indépendantes, nous l'avons constaté, n'est pas la même que celle des mères aides-soignantes ou assistantes maternelles, plus soumises à l'autorité ; Boltanski (1971) l'avait identifié avec l'axe de différenciation selon la proximité ou non avec les discours savants.

La famille, « productrice de santé » (Cresson 2010), réalise donc une grande quantité de tâches qui ont plus ou moins de rapport avec la santé (repas, sommeil, relation). De nombreuses familles ont intégré des normes de soins en particulier concernant l'enfant (cordon, pesée), témoignant de l'acculturation de ces normes. Les pratiques divergent cependant selon le milieu social et les compétences acquises avec l'expérience (Gojard, 2010), selon le nombre d'enfants et les relations établies avec la famille.

En définitive, la famille participe au système de soins, qui compte beaucoup sur elle et qui se décharge ainsi de certaines responsabilités. Les politiques publiques actuelles, avec la réduction des séjours, laissent une place importante au système profane (soutien aux proches, rôle de l'aidant, aide aux aidants), au réseau qui est de plus en plus sollicité, encouragé pour octroyer un soutien.

Chapitre 10 : Travail domestique et organisation familiale lors du retour à domicile

Introduction

Aux yeux des professionnels de santé, les mères et les enfants concernés par les dispositifs d'accompagnement à domicile pour un retour précoce chez eux, sont censés être en « bonne santé », « à bas risque » sur le plan médical, social et psychologique et donc ne pas présenter de problème particulier. Mais qu'est-ce qu'être en bonne santé pour une femme qui vient de mettre au monde un enfant ? Comment est prise en compte la situation de la mère ? Sur quels critères se basent les professionnels pour proposer un retour précoce à domicile ? D'autres facteurs, en dehors de l'aspect purement médical sur lequel se basent les soignants pour valider la sortie de maternité, ne peuvent-ils pas influencer sur le bien-être maternel, familial ?

Production physique des enfants

En effet, quel que soit le moment (du 2^e jour au 5^e jour), le retour à domicile engendre un surcroît de fatigue et de travail pour la mère, puisqu'il lui faut reprendre un rythme quotidien dont elle avait été déchargée le temps du séjour en maternité, en ajoutant les tâches liées à l'arrivée de l'enfant. L'exigence des soins au nouveau-né est importante dans les premières semaines ; ils impliquent pour les parents (et souvent la mère), une attention jour et nuit, avec des réveils toutes les 3 à 4 heures durant cette période.

Plusieurs autres éléments sont aussi à prendre en compte concernant l'état de la mère (de Gasquet, 2005) : son état physique est possiblement altéré selon le contexte de la grossesse et de la naissance. La grossesse en elle-même est grande consommatrice d'énergie : Tabet (1998) rappelle qu'elle équivaut à une dépense d'énergie d'un mois ou 160 heures de coupe de bois ; des douleurs persistent souvent, en lien avec l'allaitement ou la naissance elle-même ; quel que soit le mode d'alimentation choisi pour l'enfant, la montée de lait, qui dure plusieurs jours, a souvent lieu au domicile (à partir du 2^e jour) et entraîne aussi une fatigue supplémentaire. Elle est généralement douloureuse et constitue également une dépense d'énergie très importante (en consommation d'énergie, une journée d'allaitement correspond à 2 heures de coupe de bois, ou 9 heures de marche) (ibid.). Enfin, un état dépressif dans les jours suivant la naissance peut se produire (« baby blues ») ; souvent bénin, il est, selon la culture médicale, expliqué par la chute des hormones de la grossesse, et peut persister durant plusieurs jours (donc à domicile) ; cependant il peut être favorisé par la situation personnelle, conjugale, sociale, psychologique

(Romito 1990, Dulude et al. 1999) et peut évoluer vers une dépression postnatale avérée qui touche 10 à 15 % des femmes (Sutter-Dallay et Guédeney, 2010).

Ces notions nous permettent de comprendre que l'arrivée d'un enfant demande une adaptation progressive de la part des familles, qu'il existe un bouleversement physique et émotionnel pour la mère qui persiste au-delà du séjour en maternité, mais aussi pour le nouveau père. Cette adaptation dépend du contexte médico-psycho-social des familles.

Compte tenu du fait qu'il y a eu un temps de récupération moindre lors du séjour en maternité, le retour à domicile de façon précoce exacerberait peut-être ces difficultés éventuellement rencontrées par les mères, bien qu'elles en aient accepté le projet. En effet, la période immédiate après la naissance peut être marquée par un état d'excitation liée à l'arrivée de l'enfant, à l'envie ou à la nécessité de retrouver les aînés, son logement, au besoin de sortir de l'hôpital ou d'échapper au contrôle médical. Cependant, elles sont nombreuses à déclarer une fatigue plus importante une semaine à dix jours après la naissance. Cet état est probablement majoré ou minoré en fonction du soutien et de l'organisation mis en œuvre à ce moment-là.

D'autre part, lors du séjour, un « apprentissage » des soins et des attitudes envers l'enfant est transmis par les professionnels, préférentiellement aux mères parce qu'elles sont de fait les plus présentes ; cela nécessite de leur part concentration, présence, assiduité. Ce temps est en général plus important pour les femmes qui ont un premier enfant. Ces informations distillées auparavant durant le séjour sur une période assez longue (4-5 jours) sont concentrées maintenant sur 2 à 3 jours. D'autres moments pour entendre les conseils d'usage sont possibles plus tard, à domicile, par les professionnels.

Tous ces éléments, physiques, psychiques, émotionnels, éducatifs, participent de la notion de travail dans le cadre de la « production physique des enfants » (Tabet, 1998) impliquant, pour les femmes particulièrement, une relation de « service » (Kergoat, 2010), c'est-à-dire une disponibilité importante, quasi exclusive des mères pour leur(s) enfants (s), relevant du travail domestique.

Répartition des tâches au sein du foyer

La notion de travail domestique a été définie par Cresson (1995, p. 65) comme « un ensemble plurifonctionnel, mal défini, de tâches insérées dans un réseau de relations et de prestations personnelles ». Elles concernent le « travail accompli dans le cadre de la famille, nécessaire au bon déroulement de la vie quotidienne ».

De façon relativement récente dans le cadre de la politique familiale, les conjoints sont davantage incités à s'engager au moment de la naissance, avec la possibilité qui leur est faite de prendre un congé spécifique : ce congé dit « de paternité et d'accueil de l'enfant » d'une durée de 11 jours calendaires est cumulable avec un autre de 3 jours, donné pour la naissance de l'enfant, dit « congé de naissance ». Ces congés existent depuis 2002 dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale⁷⁹ et les indemnités sont versées par l'assurance maladie. Durant ces périodes de congés, les pères touchent, comme la mère, une indemnité journalière de 80,21 % du salaire brut (plafonnée par la Sécurité sociale). Certaines conventions collectives imposent de compléter la rémunération, mais pas toutes, ce qui explique que certains, bénéficiant de salaires supérieurs au plafond de la Sécurité sociale, sont susceptibles de percevoir des revenus moindres ; cela peut peut-être inciter les pères, les couples concernés, à hésiter à prendre ce temps pour leur famille.

Par ailleurs, la répartition des tâches au sein des ménages a été régulièrement et longuement étudiée. Une évolution est certes constatée depuis les années 1970 : le temps des pères auprès de leurs enfants et pour les tâches domestiques augmente, mais il est toujours très nettement inférieur à celui que consacrent les femmes à ces activités (Bouffartigue, 2005, Champagne et al. 2015, Brugeilles et Sébille 2013). Et des différences à propos de ces tâches entre les hommes et les femmes ont été identifiées : les hommes réalisent des tâches plutôt « moins contraignantes, plus occasionnelles, impliquant moins de responsabilités, plus de satisfaction », et, pour ce qui concerne les enfants, plus tournées vers l'extérieur et le social ou plus affectives (loisirs, coucher, accompagnement pour les trajets) ; alors que les femmes se voient déléguer les activités plus pénibles et répétitives (habillage des enfants, encadrement des devoirs, organisation du ménage et de la vie quotidienne des enfants) (Puech, 2005, Brugeilles et Sébille, 2011). La parité se retrouve dans les activités « négociables », telles les tâches administratives ou le ravitaillement (Zarca, 1990).

Les dernières Enquêtes Emploi du Temps (2010) de l'INSEE, révèlent que les parents passent de manière générale plus de temps auprès de leurs enfants, constat qu'on peut associer aussi aux progrès domestiques : en France, depuis 50 ans, les femmes ont diminué de 2,5 heures par jour le temps consacré aux tâches domestiques (Méda et al., 2004). Les activités auprès des enfants sont de plus en plus valorisées au sein de la société, et il est devenu maintenant assez

⁷⁹ Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité sociale pour 2002 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005631900>

rare pour les pères de ne se consacrer à aucune tâche parentale, bien qu'ils n'en soient pas les principaux acteurs (Brugeilles et Sébille, 2013). La dernière enquête de 2010 montre ainsi que les femmes, en comparaison avec les hommes, prennent toujours en charge beaucoup plus de tâches domestiques (71 %) et parentales (67 %) (Champagne, Pailhez et Solaz, 2015). Le travail domestique effectué par les femmes est toujours marqué du sceau de l'invisibilité, particulièrement d'ailleurs pour les femmes exerçant une activité à temps partiel (Kergoat, 1984). Brugeilles et Sébille (2013) rappellent que, malgré des évolutions perçues, la division sexuelle du travail domestique et d'éducation est toujours d'actualité, et que les fonctions de chacun sont définies socialement au sein de la famille. L'image d'une répartition égalitariste des tâches domestiques et parentales reste encore un « objectif lointain ».

La famille et la parenté ont fait l'objet de multiples études (Pitrou, 1978, de Singly 1993, Segalen et Martial, 1981, 2013, Tillard, 2002 a, Déchaux, 2009, Neyrand, Wilpert et Tort, 2013, Martin, 2014...), qui montrent entre autres qu'elles sont diverses, évolutives et productrices de normes. Le moment de la naissance est un facteur de cristallisation pour la famille, qui prend alors potentiellement de nouvelles formes, selon l'organisation qui se met à l'œuvre.

L'objectif de ce chapitre est de constater ce qui se met en place dès le retour à domicile après la naissance. L'organisation familiale a été étudiée à distance (Bauer, 2006, 2007, 2008, Cresson 2008). Il semble intéressant de rendre compte de ce qui se passe dès les premiers jours, pour la mère, pour la famille et d'avoir un aperçu de l'organisation mise en œuvre au retour à domicile. Comment se passe concrètement cette période pour ces familles ? Qui fait quoi ? Quelles ont été les tâches de chacun ? Quelles sont les difficultés spécifiques ? Quels ont été les effets sur la mère, sur la famille ?

Nous présenterons dans ce chapitre les différentes situations en fonction des familles et de leur organisation familiale. Cette typologie des situations montre l'influence des niveaux socio-économiques et les effets de l'organisation préexistante au sein des familles dans le contexte du retour à domicile selon les types repérés.

1. Une présence quasi permanente du conjoint

Près d'un tiers des femmes rencontrées ont déclaré avoir bénéficié d'une présence très importante de leur compagnon lors du retour à domicile. Ces familles, entrant dans la catégorie que l'on pourrait nommer « soutien du conjoint », présentent des critères communs qui permettent de mieux comprendre ce qui s'est passé pour elles et pourquoi les femmes et les familles semblent avoir plutôt bien vécu cette période après leur bref séjour à la maternité.

1.1. Les familles : des classes modestes à intermédiaires

Tableau 17 : Composition des familles avec répartition des niveaux de revenus, des PCS et des niveaux d'études pour le groupe « soutien du conjoint »

Familles de	Age	Nb total d'enft	Age au 1 ^{er} enfant	Niv revenus de famille	Travail				Formation ou niveau d'études	
					Elle	PCS	Lui	PCS	Elle	Lui
Muriel	33	2	30	Moyen	Développeuse en informatique	Intermédiaire	Technicien informatique	Intermédiaire	Master 1	BTS
Julie	28	2	24	Modeste	Coiffeuse	Employé	Intérimaire biscuiterie en Belgique	Ouvrier	CAP	-
Angélique	29	1	29	Modeste	Aide-maternelle à dom	Employé	SP	Inactif	BTS négociation-relation client	Designer graphiste
Marylou	21	1	21	Modeste	Aide-maternelle en crèche	Employé	Ouvrier société de restauration	Ouvrier	Bac STSS et CAP petite enfance	Bac pro
Adelia	35	3	27	Moyen	Assistante commerciale	Employé	Ouvrier d'abattoir	Ouvrier	BTS action commerciale	Collège
Vyolaine	35	4	25	Modeste	SP	Inactif	Manutentionnaire police nationale	Employé	Niv BEP couture	Niv BEP
Hélène	31	1	31	Aisé	Chirurgien	Profession sup	Policier	Employé	Bac+12	Bac pro
Priscilla	20	1	20	Modeste	Agent restauration	Employé	Agent restauration	Employé	CAP	CAP
Marion	28	1	28	Moyen	Médiatrice socioculturelle	Profession intermédiaire	Agenceur pr société	Employé	Master 2	DAEU
Céline	34	2	31	Moyen	Serveuse	Employé	Chef cuisinier	Ouvrier qualifié	Bac pro secrétariat	BTS art culinaire
Justine	26	1	26	Modeste	Ouvrière fabrique de bougies	Ouvrier	Chauffeur Poids lourds	Ouvrier qualifié	Niv BTS	Lycée pas le bac
Adeline	28	2	25	Moyen	Infirmière	Profession intermédiaire	Professeur lycée technique	Profession sup	IDE	BEP, Bac pro et BTS
Christine	36	3	20	Modeste	SP	Inactif	Chef de cuisine ds foyer/jeunes	Ouvrier qualifié	BEPC	CAP et BEP
Dinah	32	1	32	Modeste	Assistante étude d'huissier	Employé	Intérimaire : assistant réception	Employé	BTS assistante de direction	Bac pro compta

Ces 14 familles comprennent en majorité un ou deux enfants (incluant le dernier-né). Parmi elles cependant, 4 ont 3 et 4 enfants. Une large majorité d'entre elles possède un capital scolaire. Elles sont toutes de niveau socio-économique modeste (9) ou moyen (5), voire aisé pour un couple, c'est-à-dire qu'au moins un membre du couple est en activité professionnelle le plus souvent comme ouvrier, employé ou intermédiaire.

Parmi elles, 11 familles perçoivent 2 salaires, et parmi les 3 n'ayant qu'un salaire, 2 bénéficient d'allocations « familles nombreuses » (3 ou 4 enfants).

Les femmes de ce groupe ont entre 25 et 35 ans sauf deux, Priscilla et Marylou, qui sont âgées de 20 et 21 ans.

Toutes ces femmes estiment que, de manière habituelle et déjà antérieurement à la grossesse, la répartition des tâches au sein du couple, concernant la gestion des enfants, le ménage, le ravitaillement alimentaire est équitable ou presque.

Ces femmes disent avoir été très soutenues par leur conjoint au moment du retour à domicile. Comment cela s'est-il traduit pour les pères ? Ceux-ci ont tous pris des jours de congé après la naissance pour une durée assez longue. En effet, beaucoup ont utilisé, dès la naissance, tous les congés (naissance et paternité).

Plusieurs y ont associé des congés annuels, un autre, enseignant, était en vacances scolaires, ou trois étaient sans travail au moment de la naissance, entre deux contrats intérimaires. Cette disponibilité a permis une présence permanente durant 2 à 4 semaines après le retour à domicile auprès du couple mère-enfant.

Comment s'est alors passée concrètement la période du retour à domicile ? Quelles ont été les tâches de chacun ?

1.2. Jour du retour : le repas préparé

Systematiquement, le conjoint est venu chercher la mère et l'enfant pour se rendre chez eux ou chez les parents de l'un ou l'autre. Autre élément à prendre en compte, les femmes de ce groupe disent avoir pu se reposer lors de leur séjour, et n'avaient pas rencontré de difficulté majeure de quelque ordre que ce soit (médical, psychologique...), ce qui leur a permis d'être relativement en forme pour le retour chez elles. Beaucoup de conjoints avaient préparé le repas, ou laissé faire leur mère ou belle-mère présente à ce moment-là. L'après-midi a été consacrée soit au repos, en famille, soit au rangement des valises, ou aux lessives...

1.3. Les jours suivants : centrés sur le dernier-né

L'organisation familiale a contribué au fait qu'elles aient été déchargées en grande partie des tâches ménagères pour qu'elles puissent continuer de se reposer et accorder leur attention presque exclusivement à l'enfant sur une période de 2 à 4 semaines.

1.3.1. Le nourrisson

La période suivant le retour à domicile est, pour les femmes de ce groupe, très focalisée sur leur nourrisson. Par exemple, 8 femmes parmi les 14 ont allaité et ont pu se consacrer à cette activité. Plusieurs conjoints se sont attachés également à partager les moments de réveils nocturnes, soit en se levant pour amener l'enfant à sa mère en cas d'allaitement maternel, soit en donnant le biberon si ce mode d'alimentation était choisi.

Christine (36 ans, 3^e enfant, inactive, chef de cuisine) : « heureusement que mon mari était là parce que sinon j'aurais été à terre quoi (petit rire) C'est lui... Bah il a géré la petite la nuit... enfin voilà quoi... C'est bien ! Heureusement ! Heureusement ! Il l'a gérée pendant 15 jours hein ! ... ses 15 jours de paternité hein, la nuit... »

Christine a pu aussi passer un peu de temps avec ses enfants adolescents nés d'une première union, notamment avec sa fille.

L'exemple de la situation de la famille de **Muriel (33 ans, 2^e enfant, développeuse informatique, technicien)** est tout aussi représentatif : son mari a pu prendre 3 semaines de congés à la naissance, car début mai, il y avait beaucoup de week-ends prolongés. Ils se sont réparti les tâches : il donnait le biberon en milieu de nuit (2 – 3 h), elle donnait celui de 5 – 6 h. À 6 semaines de la naissance, la répartition de la préparation des repas, comme celle du bain aux enfants, est restée variable, comme avant, en fonction de la disponibilité de chacun. Les courses sont commandées par internet par Muriel, qui va ensuite les chercher puisqu'elle seule a le permis de conduire. Son mari l'aide cependant à les décharger. De manière générale, l'entretien de la maison et sa gestion administrative reviennent plus à Muriel, bien que son mari y participe. Malgré tous ces éléments qui tendent à montrer la part importante qu'elle assume dans l'organisation du quotidien, elle estime que la répartition des tâches est assez équilibrée même « si [elle] en fait toujours un petit peu plus que lui, mais ça [lui] va ».

1.3.2. L'organisation

Par ailleurs, ces familles avaient pu anticiper la naissance sur le plan organisationnel. En général d'ailleurs, les achats en prévision de la naissance ainsi que le ravitaillement alimentaire avaient été réalisés par le compagnon en période anténatale ou durant le séjour hospitalier. La présence d'un soutien autre que le conjoint avait aussi été envisagée par le couple.

Prenons le cas des deux très jeunes femmes (20 et 21 ans) : toutes deux sont très communicatives et particulièrement entourées par leur famille, Priscilla et Marylou. **Priscilla (20 ans, 1^{er} enfant, agent de restauration, agent de restauration)** a été hébergée une semaine par sa belle-mère avec son conjoint, période d'apprentissage aux soins de l'enfant comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent (cf. chapitre 9 : mobilisation des savoirs).

Marylou (21 ans, 1^{er} enfant, aide maternelle, ouvrier dans la restauration), travaillant en crèche, très proche de sa famille également, avait des ressources pour ne pas s'être sentie débordée : « *je trouve qu'on a pris nos marques vachement... assez vite quoi !* ». Son conjoint a pris les 3 jours de son congé de naissance pour rester près d'eux lors de la période d'hospitalisation de Marylou. Il a repris le travail le lendemain de la sortie de maternité, mais était présent tous les après-midis (il commence tôt et finit ses journées à 13 h). Il a pris ses 11 jours de congé de paternité 2 semaines plus tard, ce qui a bien convenu à Marylou qui a eu un accès de fatigue à ce moment-là. Son mari l'explique par « *l'excitation (...) l'euphorie d'avoir un bébé* » qui retombe. Ils avaient anticipé de nombreux achats de matériel et, profitant de promotions commerciales, le stock de couches a été fait progressivement 2 mois avant la naissance. Au moment de l'entretien, 6 semaines après la naissance, ils n'en avaient pas encore rachetées. C'est son conjoint qui a acheté le lait en poudre et l'eau pour les biberons lors du séjour en maternité. Pour leurs achats alimentaires, ils n'ont pas changé leurs habitudes : elle fait la commande par internet, et il va chercher le ravitaillement en voiture au magasin. C'est d'ailleurs elle aussi qui gère le côté administratif de leur foyer, et la naissance n'a rien changé, ce qui arrange bien le conjoint (« *ça ne changera pas !* » dit-il). Concernant l'entretien du logement, ils se partagent le ménage, comme avant la naissance, et elle s'occupe des lessives ; elle remarque que cette charge est plus importante qu'elle ne l'avait imaginée avant la naissance, compte tenu du niveau d'exigence qu'elle s'impose : « *on se rendait pas compte, mais une personne en plus, ça fait beaucoup quand même... puis moi j'aime pas, dès qu'il régurgite, si y en a un peu sur son tee-shirt, j'aime bien le changer. Après ça pue un petit peu... donc les lessives ça va vite* ».

1.3.3. Le soutien

Les femmes de ce groupe ont, pour la plupart, un contact quasi quotidien avec leur famille, leur mère ou belle-mère, mais le soutien du conjoint semble primordial pour elles.

Adeline (28 ans, 2^e enfant, infirmière, enseignant) en témoigne : « *Alors là [le jeudi au moment de la sortie de maternité], ça allait encore, par contre j'ai eu un petit coup de mou (soupir)... je pense que ça devait être sur le week-end... après, passé le week-end, jeudi 1^{er}, vendredi 2, oui y a eu le week-end, peut-être début de semaine d'après, là, ça a été... voilà... on dormait mal... les nuits c'était difficile, voilà la nuit elle avait besoin de, je pense, notre contact, notre chaleur, elle, dans son petit lit, ça n'allait pas... elle avait faim certainement aussi (petit rire) et là pour le coup j'ai été fatiguée... Donc c'est vrai là ça a été un petit peu plus dur... ça a peut-être duré (soupir) 4 – 5 jours, hein, où même moralement, je pense que le baby-blues était là, hein, voilà c'est... Et bah après forcément quand on a un conjoint qui est quand même très présent et tout ça, ça aide énormément, même si je donnais le sein, voilà il se levait, il me donnait bébé, enfin voilà, il participait vraiment comme... comme il le fallait, et puis après, bah ça s'est résolu tranquillement... »*

S'il y a des aînés, ils sont systématiquement gardés par un membre de la famille ou gérés par le père (exemple de Muriel).

Plusieurs niveaux d'aide cependant sont relevés. Le réseau familial est ici un plus, avec une présence ponctuelle à domicile (grand-mère souvent maternelle), voire parfois un hébergement.

1.4. Les points forts

Parmi les femmes de ce groupe, certaines ont un vécu plus « facile », mais à quoi peut-on relier cette situation ?

L'expérience de la naissance précédente semble être un atout mis en avant particulièrement par *Julie (28 ans, 2^e enfant, coiffeuse, intérimaire)*, *Muriel (33 ans, 2^e enfant, développeuse informatique, technicien)*, *Céline (34 ans, 2^e enfant, serveuse, chef cuisinier)*, *Adeline (28 ans, 2^e enfant, infirmière, professeur lycée technique)* ou *Adelia (35 ans, 3^e enfant, assistante commerciale, ouvrier)*, moins de questions se posent. Une certaine assurance tirée de la ou des précédente(s) maternité(s) permet aux couples d'être plus sereins avec l'arrivée du nouvel enfant.

Une organisation et une anticipation de la période du retour à domicile, réfléchi conjointement avec le mari avec un soutien familial marqué, a été un facteur décisif pour *Justine (26 ans, 1^{er}*

enfant, ouvrière, chauffeur) qui a suivi des séances de préparation à la naissance et a beaucoup échangé avec sa famille, pour *Hélène (31 ans, 1^{er} enfant, chirurgien, policier)* qui planifie beaucoup dans son quotidien ou pour *Marylou (21 ans, 1^{er} enfant, aide maternelle, ouvrier dans la restauration)*, très soutenue par sa famille, en contact régulier avec des professionnels de la petite enfance.

Un conjoint, qui assure de nombreuses tâches permettant un repos le plus optimal possible et une attention quasi exclusive pour le nourrisson, a été un point important aussi pour ces femmes. La situation d'*Adélia (35 ans, 3^e enfant, assistante commerciale, ouvrier)* est marquante : en prévision de la naissance, son mari avait intentionnellement posé des congés (3 semaines et demie). Elle ne s'inquiétait pas des courses puisque c'est lui qui habituellement s'en charge. L'entretien de la maison est partagé entre son conjoint (« *maniaque* » selon Adélia), le neveu trentenaire de celui-ci, qui loge chez eux depuis plusieurs mois, et elle-même. Elle était surtout vigilante pour le linge, veillant à être à jour en permanence pour les lessives, surtout pour les enfants : tout était prêt. Ceux-ci ont d'ailleurs été hébergés chez leurs grands-parents maternels (à leur grande joie, d'après Adélia) durant le séjour à l'hôpital de leur maman. À la sortie de maternité, c'est son mari qui est venu la chercher en fin de matinée, et ils ont eu le temps de passer à la pharmacie chercher les médicaments prescrits lors du séjour avant d'aller chez ses parents pour récupérer leurs enfants, sans descendre de voiture. Ils sont tous rentrés chez eux, où le repas préparé par son mari les attendait. Après le repas, elle est montée se reposer dans sa chambre, puis a reçu, toujours dans sa chambre, sa belle-fille, ses parents, une sœur. Les jours suivants, elle a pu se reposer et a continué à recevoir dans sa chambre, sa mère, ses sœurs et sa belle-fille, bien qu'elle ne restât pas couchée en permanence. Avec les congés de son mari, l'organisation a été optimale selon elle, car il a été présent jusque 2 jours avant les vacances scolaires qui suivaient. Durant ces jours-là, elle pouvait compter sur l'aide éventuelle de ses sœurs pour les conduites à l'école si nécessaire. Elle a eu ainsi une présence quasi continue auprès d'elle pendant près d'un mois après la naissance.

1.5. Un vécu un peu plus difficile

Dans ce groupe de familles, tout n'est évidemment pas « idéal », certaines femmes ont exprimé avoir perçu quelques difficultés. À quels facteurs peut-on les associer ?

Le premier facteur est lié au nombre d'enfants qui est un élément ayant une influence notable : le fait d'avoir un premier enfant comme *Priscilla (20 ans, 1^{er} enfant, agent de restauration, agent de restauration)* et *Marion (28 ans, 1^{er} enfant, médiatrice socioculturelle, agenceur de société)*, donc de vivre une expérience nouvelle, ou d'atteindre le statut de famille nombreuse

avec un troisième ou quatrième enfant semble avoir été un bouleversement plus important pour ces mères, bien qu'elles aient été épaulées par leur conjoint ou leur famille.

Ainsi pour Marion, le conjoint est resté durant tout le temps du séjour à l'hôpital avec elle. Il a pris un mois de congé (11 jours de congé de paternité augmentés de jours de vacances) pour rester avec elle et le bébé. Elle lui en est reconnaissante et s'estime chanceuse d'avoir un conjoint aussi disponible. Ils sont rentrés chez eux, tous les trois, le jour du retour. La première chose qu'ils ont faite a été de poser leur nouveau-né sur une couverture au-dessus de leur lit ce qui a déclenché ses pleurs (« *notre première grande erreur* »). Plus tard, ils ont interprété ces pleurs comme l'expression d'être « *perdu dans cet espace inconnu* », sans contenant et sans leur contact. Cette situation a déclenché une crise de sa part (« *j'ai fondu en larmes* »), elle s'est sentie « *épuisée* ». Elle a pu dormir un peu, sa mère est passée lui remonter le moral (« *Je me rappelle avoir pleuré sur son épaule* »). Elle a surmonté la « *déprime* » au bout de 2-3 jours, avec des rechutes ponctuelles, mais son conjoint a su compenser quand ça n'allait pas et inversement, selon elle. Elle affirme avoir énormément de soutien de son conjoint qui, selon son expression, la « *recadre* » quand ça ne va pas, ainsi que de sa mère sur qui elle compte beaucoup pour le soutien moral et qui leur fait régulièrement des courses.

Vyolaine (35 ans, 4^e enfant, sans profession, manutentionnaire) a un conjoint très présent qui rentre déjeuner tous les midis et finit sa journée vers 17 h en temps normal. Le partage des tâches est équilibré selon elle. Le jour du retour de maternité, le repas avait été préparé par sa mère. L'après-midi, sa grand-mère, qui habite Bordeaux et s'était déplacée exprès pour la naissance, est revenue ainsi que d'autres membres de la famille. Elle se souvient d'un moment difficile : « *la 1^{ère} semaine ça a été dur ! Ah oui, oui ! Fallait le temps de se remettre... 3 ans après, fallait le temps de se remettre dans le bain, se réveiller toutes les 3 heures et tout ça... oui, même 15 jours, je dirais 15 jours après* ». Son mari l'a bien aidée à ce moment-là, car il a pris ses 11 jours de congé de paternité : il faisait le ménage, s'occupait des trois aînés et des repas. Elle n'avait à s'occuper que de leur petite fille. Cette dernière a rapidement pris un rythme, au début toutes les 3 h, et maintenant 1 fois par nuit, mieux que ses frères d'après Vyolaine (« *autant les garçons, toutes les 3 h ils étaient réveillés, elle, elle se réveille qu'une fois la nuit, c'est tout. Elle boit à 9 h et elle se réveille à 4 h, voire 5 h* »). Avec le recul de 5 semaines, elle est satisfaite d'avoir pu rentrer tôt chez elle pour être présente pour les autres enfants, mais elle estime que c'est très fatigant (et si elle avait été sans enfant : « *J'aurais préféré rester un peu plus longtemps à la maternité pour essayer de me reposer* »). Ce qu'elle trouve intéressant dans le séjour à l'hôpital c'est que les visites sont limitées (« *C'est vrai qu'au*

niveau des visites et tout ça, à l'hôpital c'est mieux parce qu'on peut..., arrivé à une certaine heure, ils doivent partir. Et quand ils sont à la maison, on peut pas leur dire, allez il est l'heure, dégage, quoi [elle rit]. C'est mieux à la maternité au niveau des visites et tout ça, parce qu'ils ont des heures, qu'à la maison, on n'a pas d'horaires, quoi. »). Elle signale également que si elle avait été dans un état de fatigue intense, elle aurait pu confier son bébé à sa mère pour une nuit afin de mieux dormir, mais cela ne s'est pas produit. Sa mère et sa sœur habitent dans la même rue et elles se voient tous les jours.

Un autre facteur peut être retrouvé dans le fait d'avoir des problèmes d'ordre physique, médical : les complications d'un accouchement plus difficile ou des douleurs plus importantes ont été source de difficultés. **Angélique (29 ans, 1^{er} enfant, aide-maternelle, inactif)** par exemple, qui a été confrontée à une hémorragie lors de l'accouchement et à de vives douleurs de la cicatrice périnéale durant 3 semaines, a pu laisser son conjoint (sans activité professionnelle à cette période) s'occuper des tâches ménagères et consacrer autant de temps à leur enfant qu'à sa récupération physique.

Dinah (32 ans, 1^{er} enfant, assistante d'étude, intérimaire) qui a présenté un abcès mammaire 3 semaines après la naissance, a été hébergée plusieurs jours par sa mère à deux reprises pour pouvoir se consacrer pleinement à son enfant, voire le lui confier la nuit pour se reposer ; son mari passait alors ses journées avec eux et rentrait dormir chez lui. Leurs très nombreux frères, sœurs, belles-sœurs sont très présents pour donner des conseils ou de l'aide pour faire des courses ou garder ponctuellement le bébé.

Toutes deux ont eu un conjoint très disponible et présent, ainsi qu'une famille soutenante. Elles avaient également envisagé l'organisation du retour à domicile bien avant la naissance.

Un troisième facteur peut être lié à l'entourage familial ou amical lorsqu'il se fait pesant : beaucoup de visites, trop longues, engendrent une lassitude, quel que soit le lieu où elles se déroulent, à la maternité ou au domicile. Christine ou Vyolaine l'ont particulièrement exprimé. **Christine (36 ans, 3^e enfant, inactive, cuisinier)** n'avait pas prévu d'avoir de visite le premier soir lors de son séjour à la maternité, mais elle en a eu beaucoup le lendemain de la part de la famille et les amis, ce qui ne lui a pas vraiment fait plaisir (*« franchement quand on est à la maternité, on aime bien être tranquille... »*). Cependant, elle n'imaginait pas le signaler à son entourage (*« Ça se fait pas quoi !... »*).

Conclusion

Dans ces familles modestes ou de classes moyennes, malgré d'éventuels événements inopinés (consultation en urgence pour le nourrisson, état de fatigue secondaire, problème médical), l'organisation liée à l'arrivée de l'enfant est vécue comme satisfaisante pour les femmes et leur famille.

La présence du conjoint quasi permanente durant une période de deux à plusieurs semaines après la naissance permet une répartition des tâches relativement équilibrée selon les dires des femmes (bien que nous ayons pu constater que celle-ci ne l'est pas pleinement), voire même une appropriation plus importante par le conjoint de la charge de travail domestique et de soin sur la période d'un mois après la naissance, avec une moindre division sexuelle concernant le travail domestique, et plus accessoirement, le soin.

Le conjoint qui « fait les nuits » durant le congé de paternité (expressions de Christine et d'Adeline) témoigne d'une prise en charge du travail domestique directement lié à la naissance, avec l'arrivée de l'enfant. Nous sommes ici dans le registre du travail, un travail parental et familial partagé, qui se veut « égalitariste » (Benoit, 2005). Ces familles tendent vers un « objectif d'indifférenciation » (Lapeyre et Le Feuvre, 2004). Proche de l'idéal, au moins temporairement, le « nouveau père » qui s'implique au moment de la naissance peut néanmoins devenir « second couteau », c'est-à-dire se mettre progressivement en retrait des tâches domestiques, notamment celles les moins valorisées socialement et affectivement (Brugeilles et Sébille 2013).

2. Soutien de la famille élargie : le giron familial

Durant la période qui a suivi leur retour à domicile, plusieurs femmes se sont tournées de façon préférentielle vers leur famille et/ou celle de leur conjoint, soit parce que le conjoint est moins disponible, bien qu'il participe (selon leurs compagnes) à certaines tâches du foyer, soit parce qu'il est de tradition que la famille, et particulièrement les femmes, soient impliquées dans l'événement de l'arrivée de l'enfant. Nous avons comptabilisé 16 femmes dans cette situation.

2.1. Les familles : des classes modestes à supérieures

Tableau 18 : Composition des familles avec répartition des niveaux de revenus, des PCS et des niveaux d'études pour le groupe « giron familial »

Familles de	Age	Nb total d'enft	Age au 1 ^{er} enfant	Niv revenus de famille	Travail				Formation ou niveau d'études	
					Elle	PCS	Lui	PCS	Elle	Lui
Souad	25	3	21	Modeste	SP	Inactif	Ouvrier en boulangerie	Ouvrier	?	?
Joana	28	3	18	Modeste	Manager société nettoyage	Intermédiaire	Employé société nettoyage	Employé	1 ^{ère} année licence psycho	Niv. Lycée
Caroline	33	3	28	Aisé	Consultante informatique	Profession sup	Ingénieur de production informatique	Profession sup	Ingénieur	Ingénieur
Séverine	35	7	20	Modeste	SP	Inactif	Agent intérim « emploi et service »	Employé	Collège	BEP menuiserie
Sandra	39	7	18	Modeste	SP	Inactif	Sableur en maçonnerie	Ouvrier	3 ^e	3 ^e
Béatrice	35	3	29	Aisé	Médecin spé	Profession sup	Médecin spé	Profession sup	Bac+12	Bac+12
Narjis	29	3	16	Modeste	Vendeuse	Employé	Arrêt maladie	Ouvrier	Niv. Bac	BEP productique
Magali	27	5	20	Modeste	SP	Inactif	Ouvrier intérimaire	Ouvrier	CAP secrétariat non obtenu	CAP BEP métallurgie et bâtiment
Sabine	31	1	31	Moyen	Formatrice métiers aide à la pers.	Profession intermédiaire	Chauffeur poids lourds	Ouvrier qualifié	Bac + 3	Lycée pas le bac
Jamila	27	1	27	Modeste	SP	Inactif	Ouvrier dans le textile	Ouvrier	Bac CAP gestion CAP petite enfance	Lycée pas le bac
Delphine	27	1	27	Moyen	Professeur des écoles	Profession intermédiaire	Agent de la poste + arbitre football	Employé	Bac + 5	Bac + 3
Amandine	32	2	28	Modeste	Auxiliaire de Puéricult.	Employé	Commerçant sans emploi	Inactif	Bac + 1	Formation coiffeur au Maroc
Laura	27	3	17	Modeste	SP	Inactif	Employé de nuit dans VPC	Employé	Niv. CAP cuisine	CAP boucherie BEP logistique
Alice	36	1	36	Moyen	Superviseure centre d'appel	Profession intermédiaire	Technicien bureau études	Profession intermédiaire	Bac + 3 L3 lettres	Bac + 5 M2mécanique
Soraya	32	2	31	Modeste	SP	Inactif	Artisan transport	Artisan	CAP petite enfance	BEP tourneur fraiseur et DAEU
Isabelle	32	2	30	Moyen	Assistante éducatrice	Profession intermédiaire	Agent sécurité intérimaire	Employé	Master psychologie	CAP installation sanitaire

Les femmes de ce groupe sont âgées de 25 à 39 ans.

Les 16 familles ont des niveaux de revenus hétérogènes qui se répartissent entre modestes (10), moyens (4), aisés (2).

Elles sont 7 femmes à être sans profession et parmi elles, 5 ont 3 enfants ou plus (de 3 à 7). Concernant les 9 femmes en activité : 2 sont employées, 5 sont de professions intermédiaires et

2 de professions supérieures. Les femmes de ce groupe sont plus nombreuses à être diplômées par rapport aux hommes. Elles sont 9 à avoir au moins le niveau baccalauréat.

Les hommes sont tous en activité, sauf un en longue maladie. Parmi les travailleurs, on compte 6 ouvriers, 5 employés, 1 exerçant une profession intermédiaire, 2 des professions supérieures et 1 artisan.

Il y a dans cette catégorie, un nombre plus important de familles nombreuses (9 familles avec 3 à 7 enfants), 4 venaient d'avoir leur premier enfant, et 3 leur deuxième. Les femmes qui ont plus de 3 enfants sont soit en congé parental, soit ont cessé toute activité professionnelle excepté les 2 femmes appartenant au groupe socioprofessionnel des cadres et professions intellectuelles supérieures.

Quelle est la répartition des tâches selon les dires des femmes ? Beaucoup déclarent que leur conjoint s'implique plus modérément par rapport au groupe précédent au moment du retour à domicile, mais elles (et leur conjoint aussi peut-être) comptent sur un relais important de la famille pour compenser.

2.2. Le jour de sortie : une grande place à la famille élargie

Pour certaines familles, le jour du retour à domicile est l'occasion d'une grande fête traditionnelle avec les grands-parents, tantes et oncles de l'enfant, comme chez Souad, Narjis, Jamila et Soraya, toutes ayant des familles d'origine maghrébine.

Prenons le cas de **Souad (25 ans, 3^e enfant, inactive, boulanger)** : le jour de la sortie de maternité, son mari est venu la chercher avec les enfants vers 11 h 30. Il semble que cela soit un bon souvenir pour elle. Ils sont rentrés directement chez eux où toute la famille attendait (mère, sœur, belle-sœur, belle-mère et les conjoints). Tout le monde a mangé sur place le repas préparé par la famille. C'était la fête. Les invités sont repartis vers 17 h. La mère de Souad, elle, est restée pour l'aider durant toute la semaine, surtout pour gérer les deux plus grands enfants et s'occuper de la « maison ». Elle l'avait fait aussi pour les deux premiers. Sa mère elle-même a eu 7 enfants (3 filles et 4 garçons) ; donc « elle sait », d'après sa fille.

Soraya (32 ans, 2^e enfant, inactive, artisan) raconte que sa sœur est venue les chercher, elle et son bébé, à la maternité pour les amener chez leur mère où s'est déroulé un grand festin qui a réuni la totalité de ses 9 sœurs et frères et leurs conjoints, respectant la tradition de séparer, le temps du repas, les hommes et les femmes. Puis sa sœur les a raccompagnés le soir chez eux et est restée durant 10 jours pour aider Soraya.

Pour d'autres, le repas est souvent pris en couple, et parfois la famille rend visite et participe aux activités du foyer.

L'exemple de **Sandra (39 ans, 7^e enfant, inactive, ouvrier)** est représentatif du groupe décrit : son mari a passé tout le séjour avec eux à l'hôpital. Ils sont rentrés chez eux tous les trois pour le déjeuner. Leur fille de 17 ans avait préparé le repas pour toute la famille. Puis ils ont reçu dans l'après-midi la visite de la sœur et des parents de Sandra. Ceux-ci, qui habitent le même quartier et ont pris de longue date l'habitude de passer chez elle tous les matins pour prendre un café.

Delphine (27 ans, 1^{er} enfant, professeur des écoles, agent de la poste) a trouvé son séjour « dense » et peu récupérateur, très mobilisée par les conseils donnés, avec peu de temps pour elle. Elle se rappelle avoir eu des visites de 13 h à 20 h tous les jours, qu'elle a beaucoup appréciées. En définitive elle considère que le séjour à l'hôpital, « *en fait c'est usant, mais on n'a pas le temps de penser à la fatigue...* ». Elle estime cependant que la fatigue s'est plutôt fait sentir lors du retour à domicile. Ce jour-là, son conjoint est venu la chercher vers 12 h 30, ils sont rentrés tous les trois, ils ont mangé un repas de « *chez Mac Do* », et se sont ensuite octroyé du repos.

2.3. Les jours suivants : un nouvel équilibre

2.3.1. Organisation les jours suivants

La part de la famille proche au moment du retour à domicile est plus ou moins répartie entre le conjoint et une grand-mère très souvent, en fonction aussi de la disponibilité du père de l'enfant.

Delphine (27 ans, 1^{er} enfant, professeur des écoles, agent de la poste) signale par exemple que c'est dès le lendemain du retour à domicile que sa mère et sa belle-mère ont commencé leur visite en alternance, un jour sur deux, durant une dizaine de jours, parce que son compagnon était retenu par des obligations professionnelles et sportives (arbitre de football) : « *le samedi, ma mère est venue pour euh... m'aider parce qu'en plus, moi, c'était pas prévu que le bébé arrive si vite [3 semaines en avance] (...) c'était surtout pour me reconforter aussi après le retour à la maison, sachant que mon conjoint n'était pas là, donc euh... on a profité de l'après-midi pour tout laver etc.* ». Au moment de l'entretien son conjoint avait prévu de prendre son congé de paternité deux mois après la naissance. L'aide fournie ici relève donc non seulement du soutien moral, mais aussi de la participation au travail domestique.

Pour **Magali (27 ans, 5^e enfant, inactive, ouvrier intérimaire)**, l'important concernait surtout les enfants. Son mari, sans travail au moment de la naissance (et qui a repris un contrat d'intérim

3 semaines après la naissance), avait fait les courses et avait géré les quatre enfants durant son séjour en maternité avec l'aide de la grand-mère maternelle. Durant les premiers jours qui ont suivi le retour à la maison, il a continué à s'occuper des autres enfants et des repas.

En prévision du retour à domicile, **Amandine (32 ans, 2^e enfant, auxiliaire de puériculture, inactif)** comptait beaucoup sur sa mère qui exerce le même métier qu'elle, et avec qui elle semble avoir une relation fusionnelle. Pour anticiper l'organisation autour de la naissance, elle s'était assurée que sa mère puisse être disponible pour garder l'aîné durant l'accouchement (« *comme c'était prévu, je savais vraiment... je savais que maman serait là, tout ça* »). Sa mère est extrêmement présente malgré les 100 km qui les séparent : « *elle a l'habitude de venir, elle sait euh exactement où tout se trouve* ». Alors que son conjoint semble en savoir moins, d'après elle : « *Même à mon mari, je lui avais montré avant de partir... je lui avais dit : "Tu vois euh... même si il fallait me ramener des choses à la maternité, j'ai mis ça là, là, là... Si je te demande ça, c'est là, si..."* ». Témoignant de la place majeure que sa mère prend auprès d'elle, Amandine avait réalisé pour celle-ci des plats cuisinés depuis une ou deux semaines qu'elle conservait dans le congélateur (« *mais ça c'était pas pour moi... J'avais prévu, pas pour moi ! Pour ma mère ! Parce que je me suis dit : "Comme ça, maman, quand elle sera là... les repas seront prêts"*»). Son mari est venu la chercher le jour de la sortie de maternité. À son retour, sa mère était en train de terminer le ménage chez eux, le repas était prêt. Elle est restée chez sa fille jusqu'au lendemain soir. Amandine a eu plusieurs moments de « blues » durant les trois semaines qui ont suivi. Elle appelait alors sa mère, qui n'a pas hésité à venir rapidement, restant parfois plusieurs jours d'affilée. Dix jours après la naissance, elle est allée pour le week-end chez ses parents avec ses enfants « *pour souffler* », sans son mari.

2.3.2. Soutien

Comment se déroule le soutien de la famille ? Est-il organisé, anticipé par la mère, la famille ? Ou existe-t-il de fait, spontané, sans exprimer de souhait ?

Plusieurs familles se voient et s'aident quasi quotidiennement de façon rituelle et habituelle. La naissance est un moment important, et consolide encore le réseau existant par des échanges entre les membres.

Évoquons la situation de **Magali (27 ans, 5^e enfant, inactive, ouvrier intérimaire)** dont la mère, qui habite le quartier, passe lui rendre visite tous les matins pour lui proposer de l'aide, habitude préexistante à la grossesse. Magali voit également sa sœur tous les jours car leurs enfants fréquentent la même école. Elles prennent le café en début d'après-midi avec leur mère qui se

déplace chez l'une ou l'autre malgré d'importants problèmes de hanche (elle doit se faire poser une prothèse bientôt et cela soucie Magali). La mère vient aussi régulièrement dormir chez eux et n'hésite pas à garder les enfants, si nécessaire.

Une autre configuration est celle qui témoigne du renforcement des liens au moment de la naissance et qui perdure aussi à distance (au moins dans les semaines qui suivent). C'est le cas d'**Alice (36 ans, 1^{er} enfant, superviseure centre d'appel, technicien bureau d'études)** dont le mari a fait un ravitaillement durant le séjour en maternité (« *il a prévu large... bah je sais que après, enfin je suis sortie dimanche, et le mercredi d'après, mes parents sont venus pour euh... pour quelques jours, presque une semaine [...] comme ça, quand je suis rentrée, tout était prévu.* »). Ses parents ont fait, comme ils l'avaient envisagé à leur arrivée, le ménage, la lessive et aussi les courses. Leur présence s'est avérée importante pour les tâches domestiques dont une grande part lui revient habituellement et aussi parce qu'elle a eu « *un coup de blues* » juste après être rentrée à domicile (« *c'est peut-être aussi parce qu'on sort tôt, donc du coup on n'a pas le temps [...] je sais pas si c'est spécifique parce que c'est un 1^{er} ou pas, mais c'est vrai qu'on se dit : "Ca va... tout va changer en fait..." et du coup euh... c'est vrai que ça fait un peu bizarre [...] après ça a duré... je sais pas... 4 – 5 jours peut-être [...] c'est vrai que faut quand même être entourée, avoir des gens qui passent et tout... Peut-être qu'en restant toute seule toute la journée, c'est un peu plus difficile... mais bon, après ça passe.* »). La naissance a, selon elle, renforcé certains liens avec sa famille : sa sœur, habitant Paris, a un jeune enfant aussi et propose de garder leur bébé s'ils ne trouvent personne pour la semaine qui pose problème en juillet. Mais ce sont les parents d'Alice qui vont plus probablement venir le garder. Les parents du couple ont été très présents lors de la naissance (aide pour ménage, soutien moral, conseils, présence en cas de besoin).

2.3.3. Peu de congés de paternité

Les deux femmes de classe sociale plus élevée ont toutes les deux un conjoint qui a pris relativement peu de jours au moment de la naissance, mais a pu prendre des congés dans un second temps au moment des vacances scolaires par exemple pour s'occuper des aînés. Elles se sont senties néanmoins aidées par la famille présente au moment de la naissance et les jours suivants.

Par exemple, pour la situation de la famille de **Béatrice (35 ans, 3^e enfant, médecin, médecin)**, leurs familles respectives résident en Normandie, mais leurs parents retraités ont pu venir aider avant et après la naissance : en prévision d'un éventuel accouchement rapide et pour

gérer le quotidien durant son séjour, les parents de Béatrice étaient présents depuis plusieurs jours. Ils sont partis le lendemain du retour à domicile, et ses beaux-parents ont pris le relais le lendemain pour 2-3 jours. Puis son mari a pris 15 jours de congé à la suite. Ils ont également un réseau d'amis issus de l'école des enfants ou de l'hôpital sur lequel ils peuvent compter visiblement, mais ils n'ont pas eu besoin de solliciter qui que ce soit finalement.

Quant à **Caroline (33 ans, 3^e enfant, consultante informatique, ingénieur informatique)**, elle avait chez elle, sa jeune sœur, arrivée la veille de l'accouchement, qui a pu garder les enfants quand il a fallu partir au petit matin à 6 h. Elle s'était assurée avant la naissance d'avoir toujours une présence en continu durant les 10 premiers jours lors de son retour à domicile, avec sa petite sœur et son mari qui a pris ses 3 jours de naissance. Elle trouve cependant que son mari fait de très grosses journées de travail. Ses parents habitent à 1 h de chez eux, mais se déplacent facilement en cas de problème. Sinon, des cousins habitent dans leur village et leur apportent de l'aide si besoin. Elle estime qu'ils sont bien aidés et en est satisfaite. Ils ont une femme de ménage qui vient une fois par semaine et une nourrice pour les aînés durant les périodes périscolaires.

La répartition des tâches n'est pas très équilibrée au sein du couple. Les rôles sont souvent définis : aux femmes (mère, sœur, grand-mère) reviennent les soins à l'enfant, les hommes s'occupent du ravitaillement par exemple.

Selon **Alice (36 ans, 1^{er} enfant, superviseure centre d'appel, technicien bureau d'études)**, son mari est bien présent, mais de façon « sélective » pour s'occuper de leur fille ; pour le bain par exemple : *« c'est moi qui lui donne. Bon lui, il est... il vient toujours parce qu'il veut toujours assister, mais il m'aide en fait, mais il est pas trop... enfin il la prend pas pour la mettre ou pour la sortir, parce que c'est vrai qu'elle glisse un peu, elle est encore toute petite... donc euh bon... donc ça il le fait pas, mais c'est parce que il a peur... »*. Il fait les biberons et les donne. Il change les couches, mais *« quand elle a fait pipi uniquement... »*.

Conclusion

Les femmes de ce groupe ont la particularité d'avoir un conjoint parfois moins disponible, parce qu'il a des contraintes professionnelles liées à un exercice libéral ou à un emploi non stable, parce qu'il a un état de santé fragile, parce qu'il est moins impliqué, ou parce qu'il n'a pas prévu de prendre son congé de paternité dès la naissance. Cependant ces femmes bénéficient d'un soutien familial assez marqué, essentiellement féminin (grand-mères, sœurs...), que l'on

pourrait qualifier de « giron familial », qui prend le pas ou le relais sur le rôle du conjoint au moment de la naissance.

Il s'agit de familles plus nombreuses que dans le groupe précédent, avec des conjoints prenant moins le congé de paternité.

Les pères, « seconds couteaux » (Brugeilles et Sébille 2013), sont ici plus en retrait auprès des mères et des enfants, et bien qu'il y ait une participation de leur part aux tâches domestiques, mais moindre. Ils ont finalement plus un rôle « d'aidant » que « d'acteur » ou de « participant », choisissant les tâches les plus valorisantes (donner le biberon plutôt que changer la couche).

Quoi qu'il en soit pour les mères, un équilibre est trouvé grâce à un réseau, un étayage solide de leur entourage autour de leur cellule familiale.

Nous l'avons vu, les deux tiers de notre population ont trouvé un soutien plus ou moins important dans leur entourage, soit de la part de leur conjoint, soit avec l'implication de la famille. Cependant, un tiers des femmes rencontrées a connu plus de difficultés lors du retour à domicile. Nous avons repéré deux types de familles, celles qui ont pu avoir une aide partielle et celles qui sont restées isolées.

3. Réseau restreint et tensions

Certaines femmes rencontrées ont fait part de difficultés vécues au moment du retour à domicile, difficultés d'origines diverses, mais qu'elles semblent avoir surmontées avec une aide limitée, mais fiable. Le groupe présenté ici concerne ainsi des mères qui connaissent pour certaines des conflits familiaux, une relation conjugale distante, mais qui bénéficient d'une aide relative de la famille. Cependant, quand il est là, ce soutien est diversement apprécié. Elles ont anticipé la venue de l'enfant du point de vue matériel et organisationnel, en faisant certains achats, prévoyant la garde des enfants par exemple.

3.1. Les familles : un niveau de vie modeste

Tableau 19 : Composition des familles avec répartition des niveaux de revenus, des PCS et des niveaux d'études pour le groupe « réseau restreint et tensions »

Familles de	Age	Nb total d'enfant	Age au 1 ^{er} enfant	Niveau revenus de famille	Travail				Formation ou niveau d'études	
					Elle	PCS	Lui	PCS	Elle	Lui
Maryam	27	3	22	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	Lycée (1 ^{re})	Formation de cariste
Martha	41	4	28	Modeste	Intérimaire	Employé	Intérimaire	Employé	Niv. Terminale	BEP mécanique et carrosserie
Stéphanie	28	6	20	Modeste	SP	Inactif	Manutentionnaire	Employé	Collège 3 ^e	2 ^e année CAP
Nora	34	4	21	Faible	SP	Inactif	Décédé (Agent nettoyage)	Employé	Collège (5 ^e) Algérie	Collège
Élodie	34	2	24	Faible	SP	Inactif	/	/	CAP vente non obtenu	/
Eugénie	20	1	20	Modeste	Cuisinier	Ouvrier	Cuisinier	Ouvrier	Niv. 2 ^{de}	Niv. 1 ^{ère}
Manon	21	1	21	Moyen	Aide à domicile et responsable qualité	Employé	Peintre	Ouvrier qualifié	CAP tapissier/ameublement de sièges	CAP peintre décorateur sol-moquettise

Ce groupe est composé de 2 jeunes femmes (20 et 21 ans) qui ont eu un premier enfant et de 7 femmes plus âgées (de 34 à 41 ans) qui ont 2 à 6 enfants au moment de notre rendez-vous.

À l'exception d'un couple et d'un conjoint titulaires de CAP ou de BEP, les personnes de ce groupe, n'ont pas obtenu de qualification.

Leurs niveaux de revenus sont faibles pour 3 d'entre elles, modestes pour 3 autres et moyen pour le dernier couple. Trois femmes sont soit sans conjoint (Élodie, Nora), soit avec un conjoint distant (Martha), qui ne vit pas avec elle, mais procure néanmoins un soutien financier à la famille ; donc toutes trois sont en situation de famille monoparentale.

Elles ont toutes déclaré bénéficier d'un soutien familial aléatoire, dont elles ne s'estiment pas satisfaites pour diverses raisons. Cela les a conduites à un certain isolement du fait des distances géographiques (Élodie), ou parce que les liens familiaux sont vécus comme pesants (Stéphanie, Martha), ou sont sources de tensions (Nora, Maryam), voire de conflits particulièrement exacerbés au moment de l'arrivée de l'enfant (Eugénie, Manon).

3.2. Le jour du retour : un stress relatif

Un repos modéré lors du séjour à l'hôpital, une situation conflictuelle préexistante au sein de la famille semblent engendrer une adaptation difficile lors du retour à domicile.

Prenons le cas de la jeune **Manon (21 ans, 1^{er} enfant, aide à domicile, peintre)**, pour qui la grossesse est venue très vite (un mois juste après l'arrêt de la contraception, elle ne s'attendait pas à cette rapidité), et dont le séjour à la maternité fut difficile pour plusieurs raisons : une fatigue importante liée à l'accouchement après une nuit blanche et douloureuse, beaucoup trop de visites de l'entourage durant le séjour et le problème relatif de reprise de poids du bébé, le tout produisant un stress, renforcé par certains discours de soignants vécus comme culpabilisants, voire infantilisants. La surveillance de son enfant, objet de contrôles récurrents, a été mal vécue, tout comme l'attitude perçue comme inadaptée de la part de certains personnels. Elle a été déprimée plusieurs jours après la naissance. Elle déclare en effet avoir souvent pleuré durant son séjour (« *tout le long... j'ai un peu pleuré en fait [...] Là, je pense que j'ai fait aussi un peu de dépression...* »). Elle a pu se confier à son conjoint (pour qui, néanmoins, la déclaration de n'être « *plus heureuse* » a été difficile à entendre), mais aussi à son père qui a su la rassurer selon elle. Elle en veut beaucoup à ses beaux-parents d'avoir largement diffusé la nouvelle de la naissance largement (leur première petite-fille), ce qui a engendré de trop nombreuses visites à la maternité et empêché son repos. Son père, dont elle est très proche, n'avait au contraire pas annoncé la naissance à la famille, car il avait perçu rapidement que Manon avait besoin de calme. Elle ne s'entend pas particulièrement avec sa mère depuis le divorce de ses parents survenu quand elle était enfant, mais celle-ci s'est cependant déplacée pour la naissance, a passé une nuit avec elle à la maternité et a réalisé un grand ménage de son logement avant le retour de sa fille chez elle. La venue de sa mère accompagnée de son nouveau conjoint et de leur enfant (qui logeaient chez elle) a occupé le mari de Manon et l'a rendu moins disponible auprès d'elle, ce qu'elle a regretté.

Son retour à domicile s'est effectué le jour de la reprise du travail de son conjoint ; il est donc venu la chercher durant sa pause-déjeuner, il a rapporté un repas de la friagerie du quartier et est reparti travailler. Elle est restée seule jusqu'en fin d'après-midi, tout comme les jours suivants, bien que ses journées aient été ponctuées par des rendez-vous avec des professionnels à domicile (sage-femme, puéricultrice) ou chez le médecin traitant. Elle a néanmoins reçu un soutien téléphonique régulier de ses parents ou de sa sœur.

Le cas d'**Eugénie (20 ans, 1^{er} enfant, cuisinière, cuisinier)** est différent, mais également source de stress important et de fatigue : ce sont ses beaux-parents qui sont venus les chercher, elle et son bébé, le midi. Ils partagent le même logement. Et pour ce premier repas à domicile, il y avait encore beaucoup de visites chez eux : « *y avait... du monde euh... (rire nerveux), du monde, du monde, du monde... du monde...* ». Elle a quand même eu l'agréable surprise de

trouver des cadeaux pour sa fille, tels qu'un lit et une table à langer, qu'elle n'avait pas eu le temps d'acheter avant la naissance, puisque l'emménagement dans la maison venait de se faire. **Maryam (27 ans, 3^e enfant, inactive, inactif)**, elle, arrivée d'Algérie à 22 ans, semble également relativement esseulée et surtout tournée vers ses enfants. L'aînée est née quelques mois après son arrivée en France. Pour ce dernier enfant, elle n'avait pas du tout anticipé le RPDA, l'information ne lui ayant été transmise qu'après la naissance, lors de son arrivée dans sa chambre. Elle n'a pas hésité cependant, préférant rentrer rapidement chez elle, car elle avait l'impression que ses enfants étaient malheureux, chacun chez une de ses belles-sœurs : *« je voulais pas rester trop longtemps, pour les enfants, ils pleuraient..., au téléphone, ils pleuraient... et quand ils m'ont dit ça, j'ai dit, je sors, tant pis si je suis fatiguée, je vais sortir, je vais me reposer à la maison, pour finir, je me suis même pas reposée »*.

Son mari est venu la chercher à la maternité (les enfants étaient retenus à l'école et à la garderie). Ils ont été invités à déjeuner chez sa belle-mère, voisine de palier. À 13 h 30, elle a reçu chez elle des personnes de l'entourage qui comptaient initialement lui rendre visite à la maternité, mais, apprenant le retour à domicile se sont rendus directement chez elle. Maryam a donc dû préparer une collation pour les visiteurs qui sont restés tout l'après-midi, puis s'occuper seule de ses enfants le soir ; elle précise que cette visite a été une épreuve, mais qu'elle ne pouvait pas *« leur dire de pas venir ! Ça se fait pas ! »*. D'autres visiteurs sont revenus le surlendemain et les jours suivants. Les conventions sociales sont visiblement vécues comme pesantes.

La situation de **Nora (34 ans, 4^e enfant, inactive, veuve)**, est particulière. Elle est isolée sur le plan familial. Sa famille vit en Algérie et sa belle-famille, qui la tient pour responsable du décès de son mari, a rompu les liens avec elle. Elle n'avait pas vécu de retour précoce auparavant et se l'est vu ici conseiller, alors qu'elle aurait souhaité se reposer au moins un jour de plus à la maternité. Non remise du deuil de son mari, elle a vécu difficilement son séjour et l'arrivée de l'enfant. Néanmoins elle avait prévu avant la naissance, pour ses enfants et elle, le ravitaillement alimentaire pour 2 semaines, et était déchargée de cette tâche lors de son retour chez elle. Elle a été soutenue le jour du retour par une de ses 2 amies, l'autre gardait les 3 enfants aînés.

3.3. Les jours suivants : l'adaptation

3.3.1. *Partage des tâches hétérogène, inégalitaire, qui repose sur la mère*

Manon (21 ans, 1^{er} enfant, aide à domicile, peintre) : Au niveau des tâches de leur foyer, avant et après la grossesse, elle s'occupe du ménage et de « l'administratif », mais il arrive que son conjoint l'aide pour d'autres tâches, telles que les courses qu'ils font ensemble. C'est elle qui s'occupe majoritairement de leur enfant, mais ils ont pris l'habitude de lui donner le bain ensemble. Des services sont régulièrement rendus au sein de la famille : elle emmène sa belle-mère au travail quand son beau-père est malade, sa belle-mère garde le bébé ponctuellement quand elle a un rendez-vous.

Nora (34 ans, 4^e enfant, inactive, veuve) a reçu de la part de ses 2 amies alternativement tous les repas traditionnels durant une semaine. Elle a néanmoins dû cuisiner des plats simples pour ses enfants qui n'apprécient plus les plats algériens depuis le décès de leur père.

Martha (41 ans, 4^e enfant, intérimaire, intérimaire), qui « gère tout », a continué de s'occuper de son intérieur, mais a délégué les tâches extérieures au père de ses enfants (conduites d'école) ou à une amie et à une de ses sœurs (courses).

Maryam (27 ans, 3^e enfant, inactive-inactif) est en conflit latent avec sa belle-mère voisine qui ne lui propose aucune aide spontanément et elle reçoit peu de soutien de son conjoint, qui s'occupe seulement des conduites des enfants le matin en alternance avec une belle-sœur. Elle gère ainsi seule le ménage, les courses et les retours des enfants en fin de journée. Les belles-sœurs sont, elles aussi, mères de 3 à 4 enfants, donc peu disponibles pour l'aider. C'est toujours Maryam qui s'est levée la nuit pour s'occuper du nourrisson qu'elle allaite. Finalement elle dit avoir trouvé un soutien auprès des professionnels, sage-femme, puéricultrice et médecin traitant.

3.3.2. *Une organisation parfois imposée*

Les traditions culturelles ont entraîné parfois pour les mères des situations qu'elles n'ont pas bien vécues. Nous avons vu le cas de Maryam, originaire du Maghreb, qui a reçu de très nombreuses visites chez elle, y compris le jour même du retour, qui ont généré du travail supplémentaire.

Dans une autre culture, celle de l'Asie du Sud-est, **Eugénie (20 ans, 1^{er} enfant, cuisinière, cuisinier)**, dépendante de ses beaux-parents chez qui elle vit et de l'organisation de l'habitat, s'est retrouvée peu autonome pour gérer son enfant, voire culpabilisée pour les attitudes qu'elle avait envers lui, comme son choix de ne pas l'allaiter, ou de le sortir de la maison trop tôt selon

leurs représentations. Les repas et certains achats ont été réalisés par les beaux-parents, ce qu'elle a modérément apprécié : très satisfaite du matériel donné en cadeau pour l'enfant, elle a trouvé que les potages traditionnels « prescrits » pour 2 semaines (« *pour que tout soit bien rétabli* ») ne lui suffisaient pas, le gingembre utilisé en grande quantité ne lui a pas convenu non plus (« *potage au gingembre, thé au gingembre, tout au gingembre !* »). Elle qui aime cuisiner n'a pu se préparer aucun repas. Ce qui a aussi posé problème, c'est que les travaux de leur chambre n'étant pas terminés, le couple et le bébé dormaient dans le salon. Aucun moyen de se retirer, de s'isoler, et les gens restaient jusque 2 à 3 h du matin, surtout les week-ends (« *les thailandais, les Laotiens, quand ils parlent, ils parlent fort... mais très, très fort... Du coup, bah j'avais peur pour la petite, je me suis dit... Mais elle dormait !* »). La naissance de la petite fille a été un événement très fêté dans cette famille, parce qu'il y avait eu beaucoup de garçons, a relaté Eugénie. Elle a surtout regretté le manque d'affirmation de son conjoint face à ses parents. Elle a été contente néanmoins d'avoir été déchargée des tâches ménagères assurées par sa belle-famille, organisation encore présente au moment où nous nous sommes rencontrées.

3.3.3. Le nouveau-né

Pour les plus jeunes mères, le vécu semble plus difficile : les deux jeunes femmes, devenues mères pour la première fois, ont été confrontées au décalage entre leurs attentes et la réalité ; l'image de la mère épanouie, prédominante dans la société occulte les problèmes que toute mère peut rencontrer. Peu ou mal préparées à l'arrivée de l'enfant, elles ont éprouvé une forme de désenchantement. Manon l'a très bien relaté, avec l'expression de sa tristesse lors du séjour à l'hôpital (son bébé était particulièrement surveillé pour son poids) et de sa crainte de mal faire. Elle avait pourtant tout prévu avec son conjoint avant la naissance et s'est rendu compte que les préparatifs ne correspondaient pas aux préconisations des professionnels (exemple du tour de lit déconseillé). Eugénie, qui avait moins anticipé sur ce plan, a été plutôt confrontée aux traditions familiales vécues comme pesantes. Néanmoins, elles ont apprécié l'aide matérielle ou domestique de l'entourage, quand elle s'est présentée.

Les plus âgées comme Nora, Martha, Stéphanie mettent en avant leur expérience pour s'occuper de leur dernier-né. Nora par exemple a reçu une visite rapide de la sage-femme et précise n'avoir eu aucune question à lui poser.

3.3.4. *Les aides*

Elles ont reçu peu d'aide extérieure. Parce qu'elle est devenue veuve au cours de sa grossesse, et depuis cela, en rupture avec sa belle-famille pourtant proche géographiquement, la PMI a instauré pour *Nora (34 ans, 4^e enfant, inactive)* la présence d'une aide-ménagère avant la naissance pour faire du ménage et quelques courses, mais elle s'estime très seule et vit encore très difficilement la disparition de son mari. C'était en effet lui qui gérait toute l'organisation extérieure au foyer : les courses, les démarches administratives, les conduites d'école, toutes tâches qui lui incombent maintenant.

Aucune autre femme de ce groupe n'a eu recours à une aide-ménagère. Les aides proposées par l'entourage n'ont pas toujours correspondu aux attentes des mères (Eugénie, typiquement). Certaines disent avoir souhaité être indépendantes, autonomes dans la gestion de leur famille (Martha, Stéphanie, Élodie), et expriment avoir apprécié la distance avec l'entourage.

Conclusion

Il semble y avoir une prise en compte toute relative par l'entourage d'éventuelles difficultés rencontrées par les mères selon elles. Celles-ci n'ont pas toujours eu l'occasion de s'exprimer sur le moment (Maryam, Eugénie), et le regrettent (Manon). D'autres ont choisi elles-mêmes de maintenir une distance avec l'entourage (Martha, Élodie)

Mais toutes déclarent avoir trouvé une personne sur qui elles ont pu compter. Pour Martha ou Nora, une amie s'est occupée des enfants aînés, a fait des courses ou amené des repas. Concernant Safia et Stéphanie, leurs maris ont assuré des activités ménagères et la gestion des enfants durant les deux premières semaines. Élodie a pu compter sur sa famille (habitant à 30 minutes) pour venir la chercher et la soutenir moralement, et sa fille aînée de 10 ans a participé, à son niveau, au ravitaillement alimentaire, en allant effectuer des achats dans le supermarché tout proche. Enfin, Eugénie, hébergée chez ses beaux-parents a été déchargée d'une partie de l'organisation, mais dans un contexte de tension familiale.

La majorité d'entre elles avait pu anticiper l'arrivée de l'enfant et leur retour au domicile après la naissance.

La difficulté résidait aussi, pour les « primimères », dans la confrontation à la réalité de la naissance et dans la rupture avec l'idéal construit au cours de la grossesse, sous l'influence des discours dominants et commerciaux.

4. Une non-organisation ? : les isolées et précaires

Ce groupe, composé de 7 familles, a connu plus de difficultés que les autres lors du retour à domicile. Ces familles présentent des caractéristiques particulières, parfois communes, qu'il semble intéressant de comprendre pour rendre compte de l'effet du raccourcissement du séjour en maternité.

En quoi le RPDA est-il un élément important dans ces situations ? Est-ce que le RPDA a exacerbé ces difficultés ?

4.1. Les familles : classes défavorisées, précaires

Tableau 20 : Composition des familles avec répartition des niveaux de revenus, des PCS et des niveaux d'études pour le groupe des « isolées et précaires »

Familles de	Âge	Nb total d'enft	Âge au 1 ^{er} enfant	Niveau revenus de famille	Travail				Formation ou niveau d'études	
					Elle	PCS	Lui	PCS	Elle	Lui
Jessica	23	4	18	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	Lycée (2 ^{de}) puis début de cap coiffure non fini	BEP maçonnerie
Mélanie	25	4	18	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	Lycée (1 ^{re}) puis niv. BEP sanitaire et social	?
Juliette	21	2	18	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	Lycée prof. (1 ^{re})	3 ^e
Safia	37	4	30	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	Niv. Terminale	Collège
Aissata	41	7	28	Faible	SP	Inactif	/	/	Pas d'école	/
Audrey	22	5	16	Faible	SP	Inactif	SP	Inactif	CAP pressing non obtenu	2 CAP nettoyage industriel et cuisine
Coralie	21	1	21	Modeste	Secrétaire	Employé	Agent d'entretien	Employé	Niv. Bac STG	Bac prof. maçon-coiffeur

Les 7 femmes de ce groupe ont entre 21 et 41 ans. La majorité d'entre elles a eu son premier enfant entre 16 et 22 ans et 4 parmi elles l'ont eu avant 18 ans. 5 femmes ont au plus 25 ans. Elles ont toutes arrêté l'école avant le baccalauréat. Et la moitié des conjoints sont titulaires d'un diplôme de niveau IV ou V selon la nomenclature relative aux diplômes établie par l'éducation nationale et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche⁸⁰. Le niveau de revenu des familles est majoritairement faible (elles bénéficient des minima sociaux, d'aides au logement et des prestations familiales) excepté pour un couple à revenus modestes.

⁸⁰ <http://m.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid72872/nomenclature-relative-au-niveau-de-diplome.html>

Hormis Coralie et Juliette, âgées de 21 ans, qui viennent d'avoir leur premier ou deuxième enfant, elles sont toutes mères de famille nombreuse (3 à 7 enfants), dont 3 très jeunes.

Selon les dires des mères, la question du retour précoce semble avoir été peu envisagée par elles-mêmes et les professionnels durant la période prénatale : l'entrée dans le dispositif a-t-elle été sollicitée par elles ou alors leur a-t-elle été imposée ? Pour certaines, la barrière de la langue aurait peut-être rendu la communication un peu plus difficile, mais les 2 femmes concernées (Safia, Aissata) avaient déjà vécu des retours précoces et n'envisageaient pas les choses autrement.

Pour d'autres, la question d'une sortie au 2^e jour était évidente, bien que le sujet ait été peu ou pas abordé avec les professionnels. Plusieurs d'entre elles sont confrontées à des difficultés sociales importantes (suivi des enfants par les services sociaux, problèmes conjugaux et/ou familiaux, isolement), qui laisse supposer que d'autres préoccupations majeures interfèrent avec l'arrivée de l'enfant et qu'elles souhaitent prendre de la distance avec le système sociosanitaire.

En général, les femmes de ce groupe précisent que les tâches domestiques leur reviennent. Ainsi, *Jessica (23 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)* précise que son mari ne l'aide pas à la maison, elle-même explique que comme « *il ne faisait pas comme [elle] voulait* », elle « *préférerait* » tout gérer seule (mais a-t-elle réellement le choix ?). Ce qu'elle avait anticipé par exemple, ce sont « *les affaires pour l'école de [ses] enfants* », elle avait « *tout prévu (...) donc [son] mari était tranquille en fait* ».

Notons également, que 2 de ces femmes sont sans conjoint : un vivant dans un autre pays (Aissata) et un n'habitant pas en permanence avec elle (Mélania).

4.2. Le jour du retour : une improvisation plus ou moins réussie

Quelques-unes se sont retrouvées relativement isolées le jour du retour chez elles.

Concrètement pour elles, il s'agit alors par exemple d'effectuer des courses en sortant de maternité (Mélania, Audrey, Coralie), de préparer le repas et faire manger les autres enfants (Mélania) ; activités qu'elles auraient probablement réalisées dans le cadre d'un séjour prolongé, mais le contexte de la moindre récupération après la naissance est à prendre en compte.

Certaines ont trouvé ponctuellement de l'aide auprès d'une voisine, d'une amie qui a pu préparer le repas et faire quelques achats de dernière minute, ou de l'entourage qui s'implique ainsi un peu plus (Aissata, Audrey) dans la situation du retour avec l'enfant.

4.3. Les jours suivants : parer au plus pressé

4.3.1. Le nouveau-né deviendrait-il un poids ?

Toutes ont l'expérience de s'être occupées d'enfants, soit pour la majorité parce qu'elles sont déjà mères, soit comme Coralie, parce qu'elle s'est occupée de ses neveux très régulièrement, ce qui est déjà retrouvé chez Gojard (2010). L'expérience est mise en avant pour ce groupe de mères. Certaines ont été enceintes sans l'avoir vraiment désiré (Jessica, Audrey, Mélanie), jeunes mères de nombreux enfants (4 et 5 enfants) et ayant des ressources limitées : **Jessica (23 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)** : « *Mais avec mon mari, y a pas eu de souci, on a tout de suite accepté, y a pas eu de problème en fait...* », **Mélanie (25 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)** qui s'est retrouvée enceinte sous contraception peu de temps après son précédent accouchement (11 mois d'écart entre les 2 naissances), alors qu'elle a une santé fragile (antécédent d'accident vasculaire cérébral) ou **Audrey (22 ans, 5^e enfant, inactive, inactif)** qui s'est rendu compte tardivement de son état de grossesse, à la fin du 1^{er} trimestre. Elles entrent de fait dans la catégorie famille nombreuse ou très nombreuse, et elles sont repérées par les services sociaux, ces contextes prescrivant un suivi par les services de PMI. L'anticipation concernant l'enfant est aléatoire : des achats (couches, lait) ont été effectués après la naissance.

4.3.2. Isolement social

Certaines sont particulièrement isolées, peu entourées, vivant quasiment en « vase clos » avec leur famille. La situation de Safia est révélatrice de ce que vit ce groupe de femmes : **Safia (37 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)** est en couple. Son mari, sans emploi, participe à certaines tâches du foyer comme faire les courses, aller chercher les enfants à l'école régulièrement (surtout au début). La charge de l'enfant dernier-né incombe totalement à la mère, qui déclare ne pas avoir d'amie. Elle reste relativement distante de sa famille et de sa belle-famille qui habitent les villes voisines. Elle ne souhaite pas avoir l'aide de femmes du quartier. C'est néanmoins une voisine qui, disposant du téléphone, prend ses éventuelles communications (dont la mienne pour la contacter). Hormis pour son premier enfant, elle a toujours vécu les retours précoces à domicile et espère pouvoir encore bénéficier de ce dispositif pour un autre enfant, parce qu'elle peut être rapidement près des siens.

4.4. À distance : un équilibre instable

Jessica (23 ans, 4^e enfant, inactive, inactif) avait donné l'impression d'une personne harassée lors de notre première rencontre à la maternité. Elle a expliqué lors du second entretien être peu

entourée, voire isolée : elle sollicite sa mère une fois par mois pour effectuer un ravitaillement, et elle est en conflit avec sa fratrie. Mère de 4 enfants de 5 ans, 3 ans, 20 mois et le nourrisson, elle se sent débordée. Le 3^e enfant ne dort pas bien, elle a des nuits entrecoupées par de multiples réveils avec l'arrivée du dernier enfant. Elle précise au moment de l'entretien, 6 semaines après la naissance : « *J'ai déjà des journées bien remplies, on va dire. Avec quatre enfants en bas âges... j'arrive à gérer, mais voilà quoi, c'est tout pile on va dire, tout juste... un peu plus, et je pense que ce serait dur quand même...* ».

4.4.1. L'aide-ménagère refusée systématiquement

Audrey (22 ans, 5^e enfant, inactive, inactif) évoque la proposition de l'aide-ménagère qui lui avait été faite durant la grossesse pour permettre le repos recommandé, mais elle l'a refusée : « *même pendant la grossesse, on m'a proposé : "Vous savez que vous avez le droit..." J'ai dit : "Bah non, ça m'intéresse pas !". Mais [la sage-femme] m'a dit : "Bah c'est pour vous hein !..."* » (...) *Parce que je voulais faire moi-même. Je sais très bien comment je fais mes trucs..., moi j'aime pas qu'y ait quelqu'un qui vienne faire mon ménage à ma place, hein* ».

4.4.2. La barrière de la langue : un « handicap » ?

La barrière de la langue constitue un handicap relatif pour certaines femmes. **Safia (37 ans, 4^e enfant, inactive, inactif)** et **Aissata (41 ans, 7^e enfant, inactive, inactif)** sont arrivées en France à l'âge adulte ; elles rencontrent quelques difficultés de compréhension de la langue française et disent être sur la réserve avec les professionnels de santé. Elles ne sont guère accompagnées par leur famille (ou belle-famille) restée dans le pays d'origine ou ne vivant pas tout près de chez elles ou bien avec qui elles ne sont pas en bons termes. Elles sont toutes deux de niveau socio-économique très modeste. Elles ont peu ou pas fréquenté l'école. Aissata est sans conjoint (vivant à l'étranger), mais elle a une personne proche, également mère, qui la soutient, en apportant par exemple les repas durant la 1^{re} semaine de retour à domicile. Safia sort très peu et son mari fait l'interface avec l'extérieur. Ces 2 femmes semblent donc assez isolées, particulièrement lors de leur retour après la naissance.

Conclusion

Le groupe présenté ici connaît de multiples difficultés, subit un « cumul de handicaps » (Bresson, 2007 a) que l'arrivée de l'enfant met en situation encore plus instable. Les difficultés sociales importantes qu'elles rencontrent sont liées à des situations particulières, mais qui présentent des similitudes sur plusieurs points pour quelques-unes : des ressources très

modestes, un isolement (barrière de la langue, conjoint peu présent), une santé problématique, ou le conflit qui rendent difficiles l'anticipation, la disponibilité, l'organisation du retour à domicile.

Certaines, qualifiées de « fragiles » au sens que lui donne Paugam (1991) (incertitude des revenus), évoluent, avec le nombre d'enfants et le suivi social vers la catégorie des « assistés », engageant une prise en charge « lourde » par l'institution (Paugam, 1991), bien que certaines tentent de prendre de la distance.

Par ailleurs, le contrôle social est marqué pour plusieurs familles nombreuses, sous la forme de visites de la PMI, dont il leur est difficile d'échapper, malgré les efforts de certaines. D'autre part, aucune n'a sollicité ou obtenu d'aide-ménagère.

L'isolement dont elles ont témoigné lors des entretiens paraît peu ou non perçu par les services hospitaliers.

Nous pouvons ajouter une problématique intersectionnelle pour certaines, catégories de dominées en fonction de la classe sociale, le sexe, l'origine. Des femmes de ce groupe subissent les effets conjugués de ces discriminations, particulièrement perceptibles au moment du retour à domicile après la naissance.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre nous permet de comprendre que l'organisation familiale qui se déploie à la sortie de maternité autour du couple mère-enfant, après un court séjour en maternité, est aléatoire selon les familles. Des phénomènes de régulations se mettent en œuvre dans l'espace domestique (Pennec, Le Borgne-Uguen et Douguet, 2014, p. 7), dépendantes des ressources des familles (Déchaux, 2009, p 47 – 49). Cette organisation au moment de la naissance est très liée à l'implication, l'investissement du conjoint et à sa disponibilité à ce moment, mais elle est aussi dépendante du soutien reçu de la part du réseau familial et/ou amical, qui peut éventuellement compenser la moindre disponibilité du père. La place des pères est fonction de l'investissement qu'il compte avoir pas la suite auprès de leurs familles et de leurs enfants, mais aussi fonction des pressions professionnelles éventuelles, fonction de la disponibilité possible avec l'exercice professionnel (Benoit 2005).

Il est important de noter que l'existence de mésententes antérieures au sein de la famille, et les difficultés sociales constituent un poids certain dans cette organisation, qui devient plus incertaine, voire précaire, selon l'anticipation, toujours réfléchi par la mère.

Adeline (28 ans, 2^e enfant, infirmière, enseignant) traduit bien ainsi les difficultés liées au retour à domicile, difficultés renforcées par le peu de repos et d'anticipation de l'organisation : « *Quand on est à la maternité, on nous sert le repas, on nous nettoie la chambre, tout ça... Quand on revient à la maison, c'est toutes ces choses-là qui sont quand même là, je veux dire : il va falloir faire à manger, il va falloir donner le bain à l'aîné, il va... donc voilà, il faut quand même être prêt à ça et oui, je pense que ça dépend vraiment de chacun et une sortie précoce peut être aussi, je pense, source d'angoisse si on n'a pas réfléchi à tout ça. On a besoin d'aide quand même quand on vient d'accoucher, donc faut vraiment le sentir...* ».

Nous avons constaté que les classes supérieures et les plus précaires avaient connu une organisation plus difficile que les familles de classes moyennes, mais nous retrouvons ici à l'instar de Déchaux (1994), que les milieux aisés sont plus facilement aidés, « en dépit de la plus grande dispersion de leur réseau de parenté », que les classes plus modestes.

Nous avons relevé également que peu de familles ont recours à une aide pour le ménage, sauf pour trois qui ont reçu les services d'une TISF ou d'une aide-ménagère, instaurés durant la grossesse par la PMI, et sauf pour un couple de classe supérieure qui utilisait, déjà avant la naissance, les services d'une femme de ménage.

Enfin, au moment des entretiens, soit en moyenne, 4 à 6 semaines après la naissance, aucune mère n'a déclaré qu'un congé parental était prévu pour l'un ou l'autre membre de leur couple. À distance, justement, les effets de cette organisation sont variables en fonction des soutiens reçus. Ainsi, les mères dont les conjoints ou la famille étaient très présents disent avoir perçu une moindre fatigue, et même si des problèmes de santé sont apparus parfois pour la mère ou l'enfant, l'adaptation leur a semblé satisfaisante, grâce aussi au relais familial.

Plusieurs mères déclarent qu'il a fallu un mois pour prendre leurs repères et trouver une organisation qui convienne à toute la famille avec les éventuels horaires de l'école et le travail du conjoint. Avec le recul, **Manon (21 ans, 1^{er} enfant, aide à domicile, peintre)** estime que le phénomène de la naissance du point de vue de la mère a été trop standardisé : « *on dit tellement ça, bah c'est autre chose, c'est normal... Je vois pour mon copain, c'est pas... c'est normal..., enceinte : c'est normal ! Faut faire attention, mais c'est tout ! Après, l'accouchement... je sais pas si les gens, ils se rendent compte... de la fatigue, de tout (...) on a trop banalisé ça !... (...) ils se rendent pas compte, ils disent : "c'est normal !"... bah c'est quand même fatigant quoi, c'est pas... j'ai... je fais pas semblant quoi... ».*

Enfin, il est important de rappeler que les familles isolées et précaires connaissent à distance un équilibre, qu'elles-mêmes parfois jugent instable.

Conclusion générale

La naissance est marquée par le paradoxe d'une médicalisation importante, et de la volonté d'un désinvestissement hospitalier de la période postnatale. Les dispositifs d'accompagnement au retour à domicile ne constituent pas une démedicalisation mais plutôt un transfert de l'hôpital vers le réseau social des familles et les professionnels de la santé, qui doit permettre la poursuite d'une surveillance des mères et des familles. Mais, à l'issue de ce travail, il apparaît d'une part que les dispositifs étudiés ne sont pas complètement appliqués selon les recommandations et que d'autre part, ils ne sont pas adaptés à l'ensemble des familles rencontrées. En effet, les familles s'engagent à accepter la visite de professionnels de santé à domicile, en l'occurrence les sages-femmes, pour entériner le retour précoce à domicile de la mère avec son enfant. L'organisation actuelle des sorties de maternité, d'origine institutionnelle, devient pour certaines familles source de difficultés importantes puisque les critères de référence pour valider un retour précoce à domicile sont essentiellement médicaux, même si la notion de « bas-risque » psychique et social doit être prise en compte selon les textes officiels. En pratique, la question semble échapper aux professionnels en milieu hospitalier.

Dans une première partie de la thèse, nous avons montré que ce sont pour des raisons économiques que le RPDA a été mis en œuvre. En effet, les politiques publiques actuelles, la réorganisation des structures hospitalières, la rationalisation des soins ont, depuis quelques années, favorisé la réduction des séjours hospitaliers, et en particulier en maternité, pour les mères et leur enfant après la naissance. Les critères de sélection d'entrée dans les dispositifs d'accompagnement à domicile sont, de fait, principalement médicaux, et l'inclusion est proposée et validée par les professionnels de santé pour les familles identifiées sans risque. Les femmes et leur famille sont censées être informées, mais plusieurs études, dont la nôtre, montrent qu'il s'agit d'un point encore problématique, ne répondant pas en cela aux préconisations de la HAS (Douguet Vilbrod, 2016 a, p. 77). De plus, l'objectif de rentrer chez soi conduit sans doute certaines femmes à minimiser leurs difficultés.

Nous avons pu toutefois affirmer que malgré la délégation de tâches à l'extérieur de l'hôpital, le RPDA permet au système sociosanitaire de garder une mainmise, de continuer d'exercer une forme de contrôle sanitaire mais aussi social sur les mères et leur famille puisque l'accès au domicile est rendu obligatoire. Cependant, notre étude montre que selon les conditions sociales des mères (capital économique, culturel, présence d'un conjoint et de l'entourage), la possibilité

de contourner ou d'aménager ce contrôle est plus ou moins aisée. En outre, la relation des familles préétablie avec les professionnels conditionne la bonne mise en œuvre du dispositif d'accompagnement au retour à domicile.

Les raisons de la mise en œuvre des dispositifs

La médicalisation de la naissance a historiquement conduit à instituer de nouveaux professionnels qui ont centré progressivement leur attention, leurs préoccupations sur l'enfant à naître et moins sur la femme qui l'a porté, ce qui amène Knibiehler (2016, p. 48) à affirmer qu'à partir des années 1970-80, « le fœtus prend la vedette ». Cette médicalisation s'est élaborée concomitamment avec le développement d'une nouvelle discipline centrée sur la naissance, la médecine périnatale (avec ses dimensions : obstétricale, puis néonatale et enfin fœtale plus récemment), et du déploiement d'une politique nataliste avec l'évolution de la société sur son rapport au corps et sur son regard sur l'enfant. La naissance est alors passée « d'un monde villageois, féminin, coutumier, convivial et dangereux à un univers rassurant, mais aussi masculin, froid et impersonnel, soucieux des impératifs techniques, mais oublieux des femmes, de leurs croyances et de leurs traditions » (Faure, 1998, p. 57). Nous pouvons ainsi dire à l'instar d'Angeloff et Gardey (2015) que le corps des femmes, spécifiquement le « corps gestant et reproductif », a été « l'objet d'observation et d'intervention privilégié depuis la fin du XVIII^e siècle en Occident » et de fait, est devenu un « objet médical par excellence ».

Le langage commun véhicule le fait que la grossesse, l'accouchement ne sont pas des « maladies » (en contradiction avec l'esprit du système de santé). En revanche, la période postnatale, considérée comme moins « risquée », est « abandonnée » par le système de santé et les professionnels, presque laissée-pour-compte. La conception du risque, prédominante dans le système français jusqu'à la naissance, induit une attention moindre sur la période postnatale. En effet, la notion de risque afférente à la prise en charge obstétricale a amené à ne considérer la grossesse et la naissance comme normales qu'a posteriori, et à médicaliser à l'excès l'accouchement en rationalisant le travail des femmes et en uniformisant les pratiques. Le déplacement des lieux de naissance du domicile aux maternités, des lieux privés vers des structures publiques, l'évolution de l'organisation de la périnatalité convertissant la « maternité-institution » en « maternité-réseau » (Charrier et Clavandier, 2015, p. 108) a permis d'améliorer la sécurité de la naissance et la qualité des soins. Cependant les résultats en termes de mortalité infantile, en termes de prévention des risques, en termes d'accompagnement psychologique et social ou du handicap ne sont pas satisfaisants (Blondel et Kermarrec, 2011, Douguet et

Vilbrod, 2016 a). Tous les objectifs fixés par les plans successifs n'ont donc pas été atteints (Puech, 2015).

L'approche contemporaine de la naissance en France a, dans le même temps, rendu difficile le « colloque singulier » entre la femme enceinte (ou la parturiente ou l'accouchée) et le professionnel de santé ; elle a également favorisé l'instauration d'un contrôle social sur les usagers, contrôle qui permet d'adapter les politiques pro-natalistes et sociales. Ainsi cette transformation du paysage médico-social, a favorisé le passage « d'une dimension privative et familiale de la naissance à une dimension institutionnelle et médicalisée. Elle n'est plus pensée et vécue comme un fait privé, mais comme relevant d'un fait public » (Charrier et Clavandier, 2015, p. 40).

Avec la mise en œuvre des RPDA et du PRADO, surtout pour des raisons économiques, mais aussi à la demande de certains usagers, l'hôpital peut déléguer plusieurs de ses fonctions hors de son champ d'activité : la fonction hôtelière est reportée sur la famille, mais aussi plus ou moins sur la mère qui vient d'accoucher (et n'est pas toujours complètement remise de la naissance), selon l'implication du conjoint ou du réseau de parenté ; la fonction médicale est renvoyée aux sages-femmes libérales et aux médecins généralistes pour ce qui concerne la santé de la mère et de son enfant ; la fonction sociale peut être remplie par tous les intervenants, mais reste une compétence des services de PMI, en lien avec l'hôpital.

Avec l'« externalisation » des prises en charge soignantes (Kaufmann, 1995, p. 14), on en arrive actuellement à une sollicitation et une implication forte des usagers dans certains gestes techniques, à une quasi-professionnalisation de certaines mères, en particulier pour l'allaitement (formation de mères en PMI, pour les associations de soutien à l'allaitement maternel). Elles « internalisent » finalement des fonctions autrefois dédiées au secteur professionnel.

Les effets des dispositifs sur les mères

Bien que la période post-natale soit considérée par le milieu médical comme moins à risque pour les accouchées, il n'en résulte pas moins pour elles certains effets physiques et émotionnels qui nécessitent un temps de récupération, sans compter celui consacré à l'enfant nouveau-né. La maternité, lieu de repos, lieu de répit, avec ses horaires de visites contrôlés, et l'investissement quasi exclusif des mères pour leur dernier-né, ne représente plus dorénavant pour elles, qu'un bref passage (Tillard, 2002 a).

Sur le plan domestique, les mères et les familles, se voient alors plus ou moins rapidement confrontées à la reprise des tâches quotidiennes, selon l'organisation préexistante ou selon l'entente familiale. Nous sommes loin du temps de retrait pour l'accouchée pour une durée de 40 jours (Pourchez, 2016, p. 90), à l'écart des activités domestiques et parentales (concernant les autres enfants), « sorte de congé postnatal qui protège la mère et l'enfant pendant la vulnérabilité du post-partum » (Knibiehler, 2003), et dont la cérémonie, ou rite des relevailles, à l'issue de cette période signifiait que « la mère était "relevée" et pouvait réintégrer le groupe social » (Pourchez, 2005). Nous sommes bien loin aussi des recommandations de l'« ancienne », de la « femme-qui-aide » au moment de la naissance du début du XXe siècle (Verdier, 1979, p. 99) ou plus tard, de celles des grands-mères dans les années 1930, qui faisaient respecter la tradition au moment de la naissance d'interdire « de poser le pied par terre pendant huit jours » (Knibiehler, 2016), ce qui impliquait une organisation autour de l'accouchée pour les soins à la mère et à l'enfant, pour le reste de la fratrie, pour les tâches ménagères. S'il est vrai que, d'un point de vue médical, la position strictement couchée a depuis été reconnue comme néfaste pour les accouchées, elle représentait l'assurance d'un moment de repos. Les sages-femmes assuraient alors les suites de couches durant les neuf visites minimales dédiées à la mère et à l'enfant alors préconisées par la loi française.

De nos jours, les visites à domicile ont un objectif médical, mais sont aussi l'enjeu d'un contrôle social qui ne dit pas toujours son nom. Certaines familles l'ont cependant bien perçu, puisqu'elles tentent de diverses manières de s'y soustraire, en ne recourant pas aux dispositifs institutionnels, en sollicitant plutôt leur expérience ou l'entourage pour des conseils d'ordre sanitaire ou en essayant de limiter le nombre de visites à domicile. L'intérêt de la localisation à Roubaix du terrain de recherche a permis une prise en compte plus importante du contexte social. En cela, la difficulté liée aux aléas de la recherche d'un terrain s'est finalement muée en un avantage.

Les problématiques éventuellement rencontrées par les mères, de quelque ordre qu'elles soient (sociales, psychiques, et évidemment médicales), sont censées être prises en compte dans le cadre des dispositifs, mais de quels moyens les professionnels de santé disposent-ils pour les évaluer ? Et les familles elles-mêmes, ont-elles envie de les mettre au jour, sous peine d'être « disqualifiées », « stigmatisées » (Paugam, 1991, Bresson, 2007 a, Warin, 2010, 2015) ? Il n'en reste pas moins que ces difficultés peuvent constituer des « handicaps » lors du retour à domicile. Particulièrement, la faible disponibilité du conjoint, l'absence de soutien familial ou amical, doublé de l'absence de recours à une aide professionnelle, mais aussi la précarité

financière ou la monoparentalité, qui constituent deux marqueurs d'un « risque social » (Martin, 1997, p. 13 – 23).

Par ailleurs, la parentalité est actuellement très encadrée par le système sociosanitaire (Neyrand, 2011). Elle fait l'objet de recommandations, de surveillance et de contrôle avec des enseignements devenus nécessaires pour apprendre le métier de parent (Verjus et Vogel, 2009), le métier de mère (Gojard, 2010). Et nous rejoignons Cresson (2007) pour souligner qu'il existe donc un « double discours » : d'une part, les compétences parentales sont dites présentes et reconnues, mais d'autre part, elles devraient être encouragées, voire renforcées à l'aide de programmes spécifiques d'éducation avant et après la naissance.

Des familles, particulièrement les plus nombreuses et de classes sociales moins favorisées, évitent les recours institutionnels et ne reçoivent pas certaines informations qui pourraient être utiles pour le moment du retour chez elles, en termes d'organisation ou de conseils de santé. Mais elles témoignent ainsi de la défiance qu'elles manifestent vis-à-vis des professionnels de santé et des acteurs sociaux, cherchant à échapper à l'« assistance différenciée » de la PMI par exemple (Serre, 1998), pour maintenir ou retrouver une forme d'autonomie par rapport aux injonctions institutionnelles (Siblot et al., 2015).

Et finalement dans les milieux populaires qui manifestent une certaine résistance à la médicalisation et au pouvoir institutionnel, le recours aux savoirs profanes reste de mise. Nous l'avons vu dans notre corpus, la mobilisation des savoirs est diverse. Elle est majoritairement profane chez les mères ayant déjà l'expérience de la maternité et qui cherchent à se mettre à distance du système de soins ; elle est plutôt professionnelle chez les familles venant d'avoir un premier enfant, ou chez les mères ayant déjà elles-mêmes un savoir professionnel tiré de leur formation dans le domaine de la santé ou dans celui de la petite enfance.

Plusieurs études menées dans des pays occidentaux ont montré qu'il y a peu d'anticipation pour l'arrivée d'un enfant de la part des parents, qui peuvent se sentir abattus, ayant peu de connaissances pour les soins à donner à l'enfant ou les ayant oubliés, perdus avec des discours professionnels potentiellement contradictoires, avec le sentiment d'avoir perdu leur qualité de vie antérieure (Cresson, 2010). Ce phénomène est plus ressenti par les femmes que par les hommes, car elles voient leur charge de travail augmenter avec une aide relative de la part de leur conjoint (Romito, 1990). Elles reçoivent également peu d'aides et ne les sollicitent pas car elles estiment devoir assumer seules les besoins de leur enfant (Cresson, 2010). La naissance est source de changement, elle nécessite une réorganisation sociale autour de la famille et fait

l'objet de négociations en son sein et avec les professionnels. Pourrait-on parler de construction sociale négociée avec la mise en œuvre de ces dispositifs d'accompagnement au retour à domicile après la naissance (Baszanger, 1986) ?

L'important finalement, pour de nombreuses femmes rencontrées, est de trouver rapidement une « routine », une forme de stabilité dans la vie de tous les jours ; et cela conforte certaines mères, plutôt les multipares, dans leur volonté de rentrer chez elles plus rapidement. Malgré un processus parfois improvisé, les résultats montrent une adaptation variable de beaucoup de mères et de leur famille. Nous avons cependant pu constater, pour plusieurs femmes en situation de vulnérabilité sociale, conjugale ou psychique plus ou moins importante, que les retours précoces à domicile, alors peu anticipés et anticipables, semblaient avoir engendré une difficulté supplémentaire qui n'est probablement pas sans conséquence, témoignant de l'influence des facteurs socio-économiques sur la construction des inégalités de santé (Lombrail et Pascal, 2005). Dans certaines situations rencontrées, le suivi par la PMI, qui est régulièrement mis en œuvre préalablement ou secondairement à la naissance, a permis de faire face à ces difficultés, mais n'est pas toujours bien accueilli ni accepté par les familles.

D'autre part, nous avons remarqué qu'un certain nombre de femmes ont cessé l'allaitement après la dernière visite à domicile et que les associations de soutien à l'allaitement sont relativement peu sollicitées par les personnes rencontrées. Pourrait-on l'expliquer comme une réaction à l'injonction contemporaine d'allaiter à laquelle elles n'auraient pu se soustraire à la maternité ?

L'entourage, une place à prendre.

Avec la diminution de la durée des séjours hospitaliers et le « virage ambulatoire » pris par le système de santé, l'implication des familles est de plus en plus nécessaire et même sollicitée. Cresson (2006) nous rappelle que « le travail domestique de soins des familles coûte beaucoup moins cher, quand il n'est pas simplement gratuit, que celui des professionnels ».

Dans certaines situations, la future naissance a permis de renouer, du moins durant ce temps, des liens distendus ou simplement espacés, voire a permis de transmettre un savoir empirique puisque la future mère est informée, rassurée, préparée pour la naissance par ses sœurs ou mère. Le travail de soins profanes est alors pluridimensionnel (Cresson, 2006) : en direction de la mère ou de l'enfant, soins médicaux ou psychologiques. L'aide apportée ou envisagée comporte ainsi une dimension affective, qui fait appel aux ressources émotionnelles, une dimension

cognitive avec les ressources intellectuelles, comprenant l'éducation, une dimension matérielle, avec certaines fournitures préparées, une dimension normative, en validant un comportement correspondant aux « modèles et normes ». Une « capacité à se soigner » est ainsi donnée aux usagers (Fainzang, 2012), ici les mères et leur entourage.

Les familles actuelles connaissent de nouvelles configurations, entre « célébration de l'individualisme et promotion de l'autonomie », mais en assurant « liens et continuités » avec la parentèle, elles correspondent au « nouvel esprit de famille » (Attias-Donfut, Lapierre, Segalen, 2002, p. 9 ; Déchaux, 2009, p. 91 – 111). Et nous l'avons vu ici, au moment de la naissance, les familles sont productrices de soins aux mères, au nouveau-né, à la fratrie éventuelle. Les grands-mères particulièrement sont souvent sollicitées pour de l'aide dans le cadre du travail domestique, pour des fonctions de *caring* ou pour la transmission de conseils. La naissance est donc un moment de cristallisation, de révélation des liens familiaux. Ainsi, nombreuses sont les femmes à être entourées, mais pas la totalité. Un quart des mères de famille interrogées se trouvent en difficulté dans le cadre des retours précoces à domicile car elles sont touchées par la « vulnérabilité relationnelle », qui qualifie un réseau de proximité ténu, fragile ou absent (Martin, 1997, p. 13 – 23). De Koninck et Disant, (2010) rappellent qu'il est important de contextualiser « ce déterminant de la santé qu'est la famille » : « le fait d'être isolé ou de ne pas l'être, n'a pas le même impact selon l'histoire de l'individu, sa condition économique et sociale, mais aussi son milieu de vie ». Nous avons en effet observé que l'accompagnement après la naissance dans le cadre des raccourcissements des séjours en maternité est, dans les situations où l'entente existe et où il n'y a pas de conflit, le moment d'un renforcement du réseau familial, particulièrement entre mère et fille et/ou entre sœurs. Ce réseau caractérisé, comme le souligne Déchaux (1996), par sa « polyvalence » et sa « plasticité » (adaptation et personnalisation), sollicité pour sa « confiance présumée », son « accessibilité » (proximité, permanence des liens, disponibilité) et sa « gratuité », semble finalement plus présent auprès des mères que les dispositifs institutionnels mis en œuvre par l'État. Nous voyons ici mise en œuvre la solidarité familiale, cette « économie non-monnaire, dont les pouvoirs publics ont pris conscience du caractère irremplaçable » ainsi que l'écrivait déjà Martin en 1995.

L'organisation de l'accompagnement du retour à domicile après la naissance est ainsi l'objet de négociation entre professionnels et usagers, avec une relation de soin asymétrique malgré le « pacte de confiance » éventuellement établi entre soignant et patient (Pennec, Le Borgne-Uguen et Douguet, 2014, p. 10). Mais cet accompagnement est aussi l'enjeu de négociation entre professionnels (Strauss, 1963 ; Baszanger, 1992 ; Schweyer, 2000 ; Calvez, 2014).

Les professionnels

Nos entretiens nous ont amenée à considérer l'effet de ces dispositifs sur les pratiques professionnelles. Les reports de l'activité de suites de couches vers le domicile modifient en effet le cadre des interventions professionnelles à domicile. Ce travail de thèse a permis d'obtenir une image indirecte de ces recompositions professionnelles par l'intermédiaire des préférences des familles pour certains professionnels (sage-femme libérale, médecin généraliste ou PMI).

Les suivis à domicile constituent une conversion récente du modèle hospitalier vers le secteur libéral et nécessitent une appropriation de ces pratiques par les sages-femmes, alors que la tradition de la visite à domicile avait disparu. Elle est plutôt du fait de sages-femmes plus jeunes qui cherchent un exercice libéral (Douguet et Vilbrod, 2016 b, p. 130). Il est donc possible de s'interroger sur le rôle des professionnels au moment du retour à domicile : ont-ils réellement pris la mesure des besoins, parfois certes non exprimés par les mères et les familles ? La réponse est équivoque et dépend de multiples critères.

Nous l'avons vu, des femmes, relativement à l'aise avec le système sociosanitaire, prennent des initiatives en direction des professionnels, sollicitant par exemple des rendez-vous supplémentaires par rapport au cadre préconisé. D'autre part, quelques mères se sont vu proposer par des sages-femmes un suivi à domicile étalé sur plusieurs semaines. Souvent le contact avait été établi avant la naissance, des rencontres dans le cadre de consultations ou de séances de préparation à la naissance avaient eu lieu, ainsi que le préconise la HAS dans ses recommandations sur le retour à domicile (HAS, 2014 c).

D'autres, plus distantes pour différentes raisons, n'ont pas fait cette démarche, mais nous avons pu constater, d'après leurs discours, que le suivi devait parfois s'adapter aux disponibilités des professionnels et n'était pas toujours en adéquation avec les besoins potentiels des familles, confirmant l'implication modérée de la part de certains professionnels de la naissance pour la période postnatale. Certaines femmes vont d'ailleurs privilégier le recours au médecin traitant, avec lequel une relation de confiance est construite, peut-être de longue date.

Notons également que l'investissement par les sages-femmes de l'activité postnatale ne fait pas l'unanimité parmi elles. Une des raisons est l'engagement financier qu'elles doivent assumer pour certains achats de matériels obligatoires, par exemple pour un accompagnement RPDA. D'autres motifs sont retrouvés dans une enquête menée par un des syndicats de sages-femmes

en 2012, l'UNSSF : le suivi à partir du 3^e jour ne constitue pas une priorité pour certaines, d'autres préfèrent privilégier l'accompagnement global (suivi du début de grossesse jusqu'au retour à domicile) de leurs patientes et ne pas se voir imposer un suivi de mères qu'elles n'ont pas connues avant la naissance (UNSSF 2012). A cette époque, seules 14 % des sages-femmes effectuaient plus de 4 visites chez les mères. La valorisation financière des actes postnatals n'est pas non plus satisfaisante aux yeux des professionnelles, compte tenu du temps que ces consultations à domicile nécessitent.

La sélection « rigoureuse » préconisée par la HAS concernant les femmes à « bas-risque » médical, psychologique ou social pour valider un retour précoce à domicile n'est pas opérée de manière adéquate pour toutes par manque d'information, parfois du fait des familles. Mais est-elle bien du ressort des soignants ? Les critères d'éligibilité aux dispositifs et les paramètres de surveillance proposés par la HAS restent très médicaux du fait de la notion de risque, transversale à la pratique médicale française pour la prise en charge de la naissance. Bien que l'on sache que 80 % des naissances ne présentent pas de complication, les questions sociales et psychologiques sont moins envisagées, parfois peu dévoilées par les familles. Par ailleurs, nous rappelle Schweyer (2014, p. 37), « l'échange social peut ne pas être recherché » par le médecin, mais peut-il l'être dans les conditions actuelles du fonctionnement hospitalier où la rentabilité, la productivité sont mises en avant, au détriment de « l'échange, de la réciprocité, voire de l'engagement mutuel » (ibid.) ?

Les professionnels médicaux se voient donc de plus en plus attribuer des compétences psychosociales (entretien du 4^e mois, consultations prénatales, visites à domicile...), alors que la formation initiale n'y met pas toujours spécifiquement l'accent selon les filières, plutôt tournée vers l'approche diagnostique, thérapeutique et technique. Par ailleurs, l'entretien du 4^e mois, qui permet d'appréhender la situation globale des couples pour préparer la naissance et l'après-naissance, est dans les faits peu réalisé, dans moins d'un quart des cas selon l'enquête nationale périnatale 2010 (Blondel et Kermarrec, 2011). Cet entretien, qui doit être long, n'est pas uniformisé dans les pratiques hospitalières.

Les dispositifs relèvent pour partie de la négociation du soin avec certaines femmes : « j'accepte l'accompagnement à domicile si je peux rentrer plus vite chez moi ». Mais est-ce toujours la place de la sage-femme d'être auprès des mères ? Probablement oui, pour les premiers jours. Mais il est important de noter que l'aide-ménagère, à laquelle très peu de familles ont recours, est une disposition peu proposée par les soignants, alors qu'elle est identifiée dans le parcours

de soins proposé par la HAS. Dans les rares cas où cela s'est présenté dans notre étude, ce sont les professionnels (souvent de PMI, peut-être plus confrontés aux réalités familiales avec les visites à domicile) qui ont signé le certificat spécifiant l'intérêt d'une aide-ménagère pour une femme enceinte ou une accouchée. Duriez (1995, p. 148) rappelle que le recours à une intervention familiale à domicile peut être perçu comme un risque par la femme : elle peut se sentir dévalorisée dans sa compétence domestique, aux yeux de ses enfants et de son conjoint, ce qui peut expliquer le non-recours à cette aide après la naissance. Peut-être faudrait-il réfléchir avec les mères et les familles sur les conditions d'accueil d'une aide-ménagère ? Faut-il l'instaurer pour certaines, sous peine de stigmatisation ? Ou pour toutes ? Ainsi certains pays, tels les Pays-Bas, ont institué après la naissance, la présence d'une aide-familiale (« kraamverzorgster ») tous les jours pendant 8 à 10 jours, plusieurs heures par jour. Akrich (2007) précise que celle qu'elle qualifie d'« assistante maternelle » « vient s'occuper des tâches ménagères et aider les jeunes parents dans leurs premiers contacts avec leur enfant : allaitement, bain, soins divers, etc. L'organisation permet que l'arrivée de l'enfant se fasse sans ruptures, ni rupture de lieu, ni rupture "d'ambiance" ».

Il est alors possible de se poser la question concernant la notion d'accompagnement : est-ce que le terme d'accompagnement est adapté pour les dispositifs proposés aux femmes, alors qu'il est utilisé régulièrement dans le cadre de l'intervention sociale (accompagnement vers l'emploi, accompagnement à la parentalité). Les dispositifs d'accompagnement au retour à domicile après la naissance proposent donc un suivi qui se veut personnalisé, individualisé, correspondant aux attentes de chaque famille, donc avec une part « d'humanité », mais qui apparaissent comme assez standardisés, la relation soignant-soigné restant limitée pour la plupart, de l'ordre de la surveillance plutôt que de l'accompagnement.

Par ailleurs, il est possible de s'interroger sur l'accès aux dispositifs. Des femmes et des familles n'entrant pas dans les critères d'éligibilité se retrouvent potentiellement moins « accompagnées » lors du retour chez elles après un séjour peut-être un peu plus long. Est-ce que ce type d'organisation cible bien les personnes qui nécessitent un accompagnement ? Prioriser les familles sans aucun problème est-il pertinent ? Est-ce que les inégalités ne sont pas plus flagrantes dans ce cadre ?

Nous pouvons dire que le délaissement des femmes et de leur famille, voire leur « abandon » pour certaines, par le système de soins, se situe à plusieurs niveaux : au niveau macro, la politique gouvernementale avec la production des recommandations d'accompagnement n'est

pas en faveur d'un soutien prolongé (médical ou domestique) ; au niveau méso, l'institution hospitalière, centrée sur la période anténatale et la naissance, ne met pas la priorité sur « les suites », la période postnatale ; au niveau micro, l'investissement des intervenants au moment du retour à domicile reste limité, pour des raisons multiples que nous avons vues. Le système de santé l'a bien compris puisque l'existence d'un réseau autour de la mère et de son enfant fait partie des conditions exigées, mais difficilement évaluables, pour une sortie de maternité après un séjour écourté. Le réseau familial est identifié par les pouvoirs publics pour prendre la place laissée par le système de soins.

L'après-naissance, un phénomène trop banalisé ?

Ainsi, à l'instar du discours d'une de nos enquêtées, Manon (entretien 41, 21 ans, 1^{er} enfant, aide à domicile, peintre), on pourrait dire que le phénomène de la naissance, du point de vue de la mère, a été trop banalisé et que les fatigues, les émotions liées à la naissance et à l'arrivée d'un enfant sont trop peu prises en compte par le système de soins, par la société actuelle. Il est de plus en plus demandé à la femme reproductive d'être à nouveau et rapidement productive, de reprendre ses activités de mère, de femme et éventuellement de professionnelle.

Certaines familles, avec des ressources personnelles, familiales, amicales, plus ou moins « riches de tout », vivent ces retours de façon satisfaisante, voire très satisfaisante, parce que leur entourage et l'organisation prévue leur permet de s'octroyer ce temps de récupération. Les caractéristiques de ces familles sont la présence quasi permanente d'un conjoint et/ou un réseau très solide durant une période relativement longue (3 semaines à 1 mois), un capital de culture médicale ou sociale, permettant d'avoir une relation moins asymétrique avec les professionnels, utile pour se sentir prête à solliciter une aide si besoin lors du retour précoce, une anticipation du retour sur le plan organisationnel, éventuellement un contact anténatal avec la sage-femme. L'expérience d'avoir vécu la maternité est une aide notable lors du retour précoce à domicile, la mobilisation des connaissances pluridimensionnelles également. Finalement, ces familles « riches de tout » présentent le tableau presque idyllique qu'avait espéré la HAS pour présenter les avantages d'un retour précoce (argumentaire, mars 2014, p. 16).

Cependant, à l'issue de notre étude, nous avons constaté qu'un tiers des femmes ne pouvait se targuer d'être bien entourée, d'être à l'aise avec le milieu sociosanitaire ; certaines d'entre elles cumulaient même plusieurs handicaps (isolement, pauvreté, violence...) (Bresson, 2007 a), pourrait-on alors les nommer « pauvres de tout » ?

Ce dispositif qui nous est aussi présenté par les pouvoirs publics comme une demande des usagers, nous montre qu'il n'est pas adapté à toutes les catégories de familles. Le terrain de recherche, Roubaix, nous a servi à le montrer, bien qu'il n'ait pas été notre premier choix. Le terrain initialement choisi nous aurait peut-être permis d'avoir un corpus socialement plus varié que le nôtre. Il pourrait être alors intéressant, dans une prochaine recherche, de porter notre regard sur des environnements urbains et socio-sanitaires différents.

Pour cette thèse, nous avons choisi d'interroger les usagers, mais ces dispositifs ont aussi de nombreux effets sur la pratique des professionnels, qu'ils pourraient être intéressants de solliciter, en particulier sur l'approche psycho-sociale qui leur est demandée. Et quels sont les effets des dispositifs sur leurs conditions de travail ? Quelles sont les tensions qui existent entre ce que souhaitent les sages-femmes et ce que les dispositifs préconisent ?

Dans notre société, la naissance est envisagée comme un choix, puisque les moyens existent pour son contrôle et sont censés être accessibles et disponibles. La maternité reste cependant un révélateur de l'inégalité face à la maîtrise de la contraception par exemple ou de l'asymétrie des relations existant entre femmes et hommes, entre soigné et soignant au moment de l'accès à la parenté et lors de l'attribution des tâches du travail domestique de santé (Cresson 1995).

Dans le modèle médical qui prédomine pour l'organisation des retours à domicile, les facteurs psychologiques et sociaux ne semblent pas assez pris en compte, ou alors dans les cas majeurs. Les difficultés autres que médicales vécues par les femmes et leur famille ne sont pas ou peu recherchées par les professionnels de santé, hormis par les services de PMI. Cependant, une partie des familles cherche à échapper à son contrôle, car elles constituent une catégorie presque surinvestie sur le plan social. Alors le suivi proposé au moment de la naissance est-il vraiment égalitaire ? Les anthropologues de la médecine et de la santé en s'interrogeant sur l'anthropologie de la souffrance se sont questionnés de longue date à ce sujet sur la « violence structurelle, politique, institutionnelle, professionnelle et historique », source « de formes variées de souffrance qui sont toutes productrices tantôt de détresse, tantôt d'inégalités profondes et dans un nombre non négligeable de cas de maladies » (Saillant et Genest, 2006, p. 1-19).

Peut-on alors encore parler de socioparésie du système de santé telle que la définit Mann (1998), comme le fait d'éviter d'aborder les « conditions du niveau sociétal (...), cette

réticence et cette inaptitude à travailler directement sur les racines sociales des problèmes de santé ». La santé publique focalise alors son attention sur l'individu et non sur la société. Cette socioparésie est perceptible indirectement dans le système de cotation des actes de l'hôpital : « les outils hospitaliers de mesure de l'activité cernent mal les activités de prise en charge induites par les populations précaires alors que l'enjeu financier n'est pas négligeable. L'hôpital se trouve pris dans une contradiction majeure : répondre à tous les besoins sanitaires sans discrimination et, en même temps, équilibrer son budget en recherchant le recouvrement systématique de toutes les créances » (Schweyer, 2000). Aussi, la rationalisation des soins ne tend-elle pas à uniformiser les pratiques et à omettre de prendre en compte les particularités de chacun, bref à faire le creuset de l'inégalité sociale ?

Bibliographie

Adam P., Herzlich C. (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, coll. 128, éd. Armand Colin, Paris, 2011.

Agence de développement et d'urbanisme de Lille Métropole (ADULM), « Mobilités Résidentielles et paupérisation. Objectiver la contribution des mobilités résidentielles à l'appauvrissement des quartiers », *Etude*, Lille, juin 2016.

Akrich M., « Soins périnataux : avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau », *Journal de Gynécologie Obstétrique*, 1998, 27/2, p. 197 – 204.

Akrich M., « La péridurale, un choix douloureux », *Cahiers du Genre*, 1999, p. 17 – 48.

Akrich M., « L'Observatoire des usagers sur la périnatalité », *Rapport MIRE — Centre de Sociologie de l'Innovation*, 2002.

Akrich M., « Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas », *La Santé de l'homme*, 391, septembre-octobre 2007, p. 45 – 47.

Akrich M., « Le Ciane, un collectif hybride dans le monde de la périnatalité », *Revue de médecine périnatale*, 2, 2010, p. 197 – 202.

Akrich M., Pasveer B. (a), « La sécurité de la naissance en France et aux Pays-Bas : coordonner par la technique ou par l'organisation ? », *Revue française d'administration publique*, 1995, p. 575 - 584.

Akrich M., Pasveer B. (b), « De la conception à la naissance. Comparaison France/Pays-Bas des réseaux et des pratiques obstétriques », *Rapport Centre de Sociologie de l'Innovation-MIRE*, 1995.

Akrich, M., Pasveer, B., *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, éd. Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1996.

Amsellem – Mainguy Y., « Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes », *Thèse de sociologie*, Université R. Descartes, Paris V, 2007.

Angeloff T., Gardey D., « Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud », *Travail, genre et sociétés*, 2015/2, 34, p. 31 – 38.

Anxo D., Flood L., Kocoglu Y., « Offre de travail et répartition des activités domestiques et parentales au sein du couple : une comparaison entre la France et la Suède ». *Economie et statistique*, 352-353, 2002, p. 127 – 150.

Arborio A-M., Fournier P., « L'observation directe », série *L'enquête et ses méthodes*, coll. 128, 2e éd., éd Armand Colin, Paris, 2005.

Ariès P., Duby G. (dir.), *Histoire de la vie privée, De la Première Guerre mondiale à nos jours*, vol. 5, coll. Histoire, éd. du Seuil, 1999.

Arnal M., « Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement », *Genre, sexualité & société*, [En ligne], 16, Automne 2016.

Attal-Toubert K., Vanderschelden M., « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et résultats* n° 679, février 2009

Attias-Donfut C., Lapierre N., Segalen M., *Le nouvel esprit de famille*, éd. Odile Jacob, Paris, 2002.

Avril C., Cartier M., Siblot Y., « Les rapports aux services publics des usagers et agents de milieux populaires : quels effets des réformes de modernisation ? », *Sociétés contemporaines* 58/2, 2005, p. 5 – 18.

Bachimont J., « Les “soins hospitaliers à domicile” entre démedicalisation et medicalisation du domicile », in Aïach P., Delanoë D. (dir), *L'ère de la medicalisation, Ecce homo sanitas*, coll. Anthropos « sociologiques », éd. Economica, Paris, 1998, p. 175 – 209.

Badinter E., *Le conflit. La femme et la mère*, éd. Flammarion, Paris, 2010.

Bajos N. et al., « Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France », *Population* 2004/3 (Vol. 59), p. 479 – 502.

Bajos N. et al., « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population et Sociétés*, 492, Institut National d'Études Démographiques, septembre 2012.

Baszanger I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, 27-1, p. 3 – 27.

Baszanger I., « Introduction, les chantiers d'un interactionniste américain », in Strauss A., *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionniste*, coll. Logiques Sociales, éd. L'Harmattan, Paris, 1992, p. 11 – 63.

Battut A., *Les sorties précoces postnatales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral, Étude réalisée en Île-de-France*, mémoire sage-femme cadre, 2007.

Bauer D., « Le temps des parents après une naissance », *Études et résultats*, 486, avril 2006.

Bauer D., « Entre maison, enfant(s) et travail : les diverses formes d'arrangement dans les couples », *Études et résultats*, 570, avril 2007.

Bauer D., « L'organisation familiale après la naissance », *Actualité et dossier en santé publique*, 61 – 62, décembre 2007 – mars 2008, p. 66 – 71.

Beaud S., Weber F., *Guide de l'enquête de terrain*, coll. Grands repères, éd. La découverte, Paris, 2010.

Beauvalet-Boutouyrie S., *Naître à l'hôpital au XIXe siècle*, éd. Belin, Paris, 1999.

Beauvalet-Boutouyrie S., Berthiaud E., *Le Rose et le bleu. La fabrique du masculin et du féminin, cinq siècles d'histoire*, coll. Histoire, éd. Belin, Paris, 2016.

Beck U. (1986), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, coll. Champs essais éd. Flammarion, Paris, 2008.

Becker H. (1963), *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Editions Métailié, 1985.

Becker H. (1998), *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, coll. Grands repères, éd. La Découverte, Paris, 2002.

Belghiti J., Kayem G., Dupont C., Rudigoz R-C., Bouvier-Colle M-H., Deneux-Tharoux C., «Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case control study», *British Medical Journal Open*, 1, 2011.

Benoit A., « Tous pareils, les pères ? Le rapport à la paternité peut-il expliquer le rapport au temps des pères ? » *Lien social et Politiques* 54, 2005, p. 25 – 37.

Bessière S., « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1, 2005.

Bidart C., Degenne A., Grossetti M., *La vie en réseau. Dynamique des relations sociales*, Presses universitaires de France, coll. Le lien social, Paris, 2011.

Birman C., *Au monde. Ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte...*, éd. La Martinière, Paris, 2003.

Blanchet A., Gotman A., *L'entretien*, coll. 128, 2^e éd. Armand Colin, 2007.

Blondel B., Kermarrec M., Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Direction Générale de la Santé, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, *Enquête nationale périnatale. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, mai 2011.

Boltanski L., « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 26^e année, N. 1, 1971, p. 205 – 233.

Bonnet D., Pourchez L., « Postface. Pour une anthropologie de la petite enfance appliquée à la santé. La médicalisation de la petite enfance », in Bonnet D., Pourchez L. (dir.), *Du soin au rite dans l'enfance*, éd. érès et IRD, 2007, p. 297 – 302.

Bonvalet C., « La famille-entourage locale », *Population* 2003/1, 58, p. 9 – 43.

Bouffartigue P., « La division sexuée du travail professionnel et domestique : quelques remarques pour une perspective temporelle », *Lien social et Politiques* 54, 2005, p. 13 – 23.

Bourdieu P., *Le sens pratique*, éd. de Minuit, Paris, 1980.

Bourdieu P., Passeron J.-C., *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, éd. de Minuit, Paris, 1970.

Bourgeois dite Boursier L., *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés suivi de Instructions à ma fille, 1609*, éd. Côté-femmes, Paris, 1992.

Bréart G., Puech F., Rozé J.C., *Rapport de la mission « périnatalité »*, 13 septembre 2003.

Bresson M. (2007 a), *Sociologie de la précarité*, coll. 128, éd. Armand Colin, 2^e éd., Paris, 2013.

Bresson M. (b), « La pauvreté est-elle encore une question sociologique d'actualité ? Un enjeu de définition, de méthode et de théorie », *Pensée plurielle* 2007/3, 16, p. 9 – 17.

Bresson M., « La précarité : une catégorie d'analyse pertinente des enjeux de la norme d'emploi et des situations sociales “d'entre-deux” », *SociologieS, Débats, La précarité*, [En ligne] 11 avril 2011.

Bresson M., « La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux », *Informations sociales* 2012/1, 169, p. 68 – 75.

Bresson M., « Les temps des précaires. Paradoxes et enjeux », in *Le temps dans les sciences sociales. Temporalités plurielles et défis de la mesure*, éd. Karthala, Paris, 2016.

Bresson M., Messu M., « Les échelles territoriales de l'intervention sociale : enjeux et défis d'une mutation profonde », *SociologieS, Dossiers : Les échelles territoriales de l'intervention sociale*, [En ligne] 10 novembre 2014.

Brousse C., « Travail professionnel, tâches domestiques, temps “libre” : quelques déterminants sociaux de la vie quotidienne », *Économie et statistique*, 478 – 479 – 480, 2015, p. 119 – 154.

Brugailles C., Sebille P., « Le partage des tâches parentales : les pères, acteurs secondaires », *Informations sociales* 2013/2, 176, p. 24 – 30.

Brugailles C., Sebille P., « Partage des activités parentales : les inégalités perdurent », *Politiques sociales et familiales*, 103, 2011, p. 17 – 32.

Burton-Jeangros C., « Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts », *Recherches familiales* 2006/1, 3, p. 16 – 25.

Burton-Jeangros C., Widmer E., Lalive d'Épinay C., *Interactions familiales et constructions de l'intimité. Hommage à Jean Kellerhals*, éd. L'Harmattan, Paris, 2007.

Cahen F., « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale* 2014/1, 7, p. 34 – 57.

Calvez M., « La négociation du soin et la situation de maladie. Questions pour la sociologie médicale, » in Pennec S., Le Borgne-Uguen F., Douguet F. (dir.), *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2014, p. 41 – 50.

Cardi C., « La figure de la “mauvaise mère” dans la justice des mineurs. La représentation de la déviance maternelle dans les dossiers de mineurs ayant fait l’objet d’une mesure de placement », in Knibiehler Y., Neyrand G. (dir.), *Maternité et parentalité*, éd. de l’Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2004, p. 69 – 82.

Carol A., *Histoire de l’eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIXe – XXe siècle*, éd. du Seuil, Paris, 1995.

Caron-Leulliez M., « L’accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XXe siècle », *Spirale* 2008/3, 47, p. 21 – 26.

Carricaburu D., « Les sages-femmes face à l’innovation technique », in Aïach P et Fassin D. (dir), *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, coll. Sociologiques, éd. Anthropos, Paris, 1994, p. 281 – 308.

Carricaburu D. et Ménoret M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, coll U, éd. Armand Colin, Paris, 2004.

Carricaburu D., « De la gestion technique du risque à celle du travail : l’accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 47, 2005, p. 245 – 262.

Carricaburu D., « De l’incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d’une définition », *Sociologie et sociétés*, vol 39, 1, 2007, p. 123 – 144.

Castel R., *L’Insécurité sociale. Qu’est-ce qu’être protégé ?*, coll. La République des idées, éd. du Seuil, Paris, 2003.

Castel R., *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l’individu*, éd. du Seuil, Paris, 2009.

Cavillon M., Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES), « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d’effectifs », *Études et résultats*, 791, mars 2012.

Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion (CRESGE), *La pauvreté dans le Nord-Pas de Calais. Des situations contrastées et des phénomènes qui persistent Diagnostic réalisé dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, Lille, octobre 2013.

Champagne C., Pailhé A., Solaz A., « Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans ? », *Économie et statistique*, 478 – 479 – 480, 2015.

Champy F., *La sociologie des professions*, éd. Presses Universitaires de France, Paris, 2009.

Champy F., « Le rôle des ordres : quelles missions pour quelles professions ? », *Constructif*, 30, novembre 2011.

Chapoulie J.-M., « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, 14 – 1, 1973, p. 86 – 114.

Charrier P., « Des hommes dans une profession “traditionnellement” féminine : choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes », in Guichard-Claudic Y., Kergoat D., Vilbrod A., *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement*, éd. Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2008, p. 231 – 241.

Charrier P., Clavandier G., *Sociologie de la naissance*, éd. Armand Colin, 2013.

Charrier P., « Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance », *Recherches familiales* 2015/1,12, p. 71 – 83.

Chaupain-Guillot S., Guillot O., Jankeliowitch-Laval É., « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV », *Economie et statistique*, 469 – 470, 2014, p. 169 – 197.

Clavandier G., Charrier P., « La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? », *Recherches familiales*, 2015/1, 12, p. 165 – 174.

Coenen-Huther J., Kellerhals J., von Allmen M., *Les réseaux de solidarité dans la famille*, éd. Réalités Sociales, Lausanne, 1994.

Coldefy M., Lucas-Gabrielli, V., « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011 », *Questions d'économie de la santé*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 175, avril 2012.

Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), « Sortie de maternité et bien-être des femmes », *Enquête sur les accouchements*, 4, novembre 2012.

Collectif Rosa Bonheur, « Comment étudier les classes populaires aujourd'hui ? Une démarche d'ethnographie comparée », *Espaces et sociétés*, 1, 156 – 157, 2014, p. 125 – 141.

Collectif-Rosa-Bonheur, « Centralité populaire : un concept pour comprendre pratiques et territorialités des classes populaires d'une ville périphérique », *SociologieS, Dossiers, Penser l'espace en sociologie*, [en ligne] 16 juin 2016.

Collet M., Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Études et résultats*, 660, septembre 2008.

Combier E., de Pourvoirville G., *Périnatalité : l'évolution des pratiques médicales en France*, éd. La Mutualité, 1999.

Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Evaluation des Risques, *EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe, Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : a blueprint for action, (Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action)*, Luxembourg, 2004.

Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016*, Paris, 2016.

Cossart P., Talpin J., *Lutte urbaine, Participation et démocratie d'interpellation à l'Alma-Gare*, éd. du Croquant, Paris, 2015.

Cour des comptes, « La politique de périnatalité », *Rapport public annuel 2005*.

Cour des comptes, « Chapitre VI, Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale 2011*, septembre 2011 p. 173 – 198.

Cour des comptes, « La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation », *Rapport public annuel*, 2012

Cour des comptes, « Les maternités. Cahier 1 : analyse générale », *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, décembre 2014.

Cresson G., *Le travail domestique de santé, analyse sociologique*, éd. L'Harmattan, Paris, 1995.

Cresson G. (a), « La place des parents dans l'hospitalisation à domicile, approche sociologique des soins aux enfant mucoviscidosiques » », *Rapport*, 1997.

Cresson G. (b), « La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? », in *Sociétés contemporaines*, 25, 1997. p. 45 – 65.

Cresson G., « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle », *Recherches familiales* 2006/1, 3, p. 6 – 15.

Cresson G., « Tensions et paradoxes du devenir parent », *Actualité et dossier en santé publique*, 61 – 62, décembre 2007 — mars 2008, p. 78 – 79.

Cresson G., « Entre famille et santé. Pour une sociologie des interrelations entre deux institutions », in Cresson G et Metboul M. (dir.), *Famille et santé*, éd. Presses de EHESP, Rennes, 2010, p. 285 – 300.

Cuñat F., « Dépasser le collage des mondes ? », in David M., Duriez B., Lefebvre R., Voix G., *Roubaix, 50 ans de transformations urbaines et de mutations sociales*, éd. Presses Universitaires du Septentrion, 2006, p. 237 – 254.

Darmon M., « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 2005/1, 58, p. 98 – 112.

Dauphin S., « Parentalité et politique de la famille », *Politiques sociales et familiales*, 118, décembre 2014.

David M., « Roubaix et l'immigration », in David M., Duriez B., Lefebvre R., Voix G., *Roubaix, 50 ans de transformations urbaines et de mutations sociales*, éd. Presses Universitaires du Septentrion, 2006, p. 205 – 221.

Davie E., Mazuy M., « Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement », *Population* 2010/3, 65, p. 475 – 511.

De Koninck M., Disant M. J., « Inégalités de santé et influence du milieu familial », in Cresson G et Metboul M. (dir.), *Famille et santé*, Presses de EHESP, Rennes, 2010.

De Pauw C., « Prise en charge des personnes précaires en médecine générale : un levier dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? », *Thèse de sociologie*, Université Lille 1, 2012.

Déchaux J.-H., « Les échanges dans la parenté accentuent-ils les inégalités ? » *Sociétés contemporaines*, 17, Mars 1994. p. 75 – 90.

Déchaux J.H., « Les services dans la parenté : fonctions, régulation, effets », in Kaufmann J.C. (dir.) *Faire ou Faire-faire ?*, éd PUR, 1996, p. 39 – 54.

Déchaux J.-H., *Sociologie de la famille*, éd. La découverte, Paris, 2009.

Décrets sur la sécurité des naissances-Journal Officiel, 235, du 10 octobre 1998.

Delaisi de Parseval G., Lallemand S. (1988), *L'Art d'accommoder les bébés*, Paris, Odile Jacob poche, 2001.

Deneux-Tharoux C., Bonnet M.-P., Tort J., « Epidémiologie de l'hémorragie du post-partum », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 43, 2014, p. 936 – 950.

Desprès C. (a), « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé*, 2013/2, 31, p. 71 – 96.

Desprès C. (b), « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie & Santé*, 6, 2013.

Desprès C., « Mettre sa santé en péril : analyse anthropologique des renoncements aux soins », *Le sujet dans la cité*, 2015/1, 4 — hors-série, p. 93 – 109.

Devetter F.-X., « La disponibilité temporelle au travail des femmes : une disponibilité sans contrepartie ? », *Temporalités* [En ligne], 4, 2006, mis en ligne le 29 juin 2009.

Dini M., *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance*, 368, Sénat, 20 février 2013.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Les médecins – Estimations de 1984 à 2000 », *Série statistiques*, 22, juillet 2001.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Les médecins au 1er janvier 2011 », *Série Statistiques*, 157, juin 2011.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Les professions de santé au 1er janvier 2011 », *Série Statistiques*, 158, juillet 2011.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « La naissance : les maternités », *Les établissements de santé*, fiche 27, 2016.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Effectifs des médecins par spécialité et mode d'exercice au 1^{er} janvier 2016*.

(<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/document.aspx?ReportId=2580>)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice*, 2016

(<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2499>).

Dodier N., Darbon S., « Eliot Freidson. La profession médicale », *Sciences sociales et santé*, 3, 1, 1985, p. 129 – 143.

Donzelot J.(1977), *La police des familles*, éd. de Minuit, Paris, 2005.

Douguet F., Vilbrod A., « Les infirmiers libéraux : singularité des trajectoires professionnelles et des pratiques de soin », in Guichard-Claudic Y., Kergoat D., Vilbrod A., *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement*, éd. Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2008, p. 273 – 282.

Douguet F., Vilbrod A. (a), « L'accompagnement des femmes au sortir de la maternité et la continuité dans les parcours de soins : quel rôle pour les sages-femmes libérales », in Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J., *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, coll. Travail du social, éd. L'Harmattan, Paris, 2016, p. 63 – 80.

Douguet F., Vilbrod A. (b), « Le métier de sage-femme libérale », in *Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), Les sages-femmes : une profession en mutation*, Paris, mai 2016, p. 121 – 147.

Douguet F., Vilbrod A. (c), « En ville : l'exercice du métier de sage-femme en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels », in *Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), Les sages-femmes : une profession en mutation*, Paris, mai 2016, p. 151 – 180.

Dourgnon P., Jusot F., Fantin R., « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie Publique*, 28 – 29, 2012/1 – 2.

Dubar C., Tripiet P., Boussard V., *Sociologie des professions*, coll. U, éd. Armand Colin, 4^e édition, Paris, 2015.

Dubos A., *Expérience d'éducation pour la santé et formation des étudiants sages-femmes : à propos du recours au service des urgences des femmes enceintes*, mémoire de Master 2, Sciences de l'éducation, Lille 3, 2012.

Dugnat M., « Pour un entretien prénatal précoce, pivot d'une prévention périnatale prévenante », *Santé Publique*, 2007/3, 19, p. 177 – 179.

Dulude D., Bélanger C., Wright J., « L'adaptation parentale à la venue d'un nouvel enfant : perspectives et prospectives », in *Canadian Psychology*, 40, 4, novembre 1999, p. 359 – 370.

Duriez B., « L'aide familiale à domicile : entre le respect et la transformation de l'organisation familiale », in Kaufmann J.C. (dir.) *Faire ou Faire-faire ?*, éd PUR, 1996, p. 141 – 54.

Duriez B., « Municipalité, patronat et organisations ouvrières : le compromis historique autour du logement et de la ville », in David M., Duriez B., Lefebvre R., Voix G., *Roubaix, 50 ans de transformations urbaines et de mutations sociales*, éd. Presses Universitaires du Septentrion, 2006, p. 69 – 83.

Durkheim E. (1897), *Le suicide*, éd. PUF, Paris, 14^e éd. 2013.

Enrico J., *Sorties précoces après accouchement : état des lieux à la maternité Paul Gellé de Roubaix en 2008-2009 : enquête prospective auprès de 141 patientes et de 100 médecins traitants*, Thèse d'exercice, Lille 2, 2009.

Esping-Andersen G., Palier B., *Trois leçons sur l'Etat-providence*, éd du Seuil et la République des Idées, 2008.

Fainzang S., *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, éd. PUF, Paris, 2012.

Fassin D., « Les politiques de la médicalisation », in Aïach P., Delanoë D. (dir.), *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, coll. Sociologiques, éd. Anthropos, 1998, p. 1 – 13.

Faure O., « La médicalisation vue par les historiens », in Aïach P., Delanoë D. (dir.), *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, coll. Anthropos « sociologiques », éd. Economica, Paris, 1998, p. 53 – 68.

Fillaut T., Hontebeyrie J., « Accoucher à domicile : de l'obligation à l'option », *La revue du Praticien*, 9, 20 novembre 2013, p. 1326 – 1329.

Foucault M., *Naissance de la clinique*, éd. PUF, Paris, 1963.

Freidson E. (1970), *La profession médicale*, éd. Payot, Paris, 1984.

Frossard M., « Régulation du système de soins », *Actualité et dossier en santé publique*, 11 juin 1995.

Garcia S., *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, éd. La découverte, Paris, 2011.

Gardey D., « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XXe siècle ? », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 37 | 2013, mis en ligne le 01 juillet 2015.

Gasquet (de) B., « Le modèle contemporain », in Gasquet (de) B., Codaccionni X., Roux-Sitruk D., Pourchez L., d'Olier F., *Bébé est là, vive Maman. Les suites de couches*, éd. R Jauze, Paris, 2005, p. 11 – 32.

Gélis J., *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne, XVIe — XIXe siècle*, éd. Fayard, Paris, 1984.

Gélis J., *La sage-femme ou le médecin, une nouvelle conception de la vie*, éd. Fayard, Paris, 1988.

Gélis J., « L'évolution des savoirs en obstétrique et en pédiatrie aux siècles classiques », in Morel M-F (dir.), *Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui*, coll. « 1001 BB », éd. Eres, Toulouse, 2013, p. 53 – 71.

Gélis J., « Un accouchement à la maison en 1761 », in Morel M-F (dir.), *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*, coll. « 1001 BB », 147, éd. Eres, Toulouse, 2016, p. 23 – 47.

Gelly M., Pavard B., « De la fabrique des militant-e-s à la fabrique des patient-e-s. Deux mobilisations des profanes : l'avortement (1972-1975) et le dépistage du sida (2007-2011) », *Genèses* 2016/1, 102, p. 47 – 66.

Giampino S. « Tout ne se joue pas avant 3 ans : une prévention psychologique précoce comme facteur de risque pour les enfants », *Bulletin de liaison*, 35 – 1, juin 2010.

Gilbert P., « Troubles à l'ordre privé. Les classes populaires face à la cuisine ouverte », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2016/5, 215, p. 102 – 121.

Goffman E. (1963), *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*, éd. de Minuit, Paris, 1975

Gojard S., « L'allaitement, une pratique socialement différenciée », *Recherches et prévisions*, 53, sept 1998, p. 23 – 34.

Gojard S., *Le métier de mère*, éd. La Dispute, Paris, 2010.

Gouirir M., « L'observatrice, indigène ou invitée ? Enquêter dans un univers familial », *Genèses*, 32, 1998. p. 110 – 126.

Greusard R., *Enceinte tout est possible*, éd. JC Lattès, Paris, 2016.

Gruson Ch., *Expérience de maternité des femmes étiquetées « handicapées mentales » : une situation liminaire permanente*, thèse de sociologie, Université de Lille 1, 2012.

Hardy A-C. et al., « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux », *Recherches familiales*, 2015/1, 12, p. 57 – 70.

Hatem M. et al. (2009) : « Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique Cochrane ». *Pratiques et Organisation des Soins* 2009/4, 40, p. 267 – 274.

Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), « Stratégie pour une politique de santé. Propositions préalables à la définition de priorités », *Rapport au ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire*, décembre 1992.

Haute Autorité de Santé (ANAES) « Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant », *Recommandations*, mai 2002.

Haute Autorité de Santé (ANAES), « Sortie précoce après accouchement — Conditions pour proposer un retour précoce à domicile », *Recommandations pour la pratique clinique*, mai 2004.

Haute Autorité de Santé (ANAES), « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme », *Recommandations pour la pratique clinique*, décembre 2004.

Haute Autorité de Santé, « Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) », *Recommandations professionnelles*, novembre 2005.

Haute Autorité de Santé, « Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum », *Recommandation de bonne pratique*, 2011.

Haute Autorité de Santé, « Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles », *Document de synthèse*, mars 2013.

Haute Autorité de Santé (a), « Maisons de naissance. Cahier des charges de l'expérimentation », *Note de cadrage*, mars 2014.

Haute Autorité de Santé (b), « Sortie de maternité après accouchement — conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », *Recommandation de bonne pratique*, 2014.

Haute Autorité de Santé (c), « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », *Méthode, Recommandations pour la pratique clinique, Argumentaire Scientifique*, mars 2014.

Haute Autorité de Santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », *Recommandations professionnelles*, mai 2016.

Hermange M-T., *Périnatalité et parentalité*, Rapport remis à Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 25 février 2006.

Herzlich C., Pierret J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, éd. Payot, Paris, 1984.

Herzlich C., Pierret J., « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 51, 1, janvier-mars 2010, p. 121 – 148.

Hoggart R. (1957), *La culture du pauvre*, éd. de Minuit, Paris, 1970.

Hontebeyrie J., « Quelques éléments de connaissance à propos du profil sociodémographique des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile », *La Revue Sage-Femme*, 12, 2013, p. 252 – 262.

Huard P., Imbault-Huart M.-J., « L'enseignement libre de la médecine à Paris au XIXe siècle », *Revue d'histoire des sciences*, 27, 1, 1974, p. 45 – 62.

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), *Rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009, Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles en France, 2007-2009*, octobre 2013.

Jacques B., « L'expérience de la maternité sous influence médicale », *Face à face*, 2, 2000.

Jacques B., *Sociologie de l'accouchement*, éd. Presses Universitaires de France, 2007.

Jacques B., « Les politiques de périnatalité et leurs effets depuis 1972 », in Morel M-F (dir.), *Accueillir le nouveau-né d'hier à aujourd'hui*, coll. 1001 bébés, éd. érès, Toulouse, 2013, p. 343 – 357.

Jaubert M.-J., *Les bateleurs du mal-joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur*, éd. Balland, Paris, 1979.

Jourdain A., « Planification et programmation des équipements », *Actualité et dossier en santé publique*, 11, juin 1995.

Kaufmann J.-C. (dir.), *Faire ou faire-faire ? Famille et services*, Presses universitaires de Rennes, 1996.

Kergoat, D., *Les femmes et le travail à temps partiel*, La documentation française, Paris, 1984.

Kergoat D., « Le rapport social de sexe de la reproduction des rapports sociaux à leur subversion », in Bidet-Mordrel A., *Les rapports sociaux de sexe*, Presses Universitaires de France « Actuel Marx Confrontations », 2010, p. 60 – 75.

Kherraz A., Kessili S., *Trente ans de politique de la ville et après ? Manquements d'une politique d'Etat, réponses locales. Exemple de la ville de Roubaix*, éd. L'harmattan, Paris, 2013.

Knibiehler Y., *La révolution maternelle. Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*, éd. Librairie Académique Perrin, 1997.

Knibiehler Y., « Grossesse et sexualité. Regards sur le passé », *Spirale* 2003/2, 26, p. 19 – 27.

Knibiehler Y., *Histoire des mères et de la maternité en occident*, coll. Que sais-je ?, éd. PUF, 2^e édition, Paris, 2004.

Knibiehler Y., « Une migration décisive », *Spirale* 2010/2, 54, p. 39 – 45.

Knibiehler Y., *Accoucher*, 2^e édition, éd. ENSP, Rennes, 2016.

Lacoste M., « Le “travail” du malade dans la consultation hospitalière », in Cosnier J., Grosjean M., Lacoste M. (dir.) *Soins et communication, Approches interactionnistes des relations de soins*, éd. Presses universitaires de Lyon, 1993.

Lacoste-Dujardin C. *Des mères contre les femmes : Maternité et patriarcat au Maghreb*, éd. La Découverte/Poche, Paris, 1996.

Lapeyre N., Le Feuvre N., « Concilier l’inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de “conciliation travail-famille” dans les professions libérales en France », *Nouvelles Questions Féministes* 2004/3, 23, p. 42 – 58.

Le Breton D., « Réflexions sur la médicalisation de la douleur » in Aïach P., Delanoë D. (dir.), *L’ère de la médicalisation*, coll. Anthropos, éd. Economica, Paris, 1998, p. 159 – 174.

Leboyer F., *Pour une naissance sans violence*, éd. Seuil, Paris, 1974.

Lefaucheur N., « La puériculture d’Adolphe Pinard », in Tort P. (dir.), *Darwinisme et société*, éd. Presses universitaires de France, Paris, 1992, p. 413 – 435.

Lefebvre R., « Introduction : Roubaix, ville-laboratoire », in David M., Duriez B., Lefebvre R., Voix G., *Roubaix, 50 ans de transformations urbaines et de mutations sociales*, éd. Presses Universitaires du Septentrion, 2006, p. 85 – 96.

Levy J., « L’urgence sociale à l’épreuve du non-recours », *Plein droit*, 2015/3, 106, p.7 — 10.

Lhuillier D., Le « sale boulot », *Travailler* 2005/2, 14, p. 73 – 98.

Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients Hôpital Patient Santé Territoire à la santé et aux territoires (dite loi HPST), 21 juillet 2009.

Loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé (dite loi Touraine), 26 janvier 2016.

Lombrail P., Pascal J., « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé* 2005/3, 8, p. 31 – 39.

Loux F., *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, coll. La tradition et le quotidien, éd. Flammarion, Paris, 1978.

Loux F. (1990), *Traditions et Soins d'aujourd'hui*, éd. InterEditions, Paris, 1995.

Lyonnais E., « Impact de la précarité dans l'établissement de la relation mère-enfant », *La revue Sage-Femme*, 15, 6, décembre 2016, p. 259 – 263.

Mann J., « Santé publique : éthique et droits de la personne », *Santé publique*, 10, 3, 1998, p. 239 – 250.

Martin C., « Solidarités familiales : débat scientifique, enjeu politique » in Kaufmann J.C. (dir.) *Faire ou Faire-faire ?*, éd. Presses Universitaires de Rennes, 1996.

Martin C., *L'après divorce. Lien familial et vulnérabilité*, éd. Presses Universitaires de Rennes, 1997.

Martin, C., « La parentalité : controverses autour d'un problème public », in Knibiehler Y., Neyrand G. (dir.), *Maternité et parentalité*, éd. ENSP, Rennes, 2004, p 39 – 54.

Martin C., « “Mais que font les parents ?” Construction d'un problème public », in Martin C. (dir.), « *Etre un bon parent* ». *Une injonction contemporaine*, éd. Presses de l'EHESP, Rennes, 2014, p. 9 – 28.

Maurey H., *Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire*, 335, Sénat, 5 février 2013.

Mazet P. (a), « La non demande de droits : prêtons l'oreille à l'inaudible », *La Vie des idées*, 1^{er} juin 2010.

Mazet P. (b), « La non demande sociale : reconnaître l'enjeu de la reconnaissance. Le non — recours à l'offre publique : analyse des phénomènes et réponses institutionnelles. Un état de la question », *Les Journées scientifiques de l'ERT Odenore*, Juin 2010.

Mazuy M., « Situations familiales et fécondité selon le milieu social. Résultats à partir de l'enquête Etude de l'Histoire Familiale de 1999 », *document de travail*, 114, Institut National d'Études Démographiques, Paris, 2002.

Méda D., Cette G., Dromel N., « Les pères, entre travail et familles [Les enseignements de quelques enquêtes] », *Recherches et Prévisions, La paternité aujourd'hui. Pratiques, implications et politiques*, 76, 2004, p. 7 – 21.

Messu M., « Parcours de vie, assistance sociale et identité », in Vrancken D., Thomsin L. (dir.), *Le social à l'épreuve des parcours de vie*, coll. Intellection 7, éd. Académia Bruylant, Louvain-la-Neuve, 2008, p. 153 – 165.

Michaels P.A., *Lamaze. An International History*, New York, Oxford University Press, 2014.

Micheau J., Havette S., « Démographie et activités des sages-femmes libérales en Île-de-France », *Rapport d'étude Plein Sens*, URPS Sages-femmes d'Île-de-France, septembre 2014

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville Haut Comité de la santé publique, *La santé en France. Rapport général*, novembre 1994.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Haut Comité de la Santé Publique, *Plan périnatalité 1994-2000, La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*, janvier 1994.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, « Décret 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique », *Journal Officiel*, 235 du 10 octobre 1998.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la santé publique, *La santé en France 1994-1998*, septembre 1998.

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire et le Haut Comité de la Santé Publique, *Stratégie pour une politique de santé*, décembre 1992.

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, *Plan « périnatalité » 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité*, 10 novembre 2004.

Ministère de la Santé et des Sports, Direction Générale de la Santé, *Évaluation du plan périnatalité 2005-2007, Rapport final*, mai 2010.

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille et Société française de pédiatrie, Programme national nutrition santé (PNNS), *Allaitement maternel. Les bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère*, février 2005.

Miot Y., « La ségrégation socio-spatiale dans la métropole lilloise et à Roubaix : l'apport des mobilités résidentielles », *Géographie, économie, société*, 2012/2, 14, p. 171 – 195.

Miot Y., « Renouveler l'habitat des quartiers anciens dans le cadre de la “Politique de la Ville” : la gentrification comme horizon ? – Les exemples de Mulhouse, Roubaix et Saint-Etienne », *Métropoles*, 13, 2013.

Molénat F., « La prévention psychologique pendant la grossesse », in Frydman R., Szejer M. (dir.), *La naissance, histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, éd. Albin Michel, 2010, p. 905 – 913.

Morel M.-F., « Histoire de la douleur dans l'accouchement », *Réalités en gynécologie obstétrique*, 67, janvier 2002, p. 31 – 34.

Morel M.-F., « Histoire de la naissance en France (XVIIIe-XXe siècle) », *Actualité et dossier en santé publique*, 61 – 62, décembre 2007 – mars 2008.

Morel M.-F., « Naître sans violence : les mutations de l'accueil du nouveau-né dans les années 1970 », *XXIVe Rencontres de Béziers : Premières séparations, premières socialisations*, 3 – 4 avril 2014.

Morel M.-F., « L'accouchement, une longue histoire », *La vie des idées.fr*, 3 septembre 2015.

Morel M.-F., « Hommage au Docteur Frédérick Leboyer (1918-2017) », *Société de la naissance*, [en ligne], 2017, <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article139> (consulté le 22 août 2017).

Moulinier C., « Synthèse des résultats de l'enquête auprès des sages-femmes libérales », *Contact Sages-Femmes*, 20, 8, juillet 2009.

Neyrand G., « La reconfiguration contemporaine de la maternité », in Knibiehler Y., Neyrand G. (dir.), *Maternité et Parentalité*, éd. ENSP, Rennes, 2004, p. 21 – 38.

Neyrand G., *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*, éd. érès, Toulouse, 2011.

Neyrand G., « Visée sécuritaire et managériale, ou soutien et accompagnement des parents : les paradoxes d'une gestion néolibérale de la famille », in Martin C. (dir.), « *Etre un bon parent* ». *Une injonction contemporaine*, éd. Presses de l'EHESP, Rennes, 2014, p. 137 – 150.

Nisand I., « Démédicaliser ou humaniser ? », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 213, 1994.

Norvez A., *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine*, coll. Travaux et Documents, 126, Institut National d'Études Démographiques, éd. Presses Universitaires de France, 1990.

Nye R. A., « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social* 2006/1 (n° 214), p. 19 – 36.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), *Les sages-femmes, une profession en mutation*, mai 2016.

Organisation Mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, 2003.

Organisation Mondiale de la Santé, *La méthode « Mère kangourou ». Guide pratique*, Genève, 2004.

Organisation Mondiale de la Santé, *mHealth, New horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on eHealth*, 3, 2011.

Paugam S., *Repenser la solidarité*, éd. Presses Universitaires de France, Paris, 2007.

Paugam S. (1991), *La disqualification sociale*, éd. Presses Universitaires de France, 5^e édition, Paris, 2013.

Pennec S., Le Borgne-Uguen F., Douguet F., « Les négociations en santé : entre souhait de développement et maintien des tensions », in Pennec S., Le Borgne-Uguen F., Douguet F. (dir.) *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, éd. Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2014, p. 7 – 23.

Peretti-Watel P., « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie* 2004/1, 45, p. 103 – 132.

Peretz H., *Les méthodes en sociologie. L'observation*, coll. Repères, éd. La découverte, Paris, 2007.

Pétillon C., « La population de Roubaix 1740-1889 : une croissance exceptionnelle », *thèse de doctorat en Histoire*, Lille 3, 1996.

Pétillon C., « Roubaix, une ville industrielle nourrie d'immigration », in M David, B Duriez, R Lefebvre, G Voix, *Roubaix, 50 ans de transformations urbaines et de mutations sociales*, éd. Presses Universitaires du Septentrion, 2006, p. 23 – 39.

Pétonnet C., *On est tous dans le brouillard*, éd. du Comité des Travaux Historiques et Scientifiques, Paris, 2012.

Philippe H.-J., Carton V., « Dix-huit consultations et entretiens pour une grossesse à bas risque : n'est-ce pas trop ? À moins d'en profiter pleinement pour une démarche de prévention mère et enfant ! », *La Revue Sage-femme*, 9, 2, avril 2010, p. 67 – 68.

Pichetti S., Sermet C., « Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2011 : éléments d'évaluation », *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, 167, Juillet-août 2011.

Pinell P., *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer, 1890-1940*, éd. Métailié, Paris, 1992.

Pinell P., « Médicalisation et procès de civilisation », in Aïach P., Delanoë D. (dir), *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, coll. Anthropos « sociologiques », éd. Economica, Paris, 1998, p. 37 – 51.

Pitrou A., *Vivre sans famille ? Les solidarités familiales dans le monde d'aujourd'hui*, coll. Epoque, éd. Privat, 1978.

Pitrou A., « Le mythe de la famille et du familial », in Kaufmann J.C. (dir.) *Faire ou Faire-faire ?*, éd Presses Universitaires de Rennes, 1996.

Pouillard J., Conseil National de l'Ordre des médecins, *Histoire de l'ordre national des médecins français*, 2004.

Pourchez L., « Refus d'allaitement à l'île de la Réunion », in Bonnet D., Le Grand-Sebille C., Morel M-F. (dir.), *Allaitements en marge*, éd L'Harmattan, Paris, 2002, p. 47 – 68.

Pourchez L., « Un exemple d'approche traditionnelle à la Réunion », in Gasquet (de) B., Codaccionni X., Roux-Sitruk D., Pourchez L., d'Olier F., *Bébé est là, vive Maman. Les suites de couches*, éd. R Jauze, Paris, 2005, p. 53 – 69.

Pourchez L., « Quand une professionnelle des sciences sociales rencontre des professionnels de la médecine : vingt ans de collaboration avec les professionnel(le)s de la santé à La Réunion », in Pourchez L. (dir.), *Quand les professionnels de la santé et des sciences sociales se rencontrent*, éd. des archives contemporaines, Paris, 2016, p. 83 – 104.

Prioux F. et al., « L'évolution démographique récente en France : les adultes vivent moins souvent en couple », *Population* 2010, 3, 65, p. 421 – 474.

Prouvost J., « Les courées à Roubaix », *Revue du Nord*, 51, 201, 1969, p. 307 – 316.

Pruvost G., « Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile », *Genre, sexualité & société* [En ligne], 16, Automne 2016.

Puech F., « Naître en France L'organisation autour de la grossesse et de la naissance », *Actualité et dossier en santé publique*, 61 – 62, décembre 2007 – mars 2008.

Puech F., Hédon B., *Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de « l'accouchement physiologique »*, 5 décembre 2012.

Puech F., « Inégalités de santé périnatale : une évaluation à améliorer », in Rey S., Danet S., Benrekassa J. (dir), *Santé périnatale : des inégalités sociales et territoriales en France*, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 6 – 7, 24 février 2015.

Puech I., « Le non-partage du travail domestique », in Maruani M., *Femmes, genre et sociétés*, coll. « L'état des savoirs », éd. La Découverte, Paris, 2005, p. 176 – 183.

Rapoport D., « La “naissance sans violence” de Frédérick Leboyer », in Morel M-F (dir.), *Accueillir le nouveau-né d’hier à aujourd’hui*, coll. 1001 bébés, éd. érès, Toulouse, 2013, p. 125 – 138.

Revil H.(a), « De la quantification du non-recours à l’identification des bénéficiaires potentiels : une connaissance utile pour le travail social », *Vie sociale* 2008/1, 1, p. 55 – 68.

Revil H.(b), « Identifier des populations en non-recours aux dispositifs de l’Assurance maladie : proposition méthodologique », *Recherches et Prévisions*, 93, 2008, p. 102 – 109.

Rode A., « La construction du ”non-recours” aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité », *La légitimité des politiques sociales en question*, Grenoble, janvier 2008.

Rollet-Echalier C., *La politique à l’égard de la petite enfance sous la IIIe République*, coll. Travaux et Documents, 127, Institut National d’Études Démographiques, Presses Universitaires de France, 1990.

Rollet C., *Les enfants au XIXe siècle*, coll. Vie quotidienne, éd. Hachette Littératures, Paris, 2001.

Rollet C., *Histoire de l’allaitement en France, pratiques et représentations*, novembre 2005, http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/histoires_allaitement/allaitement_rollet.php

Rollet C., « Les prématurés au XIXe siècle : entre humanisme et technique », in Morel M-F (dir.), *Accueillir le nouveau-né, d’hier à aujourd’hui*, coll. « 1001 BB », éd. érès, Toulouse, 2013, p. 191 – 220.

Romito P., *La naissance du premier enfant, étude psycho-sociale de l’expérience de la maternité et de la dépression du post-partum*, éd. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel (Suisse) — Paris, 1990.

Roseleur-Hubert E., *Du soin au rite en salle de naissance, une étude socio-anthropologique des pratiques hospitalières autour de l’accueil du nouveau-né bien-portant*. Mémoire de master 2, Lille 1, 2016.

Rumeau-Rouquette C., « L’effet des politiques publiques sur les résultats périnataux en France », *Santé, société et solidarité*, 1, 2004, p. 57 – 68.

Safon M-O., Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), *Historique des réformes hospitalières en France*, avril 2015.

Sage-Pranchère N., « Étude comparée de deux projets de cours d'accouchement à la fin du XVIIIe siècle », *Histoire, économie & société* 2009/2 (28^e année), p. 37 – 58.

Sage-Pranchère N., *L'école des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel. 1786-1917*, éd. Presses universitaires François Rabelais de Tours, Tours, 2017.

Saillant F., Genest S. (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, coll. Anthropos Sociologiques, éd. Economica, Paris, 2006.

Saint-Amant S., *Déconstruire l'accouchement : Épistémologie de la naissance, entre expérience féminines, phénomène biologique et praxis technomédicale*, Thèse de sémiologie, Frelighsburg, Université du Québec à Montréal, 2013.

Salanave B., de Launay C., Boudet-Berquier J., Castetbon K., « Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013) », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 27, 7 octobre 2014.

Salanave B., de Launay C., Guerrisi C., Castetbon K., « Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 34, 12 septembre 2012.

Sandre-Pereira G., « L'allaitement maternel et l'identité féminine. Le Brésil et la France », in Knibiehler Y., Neyrand G. (dir.), *Maternité et parentalité*, éd. de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2004, p. 91 – 100.

Sauvegrain P., « Pourquoi la profession de sage-femme en France n'en est pas une, au sens sociologique du terme ? », *Les entretiens de Bichat*, 2012.

Savage King F., De Benoist B., *Aider les mères à allaiter*, 2^e éd., Genève, OMS, 1996.

Scheidegger S., Vilain I., Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Études et résultats*, 552, janvier 2007.

Schwartz O., *Le monde privé des ouvriers*, éd. Presses Universitaires de France, 1990.

- Schwartz O., « Peut-on parler des classes populaires ? », *La vie des idées.fr*, 13 septembre 2011.
- Schweyer F.-X., « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, 14, 3, 1996. p. 67 – 102.
- Schweyer F.-X., « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », Cresson G., Schweyer F.-X. (dir.), *Les usagers du système de soins*, éd. ENSP, Rennes, 2000, p. 37 – 54.
- Schweyer F.-X., « Professions de santé », *Santé publique, L'état des savoirs*, éd La découverte, Paris, 2010, p. 329 – 340.
- Schweyer F.-X., « Le soin négocié, la participation des usagers et l'action publique », in Pennec S., Le Borgne-Uguen F., Douguet F. (dir.) *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, éd. Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2014, p. 27 – 40.
- Segalen M., Martial A., *Sociologie de la famille*, coll. U, éd. Armand Colin, 8^e édition, Paris, 2013.
- Sen A., *Repenser l'inégalité*, Le Seuil, Paris, 1992.
- Serfaty A., Crenn-Hebert C., Deprez M., Bertrand M., Chabernaude J.L., Joly J., Guillonneau M., Papiernik E., « Action de régionalisation des sites de naissance des grands prématurés en Ile-de-France en 1998 », *Santé Publique*, 2003/4, 15, p. 491 – 502.
- Serre D., « Le bébé "superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, 31, 1998. p. 107 – 127.
- Siblot Y. Cartier M., Coutant I., Masclet O., Renahy N., *Sociologie des classes populaires contemporaines*, coll U, éd. Armand Colin, Paris, 2015.
- Sicart D., Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014, document de travail », *série statistiques n° 189*, juin 2014
- Singly (de) F. (1993), *Sociologie de la famille contemporaine*, 6^e éd., éd. Armand Colin, Paris, 2017.
- Strauss A. (1959), *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, éd. Métailié, Paris, 1992.

Strauss A. (1963), *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionniste*, coll. Logiques Sociales, éd. L'Harmattan, Paris, 1992.

Sutter-Dallay A.-L., Guédeney N., « Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites ». *Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, éd. Elsevier Masson, Paris, 2010.

Szejer M, « La sortie précoce de maternité », in Frydman R., Szejer M. (dir.), *La naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, éd. Albin Michel, 2010, p. 1081 – 1082.

Tabet P., *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, éd. L'Harmattan, Paris, 1998.

Tellier T. (2005), « L'exemple pionnier du quartier de l'Alma-Gare à Roubaix, de 1968 aux années 1990 », in Yannick MAREC (dir.), *Villes en crise ? Les politiques municipales face aux pathologies urbaines (fin XVIIIe-fin XXe siècle)*, éd. Créaphis, Paris, 2007, p. 696 – 707.

Thébaud F., « Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement », *Spirale* 2010/2, 54, p. 31-37.

Tillard B. (a), *Des familles face à la naissance*, coll. Savoir et Formation, éd. L'Harmattan, Paris, 2002.

Tillard B. (b), « Ce qu'il en coûte de nourrir... », in Bonnet D., Le Grand-Sebille C., Morel M-F. (dir.), *Allaitements en marge*, éd L'Harmattan, Paris, 2002, p. 23 – 46.

Truchet D., « La loi de 1991 », *Actualité et dossier en santé publique*, 11 juin 1995.

Truong F., « Quand un prof enquête sur ses élèves. Objectivation, objections et objectifs », *Genèses* 2014/1, 94, p. 159 – 177.

Turck D., Programme National Nutrition Santé (PNNS), « Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel, "Plan d'action : Allaitement maternel" », *Rapport*, juin 2010.

Union Nationale des associations familiales (UNAF), *Enquête périnatalité, regards de femmes sur leur maternité*, mai 2010.

Union Nationale Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF), *Enquête Satisfaction PRADO*, 2012,

Van Genneep A. (1909), *Les rites de passage*, éd. Picard, Paris, 2011

Van Oorschot W. « Les causes du non-recours [Des responsabilités largement partagées] », *Recherches et Prévisions*, 43, mars 1996. p. 33 – 49.

Van Oorschot W., Math A., « La question du non-recours aux prestations sociales », *Recherches et Prévisions*, 43, mars 1996. p. 5 – 17.

Vandenbroeck M., Roets G., Geens, N., « Les politiques parentales à la flamande. Gezinsondersteuning) », in Martin C. (dir.), « *Etre un bon parent* ». *Une injonction contemporaine*, éd. Presses de l'EHESP, Rennes, 2014, p. 151 – 166.

Ventola C., « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *Genre, sexualité & société* [en ligne], 12 | Automne 2014.

Verdier Y., *Façons de dire, façons de faire, La laveuse, la couturière, la cuisinière*, éd. Gallimard, Paris, 1979

Verdier Y., « La femme qui aide et la laveuse » in Jolas T., Pingaud M-C., Verdier Y., Zonabend F., *Une campagne voisine*, coll. Ethnologie de la France, éd. Maison des sciences de l'homme, Paris, 1990.

Verjus A., Vogel M., « Le travail parental : un travail comme un autre ? », *Informations sociales* 2009/4, 154, p. 4 – 6.

Vilbrod A., « Infirmiers libéraux et médecins généralistes : dits et non-dits d'une coopération sous tension », in Cresson G., Druhle M., Schweyer F.-X., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, éd. Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2003, p. 153 – 164.

Vuille M., « L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950 – 1980 », *Travail, genre et sociétés*, 2015, 2, 34, p. 39 – 56.

Vuille M., *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, éd. Antipodes, Lausanne, 1999

Warin P., Chauveaud C., Rode A., Moulin J-J., Chatain C. et al., « Le non-recours aux soins des actifs précaires », *Rapport de recherche pour l'ANR*, 2007.

Warin P., « Le non-recours par désintérêt : la possibilité d'un vivre "hors droits" ». *Vie sociale*, 2008, p.1 – 11.

Warin P.(a), « Le non-recours : définition et typologies », *Odenore Working paper*, 1, juin 2010.

Warin P. (b), « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », *La vie des idées.fr*, 1^{er} juin 2010.

Warin, P., « Le non-recours par désaccord. Welfare Stigma et catégorie du non-recours », chapitre 5, in Jaeger M. (dir.), *Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale*, éd. Dunod, Paris, 2011, p. 117 – 136.

Warin P., « Le non-recours aux droits », *SociologieS, Théories et recherches*, [En ligne], le 15 novembre 2012.

Warin P., « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours », *Informations sociales* 2013/4, 178, p. 52 – 62.

Wilpert M.-D., « Tous les chemins professionnels mènent-ils à la mère ? », in Neyrand G., Wilpert M.-D., Tort M. (dir.), *Père, mère, des fonctions incertaines. Les parents changent, les normes restent ?*, éd. érès, Toulouse, 2013, p. 43 – 82.

Wresinski J., « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », *Rapport du Conseil économique et social, Journal Officiel*, Paris, 1987.

Zarca B., « La division du travail domestique : poids du passé et tensions au sein du couple », *Economie et statistique*, 228, Janvier 1990.

Sommaire des tableaux

Tableau 1 : Coût de certains actes des sages-femmes selon la CPAM (01-07-2014).....	113
Tableau 2 : Définition de sorties de maternité pour le couple mère-enfant (HAS, 2014 c, p. 66).....	150
Tableau 3 : Intervenants auprès du couple mère-enfant (HAS, 2014, p. 45 - 46)	152
Tableau 4 : Cahier des charges du suivi mère-enfant pour un RPDA.....	154
Tableau 5 : Tableau de recrutement des mères à la maternité et nombre d'entretiens réalisés à domicile	188
Tableau 6 : Comparaison des populations entre 1975 et 2010	199
Tableau 7 : Taux d'activité et de chômage des 15 - 64 ans en 2014	201
Tableau 8 : Comparaison des revenus à Roubaix, Lille et Paris, en 2013.....	201
Tableau 9 : Comparaison de la population active selon la catégorie socio-professionnelle à Roubaix.....	202
Tableau 10 : Comparaison des taux d'enfants par famille : Roubaix, Lille, Nord France en 2010, en %	203
Tableau 11 : Population totale par sexe et âge regroupés, à Roubaix et en France	203
Tableau 12 : La scolarité des jeunes de 15 – 24 ans	204
Tableau 13 : Tableau descriptif de la population rencontrée lors de la 1 ^{re} vague (début 2013)	207
Tableau 14 : Tableau descriptif de la population rencontrée lors de la 2 ^e vague (fin 2013) ..	208
Tableau 15 : Tableau descriptif de la population rencontrée lors de la 3 ^e vague (2014)	209
Tableau 16: nombre de femmes réparties selon le nombre de visites réalisées par la sage-femme et selon le dispositif.....	213
Tableau 17 : Composition des familles avec répartition des niveaux de revenus, des PCS et des niveaux d'études pour le groupe « soutien du conjoint »	301
Tableau 18 : Composition des familles avec répartition des niveaux de revenus, des PCS et des niveaux d'études pour le groupe « giron familial ».....	310
Tableau 19 : Composition des familles avec répartition des niveaux de revenus, des PCS et des niveaux d'études pour le groupe « réseau restreint et tensions »	317

Tableau 20 : Composition des familles avec répartition des niveaux de revenus, des PCS et des niveaux d'études pour le groupe des « isolées et précaires ».....	323
Tableau 21 : Circonstances pour ne pas valider un retour précoce à domicile (HAS, 2004).....	383
Tableau 22 : Définition du bas risque maternel pour un RPDA.....	384
Tableau 23 : Critères d'éligibilité au programme PRADO (séjours de 3 jours ou plus) avril 2013 (HAS, 2014 c.).....	385
Tableau 24 : Définition du bas risque pour le nouveau-né pour un retour précoce à domicile	386
Tableau 25 : Paramètres de surveillance des femmes à bas risque établis par la HAS (2014)	387
Tableau 26 : Paramètres de surveillance du nouveau-né dans le cadre d'un RPDA	387

Table des figures

Figure 1 : Nombre d'établissements par niveau en 1996, 2005 et 2014	48
Figure 2 : Part des accouchements par niveau de maternité en 1996, 2005 et 2014.....	49
Figure 3: Pyramides des âges des médecins généralistes	116
Figure 4 : Pyramide des âges pour les gynécologues médicaux	116
Figure 5 : Pyramide des âges pour les gynécologues-obstétriciens	117
Figure 6 : Pyramide des âges pour les chirurgiens en gynécologie-obstétrique	117
Figure 7 : Le territoire du réseau OMBREL et niveaux des maternités.....	165
Figure 8 : Les commissions du réseau OMBREL.....	167
Figure 9 : Carte de la métropole lilloise avec la situation géographique des femmes rencontrées	211

Annexes

Annexe 1 **La graduation des niveaux de maternités**

(à partir des décrets d'octobre 1998)

Niveau I :

Soins postnatals de l'enfant ne présentant pas de problèmes particuliers. Maternité adaptée aux grossesses, aux accouchements et aux nouveau-nés ne nécessitant pas une technicité spécifique.

Niveau IIA :

Maternité associée à une unité de néonatalogie permettant d'assurer, en continu, surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou dont l'état s'est déstabilisé après la naissance, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement. Donc sur un même site et à proximité immédiate, une maternité adaptée à certains types de complications maternelles et une unité de soins aux nouveau-nés.

Niveau IIB :

Maternité associée à une unité de néonatalogie permettant d'assurer, en continu, surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou dont l'état s'est déstabilisé après la naissance, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement. Sur un même site et à proximité immédiate : une maternité adaptée à d'autres types de complications maternelles et à l'accueil d'enfant modérément prématurés — une unité de soins aux nouveau-nés comportant des soins intensifs.

Niveau III :

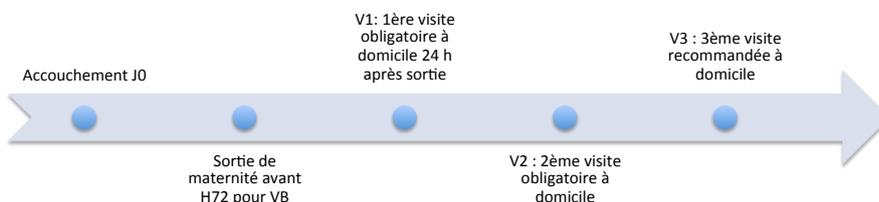
Maternité associée à une unité de néonatalogie et de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés de l'enfant, né ou non dans l'établissement, présentant une détresse grave ou à risque vital nécessitant des soins de réanimation. Donc, sur un même site et à proximité immédiate, une maternité adaptée aux complications maternelles et néonatales plus graves, associée à un service de réanimation adulte et une unité de soins aux nouveau-nés comportant une réanimation néonatale.

Annexe 2 Cotation des actes sages-femmes

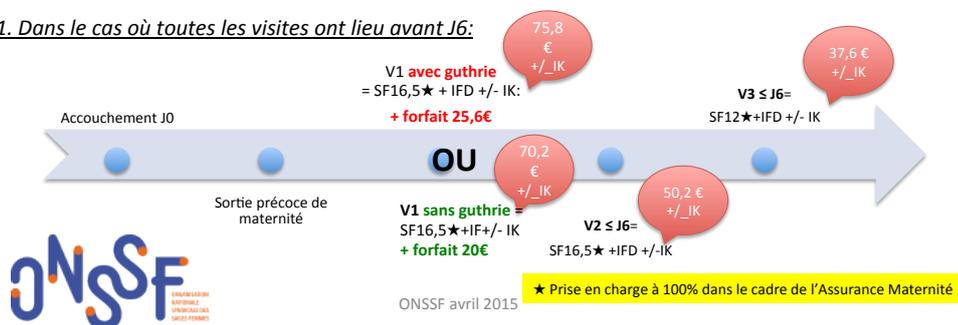
(Selon la Caisse Nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés, 11 mars 2016)

INTITULE DE L'ACTE	TARIF (€)
Pose d'implant pharmacologique sous cutané	17,99
Ablation ou changement d'implant [...] sous cutané	41,80
Pose d'un dispositif intra-utérin	38,40
Changement d'un dispositif intra-utérin	38,40
Frottis Cervico-Vaginal	12,46
Échographie du petit bassin surveillance de l'ovulation	37,80
Échographie uni-embryonnaire au 1 ^{er} trimestre	61,47
Échographie multi-embryonnaire au 1 ^{er} trimestre	71,57
Échographie unifœtale au 2 ^e trimestre	100,20
Échographie multifœtale au 2 ^e trimestre	154,09
Échographie unifœtale au 3 ^e trimestre	100,20
Échographie multifœtale au 3 ^e trimestre	154,09
Accouchement céphalique unique d'une primipare	313,50
Accouchement céphalique unique d'une multipare	313,50
Séance d'acupuncture	18,00
Indications : traitement adjuvant et de deuxième intention chez l'adulte :	
• nausées et vomissements en alternative thérapeutique	
• antalgique en association à d'autres traitements	
• syndrome anxiodépressif, en association avec un programme de prise en charge globale	
aide au sevrage alcoolique et tabagique	
Les majorations :	
Acte réalisé en urgence [...] de 20 h à 0 h	35,00
Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06
Acte réalisé en urgence la nuit de 0 h à 8 h	40,00
Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet après examen en urgence d'un patient	26,88

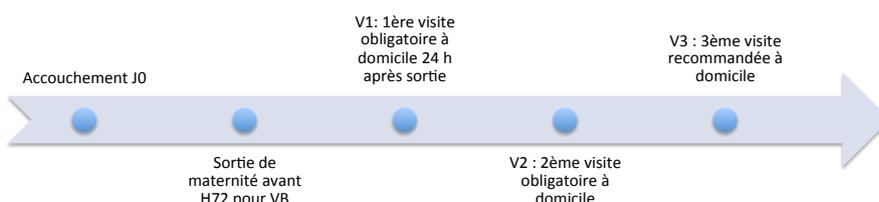
Simulation 1: cotations dans le cadre du PRADO « sorties précoces » VB



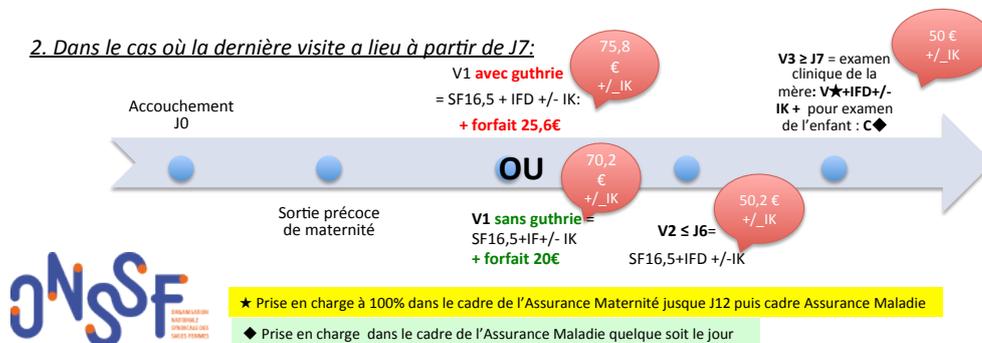
1. Dans le cas où toutes les visites ont lieu avant J6:



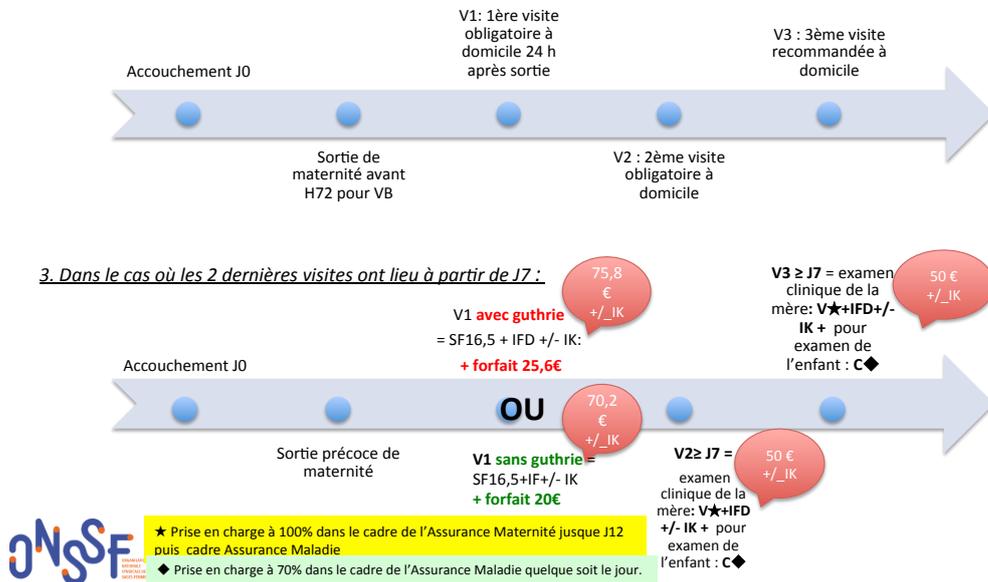
Simulation 2: cotations dans le cadre du PRADO « sorties précoces » VB



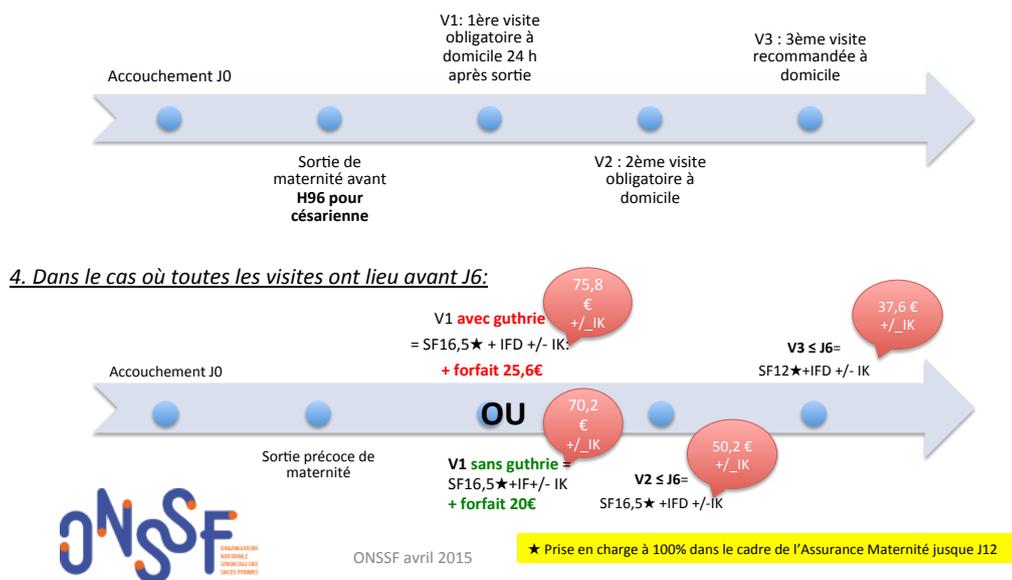
2. Dans le cas où la dernière visite a lieu à partir de J7:



Simulation 3: cotations dans le cadre du PRADO « sorties précoces » VB



Simulation 4: cotations dans le cadre du PRADO « sorties précoces » césarienne



1- Critères de sélection des femmes pour entrer dans les dispositifs d'accompagnement

Une distinction est faite concernant le RPDA et le PRADO : les critères sont légèrement différents pour l'un et l'autre dispositif.

Les critères selon la HAS sont catégorisés de deux manières pour l'accès au RDPA : ceux qui permettent de valider le retour précoce et ceux qui s'y opposent. Une évolution est constatable entre les 2 recommandations de 2004 et 2014 à propos des vulnérabilités psychiques et sociales des mères. En 2004, une classification différenciait les risques médicaux et les risques non médicaux (HAS, 2014 c, p. 27) qui pouvaient invalider une demande de retour précoce à domicile (cf. tableau 21).

Tableau 21 : Circonstances pour ne pas valider un retour précoce à domicile (HAS, 2004)

Mères « à risque » médical	Situations à risque non médical
<ul style="list-style-type: none"> - Risque hémorragique maternel. - Risque infectieux maternel. - Risque thromboembolique maternel non géré. - Dépression ou antécédent de dépression grave, de dépression du post-partum. - États psychotiques et antécédents de psychose puerpérale. <p>Présence de facteurs de risque de perturbation dans l'établissement du lien mère-enfant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mère très jeune et/ou inexpérimentée sans soutien familial suffisant et notamment mère isolée. - Conduites addictives. - Situation sociale, familiale ou environnementale défavorable. - Réserves sur la qualité du suivi qui pourra être assuré à domicile (capacité à honorer tout ou une partie du cahier des charges).

Cette classification a été revue pour la dernière version de 2014 en se focalisant sur la notion de bas risque (ibid., p. 30) (cf. tableau 22).

Tableau 22 : Définition du bas risque maternel pour un RPDA

(72 – 96 h pour un accouchement voie basse, 96 – 120 h pour une césarienne)

1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addictions et de dépendances sévères.
2	Soutien familial et/ou social adéquat.
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée.
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu.
5	Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat***.
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection.
7	Absence de signes thromboemboliques****.
8	Douleur contrôlée.
9	Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité.
10	Accord de la mère et/ou du couple.

* Instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.

** Mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

*** Pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

**** Trouble de la circulation sanguine causée par la présence d'un caillot (phlébite) qui peut se compliquer d'une embolie pulmonaire.

Dans la version de 2014, la question de la vulnérabilité psychique et sociale devient alors le premier critère à prendre en compte pour définir le bas risque maternel. Ainsi « l'instabilité psychique, (...), le lien mère-enfant perturbé, le manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, la déficience mentale, etc. », sont autant de points à évaluer pour définir le bas risque psychique ; tout comme sur le plan social⁸¹, la vulnérabilité correspond, dans l'argumentaire scientifique de 2014 (p. 31), à « mineure, précarité, logement non adéquat ».

Ces recommandations laissent à chaque professionnel la liberté et la manière de repérer ces facteurs. Il est ainsi possible de constater une approche différente selon le lieu du suivi : la

⁸¹ Selon les 1^{res} recommandations (ANAES / Service des recommandations professionnelles / Service évaluation économique / Mai 2004, p 12) : « Dans certains cas, le séjour en maternité permet de protéger temporairement les couples mère-enfant en situation de précarité. L'allongement de leur séjour peut alors être proposé. Le risque est néanmoins réel que la situation psychosociale se dégrade, notamment dans les cas de grande précarité. Le prolongement du séjour dans des structures spécifiques de soins de suite et de réadaptation est alors nécessaire. Les possibilités d'accueil de ces structures sont actuellement insuffisantes ».

question des conditions de logement par exemple est rarement posée à l'hôpital (hormis la demande administrative de l'adresse postale), mais beaucoup plus en PMI ; l'information sur le soutien social reste également un point parfois difficile à établir, dépendant du discours du professionnel et de celui de la mère, du couple : selon leur droit et la confiance que les futurs parents auront dans le professionnel, ils livreront les informations qu'ils auront envie de donner ; ce qui fait partie de la négociation définie par Strauss (1963). Contrairement aux fonctionnalistes qui considèrent le médecin actif, et le patient passif, Freidson (1970) envisage que le rôle du médecin soit actif ou passif, et comme le souligne Schweyer (2014, p. 37) « l'échange social peut ne pas être recherché », la possibilité d'un soin négocié n'est pas toujours effective. Il s'agira par exemple pour des personnes en situation de précarité de garder une certaine dignité (De Pauw, 2012).

Une nuance est apportée par le dispositif PRADO pour les critères d'éligibilité au dispositif (HAS, 2014 c, p. 28). Ceux-ci ne comprennent que les mères sans difficulté de quelque ordre que ce soit (médicale, psychique, sociale) et ayant accouché par voie basse. Ce dernier critère a été élargi en 2015 aux femmes ayant eu une césarienne pour une sortie après 96 h, mais ne présentant toujours aucune « anomalie » au regard des critères cités (cf. tableau 23).

Tableau 23 : Critères d'éligibilité au programme PRADO (séjours de 3 jours ou plus) avril 2013 (HAS, 2014 c.)

Mère	Accouchement	Nouveau-né
Âgée d'au moins de 18 ans. Absence de handicap psychique. Absence de comorbidités. Absence de complications. Appartenance au régime général de l'Assurance Maladie.	Accouchement par voie basse.	Naissance d'un seul enfant (pas de naissances multiples). Né à terme (37-42 SA) dont le poids correspond à l'âge gestationnel. Nouveau-né n'ayant pas besoin d'être maintenu sous observation en milieu hospitalier. Aucun problème d'alimentation apparent (au moins deux repas réussis).

NB : le PRADO considère des sorties au-delà de 48 heures après la naissance.

En ce qui concerne l'enfant, dans le cadre des deux dispositifs, les critères pour valider une sortie de maternité sont figurés dans le tableau 24 (HAS, 2014 c, p. 78), et restent très ciblés sur l'aspect médical.

Tableau 24 : Définition du bas risque pour le nouveau-né pour un retour précoce à domicile

1	Nouveau-né à terme \geq 38 SA , singleton et eutrophe.
2	Apgar \geq 7 à 5 minutes (bonne adaptation à la naissance).
3	Examen clinique normal* le jour de sortie.
4	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C.
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins deux tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi.
6	Perte de poids $<$ 8 % par rapport au poids de naissance.
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique, et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque uniquement).
8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection, prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs.
9	Vitamine K1 donnée.
10	Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée.
11	Suivi post-partum après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie.

* Dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire $<$ 60/mn fréquence cardiaque $>$ 90 et $<$ 170/mn au repos.

2- Paramètres de surveillance

Les paramètres de surveillance maternelle et néonatale tels qu'ils ont été définis par la HAS (2014 c, p. 43) sont exposés dans le tableau 25 et 26.

La surveillance maternelle est définie par 14 paramètres, surtout très orientés sur l'aspect médical ; néanmoins 3 critères ne sont pas médicaux et abordent la notion de « fatigue, anxiété, baby blues, dépression » (dans les troubles psychiques en 7^e position), et en fin de liste, la qualité de la relation mère/parents-enfants ainsi que l'évaluation du soutien dont peut bénéficier la mère.

Tableau 25 : Paramètres de surveillance des femmes à bas risque établis par la HAS (2014)

Risque hémorragique.
Risque infectieux : urinaire, endométrite, plaie périnéale, cicatrice de césarienne, mastite, veinite.
Surveillance des signes fonctionnels d'hypertension artérielle/pré-éclampsie.
Risque thromboembolique.
Troubles urinaires/digestifs.
Cicatrisation (périnée, césarienne).
Troubles psychiques : fatigue, anxiété, baby blues, dépression, etc.
Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, etc.
Douleur.
Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole, etc.) et injections immunoglobulines*.
Accompagnement de l'allaitement maternel.
Accompagnement et information sur la contraception*.
Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfants.
Évaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage élargi, etc.).

* S'il y a lieu et si non fait durant le séjour en maternité.

La notion de risque est toujours bien mise en évidence dans le cadre de la surveillance du nouveau-né, très centré sur le risque d'ictère (jaunisse).

Tableau 26 : Paramètres de surveillance du nouveau-né dans le cadre d'un RPDA

Risque d'ictère : surveillance de la coloration et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence).
Risque de cardiopathies : auscultation et perception nette des pouls fémoraux.
Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel) : urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 à 4 selles/jour).
Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration).
Comportement : tonus, éveil, contact.
Supplémentation en vitamines D, et en cas d'allaitement maternel en vitamines K.
Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité.

Bonjour Madame,

J'ai repris des études qui me conduisent à effectuer une recherche sur la période qui suit l'accouchement et qui évolue vers un accompagnement à domicile, pour lequel vous êtes a priori concernée.

Avec l'accord de l'équipe de la maternité de Roubaix, je voudrais pouvoir rencontrer et interroger à un mois de la sortie, des mères comme vous, qui bénéficient de cette formule pour savoir comment s'est passé ce retour à la maison : quelles aides, professionnelles ou non, vous ont été apportées et/ou nécessaires ? Comment avez-vous vécu le retour à domicile après votre séjour en maternité ?

Accepteriez-vous que je vienne vous voir chez vous dans un mois pour que nous en discutions ? Si oui, je vous appellerai dans la semaine qui précèdera ce rendez-vous afin que nous déterminions ensemble le moment de notre rencontre. Je m'engage à rendre anonymes les informations recueillies lors de l'entretien.

Anne Dubos

Consentement

J'accepte de recevoir Mme Anne Dubos, pour un entretien un mois après ma sortie de maternité, dans le cadre de son étude.

Mme A. Dubos s'engage à rendre anonymes les données recueillies lors de l'entretien.

Nom et signature de la mère

Annexe 6

Trame d'entretien

Nom, prénom, âge, nombre d'enfants (incluant le dernier)

En couple ou non, si oui depuis combien de temps

Niveau socio-éco :

- Niveau d'étude femme/conjoint
- Profession exercée ou non pour chacun
- Revenus ?
- Logement : type

Famille

- « Restreinte » :
 - Nombre d'enfants
 - Expérience(s) précédente(s) des retours à la maison
- « Elargie » présente :
 - Mère, sœur, cousine,...
 - Autre

Vécu de la grossesse ?

- Comment s'est-elle passée ? souhaitée ou non ?
- Pb médicaux ?
- Pb sociaux ?
- Autres...
- Retour à domicile envisagé ? par qui : mère ou professionnel ?
- Quelles infos données avant la naissance à ce sujet ?
- Contact avec une sage-femme avant la naissance ? ou autre professionnel ?

Vécu de l'accouchement ?

- Âge de la grossesse ?
- Déroulement ?
- ...

Vécu du séjour en maternité ?

- Fatigue ? Problème(s) de santé ?
- Nouveau-né : état de santé ? allaitement ? poids ?...
- Quand a eu lieu la proposition de retour à domicile ?
- Informations données en prévision du retour ?
- Informations d'ordre général données à la maternité (concentrées ou non, par rapport à une sortie standard ?)

Le retour à la maison ?

- Combien de temps après la naissance de l'enfant ?
- Dispositif proposé
- Accompagnement par un membre de la famille ? ou de quelqu'un d'autre ?
- Comment s'est passé concrètement le jour du retour ?
- Organisation particulière anticipée ?
- Comment se sont passés les autres jours ?

Visite de la sage-femme

- Combien de visites de la sage-femme ? était-elle connue avant ? dans quelle circonstance ?
- Comment se passaient les visites ?
- Vos attentes envers elle ? satisfaction ?

Aide existante ?

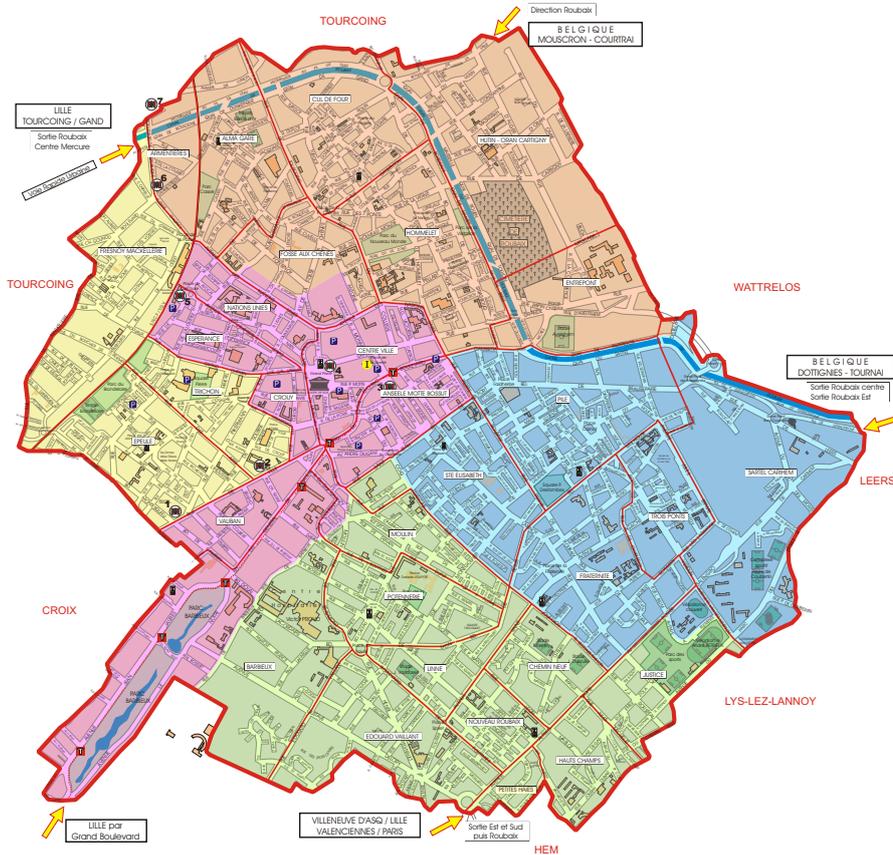
- Conjoint ?
- Autre ? qui ? famille, belle-famille ? voisinage ? professionnel(s) ?
- Rôle(s) ? répartition ?
- Approvisionnement ?
- Repas ?
- Ménage ?
- Sortie d'école ?
- Garde des aînés
- Qui donne le biberon si c'est du lait en poudre qui est donné ?
- Animaux domestiques ?
- Administratif ?
- Avant la grossesse ?
- Pendant la grossesse ?
- Au retour à domicile ?
- Envisagée pour la suite ?

À un mois de distance

- Vécu global
- Point de vue sur l'organisation proposée par le système de soin
- Aide(s) encore en cours ?
- Avis sur ce retour précoce ou anticipé
- Bénéfique ou non ?
- Différence par rapport aux enfants précédents ?
- Rôle de l'entourage différent par rapport aux naissances précédentes ?

Annexe 7

Ville de Roubaix et ses quartiers



VILLE de Roubaix

Limites des 5 secteurs et 31 quartiers

- Secteur Ouest
- Secteur Nord
- Secteur Centre
- Secteur Est
- Secteur Sud

	ENTREE DE VILLE		PARKING														
	LIGNE DE TRAMWAY		ARRETS														
	OFFICE DU TOURISME																
	STATION DE METRO																
		<table border="0"> <tr><td>1 - Epeule / Montsquieu</td><td>F2</td></tr> <tr><td>2 - Roubaix / Charles de Gaulle</td><td>F3</td></tr> <tr><td>3 - EuroMidiport</td><td>E4</td></tr> <tr><td>4 - Roubaix / Grand Place</td><td>E4</td></tr> <tr><td>5 - Gare / Jean Lebas</td><td>O1</td></tr> <tr><td>6 - Alsace</td><td>O2</td></tr> <tr><td>7 - Mercure (Tourcoing)</td><td>O2</td></tr> </table>		1 - Epeule / Montsquieu	F2	2 - Roubaix / Charles de Gaulle	F3	3 - EuroMidiport	E4	4 - Roubaix / Grand Place	E4	5 - Gare / Jean Lebas	O1	6 - Alsace	O2	7 - Mercure (Tourcoing)	O2
1 - Epeule / Montsquieu	F2																
2 - Roubaix / Charles de Gaulle	F3																
3 - EuroMidiport	E4																
4 - Roubaix / Grand Place	E4																
5 - Gare / Jean Lebas	O1																
6 - Alsace	O2																
7 - Mercure (Tourcoing)	O2																

DG DAT / DACT
 Direction Aménagement et Coordination Territoriale
 Atelier Cartographique SIG
 Septembre 2014