

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
Diplôme d'Etat de Sage-femme

« INSTINCT MATERNEL »
ET
PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Yasmine GABORIEAU

Directeur de mémoire : Mr PECAUD Dominique

Promotion 2002-2006

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : LA FONCTION MATERNELLE : DE LA NECESSITE PHYSIOLOGIQUE DE LA PERPETUATION DE L'ESPECE A LA CONTINGENCE SOCIALE	3
I. Quelle part d'instinct dans la fonction maternelle ?	3
1.1. La théorie de l'évolution	3
1.2. Les comportements innés de perpétuation de l'espèce	4
1.2.1. L'exemple de la louve	4
1.2.2. Les théories éthologiques	5
1.2.2.1. Définition de l'instinct vu par K. Lorenz et N. Tinbergen	5
1.2.2.2. La notion d'empreinte d'après K. Lorenz	5
1.2.2.3. La notion d'attachement d'après Poindron et Le Neindre	6
1.3. Les femmes : naturellement mères ?	6
II. Quelle part d'apprentissage dans la fonction maternelle ?	7
2.1. Une fonction maternelle différente dans les campagnes et dans les villes du XVI ^e au XVIII ^e siècle	8
2.2. Les premières théorisations de la fonction maternelle	9
2.2.1. L'invention de la « bonne » mère	9
2.2.2. L'amour maternel ou le retour à la bonne nature XVIII ^e siècle	10
2.2.3. La nouvelle mère influencée par J. J. Rousseau à partir du XVIII ^e siècle	11
2.3. La fonction maternelle dans une politique nataliste	12
2.4. Le XIX ^e siècle = avènement d'une approche hygiéniste et médicale de la maternité	12
2.5. Au XX ^e siècle, une maternité encadrée par un système médical et masculin	13
III. La construction de représentations et des pratiques chez les professionnels de santé dans l'accompagnement de la fonction maternelle	14
3.1. La transmission familiale autour de la fonction maternelle	14
3.1.1. Liée aux différents processus d'apprentissage pendant l'enfance	14
3.1.2. A travers les jeux qui sont appris aux petites filles	15
3.1.3. A travers l'éducation donnée à l'école	16
3.2. L'approche de la fonction maternelle dans la formation des étudiantes sages- femmes	16
3.2.1. Des objectifs de formation élargis	16
3.2.2. Une pratique respectueuse d'une diversité culturelle ou sociale	17
3.3. Au travers des théories dominantes	18
3.3.1. L'apparition de la mère suffisamment bonne et de la préoccupation maternelle primaire par D. W. Winnicott	18
3.3.2. Des conseils hautement diffusés notamment par la radio avec l'émission de F. Dolto	21
3.4. L'influence des courants féministes	22
3.5. Les conséquences de la professionnalisation	22
3.5.1. Le transfert des savoirs au profit des « experts »	22
3.5.2. Les représentations portées par les professionnels sur l'instinct maternel : impacts sur les pratiques	23
DEUXIEME PARTIE: RECUEIL ET ANALYSE DES TEMOIGNAGES	24
I. Rappels des objectifs	24

II.	<i>Les hypothèses</i>	24
III.	<i>Méthode</i>	25
3.1.	Les professionnels interrogés	25
3.2.	Conduite des entretiens	25
IV.	<i>Contenu des entretiens</i>	26
4.1.	Les projets de vie	26
4.2.	La vie professionnelle	27
4.3.	Perceptions issues des pratiques	29
V.	<i>Analyse lexicale des entretiens</i>	31
VI.	<i>Analyse qualitative des entretiens au regard des hypothèses posées</i>	31
TROISIEME PARTIE: PROPOSITIONS POUR UNE PRATIQUE RENOUVELEE		36
I.	<i>Le savoir faire</i>	36
II.	<i>Le savoir être</i>	38
2.1	Un exemple de confrontation avec nos représentations : Grossesse et toxicomanie	38
2.2	Une proposition d'alliance entre les mères et les professionnels : exemple de l'éducation des mères dans le post partum à la maternité de Genève	39
CONCLUSION		42
BIBLIOGRAPHIE		44
ANNEXES		48
Annexe 1 Le questionnaire		48
Annexe 2 Les entretiens à l'oral		49
Entretien n°1 : Auxiliaire de puériculture		49
Entretien n°2 : Sage-femme n°1		52
Entretien n°3 : Infirmière		54
Entretien n°4 : Educatrice de jeunes enfants,		57
Entretien n°5 : Pédiatre		60
Entretien n°6 : Sage-femme n°2		63
Entretien n°7 : Gynécologue obstétricien		65
Entretien n°8 : Gynécologue obstétricienne		66
Entretien n°9 : Sage-femme n°3		69
Entretien n°10 : Assistante sociale		71

INTRODUCTION

L'instinct maternel est un terme couramment utilisé dans notre pratique professionnelle par diverses personnes et dans différents contextes (autant par la sage-femme et par les médecins, que par les mères et par la famille.)

Le dictionnaire le Petit Robert nous propose cette définition du mot instinct : « *Tendance innée et puissante, commune à tous les êtres vivants ou à tous les individus d'une même espèce. Ex : instinct maternel* » et « *(Sciences) Tendance innée à des actes déterminés (selon les espèces), exécutés parfaitement sans expérience préalable et subordonnés à des conditions de milieu.* »

Les actes innés ne sont pas décrits dans cette définition. Quels actes, dans leur comportement maternel, seraient innés chez les femmes ? Si ce n'est pas le cas, alors à quoi font référence les professionnels dans leurs pratiques quand ils parlent d'instinct maternel, notamment dans leur rôle d'accompagnement à la fonction maternelle ?

Les représentations portées par les professionnels sur l'instinct maternel ont-elles un impact sur leurs pratiques ? Si oui, le(s)quel(s) ? Quels enseignements peut-on en tirer pour une meilleure pratique ? (Dans l'utilisation du terme « pratique », nous voulons nommer les actes et les postures de l'intervenant vis-à-vis de la femme)

Quelles que soient les pratiques, elles sont marquées par ce que l'on nomme des représentations : forme de connaissance «qui se constitue à partir de notre expérience, mais aussi des informations, savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, la communication sociale. Une représentation est donc une connaissance socialement élaborée et partagée» (S. Moscovici). Liées aux croyances et aux valeurs, les représentations agissent comme des grilles de lecture des systèmes d'interprétation de la réalité.

Des auteurs comme E. Badinter ont marqué l'analyse actuelle de la notion d'instinct maternel, notre sujet n'est pas de relancer ce débat mais de voir en quoi et comment les différentes positions sur l'instinct maternel influent sur nos pratiques professionnelles. Se faisant, dans l'analyse des représentations nous ne pourrions éviter d'être confronté à la question du genre. En plagiant Simone de Beauvoir (« On ne naît

pas femme, on le devient. »), nous nous poserons la question à savoir si on naît mère ou si on le devient.

Méthodologiquement, nous avons procédé en deux temps. Nous avons d'abord recherché des notions dans la littérature. Nous faisons référence dans ce mémoire à différents auteurs (Simone de Beauvoir, Elisabeth Badinter, Françoise Héritier, Konrad Lorenz, Donald Winnicott, Yvonne Knibiehler,...) Nous avons ensuite interrogé différents professionnels que les mères peuvent rencontrer au cours de leur expérience de mère (en devenir ou effective).

Ce mémoire se divise en trois parties. Nous verrons dans un premier temps ce qui peut-être considéré de l'ordre de l'inné, puis ce qui peut être considéré de l'ordre de l'appris. Ensuite, nous présenterons nos entretiens et les résultats. Enfin, nous proposerons des pistes pour réfléchir sur notre pratique.

PREMIERE PARTIE :

LA FONCTION MATERNELLE : DE LA NECESSITE PHYSIOLOGIQUE DE LA PERPETUATION DE L'ESPECE A LA CONTINGENCE SOCIALE

I. Quelle part d'instinct dans la fonction maternelle ?

Si nous partons du principe que nous sommes des animaux doués d'instinct, alors nous admettons que nous sommes guidés par des automatismes naturels. Dans cette optique, la femme serait donc naturellement douée pour l'enfantement et ses conséquences (maternage, élevage).

Nous développons ce que représente l'instinct maternel comme une nécessité physiologique pour la survie de l'espèce.

1.1. La théorie de l'évolution

« La femme ? C'est bien simple, disent les amateurs de formules simples : elle est une matrice, un ovaire ; elle est une femelle : ce mot suffit à la définir. » (S. de Beauvoir) [9].

Biologiquement, l'appareil génital des femmes est apte à accueillir en son sein une grossesse, que celle-ci soit désirée ou non. Le corps ne répond pas seulement à un choix de la personne qui l'habite mais aussi à une composante naturelle.

Pendant la grossesse, le corps de la femme s'adapte, à l'image de l'anabolisme gravidique. Quel que soit le mode d'alimentation de la femme enceinte, qu'elle soit en défaut ou en excès de nourriture, son corps constitue des réserves. Ces réserves ont pour but de subvenir aux besoins du fœtus, si la nourriture vient à manquer, que ce soit pour sa croissance in utero ou lors de l'allaitement. De tout temps, les femelles animales qui avaient plus de réserves mouraient moins et leurs petits étaient un minimum nourris jusqu'à leur sevrage.

Toutes ces adaptations, selon la théorie de l'évolution par la sélection naturelle de C. Darwin, ont donc eu pour effet d'assurer la perpétuation de l'espèce humaine.

Chaque espèce animale produit des individus qui se distinguent par de légères variations. Certaines de ces variations sont avantageuses, d'autres non. Seuls survivent les individus qui sont le mieux adaptés à leur environnement. Transmises aux descendants par hérédité, ces variations successives aboutissent à la formation de nouvelles espèces. [11] La théorie de la sélection naturelle s'appuie sur l'adaptation des espèces au milieu environnant.

1.2. Les comportements innés de perpétuation de l'espèce

Pour que l'espèce survive, il faut que les petits vivent. Dans la nature, au travers de diverses théories, nous retrouvons les grandes fonctions instinctives et maternelles.

1.2.1. L'exemple de la louve

Les loups vivent en meute. Lors de la mise bas, comme dans de nombreuses espèces carnivores, la louve s'éloigne de la meute pour aller dans sa tanière. Pendant toute la période où les louveteaux sont allaités, la mère ne quitte que rarement sa tanière. Celle-ci vit sur ses réserves emmagasinées pendant la gestation. Le moment du sevrage est beaucoup plus critique pour la mère et ses petits. Si aucun de ses congénères ne vient la ravitailler, la mère doit quitter la tanière pour trouver de la nourriture pour elle et ses petits.

Dans cet exemple, nous constatons un comportement adapté et instinctif : qui est le fait de mettre en œuvre des stratégies de nourriture et de protection des petits (contre le froid et les prédateurs). Les notions d'instinct chez les animaux, appliquées à la femme, supposeraient aussi des stratégies pour la survie de la progéniture face au froid, au jeûne ou aux prédateurs.

A partir des observations animales, les éthologues ont émis des théories concernant les échanges entre les femelles et leurs petits et ces théories ont été appliquées ensuite, à la femme.

1.2.2. Les théories éthologiques

Les différents animaux ont des actions qui sont totalement innées et qui sont guidées par l'instinct (l'araignée fait sa toile par instinct, de même que l'oiseau fait son nid). Pour le biologiste P.-P. Grasset (XX siècle), « *l'instinct est la faculté innée d'accomplir, sans apprentissage* ». L'instinct a été l'un des domaines de prédilection de l'éthologie naissante (étude du comportement animal). [11]

1.2.2.1. Définition de l'instinct vu par K. Lorenz et N. Tinbergen

Dès les années 1920, K. Lorenz a observé le comportement du jeune coucou, qui, dès la sortie de son œuf, essaie de jeter tous les autres hors du nid. Même si les oiseaux sont élevés hors de leur contexte naturel, K. Lorenz a observé qu'ils ont le même comportement.

N. Tinbergen, contemporain de K. Lorenz, a étudié le mécanisme du déclencheur dans une espèce de poissons. Les mâles possèdent un ventre rouge. Au printemps, lorsque les mâles se battent entre eux, la présence d'un ventre rouge ou de tout autre objet comportant une tache rouge va provoquer leur attaque. Selon les deux chercheurs, l'instinct est un programme inné qui évolue par maturation et non par apprentissage. Il tient un rôle central dans l'explication du comportement animal. [11]

1.2.2.2. La notion d'empreinte d'après K. Lorenz

K. Lorenz a également étudié le comportement des poussins qui viennent juste de sortir de l'œuf. Il a remarqué que deux mécanismes se mettent alors en place. Le premier est que le poussin a le réflexe (ou l'instinct) de poursuivre sa mère (qui n'est autre que le premier être vivant qu'il voit). Le second mécanisme qui se met en place est l'identification de cet être comme étant sa mère pendant la poursuite. [23]

Dans ces observations nous pouvons constater que le fait de poursuivre la « mère » est inné mais l'identification de l'être vivant comme étant sa mère est un processus construit. Nous pouvons nous poser la question s'il en est de même pour

les femmes et leurs bébés. Par exemple, lorsque des enfants sont élevés exclusivement par leur nourrice ils la considèrent comme leur mère.

1.2.2.3. La notion d'attachement d'après Poindron et Le Neindre

La théorie de l'empreinte concerne le ressenti de l'enfant. Qu'en est-il pour la mère ? Reconnaît-elle instinctivement son enfant ?

A propos de la brebis et son agneau. P. Poindron et P. Le Neindre (1980) ont constaté que pendant les deux premières heures après la mise bas, la brebis lèche l'agneau et l'allait. Elle est alors agressive envers tous les agneaux étrangers. Ils ont remarqué que si la brebis est séparée de son petit entre les 4^o et 12^o heures, des problèmes d'attachement apparaissent. [23]

L'attachement et l'empreinte sont deux processus qui participent au lien entre la mère et son petit.

1.3. Les femmes : naturellement mères ?

Les théories émises en éthologie animale suscitent de nombreux débats, à fortiori quand on essaye de les appliquer au comportement humain.

A partir des années 1930 jusqu'aux années 1950, l'analyse de la place de l'instinct et de l'apprentissage dans le comportement animal donne lieu à une querelle très virulente entre ceux qui considèrent que l'instinct est un programme inné qui évolue par maturation (école objectiviste allemande dont sont issus K. Lorenz et N. Tinbergen) et ceux qui sont plus sensibles à la part d'apprentissage qu'à la part instinctive seule (école américaine d'inspiration béhavioriste). De telles querelles signent le fait que faire la part entre l'inné et l'acquis dans le comportement, même chez l'animal, est très difficile.

A partir des années 60, la querelle s'apaise car, au fil des expériences, il apparaît que l'opposition instinct/acquis ne peut se réduire à une ou deux positions tranchées.

Pour K. Lorenz, la grande différence entre le comportement animal et le comportement de l'être humain est, que chez ce dernier, la part instinctive a

progressivement décliné pour laisser place à un grand nombre de comportements appris, culturellement déterminés.

A partir des années 80, la notion d'instinct humain est revenue en force dans diverses sciences humaines (sociobiologie, psychologie évolutionniste). [11] S. Blaffer Hrdy, dans son ouvrage *Les instincts maternels*, [§] écrit que : « Si l'instinct maternel existe, il n'agit pas comme un programme implacable, mais plutôt comme une cascade de déterminismes où interviennent des programmes génétiques, des circuits hormonaux ainsi que des déclencheurs extérieurs qui vont stimuler ou non le désir d'enfant. Il n'est donc pas de formule unique et générale qui permettrait de décrire le mécanisme de l'instinct. Tout est affaire de discernement pour déterminer la part respective de l'apprentissage et de l'instinct dans telle ou telle conduite. » . Mais elle n'apporte pas de preuve scientifique à l'appui de sa théorie.

II. Quelle part d'apprentissage dans la fonction maternelle ?

C. Levi Strauss [21] définit l'Homme comme un être biologique en même temps qu'un individu social. Parmi les réponses qu'il fournit aux excitations externes ou internes, certaines relèvent intégralement de sa nature, d'autres de sa condition. Il est impossible de scinder la part de naturel et de culturel de chaque individu. C. Levi Strauss introduit là, la part culturelle de chaque individu. Par culture, nous entendons ce qui est appris, transmis dans les groupes et les organisations sociales où nous vivons.

La fonction maternelle fait partie de cet héritage culturel. A ce titre, elle est l'objet d'une transmission et d'un apprentissage. Son contenu, comme toute production sociale, a évolué au cours du temps.

Dans Histoire des mères et de la maternité en Occident [20], Y. Knibiehler décrit l'enfantement comme un parcours initiatique, à la fois social et culturel. « La culture occidentale proposait aux filles et aux femmes deux traditions imbriquées. La plus ancienne, rustique, empirique, se transmettait depuis les temps néolithiques : liées au fonctionnement des sociétés agraires, elle visait à stimuler la

reproduction, à confirmer toute femme dans la vocation maternelle, afin que le désir personnel de chacune corresponde au besoin de l'espèce. La sagesse rustique a longtemps confondu la fécondité de la femme avec celle de la terre, matrice et creuset de tous les êtres. (...) La femme qui nourrissait l'enfant longuement, de son sang, puis de son lait, était plus mère que l'homme n'était le père. L'autre tradition plus tardive, mais de mieux en mieux installée au cours du Moyen Age, c'est la tradition chrétienne. Elle prêche la chasteté plutôt que la fécondité ; et le christianisme est une religion du Père. »

2.1. Une fonction maternelle différente dans les campagnes et dans les villes du XVI^e au XVIII^e siècle

A la campagne le fait d'avoir des enfants correspond à une nécessité absolue. Il en faut surtout beaucoup car la mortalité infantile est très importante. Le rapport avec l'enfant peut être tendre néanmoins, mais est réservé à la femme. Le père est mis à l'écart sinon est-il perçu comme faible. Le rôle de la mère est très important, elle a un rôle nourricier au-delà de l'allaitement puisqu'elle cuisine pour la famille entière, elle est le médecin de famille et parfois nourrice mercenaire, au détriment de ses propres enfants. La jeune fille aide sa mère. Elle soigne ses petits frères et sœurs, s'occupe des bêtes. (Les voyant donc s'accoupler, mettre bas). La transmission de savoir se fait au travers du quotidien. Le fait d'être mère et la façon de s'occuper des enfants est transmis par l'entourage directement, que ce soit de la mère à la fille ou dans la famille, de part les grands-mères ou les tantes. [20]

A la ville, l'éducation des jeunes filles sur leur rôle de mère est beaucoup plus succinct. Dans les familles bourgeoises, des nourrices sont payées pour s'occuper des enfants. La mère est déchargée de son rôle conventionnel, néanmoins, il lui incombe la surveillance de la nourrice.

Les enfants sont ici élevés pour dominer. A la renaissance, l'attachement réciproque est quasiment absent car les enfants sont mis en nourrice puis en internat, l'attachement n'est possible que lors du retour à la maison (vers 16 ans). [20]

Dans les petites sociétés comme la famille en campagne, ou les communautés dans les villages, la transmission des savoirs est directe. L'observation et la pratique du

maternage sur les enfants des autres permettent d'intégrer la fonction maternelle. D'autres différences sont observables selon l'appartenance à des groupes sociaux différents. Les rôles qui incombent aux femmes vont varier (préparation du repas, ménage...) et ceux-ci vont donc modifier la relation avec les enfants (plus ou moins de temps, autre culture).

Notre observation porte sur des femmes dans le contexte judéo chrétien en France. Nous pourrions constater d'autres différences en fonction d'autres cultures, ou d'autres lieux d'observation. (Ville / campagne, classes sociales, culture d'origine, type de religion...) Ce qui nous importe est de montrer les différences importantes qui reposent sur des constructions sociales. A chaque contexte peut ou pourrait être attachée une fonction maternelle différente.

2.2. Les premières théorisations de la fonction maternelle

2.2.1. L'invention de la « bonne » mère

Au temps des Lumières (XVIII^e siècle), le corps médical considère que les femmes sont des êtres faibles qu'il faut protéger. La femme est faite pour avoir des enfants et les nourrir. La philosophie des Lumières valorise la femme dans sa maternité.

La fonction maternelle est pensée sous deux points de vue.

D'un point de vue biologique, la femme est considérée comme le premier abri de l'être humain, qui apparaît comme étant très précieux.

D'un point de vue philosophique ou moral, l'amour maternel devient une valeur mise en avant à cette époque car il permet à cet être si précieux de se développer correctement. Le pendant social de l'amour maternel est la compassion que les femmes devraient éprouver pour les pauvres et les malchanceux. Une femme qu'elle soit ou non mère, se doit d'être attentionnée, préoccupée, aimante, inquiète, sentimentale.

Cette image de la femme la considère comme une mère avant tout (« *Le corps de la femme est apte à la maternité : de ce qu'elle peut être mère, le finalisme du temps conclut qu'elle le doit, et même qu'elle doit n'être que cela.* » Discours de médecins du temps des Lumières, comme le Dr Pierre Roussel, cité par Y

Knibiehler p.61) [20] Toutes les responsabilités quant à la bonne santé de l'enfant lui sont assignées.

2.2.2. L'amour maternel ou le retour à la bonne nature XVIII^e siècle

A cette époque, J. J. Rousseau notamment dans son livre l'Emile [%], s'intéresse à la fonction maternelle et met en avant la notion d'amour maternel. La chose la plus naturelle selon J. J. Rousseau est la famille. Il rejette les vices inhérents à la société qu'il juge corrompue. Ses thèses se basent sur l'état d'innocence et sur l'éducation fondée non sur les principes de la vie en société mais découlant d'une vie naturelle. *"J'ose presque assurer que l'état de réflexion est un état contre nature, et que l'homme qui médite est un animal dépravé."* Les modèles pour les femmes sont calqués sur les femmes sauvages, les populations barbares, les femelles animales (notamment les lionnes), les plantes. [2]

Les naturalistes pensent que la femme est douée d'instinct mais ne l'écoute pas puisqu'elle est douée de raison et de volonté. Ils ont pour effet de culpabiliser les femmes, allant jusqu'à se demander si l'éducation ne met pas en péril la maternité. *« La nature dit à la femme : sois femme. Les tendres soins dus à l'enfance, les douces inquiétudes de la maternité, voilà tes travaux. Mais tes occupations assidues méritent une récompense ? Eh bien tu l'auras. Tu seras la divinité du sanctuaire domestique, tu régneras sur tout ce qui l'entoure par le charme invincible des grâces et de la vertu »* (discours du conventionnel Chaumette, 1794).

Ces théories naturalistes n'apparaissent qu'à partir de cette époque. Nous ne retrouvons pas de notion d'instinct maternel avant le siècle des Lumières. Parallèlement, les premiers mouvements moraux en faveur de l'allaitement maternel apparaissent à la même époque. Ils s'appuient aussi sur des discours déterministes comme celui de Plutarque (premier siècle, cité par S. de Beauvoir [9] : *« Si nous regardons ce que la nature a donné aux femelles, les mamelles sont données aux femmes pour qu'elles allaitent. »*)

A cette époque, les femmes qui se trouvent touchées par ses paroles sont seulement des femmes de classe sociale relativement élevée. Mais ce discours sera popularisé au XIX^e siècle au travers du concept de la nouvelle mère.

2.2.3. La nouvelle mère influencée par J. J. Rousseau à partir du XVIII^e siècle

J. J. Rousseau, qui est un enfant sans mère, idéalise l'amour maternel. Il a déplacé le sacré, en le détachant de la religion pour l'inscrire dans la famille, et le centrer sur la bonne mère.

La mère à partir de cette époque est sensée accepter de se sacrifier pour son enfant. Les façons de faire se modifient petit à petit du fait du discours de J. J. Rousseau qui se pose en expert. La femme allaite son enfant et uniquement le sien (les nourrices abandonnaient leur enfant pour allaiter ceux des autres femmes). Les soins et la tendresse de la mère sont considérés comme des facteurs irremplaçables de la survie et du confort de l'enfant (notion devenue primordiale). La mère se doit de surveiller son enfant de façon illimitée, une négligence de sa part étant considérée comme un crime maternel. L'enfant occupe plus de place dans le foyer. A la fin du XVIII^e, l'abandon du maillot permet à l'enfant de répondre aux caresses et tendresses de sa mère, mais impose à la mère une surveillance accrue. L'envoyer en nourrice, serait un signe de désamour, de même lorsqu'il est envoyé en internat. [2] Par conséquent, la mère abandonne petit à petit sa liberté au profit de celle de son enfant.

L'hygiène et la santé deviennent très importantes. J. J. Rousseau conseille aux femmes de bien manger pendant la grossesse et pendant l'allaitement pour avoir un lait de qualité.

La place de l'enfant évolue beaucoup. Il devient un être important auquel les parents s'attachent. Sa perte est vécue comme un drame pour la mère et pour le père.

[20]

Socialement, la révolution française provoque de grands changements dans la famille : la puissance paternelle et maritale est limitée, le mariage devient aussi civil et le divorce est autorisé. Les femmes prennent conscience de leur responsabilité d'individu et de leur responsabilité sociale. La politique s'empare du symbole des femmes et de la maternité (liberté, nation et république sont représentées sous les formes de nourrices généreuses aux seins offerts), cependant les femmes restent exclues des rôles sociaux. La notion des deux sphères apparaît :

le père est tourné vers la sphère publique alors que la mère est tournée vers la sphère privée. Le statut de la femme définit qu'une femme est naturellement faite pour être mère et qu'elle doit être une bonne mère.

2.3. La fonction maternelle dans une politique nataliste

Napoléon Bonaparte, qui a besoin d'hommes pour la guerre, entend bien que les femmes continuent à engendrer. Il crée la première chaire d'obstétrique en 1806 et organise la formation des sages - femmes afin de diminuer la mortalité à la naissance. [20] La médecine est encore impuissante devant certaines maladies. Les femmes sont donc le médecin de leurs enfants.

2.4. Le XIX^e siècle = avènement d'une approche hygiéniste et médicale de la maternité

A la fin du XVIII^e siècle, l'apparition de la démographie permet de constater que le taux de natalité est en diminution. Sur ce constat s'appuie une politique des naissances visant à éviter le déclin démographique.

Parallèlement, les médecins et les philosophes imposent l'idée que tout enfant conçu doit naître et vivre dans les meilleures conditions

Au début du XIX^e et pendant la révolution industrielle, se mettent en place des politiques hygiénistes pour faire face aux épidémies et améliorer la salubrité des conditions de vie des populations citadines.

Entre 1870 et 1890, les découvertes sur l'hygiène dans l'amélioration des soins (l'antisepsie, l'asepsie, la vaccination) sont largement diffusées dans les hôpitaux d'Occident, auprès de la plupart des médecins.

Dans le domaine de la périnatalité, la conséquence première est la diminution importante des décès maternels (fréquents jusqu'alors et liés au nombre de cas de fièvre puerpérale). La mortalité néonatale diminue également. Les nouvelles règles d'hygiène ont plus d'incidence dans la mortalité infantile (biberons qui doivent être lavés avant d'en préparer un autre). [32] Ce faisant, le pouvoir conféré aux professionnels de santé, essentiellement les médecins, va croissant. Les

hôpitaux deviennent plus sûrs, le nombre d'accouchement à domicile diminue progressivement. Pendant cette période on constate également la nouvelle place des accoucheurs.

L'Etat reste préoccupé par la démographie. Il n'a pas d'influence sur le taux de natalité, ne peut inciter les couples à procréer. Il favorise donc les campagnes pour sensibiliser les populations à l'hygiène afin de diminuer la mortalité. (Le manque d'hygiène n'est pas la première cause de mortalité cependant, la famine et le manque de soins sont les causes principales.) Les lieux d'accueil, pour les femmes avec leurs nourrissons, proposent des biberons pour les enfants. [32]

2.5. Au XX^e siècle, une maternité encadrée par un système médical et masculin

Nous constatons avec Y. Knibiehler [32] que la médicalisation s'accélère après la première guerre mondiale, grâce à l'aide américaine, puis grâce aux assurances sociales instituées en 1928, et surtout grâce à la collaboration zélée de la population. La mère suit docilement les conseils du médecin de famille qui la transforme en infirmière de ses propres enfants – le personnel médical et paramédical, sages-femmes et infirmières se laissent entièrement subordonner. Les femmes médecins, encore peu nombreuses, restent les disciples respectueuses de leur maître masculin. Bref, les soins féminins traditionnels, empiriques, affectifs, sont bientôt disqualifiés face aux soins masculins, novateurs et scientifiques.

En Amérique du Nord le travail des sages-femmes est considéré comme « hautement non scientifique, pour ne pas dire peu professionnel », les dirigeants médicaux pensant qu'elles entravent le développement de la médecine moderne. Les sages-femmes cèdent alors simplement leur place. Pour ne la retrouver que dans les années 1980/1990... [12]

Après la seconde guerre mondiale, deux facteurs renforcent encore la disqualification des soins « féminins » : l'institution de la Sécurité Sociale (l'assurance maladie et l'assurance maternité) et l'utilisation des antibiotiques qui terrassent les microbes et qui confirment la toute puissance des soignants. » [32]

La médecine détient le savoir, les femmes deviennent dépendantes de ce savoir. La médecine par conséquence, et peut être sans le vouloir, remet en cause le savoir des femmes et donc leur savoir profane.

Il ne reste aux femmes que leur « instinct », alors si les femmes ne savent pas faire instinctivement, quelqu'un doit leur apprendre. La transmission du savoir par les professionnels est alors justifiée.

III. La construction de représentations et des pratiques chez les professionnels de santé dans l'accompagnement de la fonction maternelle

3.1. La transmission familiale autour de la fonction maternelle

3.1.1. Liée aux différents processus d'apprentissage pendant l'enfance

Nous constatons avec E. Gianini Belotti [15] que la famille moderne est constituée classiquement des deux conjoints et de leur descendance directe. Nous observons un repli sur la sphère domestique (le couple conserve une certaine intimité vis-à-vis de la parenté et des voisins).

Les représentations restent très présentes dans l'éducation donnée à l'enfant. Elles impliqueront probablement sa façon de faire et d'être en tant qu'humain mais aussi en tant que parent. Un enfant apprend à manger avec ses parents, aussi il mangera comme ses parents le lui ont appris (classiquement).

D'abord, l'enfant apprend beaucoup de choses par l'imitation, mais il peut également apprendre en procédant par essais et erreurs. Ainsi, par exemple, un enfant, garçon ou fille, auquel on donne un pantin ou une petite poupée, les serra contre sa poitrine comme il a vu sa mère le faire. L'intervention de l'adulte visera cependant à différencier l'imitation du garçon de celle de la fille : il donnera à la fille plutôt une petite poupée à dorloter, très satisfait qu'elle le fasse, et il refusera au

contraire la poupée au petit garçon, à qui il offrira un ours ou un autre animal à ressemblance vaguement humaine sans lui apprendre à le bercer. Berceur une poupée est, sans nulle équivoque, un comportement maternel, l'expression du rôle féminin par excellence.

Vient ensuite le phénomène de l'identification. Globalement, les enfants s'identifient à la mère puis au père. L'identification ne serait pas si tranchée si les femmes et les hommes partageaient les mêmes tâches. Mais s'identifier à l'un ne veut pas dire dénigrer l'autre. Il est intéressant de voir que ses identifications ne sont pas dues au hasard mais sont aussi transmises de génération en génération. La représentation des genres est très précise.

3.1.2. A travers les jeux qui sont appris aux petites filles

Une sage-femme que nous avons rencontrée nous explique que lorsqu'une petite fille vient dans la salle de consultation, elle se dirige tout de suite vers les poupées, elle est très douce et s'en occupe avec attention contrairement aux garçons. Pour cette sage-femme, l'acte de prendre la poupée et de s'en occuper est une expression directe de son instinct maternel.

Même si cette sage-femme ou ses parents n'ont pas incité la petite fille à ce jeu, comment pouvons nous être certains qu'il s'agisse de quelque chose d'inné ? En effet, la petite fille est loin d'être sourde à tout ce qui l'entoure, elle va à l'école, côtoie d'autres enfants qui sont, soit filles, soit garçons et pour lesquels le choix du jouet est peut être influencé. Si une petite fille va vers une poupée nous la félicitons volontiers, alors que nous avons tendance à proposer un autre jouet au garçon.

Simone de Beauvoir l'a ainsi repris : « *Si, bien avant la puberté, et parfois même dès sa toute petite enfance, elle nous apparaît déjà comme sexuellement spécifiée, ce n'est pas que de mystérieux instincts immédiatement la vouent à la passivité, à la coquetterie, à la maternité : c'est que l'intervention d'autrui dans la vie de l'enfant est presque originelle et que dès ses premières années sa vocation lui est impérieusement insufflée* » [9]

3.1.3. A travers l'éducation donnée à l'école

Nous pouvons observer dans nos manuels scolaires, que les représentations de la femme, donc de la mère (puisqu'elle est rarement célibataire sans enfants) sont bien présentes. Les manuels scolaires ont du mal à évoluer, ils restent généralement sur des représentations : « merveilleux instinct maternel », « personne ne peut s'occuper d'un enfant aussi bien que sa mère », « une femme ne s'épanouit que lorsqu'elle est mère d'ailleurs. ». Ces manuels scolaires sont les manuels que la plupart des personnes de la génération de notre promotion de sages-femmes a découvert au cours de son parcours scolaire. Aussi, ces représentations sont certainement présentes dans la tête d'un grand nombre de femmes que nous allons suivre prochainement dans un projet de naissance... [8]

Le livre n'est pas le seul à transmettre des valeurs, la personne du corps enseignant est aussi un homme ou une femme qui a ses propres représentations et valeurs. Il va donc les transmettre consciemment ou non aux enfants et parents qui sont à sa charge.

3.2. L'approche de la fonction maternelle dans la formation des étudiantes sages-femmes

En France, les sages-femmes existent depuis toujours sous diverses appellations. Ce n'est qu'à partir du XVII^e siècle qu'une tentative de formation est mise en place (Maternité de l'Hôtel Dieu 1630). Depuis la Révolution, diverses écoles de sages-femmes sont créées. En 1803, le monopole des accouchements est donné aux professions médicales et évince les matrones. [36]

Au XX^e siècle, la sage-femme n'est plus seulement une accoucheuse, mais elle prend une place dans l'accompagnement de la fonction maternelle.

3.2.1. Des objectifs de formation élargis

L'Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes rappelle les différents objectifs et les compétences des futures sages-femmes. « *La formation initiale doit amener les étudiants à l'exercice d'une compétence médicale et d'une réelle responsabilité. Parallèlement à l'acquisition*

du savoir médical, cette formation permet de développer, d'une part des qualités d'analyse et de synthèse qui permettront aux futurs praticiens de participer à la politique de santé publique du pays, d'autre part des qualités humaines et relationnelles pour une meilleure prise en charge possible des patientes. »

L'enseignement théorique est basé sur l'obstétrique, la gynécologie, la puériculture, la pédiatrie, les sciences humaines et sociales (notamment la psychologie fondée sur les différents courants théoriques tels que Freud, Winnicott.) L'enseignement devrait permettre d'avoir une vision globale de la physiologie et de la prévention de la pathologie chez les femmes et leur nouveau-né.

3.2.2. Une pratique respectueuse d'une diversité culturelle ou sociale

Nous avons tous des différences culturelles aussi, le code de santé publique (Nouvelle partie Réglementaire, d'Août 2004) partie IV, livre 1^{er}, titre II, chapitre VII, section 3 portant code de déontologie des sages-femmes spécifie qu'il faut aller outre ce que l'on peut juger comme étant différent. Article R.4127-305 : *« La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard et quel que soit le sexe de l'enfant. »*.

Cet objectif est un objectif de savoir être à l'inverse des autres objectifs pédagogiques qui sont plus axés sur le savoir ou le savoir faire. Nous constatons que la part accordée dans l'enseignement à ce savoir être peut paraître faible au regard du poids des représentations qui pèsent sur nos pratiques.

La sage-femme, comme tout professionnel, apporte sa culture personnelle donc issue de son propre milieu. Son savoir s'est construit socialement à travers son expérience personnelle et professionnelle (partie théorique que nous avons pu voir et partie pratique). Au fil des années, la sage-femme acquiert une pratique qui lui est propre de part ses rencontres et ses formations. Toutes les personnes avec qui elle travaille n'ont pas forcément développé ce savoir de façon identique. Par exemple la prise en charge des femmes et des bébés avec l'haptonomie. La façon de porter le

bébé est totalement différente de notre façon de les porter transmise par notre culture en leur tenant la tête, en les contenant. L'haptonomie les offre au monde, ces portages peuvent faire peur car sont inconnus. Pourtant, ce portage n'est pas plus dangereux que la contention, si elle est pratiquée avec attention, de la même manière que lorsqu'un bébé est tenu « traditionnellement » (issue de la culture occidentale, qui est différente de la pratique des africaines par exemple)

3.3. Au travers des théories dominantes

Une prise de conscience collective sur les capacités de l'enfant apparaît. Avec des livres comme « Le bébé est une personne » de Bernard Martino [16] ou « Tout se joue avant six ans » de Filzugh Dodson, les mères (entre autres) prennent conscience de l'importance de leur rôle. La femme a apparemment choisi d'avoir un enfant et, en plus de subvenir à ses besoins vitaux (nourriture, protection), elle doit veiller à son bon développement psychique. Nous avons décidé de parler de deux auteurs qui sont évoqués lors de la formation de sages-femmes et qui sont assez largement connus de la population générale.

3.3.1. L'apparition de la mère suffisamment bonne et de la préoccupation maternelle primaire par D. W. Winnicott

Pour D. W. Winnicott (1970), [27] comme pour tous les auteurs qui étudient son évolution, l'être humain porte en lui une tendance innée à se développer et à s'unifier. L'enfant va se former à la suite de processus de maturation. L'environnement joue pour lui un rôle majeur. Au début, l'environnement de l'enfant se résume à la mère puis s'élargit.

La période de dépendance absolue correspond à la période allant de la naissance à l'âge de 6 mois. Le bébé est entièrement dépendant de son environnement (la mère) et n'en a aucune conscience. Aussi, la mère doit remplir trois fonctions maternelles :

- La présentation de l'objet

La mère présente le biberon ou le sein au bébé quand celui-ci est prêt à l'imaginer. Ainsi, il aura une sensation d'omnipotence, et il sera capable d'éprouver

des émotions, des sentiments d'amour ou de haine sans représenter une menace potentielle, source d'angoisse.

- Le holding

Le holding correspond au maintien de l'enfant aussi bien physique que psychique. Le maintien psychique consiste à soutenir le moi du bébé dans son développement, c'est-à-dire à le mettre en contact avec une réalité extérieure simplifiée, répétitive, qui permet au moi naissant de trouver les points de repères simples, stables, nécessaires pour mener à bien son travail d'intégration dans le temps et l'espace.

- Le handling

Il s'agit de la manipulation du corps du bébé par la mère, lui permettant peu à peu d'identifier son corps.

Par la suite, D. W. Winnicott a décrit la mère suffisamment bonne. Il s'agit d'une mère qui, pendant les premiers mois de vie de son enfant, est capable de s'adapter à ses besoins. Elle sera suffisamment bonne pour que son bébé puisse s'en accommoder sans dommage du point de vue psychique. Dans son ouvrage intitulé « *Lettres vives* », D. W. Winnicott décrit cette femme : « *Le mieux que peut faire une femme réelle avec un enfant est d'être sensitivement suffisamment bonne au début, de telle sorte que, dès le départ, l'enfant puisse avoir l'illusion que cette mère suffisamment bonne est le « bon sein* ». »

La préoccupation maternelle primaire correspond à la période pendant laquelle la femme nouvellement mère a comme première occupation ou pensée son enfant. Cette période n'est pas pathologique puisqu'elle correspond à la période de la mère suffisamment bonne que décrit aussi Winnicott.

Inversement, il décrit également la mère insuffisamment bonne. Elle peut correspondre à plusieurs situations :

- une mère peut ne pas répondre aux besoins propres de l'enfant mais aux siens,

- elle peut aussi tantôt avoir une réponse adaptée, tantôt être défaillante, l'enfant ne pourra pas alors être en confiance,
- il peut s'agir d'une situation. Si un enfant est pris en charge par plusieurs personnes pour un soin simple, sa représentation sera éclatée, morcelée. Un élément simple lui paraîtra complexe.

Un des grands postulats de Winnicott est que la mère suffisamment bonne l'est naturellement. Aussi, pour lui une femme qui allaite n'a pas à se poser de questions. Il pense qu'il est important de ne pas trop en dire afin de ne pas induire en erreur les femmes alors qu'elles savent quoi faire naturellement. Ceci dit, il considère ces femmes qui savent comme étant des femmes « normales » sans maladies ni problèmes.

Dans sa théorie sur la préoccupation maternelle primaire, Winnicott n'exclut pas les femmes ayant adopté un enfant, il pense qu'elles peuvent s'adapter suffisamment bien, en raison d'une certaine faculté d'identification au bébé.

Pour Winnicott, la préoccupation maternelle primaire correspond à l'environnement spécialisé dont l'individu a besoin pour un bon départ. [27]

Dans la première édition de son livre « *L'Amour en plus* », (1980) [2], E. Badinter critique Winnicott : il s'agit de conseils en grande diffusion : « le succès de ces premiers vulgarisateurs de la psychanalyse témoigna à la fois du désarroi des mères et de la croyance en un idéal, qui démentent l'idée d'une attitude maternelle instinctivement bonne. »

« Deux femmes viennent trouver le Roi Salomon. Ces deux femmes vivent toutes les deux dans la même maison et ont chacune un fils. L'un d'eux est mort une nuit. Elles prétendent toutes deux être la mère du survivant. Le roi Salomon demande alors une épée afin de couper l'enfant en deux pour que chacune en ait une partie. Mais la première femme hurle et demande à ce que l'enfant soit donné à l'autre plutôt que de le tuer. Le roi jugeant qu'il s'agissait de la vraie mère face à l'indifférence de l'autre rendit le bébé à la première femme. » [D'après le Premier Livre des Rois, chapitre 3, versets 16 à 28] Salomon, ou la reconnaissance, déjà, de la préoccupation maternelle primaire

3.3.2. Des conseils hautement diffusés notamment par la radio avec l'émission de F. Dolto

Sceptique devant tout savoir constitué, F. Dolto (années 1970) nous propose des théorisations originales, novatrices recherchant toujours dans des sujets singuliers les sources d'un savoir. Aussi, elle s'est intéressée de près à la relation parent enfant, pendant plusieurs années, elle a animé une émission radio (« Lorsque l'enfant paraît »), afin de répondre aux questions posées par les parents dans leur relation avec leur enfant. [25]

Elle introduit dans son œuvre la notion de triangulation. Les parents ont deux rôles différents. Selon F. Dolto, durant les premiers mois de la vie, une personne unique est nécessaire pour servir de relation élective au bébé afin qu'il se centre à l'intérieur de lui-même, cette personne doit être médiatrice des autres.

Nous pouvons remarquer que dans les différentes sociétés, il s'agit de la femme, rarement de l'homme. Dans ses représentations de la personne médiatrice, F. Dolto va d'emblée nous parler de la mère. Il reste à savoir, si la mère est forcément cette personne. Et donc de savoir la raison de cette répartition des rôles. Car, si les rôles de l'homme et de la femme sont différents en quoi sont-ils plus masculins que féminins ? Est-ce naturel ?

Le fait que l'enfant pour se construire a besoin d'une personne qui se préoccupe de lui apparaît dans les écrits des deux auteurs. Mais, D. W. Winnicott affirme que ceci est naturel pour la mère, tandis que F. Dolto pense que ceci n'est pas forcément inné. La question reste, si la fonction maternelle est bien innée, pourquoi existe-t-il tous ces livres de références pour expliquer ce dont a besoin un enfant ? Il faut noter que ces livres ne sont pas forcément des livres théoriques, ils sont également pratiques (Laurence Pernoud par exemple ou le magazine parents...).

3.4. L'influence des courants féministes

Les savoirs, transmis depuis des générations, sont influencés par tous les bouleversements sociaux (nombre d'enfants, de facteurs économiques et sociaux ou politiques, façon de les élever également.)

Un des grands bouleversements notamment est l'émancipation des femmes. Dans les années 1960, certaines femmes ne veulent plus être considérées comme des mères uniquement (veulent un métier même mariées). Elles revendiquent la maternité libre « *un enfant si je veux, quand je veux* ». « *La moitié des Hommes sont des femmes* », en ce sens, elles veulent être reconnues comme leur égal (obtention du droit de vote) et ne plus être soumises aux règles patriarcales. Ces revendications sont loin d'être terminées, le statut de la femme est sans cesse remis en cause. Néanmoins, certains discours alors sont tenus par certaines personnes. Ils considèrent que, désormais, les femmes ont le choix de la maternité, une certaine liberté concernant leur vie professionnelle, affective, sexuelle. (maîtrise de leur corps). Certains vont alors tenir des propos extrêmes. Auparavant, les femmes n'avaient pas le droit de refuser une naissance. A présent, elles n'ont pas le droit de laisser naître un enfant non désiré.

Parallèlement, nous observons une rupture de la transmission culturelle en milieu féminin.

3.5. Les conséquences de la professionnalisation

3.5.1. Le transfert des savoirs au profit des « experts »

La transmission aux femmes sur le maternage est devenue de plus en plus professionnelle. Les futurs parents sont confrontés à des images, dès leur plus tendre enfance en ce qui concerne leurs modèles. Ils sont influencés par leurs parents ou entourage familial comme nous l'avons expliqué précédemment mais aussi par les autres figures de référence. En ce sens, les professionnels de la santé ont une place très importante.

Du point de vue de la sociologie de la culture, les institutions ont une force. Les professionnels essayent de se mettre à la place de la personne qu'ils prennent en charge. Le fait d'entrer dans la peau des gens devient automatique. Le corps joue un

rôle très important car nous devons acquérir notre métier dans notre tête et dans notre corps, les gestes devenant naturels, nous finissons par oublier qu'il s'agit d'une norme. Le danger est donc de penser que le naturel finit par être une norme méconnue comme norme.

Ainsi, il est difficile de confronter ce que nous faisons vis-à-vis d'une femme qui ne connaît pas les normes.

3.5.2. Les représentations portées par les professionnels sur l'instinct maternel : impacts sur les pratiques

Notre culture nous a transmis un ensemble de règles de comportement qui sont socialement obligatoires. C'est le propre de l'homme que de vivre dans la culture : la culture est différente de la nature bien qu'indissociable. Les catégories de jugement mis en œuvre par les individus, qui sont des catégories socialement produites, nous viennent de notre expérience, et sont propres à des groupes (sociaux par exemple, suivant milieux sociaux, attachés au sexe, aux générations...) Lorsque l'on classe, on juge, on ne réfléchit pas. Il s'agit d'automatisme. L'intérêt est donc de s'arrêter sur nos jugements afin d'y réfléchir. Il est important d'identifier nos représentations pour éviter de juger les femmes. De réaliser qu'il y a d'autres façons de penser nous permet de travailler avec les femmes sans imposer notre façon de penser mais en travaillant conjointement avec elles.

DEUXIEME PARTIE:

RECUEIL ET ANALYSE DES TEMOIGNAGES

I. Rappels des objectifs

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie du mémoire, la notion d'instinct maternel renvoie à la part de naturel de chaque individu qui est intimement liée à la part de construit.

Nous pouvons remarquer ou plutôt entendre, au détour de conversations, que de nombreuses personnes emploient les mots « instinct maternel ».

Nous avons procédé en trois temps, le premier temps est le recueil des témoignages, le deuxième est leur description et le troisième temps leur analyse. Ces trois temps ont pour but d'éclairer nos questions de départ. Lors de nos entretiens nous avons voulu savoir comment sont construites et conscientisées les représentations et sur quoi portent ces représentations.

II. Les hypothèses

L'utilisation du terme « instinct maternel » nous paraît intéressante à décrypter dans le cadre professionnel. Du fait de l'évolution de la place des professionnels dans la société actuelle, nous nous intéressons uniquement à ceux qui sont proches des femmes (en devenir, qui sont mères) ou des enfants. Globalement un très grand nombre de professionnels de santé interrogés pensent que l'instinct maternel existe mais qu'il n'est pas inné.

Les représentations portées par les professionnels sur l'instinct maternel auraient un impact sur leurs pratiques.

L'utilisation de mots ou des représentations qui ne sont pas identifiées comme telles seraient un frein à une relation d'aide.

Considérer l'instinct maternel comme inné empêcherait de s'impliquer dans une relation d'aide ou d'écoute.

III. Méthode

3.1. Les professionnels interrogés

Huit femmes et deux hommes ont été interrogés. Ils ont entre 22 ans et 55 ans. Les professions représentées sont : auxiliaire de puériculture (1), sage-femme (3), infirmière (1), pédiatre (1), éducatrice de jeunes enfants (1), gynécologue obstétricien (2), assistante sociale (1)

Nous avons fait le choix de faire une enquête qualitative par entretiens semi directifs.

3.2. Conduite des entretiens

Lorsque nous avons pris contact avec les différentes personnes pour les rencontrer, nous leur avons rapidement expliqué le thème de ce mémoire qui est donc l'utilisation du terme « instinct maternel ».

Toutes les personnes avaient réfléchi à la question et l'ont exprimé. Deux d'entre elles ont essentiellement parlé de l'instinct maternel et se sont peu arrêtées sur leur propre histoire.

L'entretien est enregistré et rendu anonyme, il dure entre 30 et 60 minutes. Les différentes personnes ont donc exprimé leur ressenti sans contrainte. La grille d'entretien est en annexe.

Les entretiens débutent par une présentation globale de la personne qui est interrogée, elle nous donne son âge, sa situation familiale. Il est important de connaître le contexte de la personne pour mettre en relief son expérience professionnelle qui est liée à son vécu personnel comme nous l'avons vu dans la première partie.

Plusieurs personnes ont été étonnées par les questions que nous leur avons posées. Elles ne pensaient pas être interrogées sur leur vie personnelle. Une personne s'est trouvée en difficulté lorsqu'elle a répondu à nos questions. Elles concernaient sa vie personnelle et notamment son vécu de ses grossesses.

Rapidement, les réponses se sont axées sur le vécu professionnel et les critères de référence des parents.

En fin d'entretien, nous avons interrogé les personnes sur la perception des entretiens. Globalement, le sujet et la démarche ont suscité l'intérêt des personnes interrogées.

Une fois les différents thèmes abordés, nous avons conclu les entretiens, nous avons proposé aux personnes interrogées de dire un dernier mot sur le sujet si elles le voulaient.

IV. Contenu des entretiens

Notre objectif est de mettre en exergue les liens, s'ils existent, entre le vécu personnel des professionnels, leur pratique professionnelle et les représentations sur lesquelles ils s'appuient. Nous avons donc séparé en trois sous groupes l'étude descriptive des entretiens.

4.1. Les projets de vie

Nous nous sommes intéressés à ce que les personnes interrogées avaient imaginé de leur relation avec les enfants avant de définir leur choix professionnel. Quatre femmes voulaient des enfants, et expriment avoir toujours eu une attirance pour les enfants. (*« J'ai toujours adoré les enfants »*). Deux femmes disent spontanément avoir joué à la poupée l'adolescence passée. Les deux hommes ne nous ont pas parlé de leur enfance et de ce qu'ils projetaient à cette époque.

Nous avons demandé si les personnes interrogées avaient des enfants ou non : sur 8 femmes, 3 n'ont pas d'enfants (2 par choix, 1 autre n'a pas expliqué pourquoi, elle a 22 ans), 1 homme a trois enfants, l'autre n'a pas répondu à cette question.

Pendant la période de la grossesse :

Deux femmes ont eu des difficultés lors de la conception. Une femme a eu une amniocentèse pour son premier enfant qui a induit une grossesse difficile à

réinvestir. Une femme a été confrontée à la découverte d'une malformation à la naissance. Cela fût difficile à vivre. Une femme a vécu sa première grossesse dans un contexte familial difficile (n'étant pas mariée avec son conjoint, ses parents ont mal vécu l'annonce de la grossesse).

Une fois leur enfant né, les personnes disent avoir ressenti de la joie (1 personne), du bonheur (2 personnes), de l'attachement (2 personnes), de l'amour (2 personnes).

Trois personnes nous ont également confié que leur enfant les a renvoyé à leur propre expérience en tant qu'enfant.

Le fait de devenir parent implique plus de responsabilités, la place dans la société est également différente. (Témoignage de deux personnes) Plus de deux personnes ont exprimé des difficultés liées au fait même d'être parent, elles ont constaté que c'est beaucoup plus dur que ce qu'elles avaient pu imaginer. Pour trois femmes le fait d'avoir eu leur formation professionnelle avant d'être mère les a aidé (AS, EJE, SF).

De manière générale, les modèles d'éducation pour leurs enfants qu'elles décrivent sont axés sur des valeurs comme l'amour (2 personnes), la communication, le partage, l'ouverture, la découverte du monde (3 personnes), une éducation bienveillante associée à des règles (2 personnes), la priorité doit être les enfants et leur protection (3 personnes), la politesse, le respect, l'amitié, la propreté (1 personne).

4.2. La vie professionnelle

Certaines personnes ont exposé les raisons qui les ont fait choisir leur métier. Certaines femmes ont toujours voulu s'occuper d'enfants (3), une autre trouvait que le métier de sage-femme avait « une place différente des autres, une place à part ». Une femme a toujours eu une volonté de partage et de discussion avec les enfants. Une autre aime être en relation avec les autres, contact avec les autres.

En ce qui concerne leur pratique professionnelle, trois personnes ont spécifié que leur vie privée n'affectait pas leur vie professionnelle, qu'elles établissaient une relation professionnelle basée sur moins d'affectif, plus de technicité.

Deux femmes se sont senties plus ouvertes après leur expérience de maternité. La moitié attache beaucoup d'importance au relationnel, pensant que la prise en charge psychologique est étroitement liée à la prise en charge somatique.

Lorsque nous demandons leur mission en tant que professionnel, ils nous disent qu'ils essaient : d'expliquer (2), d'aider (1), de faire participer (2), de ne pas avoir un discours moralisateur (2), d'instaurer un climat de confiance (1), d'accompagner dans la vie de tous les jours, de partir de la réalité des gens (2), de faire attention (1), de faire de la prévention (1)

Les professionnels interrogés se sont exprimés sur les moyens mis en œuvre dans leur pratique :

La première chose dont ils font état est leur manque de moyens, ils n'ont pas assez de temps pour parler et faire de la prévention sans préciser pour autant l'objet de la prévention. (5) La consultation du 4^e mois devrait permettre de prendre plus de temps et d'orienter les femmes selon leur santé.

Les compétences médicales de la sage - femme s'élargissent et ses connaissances aussi grâce à la formation continue. De ce fait, la sage-femme a plus de possibilités pour prendre en charge les femmes.

Certains professionnels utilisent des critères pour catégoriser les personnes demandeuses de soin, notamment par l'apparence physique (qui serait prédictive de la façon d'être) (2), ou par les antécédents connus de la dite personne (si elle a déjà eu des problèmes elle risque d'en avoir d'autres) (1).

Certains professionnels ont proposé des solutions pour améliorer la pratique. Pour deux personnes, le moment de la naissance est le moment le plus important. Il y a notamment un travail à faire autour du moment de la naissance (accueil de l'enfant en particulier, il ne s'agit pas de n'importe quel enfant, le relationnel est primordial.).

Deux personnes pensent qu'il faut valoriser les parents sur ce qu'ils font et valoriser l'enfant à leurs yeux.

Pour une autre le plus important est de favoriser le lien entre les parents et leur enfant.

La solution est la prévention de situations à risque d'après un autre professionnel.

4.3. *Perceptions issues des pratiques*

Compte tenu des constats que les professionnels ont fait précédemment, certains ont pu définir ce qui correspond à des contextes favorables à une bonne relation parent - enfant. Trois personnes ont souligné le fait que si chaque parent a un travail, cela implique un équilibre financier, donc des problèmes en moins, ils peuvent ainsi se consacrer à l'éducation de leurs enfants.

Deux autres personnes pensent qu'un climat calme où règne la patience et où les parents n'expriment pas d'agacement est rassurant.

La perception d'une certaine « harmonie » entre les parents et les enfants est également nommée comme une condition propice à une bonne relation mère - enfant.

Parallèlement, les professionnels ont également défini ce qui pour eux représente des contextes à risques, qui ne les mettent pas en confiance. Les contextes sociaux « difficiles » restent la première préoccupation des professionnels (3). Ils pensent que la vie est généralement plus difficile dans les milieux défavorisés.

Si les professionnels savent que les parents ont eux-mêmes subi des violences pendant leur enfance, certains disent qu'ils seront plus attentifs. Certains considèrent que la séparation précoce d'avec l'enfant ainsi que la découverte d'une malformation chez l'enfant seraient des situations à risque de moins bonne relation parents – enfants.

De ces ressentis sont attachées à des représentations concernant la fonction parentale et les parents dont s'occupent les professionnels. Nous leur avons donc demandé de décrire ce qui pour eux est un bon parent. Tous s'accordent à dire qu'il n'existe pas de bons ou de mauvais parents, certains que les parents font ce qu'ils peuvent avec leurs enfants et notamment quelques erreurs.

Pour quatre professionnels, la femme doit être bien dans sa peau. Elle doit d'abord être femme pour pouvoir être mère : certaines professionnelles conçoivent qu'une femme puisse prendre du temps pour elle, qu'elle ne soit pas tout le temps avec l'enfant. Pour une autre, la notion de sacrifice intervient puisqu'une personne pense que l'enfant doit passer avant soi

Pour d'autres, l'amour est encore le maître mot. (2).

Certains pensent que si les parents ont des bonnes intentions se sont de bons parents. Que s'ils font du mal, ce n'est pas volontaire.

Les parents ne doivent pas mettre en jeu les besoins vitaux de l'enfant (2).

Les parents doivent savoir écouter, partager (1).

Un lien se crée entre les parents et les enfants de façon naturelle, ce lien n'est pas suffisant mais tout le monde l'a. (1)

Seules trois personnes se sont exprimées sur ce que serait un mauvais parent.

Deux personnes mettent en avant les violences faites aux enfants (physique ou morale).

Une de ces personnes trouve injuste que les femmes enceintes consomment des produits tels que les cigarettes ou l'alcool.

Celle qui n'apporterait pas d'attention, du déni à son enfant, également (1).

Interrogées sur la notion d'instinct maternel, pour cinq personnes, il n'existe pas. Pour quatre autres, il existe. Et pour une autre, il n'existe pas, mais elle pense que les choses se font naturellement quand même :

- Deux partent du principe que chaque être humain est unique. Le fait d'être mère varie donc en fonction de chaque femme et de chaque enfant. L'instinct maternel n'existe pas. Des liens se construisent au fur et à mesure avec l'enfant.
- Une des personnes interrogées pense que « L'instinct est confondu avec l'amour, l'attachement, la préoccupation, l'adoption. » (1)
- D'autre que toutes les femmes peuvent être mères avec plus ou moins de difficultés. (2)
- Les personnes qui pensent que l'instinct maternel est une réalité disent : « Il s'agit de quelque chose qui existe pendant la grossesse ou après, il est plus ou moins rapide, il existe et mûrit. (2) »
- Le peau à peau favorise l'instinct, et la proximité avec l'enfant, la libération d'ocytocine favorise l'attachement. (2)
- Une femme s'est sentie mère tout de suite mais pense que les femmes ne sont pas naturellement mères.

V. Analyse lexicale des entretiens

Si nous cherchons transversalement des mots utilisés dans les entretiens, certains le sont plus que d'autres. Nous avons donc comptabilisé combien de fois ces mots étaient utilisés et dans combien d'entretiens différents. Le mot amour est cité 13 fois, par 6 personnes, le mot attachement 9 fois par 5 personnes, le mot lien, 14 fois par 6 personnes, le mot éducation 15 fois par 6 personnes, valeur 4 fois par 4 personnes.

Nous nous sommes intéressés à ces mots car ils reflètent une impression qui est présente à la lecture des entretiens. La grande majorité des professionnels se basent sur le ressenti aussi bien pour ce qui est de leur vie personnelle que professionnelle. Tous ces termes font appel au vécu personnel. Aucun ne s'appuie sur la théorie. Nous ne sommes pas capables de doser l'amour qu'une personne éprouve pour quelqu'un. Les sentiments et les valeurs restent personnels, aussi il est intéressant de constater sur quels critères les professionnels s'appuient.

Les valeurs personnelles que les personnes veulent transmettre sont liées à ce qu'elles sont en tant qu'individu, elles impliquent leur propre enfance, leur parcours personnel, leur éducation, leurs découvertes. Dans la majorité des témoignages, nous pouvons retrouver les liens qui existent entre les valeurs personnelles et la pratique des professionnels (plusieurs utilisent leur propre expérience de parent afin d'aider leurs clients.)

Dans la description de ces entretiens on peut constater que les femmes sont plutôt jugées sur leur devoir affectif. On ne reprochera pas à la femme de ne pas savoir faire (changes, allaitement,...). En revanche, si elle ne se montre pas attentionnée, préoccupée, aimante, inquiète, sentimentale, elle risquera d'être déconsidérée ou jugée « mauvaise mère » ou « pas bonne »...

VI. Analyse qualitative des entretiens au regard des hypothèses posées

Dans l'ensemble des discours, aucune personne ne fait référence à des critères objectifs sur ce que devrait être une bonne interaction mère – enfant, ni sur ce que serait une bonne pratique professionnelle pour améliorer la qualité de cette

interaction. Nous ne pouvons pas savoir en quoi les représentations des professionnels sont plus de l'ordre de la croyance ou plus influencées par telle ou telle théorie sur la fonction maternelle.

Beaucoup d'entre eux sont plus attentifs, dans leur observation des femmes rencontrées, à la mise en œuvre de normes et qu'au résultat produit. A priori si les parents sont suffisamment bons, le résultat observable est un enfant qui semble heureux.

Un des maîtres mots qui apparaît tout au long des entretiens est la prévention. Parmi les professionnels qui y sont sensibilisés aucun ne nomme ce qu'il veut prévenir. Les facteurs de risques cités ne correspondent pas à ceux qui ont fait l'objet d'une recherche (mis à part la séparation précoce et la découverte de malformation). En terme de prévention, ils ne s'appuient que sur leur ressenti. Sur des populations considérées comme à risque, aucun n'a dit quels conseils il donnait. Si dans la prévention, on inclut les maltraitances, il est intéressant de savoir que tous les milieux sont touchés, contrairement à certaines représentations exprimées.

La prévention serait d'agir sur les difficultés qui peuvent surgir dans l'interaction entre les parents et les enfants. Par exemple avons-nous évoqué avec les parents ce qu'il était possible de faire si l'enfant pleure et que l'épuisement parental se fait ressentir ?

D'après certains auteurs d'Amérique du Nord [4] qui ont développé les différents concepts d'interaction entre un professionnel (et/ou son institution) et son client, il existe un lien entre ce que les professionnels sont personnellement et leur façon d'être dans leur pratique professionnelle.

Nous avons voulu faire ressortir ce que cela implique dans la relation à l'autre (ici les usagers). Trois schémas de relation peuvent se construire avec le patient.

D'après la première partie, toute personne est influencée dans sa pratique par son vécu personnel. A cela, nous ajoutons nos bases théoriques de notre formation professionnelle. Vient se placer alors la relation avec le patient.

Certains professionnels vont établir une relation avec la personne sans prendre en compte la place de leur vécu. Le professionnel met de côté son vécu personnel consciemment ou non. (cf. Figure 1) La relation semble alors s'établir sur des bases professionnelles avec l'usager alors que les pratiques vont être influencées par le vécu personnel du professionnel.



Figure 1 : Relation qui semble s'établir sur des bases professionnelles

Nous pouvons retrouver ce type de relation dans certains témoignages. Ces professionnels notamment expriment le fait que leur vie professionnelle serait séparée de leur vie personnelle. Ce sont les personnes qui ont exprimé leur étonnement lorsque nous leur avons demandé de nous faire part de leur histoire personnelle. Alors que ces mêmes personnes dans les entretiens n'ont fait référence qu'à leur expérience personnelle. Dans ce type de relation en tant que professionnel nous pouvons nous faire « piéger », notamment quand certaines situations font écho avec notre vécu personnel et nous pouvons alors être déstabilisés dans notre pratique.

La deuxième situation que nous pouvons retrouver également au cours des entretiens est la relation grandement basée sur une relation sympathique. (cf. Figure 2) Le professionnel appuie sa relation sur le partage d'une expérience commune avec son patient. (« Je vous comprend parce que moi aussi je suis une mère. »). Ce que renverra alors le professionnel tiendra plus de ce qu'il a appris dans son expérience propre et donc unique que dans son expérience professionnelle.

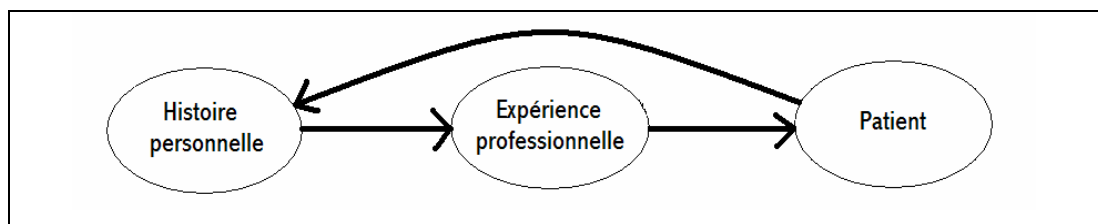


Figure 2 : Relation basée sur la sympathie

La dernière situation basée sur l'empathie se révèle être la plus productive. (cf. Figure 3) Les professionnels ont pris conscience de leur vécu personnel, et de ce que cela produit dans leur travail et dans la relation à l'autre. Une fois ces constats posés, l'usager de soins peut alors s'exprimer librement, le professionnel utilisera ces différentes ressources pour accompagner le patient.

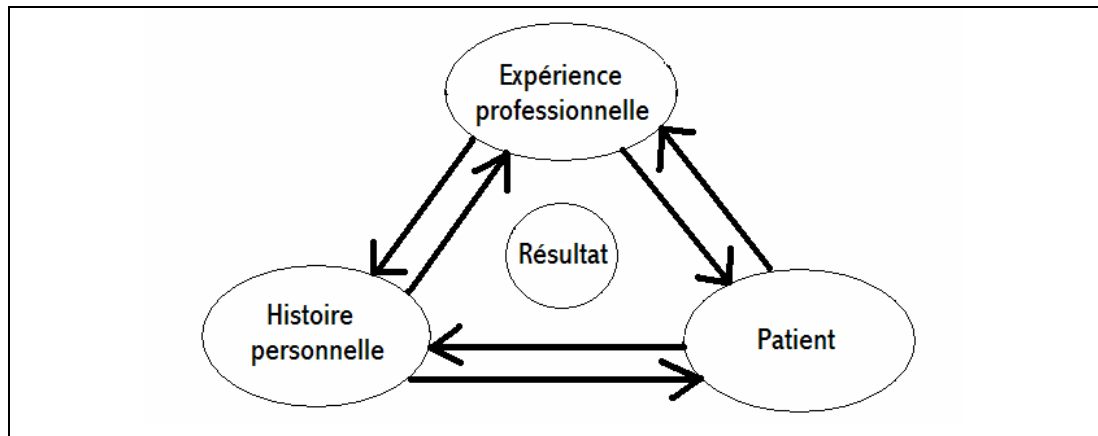


Figure 3 : Relation basée sur l'empathie

Les autres constats que nous avons pu avoir est le fait que la relation que les professionnels entretiennent est basée parfois sur la relation à l'enfant parfois sur la relation à la mère. Nous ne trouvons pas de distinction entre le fait de s'occuper de l'enfant seul ou de l'interaction parent - enfant. En d'autres termes, seulement trois personnes se sont préoccupées de savoir ce que la relation produisait avec la famille en tenant compte de l'histoire de la famille. A ce titre le témoignage suivant est éclairant :

« Le but de l'association était de partir de la réalité des gens et de travailler avec eux vers leurs centres d'intérêts. J'ai découvert beaucoup dans le travail social au niveau de ce que les professionnels jugent, font culpabiliser. Il faut partir de leur réalité de ce qu'ils étaient et non pas que dans une démarche de conseil et que l'on sait mieux qu'eux, ça ne marche pas. Si on se met à la portée des gens ils vont découvrir leurs possibilités et c'est l'essentiel. Si ce n'est pas notre façon de faire ce n'est peut être pas la façon de faire qui leur convient. » (Entretien n°10)

Au travers des entretiens, les professionnels rencontrés apparaissent soucieux de la qualité des relations établies lors de l'accompagnement des femmes dans leur fonction maternelle. La qualité de la communication est nommée comme

primordiale. Leur pratique en lien avec la fonction maternelle s'appuie sur peu de fondements théoriques.

Ceci est directement corrélé avec les constats que nous avons émis dans la première partie lorsque nous avons essayé de définir ce à quoi fait référence l'instinct maternel. En effet, cette notion reste floue malgré l'intérêt qui lui est porté. De plus, l'apprentissage du savoir être des professionnels est peu abordé dans leur enseignement.

TROISIEME PARTIE:

PROPOSITIONS POUR UNE PRATIQUE RENOUVELEE

La place du professionnel de santé a évolué depuis le courant hygiéniste du XIX siècle: le développement des possibilités d'interventions médicales dans la maternité a conduit les professionnels de santé à prendre une place grandissante au prix d'une perte de pouvoir des usagers. De ce fait, il est d'autant plus important que les pratiques professionnelles et les postures des intervenants soient encadrées par une réflexion sur la fonction sociale des professionnels de la périnatalité et sur les valeurs portées par les individus et les institutions. Ceci ne nous dispense pas de nous appuyer aussi sur des référentiels de bonne pratique.

D'après les constats faits dans les entretiens, nous avons pu faire une ébauche de propositions pour améliorer notre pratique.

I. Le savoir faire

La formation médicale continue est une obligation déontologique : elle doit permettre à toute sage-femme d'entretenir et de compléter sa formation initiale afin d'assurer « des soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né » (code de la santé publique, Nouvelle partie Réglementaire d'août 2004 portant code de déontologie des sages-femmes, Article R4127-304 et R4127-325).

« La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. La formation continue est obligatoire pour les sages-femmes en exercice. L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles.... » (Code de santé publique, Nouvelle partie Législative, Article L 4153-1 inséré par Loi n°2004-806 du 9 août 2004)

La sage-femme a donc le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances pour assurer l'acquisition de nouvelles techniques dans les limites de sa capacité professionnelle.

Cette formation continue relève à la fois de la responsabilité individuelle de la sage-

femme qui pourrait avoir à se justifier en cas de faute professionnelle, mais elle repose aussi sur la responsabilité collective de la profession qui doit participer à la politique de promotion de la santé et de la qualité des soins.

Ce qui nous amène à la promotion de la santé définie par la charte d'Ottawa en 1986 :

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »

Le point important que nous voulons mettre en avant est l'acquisition d'aptitudes individuelles. D'après les moyens engagés dans la charte, la promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend plus aptes à faire des choix judicieux. Il est crucial de permettre aux femmes d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

Dans le cadre de la formation continue, nous ne retrouvons qu'un seul thème qui s'approche de la prise en charge globale de la famille et en ce sens proche de la promotion de la santé. Il est intitulé RESEAU ET FAMILLE APPROCHE SYSTEMIQUE DE LA FAMILLE EN PERIODE DE NAISSANCE. Sachant qu'il

s'agit de la seule formation, peu de personnes y ont accès. D'autres moyens peuvent être proposés alors.

II. Le savoir être

Des études ont été faites concernant les représentations et l'influence de ces représentations sur les pratiques professionnelles. L'exemple du mémoire d'une étudiante sage-femme qui s'est attardée sur les représentations que les professionnels avaient sur les femmes enceintes usagères de drogue nous paraît pertinent pour notre réflexion.

2.1 Un exemple de confrontation avec nos représentations : Grossesse et toxicomanie

A l'occasion de ce mémoire, l'étudiante a pu revenir sur ces propres constructions. Elle s'est intéressée au personnel soignant ainsi qu'aux femmes enceintes toxicomanes ou substituées.

Elle a mis en évidence les représentations qui existent chez les professionnels (vision négative de ces femmes et méconnaissance de la toxicomanie) ainsi que les représentations qui existent chez les femmes (sentiment d'être jugées par le personnel soignant).

Le fait d'être formé ou informé sur la toxicomanie ne modifie pas la façon de se représenter la femme toxicomane ou substituée. La formation est nécessaire mais pas suffisante.

A partir de ces conclusions, elle a proposé plusieurs actions pour modifier les représentations des professionnels de santé :

- Une familiarisation avec la toxicomanie.
- Des groupes de réflexion entre professionnels spécialisés en toxicomanie et les soignants afin de réfléchir sur les représentations des professionnels.
- Une connaissance et reconnaissance du travail de chaque équipe professionnelle.
- Mise en place de personnes référentes qui feront le lien entre les différents acteurs.
- Prise en charge de la dépendance aux opiacés.

Ce mémoire révèle, en parlant d'une situation particulière, que les professionnels peuvent être parasités par leur représentation dans la prise en charge des femmes et de leur enfant.

L'étudiante qui a produit ce mémoire ne l'a pas fait par hasard, elle a été sensible à la façon dont certaines femmes sont considérées. Elle a été sensibilisée après avoir vu un reportage télévisé sur ce thème.

Les professionnels de santé ont pour devoir de s'informer, de se former, mais encore une fois, il ne s'agit pas d'une obligation, nous ne sommes pas tous sensibles aux mêmes choses (actuellement, les formations sur l'allaitement maternel sont très en vogue). Nous n'allons pas avoir la même réflexion en fonction de ce que nous découvrons.

Une étude très intéressante sur l'éducation du post partum à la maternité de Genève permet cette réflexion sur notre pratique.

2.2 Une proposition d'alliance entre les mères et les professionnels : exemple de l'éducation des mères dans le post partum à la maternité de Genève

L'étude [*] faite part du principe que l'éducation à la santé constitue une part importante des soins dans la période du post partum immédiat. Ils ont comme outil les définitions de l'apprentissage. La connaissance se construit en transformant des représentations et en créant un nouvel équilibre (VYGOTSKY L.). L'expérience permet à l'individu de se faire une certaine idée des choses, des phénomènes, des relations (J. PIAGET). Elle génère des représentations qui sont des explications du monde. Or ces représentations peuvent ne pas être pertinentes dans la mesure où elles rendent incompréhensibles certaines situations ou freinent l'acquisition de nouvelles connaissances. Une représentation est un modèle explicatif tenace car il se construit dans la durée et fait partie de nous. Apprendre, c'est ce que Bachelard appelle une «rupture épistémique», c'est rompre avec ses représentations, c'est construire des concepts plus pertinents, des savoirs faire plus efficaces. Ainsi, dans tout processus d'apprentissage il y a une phase de reconstruction avec l'acquisition d'un nouveau savoir qui permettra de lire l'environnement. Nous pouvons nous inspirer de Carl

ROGERS, qui insiste sur la capacité naturelle des êtres humains à apprendre, sur la valeur d'un apprentissage actif, correspondant aux intérêts directs de celui qui apprend, sur l'influence d'un cadre sécurisant et de relations de confiance entre l'enseigné et l'enseignant.

D'après ces définitions nous pouvons comprendre pourquoi il peut être difficile de communiquer avec la personne demandeuse. Si nous ne partons pas de ces acquis, nos représentations et notre transmission de savoir risquent d'être un échec. Ainsi, ils ont défini l'éducation à la santé en maternité : « C'est un ensemble d'activités organisées, de sensibilisation, d'information, d'écoute, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, basé sur le savoir existant des femmes. Il permet aux mères d'acquérir leur propre réponse à travers leur expérience et en interaction avec leur milieu en ayant accès à de nouvelles connaissances. L'objectif étant de maintenir ou de les conduire vers un état de bien être et de sécurité, les concernant et concernant leur enfant. »

Ils posent l'hypothèse qu'il y a un écart entre les attentes des patientes et l'offre en soin des sages-femmes.

De cette étude sont ressortis un certain nombre de constats qui sont proches de ceux que nous avons pu constater lors des différents entretiens :

- « Nous pouvons dégager de très fortes valeurs ou convictions professionnelles dans les entretiens des sages-femmes surtout orientées vers la physiologie, le naturel ne laissant que peu de place au culturel et à l'aspect sociétal. Ce système de valeurs va servir de crible, de grille de lecture pour les situations rencontrées. C'est ainsi qu'émergent des qualificatifs plutôt négatifs sur la période du post partum autour de l'angoisse des femmes laissant préfigurer des souffrances inquiétantes. »
- « Les sages-femmes semblent viser une symétrie dans la relation, permettant de faire rentrer les femmes dans leur propre système de références et favorisant ainsi un retour valorisant (si l'autre nous ressemble, il va comprendre et réagir comme nous et donc nous renvoyer ce que nous attendons). »

De ces constats découlent Les auteurs ont émis des propositions de pratique :

- Axer les soins sur l'utilité, et l'utilité sur les besoins réels de chaque patiente au moment où elles en sont, pourraient être une clé pour composer entre les attentes des patientes et les ressources à disposition.
- Mettre à disposition une information minimale pouvant servir de base de discussion et de questionnement (qui ne serait plus propriété de la soignante), mais des connaissances à partager et à confronter.
- La notion de communication serait donc bien la clé d'un suivi de qualité, évitant une logique linéaire. En remettant la patiente au centre de cet enseignement et en prenant appui sur son cadre de référence plutôt qu'en référence à un soignant. On introduit alors une circulation, un mouvement, qui évite de rigidifier l'enseignement et qui lui permet de prendre sens. Communication entre intervenant mais surtout remédiation avec la femme.

De cette étude, des pistes se sont dégagées pour espérer une amélioration :

- Accompagner les sages-femmes à un réajustement de leurs objectifs professionnels en renforçant leurs compétences pédagogiques et sociales dans le but d'amener la femme à construire elle-même ses solutions, ses réponses et ses stratégies.
- Considérer la femme comme seule référente du suivi de sa prise en charge et améliorer la communication entre intervenants.
- Revoir les documents et les processus d'accueil, considérant celui-ci comme le premier temps de l'éducation aux mères.
- Améliorer la notion de relais, intégré dans un réseau et développer des indicateurs plus précis pour évaluer les interventions.

Ce concept d'échange des perceptions et de la prise en compte de ce que sont les parents existe déjà dans différents lieux. Il nous tarde de l'appliquer dans des grandes structures...

Les maisons de naissance, « le café des parents » (Nantes) sont des lieux où est favorisée une alliance entre les différents acteurs (professionnels, parents, enfants) pour éviter une dépossession des parents pour augmenter les capacités parentales de tout parent (et pas seulement « prévenir » des « situations à risque »). Il y a de la place à l'amélioration.

CONCLUSION

Avant de commencer ce travail, nous nous posions les questions suivantes : Quels actes, dans leur comportement maternel, seraient innés chez les femmes ? S'il n'en existe pas, alors à quoi font référence les professionnels dans leurs pratiques quand ils parlent d'instinct maternel, notamment dans leur rôle d'accompagnement à la fonction maternelle ?

Les représentations portées par les professionnels sur l'instinct maternel ont-elles un impact sur leurs pratiques ? Si oui, le(s)quel(s) ? Quels enseignements peut-on en tirer pour une meilleure pratique ?

Le travail mené a permis de mettre en évidence que la notion d'instinct maternel reposait plus sur une construction sociale influencée par le contexte culturel et historique dans lesquels les femmes vivent. La part innée se résumant à la capacité biologique des femmes à enfanter.

En tant que professionnels de la périnatalité, au-delà de notre savoir faire technique, nous portons aussi des valeurs de la société dans laquelle nous pratiquons. Les entretiens menés montrent que nous avons encore une conscience à développer de l'influence de nos représentations sociales dans notre savoir faire relationnel.

Nous sommes des êtres issus de nos constructions sociales. Ces constructions structurent notre vie et nous aident à nous repérer. De ceci découlent des représentations qui sont importantes pour nous situer dans une relation qu'elle soit personnelle ou professionnelle.

Si nous ne prenons pas en compte ces représentations, nous prenons le risque de nous égarer de notre pratique, en soutenant, par exemple, des propos qui ne sont pas démontrés ou en utilisant notre statut professionnel pour défendre des valeurs idéologiques. Ce faisant, nous oublions la femme qui est en face de nous et la manière dont elle s'est construite.

Une piste ouverte serait de cibler l'accompagnement et le support des mères en partant de la mère comme sujet de connaissance plutôt que la maîtrise et la transmission d'un savoir normé.

Questionner l'instinct maternel nous a amené à questionner la fonction maternelle. Nous nous sommes intéressés à ce qui se jouait dans la transmission de la fonction maternelle considérée comme attachée au genre féminin. Je me pose la question du fait qu'implicitement je participe à ne pas prendre en compte le genre masculin dans la fonction maternelle.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1. ATWOOD Margaret. *La Servante écarlate*. Paris : Editions Robert Laffont, 2005. 368 p. Collection « Pavillons ».
2. BADINTER Elisabeth. *L'Amour en plus*. 1^o édition. Paris : Flammarion, 1980. 372 p.
3. BAZIN Hervé. *Vipère au poing*. Paris : Le Livre de poche, 1958. 186 p.
4. BELIVEAU Georgette, BERLINGUET Marie, CARET - BELANGER Elaine, *et al. Approches intégrées*. Québec : Service social volume 36 numéros 2 et 3, 1987. 504 p.
5. BIRMAN Chantal. *Au monde*. Dijon : La Martinière, 2003. 349 p.
6. BLAFFER HRDY Sarah. *Des Instincts maternels*. Paris : Payot, collection essais, 2004. 623 p.
7. BRETECHER Claire. *Les mères*. Barcelone : Claire Brétécher, 1982. 70p.
8. BRETECHER Claire. *Les Frustrées. Tome n°3*. Barcelone : Claire Brétécher, 1976. 71 p.
9. DECROUX - MASSON Annie. *Papa lit, maman coud. Les manuels scolaires en bleu et rose*. Paris : Denoël - Gonthier, 1979. 133 p.
10. DE BEAUVOIR Simone. *Le Deuxième sexe. Volume 1 et 2*. Deuxième édition. Paris : Gallimard, 1949. 510 p. et 504 p.
11. DE MAUPASSANT Guy, RICHE Edmond. *Contes normands et parisiens*. Paris : Editions Hachette éducation, collection classique Hachette, 2006. 192 p.
12. DORTIER Jean-François. *Le dictionnaire des sciences humaines*. Auxerre : Les éditions des sciences humaines, 2005. 800 p.
13. EHRENREICH Barbara, ENGLISH Deirdre. *Des experts et des femmes*. Saint Laurent : Les éditions du remue-ménage, 1982. 325 p. p.104/108.
14. ENSLER Eve. *Les monologues du vagin*. Denoël et d'ailleurs, 1996. 134 p.
15. EURIPIDE. *Les Tragiques grecs*. Paris : Robert Laffont, 2001. 803 p.
16. GIANINI BELOTTI Elena. *Du côté des petites filles*. 10^o édition Paris : Des Femmes, 2005. 206 p.

17. GROULT Benoîte. *Paroles de femmes*. Paris : Albin Michel, 2003. 64 p.
18. HERITIER Françoise. *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob, 1996. 303 p.
19. HUSAIN Shahrukh. *La grande déesse mère, création, fertilité et abondance mythes et archétypes féminins*. Singapore : sagesses du monde, 2001. 170 p.
20. KNIBIEHLER Yvonne. *Repenser la maternité*. Paris : Corlet, collection panoramiques 2^o trimestre 1999, n°40. 174 p.
21. KNIBIEHLER Yvonne. *Histoire des mères et de la maternité en occident*. Paris : Que sais-je ? n°3539, 2000. 125 p.
22. LEVI STRAUSS Claude. *Les Structures élémentaires de la parenté*. Deuxième édition. Paris : Mouton, 1967. 592 p.
23. MARTINO Bernard. *Le bébé est une personne*. Paris : J'ai lu collection j'ai lu bien être n°7094, 2004. 249 p.
24. MONTAGNER Hubert. *L'Attachement, les débuts de la tendresse*. Paris : Odile Jacob, collection opus, 1988. 352 p.
25. MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL. *D'Une révolte à une lutte, 25 ans d'histoire du planning familial*. Paris : Tierce, 1982. 505 p.
26. NASIO J.-D.. *Introduction aux œuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Paris : Rivages psychanalyse, 1994. 423 p.
27. ROUSSEAU Jean-Jacques, WIRZ Charles, BURGELIN Pierre. *Emile ou de l'éducation*. Paris : Gallimard, collection folio essais n°281, 1995. 1139 p.
28. WINNICOTT Donald W.. *L'enfant et sa famille*. 4^o édition. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1971. 229 p.
29. WINNICOTT Donald W.. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969. 428 p.

Articles de périodiques

30. BELL Linda, GOULET Céline, St-CYR TRIBBLE Denise, *et al.* *Notion de concept, une analyse du concept d'attachement parents/enfant*. Recherche en soins infirmiers, 1999, n°58. p.19/28.
31. CARRERE Laure, DEPINOY Michel. *Parents, premiers éducateurs à la vie*. La Santé de l'homme, 2003, n°367. p.8.

32. DARCHIS Elisabeth. *Etablissement du lien mère/bébé (J1-J6) et ses aléas*. Les Dossiers de l'obstétrique, 2002, n°302.p.24/29.
33. KNIBIEHLER Yvonne. *La Naissance, enjeu féminin ou féministe ?* Les Dossiers de l'obstétrique, 2000, n°288. p.16/21.
34. KNIBIEHLER Yvonne. *Les femmes face aux soignants (Dossier naissance et citoyenneté)* Les Dossiers de l'obstétrique, 2003, n°317. p.III/V.
35. LASTERADE Julie. *Mortalité des bébés : des phénomènes troublants*. Libération, 2005.
36. LOMPECH Linda. *Etre mère, est-ce si naturel ?* Ouest France dimanche, 2004.
37. RAZUREL Chantal, HELIOT Céliane, PERIER Jacques, *et al. Education des mères à la santé dans le post partum à la maternité de Genève*. Recherches en soins infirmiers, 2003, n°75. p38/45.

Ouvrages non publiés

38. ALAIN Valérie. *Historique de la profession de sage-femme*. Nantes : mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, 2000.
39. ANTKOWIAK Odile. *La Prévention de la mort subite du nourrisson*. Nantes : mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, 2000.
40. DAVIAUD Sandrine *Le Syndrome du bébé secoué*. Nantes : mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, 2003.
41. GARY Sandra. *Influence de la préparation à la naissance sur les interactions mère/bébé à deux jours de vie*. Paris, Baudelocque, mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, 1997.
42. GEFFRAY Gaëlle. *La Mort subite du nourrisson*. Nantes : mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, 1994.
43. LEROUX Justine. *Grossesse et toxicomanie*. Nantes : mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, 2004.
44. LE GALL Marie Jeanne. *Attachement et séparation mère enfant*. Nantes : mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, 2004.
45. VOLLAND Solenn. *La naissance d'une mère*. Nantes : mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, 2002.

Filmothèque/ Discothèque/ Ouverture médiatique

46. DARDENNE Jean-Pierre et Luc. *L'enfant*. Film écrit et réalisé par Jean-Pierre et Luc Dardenne, 2005

47. LEIGH Mike. *Vera Drake*. Film écrit et réalisé par Mike Leigh, 2004.
48. LEMAY Lynda. *Ceux que l'on met au monde*. Chanson écrite et interprétée par Lynda Lemay
49. HIGELIN Jacques. *Ce qui est dit doit être fait*. Chanson écrite et interprétée par Jacques Higelin, « accouché au printemps/été 1991 »
50. SYLVESTRE Anne. *Tu n'as pas de nom*. Chanson écrite et interprétée par Anne Sylvestre
51. http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/fcmc1_f.html **Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales**

ANNEXES

Annexe 1 Le questionnaire

- Généralités
 - Age
 - Célibataire, en concubinage, marié(e)
 - Fratrie
 - Enfants? Est-ce par choix? Est-ce un futur projet envisagé? Motivations?
 - Si enfants quel a été l'accompagnement par les proches pendant la grossesse? Pendant l'accouchement? Et après, des proches ont-ils joué un rôle dans l'éducation?
 - Quels sentiments sont ressortis de cette expérience de maternité?
 - Quelles sont les personnes qui ont marqué cette période? Quel lien y a-t-il entre elle et vous?
 - Quel mode de garde avez-vous adopté?
 - Avez-vous un modèle d'éducation?
 - Mode de vie:
 - Croyances ou pratiques religieuses?
 - Position politique: vote? Quelle figure politique a votre estime?
- Profession
 - Quelle profession exercez vous?
 - Avec quelle population travaillez vous? (femmes enceintes, projet d'enfant, refus d'enfant, femmes accouchées, enfants seuls...)
 - Comment faire évoluer ce métier? Pour quelles raisons? Si vous aviez la possibilité de le faire évoluer que feriez-vous alors?
 - Dans votre travail qu'est ce que vous faites qui correspond à ce que vous avez toujours fait ou à ce que vous êtes?
 - Vous sentez vous concerné par les échanges, relations entre parents et enfants? Pensez-vous pouvoir jouer un rôle?
- Représentations:
 - Etes-vous capables de laisser de la place pour dire les choses (place pour parler du désir ou non d'enfant,..)
 - A quel niveau sur le chemin de la parenté le professionnel se situe t-il? Préventif? Curatif? Constat?
 - Qu'est ce que représente une bonne mère et à l'inverse une mauvaise mère?
 - Y a t-il des contextes pour lesquelles on peut dire qu'une relation mère enfant sera défavorable?
 - Quels sont les critères ou représentations qui nous mettent en confiance?
 - Qu'est-ce que l'instinct maternel? A quoi cela vous fait penser?
 - Que peut-on faire pour favoriser ce lien?

Annexe 2 Les entretiens à l'oral

Entretien n°1 : Auxiliaire de puériculture

Nous lui avons demandé de se décrire de nous dire pourquoi elle a voulu être auxiliaire de puériculture ?

« J'ai 22 ans Je n'ai pas d'enfant. Mais j'ai toujours voulu m'occuper d'enfants, j'ai toujours eu une attirance. J'ai une tante qui est assistante maternelle. Je travaille depuis deux, trois ans.

J'ai des neveux, on ne m'a pas forcément aidée pour m'en occuper mais j'ai regardé une fois puis j'ai refait, on m'a donné des conseils... »

Projets par rapport à ta formation ? Des idées ?

« La relation avec l'enfant est importante, il faut expliquer les soins faits aux enfants, nous avons un rôle important dans l'éducation aux parents, nous devons les aider, les conseiller comme on peut. C'est important de montrer, de rassurer, il y a beaucoup d'appréhension de la part des parents. »

Comment te situes-tu par rapport à la famille du couple ?

« Les personnes de la famille mettent surtout leur expérience en avant. Tandis que nous sommes plus professionnels, il y a moins d'affectif, on a un côté neutre. On a appris certaines bases, on a peut être une petite influence mais on essaye d'être le plus neutre possible. Ça dépend aussi des affinités avec les parents, nous ne sommes pas égaux avec tous les parents, certains vont moins se confier à nous que d'autres. »

As-tu l'impression qu'il y a des difficultés d'apprentissage dans la relation entre les parents et les enfants, personnes ayant besoin d'être plus guidées ? Plutôt tendance à juger les parents ou à être dans l'aide ? Que fais-tu devant ces difficultés que transmet-tu à tes collègues ?

« Nous n'avons pas de contact avec les autres collègues, 1 sage femme, 1 auxiliaire, chacune fait son travail, on n'a pas la temps de discuter entre nous, on se voit pratiquement jamais d'ailleurs.

Autrement par rapport aux parents, je suis plus dans l'optique de l'aide, mais aussi favoriser leur autonomie, souvent je propose aux parents de faire le shampoing, après ça dépend soit on sent que le papa est un petit peu en retrait, qu'il a peur, que c'est le premier, bon, on propose pas. Mais si on voit que c'est éventuellement possible..., sinon si ils disent oui alors ils le font et sinon ben ils le font pas, après c'est pareil pour le biberon c'est pareil pour d'autres choses... Essayer de les faire participer c'est important. »

Que fais-tu de ce que te confient les femmes ? Par rapport à ce qu'elles ressentent ?

« Quand on fait les transmissions, si on sent que les parents sont pas sûrs d'eux entre guillemets, ou qu'ils ont besoin d'aide et tout ça, conseils par rapport à un premier allaitement, on dit un peu notre ressenti. »

Impression que les difficultés sont plus associées aux premiers bébés ?

« Non, pas obligé. C'est différent de parents en parents, certains seront toujours autant angoissés dès le premier enfant et d'autres pas, ça dépend du caractère de chaque personne. »

Impression que certaines femmes seront faites pour être et des hommes pour être pères ou à l'inverse que d'autres impression que ça ne marchera pas ?

« Ne pense pas que l'on puisse juger, on ne peut pas savoir, personne n'est parfait, peu de temps pour les voir, on ne peut pas porter de jugement, et « je sais pas comment je serai plus tard... », Certaines personnes sont plus à l'aise mais est ce que ce sont de meilleurs parents ?

Mais on voit aussi des parents jeunes qui des fois ont besoin de plus d'aide que d'autres et dépend du milieu social aussi pour certains. »

Donc tu penses que ces difficultés sont là mais que tout n'est pas perdu ?

« Non, je pense pas, si on les aide pourquoi pas. Après, il y a vraiment des cas extrêmes aussi, mais qui sont rares. Mais il y a aussi des familles très favorisées qui auront des principes différents des miens mais ça ne veut pas dire que se sont de mauvais parents. Après, chacun fait ce qu'il veut avec ses enfants... »

Qu'est-ce que seraient pour toi de mauvais parents ?

« Je ne pense pas que l'on puisse dire de bons ou de mauvais parents. Mais certains principes :

quand on voit des femmes enceintes qui fument, qui s'étonnent parce que leur bébé est maigre ou qui a des problèmes respiratoires : je ne trouve pas ça normal

quand on fait des enfants il faut penser à eux avant de penser à soi

les parents font ce qu'ils veulent mais cela ne veut pas dire non plus que se sont de mauvais parents

dans les mauvais on peut mettre les parents qui battent leurs enfants, on peut dire qu'ils sont mauvais

mais on ne peut pas faire une éducation parfaite on fait des erreurs tout le temps, sans tomber dans l'excès (ne pas les battre, ni le violer)

ceux qui boivent aussi, même si c'est pas facile, il faut réfléchir avant, parce qu'après ils payent vraiment les conséquences alors qu'ils n'ont rien demandé, pas vraiment mauvais parent mais injustice

les mauvais parents sont ceux qui font des méchancetés aux enfants

Qu'est ce que serait alors un bon parent ?

« Tous les parents font des erreurs c'est sûr mais tant qu'il y a de l'amour, si ils ont de bonnes intentions par rapport à leur enfant. Ils peuvent rater certaines choses, on ne peut pas être parfait, y'en a quand même beaucoup des bons parents. Ils font aussi en fonction de l'éducation qu'ils ont reçue. Donc question d'amour et de ce qu'on veut offrir à ses enfants, tant qu'ils ne font pas de mal à leur enfant ce sont de bons parents, et qu'ils ne mettent pas en jeu leurs besoins vitaux. »

Peut-on être de mauvais ou bons parents dès le début ?

« Si pas premier bébé, il faut faire attention à certaines personnes : si ATCD, naissance dans milieux très défavorisés, cas deux trois fois où l'assistante sociale vient et dit il faut faire attention à celui là qui ont alors des enfant pris, ceux là ce ne sont pas de bons parents

Parents qui font des enfants et qui ne peuvent pas assumer après, ou qui assument mal.

Quelque fois on peut prévenir mais c'est pas évident, il ne faut pas se tromper on ne peut pas non plus savoir, à moins qu'il y ait eu une enquête avec une psychologue avant ou qu'il y a déjà eu des enfants qui ont soufferts, dans ce cas, on peut essayer de prévenir, il ne suffit pas de regarder les couples pour dire si se seront de bons ou de

mauvais parents.

Je me sent impuissante par rapport à ce genre de situations, je pense qu'une seule personne ne peut pas tout changer même plusieurs personnes ce n'est pas dit que ça changera.

De plus, laps de temps très court

Pas son mot à dire, niveau d'études moins élevé que les sages femmes donc pense

qu'elle a moins son mot à dire, moins le droit de se positionner

Ex décès d'un enfant ceux qui interviennent sont la sage femme, le pédiatre, le gynécologue. L'auxiliaire ne va pas rentrer ce n'est pas elle qui va parler ni expliquer les démarches à faire.

Un peu mise de côté dans de telles situations, pas rôle de l'auxiliaire d'annoncer les mauvaises nouvelles. En salle d'accouchement fait surtout le ménage....

Pas de formation pour accompagner le deuil. »

Liens créés avec les parents ?

« Ça dépend du temps que l'on a, si beaucoup de femmes en salle d'accouchement je serai peut-être là que pour l'accouchement. Ne peut pas faire ça pour toutes les mamans en fonction du temps. »

Instinct maternel...A quoi ça fait penser ?

« C'est quelque chose qui existe à partir du moment où on porte le bébé dans son ventre, quelque chose se crée. Mais il y a des femmes qui ne vivent pas bien leur grossesse et d'autres adorent leur grossesse et quand le bébé naît c'est merveilleux : ça c'est l'instinct maternel de même l'instinct paternel existe. »

Expression de cet instinct ?

« C'est comme si il y avait une attirance, complètement dans les sentiments, prise de contact, de l'émotion, comme si le bébé faisait parti de soi.

Instinct maternel c'est de se dire que ce bébé c'est mon sang, ma chair. Ce n'est pas moi mais c'est de moi. »

Quand il y a des difficultés comment situes-tu ça ?pas l'instinct ?

« Des parents étaient déçus du sexe de l'enfant, sachant que c'était pas leur premier, le troisième encore une fille, réticence par rapport à ça mais pas de rapport avec l'instinct. Si parents paraissent distants ne veut pas dire qu'ils n'ont pas l'instinct mais que peut être ne veulent-ils pas montrer leurs émotions, sont peut être différents une fois la porte fermée, certains sont plus expressifs que d'autres, peuvent être submergés par leurs émotions et paraissent distants alors que c'est juste qu'ils sont submergés. »

Devant ces émotions peux-tu ouvrir des portes pour qu'ils en parlent ?

« Ils en parlent après de ce qui s'est passé plus ou moins bon souvenir de l'accouchement, quand on les monte dans le service, mais ne fait pas ça avec tous.

Mais on ne leur demande pas de se confier juste après l'accouchement.

Parfois on sait que ça s'est bien passé parce qu'ils nous remercie, donc prouve qu'ils sont contents. »

Libre parole en rapport avec ce dont nous avons parlé

« Travailler en salle d'accouchement est quelque chose de fantastique. On apprend pleins de choses, humainement quelque chose de très enrichissant pas une seule expérience identique, vécu de chaque personne toujours différent. Un accouchement

c'est vraiment très beau, certains vont être émouvants et d'autres vont se noyer dans la masse. Peut être est-ce l'émotion des parents qui se projette sur moi. »
Le peau à peau favorise l'instinct maternel que soit pour la mère ou pour le père...

Entretien n°2 : Sage-femme n°1

Nous lui avons demandé de se présenter :

Elle a 45 ans, a deux grands frères de 11 et 8 ans ses aînés.
Elle vit avec quelqu'un qui a deux enfants, mais elle n'a pas d'enfants
Elle voulait devenir sage femme parce que sa mère a fait une hémorragie de la délivrance à sa naissance, elle voulait être sage femme parce qu'elle avait l'image que la sage femme est au dessus de tout. Une personne qui reste dans la vie des femmes à une place que personne n'a, place différente.
Au début, elle voulait être puéricultrice mais a su qu'il fallait être infirmière ou sage femme avant, or elle n'aurait pas pu être infirmière parce que « les gens cassés, je peux pas... »

Dans son entourage de jeunesse, enfants ?

Elle a eu des nièces à l'âge de 15 ans, mais n'avais pas d'attirance particulière pour les bébés, elle n'est pas sage-femme pour ça

Vie perso

Cela fait 2 ans qu'elle connaît les enfants de son ami (13 et 11 ans ½), le plus jeune est très câlin, mais elle a du mal à répondre à ses demandes car il a toujours sa mère.
Elle ne veut pas la responsabilité d'enfants, elle mettait la barre très haut.

Si pas d'enfants est-ce par choix ?

Elle rêvait d'être mariée et d'avoir une famille nombreuse. Mais en regardant son parcours cette possibilité lui était offerte mais elle l'a refusée.

Elle dit avoir rencontré l'homme de sa vie à un âge où elle ne pourrait plus avoir d'enfants.

Elle ne se sent pas faite pour ça.

Elle pense que ça fait quand même quelque chose de ne pas l'avoir vécu « dans ses tripes »

Mais elle n'a pas de regrets car sera grand-mère de part ses beaux enfant.

Elle n'a pas de manque de bébé contrairement à ses amies qui n'ont pas d'enfants au même âge : est rassasiée par ce métier, est la seule à aller voir dans les berceaux des bébés leurs tenues et à les câliner.

Elle ne voulait pas forcément d'enfants mais une famille avant tout puis projet pouvait alors s'imaginer.

Parfois des couples demandent en salle d'accouchement combien elle a d'enfants : parfois elle répond qu'elle n'en a pas mais les couples sont alors souvent gênés parfois elle dit aussi qu'elle est mère de plusieurs enfants...

Lieu de travail

Elle ne pourrait pas travailler en suites de couches : « de les entendre pleurer alors qu'elles ont la chance d'avoir un enfant, qu'elles arrêtent, je ne pourrais pas supporter ça »

Le travail en salle d'accouchement est beaucoup plus technique, elle dit se raccrocher à la technique.

Ça la gênerait de travailler en service sans avoir l'expérience de la maternité mais ne trouve pas cela gênant pour la salle d'accouchement.

Que faire devant difficultés relations

« D'emblée on voit couples qui vont tenir. »

Comment peut elle favoriser avec son propre vécu

L'autonomie prime pour qu'ils puissent établir une relation

Elle ne veut pas être moralisatrice

En salle d'accouchement il s'agit juste d'un aperçu, elle ne les voit pas très longtemps...

Elle ne peut pas faire grand-chose, a du mal à s'immiscer...

Sans parler de leur dire ce qu'il faut faire, tu vois certaines choses

Elle ne sait si on peut changer quelque chose, mais elle pense que l'on peut peut être leur apporter quelque chose. Elle parle alors du film créer des liens qui est passé en ppo ou en PMI. Exemple d'un couple qui attendait son 6° enfant sans trop l'attendre et qui a réalisé que l'enfant entendait et ressentait ce qui se passait sans être né. Pense qu'après cette prise de conscience le bébé est peut être « sauvé ».

Penser qu'elle s'immisce dans le couple la gêne toujours autant, elle regarde, constate mais ne sait pas si peut aller plus loin si l'enfant naît en bonne santé.

En revanche elle va beaucoup s'investir quand un enfant est décédé, pour aider les parents à surmonter cette épreuve.

Comment se passe l'accueil des couples

Elle explique un maximum tout ce qu'elle fait, cela lui paraît logique.

Ce qu'elle a envie d'apporter aux couples qu'elle accompagne

L'aboutissement de son travail c'est de voir un bébé au sein et le père qui entoure sa femme et son enfant

Elle trouve ce métier fabuleux, chaque accouchement et chaque histoire est différent, malgré les contraintes. (liées au travail)

Bonne / mauvaise mère ?

Elle ne pense pas qu'il y ait de bonnes ou mauvaises que des mères qui essayent de faire ce qu'elles peuvent.

Pense qu'il faut d'abord faire ce qu'on a envie de faire, pense qu'il y a un instinct maternel qui vient plus ou moins vite et qui ne doit pas être inné mais pense pas qu'il y ait de bonnes mères elles aiment leur enfant différemment c'est tout.

Le bébé aussi va apprendre à la mère à l'aimer.

Pour favoriser cet instinct

Elle est plutôt angoissée à la naissance, laisse peu de temps l'enfant sur le ventre pour pouvoir faire ses examens mais le met assis sur le ventre de la mère pour qu'ils puissent tous les trois se contempler. Une fois l'examen fait elle le donne à la femme si elle est réinstallée, sinon elle le donne à son conjoint mais préfère le savoir au chaud dans son lit donc ne le laisse pas trop longtemps. Sinon peau à peau avec la maman, mais ne le pratique pas depuis très longtemps.

Impression que le peau à peau est favorable ?

Elle trouve ça mignon et constate que les femmes sont très contentes, la plupart

prennent leur temps.

Certaines femmes ne veulent pas le prendre tant qu'il n'est pas lavé alors les aident en leur prenant la main pour qu'elles osent toucher leur bébé.

De même, si le père le prend tôt après la naissance il aura moins peur de le prendre par la suite.

La relation se créant, tu peux les accompagner ?

Elle n'a pas l'impression de jouer un rôle dans cette relation

Elle se sent obligée de se retirer une fois l'enfant né pour qu'ils puissent se découvrir

Elle trouve dommage que les pères se précipitent à appeler la famille car s'exclut alors de ce moment.

Ce qu'évoque l'instinct maternel

Elle trouve que c'est difficile de mettre un mot la dessus. Certaines sont très proches d'emblée. D'autres auront besoin de confier leur enfant dans la journée pour se sentir disponible pour eux après : doivent ce dont elles ont envie pour se sentir bien avec leur enfant

Autre formulation

Elle est « Incapable de mettre un seul mot à la place sinon de dire que toute femme est apte à s'occuper de son bébé et certaines différemment »

Entretien n°3 : Infirmière

Présentation générale

« 32 ans, mariée, mère d'un petit garçon, pas de frères et sœurs »

Par rapport à son enfant, est-ce par choix, chemin parcouru

« Choix pour plusieurs raisons :

Fille unique, impression d'avoir plus besoin de maternité que les autres.

Projet d'en avoir deux et non d'avoir un seul enfant

Projet d'enfant venu l'année où la maison a été construite, d'abord voulu mettre un toit sur la famille et après mettre les enfants dedans.

Désir d'enfants était commun avec son conjoint, pendant 1 an ils ont essayé d'avoir cet enfant, différents examens ont été faits qui ont montré que du côté de son conjoint il n'y avait rien, chez elle il y avait beaucoup de stress (prolactine très élevée et diminuait au repos) de l'endométrieose également (coelioscopie pour retirer l'endométrieose) tous ces examens ont duré 3 ans, 3 ans et demi.

Au bout des 3 ans et demi, elle est tombée enceinte de son fils. Avant cette grossesse, grossesse interrompue à 7 SA et demi.

Pendant la grossesse accompagnement particulier ? Entourage ?

« Son conjoint est la personne qui a été la plus importante pour cette période. Ils ont tout partagé ensemble ayant tous les deux le désir d'enfant alors qu'ils n'y arrivaient pas.

Tous les examens sont difficiles, si découverte de stérilité d'un côté ou de l'autre, peut remettre en question le couple, parce que c'est long, ne font pas les examens avant un an, prennent leur temps, rendez vous tous les 6 mois à peu près.

Important d'avoir un bon couple derrière.

Lorsqu'il y a eu la première fausse couche son conjoint l'a beaucoup entourée, sa belle

mère aussi, elle a alors appris qu'elle aussi avait fait une fausse couche.
Puis pendant toute la grossesse, ont toujours été tous les deux aux différents rendez vous.

Ils avaient également pensé une préparation à la parentalité (sage femme préparant les deux parents à l'accouchement et au rôle de parent dans les premiers temps), mais ne l'ont pas fait car était éloigné de chez eux. En revanche, ont participé à des cours de prépa à l'accouchement.

Elle a également beaucoup lu, pour se sentir plus sûre comme c'était leur premier.

Mais s'est sentie maman tout de suite, n'a pas besoin de livre pour ça. Relation très bien mise en place »

Sentiments ressortis de cette expérience de maternité

« Renvoie à ce qu'elle était comme enfant et ce que lui ont donné ou pas donné ses parents. Permet de comprendre certaines choses

Sinon procure de la joie, du bonheur, ne trouve pas vraiment de mots mais pense qu'il s'agit avant tout d'amour.

Leur enfant les épatent tous les jours : première fois qu'il a pris son crayon, sa cuillère qu'il a marché.

Bouleverse beaucoup, autre démarche après avoir son enfant se sent responsable. Avant ils n'étaient que tous les deux donc vivaient au jour le jour, sans se soucier même des problèmes financiers, tandis que maintenant, il y a une certaine responsabilité, autre place dans la société, ils sont désormais parents,

Mode de garde

« Nourrice. En général, il y va 3 jours par semaine (de 7h à 18h).

Pense que ces moments en garde sont importants car la nourrice lui apporte autre chose »

Modèle d'éducation

« beaucoup d'amour, espère également qu'un jour le leur rendra, voulait passer beaucoup de temps à lire avec lui, à jouer, faire des dessins, s'occuper de lui tout simplement tout en lui donnant certaines limites.

Important c'était de lui donner un toit, couple qui tient la route, lui apporter tout ce qu'ils peuvent (en jouant, en éducation, « le gâter sans le pourrir ») »

Croyances particulières

« Partage des valeurs, notamment son fils s'est fait baptiser même si elle n'est pas croyante ni pratiquante : idée du parrain lui plaît. Pense qu'il est important d'avoir une personne sur qui compter en fonction des étapes de la vie. A choisi le parrain parce qu'il est manuel et la marraine est plutôt intellectuelle. »

Position politique

« Elle vote, a des opinions politiques, plutôt socialiste, plutôt de gauche sans être radicale, est pour le partage »

Métier

« Elle est infirmière, n'a pas beaucoup travaillé dans les services avec les enfants, voit des enfants quand elle est aux urgences, de même les femmes qui vont accoucher et qui passent par les urgences.

Elle côtoie plus des personnes en désir d'enfant ou qui sont enceintes. »

Projet dans le métier pour favoriser cette période

« En tant qu'infirmière si enceinte elles ont droit à une heure de moins par jour, en fonction de l'activité. Mais pense que les infirmières ne peuvent pas aller au terme de la grossesse sans congé parental. Moins d'1/3 des infirmières vont jusqu'au terme du fait de la charge de travail et de la mobilisation à avoir.

Dans le cadre de ce métier, pense que les femmes ne sont pas assez informées des produits qu'elles manipulent, risques d'hypofertilité.

A l'impression que dans ce métier beaucoup de problèmes de conception ou mettent du temps pour tomber enceintes, fausses couches, peut être dû au stress ou produits utilisés peut être voir le profil psychologique de l'infirmière. »

Image de la bonne ou de la mauvaise mère

« Pense qu'on voit si oui ou non ce sont de bons parents, ne sait pas si c'est un bon critère mais parfois l'aspect physique va faire dire si oui ou non la mère néglige son enfant. Ou bien elle voit parfois des femmes qui ont leur enfant d'opéré et qui ne passent pas la nuit à côté de lui. Elle sait qu'elle resterait à côté de son fils ou son conjoint, ne pourraient pas rester l'un ou l'autre.

Sinon, ne considère pas qu'il s'agisse d'une bonne ou mauvaise mère mais les défauts d'éducation sont cités : enfants terribles qui ne se laissent pas faire pour aller au bloc opératoire car n'ont pas été suffisamment préparés, important d'en parler de le préparer. Certains enfants vont presque jusqu'à mordre.

Des fois des enfants aux urgences, elle se posait la question si il y avait maltraitance, il y a des signes mais il faut se méfier car facile de se tromper, aspect physique on en tiendra compte alors qu'elles sont bonnes, a priori pas toujours bons »

Signes qui mettent en confiance

« Enfants qui ont été préparés à l'intervention, qui ne vont pas mordre, qui ne vont pas crier »

Ce à quoi l'instinct maternel fait penser

« Ne pense pas que les femmes sont maman naturellement.

Ne croit pas à l'instinct maternel, de part son expérience personnelle, mais ne pensait pas être capable d'être une bonne mère et n'a pas eu besoin de réfléchir ça s'est fait tout seul.

Par son expérience d'enfant, ne pense pas que c'est inné et que certaines femmes ne sont pas faites pour ça, donc pas naturel, ça s'apprend aussi d'aimer quelqu'un.

Lorsque l'on parle d'instinct pour elle fait penser à quelque chose de naturel et que toutes les femmes seraient faites pour ça, mais pense que ce n'est pas le cas.

Difficile à dire pour elle car en même temps ça été simple pour elle de s'occuper de son fils et n'a pas eu à y réfléchir alors que pour certaines femmes c'est dur, ça les renvoie à ce qu'elles ont été, des premières relations qui se font mal, une naissance qui se passent mal (sa mère a eu un accouchement difficile et E. pense que ça a joué un rôle dans leur relation et dans le fait d'être fille unique), accouchement très difficile, ou bébé qui ne ressemble pas à celui imaginé.

Correspond beaucoup à l'histoire des personnes, si ces femmes avaient vécu une autre expérience elles pourraient être de bonnes mères, c'est dans leur histoire à elles.

Il faudrait réussir à les repérer ou à ce qu'elles puissent dire cette difficulté.

Elle pense que toutes les femmes peuvent y arriver mais avec plus ou moins de difficultés, de plus tous les critères sociaux font que c'est plus ou moins facile »

Que faire pour favoriser ce lien ?

« Propose un entretien psychologique avant le terme des trois mois : de même qu'une femme désirant avorter a un entretien psychologique, il faudrait le même pour une femme qui est dans le projet d'un enfant.

Pense qu'il y aurait peut être moins d'enfant confié à la DDASS ou moins d'avortement.

Elle-même a été questionnée par le gynécologue par le fait d'avoir des difficultés de conception, a eu des questions beaucoup plus personnelles sur ce qu'était sa mère, de même si il y avait eu des FIV aurait eu un entretien psychologique

Pense que ce n'est pas rien d'être maman (considère sa grand-mère comme sa mère, beaucoup de difficultés relationnelles avec sa mère biologique)»

Entretien n°4 : Educatrice de jeunes enfants,

Généralités

« Elle a 35 ans, mariée 2 enfants de 6 ans et 10 ans. Projet d'en avoir, amour des enfants, envie de fonder une famille, de partager des choses avec ses enfants. Ne concevait pas la vie sans enfants, aurait souffert si n'en avait pas eu, et souffre de ne pas en avoir plus... Etant enfant imaginait en avoir 5, toujours voulu avoir une grande famille, mais déjà il lui fallait trouver le père ce qui n'est pas évident. Les projets ne sont pas forcément communs alors... Chacun fait des concessions. »

Grossesses

« Ne s'est pas vue entourée par la famille pendant la première grossesse. Elle dit l'avoir vécue un peu égoïstement, l'a vécue pour elle. Néanmoins, la grossesse ne reste pas la période qu'elle a préférée. Elle a eu une amniocentèse pour son premier enfant pour suspicion de trisomie 21. Pense que ça a participé dans le vécu de sa grossesse et dans cette magie absente alors. Beaucoup de question se sont posées, sera-t-il normal, le garderons-nous... L'attente des résultats a été très longue (environ 5 semaines) alors que le fœtus commence à bouger dans le ventre. Une fois les résultats revenus négatif, elle a du réinvestir sa grossesse, réapprendre à aimer son enfant. L'accouchement l'a beaucoup plus marquée et peut être plus car le plus important était le résultat d'avoir l'enfant. C'est vraiment l'arrivée du bébé qui a produit du bonheur.

La deuxième grossesse n'a pas été mieux vécue car cette angoisse persistait. Hâte de voir arriver l'enfant pour être sûre que tout va bien. »

Découverte de l'enfant

« Dès qu'il est né, elle s'est attachée à son bébé, elle a éprouvé un grand soulagement. Avant d'être enceinte, elle ne pensait pas à toutes ses angoisses. Une grossesse est apparemment merveilleuse, tout doit bien se passer. Lorsqu'on leur a dit qu'il pouvait y avoir quelque chose de grave, tout a été chamboulé. »

Enfant grandissant

« Le papa a été la personne la plus importante lorsque l'enfant était là. Pense avoir vécu cet enfant très égoïstement, puisqu'il a été surtout investi par le couple. C'était avant tout son bébé. Avait du mal à le confier aux grands parents ne serait-ce que pour donner un biberon. Un peu moins difficile pour le deuxième. Ne se sentait pas bien quand une autre personne le tenait dans ses bras. Ne s'en rendait pas compte. Il y a d'ailleurs eu une altercation avec les grands parents qui ne pouvaient pas prendre leur petit fils. Seuls elle et son conjoint pouvaient s'occuper de lui. La nourrice pouvait également s'en

occuper, elle avait totalement confiance, mais pense que c'était plus facile comme elle était extérieure à la famille. N'avait plus la peur qu'on lui vole son bébé. Ou qu'elle rate les moments qu'elle voulait vivre avec ses enfants et qui passent très vite. L'attachement a été très fort pour le premier enfant. »

Mode de garde

« A travaillé après la naissance de chaque enfant. Une assistante maternelle les a gardés tous les deux. Quelque soit le temps de travail (50%,60%...), ils ont toujours été gardés par une assistante maternelle, les horaires étant un peu variables. »

Modèle d'éducation

« Voulait transmettre les principes de communication, de partage, ouverture vers la découverte du monde tout ceci avec les parents sans pour autant les lâcher dans la nature. Elle a beaucoup de difficultés à se séparer d'eux. Son modèle correspond à une famille heureuse où tout est beau, tout est rose, il n'y a que du bonheur, si on parle, si on s'ouvre, tout se passe bien. Tout est tourné vers le langage »

Profession

« Voit plutôt des femmes qui ont accouché.

A commencé sa profession sans être maman. Sa vision de la profession a évolué en étant elle-même devenue maman. Pense qu'il y a des choses qu'on ne peut pas comprendre quand on n'est pas soit même maman. Même avec la meilleure volonté du monde pour se mettre à la place des autres et comprendre leurs réactions leurs émotions, elle pense que si nous ne l'avons pas vécu, on est beaucoup plus ouverte et réceptive par rapport aux réactions des parents. Son expérience de maman l'a beaucoup aidée. Inversement, le fait d'avoir été éducatrice avant d'être maman, l'a aidée vis-à-vis de ses enfants. Mais se rend compte aussi que avant d'être éducatrice et maman elle avait cette attitude, cette volonté de partage et de discussion pour des enfants qui n'étaient pas les siens. A toujours cette façon d'agir dans le respect de l'enfant. Son attitude a changé plus vis-à-vis des parents. Par exemple par rapport à la séparation, aux choses difficiles, elle peut dire à la maman de ne pas s'inquiéter, que c'est normal si elle a envie de pleurer... Avant, elle se demandait d'avantage ce qu'il leur arrivait. »

Projet pour la profession

« Différente en fonction du lieu d'exercice. Donc correspond plus à des projets d'équipe. Ne pense pas que la profession en soit va beaucoup évoluer. En revanche du point de psychologique risque d'évoluer. En effet sont passés de l'autorité à l'enfant roi... Ainsi que tous les sujets de puériculture ne font que changer, les enfants sont couchés sur le dos, sur le côté...

Peut-être alors que la profession va évoluer en fonction de la connaissance de l'enfant. Mais espère que nous n'irons pas jusqu'à tout savoir pour laisser du mystère et de la découverte.

Projets d'équipe peuvent toucher les thèmes de la séparation par exemple. L'expérience de l'équipe amène aussi de la progression, si les personnes se remettent en question régulièrement.

Aimerait faire plus, mais sont bloquées au niveau du personnel, lorsqu'elles se retrouvent avec un groupe d'enfants trop lourd ne peuvent pas être aussi proche de l'enfant et prendre le temps qu'elles voudraient pour que les échanges soient enrichissants. La halte garderie étant pire que la crèche puisqu'il y a plus de mouvement donc une charge administrative d'autant plus importante.

L'accueil est un moment important, les EJE passent peut-être autant de temps avec les parents qu'avec les enfants.

Regrette de ne pas pouvoir prendre le temps parfois quand un parent a besoin de dire des choses ou quand elle voudrait discuter avec eux. »

Echanges entre parents et enfants

« Elle ressent lorsqu'un enfant est heureux et vice versa, il est donc important alors d'en parler aux parents. Pense avoir plusieurs rôles à jouer dans la relation. Important d'instaurer un climat de confiance avec les parents car pour certains correspond à la première séparation d'avec leur enfant. Aussi rôle de conseil : rôle de prévention mais parfois difficile par rapport au temps disponible. Position parfois difficile en temps que professionnel car certains parents mettront d'emblée des distances, peur du jugement... important de choisir le bon moment pour intervenir. »

Désir d'enfant

« Peut voir lorsque certains enfants sont désirés, d'autres seront là parce que c'est la vie et qu'il faut avoir des enfants. Mais elle pense que chacun à sa vision des choses.

Exemples : famille, enfants rapprochés, parents relativement jeunes, maman arrive toujours très bien habillée, très mode, maquillée... alors que les enfants sont très sales.

Se sent alors choquée car voit que c'est une femme qui est coquette et qui aime ça et l'enfant porte depuis très longtemps les mêmes habits, la bouche toute sale pleine de chocolat. La maman dit juste : « oh, tu es sale. Tu as mangé comme un cochon. » Mais ne dit rien et en fait rien de plus n'est pas responsable. La choque car la différence entre l'apparence de la mère et de ses enfants est flagrante.

Est arrivé de donner des bains à un enfant mais ne l'ont pas dit à leur parent pour ne pas culpabiliser. Et moyen de faire revenir l'enfant afin d'avoir un suivi.

A l'inverse les enfants trop gâtés n'ont pas une relation plus saine avec leurs parents.

Chemin de la parentalité

« Se situe plus dans l'action après l'observation. Accompagnement de la vie de tous les jours des questions que peuvent se poser les parents. Ne savent que ce que disent les parents ou que ce qu'ils voient. »

Bonne ou mauvaise mère

« Ne pense pas qu'il y ait de bonnes ou de mauvaises mères, ne pense pas que l'on puisse juger ça comme ça. Une mère pense faire ce qui est bon pour son enfant et si elle le fait mal, elle ne s'en rend pas compte. Il n'y a pas de bonnes méthodes pour être parents. On fait comme on peut, en fonction de l'enfant et en fonction de notre personnalité. Les femmes ne font pas volontairement du mal, si c'est volontaire ce n'est pas en fonction de son statut de mère mais c'est qu'elle a un autre problème.

Chacun a ses principes d'éducation. Une bonne mère est une femme capable de se remettre en question. Capable de dire à ses enfants qu'elle a fait une erreur, mais aussi avoir confiance en ce qu'elle fait. »

Contexte plus défavorable

« Contextes sociaux ont beaucoup d'importance, si les parents ont chacun un travail, il y a déjà un équilibre de vie qui fait que du point de vue financier au moins il n'y a pas de problème. Permet alors de se consacrer d'avantage à l'éducation des enfants.

Souffrances familiales autres se répercutent forcément sur l'enfant, donc par conséquent

sur le lien entre parents et enfants. Ceci n'étant pas systématique. Dans milieux sociaux très défavorisés lui semble beau coup plus difficile. »

Représentations ou contexte de confiance

« Lorsqu'elle voit certaines familles, elle se dit qu'il doit y avoir un bon équilibre, mais elle n'arrive pas à trouver sur quels critères elle est mise en confiance. Peut percevoir une certaine harmonie, le fait de voir une famille partager des choses avec ses enfants fait que quelque chose passe et donc correspond à sa perception de la famille. Ex : dans un parc un papa qui joue au ballon avec son fils et une maman qui pousse son enfant sur une balançoire, pour elle, un lien se créer alors.

Mais inversement si dans une grande surface un enfant réclame un jouet en hurlant, et la maman lui donne, elle trouve que ça n'est pas forcément harmonieux, la situation s'est inversée, ne correspond plus aux rôles parents/enfants. »

Notion d'instinct maternel

« Le mot même d'instinct lui semble étrange car se demande si nous pouvons parler d'instinct. Elle ne pense pas qu'il existe d'instinct maternel ou que celui-ci est unique en fonction de chaque personne. Et donc qu'il correspond plus au vécu de chaque personne. Ne pense pas que dès que l'enfant est né nous allons vers l'enfant et nous devenons parents. Chacun réagit différemment en fonction de l'enfant, ne correspond pas à de l'instinct.

Si l'instinct existait, elle pense que nous serions toutes identiques. Lorsque nous avons soif, nous allons boire, correspond à de l'instinct. Si il existait cela voudrait dire que dès que l'on voit un enfant, on voudrait aller vers lui, que ce soit le sien ou non. Instinct maternel c'est l'instinct de la femme et toutes les femmes ne veulent pas avoir des enfants. On devient maman. On n'est pas maman et on ne naît pas maman. Si elle repense aux différentes femmes qu'elle a connues alors certaines n'auraient pas l'instinct. Peut-être y a-t-il une prédisposition à vouloir des enfants mais pas d'instinct »

Moyens pour favoriser le lien

« Si il s'agissait d'inciter les femmes à devenir mère alors qu'elles n'en ont pas envie, elle trouverait que ça n'aurait pas de sens, ça serait aberrant.

Par rapport à sa propre expérience, elle pense que le moment de la naissance est le plus important. Le fait de séparer un enfant de ses parents à la naissance, est quelque chose qui peut bloquer la relation. Celle-ci devra alors être encore plus investie. Mais pense aussi qu'il faut être dans le respect de la maman car celle-ci peut ne pas être prête à accueillir l'enfant. Pense que même si une femme ne développe pas un lien fort avec le nourrisson, cela ne l'empêchera pas d'avoir une bonne relation avec l'enfant grandissant. Important d'être à l'écoute des parents et de l'enfant afin de pouvoir agir en conséquences.

Entretien n°5 : Pédiatre

Généralités

55ans, pédiatre, travaille depuis + de 30 ans dans les hôpitaux.

Marié

trois enfants, trois filles, dont l'âge correspond au sien.

Enfants était-ce un projet de longue date ?

Se situe il y a quelques années... Donc pas les mêmes valeurs, pas les mêmes

représentations peut-être. Le mariage se concevait de part les enfants, les deux choses étaient très associées.

Projet d'avoir des enfants était pour lui le projet le plus important de sa vie. L'arrivée des enfants a été aux dates voulues sans toutefois de prévisions particulières. Le nombre de trois c'est bien mais se dit qu'il aurait pu en avoir plus, ce n'est pas le plus important le nombre.

Ce qu'il fait de mieux dans sa vie personnelle, c'est de s'occuper de ses enfants. « Mais je ne sais pas si je m'en occupe très bien. (rire) ». Surtout maintenant qu'elles n'ont plus les mêmes besoins qu'avant (du fait de leur âge).

Grossesse, accouchement, acteurs particuliers ?

La relation maritale s'est un peu mélangée avec la relation professionnelle. Sa femme est pédiatre aussi. Ils ont fait leurs études ensemble. Leurs parents étaient des parents attentifs, donc leur ont transmis un certain héritage.

Professionnellement, ils ont rencontré des personnes sympa. Par exemple, il a été marqué par un pédiatre (Mr Le moine dont il a été question à la réunion addiction et maternité) qui combinait une vision hospitalière et une vision de sa famille.

Les rencontres amicales les ont beaucoup aidé dans l'apprentissage. La profession qu'ils exercent ne les aidant pas trop alors... Lorsqu'il était interne les chefs de service étaient plutôt bienveillant en ce qui concerne les enfants des collaborateurs et le fait même d'avoir des enfants était regardé avec bienveillance.

Mais sur le plan professionnel, c'était un peu catastrophique alors qu'il s'agit des mêmes protagonistes. A cette époque, les gardes se faisaient sans récupération, il était de garde parfois un jour sur deux, les horaires devaient être respectées (contrairement à maintenant on ne s'entendait pas dire que nous arriverions en retard parce que l'enfant devait être conduit à l'école...)

Il a fait ses études à Nantes puis est parti avec sa femme sur Paris pendant 8 ans. Et c'est à ce moment qu'ils ont eu leurs trois enfants.

Sentiments qui ressortent de l'expérience de paternité

Beaucoup de choses.

La paternité l'a surpris : il trouvait et trouve encore cela merveilleux, est très heureux dans sa paternité mais en même temps l'a surpris car a trouvé sa beaucoup plus dur qu'il ne le pensait. Et encore, trouve qu'en y réfléchissant il ne s'est pas assez impliqué, se considère comme bien au dessous du rôle que l'on pouvait imaginer.

Voyait bien le rôle éducatif mais moins bien les rôles quotidiens. Mais sortait d'une époque où les pères ne faisaient pratiquement rien dans la quotidienneté. A traversé ça en pensant que c'était beaucoup plus difficile que ce l'on pensait la place de père et à cette place de mari que l'on a aussi, pas évident pour les pères qui ont été éduqués comme lui avec un idéal professionnel extrêmement fort, « tout pour la profession... », difficile de coordonner les choses.

Beaucoup d'inattendus aussi. On imagine la paternité ou la parentalité de manière très forte dans les premières années dans des choses un peu théoriques. Chaque période apporte des surprises, qui sont souvent bonnes mais ne s'attendait pas à ce que ça se passe comme ça.

Commence par les problèmes qui chamboulent tout sur la garde des enfants. « Quand on est deux médecins de garde, il faut déjà assumer la garde. J'avais beaucoup de théories sur la garde des enfants, qu'il fallait trouver absolument des personnes formidables, exceptionnelles, tout ça... » La garde de leur première a été confiée à des personnes qu'ils connaissaient bien à Paris qui étaient des amis. C'était ce qu'ils pouvaient faire de

mieux, mais ce fut une catastrophe. Au lieu d'avoir un père et une mère leur fille s'est retrouvée avec deux pères deux mères. Il n'y avait plus de limites pour l'enfant, les amis qui étaient très gentils ne mettaient aucune limite dans leur prise en charge. Devenu un bordel absolu.

Ce sont aperçus très vite que ce n'était pas parce qu'ils étaient médecin, pédiatre, ou autre qu'ils ne devaient pas avoir de références un peu communes.

Ils ont donc demandé à la crèche du coin de leur trouver une assistante maternelle avec crainte néanmoins... Mais il s'avère que ça été beaucoup plus adapté. Elle n'était pas du même milieu qu'eux, pas médecin non plus mais leur a apporté des choses différentes dont ils avaient besoin.

Mode de garde

Assistante maternelle pour les deux aînées. Très adaptées à leurs professions.

Modèle d'éducation imaginé

Libres enfants de Summer hill, modèle éducatif. Il avait 18 ans en 68, était donc très porté par les années 68. Idées très libres en fait, éducation bienveillante sans être trop stricte. C'est ce qu'il a fait pour ses enfants mais est revenu en arrière pour un certain nombre de choses : pense qu'il faut absolument un certain nombre de règles : le père c'est quand même l'autorité quoi qu'on en dise. Mais aussi se rend compte que dans l'éducation des enfants on fait ce qu'on peut, ce n'est pas évident. Beaucoup plus collectif qu'il ne le pensait

pense que pour être parent il faut être capable de vouloir protéger son enfant à tout prix. Priorité= les enfants donc se coupe un peu de la collectivité sachant qu'il ne faut pas être totalement seuls. On ne peut pas aller n'importe où, faire n'importe, ce qui l'a surpris au début

Profession

Deux rencontres professionnelles les parents et les enfants qu'il côtoie dans la maladie et dans l'urgence. Pas de consultation spécialement avec les parents, rencontre surtout dans un cadre de maladie. Projet parasité par maladie et gravité. Néanmoins beaucoup de parents parlent de pb d'éducation, d'organisation de la vie de famille. Parle vraiment de leur vie à eux. Svt surpris de la parole de ses parents qui est très vite franche, osent raconter leur expérience avec franchise.

beaucoup d'ado en même temps, qui se projette dans l'avenir avec la notion de sexualité de relation sexuelle, de fécondité...

beaucoup de relationnel, il a d'ailleurs basé son travail sur une part relationnelle très forte, prise en charge psychologique lui apparaît comme fondamentalement attachée à la prise en charge somatique. La dichotomie lui semble impossible.

côtoie également beaucoup de collègues qu'ils soient infirmière, sage femme, auxiliaire, médecin, occasion de discuter de leur relation familial, de leur réaction vis-à-vis d'une famille ou de troubles sociaux, de maltraitance, passe beaucoup de temps la dedans.

Description de son parcours professionnel

Choisi de s'orienter vers un travail hospitalier du fait de la démarche devant une pathologie, démarche d'organisation aussi vis-à-vis de la santé, démarche de soin avec la mise en place d'un diagnostic et l'évocation de la gravité, l'a amené au choix hospitalier plutôt qu'au choix libéral. Le libéral en pédiatrie correspond à de la prévention à de la répétition des actes.

Pendant 19 ans hôpital de Saint Nazaire, fait de la pédiatrie générale, beaucoup de

pathologie de l'adolescent.

puis proposition de travailler au sein pédiatrie urgence à nantes.

Proposition d'amélioration de son métier

Incorporation de plus de prise en charge globale chez l'enfant, il est important d'avoir des capacités techniques et d'être spécialisé mais il ne faut pas perdre de vue qu'il existe une base de prise en charge de l'enfant qui doit être une prise en charge globale intégrant les relations familiales, psychologiques, etc...

important de trouver équilibre entre vie professionnelle et vie familiale (vie familiale des médecins pas évidente, les femmes réussissent à se défendre, les hommes beaucoup moins, certains ont donc eu des situations familiales chaotiques ce qui n'est pas forcément bien) pense que ce que l'on fait de mieux c'est sa famille, mieux que sa profession.

besoin aussi dans un chu comme ça, besoin de se poser les questions des relations à l'intérieur entre les services et les différents professionnels, pas toujours simple. Très important de travailler en bonne coordination avec les infirmières et les auxiliaires, le développement technique de la médecine ne permet pas d'avoir le temps suffisant pour pouvoir échanger, pour avoir des points communs, équilibre pas encore trouvé.

Rôle tenu dans la relation parent/enfant

Pense qu'il peut jouer un rôle dans la relation parent/enfant. Il y a beaucoup de choses qui influencent la relation mais beaucoup la médecine n'est pas le seul mode relationnel entre les parents et les enfants, beaucoup d'autres influences, nous ne sommes pas tout puissant. Beaucoup de choses de la société sur lesquelles nous ne pouvons pas agir. Par contre moyens préventifs et un des axes les plus importants pour lui c'est la prévention autour de la maternité, de l'accouchement, c'est-à-dire qu'à ce moment là il est probable que l'on puisse faire passer des choses, la complexité c'est que à vouloir trop en faire on en fait peut être trop. Mais peut être qu'il faut dire que ce n'est pas anodin d'accueillir un enfant en particulier, de faire penser que la méthode d'accueil, que le lieu, la façon de discuter avec les parents, les informer sur le lien pendant les premiers mois avec leur enfant, les accompagner dans ce travail c'est fondamental, on beaucoup à faire la dessus. Démarche probablement insuffisante beaucoup dans la technique, on ne met pas beaucoup de moyen relationnel.

Relation avec télévision est catastrophique actuellement, obésité augmente. Un certain nombre de chaînes de télévision détruisent construction.

Beaucoup de discussions par rapport au lien parent enfant mais nous ne sommes pas tout puissant.

nous devons nous méfier car nous ne sommes pas tout puissant nous pouvons faire un certain nombre de choses mais nous ne sommes pas les seuls qui décidons.

Entretien n°6 : Sage-femme n°2

Présentation générale

« Elle a une cinquantaine d'années, est célibataire. C'est la cinquième d'une famille de 6 enfants.

Elle n'a pas d'enfants, ne désire pas en avoir. N'a jamais été attirée par les bébés pour leur faire des câlins mais cela ne l'en empêche pas de s'en occuper pour leurs soins.

Ses parents l'ont élevée dans une croyance catholique et bien qu'elle ne partage pas ces croyances, elle en reste marquée.

Elle est de gauche, vote, et n'a pas forcément de personnage politique préféré les trouvant un peu tous égaux et surtout pas très charismatiques. Espère que cela changera si jamais il y avait des femmes au pouvoir. »

Sa profession

« Elle exerce la profession de sage-femme. Son parcours : « tourne » en suites de couches, en gynécologie (lieu où elle a beaucoup appris), en salle d'accouchement, en préparation à l'accouchement, au centre d'interruption volontaire de grossesse. De ce fait, elle côtoie les femmes dans les différentes étapes de leur vie, du désir non d'enfants jusqu'à la naissance.

Elle se sent concernée par les relations entre parents et enfants. Elle pense que quelques mots peuvent dénouer une situation mais est prudente car si certains mots dénouent cela veut dire qu'à l'inverse certains bloquent une situation. (Ex : femme enceinte de jumeau revient de sa consultation d'anesthésie en disant qu'il lui faudra prendre la péridurale car le deuxième jumeau pourrait être vicieux. Or en reprenant ce que l'anesthésiste a voulu dire, le jumeau pourrait avoir une position vicieuse qui nécessiterait un geste intra utérin donc la pose de péri serait plus confortable... Que restera-t-il de ce mot dans quelques années ?) »

Représentations

« Elle pense être capable de laisser de l'espace pour que les choses se disent, ceci étant important dans le choix d'une I.V.G. par exemple[...]

Concernant la notion d'instinct maternel :

- *elle trouve le terme intéressant car étymologiquement instinctus = impulsion. Elle se pose donc la question si il y a quelque chose de glorifiant dans le fait de se laisser guider par une impulsion...*
- *Dans la définition du petit Robert : « Tendance innée à des actes déterminés (selon les espèces) exécutés parfaitement sans expérience préalable et subordonnée à des conditions de milieu ; ces actes »*

Donc l'instinct maternel existerait ou aurait existé puisqu'il s'agirait de l'instinct de perpétuer l'espèce, donc la protection de la progéniture et son alimentation par la mère et la protection de la nichée par le père.

Acte instinctif est subordonné aux conditions de milieu donc elle se demande ce que devient l'instinct quand conditions se modifient, quand amélioration des conditions de vie des choix peuvent être faits : payer pour garder ou non son enfant..., apparition du biberon...

Quand détérioration des conditions de vie, quand le milieu se délite, comment l'instinct pourrait-il s'exprimer ? et après quand par exemple le mâle ne protège plus la femelle qui enfante et nourrit et si rien ni personne ne vient y suppléer ?

Ex de modifications de milieu : les animaux en captivité ne se reproduisent pas ou difficilement.

- *Pense que l'instinct dans nos représentations est confondu avec amour et attachement (qui fait partie de ce qui est indispensable pour le développement de l'enfant, il faut une personne suffisamment attachée ou préoccupée* par l'enfant pour pouvoir s'occuper de cet enfant et que lui*

soit stimulé pour vivre) ainsi que devoir

**préoccupation=occupation qui vient avant toutes les autres, qui prend la première place mais ne s'agit plus d'instinct mais d'attachement*

- *pour s'attacher il faut être deux : pour s'attacher il faut que l'autre soit attachant, lorsque les personnes sont deux à être attachant alors il y a du lien*
- *si en plus enfant avec qui les parents s'entendent bien, se comprennent à demi mot impression d'être sur la même longueur d'onde, cadeau en plus même façon de penser mais pas forcément même pensée, complicité*
- *réduire les soins d'une mère à l'instinct est dévalorisant, en revanche tendresse beaucoup plus valorisante, travail fait dans une famille est gigantesque mais n'est pas reconnu. Depuis enfance on dit de faire des enfants mais ne disent pas ce que cela implique plus tard... on n'éduque pas les femmes mais elles devraient être capable d'éduquer leur enfant ne sont pas reconnu.*

Comment favoriser le lien : Pb car société ne donne que de l'argent et pas de personne dans l'accompagnement ou peu. On imagine que la personne est capable on donne de l'argent

Entretien n°7 : Gynécologue obstétricien

Pour lui il n'existe pas d'instinct maternel ; l'instinct ne concerne que les animaux. Il est perdu depuis longtemps.

Parle de ratage, chacun et chacune est aux prises avec sa propre existence, désir d'enfant se précise d'une façon ou d'une autre. Mais donc aucun moyen de généraliser (en disant que tel corps de métier pense de telle manière.

Il n'y a pas pire qu'une bonne mère.

Il y a des contraintes pour les femmes qui sont historiques dans les sociétés traditionnelles, contraintes disparaissent à la fois avec disparition du maître, du père et donc des idéaux. Maintenant simplement rapport à l'objet, l'objet pouvant alors être l'enfant. Rapport à l'enfant = rapport à l'objet plus qu'idéal, rapport de satisfaction à l'objet.

Si on parle d'instinct veut dire que l'on parle d'une société animale et qu'il n'y a pas de médiatisation par la parole. Nous qui sommes des animaux parlant déconnecte la chose enfant de l'enfant lui-même. Quand une personne désire un enfant il désire l'enfant objet qui n'est pas la chose par ce que celui-ci est nommé, remet donc en cause la notion d'instinct car si il y avait instinct ce serait direct il n'y aurait pas à se poser la question (et encore dans les animaux, instinct ne correspond pas toujours au bien être du bébé, des femelles peuvent manger leurs petits)

Chez les humains il s'agit plus d'un problème d'attachement et de manque d'attachement sous tendu par le désir et le rapport de médiatisation être capable de lier, de faire avec l'enfant, de mettre des mots. Certaines femmes psychotiques n'allant pas bien seront capables de tuer l'enfant en pensant se tuer elles mêmes. Ne pense pas que la névrosée qui ne pourra pas se détacher de son enfant sera moins problématique.

Désir = quelque chose de purement singulier, s'enracine dès les toutes premières périodes de vie

Idéalisation de notre métier de notre futur rôle de mère ou futur rôle de non mère

Jugement de Salomon, vraie mère = celle qui accepte de perdre et non celle qui veut être mère jusqu'à la fin de sa vie, où réside la notion d'instinct ?

A savoir ce qu'est alors la vraie femme...

L'instinct se rééduque, on éduque les chiens pour les inhiber. Si on estime que le psychisme n'est pas dans le cerveau que le cerveau n'est que le support distingue alors des comportementalisme qui estime que c'est dans le cerveau et que de ce fait ça se rééduque, or impossible de rééduquer quelqu'un sans entrevoir de complications, des échecs ou d'autres symptômes plus tard quelque soit le symptôme qu'il aura supprimé. Si pas dans ce cadre, le psychisme est l'accrochage des signifiants, ie le fait que nous parlions, sur notre corps. On peut s'en rendre compte lorsque l'on parle le corps se délie si on parle par ex. Mais tout ceci fondé sur le ratage de départ, tous les poètes l'ont décrit, il n'y a que le corps médical qui pense qu'il y a quelque chose d'harmonieux possible.

Toutes les mythologies se sont emparées de la relation mère enfant : gréco latine, contes de Perrault... ne parle que des ratages mais toujours la bonne fée pour régler les choses, ou la sorcière pour les assombrir (la sage femme étant mi ange mi démon)

On a pu croire à l'instinct dans une période avant la science, on orientait les femmes dans un chemin si étroit et préformé que on pouvait y croire. Mais désormais, comment tenir compte des désirs propres dans notre société actuelle ? Femmes célibataires, lesbiennes, femmes > 40ans...

Entretien n°8 : Gynécologue obstétricienne

Généralités

Mariée, 35 ans. Trois enfants 2 filles 7ans, 5 ans et demi et petit garçon de 20 mois

Projet d'enfant

Choix : toujours été un choix mais un petit peu de temps à mettre en route la première grossesse. Elle a été aidée médicalement, pas de contraception particulière dans le post partum, La deuxième est arrivée 16 mois après sa sœur avec une certaine culpabilité initiale, car alors que le premier était là et qu'il était désiré et qu'il voulaient choyer, le deuxième bébé arrivait... a perturbé un peu les choses, mais finalement au-delà de ça c'est un bébé qui est arrivé sans souci et une fois là c'était un très grand bonheur.

Personnes proches pendant la grossesse

Dans le projet d'enfant sont restés tous les deux. Leur famille étant au courant de leurs problèmes pour en avoir. La famille était très impliquée. Se sont sentis un peu sous pression, puisqu'il s'agissait du premier bébé de la famille, très attendu.

Entourés également médicalement, qu'une interlocutrice, pas de grande équipe médicale.

Véritable implication familiale l'arrivée d'un bébé.

Pour les autres enfants moins d'implication de la part de l'entourage car n'avait pas été parlé.

Fantasmes, rêves d'enfants

Voulait être pédiatre dans son parcours professionnel. A un amour des enfants qui prime avant le reste. Toujours été attirée par les enfants depuis l'âge de 5 ans.

A l'âge de 16 ans, elle a fait un stage en maternité reçue par une surveillante dans une petite maternité. La première chose qu'elle a vu sont les salles d'accouchement, ce qui fut pour elle une véritable découverte. Elle ne savait pas du tout ce que c'était. Puis après cette surveillante l'a emmenée en pédiatrie, elle a nouveau découvert ce que c'était. Le fait de voir souffrir les enfants lui a fait dire qu'elle ne voudrait pas être pédiatre mais gynécologue, par chance a pu faire ce qu'elle voulait.

Finalement, revient à ses premiers amours puisqu'elle s'occupe de la médecine fœtale. C'est donc quelque chose qui est inscrit de longue date.

De la même manière qu'elle désirait travailler avec les enfants le fait d'en avoir lui paraissait évident.

Petite fille, elle était à tour de rôle auxiliaire de puériculture, puéricultrice, institutrice, infirmière. Désir d'enfant évident qui a donc été très difficile à vivre pendant les deux ans d'attente pour leur aînée.

Ensuite, l'évolution des choses se fait avec les enfants. L'arrivée des différents enfants a été vécue différemment, avec l'aînée sensation de possession intense, quasiment personne ne pouvait la toucher, à peine ses grands parents. Avec le dernier, les choses étaient plus décontractées, était quelque part rassasiée. Même si elle pense qu'elle a un amour qui se découple et non qui se divise, mais réussissait à prendre du recul sur le côté charnel de l'enfant et le besoin de l'avoir à elle toute seule (avec son mari). Malgré tout c'était très viscéral comme attachement à ce bébé, c'est resté et a évolué.

Pense que l'on évolue avec la maternité en général.

Image de l'attachement si fort présente avant ?

Oui dans sa personnalité, qui existe depuis très longtemps. A joué à la poupée jusqu'à l'âge de treize ans, n'en n'avait pas qu'un mais deux qu'elle trimballait partout. Pense que correspond à quelque chose qui lui a été donné. Ne sait pas si ça lui a été donné car sa maman travaillait, ses grands parents étaient à proximité, l'ont élevée. Très attachée à sa maman, mais n'était pas particulièrement disponible, pas à la maison, ne les a pas élevés en particulier mais par contre quelque chose chez elle qui existait très tôt, qui a mûrit avec les années mais dont l'intensité n'a pas changée.

Modèle d'éducation

Qui a évolué et qui évolue avec l'éducation. Était entre deux générations puisqu'elle a été élevée par ses grands parents, mais dont l'éducation s'était relativement assouplie par rapport à ce qu'ont vécu ses parents. De même de la part de ses parents a eu une éducation pas sévère mais rigoureuse, d'astreinte, d'obéissance. Essaye de reproduire un petit peu ça sans vraiment de succès mais pense que ça fait parti aussi de son tempérament. Pas très sévère avec ses enfants, assez permissive peu directive, plutôt dans la discussion que dans l'imposition.

Mode de garde

Très partante pour la crèche collective, puis puéricultrice lui avait dit qu'elle avait une relation trop possessive avec ses enfants pour que la crèche fonctionne.

A fait la démarche de trouver une assistante maternelle = catastrophe. La première, son mari buvait, la deuxième a rendu son enfant après 3 jours, et par chance, sa fille a atterri à la crèche en situation d'urgence car n'avait plus d'autre solution. Alors, bouffée d'oxygène, était en face de professionnels sans pour autant avoir l'impression que sa fille risquait d'avoir un attachement particulier envers une personne, ce qui pour elle aurait été terrible. En a été très contente, car parfois s'est sentie un peu perdue en tant que maman, aussi bien dans la relation avec son enfant que dans la manière de gérer son sommeil, dans son alimentation, a toujours trouvé des réponses sans que se soit grandiloquent, toujours réponse adaptée elle, à son enfant. Depuis la dernière naissance, a quelqu'un chez elle pour des raisons pratiques et ça se passe très bien entre elles et avec les enfants, le fait qu'il y ai une personne à la maison qui s'occupe de son petit garçon ne lui pose plus de souci, a évolué donc.

Vécu professionnel versus vécu personnel

En discute beaucoup avec une autre consœur. La maternité l'a beaucoup fait évoluer. Dans la prise en charge de la grossesse, elle ne pouvait pas estimer certaines choses parce qu'elle ne l'avait pas vécu. Surtout au moment de l'accouchement.

Compréhension de certaines choses, par exemple l'épisiotomie, si à 4h du mat' on s'énerve parce qu'elle a les fesses à 1 m de haut, et que nous n'arrivons pas à recoudre. Mais une épisiotomie ça fait mal, à un moment elle n'en peut plus. On comprend ce qu'elle ressent et nous pouvons nous contrôler alors quelque soit notre fatigue, compassion certaine.

A titre individuel, réussit à prendre du recul entre ce qu'elle vit à l'hôpital et ce qu'elle vit chez elle. Ne reporte pas forcément toute la pathologie qu'elle voit à la maison. Mais toutes les tensions qui peuvent se passer à l'hôpital quand il y a du travail, il y a un ressenti à la maison qui est évident. Crise à la maison : parce que les enfants la voit moins, qu'ils la sentent moins disponible, parce qu'elle supporte moins de bruit, escalade.

A avoir une expérience professionnelle dans ce milieu, elle remercie la vie de lui avoir donné des enfants en bonne santé, trouve qu'elle a de la chance, peut-être est-ce pour cela qu'elle a une grande permissivité avec ses enfants.

Comment faire évoluer le métier

Pression importante, problème pouvoir apporter plus au patient en terme d'écoute.

Consultation du 4 mois devrait apporter beaucoup, que les femmes soient dans le bon créneau. Celles qui ont une grossesse normale ont une grande possibilité dans leur vécu. Les autres doivent également être orientées, dédramatiser la situation si avaient un suivi différent pendant la grossesse. Pour ne pas être prises en situation d'urgence. De plus en plus confronté à des problèmes psychosociaux, certaines choses à développer là-dessus, mais des choses se mettent en place. Beaucoup de ressources mises en œuvre autour d'une même famille.

Rôle dans les échanges entre parents et enfants

Pense que nous sommes des catalyseurs devons être alertes, savoir déclencher la sonnette d'alarme, décrocher le téléphone. Être à l'écoute. Beaucoup de choses passent par le dialogue, la détresse des personnes, si peuvent l'exprimer c'est déjà ça de gagné. L'incompréhension est un frein à la relation.

Traits de personnalité propres

Feeling avec certaines personnes, plus d'accroche avec certaines personnes et d'autres qui se livrent plus facilement pour qui on a envie de faire plus. D'autres qui sont totalement fermé, trop de compassion, ce n'est pas bien, les personnes trop passives ne la motivent pas pour leur apporter de son expérience personnelle, mais a envie de les booster de leur donner de l'énergie. Apporte de son expérience perso lorsque ressent que ces personnes ont envie de se battre.

A un caractère avec lequel le contact est plutôt facile.

Désir ou non d'enfant exprimé ou non

Laisse de la place pour que s'exprime ce type de ressenti. Généralement, expriment facilement le désir d'enfant surtout dans les consult de gynéco avant le dit enfant.

Représentations de bonne ou mauvaise mère

Question difficile à répondre pas de critères de bonne ou mauvaise mère.

Bonne mère = celle qui apporte de l'amour, les soins matériels, (à manger, la propreté de l'enfant) ne pense qu'on a besoin de beaucoup de moyens pour rendre les enfants heureux, tout l'amour qu'on peut avoir. Ne correspond pas forcément en temps passé mais en intensité, savoir écouter, savoir partager, savoir aussi se remettre en question dans les moments où ça va moins bien. Compliqué d'être une bonne mère, c'est apporter son expérience, sa vision des choses, énormément de paramètres.
Mauvaise mère = celle qui n'apporterait pas d'attention envers son enfant, dénis, violence, physique et morale critères de maltraitance envers son enfant.

Contextes plus difficiles pour relation parents enfants

Tout ce qui est problèmes médicaux, certaines personnes sur le plan psychique n'ont pas forcément les capacités.

La relation s'établit en fonction de ses propres relations antérieures, pense que les personnes qui subissent des violences physiques et morales pendant leur enfance ont probablement des difficultés.

De la même manière la séparation avec l'enfant dans les premiers temps est difficile. On ne s'improvise pas mère, comme on improvise pas un allaitement, de choses paraissent tomber sous le sens et ne le sont pas. Si nous ne sommes pas là pour favoriser le lien entre eux. Des personnes pour qui ce n'est pas si naturel que ça, mais moyen d'aider ses gens là, en les observant, en les aidant, en leur donnant les habits.

Le constat des malformations doit aussi mettre une barrière, qui est difficile à dépasser même si il y a un amour pour ce bébé, problème d'intégrité physique.

Instinct maternel

Il existe probablement quelque chose qui est en soi individuellement. L'instinct maternel est quelque chose qui existe au plus profond de soi qui peut être développé.

Facteurs d'environnement familial qui font que ça a une influence sur ce que tu as à la base et évolution dans la vie qui mature les choses pour qu'elles se simplifient l'instinct qui était brut s'affine pour être utilisé avec les expériences que tu acquies. Les enfants que tu portes et que tu élèves et ce qu'on t'a apporté pendant l'enfance.

Instinct maternel = quelque chose d'excessivement viscéral, quand elle a un de ses enfants qui souffre, elle a mal. Aussi lié à son tempérament : la négation de soi ie, le bien être de ses enfants passent souvent avant elle. Essayer au mieux de leur apporter un équilibre affectif, intellectuel, physique, ce qui est bon pour eux. Essayer de leur communiquer ce qui paraît bien, bon au sens aussi de la vie sociale (politesse, respect, amitié, amour, propreté)

Partent alors dans la vie avec ce bagage et que quoi qu'il arrive dans la vie ils ont toujours ce bagage.

Totalement individuel avec son ressenti avec ce qu'on a reçu tout au long de la vie.

Entretien n°9 : Sage-femme n°3

Généralités

38 ans, mariée 4 enfants

Envie d'une famille nombreuse.

1990 : grossesse difficile en rapport avec malformation utérine
mis du temps pour le deuxième 1995

2000 : pour le troisième, attente qu'ils soient autonomes

2003 : la petite dernière

Personnes marquantes dans la grossesse et projet d'enfant

Instinct maternel est vraiment personnel, une mère, c'est vague compliqué, a-t-on une connaissance spontanée du tout petit, doit être tronqué du fait même de notre métier, on apprend l'univers du tout petit, nous facilite sûrement l'accueil de nouveau né.(gestes soins)

Lors d'un congrès a entendu que l'ocytocine libérait lors de l'allaitement maternel, passait la barrière méningée et favorisait l'attachement de la mère à son petit. On peut parler d'instinct lorsque c'est naturel, quelque chose de programmé chez la mère allaitante. Favorise l'intuition la connaissance.

Pas d'opinion la dessus, pas d'idée préconçue, pas d'a priori.

Hypothèse sur les difficultés d'attachement d'une femme avec son enfant serait le reflet d'un passé que fait ressurgir la naissance.

Pense qu'il y a un instinct de protection, de rapport avec son nouveau né, instinct animal où la mère lèche son tout petit.

Expérience perso de maternité, modèle d'éducation

Son aîné est né avec une agénésie des deux doigts de la main, découverte à la naissance. Lorsqu'il se trouve sur le ventre se dit que son enfant n'est pas né avec toute son intégrité. Le pédiatre lui a dit qu'il pouvait y avoir d'autres choses malfo associées. Elle a été très bousculée. Le bébé était là, les autres choses allaient mais ça l'a renversée. A fait confiance à l'écho et pensait que son enfant irait bien, a tort dit-elle. Une première naissance difficile dans un contexte difficile aussi : forceps, hémorragie de la délivrance, délivrance artificielle, révision utérine, épisio...

Origine de ce qu'elle a transmis à son enfant

Depuis toute petite, elle jouait à la poupée avec des notions de puériculture, avait deux sœurs, un frère. Tout devait être impeccable pour son poupon. Était une mère très attentionnée, n'avait qu'un seul poupon, a été attirée très tôt par l'univers du tout petit, a joué jusqu'à l'âge de 15 ans.

Pas spécialement de valeurs qu'elle voulait transmettre à ses enfants, c'est venu très naturellement. Elle a vécu dans une famille qui lui a apporté de la sécurité, avait deux parents présents, enseignants donc disponibles (pas de centre aéré ...). Famille nombreuse en plus donc beaucoup d'échanges..

Travail

Depuis toute petite elle adore les bébés. Sa tante est surveillante générale sage femme. Première année de médecine, a passé le concours de sage femme qui se faisait en trois ans, a alors décidé de rentrer dans cette école. A eu la révélation en fin de première année, moment où elle a eu ses premières vraies gardes en tant qu'étudiante (1986). A été sage femme deux ans en clinique avant d'intégrer l'hôpital en 1991.

Evolution possible du métier ?

De plus en plus de compétences dans notre profession, avec élargissement compétence, il y a élargissement de nos prescriptions, pense qu'il y a une bonne évolution. Mettre l'accent sur les formations continues, pas de travail de recherche après notre mémoire de fin d'études.

Influence du métier sur perso et vice versa

Métier de la santé donne une force pour gérer le perso, relativise par rapport à ce qu'on a pu voir dans notre profession. Domaine privé n'interfère pas avec le professionnel.

Le fait d'accorder du temps est une de ses qualités. Pense que c'est propre à elle, son caractère.

Rôle interaction parents enfants

Il faut être attentif.

Se situe dans le présent, pense que l'on peut faire quelque chose.

Bonne ou mauvaise mère

Instinct maternel voudrait dire connaissance spontanée des besoins, des gestes à faire à son tout petit, plus à l'écoute.

Être dépourvue d'instinct maternel ne met-il pas en péril la relation avec l'enfant ?

Vulnérabilité sociale peut mettre en jeu le pronostic, précarité, violence.

Met en confiance : tendresse, patience, pas d'agacement.

Travail en amont, repérer les situations à risque, prendre son temps, être plus proche, plus attentif.

Entretien n°10 : Assistante sociale

Généralités

A fait des enfants par choix, aussi bien elle que son conjoint. Désir d'enfant partagé, d'abord par elle. Contexte qui faisait qu'ils n'étaient pas encore très bien stabilisés, son conjoint avait repris ses études, ça a mis quelques mois à mûrir, correspondait à un engagement, n'étaient pas mariés à l'époque donc ça a été très dur du côté de ses parents.

Très difficile pour elle car quand elle l'a annoncé, ça a été le couperet. A dû reprendre le contact avec ses parents, ils étaient dans l'attente d'une annonce de mariage et ce fut l'annonce d'une naissance. Sont croyants pratiquants, donc pense que tout ça rentre en jeu... Donc a plus mené sa grossesse, conjointement avec son ami, pas trop de partage avec sa famille mais également avec leurs amis. Tous les sujets autour de la grossesse et de l'accouchement étaient source de conflit : par exemple, elle voulait allaiter. Or sa mère, lui disait qu'elle n'avait jamais allaité, discours très négatifs. Elle s'est donc tout de suite inscrite à la maison de la naissance. Elle en avait entendu parler et pensait qu'elle serait bien accompagnée et effectivement elle l'a été.

S'est rendue compte que ça renvoyait à sa propre relation qu'elle avait vécue avec sa mère, n'en n'avait pas conscience avant. Moment très sensible et fragile, mais bien vécu car était tellement désiré avec son conjoint que bon résultat. Pense que ce sont ses parents qui sont plutôt passé à côté que eux.

La relation actuellement n'est pas simple mais a été facilitée par la naissance en soi.

Valeurs

A eu une éducation catholique importante, ses parents étant vraiment pratiquants. S'est énormément éloignée de ces valeurs, autour de la religion, la religion expliquait beaucoup de choses alors qu'elle ne voit pas ça de cette façon. Pense qu'il faut aller chercher il faut construire sa vie et pas attendre, pas de question de bien et de mal, de chance ou pas. La vie est telle qu'elle est, ne la relie pas à la religion. Catholicisme est beaucoup dans la culpabilisation. Essaient de rester ouverts par rapport aux différentes religions et cultures notamment.

En ce qui concerne l'éducation, accès à la scolarité, essayai qu'ils soient le plus épanouis,

favoriser au maximum le dialogue, qu'il n'y ai pas de sujet tabou, qu'ils aient qu'il s'agit de leur vie et qu'ils la construisent par eux-mêmes.

Si elle se trouve dans le travail social, peut être pas un hasard dans ce qui appartient à la religion a pris le meilleur, à savoir le fait d'être sensibilisée à la personne humaine en tant que tel. Mais la grande différence a été quand elle a commencé à découvrir le métier et a été en contact avec les gens, n'avait plus la même manière de voir les choses, lui a permis alors de regarder avec recul la question de la religion.

A appris au fur et à mesure au contact des gens qu'elle a rencontré, lui a ouvert l'esprit, il n'existe pas un parcours de vie, il y en a pleins. Il n'y a pas une façon de faire. Lui a ouvert les yeux, permis de prendre de la distance sur les événements de la vie. Pas une manière de faire mieux que l'autre, chacun fait ce qu'il peut avec ce qu'il a au moment qu'il peut...

En théorie, accepte que chacun prenne son chemin, ce qui n'est pas évident en tant que parent.

A beaucoup apporté à son mari la dessus parce qu'elle avait réfléchi de ce que l'on transmet aux enfants. Mais son conjoint le lui rend bien aussi puisque parfois est un peu trop dans les explications, parfois il faut juste faire des choix. Ils se complètent bien tous les deux.

Mode de garde

Spontanément, crèches collectives mais compte tenu du contexte (ont acheté une maison rapidement). Temps plein chez une nourrice pour l'aînée, 4/5 pour son deuxième, temps partiel pour sa troisième.

Très compliqué, elle aime son travail par moment le fait de laisser ses enfants est bien vécu et pour d'autres plus difficile. En tant que femme, pas évident, tout le temps partagée entre sa vie perso et professionnelle, ses désirs en tant qu'individu, d'être avec ses enfants, etc... Mais il faut faire des choix dans la vie...

Parcours professionnel

Depuis toute petite adorait relation avec les autres, contact avec les autres, tout de suite a voulu faire un métier en rapport avec les autres. Dès le départ, c'était la formation d'éducatrice, elle ne sait pas pourquoi, peut-être dans la représentation qu'elle en avait. Là dessus, ses parents avaient un point de vue. Voyaient d'avantage vers la formation d'assistante sociale (éducatrice n'était pas un métier qui après serait adaptable pour une femme, contraintes horaires). N'était pas au clair sur les concours donc a passé le concours d'assistante sociale. Elle est montée à Paris, très vite s'est rendue compte que c'était pas ça, en cours de route, a voulu arrêter, mais finalement a fait une double formation (deux ans école d'A.S.), puis a passé le diplôme et a intégré la dernière année à l'école d'éducateur. L'assistante sociale se trouve au carrefour des prises en charge et ce qu'elle voulait c'était d'accompagner les gens dans leur parcours et dans leur vie, donc correspondait plus au rôle d'éducateur. Premier stage : n'était pas en contact direct avec les enfants mais seulement avec leurs dossiers...

Prévention. Le but de l'association était de partir de la réalité des gens et de travailler avec eux vers leurs centres d'intérêts. A découvert beaucoup dans le travail social au niveau de ce que les professionnels jugent, font culpabiliser. Partir de leur réalité de ce qu'ils étaient et non pas que dans une démarche de conseil et que l'on sait mieux qu'eux, ça ne marche pas, si on se met à la portée des gens ils vont découvrir leurs possibilités et c'est l'essentiel. Si ce n'est pas notre façon de faire ce n'est peut être pas la façon de faire qui leur convient.

CHRS : prévention énormément aussi, après son congé mat de sa troisième, proposition

de recherche action, avec sa maîtrise, projet de recherche action sur la parentalité (accompagnement de plus en plus avec de jeunes parents, beaucoup de jugements de portés sur ces jeunes parents, sur leurs difficultés à être parents,) pendant un an déconnection de la pratique. Puis poste de chef de service à mi temps institut médico éducatif accueillant enfants déficients de 6 à 20 ans. équipe pluridisciplinaire, éducatif, adaptation, personne au cœur de sa prise en charge, accompagnement des parents dans le chemin d'acceptation du handicap de l'enfant. (Apprivoisent plutôt qu'ils n'acceptent). Correspond à une école, de 9h à 16h30, le moment de la naissance correspond à une grande période de grand bouleversement. Devrions être le plus respectueux. Handicap, prise en charge très lourde pour certains enfants, n'avons pas idée de ce que les couples vivent au quotidien.

Possibilité d'évolution.

Versant extrême, en grande majorité, les nouveaux élèves essaient de passer ce concours comme ils en feraient un autre. Pas de réflexion sur le métier, parcours très universitaire, sélection ne se fait pas forcément sur les bons critères. Seuil de tolérance doit être assez bas pour s'occuper des familles précaires, certaines personnes poseraient des exigences que certaines personnes ne pourraient pas assurer.

Perso sur professionnel

Lien sur regard sur les familles, essaye de sensibiliser les autres éduc sur le fait qu'on peut aller vite dans le jugement, dans des conclusions hâtives, sur des choses que l'on peut percevoir dans les entretiens, fait le lien en temps que maman sur les jugements que l'on peut avoir. Confrontée à des éducateurs qui ont des années d'expériences et qui sont un peu démotivés, certaines familles peuvent être en désaccord avec ce que les professionnels proposent, mais se retrouve entre deux feux puisqu'elle représente l'établissement et ce que portent les parents.

Rôle dans le lien avec l'enfant

Se joue beaucoup dans le discours que l'on peut tenir sur l'enfant. Être valorisant aider les parents à reprendre confiance dans leurs capacités. Svt, quand les gens sont le nez dans le guidon ne se rendent plus trop compte d'où ils en sont dans la relation, les aider à voir leur enfant ou eux même autrement, on a des capacités mais on ne sait plus trop où elles sont. Lors de son expérience perso, des professionnels à l'écoute lui ont permis d'allaiter, a pu trouver de l'aide en piochant. Essaye de faire de même dans son travail.

Instinct maternel

Ne parlerai pas d'instinct maternel mais des liens qui se construisent entre les parents et les enfants et la façon dont on les découvre. Selon les personnes c'est complètement différent. Pour elle ça a été dès le début de la grossesse, la relation avec le bébé dans le ventre. Pour d'autres femmes c'est peut être différent. Se construit au fur et à mesure. lien aux tripes, quelque chose de pas forcément imaginable si pas vécu, de porter un enfant et d'accoucher, c'est très fort, animal, fusion au niveau même de l'odorat contact très important. Séparation très difficile. Relation pas perdue, accouchement même si difficile ça se rattrape. Pour son deuxième, accouchement difficile, a perdu du sang, n'a pas pu regarder son enfant quand elle l'a eu sur le ventre car était fatiguée. Puis deux heures après a pu prendre le contact.

Pour son dernier accouchement est arrivée à 8/9 cm, c'était la même sage femme et du fait du mauvais vécu, n'a pas accouché avant le changement de garde. Ne s'est pas autorisée à lui dire mais en a parlé à la sage femme qui a pris le relais, a eu une

péridurale, puis a accouché rapidement. Du coup a été disponible pour l'arrivée de sa dernière.

Bonne ou mauvaise mère

Bonne = femme comblée bien dans sa peau, pense que si l'enfant est là renvoie beaucoup de chose et si pas claire dans ses émotions très difficile alors pour la femme de se vivre mère.

pense qu'on ne peut pas être que mère, il ne faut pas tout construire autour de ses enfants, pense qu'il faut s'épanouir soi même en tant qu'individu, dans son couple, dans les relations avec les autres, pour enfin être avec ses enfants. Reconnaître ses erreurs et dire que nous sommes allés trop loin. Le couple doit aussi être soudé équilibré, base solide.

Chacun a son bagage, inné acquis ? Lien pas suffisant, mais pense que tout le monde l'a. Certaines personnes sont peut être en difficulté pour entendre ces sentiments, compliqué à faire ressortir dans certains contextes. Puis en plus construction élaboration, école des parents, terme juste, choses qui s'apprennent que nous n'avons pas appris, rien de prévu dans la société pour aider les parents.

Plus d'échanges avec leurs propres enfants, parfois dérive à tout dire pas forcément au bon moment. Aller à leur rythme.

RESUME :

L'instinct maternel est un terme couramment utilisé dans la pratique professionnelle des sages-femmes par diverses personnes et dans différents contextes. Nous nous sommes posés les questions suivantes :

Les représentations portées par les professionnels sur l'instinct maternel ont-elles un impact sur leurs pratiques ? Si oui, le(s)quel(s) ? Quels enseignements peut-on en tirer pour une meilleure pratique ?

D'après la recherche bibliographique et les entretiens, les mots utilisés soulignent une pratique de la part des professionnels qui est issue de leur vécu personnel et qui ne tient pas forcément compte de l'histoire des femmes en face d'eux.

Une proposition serait de cibler l'accompagnement et le support en partant de la mère comme sujet de connaissance.

Mots clés

Instinct maternel, genre, pratique professionnelle, représentations, construction sociale.