



# ÊTRE SAGE FEMME EN HÔPITAL ACADÉMIQUE: RENCONTRE AVEC BRIGITTE DUMON

Valérie LOOTVOET	Directrice de l'Université des Femmes
Sophie PEREIRA	Chargée de projets à l'Université des Femmes

Si l'on s'attend surtout à rencontrer surtout des gynécologues et des obstétricien-ne-s dans les grands hôpitaux, il est possible également d'y faire suivre une grossesse et une naissance de manière quasi exclusive par une sage femme. La création de ce type de consultation à l'hôpital Saint-Luc, remonte aux années 1990.

Ces consultations ont été introduites à l'initiative de la professeure Corinne Hubinont, issue de l'ULB, où elle travaillait déjà avec des sages femmes en consultation. « C'est un moment où les obstétriciens avaient beaucoup de boulot et donc elle a essayé de convaincre ses collègues, qui n'étaient pas du tout dans cette culture, du bienfait d'avoir une sage femme à la consultation prénatale », explique Brigitte Dumon. Christine Bouton, la cinquantaine à l'époque, ancienne enseignante infirmière en maternité, inaugure alors ces consultations. Au départ, elle travaille uniquement avec Corinne Hubinont : elle voyait les patientes de manière un peu aléatoire, commençait la consultation seule et elles la terminaient à deux. Christine Bouton, très vite, se rend compte qu'il y avait beaucoup de vulnérabilité chez les futures mères, dans cet hôpital dont la patientèle est pourtant considérée comme nantie. Elle organise alors un réseau avec l'équipe de périnatalité du Professeur Luc Roegiers ainsi que deux psychologues. La confiance vient, et au vu du succès de ces consultations, des patientes peuvent désormais voir cette sage femme sans plus passer par le médecin. Vers 2005, les autorités engagent une seconde sage femme, et c'est Brigitte Dumon qui assure la relève de Christine Bouton lors du départ en retraite de cette dernière.

## LES SPÉCIFICITÉS DES CONSULTATIONS PRÉNATALES AVEC UNE SAGE FEMME

CF : D'après vous, qu'est-ce qui caractérise les consultations prénatales avec une sage

femme, par rapport aux consultations de suivi plus médicales ?

BD : Je pense que dans la tête des patientes, nous n'avons pas cette étiquette de 'médecin'. Et comme le rapport, encore actuellement, au médecin reste un rapport au savoir et au pouvoir... peut-être la culture médicale aussi fait que, quand les médecins reçoivent les patientes, l'accueil est différent. Par exemple, la première question que je pose toujours est : "Comment allez-vous ?", et comme premier contact cela offre une plus grande ouverture. La réponse peut être "Oh mon enfant, mon aîné m'a énervée", "J'ai perdu mon boulot", "Mon mari s'est cassé la jambe" ou "J'ai des contractions toutes les cinq minutes". Voilà, ça peut vraiment être beaucoup plus large, et donc les patientes se confient plus facilement à nous sur leur quotidien.

Le fait que chez nous, elles voient toujours la même personne contribue aussi à cette proximité, parce que nous travaillons très peu avec des stagiaires par exemple, donc on est toujours seules et fatalement, cela fait qu'il y a un lien qui s'établit plus aisément.

Et le temps de consultation est beaucoup plus long. Légalement, quand on reçoit une patiente pour la première fois et qu'on ouvre son dossier, on a une heure, donc ça nous permet franchement de ratisser large, surtout au niveau des antécédents, des histoires des accouchements précédents, des histoires des fausses couches précédentes, tous ces épisodes de vie qui autrement, je crois, sont fort banalisés et ne sont pas pris en compte.

Par la suite, quand on voit les patientes régulièrement, on a quand même encore trente minutes de consultation, ce qui reste davantage que pour une consultation médicale.

Voilà, donc ça, je pense que c'est la grosse particularité. Pour finir, nos consultations sont entièrement remboursées par la sécurité sociale, et donc pour les patientes qui ont des soucis financiers, c'est quand même un point important.

## L'ORGANISATION DES GRANDS HÔPITAUX

CF : Si vous deviez vous imaginer une façon de travailler différente, comment est-ce que vous intégreriez ces constats, ces pratiques, qu'est-ce qui manque pour que finalement les femmes qui viennent bénéficient de la meilleure consultation possible en fonction de ce que vous connaissez maintenant de leurs préoccupations, de leur situation, en associant les plans à la fois cliniques et humains ?

BD : Il faut savoir qu'actuellement les hôpitaux, c'est devenu du 'business'. Quand j'ai commencé à travailler en 1988, la directrice du nursing nous connaissait toutes par nos noms et nos prénoms. Maintenant, c'est devenu une boîte, c'est le souci de la rentabilité qui domine et il faut qu'on prouve qu'on est rentable. Les secrétaires qui font les admissions et qui décrochent le téléphone, ont maintenant des logiciels qui montrent combien de fois elles ont décroché le téléphone, comptabilisent le temps d'attente, enfin il y a des statistiques là-dessus, il y a une pression. Il

faut que ça tourne, il faut que ça rentre. Donc, il y a les conditions d'accueil, mais il y a peut-être avant tout l'évolution des conditions de travail en hôpital qui est à prendre en considération pour comprendre ce qu'il se passe.

Donc, je pense que dans les hôpitaux, il y a déjà beaucoup à faire en général. La première impression, la manière dont on reçoit les gens téléphoniquement, ou au guichet, est importante. Je pense qu'un accueil de qualité relève avant tout de l'humain, et du respect.

Déjà au niveau architectural, ce serait bien de faire des choses un peu plus confortablement, sans pour autant que ça coûte des mille et des cent... l'humain, ça ne coûte rien. Déjà, ce serait une amélioration bienvenue, et puis peut-être veiller à développer des synergies, parce qu'au niveau social, en tout cas chez nous, on est vraiment des parents pauvres. Nous sommes rattrapés par l'évolution récente à Bruxelles, par l'explosion démographique, de la diversité des origines des migrant-e-s etc. Peut-être plus tardivement que ne l'ont été d'autres hôpitaux, et donc on est encore assez dépourvus de ce point de vue.

Ce qui commence à nous manquer aussi, ce sont les interprètes. Les patientes qui vivent ici, et qui sont déjà de la troisième ou de la quatrième génération, arrivent souvent avec une mère, une sœur, un frère qui sont en mesure de traduire si nécessaire, donc ça facilite les échanges. Pour ce qui est des réfugié-e-s, ça devient parfois vraiment très compliqué puisqu'on se retrouve avec des langues très pointues que nous ne connaissons pas. On a eu des patientes Afghanes, des patientes d'Afrique subsaharienne qui ne parlaient pas du tout ni le français, ni l'anglais.

Alors, maintenant, on a mis en place un système, qui je pense est un système commun à tous les hôpitaux bruxellois, permettant d'avoir recours à un-e interprète par vidéo conférence. Mais c'est quand même assez particulier, ça prend un temps monstrueux pour se comprendre et aussi, il y a certainement des choses qui se perdent dans la traduction.

## LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES SAGES FEMMES EN HÔPITAL

*CF : Vous évoquiez les conditions de travail, qu'en est-il de celles des sages femmes aujourd'hui ? Quel est leur statut, est-ce qu'il y aurait des évolutions qui devraient avoir lieu sur ce plan-là ?*

BD : Après plus de trente ans, ou presque, de pratique, je peux dire que les choses ont bien évolué. Au départ, quand j'ai commencé à travailler en salle de naissance, on ne suivait pas le travail des femmes lors des accouchements. Cela a d'abord commencé parce que la nuit, comme les gynécologues étaient parfois débordés, on nous demandait de suivre les femmes en travail ... mais jamais pendant la journée ! Nous étions donc compétentes seulement la nuit, alors on nous faisait confiance, mais pas le jour... Alors évidemment, nous avons protesté.

Au fil du temps, nous avons tout de même gagné la reconnaissance des obstétricien-ne-s, pour le travail que nous effectuons en tous cas. On n'a pas encore une reconnaissance quant à notre organisation, ça pas, c'est toujours leur organisation qui prime, mais pour ce qui est du travail, je pense que c'est vraiment unanime. C'est acquis.

*CF : Quid d'une reconnaissance institutionnelle ? Ce serait mieux, ou pas ?*

BD : On a du mal, ça a toujours été le cas. Nous dépendons du département infirmier, et on a toujours eu du mal à faire reconnaître la spécificité de notre travail au sein de ce département. Le fait qu'on travaille avec des gens sains, pas avec des gens malades, c'est déjà une grosse différence, qu'on soit beaucoup dans la prévention, qu'on soit effectivement dans le physiologique et pas dans la pathologie, en tout cas la plupart du temps.

On a dû se battre très longtemps par exemple pour commencer à 7h30 le matin et pas à 7h. Pour faire comprendre qu'à 7h, on commence par prendre le café entre nous, parce qu'on ne va pas aller réveiller les mamans à 7h15, alors que c'est l'heure où physiologiquement tout le monde dort le mieux, les bébés et les mamans, sous prétexte que les infirmières commencent à 7h ! Et que donc, ce serait peut-être mieux si on commençait à 7h30. Voilà, c'est surtout des petites choses comme ça qui peuvent nous aider.

## NORMES SOCIALES ET MATERNITÉ – ÉVOLUTION DU PROFIL DES MÈRES

*CF : Si on parlait des normes sociales maintenant, parce qu'il y a quand même des choses qui changent au fil du temps... Quelles sont les normes sociales qui vous semblent agir sur les patientes dans votre pratique, quelles sont les évolutions de ce point de vue ?*

BD : Peut-être la première ce serait l'âge de la maternité, qui ne fait que reculer. De plus en plus de femmes, jusqu'à un certain âge, privilégient les études, leur boulot, ou le statut social. Elles sont souvent extrêmement ambivalentes, parce qu'ensuite quand elles décident d'être enceinte, elles veulent l'être directement et sont prêtes à aller très loin au niveau médical pour cela. Cela peut être en recourant à la fécondation *in vitro* parce qu'elles pensent que ça donnera des résultats plus rapides que d'essayer tous les mois, et ça peut aller jusqu'au don d'ovocytes chez les femmes qui sont déjà en pré ménopause. Donc voilà, ce sont souvent des femmes qui au départ bénéficient de l'hypermédicalisation et du savoir médical qui leur permettent de tomber enceinte.

D'autres, qui atteignent l'âge de 35 ans ou plus, se rendent compte qu'elles ont un peu fait le tour de leur boulot, et veulent mener ensuite leur maternité comme une sorte de 'carrière bis', où il faut être tout aussi être performante. Souvent, elles veulent travailler jusqu'à 38 semaines de grossesse, mener tout de front et allaiter puisque c'est bien, et souvent longtemps. Je dirais que ce sont les 'femmes d'affaires'.

Et puis, il y a un profil de femmes éduquées, animées par un désir de 'retour à la nature' - ce qui n'empêche pas qu'elles aient souvent déjà, par le passé, bénéficié elles aussi du savoir médical. Et donc, il y a chez elles une grande ambivalence, cette fois entre le choix de se diriger vers un hôpital universitaire pour pouvoir jouir d'un savoir médical de pointe, et d'un autre côté, le fait de vouloir pratiquement accoucher à la maison. Ce que je trouve aussi très frappant, c'est que nombre d'entre elles sont peu informées au sujet de ce qu'on peut leur offrir, de la diversité des manières d'accoucher possibles en hôpital. Voilà, elles sont assez mal renseignées sur ces possibilités.

*CF : La naissance à l'hôpital n'est plus synonyme d'accouchement sécurisé ? Ou les femmes ne le perçoivent plus comme un bénéfice ?*

Il me semble que cela a été oublié. Maintenant, ça n'empêche qu'on puisse discuter de la manière dont on accouche à l'hôpital, ça je suis entièrement d'accord, mais le problème est qu'on se compare toujours à des modèles avec lesquels on ne peut pas se comparer, parce que le système est différent. Ici, la prise en charge n'est pas du tout la même qu'aux Pays-Bas par exemple.

## NORMES SOCIALES ET MATERNITÉ – ÉVOLUTION DES PRATIQUES

*CF : Toujours par rapport à la question des normes sociales, qu'en est-il au niveau des pratiques professionnelles ? Saint-Luc est-il un hôpital 'ami des bébés' par exemple ?*

BD : Non. On n'est pas hôpital ami des bébés parce que peut-être on est 'ami des mamans' ! C'est ce que je dis toujours aux patientes.

À un moment donné effectivement ça l'a été, parce que c'est du *marketing*, être hôpital 'ami des bébés' c'est un label. Du côté des sages femmes, peu, très peu sont favorables à ce label, alors qu'on est toutes, je dirais, « pro allaitement », parce qu'on sait que le lait maternel est le meilleur aliment pour le bébé en bas âge, c'est celui qui lui convient vraiment à 100 %.

Mais il n'y a pas que ça, il n'y a pas que le côté qualitatif du lait, il y a la manière dont on le donne ! Nous avons toujours dit qu'il vaut mieux un biberon donné avec amour, qu'un sein donné contre son goût. Il faut savoir que l'apprentissage de l'allaitement demande évidemment beaucoup à la maman mais demande aussi un grand investissement du personnel soignant, au niveau postural notamment. Aider à une mise au sein, cela sollicite beaucoup le dos. Et donc nous, ce qui nous frustrait toujours énormément, c'était de devoir se 'battre' avec une maman parce qu'il fallait absolument qu'elle apprenne à allaiter, alors qu'on savait qu'en sortant de l'hôpital, elle irait tout droit chercher son lait en pharmacie. Et donc on s'est dit qu'il valait mieux profiter de ce temps, pour expliquer comment faire des biberons de manière optimale aux mères qui ne veulent pas allaiter. C'est une des raisons pour lesquelles nous ne sommes plus un hôpital 'ami des bébés'.

### L'ALLAITEMENT

Tout est une question de normes et de modes. Maintenant, on est largement revenu à l'allaitement maternel. Mais les femmes ne se doutent pas toujours des implications physiques en terme de douleurs, d'inconforts occasionnés, et c'est parfois là que ça achoppe assez rapidement. Et puis, il y a un temps d'apprentissage à considérer, et avant d'arriver à l'allaitement rêvé qu'on nous montre dans les films, il y a la galère des premiers jours que, je crois, les femmes traversent toutes. Par ailleurs, il existe aussi des femmes qui ne se voient vraiment pas allaiter, qui décrivent ça vraiment de manière très négative. On le

sent bien, il y a une véritable répulsion chez certaines, comme chez celles qui n'aiment pas du tout être enceinte. Et je pense qu'il faut respecter cela.

Mais une fois qu'on allaite, il est aussi de bon ton de dire que "ça s'est passé sans problèmes". Il y a une sorte de tabou autour de cette période-là, on a toujours l'impression que ça se passe mieux chez les copines, qu'on arrive chez elles et que la maison est en ordre, elles sont bichonnées, maquillées, le bébé dort calmement dans son couffin, la vaisselle est faite, le mari est charmant... mais si vous leur posez directement la question, ou si vous avez le courage de prendre votre téléphone en disant 'Écoute, moi j'en peux plus, j'ai envie de le jeter par la fenêtre', là vous verrez que les langues vont se délier !

### LA PÉRIDURALE

Il y a la maternité rêvée, et une forte injonction à être une 'bonne mère'. La pression sociale est aussi énorme quant à la péridurale. La péridurale a eu son heure de gloire, mais aujourd'hui, il est très valorisé d'accoucher sans, comme si ces femmes remportaient alors une sorte de médaille !

Il est compréhensible que des femmes qui n'ont pas encore accouché éprouvent des difficultés à se décider à ce propos. Avec mes collègues, nous insistons alors sur la préparation, sur le fait de trouver une alternative pour gérer la douleur, et faire en sorte que le temps passe pendant les contractions... Cela peut être de la kiné, du chant prénatal, de la méditation... On a des sages femmes qui proposent des préparations par hypnose aussi, l'important est d'avoir quelque chose à quoi pouvoir se raccrocher. Il ne suffit pas de penser que parce que les femmes accouchent depuis des millénaires, ça va se passer tout seul, il y a aussi des traumatismes ! Et puis il faut lâcher prise, il y a des choses que vous ne contrôlez pas, qui peuvent survenir lors de tout accouchement. Donc quand une femme arrive en travail, les sages femmes lui demandent si elle souhaite une péridurale ou pas, et puis, au fur et à mesure que le travail avance, à un moment donné on lui dira "Écoutez voilà, maintenant, si vous souhaitez la péridurale, c'est la *dead line*, parce qu'après ce ne sera plus possible". Alors, ça peut être trop tard parce que c'est la nuit et qu'il n'y a pas d'anesthésiste disponible, ou ça peut être trop tard parce qu'on sait bien qu'une fois qu'on dépasse 7 cm de dilatation du col de l'utérus, il n'y a plus aucun bénéfice à la poser... en tous cas, on prévient.

## LE SUIVI POSTNATAL

BD : Au niveau de nos ressources, cela fait maintenant de nombreuses années, que l'ONE est présent dans l'hôpital. Au départ, il s'agissait d'une demande de service de néonatalogie. Maintenant, elles sont deux au sein de l'hôpital, et elles tiennent à jour les listes des accouchements, les communes des patientes etc. Elles ont un statut un peu particulier parce qu'elles sont engagées par l'ONE et 'hébergées' par St Luc, mais ce sont vraiment des ressources précieuses, surtout quand on voit qu'on a des situations compliquées sur le plan social par exemple.

*CF : Qu'en est-il du programme de retour de maternité précoce ? Les femmes rentrent-elles le lendemain de l'accouchement ?*

BD : Aujourd'hui, l'hôpital est pénalisé financièrement si les femmes restent plus de 72h à l'hôpital. Initialement, la ministre Maggie De Block avait fait un appel à projets pour des hôpitaux pilotes qui voulaient bien rentrer dans un schéma d'essai, où les femmes retournent chez elles le deuxième jour après l'accouchement, et il y a eu toute une discussion au sujet de la durée d'hospitalisation. Il était d'abord prévu que l'hospitalisation commencerait quand la maman passait la porte de la surveillance intensive... et donc, si ça faisait déjà 15h qu'elle était en train d'accoucher, on perdait déjà 15h sur la durée d'hospitalisation. Alors, nous avons décidé, en accord avec les pédiatres, de commencer à compter à partir de l'heure de naissance de l'enfant, pour qu'au moins on ait un minimum de prise en charge postnatale à l'hôpital qui soit garantie. Une feuille de suivi est ensuite établie avec différents critères, et les gens partent sur accord du pédiatre, de l'obstétricien-ne et de l'équipe soignante. Par exemple, on demande aux femmes de nous donner le nom de la sage femme qui va venir chez elles à domicile, et le nom d'un pédiatre. Elles partent aussi avec des résumés pour la sage femme et le pédiatre, et nous demandons de recevoir un *feedback*.

Dans l'ensemble, toutes les femmes disent qu'elles préféreraient rester à l'hôpital, à part quelques-unes qui souhaitent rentrer à domicile rapidement. Mais d'une manière générale, le projet pilote reçoit tout de même un relativement bon accueil. Les associations de sages femmes sont vraiment assez disponibles pour le moment, c'est un nouveau créneau professionnel aussi. Sur Bruxelles, nous travaillons avec trois associations différentes et donc pour l'instant, nous n'avons

pas de problèmes pour ce qui est de trouver des sages femmes qui aillent à domicile. Les sages femmes indépendantes ont parfois plus de difficulté à assurer un suivi vraiment régulier ou à se faire remplacer si nécessaire, mais nous donnons aussi toujours aussi la liste aux femmes.

## LA DÉTECTION DES SITUATIONS DE VIOLENCE INTRAFAMILIALE

BD : J'ai suivi une formation sur les violences conjugales, et bien que je ne repère peut-être pas toutes les situations problématiques, je suis attentive aux petits signes révélateurs. Par exemple, le fait qu'une femme ne vienne jamais seule à la consultation peut faire partie de ces signes, même si on peut aussi l'interpréter comme une implication forte du père.

Quand j'ai des femmes qui me parlent ouvertement d'une situation de violence, j'essaie d'établir un protocole pour évaluer cette situation et surtout bien les orienter. Il m'est déjà arrivé par exemple, de donner le numéro de la personne de référence pour ce type de violence de la zone de police dans laquelle elles habitent, parce que parfois elles ont déjà été reçues, et mal reçues, au commissariat par

quelqu'un qui n'était pas formé. J'ai aussi les adresses de différentes associations, et le numéro vert\*, que je leur donne. D'autre part, on leur dit toujours que si il y a le moindre souci, elles peuvent se présenter aux urgences sous un prétexte quelconque, et on essaie de noter quelque part que si la dame vient pour un prétexte banal, il faut un petit peu creuser, et insister pour voir la femme seule. Donc, on a des ressources ; c'est comme pour les femmes excisées, on en a quand même pas mal. Là aussi je leur donne aussi des numéros et des adresses, des endroits spécialisés dans ce type de prise en charge, où elles peuvent aller se faire aider.

## ET LA PLACE DES PÈRES ?

BD : La précarité des femmes me pose beaucoup de questions, je vois beaucoup de femmes avec des histoires difficiles. Je parle de précarité financière, mais aussi affective, émotionnelle.

C'est compliqué parce qu'il y a des situations très diverses. Il y a celles pour qui la maternité, c'est avant tout une affaire de femmes, et puis il y a les maris très occupés qui n'ont pas l'envie ou qui ne voient pas l'utilité d'être

présents dès le début auprès de leur enfant... Et puis il y a ceux qui sont vraiment exclus par des femmes qui parfois ne leur laissent aucune place, qui n'ont pas l'occasion de s'investir dans les soins du bébé au quotidien. En termes de préparation à l'accouchement, je conseille souvent l'haptonomie, parce que jusqu'à présent c'est l'unique préparation qui implique les pères.

*CF : C'est très ambigu comme histoire parce que ça passe par le corps des femmes et on a envie de dire 'le pouvoir doit être aux femmes', et en même temps, on plaide pour une approche de la parentalité plus égalitaire...*

BD : Mon critère, c'est de faire la différence par rapport au corps. Quand c'est le corps de la femme qui est concerné, la décision lui revient. Quand c'est une histoire de gestion de la douleur par exemple, pour moi ce n'est pas une question de parentalité, là c'est une question d'autonomie décisionnelle des femmes quant à leur corps. Voilà. Mais oui, c'est vrai que c'est compliqué. ■

\* Le numéro vert «Ecoute Violences Conjugales» 0800/30 030



De gauche à droite : Katinka in t'Zandt, Yannick Manigart, Valérie Lootvoet, directrice de l'Université des Femmes, Julie Belhomme, Marie-Hélène Lahaye, Brigitte Dumon.  
Colloque international 16 mars 2017 :  
Gynécologie et Féminisme, causes communes ?