

EHESP

Master of Public Health

Master international de Santé Publique

Factors and Mechanisms that influence the use of prenatal care among women of various social-economic statuses in Paris

Madeleine COLLOMBIER

MPH year 2, June 2013

Practicum taking place at Department of Epidemiology and Biostatistics of EHESP

Professional and academic advisor: Ms. Clélia GASQUET BLANCHARD

ACKNOWLEDGEMENTS

First of all, I would like to thank all the mothers who participated in this study, and who told me their story of pregnancy,

I am really grateful to Clélia who taught me throughout the internship, and who encouraged me constantly,

I wish to thank nurses and midwives managers, pediatricians and gynecologists, nurses and assistants working in the Maternity and Neonatal units who welcomed us and gave their time to help us,

I thank the healthcare and social professionals involved in the project Belleville Amandiers, for valuable information they provided me on prenatal care,

I would especially like to thank Agnès who supported the study and connected us with the healthcare and social professionals of our study area,

Finally my thanks go to Martine Bellanger, Coordinator of this master of public health

Abstract:

Background: Mortality and morbidity indicators around neonatal period, show that health status of newborns is not spared by health inequalities. Studies carried out within the research program DISPARITES indicate those inequalities are more significant in socio-economically disadvantaged areas. In Paris, this concerns the arrondissements located in the North East, where we conducted our study.

Objectives: We wanted to understand factors related to life conditions as well as mechanisms, which affect pregnant woman and disrupt the course of pregnancy and her use of prenatal care.

Method: We used an ethnographic approach and we surveyed women who gave birth to premature or infant with low birth weight. We met the participants during the first month following delivery, mainly at maternity wards or at neonatology units where was hospitalized their baby.

Results: Stories of course of pregnancy made clear the main events and factors which most affect the women, and allow us to also understand the logic and behaviors of various women profiles. As regards women with low socio-economic status, we noticed that events or factors weaken them more because they add to existing vulnerabilities. This occurs especially with housing, stress and social isolation. We also found that women from middle classes with professional activity didn't get enough rest to avoid adverse pregnancy outcome.

Conclusion: Actions to enhance prenatal care should particularly focus on the exchange time with health professionals, during which pregnant women could share all their problems and concerns.

Key words: prenatal care, pregnancy, socio-economic factors, premature, low birth weight.

Résumé :

Contexte: Les indicateurs de mortalité et morbidité de la période néonatale montrent que la santé du nouveau-né n'est pas épargnée par les inégalités sociales de santé. Des études menées notamment par le programme de recherche DISPARITES montrent que les inégalités sont plus marquées dans les territoires socialement et économiquement défavorisés. A Paris, cela concerne les arrondissements du Nord-Est, ce qui a déterminé le territoire pour mener notre enquête.

Objectifs : Nous avons voulu comprendre les facteurs liés aux conditions de vie et les mécanismes, qui interviennent chez la femme enceinte et qui perturbent le déroulement de sa grossesse et son parcours de santé.

Méthode : Par une approche ethnographique, nous avons réalisé une enquête auprès de femmes ayant accouché d'enfants prématurés ou de petit poids. Nous avons rencontré ces femmes dans le premier mois de naissance des enfants, essentiellement durant leur séjour en maternité ou de celui du bébé en service de néonatalogie.

Résultats : Les récits des évolutions de grossesse de ces femmes ont mis à jour les principaux événements et facteurs qui les ont affectées. Nous avons pu aussi comprendre les logiques de différents profils de femmes. Il est apparu que les femmes de statut socio-économique défavorisé, étaient fragilisées d'avantage par les événements ou facteurs parce qu'ils se cumulent à des vulnérabilités déjà existantes. C'est notamment le cas du logement, du stress et de l'isolement social. Nous avons également constaté que les femmes de classes moyennes avec une activité professionnelle ne se reposent pas suffisamment pour éviter les issues de grossesse défavorables.

Conclusion : Les actions visant à améliorer les soins prénatals devraient notamment se concentrer sur les temps d'échange avec les professionnels de santé, durant lesquels les femmes enceintes pourraient faire part de toutes leurs difficultés.

Mots clés : parcours de santé, grossesse, facteurs socio-économiques, prématurité, petit poids de naissance.

TABLE OF CONTENTS

List of acronyms	page 4
Introduction	page 6
Objective of the project	page 6
Context	page 8
Materials and methods	page 12
Study design	page 12
Data collection	page 13
Data analysis	page 15
Results	page 16
Overview	page 16
Risks Factors	page 19
Women profiles	page 22
Discussion	page 31
Proposals	page 33
Conclusion	page 33
References	page 35
List of annexes	page 37

LIST OF ACRONYMS

AME	Free State Medical Assistance	Aide Médicale Etat
ARS	Regional Health Agency	Agence Régionale de Santé
CMU	Basic Universal Healthcare Coverage	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Supplementary Universal Healthcare Coverage	Couverture maladie Universelle avec Complémentaire
DISPARITE	Research Program on Risks and Socio-Territorial Inequalities of the EHESP	Développement de l'Information Statistique Pour l'Analyse des Risques et des Inégalités Sociales sur le Territoire
EHESP	School of Advanced Public Health Studies	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPP	Early Prenatal Interview	Entretien Prénatal Précoce
HAS	French National Authority for Health	Haute Autorité de Santé
ITSIG	Therapeutic Itineraries for Pregnancy Monitoring and Outcome	Itinéraires Thérapeutiques liés au Suivi et à l'Issue de Grossesse
PMI	Mother and Child Protective Services	Protection Maternelle et Infantile
PRS:	Regional Health Project	Projet Régional de Santé
IUGR	Intra uterine Growth Restriction	Retard de Croissance Intra Utérin
RSP	Perinatal Health Network	Réseau de Santé Périnatale
TIU	In Utero Transfer	Transfert In Utero

INTRODUCTION

La France has some of the worst health inequalities in Western Europe. For this reason, current health policies are characterized by a fight against inequality, especially because such inequalities are steadily rising; they begin at birth and even before. For example, 23.8 % of women who did not complete the seven required prenatal visits have little formal schooling, while those who finished high school represent only 4.4%. [1].

Over the last 20 years, different policies have led to notable progress in perinatal health in France (prenatal care, preventative measures, delivery conditions). However, social and spatial disparities persist in access to health care for newborns. It is apparent that women from disadvantaged socioeconomic conditions are more likely to have a complication during their pregnancy that puts their child at risk (prematurity¹ or low birth weight²) [2]. Indicators of neonatal mortality and morbidity³ also reveal regional disparities: for example, inequalities are more pronounced in the Ile de France region, where rates of infant and neonatal mortality are 4 and 2.7 per thousand respectively, while the national rates are 3.3 and 2.3 per thousand. [3].

As part of my internship as a second year Masters of Public Health student, I assembled a team of researchers from the School of Advanced Public Health Studies (EHESP) to work on a research program called DISPARITES which brought together qualitative, quantitative, geographic and individual approaches, and was led by researchers from many different disciplines.⁴ By taking an integrated approach in the study area, this program aimed to take into account the multiple social and environmental determinants of health inequality. One of the sub-projects of DISPARITES focused on a qualitative approach to Therapeutic Interventions for Pregnancy Care and Outcomes (ITSIG). It was within the context of this sub-project that I completed my internship and conducted the survey described in this thesis.

OBJECTIVES OF THE PROJECT:

By studying socio-geographic health inequalities in conjunction with the health of pregnant women in Lille and Paris, ITSIG examines **the effects of vulnerabilities and their role in the creation of socio-geographic inequalities in the health of pregnant women and newborns.**

¹ The WHO defines prematurity as birth before 37 completed weeks of gestation.

² The birth weight of the infant is regarded as an illness when it is under a certain limit for his gestational age as compared to reference curves.

³ Neonatal mortality is defined as deaths occurring within the first 28 days of life among all live births.

⁴ Environmental science, epidemiology, biostatistics, sociology, anthropology, geography

More specifically, we hypothesize that within the study area, the cumulative effects of unfavorable quality of life conditions (environmental, socioeconomic, and health related) and individual factors (knowledge and life style), coupled with inadequate access to health care in the context of pregnancy, combine to contribute to the risk of prematurity and low birth weight.

From this main hypothesis, we developed a number of secondary questions:

- Which factors (biological, psychological, socioeconomic, cultural, and living environment) interact to produce an increased vulnerability for pregnant women?
- More specifically, how will the different socio-geographic factors (access to and availability of care, access to and availability of social services, social and spatial capital) interact over the course of the pregnancy to contribute to a premature or low weight birth?

To answer these questions, we conducted a survey of women who had given birth to premature or low weight newborns through semi-structured interviews in order to study the trajectory of their access to care during pregnancy.

We wanted to shed light on the type of trajectory that could have contributed, in terms of living environment factors, to a premature or low birth weight birth. Our goal was to understand the representations and practices that influence the trajectory of access to prenatal care during pregnancy. The study therefore aimed to identify the knowledge (of their own state, their rights, possible access points to care), the resources (networks of family, friends, professional relations, institutions, health systems, and mobility) and behaviors (notably in terms of hygiene: activities, food, etc.) of women coming from different backgrounds. We were able to conduct 33 interviews, which allowed us to identify these women's differing attitudes and to create several profiles. But before going any further, it is important to understand the context of these women's lives, a context that seems to serve as the starting ground for many health inequalities.

Firstly, it is instructive to address the different elements of the context surrounding health inequality of pregnant women and newborns, from access to prenatal care services for follow up and delivery to risk factors, which can contribute to prematurity or low birth weight. Secondly, it is important to specify the methodology we used to conduct the study. Thirdly, we will present our results, and then finally we will discuss the results and the limits, perspectives, and opportunities for improvement that may stem from our study.

CONTEXT

Perinatal health care lies at the crossroads of social and economic issues. Its treatment speaks to fundamental evolutions in society, including those of family organization around newborns and responsibility for children.

Concerning perinatal health, France is second in the European Union in terms of fertility, with 1.99 children born to every woman in 2009. But, despite the reduction in perinatal mortality in the last 30 years, perinatal indicators in France are only average compared with other developed countries, especially because the reduction in neonatal death in France is less marked than in other European countries.⁵ [4].

However, strong disparities exist at the regional level. In the Ile de France region, infant mortality indicators are less favorable than in the rest of metropolitan France, notably because of the rise in unstable employment in this region, which results in important disparities in health care access: insufficient prenatal care⁶ and rarely implemented measures of identifying vulnerable women and couples. [3]

This situation of neonatal mortality is due primarily to the augmentation of mortality in the first week of life, linked to the morbidity of this period. After several perinatal plans⁷, France has improved its morbidity indicators, with 6.3% of live births being premature, a rate which has remained constant and even risen, and a proportion of low birth weight⁸ newborns of 7.3%, among the highest in Europe [5].

Table 1: 5th Percentile Birth Weight for infants born at full term

Gestational age at birth	Girl	Boy
37	2200 g	2315 g
38	2400 g	2530 g
39	2595 g	2720 g
40	2740 g	2870 g
41	2835 g	2960 g

⁵ Neonatal mortality is 2.7 per 1,000 live births in France, while the rate varies from 1.6 to 5.7 across Europe.

⁶ 21.5% of women in vulnerable situations had fewer than 7 consultations during their pregnancies, as compared to 7.9% for the other categories of women.

⁷ The most recent Perinatal Health plan took place from 2005 to 2007.

⁸ Low birth weight, also called hypotrophy, is considered an illness when birth weight is under the 10th percentile. Table 1 shows examples of birth weight below 5th percentile. Low birth weight results from a dynamic abnormality in the growth of the fetus. When this is diagnosed during pregnancy, it is called intrauterine growth restriction.

Prematurity can be responsible for neuromotor disabilities (life-long disabilities, visual, auditory, or learning difficulties) or even result in death. There are two types of prematurity:

- Spontaneous prematurity (around 60 % of births) results from premature labor, preceded or not by a premature rupture of the amniotic sac; in this case, the woman is at risk of premature delivery. The causes of this delivery before full term are not always known and are often attributed to an infectious environment. **[6 & 7]**.
- Induced premature delivery (around 40 % of cases) is undertaken as a medical decision resulting from a severe illness or negative prognosis for the mother or fetus (gravidic arterial hypertension, pre-eclampsia, placenta prævia, intrauterine growth restriction (IUGR), etc.). In this case, cesareans sections are often performed. For the infant, the consequences of premature birth are more severe the earlier the delivery takes place, (table 2).

Table 2: Degrees of severity of prematurity as a function of gestational stage

Extremely Premature	Very Premature	Premature	Moderately Premature
Birth before 26 weeks (during the 5 th month)	Between 26 and 28 weeks (during the 6 th month)	Before 32 weeks (during the 7 th month)	After 32 weeks (during the 8 th month)

Table 3 shows the multiple risk factors for prematurity. These factors can interact or accumulate.

Table 3: Risk factors for premature birth⁹

Factors related to the woman	Related to previous obstetrics	Related to socioeconomic disadvantage	Related to the pregnancy
Age (less than 18 years or more than 35 years); smoking ; shortened cervix ; uterine malformation	Premature delivery, miscarriage, previous abortions	Limited income, single/isolated mother, limited or no prenatal care	Multiple pregnancy; hydramnios

Low birth weight is considered an illness in the sense that it is an accruing risk factor for a multitude of problems related to adjustment and feeding disorders, especially at birth but also in the child’s growth and development of psychomotor skills; low birth weight can be a long-term risk factor (for example, coronary diseases or metabolic syndromes). The most highly recommended method to detect and diagnose hypotrophy is the estimation of fetal weight, which uses a number of biometric parameters. In normal pregnancies, the ultrasound at 32 weeks allows detection of intrauterine growth restriction (IUGR); while for

⁹ Prenatal care and orientation of pregnant women as a function of identified risks, HAS, May 2007.

women who are identified early on as having a high-risk pregnancy¹⁰, the IUGR test is performed at 24-26 weeks in order to detect the earliest, most severe forms of hypotrophy that present a risk of death in utero. A number of different physiopathological processes are responsible for this phenomenon: reduction in mother-fetal exchange due to a deficit of uterine placenta, fetal abnormalities or chronic maternal conditions (diabetes, hypertension, HIV...).

Even if many of the risk factors have already been identified, some of the causes of hypotrophy or of prematurity remain unexplained [7]. The determining factors of neonatal health and especially of premature delivery and low birth weight birth are varied and their interactions are complex. They reveal individual, biological (age, genes), and behavioral factors (as well as those related to lifestyle, such as smoking, eating habits, etc.), but also social, political and economic factors (environmental conditions, access to care, family support, religion, individual social resources, collective representation of health care, individual psychosocial context, etc.)

To provide for safe births, public health regulations have put into place three levels of maternity wards (I, II, and III) to respond to the needs of the newborns and reflect their level of risk¹¹.

- Maternity wards in Level I provide 24 hour care for deliveries in different means (caesarian, epidural...)
- Maternity wards Levels II and III can hospitalize the newborn in a neonatal unit. Level III units, the most advanced level, include a resuscitation unit, where extremely and very premature babies (born before 32 weeks) are cared for.

The French National Authority for Health (HAS, in French) recommends that pregnancies be monitored in accordance with the risk factors identified chronologically throughout the course of the pregnancy and invites professionals to take a holistic and responsive view. [8] Although continuous, the general trajectory of prenatal care is composed of two periods:

- Prenatal follow-up (consultations, ultrasounds, and preparation for delivery);
- Delivery (the mode of delivery and, if necessary, any hospitalization that precedes it).

¹⁰ There is a long etiology list for detection of high-risk pregnancies according to the HAS's record of professional practices from 2009. The following criteria are given as examples: mother is more than 38 years old, women with hypertension, gestational diabetes, or previous anomalies in children born to the same mother.

¹¹ Perinatal Decree, October 1998; Public Health Code, D712-98.

Ideally, the woman is cared for during this time by the same professionals. At a minimum, her trajectory of prenatal care is comprised of the following stages:

- A declaration of pregnancy during the 1st trimester by a general practitioner, a gynecologist, an obstetrician-gynecologist, or a mid-wife, whether or not this professional continues to follow the pregnancy. This allows the woman to have her pregnancy-related medical expenses 100% covered.
- The first consultation of prenatal care during which the HAS recommends an early prenatal interview (EPP in French), designed to guide the patient in the most optimal way towards the delivery location the best adapted to her type of pregnancy (complicated pregnancy, identified risk factors, etc.);
- Registration at a maternity ward¹² at the end of the first trimester;
- 7 monthly prenatal consultations with a mid-wife or obstetrician-gynecologist;
- 3 ultrasounds scheduled at 12 weeks (to test for fetal viability), 22 weeks (to test for morphological abnormalities) and 32 weeks (to test for abnormalities in fetal development);
- 7 childbirth preparation classes (which aim to provide for a good pregnancy, to prepare for delivery, for nursing, and for parenthood);
- Delivery in a maternity ward chosen at the time of registration.

Health professionals and social workers who care for the woman throughout the entire pregnancy and for her newborn, are mid-wives, gynecologists, obstetricians, pediatricians, pediatric nurses, psychologists and social worker, etc. They either worked in private practices or within public hospitals (maternity wards), or Mother and Child Protective Services¹³ (PMI, in France) or the Perinatal Network (RSP in French) of Northeastern Paris¹⁴. When a high-risk pregnancy is identified early, the woman is sent to a maternity ward whose level is adapted to the needs of the newborn. This is known as an inutero

¹² This thesis will not address women who chose to deliver at home or at birthing homes.

¹³ PMI services plays an essential role in the fight against social inequalities in perinatal and children health, as a result of their expertise in health care promotion, identification of illnesses and handicaps, and preventative services, and their partnerships with a wide range of healthcare professionals and medical social workers. The PMI is for the entire nation's population, but they are particularly invested in assisting and supporting people with different vulnerabilities. They offer numerous services, including those related to prenatal care, preventative care for infants, orientation towards suitable care, education and social welfare (social rights, housing, guidance and orientation), and perinatal networks.

¹⁴ RSP aims to reinforce the coordination of perinatal actors and improve the guidance of pregnant women as a function of their risk level. This is achieved mainly through improvement of In Utero Transfers. There are 4 in Paris.

transfer (TIU in French). This transfer can be scheduled and enacted in advance or in an emergency if the woman arrives in risk of premature delivery. On the other hand, if delivery is imminent and is likely to take place in the ambulance, or if requisite care for the infant necessitates immediate delivery, the child can be transferred after birth under adequate conditions¹⁵ (known as *outborn*¹⁶ in maternity ward of transfer). The mother can then be reunited with her child, if available beds in the facility allow.

The ITSIG research project aimed to investigate the trajectories of prenatal care through interviews of pregnant women undertaken in Paris and Lille in socioeconomically disadvantaged neighborhood from samples of 80 to 100 women who fell into several categories:

- Immigrant women,
- Women from socioeconomically disadvantaged backgrounds;
- Women from middle class backgrounds

For the Lille metropolitan area, the ground research started late due to the response time of our partners and our more sporadic presence in the study area, which lead to later initial contact; for this reason, I will only present results from the survey conducted in Paris.

In Paris, the study zone of the Regional Health Project (PRS in French) identified the arrondissements in the northeast of Paris (10th, 11th, 18th, 19th and 20th) as priority areas to reduce inequalities in perinatal and early childhood care. In this context, an experimental project was developed in the Belleville-Amandiers neighborhood in the 20th arrondissement, which aimed to connect actors to advance perinatal health and to coordinate preventative measures in this socioeconomically disadvantaged neighborhood. The existence of this project from Regional Health Agency (ARS in French) led us to define our study area in accordance with public agencies, in order to contribute to greater overall clarification.

MATERIALS AND METHODS

STUDY DESIGN:

We lead an ethnographic study from February-April 2013 through semi-structured interviews in order to identify factors that influenced the health of pregnant women who had given birth to premature or low birth weight infants, and their trajectories of access to prenatal care.

¹⁵ The newborn is transferred in an ambulance equipped with a resuscitation machine and equipment tailored to his need (incubator, ventilator...).

¹⁶ *Outborns* are infants who are transferred secondarily to a neonatal unit, as opposed to *inborns* who are born in the maternity ward associated with the neonatal unit.

Meeting with the leader of the Regional Health Agency project in Belleville-Amandiers allowed us to focus our study area on the health structures which provided care for pregnant women and newborns. We therefore made contact with 3 public institutions:

- consultations services of PMI in the 19th and 20th arrondissement
- public maternity ward level II in the 20th arrondissement,
- public maternity ward level III in the 19th arrondissement.

Within above structures, we interviewed¹⁷ women living in Paris¹⁸, and representing the following profiles when they arrive to maternity ward:

- without any medical record,
- with Universal Healthcare Coverage or Supplementary Universal Healthcare Coverage (CMU, CMU-C in French) or recipient of Free State Medical Assistance (AME in French);
- with health insurance but without additional private insurance;
- with health insurance and with additional private insurance and both partners employed.

The newborns' health conditions, being prematurity and low birth weight, were chosen according to their prevalence in morbidity of the prenatal period. We excluded twins and triplets.¹⁹

DATA COLLECTION:

The interviews took place during the first months of the infant's life so that the woman's memories of her pregnancy would be as recent as possible.

Before meeting the women, we wanted to discuss with the professionals who work within these structures in order to more clearly define the types of women for whom they care, including those who had given birth to a premature or low weight newborn.

We therefore made contact with the directors, doctors, and managers responsible for post-partum care of the 2 maternity wards, and then with those who perform related neonatal services, as well as with the directors and doctors responsible for the consultations services of PMI. These meetings were designed principally to obtain authorization to perform the study, but also allowed us to better define our methods for meeting the women.

¹⁷ I worked with a colleague to complete this survey: my colleague conducted 14 interviews and I conducted 33. Because of the time limit in my internship, this analysis will focus only on the 33 that I conducted.

¹⁸ The place of residence we took into account was Paris, apart from 4 women who lived in the very proximate suburbs and had a similar lifestyle to those women who lived in Paris.

¹⁹ Twins are a cause of prematurity or low birth weight.

We obtained the cooperation of doctors and pediatric nurses from the PMI, managers and mid-wives from the maternity wards, and managers and pediatric nurses from the neonatal units, to whom we were able to give the protocol of our study (annex I) so that they could recruit women according to the criteria described above.

We met the women who participated in the study during their stay at one of these institutions. In the Level III maternity ward in the 19th arrondissement, we called one of the mid-wives from the postpartum rooms every morning, to enquire if any women had been hospitalized within the last 24 hours who met our criteria.

We proceeded in the same manner to meet women in postpartum rooms in the Level II maternity ward in the 20th arrondissement. Through these two institutions, we were able to meet women of premature or low birth weight *in borns* 2 to 3 days after birth.

In the neonatal unit associated with these 2 maternity wards, we met the mothers of *out-born* premature newborns or those who were transferred later to the unit in order to be closer to home. In the neonatal unit of the Level II maternity ward, we contacted the pediatric nurses 2 times per week in order to learn about children who corresponded to our criteria. Within the neonatal unit of the Level III maternity ward, we participated in the weekly meeting that was attended by the managers, social workers, and the psychologists of the institutes as well as by the PMI pediatric nurses. During these meetings, all the children hospitalized in the neonatal unit are reviewed in order to organize their care upon being discharged from the institute by the PMI pediatric nurses who is able to follow them home. During these meetings, we were able to assemble all the information necessary to shed light on the experiences of the mothers of these premature babies.

Once we were made aware of the women who met our inclusion criteria, we made contact with them and, if possible, scheduled a meeting. Most of the interviews with these women were conducted in their rooms during their stay in the maternity wards or in the baby's room during his/her hospitalization in the neonatal unit. With the exception of the parents of premature infants hospitalized in the Level III wards, we took care to contact them after the critical period for their child had passed.

Concerning the women that were using PMI's consultations services for their newborn's follow-up care, the childcare workers in these facilities would indicate to us which women corresponded to our criteria and were suitable for an interview. One interview took place at the PMI facilities and two in the homes of women who accepted to receive us there.

In total we conducted 33 interviews in these different places, summarized in Table 4.

Table 4: Place of recruitment of the women

PMI	Maternity Ward Level 2	Maternity Ward Level 3	Neonatal Unit Level 2	Neonatal Unit Level 3	Total
3	3	12	2	10	33

Initially, we had planned on conducting the majority of our interviews at the PMI, far from delivery, but the reality on the ground allowed us to execute most of them in the maternity wards (21/33), primarily because we were allowed to enter the maternity wards by the professionals working there and also because the women there were more or less “captive”. This period of hospitalization in the maternity ward or in the neonatal unit proved to be the best moment for the women to be available and to agree to tell us about their pregnancies.

The interview was conducted according to the interview guidelines (annex II) which covered different general themes: health of the mother and infant; work and home conditions; general well-being; prenatal care; preparation for delivery; and conditions of the delivery. The interview aimed to identify their knowledge (of their own state of health, their rights, the available access to care; their resources (family, friend, professional, institutional, health networks); and their mobility (residential, daily, related to prenatal care, etc.); as well as their behaviors (in terms of overall health: activities, food, etc.), and of well-being: visits from friends, leisure activities, going out, etc.).

These were semi-structured interviews, lasting between 30 and 45 minutes, partially informed by some information from the patient’s files to which we had been given access by the professionals.

DATA ANALYSIS:

Because each pregnancy story is different, we analyzed the data collected from the 33 interviews one at a time, each one listened to and then transcribed in its entirety (annex III). I established several guidelines in order to research all the elements of the courses of pregnancy. In addition, each interview was analyzed for the mechanisms that may have led to a problem for the baby, the access to care and the modes of individual organization, as well as the identification of risk factors in the broader context of the women’s lives.

I was able to describe the care given to these women during their pregnancy by identifying the professionals and maternity wards chosen by the women, the TIU, and any breaks in

care. I was also able to identify any important events that arose during pregnancy, as well as the logic behind what motivated them and affected their attitude towards their pregnancy

RESULTS

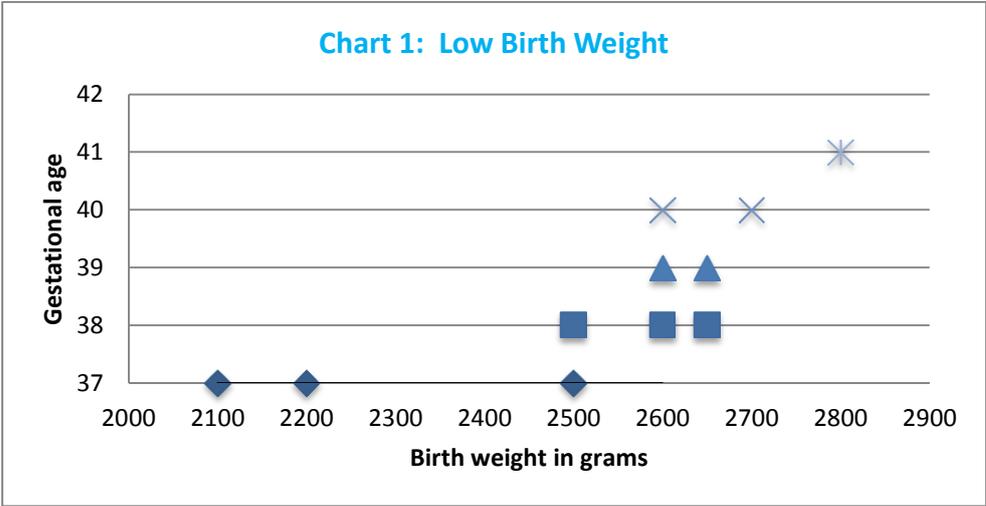
OVERVIEW:

a) Characteristics of the women:

- On average the women we interviewed were 29 years old. Their ages ranged from 20 to 40 years. Two-thirds were between 26 and 35 years old, the final third were 6 women from 20 to 25 years and 5 between 36 and 40 years old.
- Two-thirds of the women studied were primiparae. Of the 22 women who had a premature birth, 16 women were primiparae as were 8 of the 11 women who had had a low birth weight infant.
- 21 of the 33 women worked during their pregnancy.
- More than half are foreigners (19/33): 14 women were migrants, and 15 were immigrants²⁰. Their countries of origin were Algeria (1), Burundi (1), Burkina Faso (1), China (2), the Comoros Islands (1), Congo (1), Côte d'Ivoire (1), Haiti (1), Italy (1), Latvia (1), Mali (3), Pakistan (1), Senegal (2), Togo (1), and Tunisia (1).

b) Pregnancies' outcomes :

- 22 women gave birth to an infant before 37 weeks and with a weight below 2500g. Causes of premature birth was mostly unknown (17), or delivery was induced for gravidic arterial hypertension (3) or pre-eclampsia (2).
- 11 women gave birth to an infant weighing less than the 5th percentile after 37 weeks. Among these babies, 2 were born after induced labor due to gravidic arterial hypertension. (Chart 1).



²⁰ Women with temporary residency cards are counted as immigrants.

c) Characteristics of the trajectories during pregnancy and their significance:

In general **the plan for prenatal care** was chosen by the woman during the 1st trimester (27/33), but the initial plan was rarely performed until delivery (18/27).

When the plan was not chosen by the woman, it was because the pregnancy was considered high risk by professionals early on (2/6), or because the women were not able to register at the maternity ward that they preferred because of lack of places (2/6) or because of late registration (2/3).

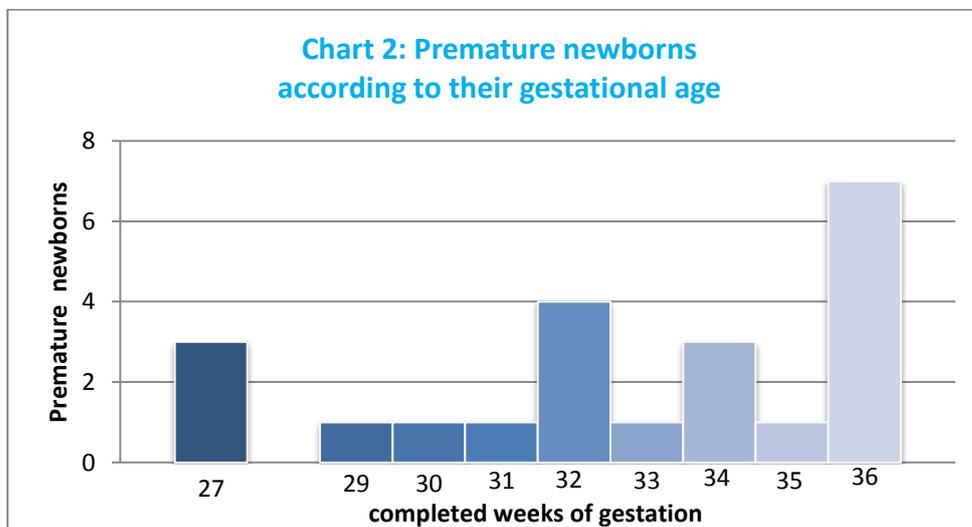
- **More than half of the women (18/27) did not deliver in the maternity ward where they were registered**, because they were redirected to a level III maternity unit at the last minute, due to a premature labor between 27 and 34 weeks (15/18).
 - 2 arrived in the maternity ward of their initial choice with premature delivery and the baby was transferred afterwards; 1 was delivered in the ambulance.
 - One third (9/27) delivered in the maternity ward chosen at the beginning of their pregnancy, either because the level corresponded to the state of health of the baby or because they were already registered in a Level III maternity ward.

d) The reason for the choice of the maternity ward (27/33):

The places of care were often far from the woman's home: when they chose, the women did not necessarily choose the maternity wards closest to their homes (15/27).

- **Movement outside of their arrondissement of residence was observed in women independent of social class.** Women with limited incomes (3/11) chose to receive care in a maternity ward far from their home which necessitated taking public transport or a car. For 1 woman, this resulted in an even longer distance from her home when she was transferred to the closest Level III ward after having been hospitalized for risk of premature delivery. For 2, their choice was motivated by advice given by someone close to them; for a third woman, she wanted to avoid the closer maternity ward where she had given birth before.
- **For middle class women, the choice of the maternity ward was largely guided by an attitude of medical care (7) or conversely by a desire to avoid medicalization of their pregnancy.**

- e) The healthcare system is accessible and proves to be efficient in emergencies...
- **Access to care is possible for all women**, whatever their medical insurance coverage (and even without), since a medical consultation confirming her pregnancy is sufficient to register her within the system for prenatal care.
 - Healthcare structure allows the trajectory of prenatal care to be revised **in an emergency**: women who experience risk of premature delivery were usually transferred to a maternity ward with an appropriate level.
 - Most of the time, **premature or very premature infants are born in a maternity ward with an appropriate level (13/22)**. Among the 22 premature newborns, 3 were very premature, 7 were premature, 5 were moderately premature, and 7 were mildly premature. (Chart 2)



- **The premature or very premature babies were transferred in utero to a level III maternity ward (8/10)**. 2 were born in a level II maternity ward and transferred secondarily to a level III facility.
- **A pre-existing health problem placed the women in a specified treatment plan which proved to be beneficial (3/33)**. Pregnancies identified as high risk at the beginning of treatment because of a pre-existing health condition allowed for specified care with frequent check-ins, notable because the ensuing process mobilized specialists in obstetrics (obstetricians and ultrasound technologists) which seems to limit health problems for the newborns.

f) ...despite some problems:

- **A health problem unrelated to pregnancy (2/33) fragments prenatal care and causes prematurity**. When a health problem unrelated to her pregnancy or gynecology arises, we observe a rupture in the responsibility for her care which is

damaging to her pregnancy. 2 women who underwent surgical procedures (appendectomy and treatment for an intestinal occlusion) during their pregnancy and gave birth prematurely in the weeks following the operation (27 and 34). We can see that in these two cases, the professionals for the surgical problem seemed to have underestimate the specific vulnerabilities of a pregnant patient.

- **The primiparae women made little use of prenatal preparation classes.** Out of the 20 primiparae women, only 3 said that would have liked to attend if they had not given birth so early, and 3 actually attended.

After having described the general characteristics, we will turn to the individual or environmental factors the most negatively influenced pregnancy.

RISK FACTORS:

1. **Physical or psychological difficulties related to work:** the women who were actively part of the workforce during their pregnancy (21/33) had different types of jobs that were at times physically demanding (servers, salesclerks, elementary, high school or college teachers, flight attendants, dancers, dental assistants), or psychologically demanding (executive assistant in a financial institution, sales analysts, employees at employment centers, etc.). Most of the women were working until they were at risk for premature delivery, before reaching the date of their maternity leave, or they suffered from premature labor shortly after being placed on early maternity leave by their doctor or midwife.
2. **Travel Time and Frequency:** usually to commute to work on a daily basis, but also to be with family members. For the most part, the women took the subway an average of one hour a day to get to work. 4 women drove to work and 1 took regular flights. Among them, 1 is a private physician who uses her car for work, 1 is a professional dancer who was touring different countries during her pregnancy, 1 took the train every 15 days to see her partner who lives in south of France and 1 flew from Mali at 34 weeks to meet her husband in Paris.
3. **Previous pregnancies:** out of the 9 women who had already had children, 7 cared for a child under 3 years old during their pregnancy. For one of them, her 2½ year old daughter had health problems.
4. **Conflict with their partner:** 5 women had a conflictual relationship with the father of their future child; 2 of the women were left by the father at the beginning of their pregnancy.

5. **The project of having a child:** out of the 33 women, 3 had considered abortion, and 3 had not planned the pregnancy but said they did not have any difficulty in accepting it. For the 6 women who had a pregnancy not expected, **the decision to have a child was made by the couple.** It was after consulting with the father that the decision to maintain the pregnancy was made. Although the decision was made by both members of the couple, it seems for 2 women who had not planned to be pregnant at this specific time that they were in a hurry to complete their pregnancy, or result in a denial of her pregnancy. As was the case for Ms. V, a 32 year old primipara, who continued her international dance tour until her 5th month and danced every day for 8 hours, or for Ms. R who could not compel herself to abandon her career plans. For 2 others, this delayed the use of the prenatal care as an example Ms B. 20 year old primipara who initially thought of getting an abortion but then decided with her partner to keep the child. She waited for a response from the maternity ward and finally had a first consultation with a midwife in her 5th month of pregnancy.
6. **Conflict with immediate family,** particularly with the in-laws, was noted in various cases (6/33). It causes stress, especially because it creates conflicts between the couple. Furthermore, it prevents the woman from getting the help she needs for childcare or psychological support. Likewise, low to no social capital influences family relations and the presence of the father at the woman's side, like in the case of Ms. BG., a 30 year old Algerian woman that had arrived in France a year earlier, who mentioned that she regretted not having "her friends close by".
7. **Isolation:** isolation depends first on the relationship with the father of the baby, then on relationship with other family members and on social capital. Isolation is exacerbated among foreign women when they did not have their immediate family close to her, or when they had language barrier.
8. **Addiction:** no one was addicted to alcohol. Smoking is a known risk factor for premature birth or hypotrophy. In our study, a few women were smokers (2/33). They claimed that they smoked between 10 and 20 cigarettes during the 1st trimester then reduced to an average of 5 for the rest of their pregnancy. They both gave birth prematurely at 32 and 34 weeks, but it seems that smoking was not the only factor that determined the outcome of their pregnancy. They turned to smoking to reduce their level of stress, one because of her difficult working conditions and the other because of emotional insecurity after she separated from the father of the baby.

9. **Stress:** the women often described their pregnancy as being stressful (21/33). Regardless of the outcome of the pregnancy or their socioeconomic status, stress represents the manifestation of a deep aggravation for the woman and signaled that she was having difficulty managing it. It is found especially in women with gravidic hypertension and it is often associated with conflict with spouse (7/21) or work (7/21), or matters of serious concern, as we can see in the following examples. Ms AB told us about the conflict with the father: *“I was really stressed out too because things weren’t going well with the dad. We were arguing every day, so my blood pressure would rise, all the time, all the time... you see. I don’t know how I’m going to explain it to you. All the time, my pressure would rise every day because I was angry all the time...”* or Ms. I: *“I’m an assistant for the director of a financial institution, my job has many responsibilities and involves a certain amount of pressure...”*; while Ms. M worried about the health of her first child: *“In terms of stress, that was also quite intense because several times we had to take her to the hospital and I really thought she was going to die... she actually wasn’t breathing any more, so it was extremely upsetting. That was when I started to really have contractions, even at night.”*; or because of the health status of the fetus when abnormalities were suspected, as Ms. AD, who was waiting to find out if her baby had Trisomy 21, explained: *“Stressed? Oh my God, extremely stressed! My mother was stressed, my mother-in-law was stressed, Dad was stressed, Mom was stressed, everyone was stressed. We said to ourselves, well this is far from being a calm pregnancy! We told ourselves: that’s it, we didn’t get a peaceful pregnancy”*. For some women, stress was also linked to income insecurity as Ms. BC, a 36 year old French woman who is already mother, explains: *“But it wasn’t just the pregnancy, there were also money problems that we were having, and it’s true that all those things really added up, I wasn’t doing well at all. Without a job, there were lots of problems that we had to solve...”*

Whether the risk factors are associated with working conditions, young children at home, frequent trips or commutes, or emotional or physical difficulties (housing, income), they determine the stability and suitability of the environment for healthy development during pregnancy. Within this environment, each woman developed a more or less beneficial attitude towards her pregnancy, as illustrates table 5.

Table 5: Synthesis of women’s attitude and associated risk factors

Risk factors	Women’s attitude	The woman is not able to prioritize her pregnancy	Woman with active logic	
			Active attitude continues	The pregnancy is prioritized
Conflict with the father		+++++	+	+
Absent or conflictual relationship with immediate family		++++		
Migrant <1 year in France		+		+
Absent or insufficient housing		++++		
Income		+++++++		
Low level of education		++++		++
Employment		+	+++++++	+++++++
Traveling/Commuting		++++	+++++	
Young children		+++++	+++	++

+: the factor is expressly related to stress

WOMEN’S PROFILES:

During our analysis, the central element that emerged from each pregnancy studied showed that the outcome of the pregnancy was strongly influenced by the space²¹ the woman reserved for her pregnancy compared to her other roles (mother, wife, active woman, migrant, searching for employment, etc.). From here, we were able to define 3 pregnancy profiles for future mothers:

- Those for whom the cumulative effects of their socioeconomic and emotional situations are so disadvantaged that they increase the vulnerability of her pregnancy and prevent a healthy pregnancy.
- Those who have the emotional and socioeconomic means to invest in their pregnancies but for whom their professional obligations are so stressful or tiring that they prevent a healthy pregnancy.

²¹ We use “space” to describe not only the physical space but also the psychological space that the woman devotes to her child’s development, that is to say in thought, in cares, etc. while the child is still not concretely present to call for time.

- Those in a similar socioeconomic and emotional situation as those above who made a conscious decision to refocus themselves on their pregnancies.

In the first profile of women in vulnerable situations, we can see that precarious factors defined by J. Wresinski²² contributed to the pregnant woman's vulnerable position. Lack of housing which forces them to search for a place to live, an apartment on the 6th floor with no elevator, the couple separating during the pregnancy or insufficient income are all factors that place the woman in an unstable situation with material and emotional insecurity. Despite these women's wishes, these elements took a physical and psychological toll on their lives, and reduced what they could give to their pregnancies. They found themselves without the resources necessary to take care of themselves and to detect the signal which would alert them of a dangerous state in their pregnancy. To illustrate this, let us consider the example of Ms. F, a 32 year old Chinese woman:

"No, he was not planned. The first one is almost 3 and a half. Yes, they're small, that's why it's hard... So I was extremely tired... I knew I was pregnant after one and a half months, almost 2 months. I talked about it with my husband, and at first I decided: I'm not keeping him. Because the second is 15 months old... Finally, I decided to keep him because you know...for me... it's a baby. Yes, the dad wanted to keep him, but you know Chinese men, they are all like that: it's always the women who take care of the babies and not the fathers... the father, he also works all the time... I delivered at the beginning of the 8th month. For the other children, I delivered normally, at full term. I don't have any sisters or anyone in my family... We don't have a choice; we need to make a living. Their dad is also a salesman... It's not very spacious at our place. We have an apartment that's 30m²."

For the following two profiles of women who don't face affective or material insecurity, it is their individual attitudes for life management that determine the place she accords her pregnancy. At the beginning of their pregnancies, these women found it difficult to give up their usual activities and/or projects. They seem to forget that they are pregnant and vulnerable. *"I was in Olympic shape..."* says Ms. R, already mother to an 18 month old and with a full schedule.

In the second profile, we find active women, usually middle class, and often older than the women in precarious situations. They have young children, live with a partner in dual income households, do not face housing insecurity, and it is rare that a medical condition was identified in the premature or low birth weight birth. The attitude of these women is guided by

²² J. Wresinski, Extreme poverty and socioeconomic vulnerability, Paris, Official Journal, 1987, p 14: vulnerability is defined as the absence of one or more securities which permit people and families to assume their fundamental responsibilities and to exercise their fundamental rights. The resulting insecurity can be more or less severe and result in more or less serious consequences. The securities in question include: work, income, housing, access to health care, education, and instruction, culture, family ties, and social ties.

priorities other than their pregnancy. In effect, when their burden became heavy to bear, some said that they were in a rush to deliver, in order to be freed of it. Ms. BD, 32 years old and already a mother, *“I’m relieved now, I don’t like being pregnant, I prefer when the child is here. I’m very active, in fact, and when I’m pregnant, I’m not in shape to do the things that I love doing.”*

In the third profile, although there is a similar initial logic to the second profile of active women, these women seem to gain an awareness that redirects their logic. The difference between these two last profiles lies in the fact that some of them are able to listen to their bodies and the signs their body gives them. They end up giving up responsibilities to relax and take care of themselves. They do not always avoid premature labor, but it is not as severe.

This decision seemed to be possible thanks to the influence of values, knowledge, and self-esteem, or thanks to the intervention of a professional who put the woman at ease. For example, Ms. BF explains that:

“It’s true that they didn’t really take it that well. It was complicated, and that was that. We have a life outside work. It’s true that it didn’t come at a good moment for them, but for me it completely didn’t matter if it was a good or bad moment... That didn’t stop me, since I knew what I wanted afterwards...”

Or Ms. U, a 29 year old that recently accepted her first position as a replacement for a private general practitioner:

“I can definitely say that it was stressful, because I had a lot of work, sometimes 40 patients a day...I started a really tough replacement in the 93 (department). So that could have caused the contractions, definitely. I worked even when I was having contractions, but after they got really strong I took sick leave 1 month before the start of my maternity leave.”

We will now attempt to show the interaction of different risk factors and behaviors for each profile of woman.

a) Women from disadvantaged socioeconomic situation (11/33):

In this group of 11 women, one worked as a sales woman, the others either didn’t have a profession (4/11) or were unemployed (6/11), and none had a high school diploma. 5/11 delivered in context of gravidic hypertension or pre-eclampsia. The risk factors that had the most negative impact on their pregnancies were housing, especially when they already had young children, a conflictual or absent relationship with their partner, and finally isolation.

They all had their pregnancy checkups **at a public maternity wards²³ (11/11), which they often chose based on their proximity, but some women (3) decided to go farther** based on a recommendation from a close friend, or else if they were dissatisfied with the maternity ward from the hospital they had previously given birth (annex IV, map of women of profile1). **They did not all have the recommended number of ultrasounds or consultations, but this seemed to be unrelated to their medical insurance coverage. Prenatal care was sometimes delayed (3/11).** One had considered abortion then after having decided to keep the child with her partner, started receiving prenatal care after her 5th month in the maternity ward where the midwife from PMI guided her. For the second woman who had AME coverage, she waited until her 5th month to start prenatal care, but she explained to me that since it was her 4th pregnancy, she knew what to do and wasn't worried. The third woman had arrived in France from Mali in her 34th week, and delivered 15 days later in the ambulance without having contacted the closest maternity ward where her husband had registered her. When pathological signs occurred, **seeking medical attention was often too late**, and in some cases the woman comes to the emergency room at a stage where it is no longer possible to prevent premature birth. This behavior is explained by an accumulation of factors in the case of Ms. BB, from the Cote d'Ivoire, 26 years old, already a mother to 3 children whose pregnancy were normal, the two youngest of whom were 3 years and 18 months old. She was hospitalized for the first time for risk of premature delivery at 29 weeks, and then returned home. Fifteen days later she was in pain again with contractions but didn't want to consult a doctor because she didn't realize the severity of her condition; and because it would have been too difficult to find someone to watch her children as for the last hospitalization, her husband was working, and her sisters couldn't help her either. She delivered at 31 weeks when she arrived in the emergency room:

"...My stomach was really hurting. No, I didn't want to go to a doctor because I had already been hospitalized for perfusions...and I didn't want to go through that again. I stayed at home, relaxed, I told myself that if I relaxed it would get better. The pains didn't pass, but I just dealt with it.... Yeah, I have family but everybody works. My sisters, they're in France but they're busy."

However, **when housing is temporary** (staying with family or in a home for 4//11), that can **increase the distance to their place of care** and cause multiple different professionals to intervene. Ms. B changed her residence 3 times:

"I actually didn't want to keep the child... But then I talked with the father and we decided to keep it. We were living at my partner's aunt's house, and she didn't want him to stay with me and didn't want us to stay any longer.... So then we didn't know where to go. We were at my aunt's house, but then she said it wouldn't be possible for us to stay with the baby. We went to one of his cousin's places in the 19th

²³ Public or participating to public service.

arrondissement, but I didn't want her to know that I was pregnant because she wouldn't have let us stay, it's really small at her apartment. So we left again, we went to Courneuve, to my partner's sister's house. But she already has children and it's really small at her house too..."

This category of women often faces inadequate housing and this proved to be an aggravating factor during their pregnancy. As explained above, absence of housing when the woman is living with family or in a home can complicate any commute she must make in order to receive prenatal care and causes stress related both to the search for housing and to the psychological insecurity of not being able to project her future with her baby and be able to prepare for its arrival. This is illustrated by Ms. AM, a 26 year old who arrived from Senegal a year ago to join her partner who she planned to marry. She stayed with one of his cousins in a small apartment, with her partner staying elsewhere:

"For now, my aunt is ready to welcome us, but after I really don't know... For the time being, she's calm, she's really nice to me, but we just don't know about the future. With a baby, it can be really tough sometimes. When you're on your own, it's easy to find housing, but with babies it's hard so... On the other hand, there's not a problem yet, so maybe.... I just don't know how it's going to be in the future."

When housing is available and the woman already has other children, it is often too small for the number of occupants (often 30 square meters for 4-5 people), which often brings on more stress and is not conducive to the conditions of rest which are optimal for the woman. **But the most stressful situations arise when the housing is on the 6th floor, without an elevator**, as was the case for 2 of the 11 women who had a child under the age of 2 to carry up the stairs. *"I lived on the 6th floor without an elevator, and that was already too much... and I had to go up and down every morning to drop the child at school..."*

Because of physical and psychological vulnerability produced by pregnancy, women had higher expectations than usual toward their partner. That's why **conflict often arises within the couple** and causes stress. For this category of woman, this was frequently found, as Ms. AB, explained this relating to the father:

"Now that there's the baby, he's around...but I don't think that we're going to stay together... We've known each other for 4 or 5 years now... Yeah, he has changed since the baby came. He has other children. For me, it's my first. It's mostly just that I didn't get any support for him. And that's what really annoyed me, he really annoyed me, so my stress level just rose all the time. There was no one with me to take care of me. Yeah, there are my aunts.... When I have a small problem, I can call some people, and they can help me and give me some advice... But still..."

There were 2 situations where the father left the woman at the beginning of the pregnancy, despite he agreed with the child project, as in the case of Ms. K.:

“The father hasn’t been with me since the very beginning of the pregnancy. It was really hard for me because I was all alone... Since the beginning... and I couldn’t really force it, so I just left it like that.”

Or Ms. H, a 22 year old French woman who was already a mother:

“Well, the father, we separated, so he wasn’t there ... anymore... No, it wasn’t a very peaceful pregnancy. I think that really had an impact... and we don’t live together anymore.”

Among the causes for conflict, we found **relationship difficulties with the family-in-law**, as Ms AB explained when asked about causes of premature delivery:

“It was the stress from family... I was scared and I had too much to worry about with my husband... With him and his family, it’s complicated... My husband’s family is just complicated, that’s what made me tired. You need some calm in your head. I was scared, since I had already miscarried before, so I was really scared. And then adding this on top of it, it was just too much for me. They didn’t tell me what caused it but I know it was the stress. It has to have been the stress.”

Conflict relationship or low investment from the father, increase isolation of the woman, particularly if there is little social capital due to the remoteness of the family. In this profile, 9/11 women are immigrants. And we noted during the survey that the father could have a different status than he would have otherwise had in his culture of origin. Men who speaks French because they have been in the country longer than their wives will help them with the prenatal medical process and will be very involved in the care of their pregnancy, more so than if they had been in her country of origin where they would be accompanied by women.

b) Women that fit the active woman profile (9/33)

These women are not income insecure, and they principally have in **common an active and rewarding professional life**. They like being busy, are confident in their professional experiences as well as their maternal experiences, and take the lead in their different identities, as Ms. R, already a mother of an 18 month old child explains about her experience of pregnancy:

“I would say I slowed down a lot. ...because I like to have a busy schedule; I love to be really busy. I love having lots of projects. I need to have projects. I need to be busy. Even if I decided to put my professional career on the side in order to be able to come back to it later.... and can ensure my role as a mother, well that didn’t keep me from cutting back on all my other activities... Well, during my maternity leave I took English classes, lots of other classes. And then I did preschool activities with my son every Thursday. Every Saturday, swimming courses for the baby, so you see, I have a really busy schedule.”

Their healthcare path during pregnancy was marked by the long distance commutes that they would do (annex IV, map of women of profile 2). For their prenatal care, they did not hesitate to see professionals far from their homes, and they generally preferred to choose a private practice gynecologist until their 5th month, who sometimes also practiced in their maternity ward of choice.

Their logic for recourse to medicalization was as minimal as possible during their pregnancy. They all completed the recommended number of ultrasounds and consultations, but only 3 out of 9 attended childbirth preparation classes. They all delivered in the context of premature labor.

The 4 primiparae women regret not having any points of reference to recognize the warning signs, such as contractions, as Ms. N pointed out: *“The problem is that when it’s your first pregnancy, you don’t know what contractions are... I had contractions, but I didn’t realize it. Because when we come and go, when we move, when we walk, when we’re active, we don’t in fact realize it.”*

None of these women attended childbirth preparation classes due to their premature deliveries (between 27 and 34 weeks). They all said that they were planning on waiting until they were on maternity leave to start the classes. One of them could have started her maternity leave, but didn’t have access to it because she didn’t want to travel, she wanted to take advantage of some time at home and to rest:

“Well, no, because I just wanted to take it easy and relax... I didn’t necessarily want to see people around me so I decided to pretty much isolate myself... I would go for my future children, but for this one... childbirth classes really weren’t on my mind. I just told myself, when the day comes, I’ll just go with it.”

Not all of the maternity wards offered childbirth preparation classes, so the women had to resort to private midwives. Of the women with young children (5/9), 3 attended childbirth preparation classes; the others used their previous pregnancy as a reference.

2 of the 5 women with young children reported increased physical fatigue and irritation. One of them had to take her 18 month old son up 3 flights of stairs every day to drop him off at the childcare assistant’s. For the other, her daughter’s chronic respiratory disease caused a lot of anxiety and fatigue because she kept her up all night.

One thing that stands out from the stories we heard was the fact that they did not stop working right away when they felt the signs of fatigue In the context of the job

market, women of childbearing age are a variable for adjustment, which places women who want children in a difficult position with their employers. Women know their rights, but sometimes hesitate to claim them. Most of the time, they wait for their official maternity date despite their fatigue, because they want to make a point of showing that they respect their work responsibilities and they are not abusing their rights and stopping before their predetermined leave, but they are also denying their tiredness, as Ms. N recounts:

“In terms of commuting, no I didn’t spend much time doing it. It’s true that it was really tough because I was on a really busy metro line, sometimes jam packed in the morning... the line 13, sometimes I had 25 minutes on the subway both ways.... I really liked my job. After, I tried to sit as much as possible. But when I had 4 hours of lab in a row, I was on my feet for 4 hours. Yes, I teach Life and Earth Sciences at a high school... But when we do the dissection courses, we’re standing up... I went to the emergency room the week before my maternity leave. My maternity leave was supposed to start on March 13, but with the school holidays, I was going to finish February 28; I went to emergency February 22.” (at the time of this trip to the emergency room, she was at 31 weeks and was hospitalized up until her delivery).”

Some of the women were even willing to continue working after their maternity leave start date, like Ms. S. had imagined. What seemed to reassure women is the fact that they did not consider themselves to be sick; pregnancy is not an illness. If they did not have any complications with their previous pregnancies and they continued their normal activities, they used this as a reference, as Ms. R. explained, 35 year old mother and senior executive:

“Since this was my second pregnancy, I guess I was a bit more casual about it. Because I knew what pregnancy was like, and plus, I was in really great shape. So, everything went fine, I did my consultations and everything went fine...”

The health professionals that followed up on their pregnancies did not always detect the real risk factors: Ms. N, a 32 year old primipara, who traveled back and forth from Marseille to Paris every 15 days, did not imagine herself as having a difficult pregnancy:

“So then I thought that there might be a problem after all... the gynecologist saw that the baby was already really low. And he said: there is not risk of premature birth associated with this, don’t worry. He’s low because he’s small, don’t change anything, as long as you don’t have any contractions there’s no risk. . I wasn’t really reassured, but we are supposed to trust the doctor so...I wasn’t really able to discuss with him. It was a really quick consultation.... It was like, “if there’s a problem, go see a psychologist.” He was always really late, always really rushed... I was tired, but still. But at the same time, I was working, how could I get more rest than I already did? It’s tough. No one ever told me to stop and get more rest. This gynecologist, he never asked if I had a tiring job, if I travelled a lot...”

The second characteristic that these women share is the limited participation of the father during their pregnancy. Relations between the two are good, but for different reasons the father is not often present to support the woman. Either because he gives

priority to his work, as Ms. R explains: *“My partner has a really time-consuming job. So I know how to put things in context, but still, I had some really tough moments where I felt really, really alone, without any way to tell him that”*; or because the couple was separated by distance, like for Ms. N who worked in Paris while her husband was in Marseille, or Ms. V who worked in Africa while her husband was in Paris.

We can see in these situations that their way of life is not very adapted to their pregnancy, essentially because no compromises were made regarding work situations; frequent travelling and the fatigue that result, as well as the limited involvement of the father, all of which was able to lead to premature birth.

c) Women with the internal and external resources to rest (10/33)

These women generally gave birth to low birth weight infants (9) or prematurely at 36 weeks (1). The major differences in this profile stem from the attitude towards the signs their body gives them and the logic behind the steps taken. The maternity ward is close to their home and their approach is based on their expectations of having access to medical expertise if needed (annex IV map of women of profile 3,). This led them to go directly to Level III maternities, even if they need to resort to stratagems to be eligible, such as in the case of Ms. I:

“Like every woman in Paris, you need to find a maternity which will accept you. I didn’t want to go certain places... X is a level III hospital and it’s right next to my place; I can walk there. So my gynecologist said, if you want X, well then we’ll do what we have to, my gynecologist used to work at X”; or like Ms. U:

“So then I went to see Dr. Y., who works here, my husband is a specialist doctor at hospital Z, he often sends patients to him, and so that’s how we got into contact with him.”

They are less likely to have children than the former categories (9/11 are primiparae), which spared them from this extra fatigue, but they have the same attitude as the second category in terms of their investment in their work. **It seems that thanks to their knowledge, or their beliefs, or by the help of the professionals who cared for them, they managed to put work aside and to rest.** For example Ms. BA decided to stop working when she became too tired or had contractions.

“So I asked my family doctor to stop me a little bit before my maternity leave, and I was really tired, exhausted ... My whole body hurt, my back hurt, I had contractions all the time... I really wasn’t well... Even if I was peaceful, and the baby was ok...”

Except in the case of Ms. U, who was a young doctor, for the others women who didn’t have specialized knowledge about pregnancy, it seemed that cultural representations on how to protect their pregnancies (like Ms. BF, who is Senegalese, or Ms. AC, who is Chinese), or

simply good self-esteem helped to push the women to listen to themselves and to ask if the professionals are doing their job properly, as Ms. I's experience illustrates:

“Outside of the professional context, which is a specialized context with a lot of pressure, but it's always like that when doing high quality work... I have two colleagues, one who ended up with neurasthenia and was demoted, and I didn't want to end up like that For months she was in front of me; it was great. Me being pregnant, it was out of the question that I get that. Thanks to the support of one of my bosses, I said, look this is what I am thinking of doing[...]my gynecologist said that it's normal to be tired and didn't propose that I stop working, it's hard to ask but... then, I went to go ask my family doctor.”

These women have high expectations for themselves, and they expect a lot from the health care system, as the comments from Ms. I show:

“I received medical care from Hospital X, and it's like a factory. It's efficient; I'll give them that. The woman who took care of me, Dr. Z, was very competent but very technical. . So she's like: I measure, I do this and that... she doesn't talk, she doesn't listen, there's no discussion about what could happen during the pregnancy, what could be harmful, and as I've already had a baby... the things that could be harmful, that could make you vulnerable... that could make the baby suffer too, because if the mom isn't well then the baby suffers as well. These are simple things, but I said to her: I'm exhausted, I can't do anything... Ah well, that's normal! Well, no actually, no it's not normal. I can assure you it's not normal when I tell you... Do you think that vitamins could help? ...Ya... Ok, well then can you prescribe some for me? ...Ya... Ok, well I'm not the doctor, I'm the patient; it's not my job to ask you that. So, there is a real technical side to things that is good, but it lacks an interpersonal touch. The fact that it was my second pregnancy is a good thing because I was prepared to know which reactions I should pay attention to...”

From these different analyses, we have identified the factors that made life more difficult for the women, determined the resources that allowed them to limit complications and thereby established three different profiles:

1. Women who faced multiple and persistent disadvantages;
2. Women who continued with their plans throughout their pregnancy;
3. Active women who focused their pregnancies.

DISCUSSION

The profiles of pregnant women we identified in the study were affected by 3 main factors which seem to have greatly influenced the evolution of pregnancy by increasing their vulnerability or disrupting their wellbeing:

- The quality of housing which doesn't allow the woman to prepare a physical and psychological space to the child, and which raises questions about society concern about the family.

- The professional occupation, source of income and personal fulfillment, but also fatigue and stress, raise questions as well about the place made by society for working women and again about the place given to family. [9].
- The absence or low investment of the spouse in this critical period that deprives the woman of the emotional security and / or physical assistance she needs, especially with young children.

The course of a healthy pregnancy and outcome take place at different scales: social scale, neighborhood scale, family scale, and at the level of interaction between the mother and the fetus. Actually the child's health capital will depend on this close relationship with the fetus and from physiological events in utero [10]. The findings of the survey show that elements present in the immediate environment of the mother and fetus are those that most affect the outcome of pregnancy. Thus, the spouse is the first social support, and appears as a shield against the other risk factors.

Beyond these 3 factors, the developments of the pregnancies we studied raise questions about the relationship between health and socio-economic factors:

- A biological predisposition to have complications during pregnancy, even though it was not confirmed or observed, seemed to be a pre-existing characteristic among the women in the study, constituting a baseline vulnerability. As the study did not allow objectifying this, it would be interesting to do further research concerning the 17 women who delivered prematurely of unknown cause.
- Furthermore, we wonder if the stress that seems to have contributed to gestational hypertension in women from disadvantaged profile would have affected them differently if they had had another professional status [11].

As regards access to prenatal care for the various profiles of women, the study shows that the causes of delay in seeking prenatal care was especially related to the estimation that women had of their care needs. Studies show that the perception of women's health depends on their level of education.[12] It was true that on the territory we studied, women who faced multiple and persistent disadvantages tended to delay use of prenatal care more than other women; this allows us to suggest that interventions to reduce this problem must also take place upstream. For example, improvement of medical expense coverage is efficient but not sufficient if there is no action on education.

However, other profiles of women may also be affected, that's why interventions accompanying women during pregnancy should concern all pregnant women.

PROPOSALS:

It seems necessary to increase awareness and training of health professionals, in order to propose a prenatal monitoring plan that allows exchange time to:

- Do screening of all women for risks that may interact with pregnancy. In addition to the early EPP, it requires assessment at any time during follow-up consultations during pregnancy, to question the living conditions and resources of every woman.
- Deliver education concerning the pregnancy, in order to enable women to better manage their pregnancy by, for example, helping women to identify signs of alerts like uterine contractions. In fact, many women deplored in the survey, that they were given explanations that were too restrictive such as: "dangerous contractions are those painful...", while many contracted for several days without pain before their premature delivery.
- Easily suggest leave from work to women who have professional activity, in order to address the physical and nervous exhaustion, especially for woman profile that continue with her plans throughout the pregnancy, and who don't dare to ask. Moreover, it seems that the message from the common sense and sometimes used by health professional "Pregnancy is not an illness"[13] should be handled with care since women who want to avoid medicalization of pregnancy, no longer have the understanding or legitimacy to identify warning signs such as fatigue. Despite the subjectivity that can be attributed to qualitative surveys, the interview approach that we used proved to be relevant for understanding women's logic and behavior. So when a woman said she is tired, she should be listened, and rest should be offered to her.

For the Parisian context, all of these recommendations should be placed, in the continuity of actions aimed at networking professionals to coordinate actions to prevent and overcome breaks in follow up of pregnancy.

CONCLUSION

We wanted to study the prenatal care trajectories of women living in the arrondissements of Paris, targeted as deprived areas, and who have given birth to premature newborns or low birth weight, in order to highlight the determinants and mechanisms involved in neonatal diseases. We also wanted to understand how the socio economically disadvantaged women could be more affected.

Because pregnancy is a critical period of vulnerability, it increases inequalities in health of pregnant women and therefore newborn. From the trajectories during pregnancy that we were able to reconstruct it appeared as we hypothesized that women living in difficult socio-

economic conditions are weakened by risk factors such as housing or social isolation. But it seems that women without socio-economic difficulties also face risks in their living conditions, especially work-related.

We also found that the quality of the relationship with the spouse is a major component of well-being of the pregnant woman, and that when it is satisfactory it proves to be protective even in adverse socio-economic conditions. This raises question about actions for support of parenting before pregnancy starts.

In the territories studied, access to prenatal follow-up appears to be effective; however it is the content of monitoring that needs improvement in order to detect the risk factors among life conditions throughout pregnancy. Pregnancy is a period of high vulnerability, where guidance and support should be readily available regardless of the economic status of the pregnant woman. We think that health plans to reduce neonatal morbidity and mortality should combine both approaches to target populations, and broader approach.

Finally, we would like to mention the issue of breastfeeding, which has been recurrent at the end of each interview. In the continuum of pregnancy, at the time we interviewed women, they had concerns about breastfeeding their child to provide him/her the best development. Their frequent concerns and questions showed us how support to women is need in this field. The benefits of breastfeeding have been proved as regards health capital of children, and especially for newborns whose life was complicated in utero. However it appears again a relationship between the level of education parents and the practice of breastfeeding, which could more exacerbate social inequalities in health **[14]**.

REFERENCES

Books :

- [16] GOLD F. et al, (2002), « Soins intensifs et réanimation du nouveau-né », Paris, Editions Masson.
- [17] BLOCH H., LEQUIEN P., PROVASI J., (2003), « L'enfant prématuré », Paris, Editions Armand Colin.
- [13] P. BEN SOUSSAN, La grossesse n'est pas une maladie, 2000, Paris, Syros. 215 pages. ISBN 2-84146-762-7.
- [18] A. BLANCHET, L'enquête et ses méthodes, L'entretien, Armand Colin, 2^{ème} édition, 2009
- [15] J. WRESINSKI, Chronic Poverty and Lack of Basic Security. Paris, Journal Officiel,

Journals :

- [7] Prématurité et infection : état des connaissances, E. Petit, A. Abergel, B. Dedet, D. Subtil, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2011
- [10] Drina Candis-Huisman Repérage des transmissions psychiques maternelles chez le nouveau-né, in Psychopathologie périnatale Monographie de la revue internationale de Psychopathologie. PUF sous la Direction de M. Bydlowski et D. Candilis-Huisman pp. 83-99, 1997.
- [19] L'organisation autour de la grossesse et de la naissance, Francis Puech, ADSP n° 61/62 décembre 2007 – mars 2008
- [13] Surveillance and evaluation of perinatal health in the Île-de-France region using the first health certificate, Jennifer Zeitlin, BEH n°44-45 du 24 novembre 2009
- [25] Modèle des déterminants de la santé de Dahlgren and Whitehead de 1991.

Articles:

- [9] Conciliation travail/famille : quel prix pour l'emploi et le travail des femmes ? A propos de la protection de la grossesse et de la maternité en France et au Québec, Hélène Bretin, Maria De Koninck, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles. Santé, Société et Solidarité, Année 2004, Volume 3, numéro 2, pp. 149-160.
- [21] E. Wiernik et coll., Occupational Status Moderates the Association Between Current Perceived Stress and High Blood Pressure: Evidence From the IPC Cohort Study.
- [22] Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study, Larroque B, Ancel PY et al., for the EPIPAGE Study group, Lancet 2008, 371: 813-20
- [11] Occupational Status Moderates the Association Between Current Perceived Stress and High Blood Pressure: Evidence From the IPC Cohort Study. E. Wiernik and al, Epub 2013
- [14] Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. Benoit Salanave, Catherine de Launay, Caroline Guerrisi, Katia Castetbon. BEH du 18 septembre 2012, INVS.

Survey's results and reports:

[1] Résultats de l'enquête Disparités sociales et surveillance de grossesse parue dans Études et résultats de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 2010.

[2] Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Les inégalités sociales de santé dans l'enfance, 2011

[4] La santé en France et en Europe : convergences et contrastes, rapport du Haut Comité de Santé Publique, La Documentation Française, 2012.

[5] Evaluation du plan périnatalité 2005 – 2007, Direction Générale de la Santé, Ministère de la santé et des sports, mai 2010.

[12] Santé autoévaluée, santé « objectivable » et catégories sociales, Analyses secondaires de l'enquête décennale INSEE Thierry Lang et Cyrille Delpierre.

[23] Les inégalités sociales de santé. Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. La Découverte, Inserm, 2000.

[24] Rapport du HCSP - Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. HCSP. Collection Avis et rapports. La Documentation française, 2009.

[20] Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Les inégalités sociales de santé dans l'enfance, 2011.

[26] Rapport de la Consultation technique pour favoriser un développement optimal du fœtus, Bases factuelles et information à l'appui des politiques OMS, novembre 2003.

[27] Plan Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile de France, 2011-2016

[28] Accès aux soins des femmes en grande précarité, Observatoire du SAMU Social de Paris, Rapport de la Direction Générale de la Santé, Juin 2005

[29] Rapport public annuel 2012, Cour des comptes – février 2012

Web pages :

[3] Observatoire Régional de Santé de l'Ile de France, mortalité infantile, données de 2009 : www.ors-idf.org.

[6] WHO les naissances prématurées, Aide-mémoire de l'OMS, N°363 de Novembre 2012 : www.who.int/

[8] HAS : Fiche sur les types de suivi et structures recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse, HAS, mai 2007 : www.has-sante.fr/

LIST OF ANNEXES

Annex I: Protocol of the study-----	page 38
Annex II: interview guidelines -----	page 40
Annex III: transcript of 3 interviews: Ms. B.; Ms. N; Ms. I.-----	page 41
Annex IV: maps of trajectories according to the woman profile --	page 42



Protocole de Recherche :

Dans le cadre du programme transversal de recherche **DISPARITES** – *Faire face aux inégalités sociales et territoriales de santé, une approche intégrée pour éclairer la décision* – porté par Séverine Deguen et soutenu par l'École des Hautes Etudes en Santé Publique durant la période 2012-2014 le projet de recherche **ITSIG** – *Itinéraires thérapeutiques liés au suivi et à l'issue de grossesse* – animé par Clélia Gasquet-Blanchard s'apprête à démarrer l'enquête qualitative qui lui est associé.

La question générale de recherche à laquelle le projet ITSIG s'attache à répondre est la suivante : comment les itinéraires thérapeutiques d'une population sont révélateurs de l'appropriation de l'espace de vie et alors d'une territorialisation par les patients du système de santé ? Ce projet de recherche vise, par ce biais à étudier, les inégalités socioterritoriales de santé en lien avec les événements sanitaires concernant la femme enceinte.

La réalisation de cet objectif passe par une collaboration étroite avec d'autres sous-projet du programme DISPARITES – i) établissement d'un diagnostic de l'offre et de la consommation de soins, ii) de l'accessibilité aux soins de ces femmes enceintes à partir d'indicateurs innovants estimés à différentes échelles géographique – mais également la réalisation d'une enquête qualitative au sein de territoires identifiées comme pertinents par les acteurs de la santé publique.

Dans le cadre de la réalisation de cette « **enquête qualitative femmes enceintes et jeunes mères** », on s'interroge sur **quelle concurrence de facteurs socio-territoriaux dans le parcours de santé des femmes enceintes pourrait amener à un risque sanitaire pour le nouveau-né (prématurité et petit poids) à Paris et Lille ?** En d'autre termes, on cherche au regard des pathologies du nouveau-né à identifier le parcours de santé de la mère durant la grossesse puis à la naissance de l'enfant.

Echantillonnage :

Afin d'approfondir les résultats issus d'une étude quantitative, caractérisant **des secteurs aux profils types de conditions de vie selon un indice de défaveur socio-économique**, on réalisera une série d'**entretiens semi-directifs** qualitatifs dans 2 **PMI de chaque agglomération (PMI Belleville-Amandiers et la Maison de l'Enfance et 2 maternités (1 de rang 2 et 1 de rang 3).**

Cette enquête sera conduite auprès d'un échantillon de **80 à 100 entretiens** selon la logique suivante : **12 à 15 femmes par structure sanitaire (PMI, Maternité ou Néonatalogie) selon leur profil (5 profils généraux** pourraient être retenus : femmes migrantes, femmes socio-économiquement défavorisées, femmes issues des classes moyennes). Les femmes seront donc sélectionnées suivant un choix raisonné¹ de la diversité des situations socio-économiques qu'elles présentent.

¹ Et valider par les acteurs locaux de la santé et du social car il existe peut-être des catégories locales non identifiées par la littérature scientifique.



Protocole de Recherche :

Dans le cadre du projet de recherche **ITSIGⁱ** – *Itinéraires thérapeutiques liés au suivi et à l'issue de grossesse* – on s'interroge sur le rôle des parcours de soins dans les inégalités de santé.

Notamment, **nous voulons comprendre les facteurs** (connaissances, usages, mobilité et comportement) **qui influencent les trajectoires de recours aux soins durant la grossesse et à l'arrivée du nouveau-né.**

Pour ce faire, **nous réalisons une série d'entretiensⁱⁱ** qui visent à soulever les déterminants (modalités, stratégies, pratiques, contextes) qui influencent les parcours de santé (itinéraires et comportements) des femmes enceintes, et qui peuvent être à risque pour leur enfant à naître.

Critères d'inclusion des mères pour nos entretiens :

Avoir accouché dans les 3 mois au moment de l'entretien d'un nouveau-né ayant les caractéristiques suivantes :

- Etre né **avant** l'âge gestationnel de 37 semaines d'aménorrhées (SA)
- Etre né après 37 SA, avec **un poids de naissance inférieur ou égal** aux poids donnés dans le tableau ci-dessous :

Terme de naissance en SA	Sexe de l'enfant	
	Fille	Garçon
37	2200 g	2315 g
38	2400 g	2530 g
39	2595 g	2720 g
40	2740 g	2870 g
41	2835 g	2960 g

NB : Les femmes ayant eu une grossesse multiple ne font pas partie de notre étude.

Clélia Gasquet-Blanchard
Maître de Conférences en Géographie de la santé
Département Epi-Biostat, EHESP Rennes
UMR 6590 ESO, Rennes
clelia.gasquet@ehesp.fr
+33 02 99 02 25 79 / +33 06 73 82 14 16

Madeleine Collombier
Chargée de recherche
Département EPI-BIOSTAT, EHESP- Sorbonne Paris
Cité
Madeleine.Collombier@eleve.ehesp.fr
+330635122048
+33 01 79 97 15 92

ⁱ Cf. Protocole général de l'étude, annexe 1

ⁱⁱ Cf. Grille d'entretien, annexe 2

Guide d'entretien ouvert femmes enceintes – jeunes mères :

Parcours de santé des Femmes enceintes et issues de grossesse (Petits poids de naissance enfant à terme : <5^{ème} percentile ; enfant prématuré < 37 SA)

Remarque :

Questions :

Quelles sont les constructions socioterritoriales qui aboutissent à la persistance voire l'augmentation des inégalités de santé sur les territoires de Paris (et notamment le 20^{ème} arrondissement, voire le quartier Belleville-Amandiers) ?

- Quel est le rôle de l'environnement de vie, physique, socio-économique et institutionnel dans les disparités sociales et de santé observées ?
- Comment s'opère la conjonction des facteurs induisant une vulnérabilité particulière chez la femme enceinte ?
- En quoi le parcours de santé périnatale a un impact sur la santé de la femme et de l'enfant ?

Profil :

- selon l'issue de grossesse (prématurité et petit poids) et le lieu de résidence (résidant dans le 20^{ème} arrondissement voire le quartier Belleville-Amandiers).
- selon le profil socio-économique de ces femmes :
 - o arrivées sans dossier - pour la maternité uniquement
 - o bénéficiaires de la CMU-C,
 - o bénéficiaires de l'AME,
 - o bénéficiaires de l'Assurance Maladie mais sans complémentaire santé
 - o bénéficiaires de l'Assurance santé et d'une complémentaire santé et dont les personnes du couple exercent une activité)

A- Habitation :

- Quartier et type d'habitation
- Temps passé dans le quartier
- Confort dans l'habitation

B- Travail :

- Activité : activité professionnelle et organisation de l'activité durant la grossesse
- Pénibilité : aménagement du temps de travail Durée des transports
- Droit du travail : lien avec l'employeur, arrêt de travail, prise du congé maternité

C- Entourage et bien-être:

- Présence de famille, d'amis dans votre entourage avec qui partager la grossesse, à qui se confier:
- Activités pratiquées liées à la grossesse ou au bien-être en général (*discussion, visite, activités, promenades, massage, repas, etc.*)

D- Grossesse et suivi :

- Découverte de la grossesse et annonce (*identification des symptômes, prévue ou non, désirée ou non, annonce au père, à l'entourage, qu'a fait la femme personnellement et administrativement => (Inscription en maternité, EPP, 3 échos - 12/24/34)*)

- Investissement de l'enfant à naître / du statut de femme enceinte (*prise de rendez-vous chez un professionnel de santé*) par la femme et par son entourage (*le père ou un membre de la famille ou ami accompagne la femme lors des consultations, rapport du couple pendant la grossesse*).
- Rapports aux soins (*pluralisme médical, situations de non recours, etc.*)
- Rapports avec les personnels de santé ou personnels sociaux (*rapports de genre, de génération, origines, blocages, etc.*)
- Connaissance du système de santé et de son fonctionnement (*prévention, accès à l'information => quels usages et quelle appropriation de l'information*)
- Expériences antérieures de la grossesse et comparaison des systèmes de soins ou des lieux de soin (*point de vue technique, relationnel, administratif*)

E- Préparation à l'accouchement :

- Démarche d'une préparation à l'accouchement (contexte, quel entourage mobilisé)
- Déroulement de la préparation (lieu, personnes, nombre, durée, etc.)

F- Accouchement :

- Déroulement de l'accouchement (pour se rendre à la maternité, personnes présentes, durée du travail, etc.)
- Rapport au corps (douleur, stress face à l'évènement)
- Rencontre avec l'enfant

G- Post-Partum

- Déroulement du séjour en maternité (pour vous-même, pour le bébé)
- Visites (des proches, des personnels)
- Rapport au corps (douleur, allaitement, fatigues)
- Rapport à l'enfant (découverte de l'enfant)

H- Perspectives

- Redéfinition du projet de vie

I- Données démographiques et sociologiques (si non apparues dans l'entretien) :

Concernant la mère :

- Age de la mère :
- Statut marital :
- Situation familiale :

Concernant l'enfant :

- Rang de la grossesse :
- Pathologie de l'enfant :
- Terme :
- Poids de l'enfant :

Annex III : Transcripts of 3 interviews:

- 1) Ms. B; page 1 à 6
- 2) Ms. N. page 7 à 14
- 3) Ms. I. page 15 à 21

1. Interview de Madame B. Jeune femme de 20 ans, habitant :.....dans le 20^{ème} arrondissement.
Sa fille est née à 32+5 SA par césarienne, le 19 février 2013.

Père 29 ans, d'origine comorienne, de nationalité française, présent. Conditions d'entretien : chambre du bébé, Néonatalogie, maternité niveau III. La maman accepte de me parler en attendant d'assister aux soins de son bébé qui est en incubateur.

Comment avez-vous su que vous étiez enceinte ?

En fait, c'est parce que je n'avais plus mes règles.

Vous avez fait un test ?

Oui.

Un test urinaire ou sanguin ?

Une prise de sang...

C'est le médecin qui vous l'a prescrit ? où vous êtes allée vous-même au laboratoire ?

En fait, je suis partie voir une PMI c'est eux qui m'ont prescrit le test. Parce que je ne savais pas comment faire...

A partir de là, qu'avez-vous prévu pour le suivi ?

J'avais rien prévu du tout pour le suivi. Parce qu'en fait je ne voulais pas garder l'enfant. Après j'en ai parlé avec le papa. Et on a décidé de le garder. Et puis parce que lorsque je suis tombée enceinte, on habitait chez la tante de mon compagnon, et elle ne voulait pas qu'il reste avec moi, et ne voulait plus nous loger.

C'était la première fois que vous étiez enceinte ?

Euh Oui. *(sur le dossier G2 P1 : IVG ? FC ?)*

et puis on ne savait pas où aller. On était chez sa tante, mais après elle a dit que ça serait possible de nous héberger avec le bb...

Donc il y avait tout ça, et vous ne saviez pas où aller ... ?

43 : Oui et je ne savais pas où aller nous loger. J'étais avec lui chez sa tante, mais elle n'avait pas de place pour nous garder. On est partis dans le 19^{ème} chez une de ses cousines, mais je ne voulais pas qu'elle sache que j'étais enceinte parce qu'elle ne nous aurait pas gardé ; c'était tout petit chez elle. Et puis il fallait qu'on fasse les courses, et qu'on participe aux charges et on n'avait pas

d'argent. Alors on est partis encore, on est allés à la Courneuve, chez une sœur de mon compagnon. Mais elle a déjà des enfants, et c'est petit aussi chez elle.

Il a beaucoup de famille votre compagnon ? Et vous, vous n'avez pas de famille en France ? Vos parents ?

Non, en fait, je suis arrivée en France pour un mariage arrangé. Mais ça n'a pas marché, alors après je l'ai rencontré et il m'a aidée.

Mais vous parlez très bien français, vous êtes en France depuis longtemps ?

Depuis 2011.

Et vous venez d'où ?

Comores

Ah des Comores et d'où ? Grande Comore, Anjouan, Moheli ? Vous aviez déjà vécu en France ?

Non.

(Je reformule ce qu'elle m'avait dit dans le couloir...)Vous êtes venue pour un mariage arrangé qui n'a pas marché... ?

60 : Il n'avait pas dit à mes parents comme quoi il était déjà marié. Il avait déjà une femme, jusqu'au moment que je suis arrivée ici, je lui ai demandé pour avoir confirmation mais il s'est fâché, et il me battait. Ça été difficile au début.

Je comprends.....

65 : Et du coup vous vous êtes rencontrés quand tous les 2 ?

3 mois après.

Et vous n'avez pas eu envie de repartir en Grande Comores ?

Si j'avais envie, mais après je l'ai rencontré lui, et il était gentil...il m'a bien accueillie

Donc finalement vous étiez bien ?

Y a des moments difficiles aussi, c'est comme tout.

Du coup pour votre suivi...vous habitez où finalement ?

On habite au 20^{ème}.

Quand on habitait le 19^{ème}, la PMI m'avait fait inscrire à X, j'étais enceinte de 4 mois quand je me suis inscrite en maternité, j'ai reçu un courrier pour me confirmer que j'étais inscrite. C'est sa tante qui l'a vu, et elle a été choquée, elle s'est dit que finalement on allait garder le bébé. Pour le moment on est à la Courneuve chez sa sœur, c'est temporaire là encore. C'est difficile parce que c'est petit.

Et oui, j'imagine que c'est votre souci numéro 1 le logement avec la petite...

En attendant on va la garder avec nous là-bas, mais ça serait mieux qu'on trouve un logement pour nous 3.

Pause pour interruption, le papa demande quelque chose à la maman.

Ben oui. Il faut que vous en parliez avec l'assistante sociale.

Du coup c'est votre premier enfant à tous les 2 ?

Oui.

93 : On va reprendre le fil...vous avez su que vous étiez enceinte, vous vous êtes adressée à la PMI, et donc après qui vous a suivi ? Qui est ce que vous alliez voir pour vous examiner, pour faire les échographies etc ?

C'est Mme L., qui m'a suivi, qui m'a examiné.

C'est un médecin ? une sage femme ?

Une sage-femme. C'est elle qui m'a suivi le plus, quand je me suis inscrite, le jour même et jusqu'au dernier jour.

C'est bien, donc vous avez eu toujours la même ?

Oui, toujours la même.

Ici, au niveau 1, l'étage des consultations ?

Oui, oui. Après elle m'a adressée chez Mme ...pour faire la demande d'AME.

Vous n'aviez pas de couverture maladie ?

109 : Non, pas du tout.

Après, j'ai fait la demande on a envoyé les papiers.

Après vous avez fait toutes les échographies qu'il faut faire ? vous avez vu le bébé à la 2^{ème} échographie ?

116 : La première échographie j'y suis pas allée, on m'a dit c'est pas grave...parce que le bb on ne savait pas si on allait le garder, ou pas le garder... Et on s'est décidés un peu à la dernière minute en fait, puis on l'a gardé, et on est super contents, on n'a pas regretté notre choix.

Avant il travaillait, mais il ne travaille plus, du coup ça lui a posé un peu de soucis ...(problème avec l'employeur que je n'arrive pas à retranscrire, faute de qualité d'enregistrement)

Ça a du être difficile de trouver de l'argent pour acheter à manger ?

Ouais...

Et après, il a pu retrouver du travail ?

Euh ouais, mais il fallait qu'il m'aide à aller aux RDV. J'avais du mal à me lever la plupart des fois, une fois je me suis levée, j'étais bloquée à chaque fois. Je ne pouvais plus bouger, je devais rester au lit. Et là c'est pas le moment qu'il cherche du travail.

135 : A part votre compagnon, il y a qq qui pouvait vous aider, vous conseiller ?

Oui, sa sœur qui m'aidait.

Quand c'est la première qu'on est enceinte, on se pose des questions, c'était aussi avec sa sœur que vous en parliez ? Sa sœur a déjà des enfants ?

Elle a trois enfants.

Oui sa sœur qui a déjà eu 3 ans, et qui pouvaient expliquer des choses.

Après quand on a vu que votre col était ouvert, on vous a dit de rester couchée, est ce que vous avez pu le faire ?

Ouais....la plupart...mais il fallait se déplacer par ci-par-là, malgré les problèmes de tension qui m'ont fait accouché tôt.

Vous aviez beaucoup de tension ?

Ouais...

Et j'avais du diabète aussi. Je ne le savais pas.

Oui mais en même temps, il faut savoir que les hormones de la grossesse augmentent ce problème-là.

150 : Oui, mais on m'a dit que pour moi c'est trop, et à chaque fois, à chaque fois que je me levais, j'avais les pieds gonflés, les yeux, partout...j'avais mal au dos. Et je ne savais pas, moi je me disais : c'est normal, c'est la grossesse.

Et j'avais rendez-vous avec la sage-femme pour les séances de préparation, de préparation à la naissance ?

Oui, oui

Et quand on est partis, après elle nous a dit il faut courir pour aller aux urgences parce que là avec vos pieds là , je pense qu'il y a un problème de tension après qu'on fait la visite, on m'a dit on va vous faire des examens, après on m'a dit vous avez un bilan perturbé donc pré-éclampsie. On m'a dit on va vous hospitaliser, pour voir si ça va changer. on m'a dit vous avez des protéines dans les urines, et ça pourrait causer problème à l'enfant et ça pourrait aussi vous toucher les reins et le foie... ? et du coup ça peut pas attendre, il faut qu'on vous fasse les examens ce soir en urgence, et du coup on va vous hospitaliser.

Vous ne vous attendiez pas du tout à ça ?

Ah pas du tout ! Après je me suis dit mais comment ça va se passer, je ne peux pas accoucher ?

Vous n'avez pas eu du tout de préparation à l'accouchement ?

Rien du tout ; rien du tout...après il a appelé sa sœur, et on m'a fait la césarienne, mon bébé est arrivée, on me l'a montrée...

Mais alors il y avait qui ?

Mon compagnon et sa sœur dehors là, à la salle d'attente

Vous, vous ne l'avez vue ?

Non

Vous ne l'avez pas vue ?

C'est le papa qui l'a vue, on me l'avait montrée mais j'étais endormie...je l'ai même pas vue, j'étais déçue

178 : Vous avez été endormie entièrement ou que le bas du corps ?

Que le bas, mais j'étais troublée...quand on m'a dit comme ça que tu vas accoucher tout de suite...je me dit mais comment ça se fait ? j'ai dit j'ai rien préparé, rien du tout, on m'a dit c'est pas grave, mais ça peut pas attendre, il y a un risque pour toi et pour le bébé

Vous avez accouché quand ? il y a une semaine ?

Oui

Le 19 février ?

183 : Oui

Interruption, Clélia me rejoint.

J'imagine bien comment ça a dû être difficile pour vous. Vous avez vu votre bébé ?

Et je ne l'ai pas vue tout de suite. Je ne pouvais pas monter, on m'avait pas enlevé les sondes J'avais des perfusions partout, après les infirmières m'ont dit : il faut attendre parce que avec votre traitement...

Et oui, il fallait quand même vous mettre vous, à l'abri d'un problème, et pendant ce temps-là c'était le papa qui voyait la petite ?

Oui mais j'étais pas rassurée tant que je ne l'avais pas vue moi-même.

195 : Et là vous allez pouvoir l'allaiter ?

Euh ouais. Le premier jour, ils ont essayé de tirer, il y avait rien. Et là, le 3è jour , ils ont réussi à faire un petit peu pour faire un prélèvement pour voir s'il y a pas des germes. Ils auraient du déjà me donner les résultats hier. Et quand je suis arrivée, là ils m'ont dit qu'il faut attendre les résultats.

Oui il faut pas hésiter à redemander plusieurs fois. Par contre vous, il faut tirer votre lait. ..On vous a donné un tire lait ?

On m'a dit d'aller le louer mais c'est trop cher. On nous a dit, c'est 95 euros. Ca nous paraît cher pour le moment.

Vous n'êtes plus hospitalisée là ?

Non,

Vous êtes rentrée chez vous ?

Je suis rentrée dimanche soir.

C'est vrai, que ça c'est un souci, parce qu'il faut que vous reveniez allaiter votre fille. Quand vous êtes partie de Maternité, on vous a dit qu'il fallait louer un tire-lait?

Ouais, on nous a donné une ordonnance...c'est toi qui est parti (s'adresse à son compagnon)

Et il faut l'acheter ?

217 : Non, nous on ne peut pas l'acheter, c'est trop hein, c'est cher, c'est 95 euros pour 1 mois, et 100 euros de caution.

Il doit y avoir moyen...car c'est important. Téléphonnez à la PMI...vous devriez pouvoir en avoir un. Un tire-lait manuel...

Oui mais de toute façon, l'infirmière a dit, avec le tire-lait manuel, ça va pas le faire.

Elle a essayé, et ça n'a pas donné quelque chose.

C'est cher sans la sécu, parce qu'ils avaient dit que si j'avais la sécu, la carte vitale, j'aurais du payer que 2 euros.

Et la démarche d'AME ?

Elle est en cours.

Pourtant elle a été faite la demande au début de votre grossesse ?

237 : On m'a dit qu'il faut attendre au moins 3 mois.

Oui c'est ça. (Or la démarche a été faite au moment de la déclaration de la grossesse il y a 3 mois).

2. Interview de Ms. N habitant dans le 18^{ème} à Paris, interviewée le 26/3 à ...maternité niveau III., elle a accouché d'un petit garçon à 35 semaines

Comment s'est passée votre grossesse ?

En fait ça s'est très bien passé jusqu'à la deuxième échographie, l'échographie classique du 2ème trimestre. Et là l'échographiste a détecté qu'il avait un problème à la main. Que sa main restait pliée, donc ils trouvaient ça bizarre. C'était l'écho morpho de 22 semaines, du 2^{ème} trimestre. Et du coup elle nous a mis en relation avec un échographiste référent du même cabinet qu'on a rencontré 3 semaines après début janvier à Marseille.

Alors pourquoi Marseille ? Parce qu'en fait on voulait déménager, parce que mon mari a trouvé du travail à Marseille pour Novembre, on voulait déménager en province, et mon mari a trouvé du travail à Marseille.

On habite Paris dans le 18^{ème}. Moi je suis prof. Donc du coup j'avais un poste pour l'année à Saint Denis, donc pas très loin, et du coup comme il a eu cette opportunité on s'est dit : ben on la saisi. On a su quasiment en même temps que j'étais enceinte et du coup lui avait ce poste. Donc il est parti début novembre à Marseille. Ce qui se goupillait normalement pas mal c'est que moi j'étais en congé maternité en fin février début mars, et donc on avait 4 mois de séparation et puis je devais le rejoindre au début de mon congé de maternité, donc c'était tout calé, normalement ça devait bien se goupiller.

Donc il y a eu ces événements là. Et déjà pas mal d'aller-retour quand même. Enfin, un peu d'aller-retours. En train, oui en train j'ai fait très peu de trajets en voiture. Après c'est vrai que j'ai fait aussi des allers retours en Bretagne dans ma famille, c'est vrai que je pense que j'ai peut-être couru un peu trop. je ne sais je ne sais pas. C'est difficile à dire. Bref, après il y a eu ce problème de la main du bébé. Et donc on a rencontré finalement fin janvier un chirurgien orthopédiste de Marseille qui prendrait en charge notre bébé pour sa main.

Lorsqu'on a vu ce problème à la main à l'échographie, on ne nous a pas faire d'avantage d'exams pour être surs du diagnostic, parce que c'est une maladie qui est accidentelle, et il n'y a rien à faire avant la naissance. Donc nous en fait, à partir du moment où il a diagnostiqué cela, il nous a proposé de rencontrer ce chirurgien pour nous expliquer ce qu'il pourrait éventuellement être fait après la naissance et voilà, ça s'est arrêté là.

Oui à Marseille, et puis c'est son collègue en fait du même hôpital, là où je devais accoucher, donc du coup ça se goupillait pas mal. Ça c'était fin janvier. J'étais toujours à Paris.

Alors on s'est rendu compte aussi d'un autre petit souci, c'est que le bébé était très petit, enfin qu'il était petit. Donc le même échographiste nous a dit, qu'il continuait à nous suivre de toute façon tous les mois, d'une part pour quand même surveiller sa main et d'autre part pour surveiller sa croissance. En nous disant que il était petit mais qu'il était sur sa courbe, de toute façon il n'y avait rien qui semblait anormal, il nous a dit il faut surveiller mais on continue comme ça. On n'a pas fait plus d'investigations que ça à ce moment-là.

Alors moi j'étais suivie par un gynécologue à l'hôpital Saint J. avec qui je n'avais pas un bon contact du tout. Autant l'échographiste et le chirurgien sont des gens absolument supers, autant le gynéco

est très froid très expéditif, enfin voilà. Comme je me suis inscrite à la maternité Saint J., il fallait que je fasse des rendez vous avec un gynécologue de cette maternité,....

La maternité saint J. elle est dans le 10^e ou le 8^e à Marseille. Et en fait comme j'étais à Marseille que tous les 15 jours ou toutes les 3 semaines le vendredi. Je n'avais pas 36 possibilités, la surveillante très gentiment m'a trouvé un certain nombre de rendez vous avec ce médecin là, donc j'avais pas le choix. Je ne le connaissais pas...en fait, là où je pense qu'il y a quand même eu un souci c'était quand déjà ? je ne sais plus si c'était en décembre ou début janvier, il a vu que le bébé était très bas déjà. Et il a dit : il n'y a pas de risque de prématurité associée, ne vous inquiétez pas. Il est bas parce qu'il est petit, on ne change rien, tant que vous n'avez pas de contractions il n'y a pas de risque. Je n'étais pas trop tranquille quand même, mais bon on est obligé de faire confiance...

J'arrivais assez peu à discuter avec lui. C'était assez vite...s'il y a un souci allez voir la psychologue quoi...il était toujours très en retard, toujours très pressé, toujours très... Et là moi où je pense qu'il y a un souci c'est que...enfin plusieurs personnes m'ont dit si vous n'avez pas de contractions, il n'y a pas de problème.

Le problème c'est que lorsqu'on a une première grossesse, on ne sait pas ce que c'est des contractions.et j'ai entendu plusieurs femmes dirent la même chose. Et en fait voilà, moi j'avais des contractions, mais je ne m'en rendais pas compte. Parce que quand on va on vient, qu'on bouge, qu'on marche, qu'on est active, en fait on s'en rend pas compte. J'ai commencé à m'en rendre compte mi-février, début février que j'en avais quand même un peu, mais bon voilà pas plus que ça. On m'a fait prendre un peu de spafon, bon...

Et en fait le 22 février, donc juste au 7^{ème} mois, je suis allée aux urgences parce que j'avais des petites traces de sang. Vraiment pas grand-chose, j'ai failli ne pas y aller, j'y suis allée par acquis de conscience parce que c'est les signes pour lesquels il faut quand même consulter. Je suis allée aux urgences là ils m'ont demandé, est-ce que vous avez des contractions, j'ai dit non. J'ai attendu plus de 4 heures aux urgences parce que j'étais pas le cas le plus urgent bien sûr. C'était à Bichat, près de chez moi. J'ai failli rentrer chez moi, quand je leur ai dit : écoutez si vous pensez que c'est pas grave je rentre chez moi, c'est pas la peine que reste et commencer à me sentir mal...quand ils m'ont finalement pris, en fait ils ont vu que j'avais des contractions toutes les 5 minutes, que le bébé était effectivement très très bas et que le col commençait à se modifier. Et du coup ils m'ont dit : on vous garde à l'hôpital. Et du coup, tout d'un coup c'est passé de : tout va bien il n'y a aucun problème à : vous ne sortez plus de l'hôpital.

Et donc à Bichat ils n'avaient pas de place, ils m'ont transférée ici. J'ai été sous anti-contractionnels quasiment 3 semaines. En fait à 35 semaines ils ont arrêté la perfusion, ils m'ont mise sous médicaments et j'ai accouché 2 jours après. C'était les anti-contractionnels et allongée et en fait quand on est passé sous médicaments, il y a eu une crise de contractions un peu plus forte et j'ai fissuré la poche des eaux, et à partir de là j'ai accouché.

Après c'est vrai qu'il n'y a jamais eu de prématurés dans ma famille, c'est un problème auquel on était pas préparés. Donc voilà, moi je ne me sentais pas mal du tout, j'étais fatiguée mais bon. A chaque fois on me disait : vous êtes fatiguée reposez vous. OK mais en même temps je travaille comment je peux faire pour me reposer plus que ce que je fais ? c'est difficile. Personne n'a jamais

proposé de m'arrêter pour me reposer. Mais ce gynécologue en tout cas, il ne m'a jamais demandé si j'avais un travail fatigant, si j'avais beaucoup de transport, si voilà...

Et concernant le temps de transport vous en aviez beaucoup ? alors concernant le transport non. C'est vrai que c'était très pénible parce que j'étais sur une ligne très chargée, parfois bondée le matin, voilà. Le métro, la ligne 13. Après j'avais pas non plus, beaucoup de temps, j'avais 20, 25 minutes de métro.

Oui mais l'aller plus le retour ?

Oui voilà.

Après j'étais dans de bonnes conditions de travail, j'aimais beaucoup mon travail.

Après j'essayais de m'asseoir d'avantage. Ca n'empêche que quand j'ai 4 heures de TP d'affilée, j'étais quand même 4 heures debout. Oui j'enseigne la SVT en lycée. Oui donc quand j'enseigne la dissection pendant 4 heures, en deux groupes pendant 4 heures. Même si j'essaie de m'asseoir un petit peu, voilà. Mais quand on fait un cours de dissection...pendant 2 heures, on est debout.

Donc je pense qu'il y a eu un concours de circonstances...

je suis allée aux urgences une semaine avant le début de mon congé de maternité. Mon congé maternité était normalement le 13 mars, et comme il y a eu les vacances scolaires je devais terminer le 28 février, et je suis allée aux urgences le 22 février. Une semaine avant le congé de maternité et le déménagement. On devait déménager une semaine avant le congé de maternité. Et du coup, mon mari a fait le déménagement tout seul et moi je suis restée bloquée ici. Parce que moi je voulais descendre en train, et les médecins m'ont dit : moi je vous déconseille très fortement, c'est très risqué.

Même si on aime son travail et que finalement on a pas tant de transport que ça, tenir jusqu'au congé légal de maternité c'est parfois difficile ?

Oui, c'est vrai que je me suis posée plusieurs fois la question de demander un arrêt. Si j'étais allée voir mon généraliste en lui expliquant toute la situation, je suis sûre qu'il me l'aurait mis parce que bon, le stress du problème de la main, la fatigue les transports, les voilà, le bébé très bas, qui m'appuyait quand même fortement sur la vessie...mais en même temps je ne me sentais pas mal non plus, je ne voulais pas me mettre en arrêt comme ça. Le problème aussi, c'est que dans le lycée où je travaillais, il n'y avait pas de remplaçant parce que j'étais en détachement du ministère, en fait bref c'est un peu compliqué ...du coup ils ont pas de pool de remplacement, du coup je savais que si je partais je ne serais pas remplacée, j'avais des terminales qui passaient le bac, bon, voilà.

J'avais envie d'aller jusqu'au bout. On s'est quand même posé la question 15 jours avant, c'est vrai que j'ai fait un week end avec des amis, là où j'ai fait un petit peu de voiture et qui était peut être un peu de trop, ce week end là.

Et là on s'est posé la question avec mon mari, il m'a dit : quand même tu devrais demander un arrêt. J'avais des contractions, je me sentais un peu fatiguée. Il me restait 2 semaines de travail. Et ces deux semaines, c'est les 2 semaines où je vais dire au revoir à mes élèves, ou je vais dire au revoir à mes

collègues...maintenant j'ai envie d'aller jusqu'au bout. C'était peut être aussi les 2 semaines de trop, je ne sais pas...

Bon c'est difficile de savoir...moi je pense que en tous cas les 2 choses qu'il faut améliorer c'est : expliquer aux femmes qu'est ce que c'est une contraction et...on fait tellement d'exams pendant la grossesse, de diabète gestationnel, de tonnes d'exams, et ça peut être ça serait pas compliqué de faire une fois un monitoring et de voir si on a des contractions pendant la grossesse à 5, 6 mois de grossesse et je pense que ça serait pas compliqué d'expliquer ce que c'est. C'est ça qui manque, alors qu'il y a un suivi médical très poussé et un accompagnement très super, mais ça je trouve que ça manque. Et plusieurs personnes dont une sage-femme adorable par ailleurs, m'ont dit ne vous inquiétez pas, si vous avez des contractions qui deviennent dangereuses, vous le saurez, vous aurez mal. Et en l'occurrence ça ce n'est pas vrai ! parce que moi j'avais des contractions toutes les...qui ont fini quand même par me faire déclencher l'accouchement et qui me faisaient pas mal, et quand j'étais sur le côté allongée, je ne m'en rendais même pas compte. Et au monitoring j'avais des contractions très nettes, très fortes, et pour finir ça m'a fissuré la poche des eaux et ça m'a fait accoucher. Et j'ai entendu plusieurs cas comme ça, des femmes qui se sont retrouvées aux urgences pour une MAP et qui ne se rendaient pas compte qu'elles avaient des contractions. Donc il faut arrêter de dire, si vous avez un problème vous le saurez parce que vous aurez mal. Et encore ici, je l'ai rencontré, j'ai eu des sage femmes qui me disaient : vous avez des contractions ? vous avez mal ? non, oh alors c'est pas grave. Alors effectivement, le jour où j'ai eu mal, où ça m'a fait mal, j'ai accouché dans la journée.

Et puis le fait que le bébé soit petit et bas, il appuyait sur le col et à chaque fois que j'avais une contraction, ça forçait dessus aussi.

Je pense que mon gynéco à Marseille a manqué de vigilance là-dessus. Moi je n'ai pas su...j'ai voulu aller trop loin je pense. Il y a eu un petit concours de circonstances...je ne savais pas ce que c'était une contraction.

Oui c'était un projet de grossesse que j'avais voulu, avec mon mari, avec toute la famille.

Les professionnels sur le parcours de la grossesse : en fait j'avais donc ma gynéco du tout début de la grossesse, que j'avais déjà avant, que j'aimais beaucoup, qui était super. Elle m'a suivi jusqu'au 4^{ème} mois. Elle était en cabinet privé, à la fois gynéco et obstétricienne. Et à partir du 5^{ème} mois il me semble, j'ai été suivie par le docteur M...gynéco de Marseille. Et en fait il y a eu un mois, où il ne pouvait pas me voir, enfin la surveillante n'avait pas trouvé de rendez-vous, et donc j'ai vu une sage-femme à la place. Et c'est vrai qu'il y a quelque chose qui m'a assez marquée c'est que chaque gynéco a un peu son point d'attention. Ma gynéco à Paris, c'était le diabète, c'était son truc, elle m'a mise quasiment au régime quoi, c'était pas de sucre, pas de confiture, pas de fromage, j'ai presque maigri les premiers mois. (*la femme est très mince*) elle je ne sais pas, je pense qu'elle a été particulièrement sensibilisée à ça. Elle c'était le diabète gestationnel et alors que j'ai aucun problème de ce côté-là, fin bref. Et le gynéco à Marseille, lui c'était les problèmes de circulation, il m'a mis des bas de contention dès le début, du maximum, alors que j'ai aucun problème de circulation. Mais lui c'était à chaque fois, les risques de phlébite, et les bas de contention c'était un peu son obsession, j'ai l'impression que chacun a sa petite marotte... j'avais une amie elle elle me disait que son gynéco c'était les transports : combien vous avez de transports, est-ce que vous êtes beaucoup debout.

Chacun se focalise sur un risque, alors que c'étaient des choses sur lesquelles j'avais pas de problème et en l'occurrence celles qui posaient problème on est un peu passé à côté quoi.

Et l'alimentation ? j'ai pas senti d'envie particulières moi, ça non. Après j'ai fait très attention au risque de listéria, c'est vrai que j'ai pas mangé de ...bon le fromage ça ne m'a posé aucun problème car je n'aime pas ça, la charcuterie non plus, enfin ça ne m'a pas dérangée du tout. La viande cuite, oui donc j'ai fait cuire les steaks hachés très très fort. Le saumon fumé...et je ne suis pas immunisée contre la toxoplasmose, donc j'ai fait très très gaffe à ça. J'étais maniaque sur le vinaigre et les légumes et les salades. Autrement j'avais pas spécialement faim qu'avant, j'ai pris très peu de poids en fait. Et à un moment donné quand on m'a dit que le bébé était petit et que moi je ne prenais quasiment pas de poids, je me suis dit il faut peut être que je mange un peu plus, et je me suis forcée à manger un peu plus. Ça a sans doute aucun lien, le bébé a pas grossi plus. Et après j'ai été allongée ici 3 semaines en mangeant plus que ce que j'avais besoin et il a pas grossi plus donc.

Donc apparemment il y a eu 3 problèmes qui apparemment sont indépendants : son problème de la main, le fait qu'il soit petit et le fait que j'ai accouché prématurément. En fait le fait qu'il soit petit et que j'ai accouché prématurément, il y a peut être un lien : le fait qu'il appuyait sur le col. Apparemment de ce que l'on m'a dit j'ai aussi l'utérus contractile, qui voulait pas se dilater. On m'a dit que dans mon cas, c'est le fait d'avoir marché, d'avoir été assez active...

Et l'accouchement ? oui, par voie basse.

L'angoisse aussi, c'était que mon mari puisse être là, parce qu'il était à Marseille, il n'avait pas de jours de congé, parce qu'il vient de commencer, il est en période d'essai et il avait pris quelques jours pour faire le déménagement, mais il n'en avait plus. C'était un peu le stress, parce que les médecins, m'avaient dit : vous pouvez accoucher très très vite du fait qu'il était déjà engagé dans le bassin. Et là où on a eu de la chance c'est que dans la nuit qui a précédé l'accouchement, j'ai commencé à avoir mal, j'ai senti que ça changeait, le matin le col s'était déjà un peu modifié, j'avais déjà fissuré la poche des eaux, les contractions me faisaient mal, la sage femme m'a dit : oui le col s'est modifié un petit peu, et du coup là j'ai prévenu mon mari et moi je le sentais, je me disais il y a quelque chose qui est différent là et j'ai demandé à la sage femme : est ce que c'est pour aujourd'hui, est ce que c'est pour demain est ce que je dis à mon mari de venir ou pas ? et elle savait pas, elle pouvait pas me dire si c'était pour aujourd'hui, pour demain, dans une semaine, si ça allait s'arrêter...et mon mari au bout du fil disait : qu'est ce que je fait ? je prend mon train ? je prend pas mon train ? il avait une réunion l'après midi...il y a eu vraiment un moment de flottement. Et je ne voulais pas le faire venir pour rien non plus, et pour finir ce sont ses collègues qui lui ont dit : vas-y, prend le train. Et effectivement il est arrivé à 18h, et là les contractions faisaient franchement mal, et la sage femme nous a dit que le col avait commencé à s'ouvrir. Il est arrivé à 18h et à 20h on m'a descendue en salle d'accouchement et à 22h il était né. Il est arrivé vite.

Ah il était avec moi, et ça ça été vraiment super, parce que du coup, la sage femme m'avait dit, l'important c'est que votre mari soit là, après pour voir avec le bébé...Il y a plein de femmes qui accouchent toutes seules. Mais c'était vraiment bien qu'il soit là, pour moi déjà et puis pour la naissance c'est fondateur en fait, pour qu'il s'attache au bébé, qu'il le voit naître, il s'est attaché à lui tout de suite, pour leur lien par la suite. Pour moi, ça a tout changé le fait qu'il soit là, et puis pour le lien avec le bébé. Je trouve que c'est vraiment fondateur, donc ça c'était vraiment un beau cadeau qu'il soit là.

Après c'est vrai que moi je n'ai pas fait de préparation à la naissance mais j'avais potassé ça mal, j'avais lu plein de bouquins là-dessus. Et j'avais un peu en tête les positions protectrices du périnée, et j'avais un peu potassé ça, j'en avais parlé à mon mari, et en fait ici ils m'ont dit : ici on est un hôpital médicalisé, on ne prend aucun risque, votre bébé est prématuré, on va faire un accouchement classique. Non non, vous ne bougez pas sur la table, bon on a fait ça classique. Résultat : j'ai une belle épisiotomie, alors que le bébé est très petit, bon ça c'était un peu la déception. D'un autre côté, je comprends aussi, donc ça c'est un regret et pour un autre enfant j'espère que ça pourra se passer autrement, c'était un peu décevant, oui. Donc je voulais faire ça, sans péridurale, enfin d'essayer du moins. Je l'ai fait sans péridurale, parce que je sais que ça ralentit le travail à la fin, et je voulais pas prendre ce risque pour le bébé, que ça dure plus longtemps, et donc c'est allé effectivement très vite. Et je pense que c'était bien pour lui parce que du coup il a pas du tout souffert pendant l'accouchement, il est né il a récupéré tout de suite, après il était calme, donc ça c'était bien...j'ai pu l'avoir sur moi quelques secondes parce que...le temps de lui faire un bisou, mon mari a coupé le cordon et ils l'ont emmené pour l'examiner parce que c'est un prématuré très petit, mais comme ils ont vu qu'il respirait bien, ils l'ont mis dans une couveuse, et ils l'ont laissé ½ heure avec nous dans la salle d'accouchement et puis après ils l'ont monté en Néonate. Mais de toute façon comme je n'avais pas de péridurale et qu'après il a fallu me recoudre, et vider l'utérus, donc c'était très très douloureux, j'aurais pas pu de toute façon le garder sur moi, quoi. Et je ne m'attendais pas à ça. Les contractions j'essayais de bien respirer, j'ai assez bien supporté les contractions, l'expulsion c'était très douloureux mais ça est allé vite, mais je ne m'attendais pas à l'après et à la douleur de l'après. Les points, j'ai eu je ne sais pas combien de points...à elle a fait une piqure, mais ça faisait pas trop d'effet quoi. Donc elle mettait du pschitt, ils m'ont fait respirer les gaz, et puis à la fin on appuie sur l'utérus très fort, je me disais mais quand est ce qu'on va arrêter. Au final je suis contente, car ça s'est bien passé pour le bébé. Et puis moi je m'en suis très bien remise aussi. A un moment il y a eu un petit souci sur l'épisio mais ça, ça va donc...

Allaitement ? je l'allaiter, mais ça commence tout juste...il a pris un peu au sein, ce matin c'est la première fois qu'il prend de façon significative au sein. Sinon je tire mon lait depuis le départ et on lui donne à la seringue et à la sonde gastrique, et aujourd'hui c'est une des grandes nouvelles, il arrive à prendre ses doses, ses quantités au biberon. Du coup comme on lui a enlevé la sonde, on va essayer de faire sans la sonde, on va voir si ça dure. Il a pris un peu au sein, on termine avec le biberon. Au biberon, quasiment depuis le début c'est mon lait. Ca c'est bien.

Il est né à 35 semaines, mais il est plus hypotrophe en fait.

Et pour sa petite main ? donc quand on est arrivé ici, ils ont refait tout le bilan. Ça c'était un peu pénible aussi, parce que ça a re-réveillé mon angoisse

Ben si moi j'avais les échographies, les comptes rendus etc mais Ils ont refait, ils avaient besoin d'avoir leurs examens pour avoir leur analyse.

Même chose pour sa petite taille, des tas d'analyses. Autant notre échographiste à Marseille ne s'en était pas plus inquiété que ça, il disait on surveille mais on ne s'inquiète pas. Ici, ils se sont plus inquiétés, ils m'ont fait faire des tas d'analyses et ils ont rien trouvé, bon.

Non non, mon mari est pas grand : il fait 1m71, il est pas grand pour un homme. Et puis lui et sa sœur à la naissance ils n'étaient pas grands. Donc ça peut être familial, mais ils ont quand même cherché

d'autres raisons. Pour l'instant ils ont rien trouvé. Mais ça il y a eu un moment de stress quand on est arrivés à l'hôpital parce qu'ils ont recommencé. A un moment donné ils ont proposé une amniocentèse, pour finir ils ne l'ont pas fait, mais c'est vrai que c'est lourd. Bon pour finir ils ont classé le dossier, ils l'ont mis de côté. Mais du coup je n'avais aucune envie de recommencer dans un autre hôpital.

Pour finir, à un moment il avait été question et on n'était pas chauds du tout- d'un transfert du bébé à Marseille quand il est né. Autant moi je n'avais pas pu être transférée à Marseille, autant on avait évoqué la possibilité que le bébé soit transféré. Au début on n'était pas chauds, parce qu'on s'est dit : encore un autre hôpital, refaire les dossiers, refaire un autre service de Néonatal...et puis finalement on s'est dit que ça serait bien qu'il soit transféré mais à l'hôpital Saint J. où on était déjà un peu suivis, et où il y a le chirurgien qui peut s'occuper de sa main.

On s'est, je me suis rendue compte que de toute façon il faudra qu'il soit suivi puisque ...

(appel téléphonique, je patiente). La deuxième grande nouvelle c'est que mon assurance va prendre en charge le rapatriement de M..., finalement on s'est décidés à essayer de le faire rapatrier, en se disant d'une part que ça commence à être dur d'être séparée de mon mari, ça fait 10 jours, lui il trouve dur, moi je commence à être épuisée aussi...l'autre chose c'est que je me suis rendue compte que lorsqu'on sort de l'hôpital on peut bénéficier d'une hospitalisation à domicile, ce qui permet de sortir un peu plus tôt de l'hôpital, d'avoir d'avoir une puéricultrice qui vient...et en fait on m'a dit si vous partez d'ici, si vous partez tout de suite à Marseille, c'est pas possible. Alors que si on sort de l'hôpital à Marseille ça pourra être mis en place, donc tout ça mis bout à bout on s'est dit que ça serait bien. En plus il est un peu plus grand plus résistant, donc on a commencé à accepter le transfert. On en a parlé ce week end, il y a eu un peu de flottement : on m'a dit ça sera pris en charge par la sécu, après on m'a dit : l'ambulance c'est trop long, il faudrait que ça soit en avion, et la sécu peut pas financer l'avion et du coup on m'a dit : voyez avec votre assurance privée. Et moi je les ai contactés en me disant il y a peu de chances que ça marche et en fait j'ai la chance d'avoir une assurance formidable qui est la maif, et on part demain par avion sanitaire et normalement je peux l'accompagner. Et on sera tous réunis à Marseille.

Le bébé ne devrait pas rester très longtemps à l'hôpital, puisque là on est à 37, il a pris un petit peu de poids, il est à 1kilo9 et normalement il faut qu'il soit à 2kilos pour qu'il puisse sortir et qu'il soit autonome pour s'alimenter. On va voir si il prend sa quantité tout à l'heure....*(détail de ce qu'il se passe en Néonatal pour le bébé, comment il mange avec la sonde gastrique)*

Mais pour sa main c'est difficile à dire pour l'instant, il faut voir comment il récupère. Mais il a une attèle, la kiné a commencé, il en a tous les jours, mais il y aura beaucoup de travail en fait. Sa main est bien abimée en fait, il y a une bride cassée, qui a abimé la mobilité du poignet, et aussi la mobilité des doigts et ils ne savent pas me dire ce qui sera récupérable...ça été un peu dur, parce qu'il y a eu des chirurgiens ici aussi, et il était question qu'il soit opéré le lendemain de sa naissance, la chirurgienne ici a pensé qu'il fallait intervenir rapidement, donc on a programmé une opération pour le vendredi matin, il était né le mercredi soir. Et donc il a eu plein de piqûres, de machins, de perfes.... puis finalement il ne l'ont pas opéré. Il y a eu un petit cafouillage et après on attendait de voir les chirurgiens, pendant 4 jours j'ai attendu de les voir et ils ne passaient pas, j'ai commencé à péter un plomb, et finalement ils sont venus et ils ont été très bien, mais ça été un peu dur.

Alors là aussi c'est un truc dans cet hôpital, je pense que c'est un super hôpital mais il y a beaucoup de médecins différents, et ...quand j'étais hospitalisée donc pendant 3 semaines, je voyais un médecin différent tous les jours, parce qu'il y a au moins 5 ou 6 médecins qui tournent dans ce service, et chacun donnait un avis, un commentaire, une opinion différente. Le chef disait vous allez passer sous médicaments vous allez rentrer chez vous, d'autres disaient vous pouvez pas sortir tant que vous avez des contractions, d'autres disaient on va vous rapatrier à Marseille...donc tous les jours ça changeait, mon moral faisait ça, mon mari à l'autre bout du téléphone il faisait ça aussi....je comprends que ce n'est pas une science exacte, mais c'est assez difficile....pour la main du petit c'est pareil, on dit c'est urgent, finalement c'est pas urgent, il faut la mettre en extension, non il ne faut pas la mettre en extension. Et puis il y a des élèves aussi, donc des étudiants qui donnent leur avis aussi et puis quand le chef arrive il dit autrement...c'est les avantages et les inconvénients d'un grand hôpital. Donc j'espère que ça va marcher ce rapatriement parce que ça fait des semaines ...Je suis ici depuis un mois, et on n'arrive pas à faire des prévisions, on a changé de plan 50 fois, ...ça n'a pas arrêté. Voilà l'aventure.

3) Interview de Madame I., réalisée le 19/3. Elle habite dans une rue derrière Maternité de niveau III, et a accouché d'une petite fille de faible poids.

Cette grossesse n'était pas vraiment prévue, et je ne savais même pas que j'étais enceinte au début... mais ce n'était pas gênant puisqu'on voulait un deuxième enfant. En fait, j'étais en vacances lorsque je me suis sentie pas bien. Nous étions en Corse. J'avais une gastro, mon fils aussi. Il semblerait que les pauvres métropolitains quand ils vont en Corse, n'ont pas l'habitude du climat, et donc, ils tombent systématiquement malades. Du coup, moi j'avais des trucs bizarres, je me sentais bizarre mais je n'ai pas pensé à ça. C'est vrai qu'en y repensant, j'avais les seins un peu gonflés, mais comme une femme qui va avoir ses règles... j'ai quand même fini par faire un test urinaire mais il était négatif. Et en rentrant comme ça ne passait pas, j'ai pris rendez-vous avec ma gynéco et là elle m'a fait faire l'écho du premier trimestre !

Et donc j'ai été suivie par ma gynéco.

Et le jour où j'ai su ça, je travaillais, et du coup avec tout ça, j'avais dû m'absenter tout une demi-journée sans avoir pu prévenir mes patrons ni qui que ce soit. Le stress a commencé de monter, parce que il fallait que je me prépare à leur dire, je me voyais leur dire : non seulement je suis enceinte c'est pour ça que j'ai eu une consultation chez le gynéco, mais j'ai aussi enchaîné avec l'échographie du premier trimestre ! Et donc ça veut dire : « et oh les copains, je m'en vais bientôt... »

Je suis assistante de direction dans une entreprise financière, mon poste est à responsabilité et comporte une pression particulière... Sachant que mon petit garçon n'a pas encore 2 ans et demi, ils m'avaient demandé si je pensais prendre un peu de temps avant, l'autre... donc j'affrontais cela avec un peu ben voilà, avec un peu de désarroi parce que lors de l'annonce de ma première grossesse j'avais à la fois eu un de mes patrons dont la femme ne travaille pas qui avait été plus bienveillant en disant je comprends parfaitement votre choix, mais aussi le contraire chez l'autre de mes patrons qui mettaient la pression aux femmes dans le service, c'est ainsi que moi en 2 ans, j'ai dû prendre 2 jours d'absence pour enfant malade ! Non ce n'est pas genre ambiance sympa... mais du coup un tic-tac monstrueux s'est lancé d'un point de vue de santé.

Comme toute femme sur Paris il faut s'assurer de trouver une maternité qui vous accepte. En tous cas moi qui habite dans le 93 c'est la super galère, je n'ai pas envie d'aller dans certains endroits donc il y a soit la Clinique Y soit à X. Et moi j'avais accouché aux Y pour mon premier, j'en ai pas un super souvenir, parce que j'ai dû rester là-bas longtemps et que les soins dans ces locaux-là, c'était vraiment la déprime, ça pue la merde, c'était terrible...mais sinon ils sont super attachants, ils ont une super approche de la maman, de l'enfant ils sont cools, ils sont relax mais les locaux sont tellement pourris que quand on est amenés comme moi à rester 15 jours,, j'ai fait un aller-retour, pour plusieurs raisons, mon fils est arrivé en avance, de 4 semaines. Je n'en avais pas un super souvenir et je ne voulais pas réitérer, même si le cadre avait été sympa pour moi. En tant que femme enceinte, je ne voulais pas retourner là-bas, à cause des soins faits dans ce cadre-là. Du coup X c'est quand même un hôpital de niveau 3 et c'est surtout juste à côté de ma maison et je peux m'y rendre à pieds. Donc ma gynéco m'a dit, si vous voulez X et bien OK. Donc après c'est une inscription ...

Parce que quand on est enceinte et que l'on doit travailler, et qu'on ne vous propose qu'un seul mode d'inscription à savoir vous présenter de telle heure à telle heure tel jour et que s'il y a une

femme qui arrive...c'est Brazil quoi. Si une femme arrive avec une heure de retard, vous vous avez un tic, tac derrièremoi j'ai la pression de la part de mes employeurs, je ne peux pas prendre des jours comme ça....Je travaille dans le 15è, c'est aux antipodes...et puis pour constituer le dossier....je l'ai constitué à l'aide de ma gynéco qui est une ancienne deX. Elle avait stipulé que pour telles et telles raisons, vu comment s'était passée ma première grossesse....et ce qui était arrivé à Jules...vous avez tout intérêt à être suivie pas par une sage-femme mais par un médecin, et pour telles et telles raisons et voilà. Une semaine s'écoule, je n'ai pas de nouvelles. Une deuxième semaine s'est écoulée : pas de nouvelles. Je retourne voir ma gynéco, et je lui dis voilà, j'ai toujours pas de confirmation de la part deX, et plus le temps passe, plus ça devient compliqué après, au risque de ne pas être suivie dans la maternité où vous allez accoucher, mais par un gynéco en ville. Je veux juste savoir à quoi m'en tenir. Donc elle prend son téléphone pour appeler, puisque c'est une ancienne deX, et pour essayer de comprendre pourquoi je n'avais pas de nouvelles, ni de oui, ni de non, ni peut-être, ni un billet de réception de la demande d'ailleurs, rien.

Et là, j'ai une personne qui m'a appelée : Brazil encore une fois : ben alors, ben vous êtes inscrite alors, hein. Moi, j'avais envoyé par email....c'est casse-couilles de devoir scanner des trucs...d'envoyer...machins...voilà moi je vous le dis clairement : franchement : une femme enceinte on la chouchoute, une femme enceinte elle est fragile. Pour une femme qui travaille, c'est dégueulasse de faire ce genre d'accueil.

Et elle me dit : ah mais ça serait pas une personne comme ci, comme ça, machin ? non mais....je dis voilà, en dehors de tout ça...àX, ils ont une super prise en charge, parce que j'y étais allée pour une fausse couche précoce...et une hémorragie, je sais qu'ils ont une super prise en charge, je sais que le personnel soignant est super. Mais on ne peut pas faire abstraction du cadre dans lequel on se trouve, c'est quand même une maternité. Et j'ai commencé à m'inquiéter en me disant : est ce qu'ils vont s'occuper bien de moi, en dehors de mon bébé ?

Et en dehors de ça, commence aussi le parcours du combattant au travail, de savoir manipuler l'ensemble des personnes, juste pour m'assurer que quelqu'un puisse me remplacer. Faire en sorte que quelqu'un prenne de l'argent pour me remplacer. Comme ça quand je reviens, ...afin de ne pas être dans le stress pendant toute ma grossesse parce qu'il n'y a personne qui me remplace et que quand je reviens c'est la galère...donc il faut manipuler le DRH, manipuler les patrons, mais c'est vraiment de la manipulation. Et c'est hyper fatigant et hyper stressant de dire et de faire en sorte qu'on embauche quelqu'un.

Et je suis allée encore plus loin je leur ai dit voilà moi pour le premier je n'ai pas été remplacée, et ça été très dur mon retour de congé, ça ce n'est pas bien passé. D'abord parce qu'il y a un patron qui a pas été sympa et puis parce qu'on a changé d'actionnaire et du coup je suis tombée sur une période où il y avait quelqu'un à la Direction qui est carrément un pervers narcissique, qui avec certaines femmes ne se comporte pas bien. Et du coup, là mes patrons ils ont peut être juste pas capté le truc ou pas voulu voir, et du coup certains l'ont payé cher, et du coup ma collègue qui était dans mon bureau a fait une dépression nerveuse, elle a dû partir en congé. Du coup, ben non...

Je travaille dans une entreprise qui fait du financement, on n'est pas une banque, on est une société commerciale qui est une filiale de banque.

En dehors du contexte professionnel qui est un contexte pointu où il y a de la pression, mais qui l'est toujours quand on fait du travail de haut niveau. Après une fois, chat échaudé craint l'eau froide. J'ai deux collègues il y en a une qui a fini neurasthénique, qu'on a du reclasser, moi je n'ai pas envie de finir comme ça, je l'ai eu pendant des mois en face de moi, c'est super. Moi enceinte, il était hors de question que j'ai ça. Donc grâce au soutien de l'un de mes patrons, j'ai dit voilà : moi ce que j'envisage de faire, et parce que j'ai pas le choix, j'habite très loin de mon lieu de travail je vais passer à 80% petit 1) et petit 2) comme je n'ai pas de nounou avant septembre, donc je ne travaillerais pas avant 8 mois, au total pour vous, ça va ? tout va bien ? tout va bien, tout va bien ? OK. C'est cool non ? je comprends votre choix, je vous soutiens gnagna. Mais J'ai le soutien d'une personne avec qui je collabore, donc ça va.

Une fois ça fait, ça m'a pris quand même quelque temps. J'ai eu les soins chez X. Et les soins chez X, c'est l'usine.

Pour l'efficacité je ne dis pas le contraire du tout. Mais, la dame qui s'occupait de moi, qui est le docteur D, que je pense extrêmement compétente mais est extrêmement technique. Donc elle est dans : je mesure, je machin... elle n'est pas dans la parole, elle n'est pas dans l'écoute, on n'est pas dans tout ce qui peut se passer autour de la grossesse, de ce qui peut faire mal, et comme j'ai eu un premier enfant...des choses qui peuvent faire mal, qui vous rendent vulnérable...Qui peut faire que le bébé peut souffrir aussi, parce qu'une maman pas bien, le bébé souffre aussi. Et du coup c'est des trucs tout bêtes, mais lui dire : Je suis épuisée, je peux rien faire...Ah bon, et bien ben c'est normal !

Ben non au fait, ce n'est pas normal. Je vous assure ce n'est pas normal, quand je vous dis ...Vous pensez que des vitamines peuvent m'aider ?

Ouais

Ben vous pouvez me les prescrire ?

Ouais

Ok, ben moi je ne suis pas docteur, je suis la patiente moi, ce n'est pas à moi de vous le demander. Donc il y a un côté très technique qui est bien, mais qui du coup manque de relationnel et qui fait que c'est mon deuxième et tant mieux parce que du coup j'étais armée, pour me dire que certaines réactions auxquelles je devais faire face, certains...J'étais épuisée, mais aussi nerveusement parce que je me lève à 6h du matin, parce que j'ai beaucoup de trajet pour me rendre à mon travail, que je gère des gens qui sont super stressés, que j'ai un petit garçon ne fait pas ses nuits, que j'ai une vie de famille, voilà comme tout le monde. Et que en plus, je suis enceinte et donc que je peux avoir des sautes d'humeur, avoir aussi des fois envie de pleurer et rien n'explique tout ça. Et ben ça, ça n'a jamais été abordé, ça on l'occulte complètement et à part mon médecin généraliste qui du coup m'a arrêtée pendant...d'abord parce que je suis tombée malade et puis aussi parce qu'il voyait que nerveusement je payais cher, m'a dit non je vous arrête pendant 3 semaines. Et vous allez à X et vous leur demandez et vous leur parlez et vous leur dites : arrêtez moi, j'en peux plus ! Ce que j'ai fait. Et c'est juste...c'est pas normal, c'est pas à moi de demander ...enfin, j'ai jamais été dans cette position-là, et c'est pas à moi de demander un arrêt maladie, je ne suis pas médecin...enfin je n'ai jamais demandé d'arrêt maladie de ma vie, c'est juste mon médecin généraliste qui m'accompagne depuis longtemps, qui me dit : c'est normal quand on est enceinte d'avoir à se reposer, vous êtes malade,

vous êtes fatiguée...et du coup j'ai été arrêtée par mon médecin généraliste qui m'a dit voilà ce qu'il se passe naninana...et X je lui ai dit : ben voilà j'ai été arrêtée....Ben vous voulez que je vous arrête ? Et c'est comme le coup des vitamines !

Moi, je pense que je n'en peux plus, vous comprenez ? Regardez ma gueule ! En dehors de ça, oui vous regardez mon utérus, vous mesurez mon poids, le col, tout va bien et ...je ne suis pas qu'un corps ! je suis une personne hypercomplexe, mon bébé...et vous ne m'expliquez pas ce que vous faites : les prises de sang, les prises d'urine, machin, bidule, vous faites un protocole un peu bizarre, vous surveillez mon alimentation et vous me dites : non non non, il ne faut pas manger de fruits et vous ne m'expliquez rien du tout, vous faites des analyses, vous ne les commentez pas, vous me parlez de résultats alors que je ne les ai pas vus, c'est vraiment anxiogène. Et du coup bon ben voilà après, une fois que qu'on a la chance d'avoir quelqu'un comme mon médecin qui m'a arrêtée et qu'on a déjà eu un premier enfant, et ben on relativise : ce sont les professionnels qui sont comme ça, on va les prendre tels qu'ils sont, et leur dire quand ça va pas, et ben voilà j'ai fini ma grossesse comme ça.

Parce que c'était juste leur dire : écoutez je travaille loin, je peux plus là Je ne peux pas en voiture ou même en transports en commun, me taper ...enfin voilà je mets plus d'une heure pour aller mon travail. Ça devenait pas humain, quoi.

Donc j'ai été arrêtée un tout petit peu encore avant mon congé de mat je l'ai passé KO, déchirée, à me remettre du peu de temps que j'ai repris le travail, et revenir ...le congé mat c'était : je me trainais tout le temps, ...Mon corps me faisait mal...Mon dos me faisait mal...j'avais des contractions tout le temps...j'étais pas bien...Même si j'étais sereine, mon bébé allait bien, c'est juste une réaction qui fait que j'étais pas au top de la forme, et malgré tout j'avais des gens en face de moi qui me disait : ah oui ? ah mais c'est normal. Même si c'est une approche que je peux comprendre de relativiser...mais c'est pas très rassurant. Et du coup je me suis rapprochée de X, et quand on est devant le comptoir d'accueil pour attendre notre petite feuille de circulation, j'ai vu des sages femmes qui proposaient des cours d'acuponcture. Donc je me suis dit mais pourquoi pas puisque je ne peux prendre que du paracétamol et du spafon. Est-ce que ça ne pourrait pas m'aider ?

Donc j'ai fait une séance d'acuponcture, je suis allée voir l'ostéopathe pour m'aider...tout ça ça me coute à chaque fois, parce qu'en plus je me déplace. Je n'ai pas fait les cours de préparation parce que je n'avais franchement pas la force, ni l'envie d'aller dans l'usine. Et finalement la date de l'accouchement a approché et puis on me dit : oh vous avez une petite hauteur utérine, il n'y a pas beaucoup de liquide amniotique alors on va peut-être déclencher la semaine prochaine. Ah OK d'accord, bon ben...donc je le dis à mon compagnon.

Le mardi j'arrive : ah ben non, là on ne peut pas déclencher, votre col, ça va pas. Vous revenez vendredi. OK je reviens vendredi, je n'ai que ça à faire. Je couve, j'enfante, c'est normal. Faites ouvrir mon col, faites-moi mal...parce que les examens peuvent être douloureux en fonction de comment on se place ou comment le bébé est placé. Le bébé était très bas, donc le col était comme ci, comme ça. Chaque fois que j'avais un examen, c'était super douloureux. Quand je dis douloureux : je ne suis pas une chochette, j'avais la larme à l'œil ! Sage-femme aides moi. Dis-moi éventuellement ...prépare moi dis-moi quand ça va être douloureux ou pas. Et du coup je disais : mais pourquoi c'est douloureux, c'est douloureux, arrêtez ! Stop ! Et ce n'est pas une ambiance sympa quand même, avant un accouchement.

Après je dis pas que j'étais pas vulnérable, bien au contraire ...mais justement faites attention.

Bon voilà, le vendredi arrive, j'ai du sang qui a coulé, j'ai l'habitude, il faut qu'on m'amène aux urgences, et en fait c'était le bouchon muqueux et donc je savais que les contractions allaient démarrer et donc du coup ils ont déclenché l'accouchement à coup de chez plus quel médicament que l'on envoie par intra veineuse et qui comme pour le premier a eu pour effet, de mettre le bébé en souffrance. Il supportait pas les contractions, j'étais un peu : non, je ne veux pas reproduire le même schéma. Et du coup ils ont arrêté le traitement un petit temps et l'accouchement a eu lieu comme ça. Et d'un seul coup les contractions étaient hyper fortes, la péridurale est arrivée, ça m'a fait super mal la péridurale, j'ai pleuré...et malgré tout, la péridurale a pas été super efficace, c'est pas grave...Et en quelques minutes même pas, on m'a transportée au blocet là, j'ai dit : non non pas le bloc, non mon chéri n'est pas là !

Oui pour une césarienne, parce que le bébé était vraiment en souffrance. Ils ont sorti le gros matos, les forceps, ce qui est arrivé pour mon premier bébé...Et du coup c'est bizarre mais j'ai poussé très très fort, et elle est arrivée très très vite ma fille. Par voie basse. Je n'ai pas eu de césarienne, très bizarre.

Elle est arrivée, très vite, très bien. Elle a pas du tout souffert ...Et du coup on est resté tous ensemble : j'ai récupéré mon compagnon. C'était important qu'il soit à mes côtés, pour moi. Il ne pouvait pas l'être dans le bloc. Bébé est arrivé et puis voilà. Là j'allais bien, le bébé allait bien.

Et du coup la péridurale elle ne fait pas un super effet parce qu'on sent tout : les contractions, le placenta qu'on déchire et qu'on enlève...sympa. Non ce n'est pas sympa du tout en fait, mais moi je me suis sentie bien parce qu'elle était là. J'allais bien.

Pour l'accouchement en soi, j'ai vraiment senti que toute l'équipe était présente, docteur D était là, Big boss était là : Monsieur Z, les sages femmes, l'infirmière, tout le monde. Mais bon en dehors de la période de l'accouchement où je suis sentie hyper bien entourée, vraiment j'ai senti toute l'attention autour du bébé, j'ai senti toute la mobilisation nécessaire. En dehors de ça, je dis : si vous pouviez être plus dispo. Je peux comprendre aussi, et c'est une sage-femme qui me l'avait dit : un matin j'ai dû attendre plus d'une heure et quart assise, pour mon rendez-vous de pesage, machin, machin, je me suis dit : c'est l'usine, mais c'est l'usine pour elles aussi. C'est l'usine pour le personnel soignant...Ce ne sont pas des conditions de travail qui les satisfont, j'en suis persuadée, parce que ça doit être terrible d'avoir que 15 minutes...c'est limite le chrono, 15 minutes pour pouvoir accueillir une patiente et en prendre soin.

Je pense que vu le nombre chaque matin qui est présent de femmes, c'est l'usine, c'est les temps modernes, c'est Brazil le côté administratif, enfin...moi je l'ai vécu comme ça voilà. Du coup l'accouchement s'est bien passé et puis après ben retour dans une chambre avec bébé, l'allaitement se passe bien...Et comme d'hab chezX, si vous ne demandez pas, vous n'avez pas.

C'est très bien, c'est normal, donc vous avez pris l'habitude d'aller vers les gens et de dire : S'il vous plait, est ce que vous pouvez me dire ceci, cela....s'il vous plait est ce que j'ai la possibilité de laisser mon bébé...parce que vous savez la bas il n'y a pas de douche dans les chambres.

Non il n'y a pas de douche pour la maman dans la chambre, il y a une baignoire pour bébé, en fait c'est un gros lavabo, mais pas de douche pour la maman. Il y a de quoi le changer, tout c'est super, il y a une toilette, mais il n'y a pas de douche. Il y a une douche commune dans le couloir.

Donc si vous voulez allez-vous doucher, sauf si votre compagnon est là...moi je ne peux pas laisser mon bébé tout seul. Donc, dans mon cas, la télé je m'en fous complètement, le confort d'une chambre individuelle c'est sympa, mais le simple fait de devoir aller me laver impliquait qu'il y ait quelqu'un qui garde mon enfant. D'un autre côté ça veut dire que dans toute maternité, normalement vous avez la pouponnière...Le principe est simple, c'est qu'on vous invite à vous en servir, à aller voir l'auxiliaire qui est là pour vous aider : maman fatiguée, en maternité profitez, profitez ! faut profiter, oui faut profiter, sauf que quand j'ai posé la question comment ça fonctionne, si je pouvais...on m'a dit : Ah, la priorité est donnée aux femmes qui ont eu une césarienne, vous comprenez...

Mais même la nuit, vous pouvez avoir un problème...ou juste vouloir laisser son bébé. Ça peut faire du bien de pouvoir laisser son bébé et de pouvoir juste dormir sans être sur le qui vive parce qu'on a son bébé à côté, quand on sait qu'il y a des auxiliaires qui sont avec lui. Et bien lorsqu'on vous envoie bouler comme ça...on se dit : oh putain je suis dans la merde, ah oui...donc la pouponnière j'oublie, les auxiliaires j'oublie, la douche j'oublie, sauf quand mon compagnon est là.

Mais mon compagnon n'est pas élastique, il ne peut pas être là tout le temps donc voilà après c'est accepter d'être faire sa toilette avec un petit gant de toilette dans le lavabo, puis il y a les toilettes à côté bon...Priorité au bébé certes mais...voilà c'est des petites choses, qui peuvent sembler ...

Je pense que la dame qui m'a répondu, ne s'est pas du tout rendu compte de la portée de ce que ça voulait dire pour une maman. Ca veut dire que je ne peux pas sortir de ma chambre en fait...tu vois ce que ça peut vouloir dire pour quelqu'un qui est claustro...je rigole, mais c'est pas franchement sympa. Après à côté de ça, il y avait d'autres personnes, parce que c'est peuplé d'individus qui sont des auxiliaires, j'avais notamment une dame la nuit, qui était un amour, à qui je dis : mais je vais mourir moi si je dois attendre le petit déjeuner jusqu'à 8h et demi, j'ai faim. S'il vous plait, je vous en prie, je vous en prie ...elle m'a gentiment donné un café à elle, et un bout de pain quoi. Parce que quand vous arrivez à 7h du matin, vous avez le droit de rien bouffer, et même si après l'accouchement on vous donne à manger un peu tardivement au bout d'un moment vous avez quand même la dalle au milieu de la nuit quand on allaite, bref.

Il y a des gens qui sont extraordinaires, qui sont des petite lumières dans ce côtéet qui gardent un regard super bienveillant malgré les conditions, et ce n'est pas toujours évident, mais qui en tous cas m'ont quand même fait beaucoup de bien : voilà il faut regarder comme ci, comme ça...nous vous conseillons d'allaiter comme ci, comme ça, voilà.

Par contre, dans la grande masse, moi j'ai senti qu'on était quand même dans une usine qu'il y avait quelques personnes qui gardait la foi, la vocation et les autres qui semblaient dire...on est dans la masse et on peut pas faire autrement. Ce que je comprends d'ailleurs. Mais que je ne trouve pas tolérable quand je suis enceinte et que je suis vulnérable, forcément.

Voilà vous avez le résumé.

Maintenant je suis à ma maison. Je kiffe la life, il y a ma maman qui m'aide. Il y a mon petit garçon, mon compagnon qui a pu prendre une semaine, et tant mieux parce que j'étais ratatinée.

Elle pesait 2 kilos 600g pour 44.5 cm, sa date de naissance : le 8 mars. Le terme était le 16 mars. Mais je ne peux pas faire des gros bébés. Mon premier était un petit bébé aussi. Regardez mon gabarit, je la mets où ? Déjà j'avais un ventre énorme, et j'avais vraiment plus de place.

Vous avez été très très stressée pendant votre grossesse ? Oui.

Soutien de votre compagnon ? En fait on s'est retrouvés avec des problèmes, on a été cambriolés, et je me suis retrouvée face au cambrioleur, on a son papa qui a été soigné pour un début de cancer, il nous a fait le début d'un malaise dans la maison, donc on a eu aussi à gérer ces stress-là. Et mon compagnon a un travail extrêmement prenant. Donc je sais relativiser mais j'ai eu à des moments où je me suis sentie très très seule, sans qu'il y ait de paroles là-dessus à lui dire. Après j'ai la chance d'avoir des copines, et surtout j'ai demandé à ma maman de venir. Et je l'ai squattée un mois.

Et après quand on est en arrêt, on est toute seule à la maison, et l'ambiance n'est pas très sympa non plus. Du coup après j'ai des copines qui m'ont, et c'est dommage parce que ce sont pas des professionnelles mais des copines confrontées à des soucis, et qui du coup on en parle quel que soit le bobo. Par exemple : j'ai des fuites urinaires...et : oui fais de la rééducation du périnée et tu as le droit d'en faire quand tu veux, et il y a plusieurs techniques... ; et voilà c'est des paroles entre femmes et entre amies, parce que ça touche à l'intime c'est difficile d'en parler. Et du coup j'ai une amie qui m'a proposé un rendez-vous avec une personne de son service qui peut aider avec la parole on va dire ça comme ça, sans dire sa fonction...elle me dit voilà : rencontre là, tu n'as pas été bien, on la bien vu, donc rencontre là, et voir comment elle peut t'aider. Mais déjà mon bébé va bien. Et, la grossesse est terminée.

Vous allez en profiter ? oui.

La dame qui s'occupe de notre petit garçon, lui rentrant en maternelle en septembre, elle prendra à sa place, notre petite fille, on fera l'adaptation en aout. Ça se goupille vachement bien. C'est une personne que je respecte beaucoup. C'est juste de se dire : est-ce que Jules sera propre pour aller à la maternelle...Mais oui je sais qu'elle sera entre de bonnes mains.

Qui suivra vos enfants ? c'est un pédiatre, j'ai eu du mal à en trouver, toujours pour la même raison, j'ai eu du mal à en trouver....SOS médecin se déplace même plus...je vais pas aller aux urgences pour de la bobologie type...Du coup c'était difficile de trouver un pédiatre, j'en avais trouvé un dans le 18è et c'est loin, et là j'ai trouvé une pédiatre qui est Place des Fêtes, une dame très bien.

Après peu m'importent les discours environnants mais je ne suis pas une folle furieuse, je fais le minimum vital exigible au niveau des soins : c'est-à-dire je fais les vaccinations, je consulte sans perdre de temps, pour que ça dégénère pas au niveau des bronches...cette dame est très bien, elle a plein de jouets dans son cabinet, les enfants peuvent crapahuter et d'ailleurs le rendez-vous est prévu pour la semaine prochaine.

Je pense que j'ai été synthétique, et que vous devez avoir tous les éléments du parcours.

Annex IV

