

# Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance

SOLÈNE GOUILHERS-HERTIG

## Résumé

Le risque et l'incertitude sont aujourd'hui étroitement associés à l'accouchement et justifient, selon le monde médical, qu'il soit pris en charge à l'hôpital. Toute parturiente est ainsi considérée comme ni malade, ni tout à fait en bonne santé. Dans cet article, Solène Goulliers-Hertig s'intéresse à des femmes qui interrogent cette prise en charge standardisée et choisissent d'accoucher en maison de naissance ou à domicile en Suisse romande. L'analyse de onze entretiens semi-directifs réalisés auprès de mères ayant accouché récemment montre que celles-ci ne rejettent pas le questionnement relatif au risque, mais la culture dominante du risque. Elles se réfèrent à une culture du risque personnalisée qui associe la prise en compte de risques médicaux individualisés et de risques non médicaux. Leur choix étant stigmatisé, l'enjeu est d'organiser leurs discours autour du risque comme « savoir faisant autorité » (*authoritative knowledge*) afin de légitimer une pratique marginale.

Mots clés : *accouchement extrahospitalier, risque, décision, individualisation, légitimation*

## Abstract

Risk and uncertainty are closely related to birth. In this context, the medical system requires that births take place in hospitals. Parturients are considered neither healthy nor ill, rather at risk. This paper examines women who question this standardized practice and who prefer to give birth at home or at a birth center. Eleven semi-structured interviews were conducted in the French-speaking part of Switzerland with women who have recently given birth outside hospitals. The paper shows that participants do not reject the category of risk, but rather the dominant risk culture. They call upon a personalized culture of risk that takes into account individualized medical risks as well as non-medical ones. Since their choice is stigmatized, they are required to organize their discourse about risk as an "authoritative knowledge" in order to legitimize their marginal practice.

Keywords : *out-of-hospital birth, risk, decision, individualisation, legitimation*

La recherche médicale considère que 70 à 80% des femmes enceintes sont à bas risque lors du début du travail de l'accouchement et que la plupart des accouchements se dérouleraient bien sans aucune intervention médicale (WHO, 1996). Dans les pays développés, la majorité des femmes accouchent pourtant à l'hôpital sous une étroite surveillance humaine et technique. Cela concerne 98,8% d'entre elles en 2010 en Suisse (Hanselmann, von Greyerz, 2013).

Le monde médical justifie cette prise en charge, car tout accouchement peut soudainement basculer dans la pathologie sans que cela puisse être systématiquement anticipé, l'hôpital étant le lieu le plus adapté pour prendre en charge les complications (Olsen, Clausen, 2012). L'issue partiellement imprévisible et potentiellement dangereuse de tout accouchement imprègne les représentations et les pratiques des soignants comme des profanes et sert de légitimation à la médicalisation de la naissance. Ce sont ainsi les notions de risque et d'incertitude qui justifient l'ensemble du système obstétrical moderne dans les pays développés (Bitouzé, 2001; Carricaburu, 2005; Lane, 1995). Les risques d'un accouchement extra *versus* intra hospitalier ne font cependant pas consensus dans la littérature médicale. Ils sont difficiles à déterminer face à l'impossibilité de mener des études randomisées et parce que le nombre d'accouchements extra-hospitaliers est peu élevé, tout comme les risques maternels et périnataux (les chiffres sont donc statistiquement peu fiables). Selon la dernière revue systématique *Cochrane* (Olsen, Clausen, 2012), il n'existe pas de solide évidence afin de privilégier un lieu d'accouchement pour les femmes enceintes à bas risque.

Amalberti (2009) et Allemand (2002) évoquent le paradoxe entre une diminution considérable des risques relatifs à l'accouchement depuis sa médicalisation et le maintien omniprésent du risque dans les représentations (le taux de mortalité maternel en Suisse en 2010 est de 8 décès pour 100 000 naissances<sup>1</sup> et le taux de mortalité néonatale de 3 décès pour 1 000 naissances<sup>2</sup>). Il s'agit pour Allemand d'une hypersensibilité au risque : en devenant rares, la maladie et la mort sont devenues d'autant plus insupportables<sup>3</sup>. La société moderne ne se satisfait pas de la diminution objective des risques, mais se focalise au contraire sur la part résiduelle de risque qu'il faut contrôler et prévenir dans un effort continu pour le réduire. L'accouchement s'inscrit parfaitement dans la « société du risque » décrite par Beck (2003) qui implique une montée de la surveillance des risques, et notamment des risques pour la santé.

1 Voir [www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2091rank](http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2091rank).

2 Voir [www.childmortality.org](http://www.childmortality.org).

3 Allemand S. (2002), « Les paradoxes d'une "société du risque" », *Sciences humaines*, 2, p. 124.

Les préoccupations et les discours de santé publique autour du risque – c'est-à-dire une traduction typiquement moderne d'un danger en terme probabiliste pour agir et limiter l'incertitude – sont devenus centraux dans les sociétés contemporaines. Les risques ne sont cependant pas des données neutres, mais sont fabriqués, c'est-à-dire socialement construits<sup>4</sup>. Dans ce contexte, un phénomène peut être identifié comme un risque et bénéficier d'une attention publique et politique moins en fonction de l'importance du danger qu'il revêt que des implications idéologiques et culturelles qui peuvent en découler (Douglas, Wildavsky, 1983; Nelkin, 1989; Lupton, 1993).

La santé entre typiquement dans cette définition. Pour Crawford (1994), elle est aujourd'hui érigée en valeur primordiale sous la forme d'un projet continu que tout individu doit chercher à atteindre. La responsabilisation individuelle qui y est inhérente entraîne selon Lupton un « danger moral<sup>5</sup> » pour les individus à qui on impose des messages de santé publique sur les risques et dont on attend qu'ils modifient leurs comportements, sous peine de subir des formes de culpabilisation et de rejet, et d'être étiquetés comme déviants (Lupton, 2006).

Le concept de risque apparaît ainsi comme un puissant système de contrôle et de surveillance des acteurs par des mécanismes à la fois externes (type contrôle social) et internes (par un processus d'intériorisation de la nécessité d'une prise en charge de sa propre santé).

Je propose dans cet article d'aborder la question du risque à partir du choix que font certaines futures mères<sup>6</sup> d'accoucher en milieu extrahospitalier. En sachant que le système obstétrical actuel est fondé sur une gestion des risques qui suppose un accouchement hospitalier, peut-on dire que la pratique de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance porte en elle une critique subversive de l'omniprésence du risque et des injonctions à la précaution qui vont avec? Les femmes qui choisissent d'accoucher en maison de naissance ou à domicile tentent-elles de dénoncer et de renverser la culture dominante du risque? La notion de risque est-elle complètement évacuée, et par quels moyens? Ou est-elle présente, et comment justifient-elles dans ce cas leur choix?

Le fait que des femmes se distancient de la conception dominante de la naissance en termes de risques et font le choix d'un

4 Gilbert C. (2003), « La fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie*, 114/1, p. 55-72.

5 Lupton D. (1993), « Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health », *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 23/3, p. 425-35.

6 Les futurs pères et certains professionnels de la santé, en particulier des sages-femmes, sont aussi impliqués dans ce mouvement. C'est cependant la position particulière des mères qui sera analysée ici.

accouchement extrahospitalier est passionnant à analyser tant la culture du risque semble peser sur notre société; d'autant plus que les risques de l'accouchement sont perçus comme « socialement inacceptables » (Viisainen, 2000). En raison de la haute valeur accordée aux bébés à naître par les sociétés modernes, il est attendu des mères qu'elles préservent la santé du fœtus en appliquant les recommandations médicales, unique possibilité d'accéder au statut de « bonne mère » (Bessett, 2010). Selon Quéniart, les femmes deviennent alors les seules responsables de la bonne santé du fœtus et doivent, par leurs comportements adaptés, produire un « enfant parfait<sup>7</sup> ».

Selon les recherches existantes, les femmes qui accouchent en maison de naissance ou à domicile mettent en avant la capacité ancestrale des femmes à accoucher et critiquent ce qu'elles considèrent comme une médicalisation et une surveillance excessives de la naissance. Elles valorisent une conception de la naissance comme événement normal et repoussent le statut de patiente qu'implique le système de risque (Knibiehler, 2007; Jacques, 2007).

Je vais nuancer et compléter ces travaux en montrant qu'elles ne sont pourtant pas étrangères à une certaine culture du risque. L'objet de cet article est d'analyser et de qualifier leur construction d'une culture du risque alternative au modèle qui domine aujourd'hui les pratiques et les représentations autour de la naissance en montrant comment elles le justifient et l'incarnent dans leurs pratiques. Il s'agira aussi de pénétrer la boîte noire du risque en examinant quels risques spécifiques ces femmes valorisent dans leur processus de décision.

Une première partie sera consacrée à l'analyse de la critique de la culture dominante du risque par les femmes interviewées. Dans une seconde partie, j'analyserai leur référence à un risque individualisé pour prendre leurs décisions. Dans une troisième partie, j'exposerai les impacts d'une prise de décision marginale à travers les notions de responsabilisation et de stigmatisation.

## **Démarche empirique et caractéristiques des femmes interviewées**

Le recueil des données concerne la Suisse romande, pays pertinent pour analyser les choix qui se font autour du lieu d'accouchement. En effet divers lieux sont envisageables et pris en charge par l'assurance maladie de base : maternité, maison de naissance (un lieu géré exclusivement par des sages-femmes), accouchement à domicile. Un accouchement en clinique privée est possible, mais nécessite une assurance privée.

<sup>7</sup> Quéniart A. (1989), « Prévention des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité », *Déviance et société*, 13/4, p. 327-337, ici p. 331.

J'utilise dans cet article une partie des données recueillies dans le cadre de ma thèse de doctorat, ce qui constitue une étape préliminaire d'un travail de recherche en cours. Sur les dix-neuf entretiens semi-directifs réalisés à ce jour auprès de femmes ayant accouché en maison de naissance ou à domicile, j'utilise les onze entretiens que j'ai analysés en profondeur<sup>8</sup>. Ceux-ci concernent des mères entre 26 et 43 ans, en couple, avec un niveau de formation moyen à supérieur. Chacune a entre un et quatre enfants dont l'un au moins est né à domicile ou en maison de naissance (ou aurait dû l'être : trois femmes ont dû être transférées à la maternité). Tous les noms utilisés sont des pseudonymes afin de garantir l'anonymat des personnes interviewées.

J'ai conduit ces entretiens en 2012 et 2013. Ils ont été retranscrits intégralement puis j'ai procédé à une analyse de contenu thématique à la fois pour chaque entretien et de manière transversale<sup>9</sup>.

**Tableau 1** – Description des femmes interviewées

Pseudonyme	Âge	Nombre d'enfants et lieu(x) d'accouchement
Maé	30-35	1 enfant (maternité), 1 enfant (domicile), enceinte (prévu à domicile)
Jessica	30-35	4 enfants (domicile)
Sylvie	25-30	1 enfant (maison de naissance)
Aurélie	30-35	2 enfants (domicile)
Natacha	25-30	1 enfant (maison de naissance)
Maria	40-45	2 enfants (maison de naissance), 1 enfant (maison de naissance, transféré pour prématurité)
Chloé	30-35	1 enfant (maison de naissance, transféré à la maternité pour stagnation de la dilatation)
Magali	25-30	1 enfant (domicile)
Zora	35-40	1 enfant (maison de naissance, transféré à la maternité pour défaut d'expulsion)
Nathalie	30-35	1 enfant (maternité), enceinte (prévu en maison de naissance)
Carole	30-35	1 enfant (domicile)

<sup>8</sup> Mon corpus est encore davantage étendu puisqu'il comprend plusieurs mois d'observation ethnographique en maternité et en maison de naissance, ainsi qu'un total de soixante-treize entretiens auprès de professionnels et de femmes/couples dans le contexte d'accouchements à domicile, en maison de naissance et à l'hôpital.

<sup>9</sup> Étant donné le nombre réduit d'entretiens, je n'ai pas eu recours à un logiciel de traitement des données.

## Déconstruire le risque comme un élément déterminant des décisions

Une grande partie des personnes interviewées critiquent une perception de l'accouchement qui se ferait uniquement à travers le prisme du risque et souhaitent privilégier d'autres aspects de l'événement.

### *La naissance : un événement naturel et familial*

Les femmes interviewées se réfèrent au caractère ancestral et physiologique de la naissance. Selon Maé, la naissance doit être pensée comme un événement normal et quotidien :

Ça paraissait tellement simple, naturel, que c'était la vie courante [...]. C'est pas quelque chose que je considère comme risqué. C'est quelque chose de naturel, comme manger, aller aux toilettes. On est fait pour ça.

Les femmes décrivent également la naissance comme une expérience familiale qui doit rester ancrée dans le quotidien du foyer. Accoucher dans l'intimité de la famille renforcerait les liens familiaux et conjugaux. Pour Magali, accoucher à domicile était une occasion de séduire son compagnon, de l'impressionner par un accouchement sans analgésie. Les femmes ont insisté sur le rôle précieux et actif de leur conjoint pendant l'accouchement et pensent que celui-ci n'aurait pu avoir la même place à l'hôpital :

Je l'ai pas lâché, c'était un soutien énorme. Je pense que ça aurait été plus difficile à l'hôpital. Notre sage-femme était assise dans un coin à nous regarder [...], mais sans prendre du tout l'espace du couple, je trouvais ça super respectueux [Carole].

En se faisant discrète, la sage-femme aurait ainsi permis au père de prendre une place active lors de l'accouchement de sa compagne.

### *La naissance : une occasion d'empowerment*

L'accouchement extrahospitalier serait également important dans la vie d'une femme tant le fait d'accoucher « normalement », c'est-à-dire sans interventions médicales techniques permettrait un accomplissement personnel. Natacha le décrit en ces termes : « Je me sentais tellement forte, j'avais une monstre confiance en moi, j'ai mis un bébé au monde toute seule, j'étais hyper fière de moi ! » Selon ces femmes, cette sensation d'*empowerment* a des bénéfices dans l'estime de soi à court terme ; c'est-à-dire pour se faire confiance dans les soins à apporter au bébé ; et à plus long terme, y compris dans d'autres domaines (par exemple sur le lieu de travail).

### *Repousser le concept anxiogène de risque : une philosophie de vie*

De nombreuses femmes interviewées considèrent la culture dominante du risque comme étant anxiogène. Ne pas penser au risque et valoriser d'autres dimensions telles que la famille, le couple, la puissance du corps féminin seraient indispensables.

Plusieurs femmes replacent le risque de l'accouchement aux côtés d'autres risques qui sont pris quotidiennement sans être questionnés. Accepter les risques sans les conscientiser constituerait une stratégie efficace pour ne pas céder à l'anxiété et à la surmédicalisation :

Rien n'est sûr à 100%, c'est notre condition sur cette planète. J'ai accepté, comme j'accepte qu'il y ait d'autres choses qui peuvent mal se passer dans la vie. L'accouchement, ça fait partie de ça [...] c'est des manières de voir la vie [Carole].

À l'instar de Natacha, les femmes interviewées critiquent ainsi le monde médical qui conditionne les femmes au « système risque » dès la grossesse par la succession routinière des examens de dépistage. Suite à un double test douteux, le gynécologue-obstétricien de Natacha lui a suggéré de procéder à une amniocentèse. Elle a d'abord refusé, car elle était convaincue de la bonne santé du fœtus, puis s'y est finalement soumise, car elle n'arrivait plus à être sereine face à la possibilité d'un problème de santé chez son bébé. Suite à cet épisode, elle a décidé d'accoucher en maison de naissance :

J'avais le doute dans ma tête. Il y a un moment où j'étais prise dans ce système... de risques. Je sentais le risque tout le temps [...] j'étais révoltée de m'être laissée embarquer là-dedans. Après j'ai dit maintenant c'est fini, je retourne plus jamais, je sors de ce système. Et j'ai pris rendez-vous avec la sage-femme.

J'ai montré dans cette première partie que les personnes interviewées insistent sur le caractère naturel et familial de la naissance qui représente également une occasion de renforcer leur sentiment d'*empowerment*. L'anxiété suscitée par la culture dominante du risque peut être repoussée selon elles en adoptant une philosophie de vie particulière. Je constate pourtant, en marge de la littérature sociologique existante, que la notion de risque n'est pas évacuée dans leurs discours, mais qu'elles s'y réfèrent pour légitimer leur choix. Selon elles, les risques inhérents à un accouchement normal existent, mais ne justifient pas nécessairement qu'il se déroule à l'hôpital.

## Construire la légitimité du choix autour d'une gestion du risque responsable : une contestation de la culture dominante du risque

Dans cette seconde partie, je montrerai que l'enjeu pour les femmes interviewées est de prouver qu'un accouchement extrahospitalier est légitime en produisant un discours individualisé et réflexif sur le risque.

### *Stratégies de réduction des risques*

La plupart des personnes interviewées ont insisté sur leur prise en compte consciencieuse des risques et sur les protections opérantes qu'elles mettent en place lors de leur accouchement.

Premièrement, ces femmes posent des limites à une prise de risque qu'elles définissent comme acceptable. Ces limites sont basées sur le niveau de risque médical objectivable et prévisible de leur accouchement. La grossesse doit être physiologique et elles doivent être en bonne santé. Le lieu d'accouchement doit également ne pas être trop éloigné d'une maternité pour permettre un transfert rapide si besoin.

Deuxièmement, elles s'investissent dans ce qui devient un véritable projet-santé<sup>10</sup> de maintien d'un niveau de bas risques afin d'accéder à un accouchement hors du milieu hospitalier. Cela se traduit pour Maria par des activités physiques pour préparer le corps à l'accouchement :

C'est l'ascension du Mont-Blanc qu'il faut préparer (...) c'est de l'entraînement physique et cardio, et quadriceps et j'avais toute une préparation personnelle. J'allais voir des ostéopathes pour me faire manipuler, je me travaillais les ligaments par toucher vaginal, je pluchais mes légumes accroupie.

L'ensemble des personnes interviewées a participé à différents ateliers : yoga, préparation à la naissance, sophrologie, haptonomie, etc. Elles sont également nombreuses à avoir privilégié la consommation de certains aliments, eu recours à l'homéopathie, ou encore sélectionné des lectures pour se préparer physiquement et psychologiquement.

Troisièmement, il s'agit de passer par un processus de construction de la confiance en soi. Les sensations de la parturiente seraient un signal d'alerte efficace : « Si quelque chose cloche, je le sentirai », pense Maé.

Quatrièmement, le processus de construction de la confiance se consolide autour des ressources médicales. C'est parce qu'elles sont

<sup>10</sup> Caiata-Zufferey M., « Droits, devoirs et dilemmes des femmes à risque génétique de cancer », dans ce numéro, p. 53.



à disposition pour détecter le risque et prendre en charge la pathologie que ces femmes disent pouvoir accoucher en dehors d'un hôpital. La confiance envers les compétences médicales de la sage-femme est valorisée comme le mentionne Maé : « Surtout je fais une grande confiance en la sage-femme, dans ses capacités de détecter aussi. » Cette confiance est renforcée par la relation qui se noue entre la femme et sa sage-femme dans le cadre du suivi global (c'est-à-dire un suivi par une même personne de la grossesse jusqu'au post-partum). La personnalité et l'expérience de la sage-femme choisie sont importantes. C'est ce qui a finalement décidé Magali à accoucher à la maison :

Je l'ai googleisé et un article la présentait comme quelqu'un qui faisait des arts martiaux et qui avait été longtemps sage-femme dans des missions humanitaires. Je me suis dit : « c'est une warrior, elle a tout vu, tout connu », et j'étais hyper en confiance entre ses mains.

La présence du matériel médical l'a aussi rassurée : « Les sages-femmes amènent le gros matos, oxygène et tout. Ça m'avait pas mal détendue. » Plus largement, l'ensemble des personnes interviewées insiste sur l'efficacité du médical pour dépister la pathologie et la prendre en charge. Ces femmes distinguent les risques des accouchements à domicile du passé et ceux d'aujourd'hui qui bénéficient des avancées technologiques et des connaissances médicales. Nathalie l'évoque en ces termes :

Il y a suffisamment maintenant de techniques hospitalières qui fait que c'est vite pris en charge s'il y a un risque [...]. Moi je suis assez rassurée d'être là, de vivre à ce moment-là, parce qu'il y a de la sécurité, la possibilité de faire venir l'ambulance rapidement [...] il y a beaucoup de précautions qui sont prises.

Le risque actuel est ainsi considéré comme infime et contrôlable. La plupart de ces femmes produisent un discours critique de la médicalisation de la naissance, tout en l'intégrant à leurs pratiques. Un accouchement à domicile ne signifie pas une démedicalisation de la grossesse et de l'accouchement puisqu'elles procèdent aux examens de dépistage, qu'elles sont accompagnées par une sage-femme qui utilise des connaissances et des pratiques médicales et qu'elles accepteraient un transfert à l'hôpital si nécessaire. Elles sont plutôt à la recherche d'une forme de médicalisation différente, que les analyses qui suivent nous permettront de qualifier.

*Développer un processus d'objectivation du risque médical...*

Les femmes interviewées considèrent qu'accoucher en dehors de l'hôpital peut constituer une protection contre des risques médicaux. Elles ont une certaine méfiance de l'univers hospitalier qui ne serait pas uniquement gouverné par les risques. Dans leur raisonnement actif pour gérer leurs risques en accouchant à domicile, elles tentent d'objectiver leur risque médical.

Premièrement, elles estiment que le savoir médical est issu d'une construction sociale. La médicalisation et la gestion des risques relèvent ainsi pour Chloé d'une forme d'idéologie moderne : « Tout ce qui est médical est vénéré pas mal. C'est une nouvelle religion d'une certaine manière. » La confiance qui est accordée *a priori* aux médecins est liée selon elle à cette domination culturelle de la médecine dans les sociétés contemporaines.

Deuxièmement, elles dénoncent l'existence d'effets iatrogènes. Plusieurs évoquent les maladies nosocomiales auxquelles sont exposés les nouveaux-nés à l'hôpital. Le risque d'infection serait réduit dans un accouchement extrahospitalier puisque l'organisme « connaît » les microbes en présence. Des effets iatrogènes seraient également induits par une culture médicale traditionnellement interventionniste qui aurait conduit à surmédicaliser l'accouchement par une utilisation routinière des techniques. Une première intervention peut créer un cercle vicieux d'interventions en cascade.

Les femmes interviewées déconstruisent des décisions hospitalières qui seraient parfois prises sans justification médicale. D'autres dimensions seraient implicitement intégrées aux schémas décisionnels comme les intérêts financiers ou le confort du professionnel. Ces femmes font confiance à leur sage-femme pour prendre des décisions justifiées par une indication médicale. Elles pensent que la sage-femme partage leur vision de la naissance naturelle dont la physiologie doit être préservée. Elles sont donc convaincues que si la sage-femme pense qu'il est nécessaire d'agir médicalement, ce sera pour une bonne raison, c'est-à-dire fondée sur une nécessité médicale absolue guidée par les risques médicaux. De plus, elles se sentent protégées par la vocation et le dévouement des sages-femmes qui sont traditionnellement attachées à la pratique de l'accouchement extrahospitalier. Pour Sylvie : « C'était un risque d'aller à l'hôpital. On ne sait pas sur qui on tombe [...] le médecin est un peu pressé, bon césarienne [...] Non non, j'ai pas confiance. » Les discours des femmes sur les risques iatrogènes (interventions en cascade, impact de la routine institutionnelle, exposition à des agents pathogènes non familiers, etc.) sont mentionnés dans la littérature médicale (Olsen, Clausen 2012 en fournissent de nombreuses illustrations) et sociologique (Carricaburu, 2005 ; Davis-Floyd, 2001) et questionnent une partie des médecins et des institutions aujourd'hui. Selon les femmes

interviewées, ces réflexions sont cependant menées de façon insuffisante puisque faiblement intégrées dans le fonctionnement du système obstétrical actuel.

Troisièmement, elles ne se sentent pas forcément concernées par la prise en charge hospitalière conçue pour une population générale de femmes en fonction de données épidémiologiques et d'une gestion communautaire des risques. Comme cela a déjà été montré, notamment à propos des résistances à la vaccination, certains individus veulent se distancer de cette forme collective de gestion des risques et un décalage se crée alors entre « l'intérêt de la communauté, promu par la santé publique, et les attentes individuelles<sup>11</sup> ». En ce sens, les femmes interviewées privilégient une démarche active et individuelle de gestion des risques.

Ces femmes cherchent à déterminer leur niveau de risque médical personnel en triant les données médicales afin de bénéficier d'une prise en charge sur mesure et moins médicalisée. Elles remettent en question les experts qui n'ont plus le monopole de l'objectivation des risques et ont en ce sens une vision autonomisée du monde médical.

*... couplé à un mouvement de subjectivation du risque médical*

L'effort d'objectivation des risques ne suffit pas à analyser le discours des femmes interviewées : ceux-ci sont traversés en parallèle par un processus de subjectivation des risques. Elles valorisent leurs valeurs et la prise en compte du vécu qui sont selon elles peu intégrées aux schémas dominants de classification du risque. Pour elles, le monde médical donne en effet beaucoup de poids aux risques médicaux rares, mais graves, et délaisse les risques non médicaux relatifs à l'impact psychologique et au vécu de la mère et du bébé. En accouchant à domicile, elles savent que la sage-femme pourra considérer leurs peurs, leurs envies, leurs valeurs, comme autant de paramètres redéfinissant la balance coût-bénéfice pour en faire un design sur mesure.

Si chacune des interviewées met plus l'accent sur certains risques, on retrouve des dimensions communes à toutes. La première est celle qui regroupe les atteintes au corps maternel (typiquement l'épisiotomie, ou la césarienne) qui peuvent être vécues comme très violentes. Maé, qui a vécu son épisiotomie comme un viol, revendique que « dans un tout autre milieu que la naissance, on dirait que couper le sexe d'une femme c'est un acte barbare. Et là ça passe et personne ne dit rien ».

Une seconde dimension évoquée notamment par Aurélie est le vécu de l'enfant qui peut être mis à mal par les interventions

<sup>11</sup> Burton-Jeangros C., Golay M., Sudre P. (2005), « Adhésion et résistance aux vaccinations infantiles : une étude auprès de mères suisses », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 53/4, p. 341-350, ici p. 343.

médicales (provocation de l'accouchement, césarienne, accouchement instrumenté) :

Tu as beaucoup plus de risques d'avoir de petits problèmes à l'hôpital, mais en cas de gros problèmes tu es plus sécurisée. Mais tu as beaucoup plus de chances d'avoir des forceps, des... C'est le truc qui m'a le plus dissuadée. J'ai pas envie que mon bébé soit arraché aux forceps, j'ai pas envie de lui infliger ça.

Les risques pour l'attachement mère-enfant dans les situations de césarienne où la mère et l'enfant sont séparés sont également évoqués.

Ces personnes déconstruisent le risque vital et rare comme élément déterminant des décisions pour privilégier d'autres aspects comme le respect du corps de la femme (en limitant les interventions médicales et techniques) et la valorisation du vécu de l'enfant et de la mère. Une petite partie des femmes interviewées déclare accepter une part accrue de risque vital en accouchant à domicile ou en maison de naissance pour privilégier la réduction de risques jugés acceptables par le monde médical. Magali explique qu'elle avait des angoisses concernant la santé de son bébé pendant son accouchement à domicile : elle cite « le cordon autour du cou, l'accouchement trop long où le bébé souffrirait du cœur, des histoires de bébés qui respiraient mal ». Quand la chercheuse lui demande si elle a l'impression d'avoir pris plus de risques, elle répond : « Oui. Par contre, j'ai l'impression d'avoir permis à mon bébé d'être moins agressé dans ses premières heures de vie. Du coup ça compensait. Ça permettait de gagner quelque chose de passer par ça. » Pour certaines interviewées, une prise de risque médicale accrue, si elle est raisonnable, peut ainsi être compensée par une amélioration du bien-être de la maman et du bébé.

Comme je l'ai montré dans cette deuxième partie, contester la culture dominante du risque passe d'une part par le déploiement de stratégies pour réduire le risque médical et l'incertitude ; et d'autre part par un double mouvement d'objectivation et de subjectivation des risques médicaux. Objectiver les risques signifie démontrer, en recourant à une analyse rationnelle fondée sur un modèle réflexif semblable à celui de la recherche médicale, que les risques médicaux sont plus importants lors d'un accouchement intrahospitalier. Accoucher en dehors de l'hôpital devient un moyen de se protéger du risque médical. Subjectiver les risques signifie introduire une dimension personnelle dans la hiérarchisation des risques, et laisser de la place à des risques non médicaux en fonction de ses valeurs individuelles. Accoucher en dehors de l'hôpital devient un moyen de se protéger des risques non médicaux jugés importants.

Ce double mouvement d'objectivation et de subjectivation des risques amène ces femmes à définir une échelle du risque personnalisée à la fois en fonction de leur risque médical personnel et de leurs valeurs individuelles. La place importante occupée par le risque dans le discours de ces femmes est en partie liée, selon moi, à l'impossibilité de produire une argumentation convaincante qui ne s'y réfère pas. Bryant *et al.* ont décrit cette existence d'une « obligation sociale très forte de réduire le risque et de faire un choix le plus sûr, le plus convenable et approprié moralement<sup>12</sup> ». Ces femmes ont intégré qu'une légitimation de leur choix implique d'être capable de produire un discours sur le risque et de ne pas se cantonner aux aspects de valorisation de l'accouchement comme événement naturel.

### Être seule face à sa responsabilité individuelle : un risque moral

La troisième partie est consacrée à la dimension morale et normée qui accompagne les choix autour de l'accouchement.

#### *Stigmatisation et intériorisation de l'individualisation de la responsabilité*

Selon l'expérience des femmes interviewées, le monde médical porte des appréciations morales sur les décisions autour de l'accouchement. L'image de la « bonne mère » serait mise en jeu, la dimension du risque médical grave pour la mère et l'enfant faisant figure de catalyseur. Carole rapporte sa discussion avec sa gynécologue lorsqu'elle lui a annoncé qu'elle envisageait l'accouchement à domicile :

Elle m'a dit : « Les femmes qui font ça, je pense qu'elles mettent en péril leur vie et celle de leur enfant [...] Il y a vraiment beaucoup de choses qui peuvent se passer mal, chaque seconde où l'enfant manque d'oxygène est cruciale. » Donc à dire ça... mais surtout que je suis presque une mère indigne de prendre de tels risques pour mon enfant.

Par leur choix marginal, ces femmes contestent directement la dimension morale qui participe à bâtir une frontière entre un risque considéré comme socialement acceptable et un autre qui ne l'est pas.

Ce positionnement les confronte au danger moral évoqué par Lupton<sup>13</sup>. Elles subissent le jugement de leur entourage médical,

<sup>12</sup> Bryant J. *et al.* (2007), « Caesarean Birth: Consumption, Safety, Order, and Good Mothering », *Social Science & Medicine*, 65/6, p. 1192-1201, ici p. 1200, ma traduction.

<sup>13</sup> Deborah Lupton, « Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health », *op. cit.*

mais aussi familial et amical qui exerce une pression sur leur choix et les confrontent au doute. Chloé trouvait « difficile » de se sentir « complètement en paix avec une décision marginale [...] On nous rappelle qu'en gros on risque de tuer notre bébé si on n'est pas sur-médicalisée [...]. Ça a généré des formes de doutes, parce que tu te dis qu'est-ce qui se passe s'il y a un pépin ? J'ai eu cette ambivalence tout le long ».

Leur réflexivité participe aussi à les déstabiliser dans leur raisonnement. Pour Magali, l'accouchement à domicile « n'allait pas de soi ». Elle relève qu'elle a été d'autant plus seule dans la décision que sa sage-femme a peu accepté son ambivalence et son besoin de rationaliser :

Ma sage-femme me disait : « Il faut décider et puis après ça ira. » Mais moi ça m'énervait un peu, j'avais quand même besoin de discuter, qu'est-ce qui se passe s'il se passe ça ? et ça ? J'avais besoin d'avoir des éléments un peu rationnels.

La prise de risque médical dans un accouchement en dehors d'un hôpital est considérée par la majorité de l'entourage de ces femmes comme inacceptable. En cas de problème, la responsabilité devra être imputée aux mères qui ont délibérément pris un risque déraisonnable<sup>14</sup>. La communauté ne peut partager avec elles la responsabilité d'un choix pris en marge des recommandations médicales qui sont considérées comme les seules références légitimes. Aurélie décrit en ces termes le poids de la responsabilité dans ce contexte :

C'est pas tellement que ce soit plus dangereux, c'est que si ça se passe mal, comment tu te le pardonnes ? Alors qu'à l'hôpital, tu te demandes comment tu le pardonnes aux autres, mais bon c'est pas pareil.

Les femmes qui font le choix d'accoucher en dehors d'un hôpital ont intériorisé cet impératif à assumer seules leur décision. Elles ne le vivent pas comme une norme sociale qui s'est imposée à elles.

Ce devoir d'une responsabilisation individuelle des femmes qui accouchent en maison de naissance ou à domicile a comme corollaire la difficulté pour elles de promouvoir leur choix marginal.

<sup>14</sup> Si les pères sont souvent impliqués dans la décision de l'accouchement extrahospitalier, les femmes interviewées insistent sur leur statut particulier : ce sont elles qui portent l'enfant, subissent les examens et sur lesquelles on fait porter le plus le poids du contrôle social.

### *La dépolitisation comme stratégie d'évitement du stigmaté ?*

La valorisation d'une décision individualisée se traduit également chez ces femmes par la difficulté à promouvoir l'accouchement extrahospitalier auprès d'autres femmes. Leur décision étant personnelle, elles valorisent le maintien d'une attitude neutre, à l'image du positionnement d'Aurélie :

Je ne conseille à personne l'accouchement à domicile. Je ne prends pas cette responsabilité [...] C'est comme un choix qui engage trop de choses. C'est un choix qui doit être entièrement libre. Je peux dire « c'est génial » mais je ne peux pas dire « fais-le ».

Magali met en avant le potentiel « agressif des revendications » en lien avec le lieu d'accouchement :

C'est une énorme décision [...] je ne voulais pas rentrer dans ce discours de propagande, je trouvais que c'était vraiment notre choix, je ne voulais pas attaquer la décision des autres.

Leurs convictions et décisions autour de la naissance ne sont donc applicables que pour elles et pour cet accouchement en particulier, puisque ces convictions sont basées sur une individualisation de leur risque à un moment donné. Aurélie déclare par exemple avoir fait la balance des risques à chaque grossesse avant de choisir le lieu de l'accouchement.

Les principes de non-jugement et de relativité des choix quant à la gestion des risques sont érigés en principe fondateur puisque dépendant de valeurs individuelles. Si ces femmes insistent sur l'importance que revêt pour elles leur décision d'accoucher à la maison ou en maison de naissance, elles produisent rarement des discours engagés publics, ou même dans leur entourage, pour promouvoir ce mode d'accouchement. Cet impératif de neutralité représente également une manière de justifier leur désengagement, dont une des fonctions est sans doute d'éviter d'être soi-même jugée. Leur renoncement à politiser leur positionnement peut-être une stratégie d'évitement du stigmaté. Ainsi, même si en Suisse les accouchements à domicile et en maison de naissance sont facilement accessibles, le risque moral d'un tel choix se pose aux parents d'une manière semblable à ce qu'observe Viisainen (2000) à propos de la Finlande, qui n'a pas légalisé (ou entrave par divers moyens) ce type d'accouchement. La nécessité de se protéger du stigmaté est révélatrice de la présence de normes sociales contraignantes exprimées à travers la culture médicale et relayées par les acteurs profanes. C'est en effet bien par leur entourage, qui s'appuie sur un savoir médical reconnu comme universellement légitime, que le contrôle social est exercé. Ce constat

s'inscrit dans l'analyse de Clarke *et al.* à propos du processus de biomédicalisation qui consiste en une surveillance diffuse par la société des choix et comportements individuels à propos de la santé et qui impose une responsabilité sociale d'être en bonne santé<sup>15</sup>.

Comme je l'ai montré dans cette troisième partie, discuter la hiérarchisation des risques socialement acceptables implique de s'exposer à un jugement moral qui contraint la mère à assumer seule la responsabilité de ses choix. Leur valorisation de l'individualisation des décisions conduit ces femmes à ne pas produire de discours publics sur leur choix, stratégie qui comporte une fonction de protection contre le stigmate associé à un accouchement extrahospitalier.

## Conclusion

Pour les personnes interviewées, l'accouchement doit être considéré comme *a priori* physiologique. Ne pas se référer uniquement au risque pour prendre des décisions amène des formes de satisfaction variées pour la famille, le couple et la femme elle-même.

Cependant, c'est aussi autour du risque que ces femmes construisent leurs discours relatifs à leur décision d'accoucher en dehors d'un hôpital. Elles récusent la hiérarchisation dominante des risques qui est produite par le monde médical et adoptent une culture du risque alternative, que je qualifie de « culture du risque personnalisée ».

Il s'agit d'une culture du risque, car ces femmes appréhendent leurs décisions à travers le prisme de risque qui est associé à une volonté d'anticipation; leur position est typique de la « culture du risque » décrite par Giddens comme « un aspect culturel fondamental de la modernité, par lequel la conscience des risques encourus devient un moyen de coloniser le futur<sup>16</sup> ». Elle est alternative, car elles produisent une déconstruction des risques médicaux dominants par leur objectivation. C'est en s'appuyant sur un raisonnement logique et rationnel, calqué sur le modèle médical, qu'elles renforcent leur argumentaire. Le risque n'est pas qu'une contrainte, mais peut ainsi constituer une ressource pour des femmes informées et qui ont pour la majorité un haut niveau d'éducation et appartiennent à un milieu social plutôt favorisé. Elles deviennent des expertes en gestion des risques par une vision critique du médical qui leur permet de trier les informations.

Ensuite, je qualifie cette culture du risque de personnalisée, car ces femmes individualisent la hiérarchisation des risques selon

<sup>15</sup> Clarke A. *et al.* (2003), « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and US Biomedicine », *American Sociological Review*, 68/2, p. 161-194.

<sup>16</sup> Giddens A. (1991), *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge, Polity Press, p. 244.



leurs valeurs en subjectivant les risques. Elles prennent en compte des risques médicaux considérés comme illégitimes, ou de moindre importance, par les médecins (les infections nosocomiales par exemple) ainsi que des risques non médicaux (le vécu émotionnel de la mère et de l'enfant) qu'elles estiment délaissés par le milieu médical dans les calculs coûts-bénéfices.

La culture du risque personnalisée implique le refus d'une prise en charge standardisée et basée sur une médecine fondée sur les preuves (*Evidence-Based Medicine*) qui suppose que la prise en charge hospitalière soit applicable à toutes. Selon les interviewées, les connaissances médicales doivent servir à personnaliser la prise en charge en individualisant les décisions qui sont prises sur la base de risques médicaux calculés pour un groupe donné. De plus, les risques pris en compte doivent être élargis à des risques non médicaux, en fonction des désirs, des peurs et des valeurs de la parturiente; ce qui correspond aux principes bioéthiques modernes qui valorisent l'autodétermination et l'autonomie des patientes (García, Timmermans, van Leeuwen, 2008).

Ces femmes se positionnent comme des individus typiques de la société moderne décrite par Giddens (1994), c'est-à-dire comme des personnes réflexives face à la science et à la médecine, capables de remettre en question les experts et les savoirs faisant autorité (*authoritative knowledge*). Les « savoirs faisant autorité » sont désignés comme légitimes par les membres d'une société; en ce qui concerne la naissance, ils sont représentés par la biomédecine (Jordan, 1997). Ces femmes incarnent en ce sens le mouvement d'égalisation des relations soignants-soignés (Adam, Herzlich, 2007; Pierron, 2007) et questionnent les frontières entre « experts » et « profanes ».

Si elles résistent en partie à la médicalisation, la désinstitutionnalisation de leur accouchement ne signifie pas sa démedicalisation. Leur bonne santé et celle de leur bébé-à-naître est un projet à atteindre (au sens de Crawford, 1994) et elles agissent pour préserver la physiologie de leur accouchement. J'ai trouvé peu de discours contestataires de la part de ces femmes, par exemple en comparaison à ceux de certains fumeurs qui revendiquent le droit à prendre des risques pour leur santé (Peretti-Watel, 2012). Cela est probablement lié au fait que les mères prennent des décisions qui engagent leur enfant à naître. Leur critique de la culture dominante des risques n'est ainsi pas véritablement subversive, d'autant plus qu'elles produisent peu de discours militants pour promouvoir leur position.

Cette non-politisation de leurs discours est à intégrer dans un contexte de jugements normatifs que toutes les femmes interviewées ont décrit. En ne publicisant par leurs décisions, elles sont moins *dis-créditables* et se protègent du stigmate (Goffman, 1975).

La médecine continue ainsi à contribuer à définir ce qui est socialement acceptable. La seule manière de faire face pour ces femmes

qui font un choix à la marge est d'accomplir un travail de légitimation qui passe par la production d'un discours réflexif autour d'une gestion du risque responsable en accord avec les savoirs faisant autorité. En démontrant que leur attitude est rationnelle et qu'elles cherchent à maintenir le bien-être de leur bébé, elles évitent d'être étiquetées comme « déviantes », c'est-à-dire dans leurs cas comme de « mauvaises mères ». Ces femmes ne peuvent pas se départir complètement de la « culture du risque » et des catégories dominantes, mais doivent s'y référer en se les réappropriant, pour continuer à agir.

### Bibliographie

- Adam P., Herzlich C. (2007), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin.
- Allemand S. (2002), « Les paradoxes d'une "société du risque" », *Sciences humaines*, 2/124.
- Amalberti R. (2009), « La gestion des risques... en général et en obstétrique : un chemin pavé d'ambiguïtés », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 38/6, p. 456-458.
- Beck U. (2003), *La société du risque: Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion.
- Bessett D. (2010), « Negotiating Normalization: The Perils of Producing Pregnancy Symptoms in Prenatal Care », *Social Science & Medicine*, 71/2, p. 370-377.
- Bitouzé V. (2001), *Le fœtus, un singulier patient. Espoirs et doutes chez les soignants de médecine fœtale*, Paris, Seli Arslan.
- Bryant J. et al. (2007), « Caesarean Birth: Consumption, Safety, Order, and Good Mothering », *Social Science & Medicine*, 65/6, p. 1192-1201.
- Burton-Jeangros C., Golay M., Sudre P. (2005), « Adhésion et résistance aux vaccinations infantiles : une étude auprès de mères suisses », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 53/4, p. 341-350.
- Carricaburu D. (2005), « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 47/2, p. 245-262.
- Clarke A. E. et al. (2003), « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and US Biomedicine », *American Sociological Review*, 68/2, p. 161-194.
- Crawford R. (1994), « The Boundaries of the Self and the Unhealthy Other: Reflections on Health, Culture and AIDS », *Social Science & Medicine*, 38/10, p. 1347-1365.
- Davis-Floyd R. (2001), « The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75/Suppl. 1, p. S5-S23.
- Douglas M., Wildavsky A. (1983), *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*, Berkeley, University of California Press.
- García E., Timmermans D. R. M., van Leeuwen E. (2008), « Rethinking Autonomy in the Context of Prenatal Screening Decision-Making », *Prenatal Diagnosis*, 28/2, p. 115-120.

- Giddens A. (1991), *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge, Polity Press.
- Giddens A. (1994), « Living in a Post-Traditional Society », dans Beck U., Giddens A., Lash S. (dir.), *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, Cambridge, Polity Press, p. 56-109.
- Gilbert C. (2003), « La fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie*, 114/1, p. 55-72.
- Goffman E. (1975), *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit (Le sens commun).
- Hanselmann V., von Greyerz S. (2013), « Accouchements par césarienne en Suisse. Rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935) », Berne, Office fédéral de la santé publique.
- Jacques B. (2007), *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF.
- Jordan B. (1997), « Authoritative Knowledge and its Construction », dans Davis-Floyd R. E., Sargent C. F., Rapp R. (dir.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press, p. 55-79.
- Knibiehler Y. (2007), *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du xx<sup>e</sup> siècle*, Rennes, ENSP.
- Lane K. (1995), « The Medical Model of the Body as a Site of Risk: A Case Study of Childbirth », dans Gabe J., *Medicine, Health and Risk: Sociological Approaches*, Oxford, Blackwell, p. 53-72.
- Lupton D. (1993), « Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health », *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 23/3, p. 425-435.
- Lupton D. (2006), « Sociology and risk », dans Gabe M., Walklate S. (dir.), *Beyond the Risk Society: Critical Reflections on Risk and Human Security*, Maidenhead, Open University Press, p. 11-24.
- Nelkin D. (1989), « Communicating Technological Risk: The Social Construction of Risk Perception », *Annual Review of Public Health*, 10/1, p. 95-113.
- Olsen O., Clausen J. A. (2012), « Planned Hospital Birth Versus Planned Home Birth », *The Cochrane Library*, 9.
- Peretti-Watel P. (2012), « La cigarette du pauvre : enquête auprès des fumeurs en situation précaire », *Recherche, santé, social*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Pierron J.-P. (2007), « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, 25/2, p. 43-66.
- Quéniant A. (1989), « Prévention des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité », *Déviance et société*, 13/4, p. 327-337.
- Viisainen K. (2000), « The Moral Dangers of Home Birth: Parents' Perceptions of Risks in Home Birth in Finland », *Sociology of Health and Illness*, 22/6, p. 792-814.
- WHO (1996), « Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in Normal Birth: A Practical Guide », (WHO/FRH/MSM/96.24), Geneva, World Health Organization.