

Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande

GOUILHERS, Solene

Abstract

Si l'accouchement est défini comme un moment à risque, des controverses autour du niveau de sa technicisation prennent cependant de l'ampleur. Ma thèse s'inscrit dans cette actualité en analysant les modalités de régulation de l'accouchement par des dispositifs concurrents : accouchement intra et extra hospitalier. Je questionne l'usage des techniques, de la médecine et du risque sur la reproduction, en me défaisant de l'idée qu'ils représentent a priori une contrainte pour les femmes, mais en analysant ce qu'ils produisent. J'ai ainsi conduit une ethnographie comparée en Suisse romande auprès de professionnel.le.s et de parturientes. Mettre en évidence les points d'achoppements et de similarités des dispositifs rend compte de comment ils font système, avec ce que cela comprend d'ajustements, de compromis et de rapports de force. Cette thèse invite à renouveler la recherche sur le risque dans le domaine de la naissance, en insistant sur l'importance de se centrer sur les usages.

Reference

GOUILHERS, Solene. *Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande*. Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2017, no. SdS 63

URN : <urn:nbn:ch:unige-1017304>

DOI : [10.13097/archive-ouverte/unige:101730](http://dx.doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:101730)

Available at:

<http://archive-ouverte.unige.ch/unige:101730>

Disclaimer: layout of this document may differ from the published version.



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande

THÈSE

présentée à la Faculté des sciences de la société
de l'Université de Genève

par

Solène Gouilhers-Hertig

sous la codirection de

professeure Mathilde Bourrier et
professeure Claudine Burton-Jeangros

pour l'obtention du grade de
Docteur ès sociologie

Membres du jury de thèse:

Mme Danièle CARRICABURU, Professeure, Université de Rouen, France
Mme Delphine GARDEY, Professeure, Université de Genève, présidente du jury
Mme Irene MAFFI, Professeure, Université de Lausanne, Suisse

Thèse no 63

Genève, 29 juin 2017

La Faculté des sciences de la société, sur préavis du jury, a autorisé l'impression de la présente thèse, sans entendre, par-là, émettre aucune opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées et qui n'engagent que la responsabilité de leur auteur.

Genève, le 14 février 2015

Le doyen

Bernard DEBARBIEUX

Table des matières

Résumé xi

Remerciements..... xiii

Introduction générale..... 1

Partie 1 Etudier l'accouchement dans une « société du risque » : controverses, enjeux théoriques et dispositif méthodologique..... 7

Chapitre 1 L'accouchement comme cas typique des transformations du champ de la santé 9

1 Accoucher au XVIIIe siècle ou au XXIe siècle : entre continuités et bouleversements 9

1.1. « Le grand déménagement » : du domicile vers l'hôpital (XVIIIe – XXe siècle). 9

1.2. Sortir à nouveau de l'hôpital ? Mouvements contestataires et « humanisation » des maternités (1960-2016).....13

2 Accoucher dans une « société du risque »17

2.1. De la distinction du normal et du pathologique à la classification des risques .17

2.2. Médecine, risques et techniques : instruments d'aliénation ou outils d'émancipation ?.....24

3 Controverses scientifiques: vers une reconfiguration de l'obstétrique ?.....30

Chapitre 2 Gouverner l'accouchement par le risque.....37

1 Approche théorique et concepts37

1.1. Vers l'analyse des usages.....37

1.2. L'approche socio-culturelle des risques : articuler le niveau structurel et individuel.....41

2 Questions de recherche47

Chapitre 3 Dispositif méthodologique.....51

1 Le cas suisse : une multiplicité de possibilités pour une diversité de situations51

2 Recueil des données.....55

2.1. Des dispositifs qui font système : multiplier les angles de vue55

2.2. La Maternité : ethnographie d'un milieu hospitalier.....61

2.2.1 *Une maternité de référence : présentation du terrain.....61*

2.2.2 *Présentation des données produites63*

2.3. La Maison de Naissance, l'accouchement à domicile et autres lieux : ethnographies de milieux extrahospitaliers65

2.3.1 *Une maison de naissance récente et à proximité de l'hôpital65*

2.3.2 *Présentation des données produites67*

2.3.3	<i>Diverses observations : faire « feu de tout bois » pour pallier les difficultés d'entrée</i>	68
2.4.	Les entretiens : récolter des informations, combiner pratiques et discours	69
	Conclusion de la première partie	73
	Partie 2 Du risque intolérable à surveiller, au moment magique à préserver.	75
	Chapitre 4 Construction du risque: « c'est toujours un risque parce que ce n'est pas tolérable »	77
1	Des risques incontestables et incontestés : un discours dominant	77
1.1.	Démonstration par les preuves scientifiques	77
1.2.	Démonstration discursive par l'expérience	79
1.3.	Le corps de la femme enceinte comme « bombe à retardement »	83
2	Des risques construits comme intolérables	88
2.1.	La mère et l'enfant, des êtres innocents à haute valeur symbolique	88
2.2.	Des complications rendues impossibles, invisibles et anachroniques par le progrès médical	89
	Conclusion du chapitre 4	91
	Chapitre 5 Construction du moment magique : « un des plus beaux jours de votre vie »	93
1	Un évènement extraordinaire et transcendant	93
2	L'accouchement comme acquisition d'un nouveau statut	96
2.1.	De femme à mère	96
2.2.	D'homme à père	98
2.3.	De couple à famille	99
2.4.	De fœtus à personne	101
3	Le « mal joli » : des sensations à éprouver dans son corps	102
3.1.	Une douleur qui a du « sens »	102
3.2.	Une douleur tolérable	103
3.3.	Des sensations agréables: « the best-kept secret » ?	107
4	Un processus physiologique	110
	Conclusion du chapitre 5	114
	Chapitre 6 Entre risque intolérable à surveiller et moment magique à préserver : tensions et tentatives de conciliation	117
1	Tendre vers une incertitude maîtrisée	117
2	Tendre vers une incertitude normalisée	125
	Conclusion du chapitre 6	130
	Conclusion de la deuxième partie	133

Partie 3 Gouverner l'accouchement par le risque : surveillance et catégorisations dans le contexte hospitalier	137
Chapitre 7 La construction formelle des risques : le cadre protocolaire.....	139
1 La fabrication des protocoles.....	139
1.1. Une standardisation globale : l'evidence-based-medicine comme impératif ..	139
1.2. Une standardisation locale pour réduire l'incertitude	141
1.2.1 <i>Une classification des risques définie.....</i>	<i>141</i>
1.2.2 <i>Un monopole des médecins responsables.....</i>	<i>143</i>
2 Une régulation perçue comme nécessaire	148
2.1. Un pilier de la « culture de la sécurité ».....	148
2.1.1 <i>Protéger les parturientes et les fœtus.....</i>	<i>148</i>
2.1.2 <i>... et protéger les professionnelles</i>	<i>152</i>
2.2. Réglementer et standardiser : une nécessité organisationnelle	152
2.2.1 <i>Homogénéiser les pratiques.....</i>	<i>153</i>
2.2.2 <i>Contrôler la temporalité de la naissance.....</i>	<i>155</i>
Conclusion du chapitre 7.....	158
Chapitre 8 La construction des risques en acte : gouverner l'accouchement.....	161
1 Des corps de parturientes sous surveillance : le biopouvoir en salle d'accouchement	162
1.1. Une surveillance omniprésente, omnisciente et rationalisée : une « médecine de monitoring » ?	162
1.1.1 <i>Une surveillance omniprésente</i>	<i>162</i>
1.1.2 <i>Une surveillance omnisciente.....</i>	<i>169</i>
1.1.3 <i>Une surveillance rationalisée.....</i>	<i>171</i>
1.2. Quand le normal ne suffit plus : des résultats parfaits de surveillance comme objectif	173
1.2.1 <i>Les courbes de dilatation</i>	<i>174</i>
1.2.2 <i>Les poussées actives.....</i>	<i>176</i>
1.2.3 <i>Les tracés de monitoring.....</i>	<i>180</i>
1.3. Entre auto-surveillance et anxiété: les parturientes face à la surveillance	186
2 Des professionnelles sous surveillances: gouverner par l'argumentation	192
2.1. Développer « son sens clinique » : un impératif soumis à un travail de justification.....	193
2.2. « Documenter tout ce qu'on fait tout le temps » : se justifier pour se protéger des risques médico-légaux	198
2.3. Le colloque comme instance de régulation des pratiques	204
3 La gestion des risques en contexte	210

3.1.	Le cas de la pratique privée : une définition du risque élargie	210
3.2.	Quand la définition du risque est contingente à sa responsabilité : la coordination interservices	214
3.3.	La gestion du risque sous la contrainte des conditions matérielles : « Il faut que ça accouche, on ne peut pas le nier ».....	215
	Conclusion du chapitre 8.....	221
	Conclusion de la troisième partie.....	225
Partie 4 Négociations et gouvernement des corps dans le contexte hospitalier		
229		
Chapitre 9 Sages-femmes et médecins : entre rapport de force normalisé et pratiques à couvert.....		
231		
1	L'illusion d'un ordre négocié: les juridictions professionnelles entre sages-femmes et médecins.....	231
1.1.	La physiologie, juridiction des sages-femmes.....	231
1.2.	Les « zones de gris » : une juridiction partagée ?.....	234
1.2.1	<i>Ressources expérientielles et discursives</i>	<i>234</i>
1.2.2	<i>L' « autonomie des patientes » comme ressource.....</i>	<i>238</i>
1.2.3	<i>Des médecins débordés : une ressource pour l'autonomie des sages-femmes</i> 239	
1.2.4	<i>Les ressources relationnelles</i>	<i>240</i>
1.3.	Quand l'« ordre négocié » reste limité : un compromis en faveur des médecins	240
1.3.1	<i>Une responsabilité statutaire de tous les accouchements</i>	<i>240</i>
1.3.2	<i>Accepter d'être subordonnée pour acquérir des espaces de liberté</i>	<i>241</i>
1.3.3	<i>Les « savoirs faisant autorité » comme enjeu de pouvoir.</i>	<i>242</i>
2	Individualiser la prise en charge de l'accouchement par les transgressions : « un secret d'institution »	252
2.1.	Transgresser pour défendre la physiologie.....	253
2.2.	Des transgressions sous conditions	255
2.3.	Pratiques clandestines ou secrets de polichinelle ?.....	257
	Conclusion du chapitre 9.....	262
Chapitre 10 Des parturientes à la marge de la construction des risques		
267		
1	Quand les parturientes négocient.....	267
1.1.	L'autonomie entre impératif éthique et valeur professionnelle	267
1.2.	Quelques traces de négociation par les parturientes	270
2	Inégalités face à l'autonomie	271
2.1.	Assurance privée : l'assurance de privilèges.....	272

2.2. Des « femmes natures » aux « cas psycho-sociaux » : de l'étiquetage ressource à l'étiquetage stigmaté.....	274
2.2.1 Les femmes « natures » : une étiquette qui protège.....	274
2.2.2 Les cas « psycho-sociaux » : une étiquette qui stigmatise	277
3 Quand l'autonomie menace : gouverner les comportements pour le bien des femmes et des professionnelles	282
3.1. Stratégies de cadrage de l'autonomie	282
3.1.1 Un service d'urgence.....	282
3.1.2 Gouverner par l'espace, la parole, et la gentillesse : réguler en incitant .	282
3.1.3 Gouverner par la peur et discipliner par la force : réguler en contraignant	285
3.2. L'autonomie comme menace pour les femmes et les fœtus	287
3.2.1 S'en remettre aux professionnelles : une garantie d'être « sauvés »	287
3.2.2 S'en remettre aux professionnelles : un rempart au sentiment de culpabilité	292
3.3. L'autonomie comme menace pour les professionnelles	294
3.3.1 Des corps indisciplinés.....	294
3.3.2 Des habiletés professionnelles en voie de disparition.....	296
3.3.3 « Si ça te convient pas, tu accouches ailleurs » : un contrat tacite	298
3.3.4 Les contraintes matérielles.....	300
Conclusion du chapitre 10	305
Conclusion de la quatrième partie.....	309
Partie 5 Sortir l'accouchement de l'hôpital: « le meilleur que je pouvais donner [à mes enfants] »	313
Chapitre 11 Mettre à distance la culture biomédicale du risque	317
1 Accepter l'incertitude et repousser le concept anxigène de risque : un système de valeurs	317
2 La naissance : un événement naturel, banal et familial... ..	320
3 ...ou une expérience extraordinaire et conjugale ?.....	321
Conclusion du chapitre 11	324
Chapitre 12 Accoucher en dehors de l'hôpital comme protection des risques iatrogènes 327	
1 Se protéger des effets iatrogènes: « c'était un risque d'aller à l'hôpital ! »	327
1.1. Se protéger des « cascades d'intervention ».....	327
1.2. Se protéger d'un environnement hostile : des microbes toujours « plus costauds »	330
1.3. Protéger la collectivité	331

2	Soutenir activement la physiologie	332
2.1.	Préparer l'espace	332
2.2.	Préparer et soutenir le corps	334
2.3.	Préparer et soutenir le psychique	335
2.4.	Préparer pour réguler ?	338
3	Construire la sécurité: « c'est pas que je me jette par la fenêtre sans cordes! » ...	342
3.1.	Trier les risques.....	342
3.2.	Agir en cas de complications: outils médicaux et outils de sages-femmes	346
3.2.1	<i>Une science de la maïeutique pour consolider l'indépendance</i>	346
3.2.2	<i>Savoirs et outils médicaux : de l'intervention à la délégation</i>	349
	Conclusion du chapitre 12	354
	Chapitre 13 Combiner preuves et valeurs pour reconstruire les risques médicaux	359
1	A la recherche d'une « juste médicalisation »	359
1.1.	« L'extrême urgence » : une situation trop rare pour déterminer le dispositif .	359
1.2.	Une vision élargie et variée de la normalité	361
1.2.1	<i>Des limites formalisées dans des protocoles ?</i>	363
1.3.	Un savoir médical désenchanté	365
1.3.1	<i>Une médecine sous influences</i>	365
1.3.2	<i>Epidémiologie contre estimation des risques en situation</i>	367
2	Revaloriser d'autres risques en fonction des valeurs : vers une value-based medicine ?	369
2.1.	Les atteintes au corps maternel	369
2.2.	Empowerment et risques psychosociaux.....	370
2.3.	Le vécu de l'enfant et les atteintes corporelles	372
3	Des limites négociées entre sages-femmes et parturientes.....	373
3.1.	A la recherche d'une garantie d'auto-détermination : « rester maître des décisions »	373
3.2.	Une négociation en acte ou anticipée.....	375
3.3.	Les injonctions de l'alternative au biomédical : « être une vraie ».....	381
	Conclusion du chapitre 13	383
	Chapitre 14 De l'accouchement à domicile aux « salles nature » de l'hôpital : un compromis ?	387
1	L'accouchement à domicile ou en maison de naissance : des pratiques sous contrôle ?	387
1.1.	Une régulation externe : l'hôpital et l'entourage.....	387
1.1.1	<i>Les transferts : entre dépendance et droit de regard</i>	387

1.1.2	<i>Des injonctions à entrer dans la norme</i>	391
1.2.	Une régulation intériorisée.....	393
1.2.1	<i>Les sages-femmes : une socialisation hospitalière</i>	393
1.2.2	<i>Les parturientes : le maintien de l'ambivalence</i>	397
1.3.	Normaliser la déviance en faisant « profil bas »	400
2	L'accouchement à l'hôpital : en voie de réformation ?	405
2.1.	« Une philosophie de la physiologie »	405
2.2.	Faire venir « la maison à l'hôpital »	406
	Conclusion du chapitre 14	409
	Conclusion de la cinquième partie	417
	Conclusion générale	421
	Bibliographie	439
Annexes i		
	Liste des tableaux	i
	Liste des dessins	ii
	Liste des vignettes	iii
	Entretiens : tableaux récapitulatifs	iv
	Guides d'entretiens	x
	Photos / images des outils de surveillance	xvi

Résumé

L'accouchement est défini par le monde médical comme un moment à risque et incertain, qui doit donc prendre place à l'hôpital. Des controverses croissantes sur le niveau de technicisation (autour par exemple de l'« épidémie de césariennes ») ne cessent cependant de prendre de l'ampleur. Ma thèse s'inscrit dans cette actualité et propose d'analyser les modalités de régulation de l'accouchement par des dispositifs concurrents (accouchement à domicile, en maison de naissance, à l'hôpital). Je questionne l'usage des techniques, de la médecine et du risque sur la reproduction, en me défaisant de l'idée qu'ils représentent *a priori* une contrainte pour les femmes, mais en cherchant plutôt à analyser ce qu'ils produisent.

J'ai ainsi recours au concept de gouvernement développé par Foucault et à la perspective socio culturelle des risques proposée par Lupton (Lupton 2013b, 2006; Tulloch et Lupton 2003). La « fabrication » du risque au quotidien est analysée en tant qu'entreprise de pouvoir ; le risque n'existe pas en soi, en dehors des dispositifs, des individus et de leurs relations, il émane de ceux-ci. Dans la continuité des travaux de Lupton, il s'agit d'articuler un niveau microsociologique à l'échelon des pratiques individuelles, et plus meso et macro, qui prennent en compte les structures sociales et politiques, et notamment les règlements (institutionnels, la loi, etc.) qui organisent les activités médicales. L'enjeu n'est pas de comprendre pourquoi la naissance est médicalisée, mais comment elle l'est effectivement, par qui, sous quelles conditions et avec quelles nuances (d'appropriation, de distanciation, de résistance, d'instrumentalisation, etc.).

Pour réaliser ce projet, j'ai conduit une ethnographie multi sites (Marcus 1995) en Suisse romande. J'ai mené un terrain principal dans une maternité universitaire composé de 6 mois d'observations et de 44 entretiens approfondis avec des sages-femmes, des médecins et des parturientes (/des couples). Un terrain secondaire a été conduit dans le monde de l'accouchement extrahospitalier. Celui-ci a combiné des observations variées dans une maison de naissance, de débats/projections, de cours de préparation à la naissance, etc. 30 entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de sages-femmes qui accompagnent des accouchements à domicile et/ou en maison de naissance, et des femmes (/des couples) qui avaient fait ce choix. Dans l'ensemble de ces terrains, j'ai en plus récolté des documents institutionnels (protocoles, dossier de patientes, etc.) et associatifs.

Ces outils m'ont permis d'analyser les processus complexes de co-construction des prises en charge légitimes – ou plus contestées – de la naissance et de construction des risques. L'ethnographie comparée à un niveau local a conduit à analyser les dispositifs parallèles (voire concurrents) de prise en charge de l'accouchement et d'analyser les points d'achoppements et de similarités pour montrer comment cela tient ensemble, comment les dispositifs font système, avec ce que cela comprend d'ajustements, de compromis, de prises de pouvoir, de justifications, etc. Ils s'inscrivent plus sur un continuum de pratiques et de représentations qu'en rupture les uns par rapport aux autres.

Remerciements

J'aimerais commencer par remercier très chaleureusement mes co-directrices de thèse, Mathilde Bourrier et Claudine Burton-Jeangros, pour leur compagnonnage scientifique tout au long de ce parcours de thèse. Leur soutien et leur disponibilité, leurs relectures, suggestions et commentaires, ont été très précieux pour mener à bien ce processus. Vous avez définitivement marqué mon identité de chercheuse et j'espère que nos collaborations se poursuivront longtemps.

Je remercie ensuite les membres de mon jury, Danièle Carricaburu, Delphine Gardey et Irene Maffi pour nos échanges riches et leurs remarques pertinentes. Vos commentaires m'ont aussi fait prendre conscience du travail accompli et me poussent à poursuivre mon engagement de sociologue ! Un clin d'œil spécial à Delphine Gardey, par qui la simple présence m'a poussé à découvrir plus en profondeur un domaine de recherche qui m'était peu familier : le genre. Soyez prévenu.e.s : une fois que l'on commence à s'y intéresser, difficile de ne pas vouloir s'y plonger totalement !

Merci à Deborah Lupton pour m'avoir soutenue et accueillie à l'Université de Canberra. J'y ai bénéficié d'un environnement serein pour me concentrer sur l'écriture de ma thèse et ses remarques ainsi que celles des chercheuses du *Synergy group*, ont constitué une contribution intéressante à mon travail. Merci également à plusieurs professeur.e.s du département de sociologie pour leurs conseils et encouragements (je pense en particulier à André Ducret ou Cornélia Hummel), ainsi qu'aux chercheur.euse.s du groupe de recherche romand *Lucine*.

Merci également aux différentes institutions qui ont supporté, financièrement ou logistiquement, ma carrière académique en devenir : le Fonds national suisse de la recherche scientifique, la Fondation Schmidheiny, L'institut de recherches sociologiques, le département de sociologie de l'Université de Genève.

Toute ma reconnaissance se porte bien sûr vers toutes les personnes qui m'ont fait confiance, on ouvert les portes de leurs institutions, ou de leurs maisons, m'ont permis d'assister à la naissance de leur enfant, et ont partagé avec moi leurs parcours et leurs points de vue. J'aimerais tout particulièrement remercier Manuela pour son soutien indispensable dans l'accès à La Maternité, sa confiance et son intérêt pour ma recherche. Notre rencontre a été déterminante et m'a fait prendre conscience de l'intérêt de certain.e.s professionnel.le.s de santé pour les sciences sociales. Merci pour ton enthousiasme, ton amitié et ton précieux soutien ! Plus généralement, je remercie le chef de service ainsi que les sages-femmes responsables, sans qui je n'aurais pu accéder au terrain. Du côté de la pratique indépendante, j'adresse toute ma reconnaissance à une association de sages-femmes qui a facilité la prise de contact avec leurs collègues ainsi qu'aux sages-femmes de La Maison de naissance pour m'avoir ouvert leurs portes. Nos échanges ont été (et sont encore !) passionnants et indispensables dans la conduite de ce travail.

Pour ne pas violer l'anonymat que j'ai garanti, je ne pourrai citer le nom des sages-femmes et médecins que j'ai rencontrés et qui ont été déterminant.e.s pour la récolte de données et ma compréhension du monde de l'obstétrique. J'espère que vous vous reconnaitrez et je renouvelle ma profonde gratitude pour votre chaleureux accueil, le temps que vous m'avez consacré et le partage de vos réflexions sur vos pratiques. A toutes les femmes, les hommes

et leurs bébés : je vous remercie du fond du cœur de m'avoir fait une place lors de la naissance de votre enfant ou dans son récit. Cela a constitué à chaque fois des rencontres très riches. Voir vos bébés grandir, se mettre à parler et à marcher m'a aussi bien aidé à prendre la mesure du temps qui passe et à boucler cette thèse !!

J'ai souvent entendu dire par mes collègues maintenant docteur.e.s, à quel point le parcours de thèse est à la fois cruellement solitaire par moment, mais aussi tellement collectif. C'est à mon tour de m'ancrer dans cette certitude : ma thèse n'aurait pas été ce qu'elle est, sans le soutien, les réflexions sociologiques communes, l'amour et l'amitié constants dont j'ai bénéficié. Chères et chers ami.e.s, chère famille, chers et chères collègues, merci mille fois.

Merci aux assistant.e.s qui ont traversé le département de sociologie depuis les années 2010 pour nos très riches échanges, vos suggestions, nos partages de situations. Certain.e.s sont devenu.e.s des ami.e.s très précieux.ses...

Merci à mon trio de choc de toujours, Magali, Géraldine et Gaëlle. Vos relectures, suggestions, conseils de sociologues avisées et brillantes ont été déterminants dans la construction de mon parcours. Merci pour les longues soirées à Uni Mail, les fous-rires, les débats, les mots doux dans les jours de blues... Vous êtes incroyables et irremplaçables.

Merci Vincent pour ton soutien continu, nos échanges, tes nombreux coups de pouce, tu es tout précieux et tout autant irremplaçable. J'envoie aussi ma reconnaissance à plusieurs autres ami.e.s d'ici et jusqu'en Australie qui ont été tellement important.e.s dans tout ce parcours de thèse, par votre présence, nos échanges scientifiques ou existentiels, pour m'avoir poussée à continuer et à croire en moi, pour nos soirées de fête à visée décompensatoire et relaxante... : Elise, Mélinée, Leah, Loïc, Marlyse, Marilène, Patricia, David, Isabelle, Virginie, Aline, Ivan, Anne, Katja, Jonathan, Sami, Maxime, Samuele, Jee, Fitrih, Catherine, Chantal. Toute ma gratitude va aussi vers Anna qui a patiemment pris soin d'éradiquer les fautes de grammaire et d'orthographe disséminées dans le texte : un immense merci pour ton amitié et ta générosité ! Une pensée également pour Manu qui a réalisé des dessins d'une incroyable qualité pour illustrer ma thèse : je t'en suis extrêmement reconnaissante !

A ma famille de sang et d'adoption, merci d'avoir nourri depuis mon enfance ma curiosité et éveillé mon envie de comprendre le monde qui m'entoure, en restant ouverte et critique. Mimou, Manu, Zoé, Tao, Djess&co, Djo, et les Coux d'origine et pièces rapportées, votre humour, votre présence, votre excentricité, notre complicité et notre amour sont autant de perles qui m'accompagnent. Sev&Steph, Manon&PJ merci de m'avoir fait une si grande et douce place dans vos vies. Une dédicace spéciale à ma maman dont le soutien logistique comme émotionnel a été plus qu'indispensable dans la gestion thèse/travail/enfants....

J'aimerais remercier finalement avec beaucoup d'émotions mes enfants, Etanéo et Lia, pour leur présence joyeuse, leur soutien tellement fort, leur fierté d'avoir une maman docteure (« même si elle ne sait rien soigner »), leur joie de vivre contagieuse. Malgré une maman parfois très occupée, vous grandissez comme de belles pousses, fières, vibrantes, créatives, enthousiastes et rayonnantes. Je vous aime très fort mes loulous. Julien, comme une évidence, c'est vers toi que va ma plus profonde reconnaissance. Ton amour, ta confiance, ton soutien, ton implication, ta foi en moi quoi qu'il arrive, ta capacité à me suivre dans tous mes délires, même quand ils nous poussent à des milliers de kilomètres, sont incroyablement importants pour mon équilibre professionnel et personnel. Je t'aime et je te dis : en route pour de nouvelles aventures !

Introduction générale

La prise en charge de l'accouchement a connu des évolutions rapides ces cent dernières années en passant d'un événement peu médicalisé et accompagné au domicile par des matrones, à un événement médical, pris en charge en milieu hospitalier par des professionnel.le.s (Gélis 2008; Knibiehler 2007a, 2012; Charrier et Clavandier 2013). Dès la fin de la Seconde Guerre mondiale presque partout en Europe, et notamment en Suisse, ce type de prise en charge concerne la majorité des femmes (Rieder 2007). Dès les années 1970 elle fait cependant l'objet de critiques par des militantes féministes, y compris en Suisse (Burgnard 2015; de Dardel 2007; Fussinger, Rey, et Vuille 2006). Deux positions sont en tension depuis quarante ans, et connaissent des transformations depuis cinq à dix ans.

Une première position a pour caractéristique de mettre en avant le caractère normal, physiologique de l'accouchement d'une part et de chercher d'autre part à « humaniser » la naissance (Luisier 2006). Déplacer l'accouchement de l'hôpital vers le domicile et/ou en confier la prise en charge à une sage-femme permettrait d'affirmer le caractère social de l'événement, et pas uniquement son caractère médical (Malacrida et Boulton 2014).

Une seconde position consiste à insister sur la nécessité de réduire les potentielles complications de la naissance en intensifiant la surveillance et l'interventionnisme, grâce au développement des technologies médicales. L'accouchement est perçu comme un événement à risque et incertain puisque des complications graves et imprévisibles sont susceptibles de se produire et que la naissance ne pourrait être considérée comme normale qu'a posteriori (Jacques 2007).

Ces deux positions ont été mises en opposition par de nombreuses chercheuses en sciences sociales (voir par exemple Davis-Floyd 1994, 2003, 2001), mais on sait jusqu'à présent peu de choses sur la manière dont elles s'articulent. Certains indices laissent pourtant entrevoir une porosité croissante de ces deux positions. Si les engagements des féministes (Luisier 2006; Burgnard 2015) ont participé à transformer les hôpitaux depuis les années 1970, des initiatives de certains obstétriciens (bien que minoritaires et minorisés) doivent être également mentionnées. On peut citer « l'accouchement sans douleurs » qui est importé en Suisse dès les années 1955 sur la base des enseignements de l'obstétricien français Lamaze, « l'accouchement comme à la maison » de l'obstétricien français Michel Odent à la fin des années 1970 (Odent 1976), ou le mouvement initié par le pédiatre Leboyer pour « une naissance sans violence » (Leboyer 1974), qui met l'accent sur un accueil « doux » du nouveau-né.

De plus, depuis moins de dix ans, un phénomène de diversification de l'offre à l'intérieur de l'hôpital s'est accéléré, en Suisse romande et ailleurs en Europe et en Amérique du Nord, attesté par les programmes de suivi global par une équipe de sages-femmes, les pôles physiologiques, les maisons de naissance accolées aux hôpitaux (aussi expérimentées en France depuis quelques mois), etc. Ces programmes ont cependant fait l'objet de très peu d'analyses à ce jour.

Enfin, ces cinq dernières années, les controverses scientifiques sur les risques générés par la prise en charge médicale (les « effets iatrogènes ») se sont renforcées. La sécurité du modèle biomédical est ainsi questionnée de l'intérieur. Des professionnel.le.s de la santé, des chercheuses et chercheurs et des organisations internationales (l'Organisation mondiale

de la santé en particulier) formulent de plus en plus de doutes sur la pertinence des prises en charges hospitalières actuelles et réévaluent la balance des risques et des bénéfices (Coxon et al. 2016). La question de l'augmentation des taux de césariennes (Ye et al. 2014; E. Declercq et al. 2007; WHO 2015b), qualifiée d'« épidémie de césariennes » (Simonds, Rothman, et Norman 2006), en constitue un marqueur significatif. Parallèlement, la thématique des « violences obstétricales » a depuis peu pris de l'ampleur (Chadwick 2016).

L'ambition de cette thèse est ainsi de se saisir de ces domaines encore en friche, en analysant comment les différents mouvements se sont construits et surtout comment ils s'articulent concrètement aujourd'hui dans les pratiques liées à l'accouchement. Ceci est d'autant plus pertinent que la majorité des recherches se sont à ce jour davantage concentrées sur les discours, notamment des femmes.

Selon les estimations construites à travers la recherche médicale, 70 à 80% de l'ensemble des accouchements sont physiologiques et ne nécessitent pas d'interventions et « le taux de césariennes idéal se situe entre 10 et 15% » (WHO 2015b, 2, 1996). En Suisse, 98,8 % des femmes ont pourtant accouché à l'hôpital en 2010, sous surveillance médicale (Hanselmann et von Greyerz 2013b). Des proportions semblables sont observables dans tous les pays développés (les Pays-Bas faisant figure d'exception). Par ailleurs, plus d'un bébé sur trois naît par césarienne en Suisse aujourd'hui (Hanselmann et von Greyerz 2013a).

Le monde médical justifie cette prise en charge technicisée par le caractère incertain de tout accouchement, considérant que celui-ci peut basculer de la physiologie à la pathologie rapidement et sans qu'il existe nécessairement de symptôme préalable (Maffi 2012b). Dans ce contexte, l'hôpital est considéré comme l'endroit le plus sûr et le plus adapté pour prendre en charge les possibles complications et préserver la santé maternelle et néonatale (Olsen et Clausen 2012). Les accouchements sont construits comme des événements à risque, chacun étant classé sur une échelle les déclinant entre bas risques et hauts risques en fonction d'événements survenus en cours de grossesse ou d'accouchement (Carricaburu 2007; Charrier 2011; Jacques 2007). C'est sur cette base que des interventions et des niveaux de surveillance seront décidés par les professionnel.le.s. La notion de risque est ainsi placée au centre du système obstétrical des pays développés et justifie la surveillance et la médicalisation de toute grossesse et de tout accouchement (Bitouzé 2001; Carricaburu 2005; Lane 1995; Viisainen 2000).

De nombreuses recherches ont mis en évidence le fait que cette médicalisation de la grossesse et de l'accouchement serait relative à une prise de pouvoir des médecins sur le corps des femmes à travers les techniques (Ehrenreich et English 2015; Davis-Floyd 2003; Davis-Floyd et Sargent 1997). Dans ces travaux, les sages-femmes sont souvent considérées comme étant les plus à mêmes de défendre la « normalité » de la naissance et de valoriser les compétences des femmes à donner naissance, surtout dans le contexte d'un accouchement à domicile, dans une vision naturalisée et essentialisée du corps féminin (Davis-Floyd 2009; Davis-Floyd et al. 2010; Walsh 2006; 2010).

Certains travaux ont pris de la distance avec ces approches en mettant en évidence le fait que la rhétorique de « l'accouchement naturel » peut être tout aussi contraignante pour les femmes que son alternative (Malacrida et Boulton 2012, 2014, Brubaker et Dillaway 2009, 2008; Wolf 2003). Ces auteures insistent sur la défense du droit des femmes à faire leurs propres choix, qu'ils consistent à avoir recours à la technique, en bénéficiant par exemple d'une césarienne, ou de s'en éloigner et d'accoucher à domicile (Beckett 2005). Pour d'autres chercheuses, la médecine et ses techniques peuvent être appropriées par les

femmes et ainsi représenter un moyen de dénaturiser la maternité. La conception et l'engendrement pourraient ainsi être relégués, dans le futur, à une machine (Iacub 2004a). Selon Haraway (2007, 2009), c'est la possibilité de devenir toutes et tous des *cyborgs* qui pourrait offrir un horizon pour dépasser une vision binaire du genre et abolir l'inégalité entre les hommes et les femmes dans la reproduction.

A la suite de ces travaux, je considère qu'il est fondamental de questionner les usages de la technique et de la médecine dans le champ de la reproduction, avant de conclure sur ce qu'ils produisent comme effets. J'analyse la prise en charge de l'accouchement ainsi que les usages (et les contrôles des usages) de la médecine, de la technique et des risques dans les différents dispositifs qui existent en Suisse : l'accouchement en milieu hospitalier, en maison de naissance et à domicile. Je me distancie ainsi des travaux qui considèrent que la médecine, les techniques et le risque sont *a priori* des instruments de contrainte pour les femmes. Pour autant, leur organisation, leur utilisation, de même que les choix que font les femmes, ne doivent pas être conçus comme anhistoriques et sans rapport avec les structures sociales. Les modalités de prise en charge de l'accouchement sont politiques et doivent être analysées comme telles. L'accouchement est en effet traversé par des normes particulièrement fortes qui s'articulent autour du concept de risque.

Dans le contexte d'une « société du risque » telle que décrite par Beck (2003), le concept de risque est devenu central pour penser l'action. Cette mise en forme probabiliste d'un danger permettrait de prévoir le futur et ainsi de le maîtriser (Giddens 1994; Peretti-Watel 2010; Castel 2003). Cette conception est particulièrement présente dans le champ de la médecine. Le développement de la santé publique (Berlivet 2001; Massé 2001), puis de l'Evidence Based-Medicine (ou médecine fondée sur les preuves) en sont la cristallisation : le calcul des risques sur la base des recherches scientifiques guiderait la standardisation des pratiques en réduisant l'incertitude et en favorisant les interventions préventives et thérapeutiques identifiées comme étant les meilleures (Timmermans et Berg 2010).

Dans ces perspectives adoptées par le monde médical, notamment en obstétrique, le risque est conçu comme étant « neutre », objectif (Lupton 1993, 2013b; Skinner et Maude 2016; Helman 2001; Berlivet 2001). Les travaux théoriques comme empiriques produits par les sciences sociales ont cependant montré que le risque est plutôt politique et moral (Lupton 2011, 2013b; De Vries et al. 2013; De Vries et Lemmens 2006; Chadwick et Foster 2014; Scamell 2014; Le Breton 2010b). Celui-ci entraîne une injonction à la responsabilité individuelle et à la prise en main de sa santé (Robert Crawford 1994; A. E. Clarke et al. 2003; Rose 1999; Lupton 2012c, 2006, 1993; Peretti-Watel 2003). Sur la base de cette nouvelle information prenant la forme d'une probabilité, l'individu est en effet censé être en mesure d'agir en adoptant des mesures préventives, qui pourraient prévenir la transformation du risque en un événement indésirable (Burton-Jeangros 2007; Peretti-Watel 2005; Berlivet 2001).

Les femmes enceintes font particulièrement l'objet de cette injonction : elles sont considérées comme étant responsables d'assurer la bonne santé du fœtus, en particulier en respectant les recommandations médicales (Lupton 1993, 2011, 1995; Bogdan-Lovis et De Vries 2014; McCourt et al. 2007; E. Martin 2001; B. K. Rothman 1982; Bryant et al. 2007; Hammer et Inglin 2014). Ce contexte d'omniprésence du risque et des injonctions à s'engager pour rester en bonne santé est d'autant plus prégnant que la raréfaction de la mort et des séquelles graves pendant l'accouchement ont diminué de manière spectaculaire :

lorsque ces événements se produisent, ils sont socialement insupportables (Amalberti 2012; Memmi 2011; Viisainen 2000; Lupton 2012c, 1993)

Dans cette thèse, j'adopte ainsi une perspective constructiviste sur le risque, et plus précisément la perspective socio-culturelle développée par Douglas puis Lupton. Ces dernières considèrent la construction des risques comme étant relative à un contexte historique, social, culturel et politique donné. Le risque n'existe pas en soi dans la réalité, il est construit par les acteurs sociaux (Douglas 1982, 1992, Lupton 2013b, 2006; Tulloch et Lupton 2003; Lupton et Tulloch 2002b; Zinn 2008, 2006).

Le concept de gouvernement développé par Foucault sera également utilisé. Il s'agit ainsi moins de concevoir la médecine comme entreprise de domination que de penser la participation de tous et toutes dans la transmission des normes au sein de relations de pouvoir. En ce qui concerne le risque, je le prends comme un concept pleinement construit dans ces relations de pouvoir : il n'existe pas en dehors des dispositifs et des individus. Cette démarche épistémologique ne se réduit ainsi pas à analyser les modalités de médiation des risques par les individus, mais à réfléchir à la fabrication du risque par les opérations de désignation et de catégorisation des risques. Il ne s'agit pas de nier l'existence de complications, parfois très sérieuses, autour de la naissance mais d'offrir un autre regard que celui apposé par le modèle biomédical positiviste (Le Breton 2010b).

Le risque comme concept sert le gouvernement – ici de l'accouchement –, c'est-à-dire qu'il a la capacité d'organiser, d'instituer la vie (Foucault 1985). Dans le contexte de la naissance, dans lequel les normes sont très prégnantes, la conception foucauldienne du pouvoir permet de penser les effets contraignants mais également incitatifs du risque, dans la mesure où les individus participent de la reproduction et de la transmission des normes (Foucault 1975). Des travaux ont mis en évidence cet effet à propos des femmes enceintes (Lupton 2013b; Chadwick et Foster 2014; Jacques 2007). Scamell (2011, 2016) a également montré comment la conception de la naissance comme moment à risque a été incorporée par les sages-femmes anglaises, qui participent désormais de sa transmission. Ces dimensions doivent nous rendre attentives à interroger les choix qui sont faits, notamment par les femmes, à partir de ces normes très fortes à respecter les recommandations médicales (Lupton 2011, 1993; Bessett 2010; Hélén 2004, 2002; Quéniart 1989). Il faudra ainsi se demander quels choix les femmes et les professionnel.le.s peuvent faire, aussi bien d'un point théorique que pratique. En d'autres termes, il s'agira d'interroger les conditions de production des décisions.

Je vais ainsi me concentrer sur l'analyse des pratiques pour voir comment les normes se transmettent, et surtout comment elles sont construites, notamment en référence au risque, dans les interactions quotidiennes et en fonction des contraintes structurelles en présence. Cela me permettra de sortir d'une dichotomie fixée *a priori* opposant la médecine, les techniques et le risque comme instruments d'aliénation d'une part, et la libération des femmes d'autre part (Descarries et Corbeille 2002a; Gardey et Löwy 2000).

La sociologie du travail et des organisations, et notamment le concept de « situations de travail » (Weick 1993; Strauss et al. 1985; Strauss 2014) et de régulation sociale du travail (Reynaud 1988, 1997) seront utiles pour mener à bien ce projet. Il s'agit, dans la continuité des travaux de Lupton, d'articuler un niveau microsociologique à l'échelon des pratiques individuelles, et un niveau plus macrosociologique, qui prenne en compte les structures sociales et politiques, et notamment les règlements (institutionnels, légaux, etc.) qui organisent les activités médicales.

L'enjeu est moins de comprendre *pourquoi* la naissance est médicalisée, que *comment* elle l'est effectivement. C'est-à-dire : comment la prise en charge est-elle construite ? Par qui, dans quels lieux et sous quelles formes (formelles, procéduralisées et stables ou informelles, tacites et mouvantes) ? Avec quelles ressources, en fonction de quelles contraintes, sous quelles conditions et avec quelles nuances (d'appropriation, de distanciation, de résistance, d'instrumentalisation, etc.) ? Il s'agira aussi d'interroger la manière dont les différents dispositifs institutionnels (maternité, maison de naissance, domicile) se saisissent du risque et dans quelle mesure cela donne lieu à des prises en charge spécifiques de l'accouchement.

Mener des ethnographies comparées et multi-sites (Marcus 1995) a permis de réaliser ce projet en étant au plus proche des pratiques. J'ai conduit un terrain principal dans une grande maternité de Suisse romande, comprenant plus de six mois d'observations. Quarante-quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des médecins et des sages-femmes qui exercent dans cet hôpital, ainsi qu'avec des femmes (ou des couples) qui avaient fait le choix d'y accoucher. Un terrain secondaire a été conduit dans le contexte de l'accouchement extrahospitalier dans plusieurs cantons romands. Des observations ont ainsi été menées dans une maison de naissance proche de la maternité étudiée, dans des débats/projections organisées par des associations en faveur de la « naissance respectée/naturelle » ou par des sages-femmes indépendantes, des visites de maisons de naissance, des cours de préparation à la naissance, etc. Trente entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de sages-femmes qui accompagnent des accouchements à domicile et/ou en maison de naissance, et auprès de femmes (ou de couples) qui avaient fait ce choix. Dans l'ensemble de ces terrains, j'ai en plus récolté des documents institutionnels (protocoles, dossier de patientes, etc.) et associatifs, qui ont été analysés et utilisés comme appui pour réaliser les entretiens et soutenir les analyses.

Ces outils m'ont permis d'analyser les processus complexes de co-construction des prises en charge légitimes – ou plus contestées – de la naissance et de construction des risques. L'ethnographie comparée à un niveau local a conduit à analyser les dispositifs¹ parallèles (voire concurrents) de prise en charge de l'accouchement, leurs points d'achoppements et leurs similarités. S'inscrivant plus sur un continuum qu'en rupture les uns par rapport aux autres, il s'agit également d'analyser comment les dispositifs font système, avec ce que cela comprend d'ajustements, de compromis, de prises de pouvoir, de justifications, etc.

Le manuscrit est organisé en cinq parties. La première consiste à restituer le contexte historique dans lequel s'inscrit la prise en charge de l'accouchement, à situer mes travaux parmi ceux qui sont produits en sciences sociales, à développer le cadre théorique qui a structuré le travail, et enfin à présenter et à justifier le dispositif méthodologique que j'ai déployé et les terrains que j'ai conduits.

La deuxième partie est consacrée à l'analyse des représentations de l'accouchement entre sa perception comme moment magique et merveilleux d'une part, et comme moment

¹ Le terme de dispositif fait référence aux travaux de Michel Foucault. Celui-ci définit le dispositif comme « un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit (...). Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments » (Foucault 2001, 299 [1977]). On verra en quoi l'accouchement extra hospitalier d'une part, et l'accouchement intra-hospitalier d'autre part, constituent des dispositifs, dont cette thèse vise à analyser l'assemblage.

comprenant des risques intolérables impliquant une surveillance étroite et des interventions médicales d'autre part. Ces éléments en tension sont présents chez l'ensemble des personnes rencontrées et les analyses permettent d'avancer sur ce qui fait la spécificité de l'organisation de la prise en charge de l'accouchement et de la fabrication du risque.

Les parties suivantes concernent l'analyse des dispositifs de prise en charge et des pratiques. La troisième et la quatrième partie sont consacrées à l'analyse de l'accouchement à l'hôpital. Je commence par décortiquer l'organisation du travail et les protocoles qui régissent les pratiques, avant de plonger au cœur des pratiques quotidiennes pour montrer comment la surveillance et les interventions se déploient, qui les décide, comment, et quelles formes de négociations des risques se jouent, que ce soit entre professionnelles ou entre les professionnelles et les femmes (/les couples).

Dans la cinquième partie, j'analyse les dispositifs de l'accouchement en maison de naissance et à domicile. Je montre quelles utilisations sont faites du concept de risque, qui est à la fois approprié par les sages-femmes et les parturientes, et importé du monde médical. Celui-ci reste en effet un élément central de structuration des pratiques et des représentations de l'accouchement extrahospitalier.

J'ai traité séparément l'accouchement à l'hôpital et l'accouchement en dehors de l'hôpital (domicile ou maison de naissance) afin de mieux restituer leurs spécificités (notamment organisationnelles), les nuances, les ambivalences, les résistances propres à ces contextes. Analyser ensemble l'accouchement extra et intra-hospitalier, par thèmes par exemple, m'aurait poussé à lisser les pratiques et les représentations à l'intérieur des différents contextes et d'exagérer certains traits pour faciliter la comparaison, risquant de retomber sur les stéréotypes qui circulent à propos des deux dispositifs. Pour autant, j'ai tissé autant que possible des liens entre les parties, en comparant les données et les analyses produites, dans les conclusions des parties et particulièrement dans la conclusion générale. Celle-ci constitue à la fois un moyen de conclure sur les analyses des pratiques que j'ai observées et de penser l'avenir de la prise en charge de l'accouchement dans un contexte de controverses médicales, éthiques, politiques et scientifiques.

Partie 1 Etudier l'accouchement dans une « société du risque » : controverses, enjeux théoriques et dispositif méthodologique

L'accouchement a fait l'objet de recherches en sciences sociales dont la plupart ont développé une approche critique de la médicalisation de sa prise en charge. Après avoir retracé rapidement l'histoire de la prise en charge de l'accouchement, je présenterai les travaux qui en font un cas typique de la société du risque, puis restituerai les débats, notamment féministes, autour des particularités de l'accouchement et de la capacité de la médecine, des techniques et du risque à être des instruments de libération ou d'aliénation des femmes. Je définirai ensuite d'une part mon ancrage théorique qui s'inscrit dans une perspective constructiviste du risque, et d'autre part mon dispositif méthodologique.

Je montrerai l'intérêt de ne pas statuer a priori sur le caractère aliénant ou émancipateur de la médicalisation et du risque mais de proposer une opérationnalisation empirique qui s'attache à analyser les processus de constructions des risques et d'usages des techniques telles qu'ils sont produits, discutés et vécus par les professionnel.le.s² et les femmes dans différents dispositifs de prise en charge de l'accouchement (à domicile, en maison de naissance, à l'hôpital). J'analyserai également comment ces différents dispositifs sont connectés ou déconnectés, en quoi ils se ressemblent, s'influencent ou s'opposent lorsqu'ils fonctionnent en parallèle dans un même espace. En Suisse romande, la majorité des femmes accouchent à l'hôpital, mais certaines choisissent le domicile ou la maison de naissance, autant de possibilités reconnues et financées par l'assurance maladie. La littérature produite dans le champ de la sociologie du travail et des organisations sera mobilisée pour mieux prêter attention aux situations de travail spécifiques qui participent à façonner les modalités de construction des risques et l'attribution des responsabilités associée à cette construction.

² Dans les deux premiers chapitres qui concernent l'état de la littérature et le cadre théorique, je parlerai de professionnel.le.s puisque ce terme comprend des femmes ou des hommes. A partir du chapitre concernant la méthode et jusqu'à la fin de la thèse, j'écrirai professionnelles puisque toutes les sages-femmes que j'ai rencontrées sont des femmes et que plus de la moitié des médecins sont des femmes également. Ce choix ne doit cependant pas contribuer à gommer les effets de genre et les rapports de pouvoir existant autour du genre. Ainsi, quand cela est nécessaire pour l'analyse, je préciserai si les personnes en présence sont des femmes ou des hommes. Cela apparaîtra également systématiquement lorsque j'ai recours à des citations (*a minima* par le pseudonyme des personnes).

Chapitre 1 L'accouchement comme cas typique des transformations du champ de la santé

D'un événement quotidien et « domestique » (Gélis 2016, 24), l'accouchement est progressivement devenu médicalisé et professionnalisé. En Suisse, comme dans la plupart des autres pays développés, l'immense majorité des accouchements se déroule aujourd'hui à l'hôpital, sous la surveillance des sages-femmes et des médecins, prêts à intervenir au cas où une complication imprévue surviendrait. Si des contestations, notamment féministes dans les années 1970, ont ébranlé le modèle et ont contribué à le transformer, l'accouchement à l'hôpital est toujours celui qui fait très largement référence aujourd'hui.

Depuis quelques années, la contestation de ce modèle semble cependant se réactiver sous la forme de nouvelles modalités. Ces critiques, parfois relayées par les travaux de chercheuses en sciences sociales, circulent à travers les blogs et les réseaux sociaux, et sont médiatisées par des associations de parturientes, notamment en Europe (Akrich et al. 2014; Rabeharisoa, Moreira, et Akrich 2014). Par ailleurs, à l'intérieur même du modèle biomédical, que ce soit au niveau des professionnel.le.s de la santé ou d'organisations internationales (l'Organisation mondiale de la santé en particulier), des doutes sur la pertinence, les risques et les bénéfices des prises en charges hospitalières actuelles se font de plus en plus entendre (Coxon et al. 2016). Les débats concernant une « épidémie de césariennes » (Simonds, Rothman, et Norman 2006) prennent par exemple de l'ampleur.

On peut ainsi se demander aujourd'hui quel est l'avenir de la prise en charge médicale de l'accouchement pris d'une part entre une légitimité et une reconnaissance sociale qui continue à être très forte (même si contestée dans les marges) et d'autre part un niveau de technicisation qui augmente, suscitant une multiplication de controverses qui concernent à la fois l'augmentation des coûts de la santé et la production d'effets iatrogènes.

J'aborderai dans une perspective historique les évolutions de la prise en charge de l'accouchement. Celles-ci sont directement liées à la naissance du métier de sage-femme et à la transformation des pratiques médicales qui y seront également décrites. Ensuite, j'insisterai sur la prise en charge actuelle de l'accouchement, qui est organisée autour de la classification des risques, une surveillance et des interventions médicales. Finalement, j'analyserai les controverses scientifiques qui se sont progressivement renforcées autour de la prise en charge contemporaine de l'accouchement dans les pays développés³.

1 Accoucher au XVIIIe siècle ou au XXIe siècle : entre continuités et bouleversements

1.1. « Le grand déménagement » : du domicile vers l'hôpital (XVIIIe – XXIe siècle)

Jusqu'à la fin du XVIIe siècle, la naissance est « organisée par la communauté des femmes (...) [et] la venue au monde des enfants intervenait dans des cercles intimes fondés sur des compétences féminines, certes ésotériques mais néanmoins opérantes » (Charrier et

³ Les développements qui suivent sont plutôt valables pour le contexte suisse, voire français. Des histoires différentes se sont jouées dans d'autres régions, par exemple aux Etats-Unis ou au Canada, mais aussi à l'intérieur des pays européens. Les sources mobilisées ont ainsi principalement été produites pour les cas suisses et français.

Clavandier 2013, 20). Une matrone (ou sage-femme traditionnelle) accompagne les femmes qui accouchent, en s'appuyant sur sa propre expérience de maternité, des formes de savoirs profanes et l'interconnaissance développée avec la femme, la confiance entre les deux femmes étant considérée comme fondamentale (Gélis 2008). La naissance est comprise comme un processus « naturel », qui se déroule dans le secret des chaumières. Si dans les milieux populaires, il n'y a guère de préparatifs de la maison en vue de la naissance, il en va différemment pour les milieux favorisés. Les familles qui disposent de plusieurs résidences doivent sélectionner celle qui servira de lieu de naissance (le plus souvent la ville pour rester à proximité des meilleurs chirurgiens), puis préparer la chambre (lit spécial, chambre spacieuse, pièce chauffée, alaises, etc.) (Berthiaud 2016).

Au cours du XVIIIe siècle en France, le pouvoir de la matrone est attaqué par l'église et l'Etat et sa pratique de plus en plus limitée et encadrée : une campagne de dévalorisation est entreprise en signifiant son ignorance, voire sa dangerosité (Gélis 2008, 1988). Pour Charrier et Clavandier (2013) « l'avènement des compétences obstétricales sépare deux conceptions du savoir sur la naissance. L'un est empirique et ésotérique (exercé par la matrone), l'autre est scientifique et clinique (exercé par la sage-femme et le médecin obstétricien) » (p.27). Lupton (2012c) établit elle aussi cette distinction : les femmes et les sages-femmes traditionnelles sont décrites comme « irrationnelles et irresponsables » et associées à la nature, tandis que les hommes possèdent le « savoir scientifique » et sont associés à la « culture » (p.69, ma traduction). Gélis (2008, 1988) met en évidence la crainte de la dénatalité, qui s'exprime également en Suisse (Vuille 2009), et sert la progression des médecins et des sages-femmes formées et patentées face aux matrones. Pour Cesbron et Knibiehler (2004) les médecins étaient « animés par l'espoir de vaincre la mort néonatale et la mort maternelle » grâce à l'institutionnalisation et la médicalisation de la naissance (p.9-10). En Suisse, la pratique de sage-femme est ainsi de plus en plus réglementée dans la deuxième partie du XVIIIe siècle et leur formation par des médecins (ou des chirurgiens) s'organise dans différentes régions (Rieder 2007; Tanner 2001). Cette nouvelle concurrence fait rapidement régresser la pratique de matrone qui disparaît au début du XXe siècle. L'avènement du métier de sage-femme se fait ainsi dès le départ « sous la tutelle du pouvoir politique et du pouvoir médical » (Vuille 2009, 10), à laquelle on peut ajouter, pour l'époque, les autorités ecclésiastiques (Clerc 2004). Vuille (2009) insiste sur la différence entre les matrones et les sages-femmes. Les premières ne peuvent être considérées comme une profession puisqu'elles sont peu ou pas rémunérées, non formées et non reconnues par les autorités.

Dès la fin du XVIIIe siècle, les sages-femmes intègrent de plus en plus les hôpitaux. A cette époque, les maternités publiques sont des lieux « refuges » pour « toutes celles qui ne peuvent accoucher chez elles », c'est-à-dire des femmes célibataires et/ou très pauvres (Rieder 2007, 13). L'accouchement à l'hôpital est encore le « signe de la marginalité sociale » (Sage Pranchère 2016, 79). La prise en charge de la naissance s'inscrit ainsi dans le processus d'institutionnalisation de différents moments de la vie qui sont perçus comme des moyens de garantir la cohésion sociale et la moralité en régulant la déviance (Harcourt 2009). Ces institutions recouvrent par exemple la prison (Goffman 1968), l'asile (Foucault 1972), l'orphelinat ou l'hospice (D. J. Rothman 1971). Ces institutions représentent ainsi : « un premier recours, la solution privilégiée aux problèmes de pauvreté, de criminalité, de délinquance et de folie » (D. J. Rothman 1971, 131; cité par: Harcourt 2009).

Pour toutes les femmes qui n'appartiennent pas à ces groupes stigmatisés, l'accouchement a lieu au domicile, la parturiente étant entourée d'un groupe de femmes⁴ et d'une sage-femme appelée à la fin de l'accouchement (Rieder 2007). Le père n'est normalement pas présent⁵. Accoucher à la maternité comportait à l'époque de nombreux dangers, en particulier celui d'être atteinte de « fièvre puerpérale » (une maladie infectieuse qui survient en particulier après un accouchement), qui était liée à la proximité entre les femmes et le manque d'hygiène, et qui était souvent fatale. A la fin du XIXe siècle à Genève, les taux de mortalité maternelle sont de 6‰ à la maison et de 24‰ à la Maternité (Floris et Rieder 2007).

Les médecins, en particulier chirurgiens, souhaitant élargir leur champ d'activité, ont progressivement développé des instruments d'extraction des fœtus. Ces outils leur sont réservés : les sages-femmes n'ont pas le droit de les utiliser. C'est le forceps qui « marque le début des ambitions masculines dans le domaine de l'obstétrique » (Knibiehler 2012, 43) dans sa version améliorée au XVIIIe siècle. Les chirurgiens-accoucheurs insistent sur l'importance de ces outils qui permettent « 'd'abrèger les souffrances' [le supplice] de parturientes désespérées. Ils ont recours à un langage imagé, voire métaphorique, qui permet d'ancrer 'rapidement dans l'opinion publique l'importance de cette profession particulière' » (St-Amant 2016 qui cite ; Murphy-Lawless 1998, 51). La césarienne devient une technique plus sûre à la fin du XIXe siècle (jusqu'alors elle ne permettait jamais de sauver la mère) et peut dès la moitié du XIXe être réalisée sous anesthésie (Vuille 2008). Carricaburu (1994) affirme ainsi que « les chirurgiens-accoucheurs ont réussi à casser ce monopole » de la prise en charge de l'accouchement qui appartenait auparavant aux « matrones » et plus largement « à la communauté des femmes » (p.283). Pour Schweyer (1996), l'histoire de l'obstétrique s'inscrit ainsi directement « dans une lutte pour l'exercice de la profession entre les accoucheurs, essentiellement des hommes, et les sages-femmes » (p.67) qui sont uniquement des femmes. Comme on l'a vu, cette situation est cependant plus complexe que cela : les sages-femmes modernes, formées par les médecins, sont aussi à la source de la disparition des matrones (ou sages-femmes traditionnelles).

Au milieu du XIXe siècle, l'obstétricien Ignace Semmelweis introduit la solution de chlorure de chaux dans un hôpital viennois qui « fait chuter spectaculairement la mortalité due aux fièvres puerpérales » (Schindler 2014, 6). Le respect des règles d'asepsie se diffuse et les taux de mortalité maternelle et néonatale à l'hôpital diminuent⁶. Dès le début du XXe siècle un mouvement progressif en faveur de l'accouchement en maternité s'effectue ainsi et concerne désormais des femmes de tous milieux sociaux. L'image des maternités comme

⁴ L'accouchement, quand il se passe bien, est un moment joyeux, de fête entre les femmes. Après l'accouchement, elles se réunissent pour célébrer l'événement. Pour Knibiehler (2012) « ces réunions chaleureuses constituaient des moments forts de la sociabilité féminine » (42).

⁵ Knibiehler (2012) relativise cependant l'absence de rôle social du père pendant l'accouchement. Celui-ci prend différentes formes selon les régions. Il peut prendre en charge des tâches comme attiser le feu, chauffer l'eau, s'occuper du nouveau-né en l'enveloppant dans sa chemise, etc. Par ailleurs, dans les témoignages publiés d'Adeline Favre (2009 [1981]) on trouve des traces très concrètes de la présence, et de la participation des pères à la naissance. Sage-femme originaire de Sierre (canton du valais), Adeline Favre a commencé son activité professionnelle en 1929 après des études à la maternité de Genève. Elle raconte : « quand venait le moment d'accoucher, je demandais l'aide du mari pour pousser. Il devait se mettre d'un côté, moi de l'autre » (Favre 2009, 93). Elle précise : « le mari, lui, devait tenir la jambe [de sa femme] » (p.87). Elle précise également que le père participait aux soins, notamment de toilette, après la naissance.

⁶ L'exclusion du père de la salle d'accouchement est alors motivée par l'évitement des contaminations qui pourraient avoir lieu par son intermédiaire (« ère pasteurienne ») (Knibiehler 2007a).

mouroirs est en train de changer. Il devient désormais « plus sûr d'accoucher à l'hôpital qu'à la maison » (Knibiehler 2012, 87). Ce mouvement s'intensifie dans l'entre-deux-guerres. Si jusqu'au début de la seconde guerre mondiale ce sont les « cas difficiles ou avec complications » qui sont pris en charge à la maternité, Aline Favre qui exerce comme sage-femme à cette époque explique que « petit à petit, la guerre terminée, les femmes sont venues plus nombreuses et s'y sont habituées » (Favre 2009, 150). La clientèle des sages-femmes indépendantes se raréfie, elles travaillent elles-mêmes de plus en plus en maternité, sous tutelle des médecins⁷. La mise en place de l'assurance maladie dans les années 1960 en Suisse suffit d'achever ce mouvement (Vouilloz Burnier 2010) qualifié par Knihbieler de « grand déménagement ». Toutes les femmes ont désormais accès à l'hôpital pour accoucher, et la plupart font ce choix.

La frontière entre le normal et le pathologique structure de nombreux champs de la médecine (Canguilhem 1966). Historiquement le domaine d'exercice des sages-femmes et des médecins s'est construit autour de cette frontière, les sages-femmes n'étant admises que dans la physiologie (Gélis 1988). La détermination de la frontière entre le normal et le pathologique constitue ainsi un enjeu professionnel, qui s'est historiquement plutôt faite en faveur des médecins :

Entre la fin du XIXe siècle et l'orée des années 1930, au fur et à mesure des progrès médicaux et de l'avancée des connaissances obstétricales, les compétences des sages-femmes se réduisent. (...) la formation que les médecins de la Faculté dispensent aux sages-femmes est centrée sur les accouchements normaux, et au fil du temps la normalité se resserre. (Vuille 2009, 12).

Cependant, et bien que les maternités soient dirigées par les médecins, en Suisse comme en France les sages-femmes ne disparaissent à aucun moment, en particulier du fait de leur intégration immédiate dans les maternités aux côtés des médecins (Vuille 2009)⁸. Elles vont faire valoir leurs spécificités et faire reconnaître leur exercice par l'Etat et les assurances en France et en Suisse (Knibiehler 2007a; Luisier 2006). Les sages-femmes s'organisent pour créer la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) en 1894 afin de protéger et de rendre visible leur profession.

Cette présentation de l'histoire des métiers ne doit pas laisser entendre que les relations médecins et sages-femmes sont sans tensions. Pour Reiger (2008), la rivalité historique qui s'est construite entre les deux professions alimente encore aujourd'hui des oppositions, des difficultés à collaborer, voire des conflits. Dans une recherche réalisée en Suisse romande, Cavalli et moi-même avons mis en évidence la persistance de ces tensions et analysé les formes différentes qu'elles empruntent suivant le contexte d'exercice (dans ou dehors de l'hôpital) (Cavalli et Gouilhers-Hertig 2014).

⁷ Certaines, comme Adeline Favre, continuent cependant d'exercer la pratique de l'accouchement à domicile, en parallèle de leur activité hospitalière.

⁸ En Amérique du Nord par exemple, les sages-femmes n'ont pas résisté à ces transformations et ont disparu au début du XX^e siècle (Ehrenreich et English 2015). Ce n'est qu'avec les mouvements féministes des années 1970 que la profession a ré-émergé, voire plus tardivement comme au Canada dans les années 1990 (Hatem-Asmar et Fraser 2004; Bochatay 2013).

L'accouchement à l'hôpital devient celui des professionnel.le.s de santé (médecins en particulier, mais aussi sages-femmes) qui sont désormais les acteurs de la naissance, plus que les femmes elles-mêmes :

Avec le transfert de l'accouchement du domicile vers l'hôpital (...) les femmes cessent de s'accoucher pour être accouchées par le gynécologue-obstétricien (...) la mise au monde est devenue aujourd'hui un acte médical (un hôpital « fait » tant d'accouchements, tant d'appendicectomies, tant de pontages aortocoronariens par an) dont la plupart des gens n'imaginent pas qu'il puisse avoir lieu ailleurs que dans un milieu hospitalier. (Vuille 2008, 78)

Les taux de mortalité maternelle et néonatale n'ont cessé de diminuer tout au long de cette évolution en faveur d'une institutionnalisation de la naissance⁹. Nombreux sont les historien.ne.s qui s'accordent cependant pour l'expliquer davantage par l'amélioration générale de la santé des populations plutôt que par la prise en charge par les médecins à l'hôpital (bien que cela ait joué un rôle). Knibiehler (2012) insiste ainsi sur le fait que les taux de mortalité historiquement élevés étaient liés à la mauvaise santé des femmes : « mal nourries, accablées de travail, exposées aux intempéries » et souligne que « le recul de la mortalité coïncide avec une amélioration générale des conditions d'existence » (p.41). Le système obstétrical moderne est cependant fondé sur la reconnaissance de l'obstétrique comme pilier principal de la sécurisation de l'accouchement, dans sa capacité à formaliser les risques et les prévenir.

Dans cette première section, j'ai posé un cadre historique général de l'évolution de la prise en charge de l'accouchement, qui met en évidence d'une part la rapide progression des médecins – et dans une moindre mesure des sages-femmes – par rapport aux matrones et aux femmes elles-mêmes, et d'autre part une chute de l'occurrence de la mort pendant l'accouchement. Je vais me centrer dans la section suivante sur la prise en charge contemporaine de la naissance, des années 1960 à nos jours.

1.2. Sortir à nouveau de l'hôpital ? Mouvements contestataires et « humanisation » des maternités (1960-2016)

La médicalisation de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement s'intensifie dès les années 1980 autour d'un « recours de façon accrue à des produits pharmaceutiques, à un appareillage technique et à des interventions médico-chirurgicales (perfusion d'ocytocine, analgésie péridurale, monitoring du cœur fœtal et des contractions, techniques de diagnostic prénatal, césarienne) » (Vuille 2015, 40). En France, les taux de péridurale connaissent un accroissement rapide : 46% en 1995, 58% en 1998, 62,8 % en 2003 et 70% en 2010 (Charrier et Clavandier 2013). Bien que l'on ne dispose pas de chiffres précis pour la Suisse, le même mouvement s'est opéré (Vuille 2015). Le développement de l'ultrason (ou échographie) à la fin des années 1970 (Knibiehler 2015) constitue un changement dans la prise en charge de l'accouchement et marque l'avènement du fœtus comme patient (Lowe 2016). L'arrivée du monitoring (en 1974 à la Maternité de Genève, la première à en être équipée en Suisse (Luisier 2006)) est aussi très importante dans ce mouvement. Ces deux outils techniques permettent de mesurer l'évolution et le bien-être fœtal d'une manière autonome par rapport à la femme enceinte, et de matérialiser cette nouvelle entité par la vue (échographie) et le son (monitoring). Ils servent de médiation directe entre le fœtus et les

⁹ Pour Knibiehler (2012), si l'accouchement est demeuré « périlleux » jusqu'au XX^e siècle, donner des statistiques n'a de toute façon « pas grand sens » selon elle, puisque de grandes diversités sont observables entre les régions et que les chiffres sont très mal connus avant l'ère statistique (p.41).

professionnel.le.s en s'affranchissant de la médiation de la mère. Les taux de césariennes ont également rapidement augmenté. De 19% en 1990 (OCDE 2009), ils sont passés en Suisse à 25 % en 2000 (Office fédéral de la statistique 2007) et à 33,7% en 2014¹⁰.

Dans les années 1970, des contestations de cette médicalisation de la naissance émergent. Le cas genevois est marqué par le regroupement de sages-femmes, et parfois d'usagères, qui remettent en question la prise de pouvoir du corps médical sur le corps des femmes pendant l'accouchement, dans une perspective féministe. Si ces mouvements, en particulier celui du Mouvement de Libération des Femmes (MLF), se sont particulièrement engagés pour l'accès à la contraception et à l'avortement, la naissance a également constitué un objet de discussions et d'engagements militants, en tant que prolongement d'une question large de « l'aliénation de leur corps par la science médicale » (Burgnard 2015, 298; voir aussi: de Dardel 2007).

Ces revendications ont concerné la prise en charge des femmes à la maternité de Genève et le renforcement de leur place : « tout comme en matière d'avortement, c'est le manque de marge de manœuvre et de contrôle des femmes lors de cet événement qu'elles dénoncent avant tout » (Burgnard 2015, 307). Elles argumentent également en faveur d'une « démedicalisation de la naissance » qui passerait par une « remise de la technique à sa place », technique qu'il ne s'agit pas de « rejet[er] » mais de limiter à ce que la femme estime nécessaire : « nous voulons que la technique, les médecins, la chimie, les appareils soient à notre disposition pour nous assurer la plus grande sécurité, mais nous refusons de nous laisser dominer par une organisation de la naissance faite uniquement en fonction de cette technologie et sur laquelle nous perdons tout contrôle. » (Des usagères de la Maternité 1977, 6; cité par: Burgnard 2015, 308).

Ces revendications ont certainement participé à transformer les pratiques des hôpitaux de la région, couplées à l'influence « du mouvement Leboyer », du nom d'un obstétricien français qui a proposé des pratiques autour d'une « nouvelles manière d'accueillir le nouveau-né, tout en douceur » (Luisier 2006, 32). Lui-même évoque son ambition de proposer des « naissance[s] sans violences » (Leboyer 1974) pour le nouveau-né en mettant l'accent sur l'accueil peu interventionniste et doux qui doit lui être réservé. Luisier évoque une pratique plus « humanisée et individualisée » qui suit les mouvements sociaux des années 1970 et s'accompagne de nouvelles pratiques : cours de préparation à la naissance, accueil doux du nouveau-né, présence du père en salle d'accouchement. La méthode dite de « l'accouchement sans douleurs » (ou « psychoprophylaxie obstétricale », développée par des médecins soviétiques en 1951 et importée en France par l'obstétricien Lamaze (Vuille 2015; Caron-Leulliez 2009), arrive en Suisse romande en 1955 à la suite d'une formation suivie par les médecins à Paris (Favre 2009). Le postulat de base est que les femmes ont mal car elles ont peur. En les « éduquant », voire en les « conditionnant » différemment, la douleur pourrait être supprimée (Vuille 2000). Cette méthode est ainsi à l'origine des cours de préparation à l'accouchement¹¹ et de la présence des pères en salle d'accouchement (2007a) qui devient de plus en plus attendue (Longworth et Kingdon 2010). Elle a ainsi

¹⁰ Source : Office fédéral de la statistique, statistique médicale des hôpitaux, Nombre et taux de césariennes selon le canton et la région de domicile disponible à l'adresse suivante : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/data/01/05.html> (consulté le 13.10.2016)

¹¹ La méthode de « l'accouchement sans douleurs » continue à imprégner leur organisation bien qu'ils se soient « diversifiés à partir des années 1970 (avec la sophrologie, le yoga, la préparation en piscine, le chant prénatal, etc.) » (Vuille 2015, 40).

participé à faire évoluer les pratiques, bien qu'elle ait été critiquée, notamment pour sa capacité à culpabiliser, voire à aliéner les femmes (Vuille 2015). Par ailleurs la notion d'« humanisation des naissances » est non seulement mobilisée par des militantes, mais aussi par des professionnels tels que l'obstétricien français Michel Odent (Charrier 2015). Celui-ci a développé, dans sa maternité de Pithiviers, le concept « d'accouchement comme à la maison », et a promu l'accouchement dans l'eau (Odent 1976; Redaction (The Lancet) 1999). Certains médecins ont ainsi participé aux changements intervenus dans la prise en charge de l'accouchement à l'hôpital.

Les luttes féministes autour de la santé des femmes ont thématiqué la grossesse et l'accouchement, mais se sont surtout concentrées sur le domaine de la gynécologie et de l'avortement. Les principales revendications à ce sujet sont les suivantes : « le refus des hiérarchies entre groupes professionnels aussi bien qu'entre soignant.e.s et soigné.e.s, l'accent porté sur la réappropriation individuelle et collective du savoir sur le corps, de même que la validation de l'expérience des femmes » (Vuille et al. 2006, 8).

Le dispensaire des femmes est créé à Genève en 1978 pour mettre en pratique ces revendications. Ce lieu est décrit par l'une de ses fondatrices, Rina Nissim, célèbre figure du féminisme genevois, comme « un centre de santé par les femmes pour les femmes » (Nissim 2014, 13). Influencées par la visite en 1973 de femmes issues de la *Feminist Women's Health Clinic* de Los Angeles, les Genevoises vont développer des pratiques de « self-help » en tant que « mouvement de réappropriation du corps qui a commencé par la pratique de l'auto-examen gynécologique avec l'aide d'un spéculum et d'un miroir » (Nissim 2014, 7). Luisier, sage-femme genevoise, lie ce mouvement à l'accouchement à domicile qu'elle qualifie « d'expression la plus achevée des revendications (...) de réappropriation du corps et de la naissance » (Luisier 2006, 30). A cette période, des femmes vont ainsi sortir de l'hôpital pour accoucher chez elles, accompagnées d'une sage-femme. Luisier signale cependant que les sages-femmes constatent rapidement qu'une très faible partie des femmes font ce choix et que la demande n'augmente pas. Si le nombre de sages-femmes indépendantes croît, c'est surtout lié à leur présence lors du retour à domicile de la mère et de l'enfant après l'accouchement à l'hôpital (suivi post-partum).

Dès les années 1980, les sages-femmes romandes se regroupent en collectif pour promouvoir leurs activités et ouvrent en 1994 « l'Arcade des sages-femmes » à Genève (Luisier 2006). Reconnue d'utilité publique par les autorités genevoises, elle regroupe la majorité des sages-femmes indépendantes. A la même période, le mouvement militant autour du Dispensaire des femmes « s'essouffle », notamment du fait de « difficultés liées à l'autogestion » (Fussinger, Rey, et Vuille 2006, 99). Le Dispensaire des femmes est dissout en 1987. Dans un entretien pour la revue *Nouvelles Questions Féministes*, Nina Rissim pointe également « une évolution du côté du public du dispensaire » : « à une époque c'était un défi d'être soignée par une non-médicale et on pouvait trouver que c'était un plus, puis à une autre époque, cela n'a plus été une demande du public, qui préférerait être soigné par une personne pleine de diplômes » (Rissim interviewée dans: Fussinger, Rey, et Vuille 2006, 109).

C'est dans ce contexte qu'à la fin des années 1990, trois maisons de naissance ouvrent en Suisse romande, et plus particulièrement dans le canton de Vaud¹². Une deuxième vague d'ouverture a lieu à la fin de la première décennie du XXI^e siècle. Six maisons de naissance s'implantent alors dans tous les cantons romands¹³. A ce jour 23 maisons de naissance sont en fonctionnement en Suisse selon la Fédération suisse des sages-femmes¹⁴. Cette offre est complétée par des prestations mixtes entre l'intra et l'extra hospitalier : il s'agit notamment du suivi par une sage-femme indépendante sous contrat avec l'hôpital, dite « sage-femme agréée ». Celles-ci font le suivi de grossesse en dehors de l'hôpital, l'accouchement à l'hôpital (si possible en ambulatoire, c'est-à-dire que la parturiente quitte la maternité quelques heures après la naissance), puis le post-partum à domicile.

Dans un nombre croissant de maternités, outre le suivi classique, des formules inspirées des pratiques du domicile et dont certaines offrent plus d'autonomie aux sages-femmes ont émergé et tendent à se multiplier depuis quelques années. Il s'agit par exemple du suivi global (ou « accompagnement global ») (suivi de grossesse, accouchement et post-partum) par un groupe de sages-femmes à l'hôpital, les « espaces/pôles physiologiques » dans les hôpitaux (réservés aux femmes à bas risques et plus ou moins gérés par les sages-femmes mais toujours sous supervision médicale), ou encore les « salles nature » qui mettent en scène un espace d'accouchement en apparence moins technicisé et offrant un autre type de matériel (baignoire, tissu pour se suspendre, lit dit « parental » ou « matrimonial » selon les maternités).

L'émergence de certaines de ces prestations est liée à des demandes d'usagères regroupées en association (notamment par le dépôt de pétitions). Celles-ci intègrent parfois des professionnel.le.s de la santé, et en particulier des sages-femmes. Pour la Suisse romande, il existe « Bien Naître » qui a été fondée en 1994 et est à la base de la création d'un suivi par une sage-femme agréée à Genève dès 1999. Le but de l'association, tel qu'il est présenté sur son site internet est de « défendre et faire connaître cette prestation [de sage-femme agréée] ». Il est également précisé que « de façon plus générale, l'association *Bien Naître* souhaite représenter les usagers du service d'obstétrique des HUG et promouvoir le débat sur la naissance à Genève »¹⁵. Les buts de l'association « Cô-Naître », fondée en 2008, sont principalement axés sur la diffusion d'informations relatives à la naissance et des prestations de soutiens aux parents. L'association offre également la possibilité de louer une piscine d'accouchement (principalement pour un accouchement à domicile) ou de participer à des séances de discussions entre femmes enceintes par

¹² La première maison de naissance a été ouverte en Suisse en 1983 à Lenzbourg dans le canton d'Argovie (Vouilloz Burnier 2010). En Suisse romande, les maisons de naissance fondées dans la première vague sont, par ordre chronologique : La Grange-rouge (à Grens-Nyon), Aquila (dans les locaux de l'hôpital de Sion), Zoé (à Moudon). (Source : Dossier de presse de l'association Esprit Sage-Femme, disponible à l'adresse suivante : http://www.espritsagefemme.ch/wa_files/ESF_20dossier_20de_20presse.pdf (consulté le 13 octobre 2016)).

¹³ Ces maisons de naissance sont, par ordre chronologique (entre 2007 et 2012) : Lunanaissance (à Bienne dans le canton de Berne), Les Cigognes (à Vicques dans le Jura), 10 Lunes (à Genève), Gaïa (dans les locaux de l'hôpital de Sion), Tilia (à Neuchâtel) et finalement la Roseraie (à Genève). (Source : Dossier de presse de l'association Esprit Sage-Femme, disponible à l'adresse suivante : http://www.espritsagefemme.ch/wa_files/ESF_20dossier_20de_20presse.pdf (consulté le 13 octobre 2016)).

¹⁴ Source : <http://www.hebamme.ch/fr/elt/heb/geburtshaeuser.cfm> consulté le 14 octobre 2016.

¹⁵ <http://www.bien-naitre.ch/vie.html> (consulté le 16.10.2016)

exemple¹⁶. « Naît-sens » a été fondée en 2011 et se présente comme « une association de parents et de professionnels de la région Lausannoise qui souhaitent promouvoir la naissance physiologique »¹⁷. Toutes les trois organisent également des conférences, des projections publiques, etc., et leurs membres tiennent régulièrement des stands d'information dans différents événements (festivals de musique, événements commerciaux autour de la périnatalité, marchés, etc.).

L'Arcade des sages-femmes, puis les maisons de naissance, et les aménagements récents des hôpitaux semblent ainsi répondre à une demande nouvelle des femmes (dont les associations présentées sont également le reflet) : se réapproprier son corps, limiter la prise en charge médicale, mais en étant accompagnée par une sage-femme formée et reconnue – et le plus souvent à l'hôpital –, comme une version « modérée » d'une figure et d'un savoir médical, qui n'est pas totalement remise en question. Leur émergence coïncide avec l'« essoufflement » du dispensaire des femmes décrit par Nina Rissim.

Le travail empirique que j'ai mené permettra de qualifier la revendication d'une médicalisation « raisonnée » et de contextualiser son expression. Par ailleurs, peu de données existent sur l'articulation des différentes offres de soin et les trajectoires des femmes et des professionnelles qui les empruntent. De manière générale, des chercheuses constatent que la question de l'enfantement reste peu politisée et discutée publiquement : « les discussions sur la reproduction humaine sont renvoyées à la sphère intime (couple, famille), professionnelle (corps médical) ou morale (comités d'éthique) témoignant d'une absence stupéfiante du corps des femmes comme question politique » (Gardey 2005, 135). Cette thèse s'inscrit dans ce constat en analysant en quoi la naissance représente un enjeu politique majeur.

2 Accoucher dans une « société du risque »

2.1. *De la distinction du normal et du pathologique à la classification des risques*

Clarke situe historiquement trois processus liés à la diffusion du savoir et de la prise en charge médicale et technique qui font écho aux développements proposés dans la section précédente (A. E. Clarke 2010, 104).

Entre 1890 et 1945 c'est l'ère du développement de la médecine (découvertes et approfondissement des savoirs, progressive professionnalisation et spécialisation des soignant.e.s, etc.). Des années 1940 aux années 1990, c'est l'ère de la médicalisation : la médecine devient progressivement partie intégrante de la vie quotidienne, elle est « naturalisée » (A. E. Clarke 2010, 122)¹⁸. La naissance, comme un nombre croissant d'autres domaines de la vie (vieillesse, sexualité, ménopause, etc.) a connu un processus de médicalisation. Pour Conrad (2007), ce processus peut être identifié lorsque « a problem is defined in medical terms, described using medical language, understood through the adoption of a medical framework, or 'treated' with medical intervention » (p.5). Clarke et al vont dans le même sens, en assimilant le processus de médicalisation à une extension de la juridiction de la médecine à des sphères qui étaient considérées comme relevant de

¹⁶ http://www.co-naitre.ch/?page_id=321 (consulté le 16.10.2016)

¹⁷ <https://nait-sens.ch/> (consulté le 16.10.2016)

¹⁸ Panese et Barras proposent une définition proche : « la médicalisation est le processus par lequel certaines conditions – organiques, psychologiques, sociales ou comportementales – de la vie quotidienne deviennent des questions médicales » (Panese et Barras 2008, 20).

problèmes moraux, sociaux ou légaux (A. E. Clarke et al. 2010, 1). Depuis 1985, Clarke évoque l'émergence de l'ère de la biomédicalisation¹⁹. Alors que la médicalisation correspond à une extension de la juridiction de la médecine, la biomédicalisation correspond à une extension de la biomédecine (qui s'ancre notamment dans les savoirs issus de la biologie) à travers les technosciences et la transformation / l'amélioration des corps :

Medicalization practices typically emphasize exercising control over medical phenomena – disease, illness, injuries, bodily malfunctions. In contrast, biomedicalization practices emphasize transformations of such medical phenomena and of bodies, largely through sooner-rather-than later technoscientific interventions not only for treatment but also increasingly for enhancement. (A. E. Clarke et al. 2010, 2, voir aussi: 2003)

La biomédicalisation concerne directement la grossesse avec le développement des tests prénataux et génétiques. A la fin des années 1990, Rapp (1999) écrivait ainsi déjà que les femmes enceintes étaient des « moral pioneers », confrontées à des décisions éthiques difficiles autour de ces tests. Dans ma thèse, je ferai plutôt référence au concept de médicalisation que de biomédicalisation, qui est moins à l'œuvre dans l'accouchement que dans la grossesse.

La (bio)médicalisation²⁰ de l'accouchement a été, et est toujours, justifiée par les acteurs médicaux par l'existence de risques (de mort et de complications graves concernant la parturiente et le fœtus). La grossesse et l'accouchement sont perçus et décrits par les professionnel.le.s de santé comme des processus normaux mais au déroulement incertain, puisqu'on ne pourrait pas complètement prévoir la survenue de complications graves et soudaines²¹ (Maffi 2012b)²². Une importante littérature en socio-anthropologie analyse le fait que tout accouchement est aujourd'hui considéré comme un événement à risques qui ne pourra être défini comme « normal » qu'*a posteriori* (Carricaburu 2007; Charrier 2011; Jacques 2007). L'hôpital étant considéré comme le lieu le plus adapté pour prévenir ces risques (grâce à la surveillance permise par les objets techniques et les connaissances médicales détenues en premier lieu par les médecins) et les traiter s'ils se réalisent, il s'est imposé comme lieu normalisé d'accouchement pour toutes les femmes. La présence de risques et d'une incertitude élevée est ainsi utilisée par les médecins comme un moyen de justifier le dispositif obstétrical des pays développés (Bitouzé 2001; Carricaburu 2005; Lane 1995; Viisainen 2000). Risques et incertitude colorent l'expérience de la naissance vécue par les parturientes et les professionnel.le.s (E. Lee, Macvarish, et Bristow 2010; Heyman et al. 2009; Heyman 2013; Coxon et al. 2016; Hélén 2004).

Le risque n'est cependant pas uniforme, des processus de qualification et de classification des risques sont à l'œuvre et correspondent à des pratiques spécifiques. Comme Foucault (1963) ou Canguilhem (1966) l'ont montré, la science moderne s'est construite autour de la différenciation entre le normal et le pathologique. Cet étalon continue à faire sens même si,

¹⁹ L'utilisation du terme de biomédicalisation constitue également un rapprochement avec les notions de biopouvoir / biopolitique développées par Foucault.

²⁰ Des phénomènes de médicalisation (surveillance pendant l'accouchement par exemple) et de biomédicalisation (tests prénataux, accélération de la dilatation par médicaments, etc.) sont conjointement à l'œuvre dans l'accouchement.

²¹ Les complications qui font figures d'épouvantail sont en particulier l'hémorragie massive du post-partum, la procidence du cordon, le décollement placentaire et la dystocie des épaules (Nisand 2016).

²² Maffi a produit ce résultat à partir d'une analyse du *Williams Obstetrics*, un des manuels de référence internationale dans le domaine.

dans le contexte de la naissance, les chercheuses et chercheurs montrent que c'est plutôt une classification des risques qui fait sens.

Ces constats font écho aux analyses de Beck (2003) à propos de la « société du risque » qui traduit une omniprésence de la notion de risque comme mode de pensée et d'action. Beck montre que le risque est conçu comme une mise en forme d'un danger en des termes probabilistes par une démarche rationnelle (typiquement une démarche scientifique). Comme l'écrit Lupton (1993), le risque est à l'origine pensé comme un concept « neutre » qui représente une donnée mathématique visant à représenter la probabilité qu'un certain événement (dans notre cas non souhaité) se produise (p.245).

Pour Heyman (2009), penser en termes de risques c'est adopter une approche spécifique et unique de « visualisation des futures alternatives » (p.22, ma traduction). Le but de quantifier un danger (ou plus généralement un événement) est de réduire l'incertitude de sa survenue, et donc le maîtriser, au moins partiellement (Castel 2003; Peretti-Watel 2010). Pour Giddens (1994), la culture du risque représente ainsi « un aspect culturel fondamental de la modernité, par lequel la conscience des risques encourus devient un moyen de coloniser le futur » (p.244), c'est-à-dire le prévoir, et commencer à agir sur celui-ci.

C'est dans ce contexte que se développent des processus de surveillance de la santé (D. Armstrong 1995) de plus en plus présents dans la sphère médicale, mais aussi dans la vie quotidienne²³. Par le processus d'individualisation des risques entrepris par les sciences médicales dès le XXe siècle, la maladie est désormais considérée comme un événement évitable qui est du ressort de l'action humaine (Burton-Jeangros 2007; Berlivet 2004; Peretti-Watel 2005) et qui n'est plus soumise à la *fortuna* (au destin) (Giddens 1994). Dans ce cadre, l'épidémiologie a cherché progressivement à construire des facteurs de risques individuels afin de mieux gérer la maladie et l'éviter. Face à cette représentation probabiliste de la santé et de la maladie (Berlivet 2001), d'autant plus lorsque les risques sont personnalisés (Caiata-Zufferey 2015), un nouvel état intermédiaire émerge. L'individu peut non seulement être « en bonne santé » ou « malade » mais aussi, puisque « a space of future illness potential » est ouvert (D. Armstrong 1995, 400), être « à risque ». Peretti-Watel (2010) évoque ainsi le paradoxe du risque dont la propriété est celle de « proliférer » et c'est ainsi qu'« un monde plus sûr peut aussi s'avérer plus risqué » (p.14) puisque un nombre croissant de paramètres sont construits et appréhendés sous une forme mathématique, le risque.

Des recherches montrent cependant que la transformation du danger en une probabilité ne correspond pas nécessairement à une appréhension plus apaisée de l'incertitude, voire renforce le sentiment d'anxiété (Lupton 1997). Les individus constatent qu'ils continuent à être confrontés à des événements imprévus et difficilement gérables (Lupton 1999; Alaszewski et Brown 2007; Skinner et Maude 2016; Hammer et Burton-Jeangros 2013). De plus, une certaine perte de confiance envers la rationalité scientifique et technique participe à renforcer ce sentiment d'incertitude et ces inquiétudes (Beck 2003). La transformation du danger en risques, qui correspond à un processus d'identification, de quantification et de pondération des dangers (le plus souvent sous forme de probabilités), peut ainsi à la fois participer à un sentiment de maîtrise de l'incertitude, mais peut aussi renforcer une anxiété puisqu'elle rend visibles ces risques. Les acteurs de la santé publique, en communiquant sur

²³ Voir par exemple le mouvement du quantified self (Lupton 2016, 2013c, 2013a, 2012d).

ces risques et les moyens de les réduire à travers des campagnes de prévention, participent de cette tension entre sentiment de maîtrise et diffusion d'une anxiété face aux risques. La multiplication de l'identification de « facteurs de risques » variés et de « groupes à risques » (permise aussi par les progrès de la médecine et des statistiques) participent de cet effet (Peretti-Watel 2010, 2004).

En ce qui concerne l'accouchement, si les taux de mortalité maternelle et infantile ont spectaculairement diminué, de même que les séquelles graves, les potentielles complications aiguës qui subsistent occupent une place centrale dans les représentations des professionnelles et des femmes enceintes (Lane 1995; Lankshear, Etorre, et Mason 2005; Possamai-Inesedy 2006; Bisits 2016; Akrich et Pasveer 1996). Allemand (2002) évoque ainsi une « hypersensibilité » face au risque. Amalberti (2009b) l'explique à travers deux dimensions, l'une générale, l'autre spécifique à l'obstétrique. Il montre d'une part que plus un système est sûr, plus les accidents devenus rares mais résiduels apparaissent comme « insupportables aux « ultimes victimes » » (p.456). Un niveau de sécurité élevé n'est ainsi jamais « suffisant » selon lui et engendre « une exigence sociétale qui augmente en parallèle des progrès réalisés » (Amalberti 2012, 23). Il s'agit à ce titre d'une « impossible sécurité » (p.23). Pour Memmi (2011) aussi c'est par « la quasi-disparition de la mortalité infantile, de la mortalité maternelle et de la concentration de la mort dans le grand âge, [que] la mort d'enfant voit son caractère dramatique s'accroître ». D'autre part, l'obstétrique touche « à un risque emblématique des sociétés modernes : la grossesse, la naissance et le maintien d'un taux de procréation suffisant pour renouveler la société » (Amalberti 2009b, 456). De nombreuses chercheuses et chercheurs établissent ainsi le constat que les séquelles graves ou la mort d'un enfant ou d'une femme pendant ou à l'issue d'un accouchement est socialement insupportable (Burton-Jeangros et al. 2013; 2014; Lupton 2012b, 1993; Viisainen 2000).

Dans ce contexte, les parents seraient de plus en plus à même, selon certains chercheurs et certaines chercheuses, de porter plainte contre les soignant.e.s, en particulier dans le domaine de l'obstétrique (Soutoul 1991; Cartwright et Thomas 2001). Barbot et Fillion (2006) évoquent l'avènement d'une « médecine défensive » où la pratique médicale se verrait modifiée par l'anticipation d'un éventuel procès, susceptible d'être déclenché au moindre manquement des soignant.e.s (Carricaburu 2007; Bitouzé 2001). Cette régulation des pratiques médicales par le droit correspond à un phénomène de judiciarisation. Celle-ci « désigne une transformation des modes privilégiés de régulation des conflits caractérisée par le rôle accru que joue l'institution judiciaire et par un accroissement des contentieux soumis à la justice²⁴. Dans le domaine des soins, l'action en justice des patients estimant leurs droits lésés est l'indicateur privilégié de la judiciarisation lorsque le fait de porter plainte est préféré à un autre mode d'action » (Burton-Jeangros et al. 2010, 21).

L'arrêt Perruche²⁵ en France aurait contribué à renforcer le sentiment de vulnérabilité des professionnel.le.s face au risque médico-légal (Burton-Jeangros et al. 2010; Diederich et

²⁴ Burton-Jeangros et al. (2010) se réfèrent à Commaille (2007).

²⁵ L'arrêt Perruche a été rendu par la Cour de Cassation en novembre 2000. Des parents ont attaqué un laboratoire et un médecin suite à la naissance de leur enfant porteur de graves troubles neurologiques causés par une rubéole contractée pendant la grossesse et non diagnostiquée suite à une erreur de laboratoire et des manquements du médecin (Issenhuth-Scharly 2010). Avec l'arrêt Perruche, c'est la première fois qu'un préjudice pour l'enfant handicapé suite à une faute médicale lors de la grossesse est reconnu, alors que par le passé seul un préjudice pour les parents étaient reconnus (ceux-ci ayant été privés de l'information du handicap de leur enfant, ils n'ont pas pu avoir le

Moyse 2006). Cette crainte influencerait directement les pratiques et les décisions des médecins et les conduirait à faire des « excès de zèle » (Saxell 2004, 92) en se dirigeant plus rapidement vers une césarienne par exemple (Latham et Norwitz 2009; Bryant et al. 2007; Savage et Francome 2007). Utiliser davantage les techniques représenterait en ce « sens un moyen efficace pour laisser une trace concrète de son travail (par exemple, les relevés du monitoring fœtal peuvent être utilisés comme preuve devant un tribunal (Sheth et Malpani 1997)). MacLennan et al. (2005) pointent le paradoxe suivant : « it has never been safer to have a baby and never more dangerous to be an obstetrician » (p.1688)²⁶.

Bien que peu d'analyses aient été produites en Europe pour recenser et analyser les cas de judiciarisation de l'accouchement, quelques chercheuses et chercheurs évoquent la présence de cette crainte dans les discours tout en suggérant que l'occurrence effective des plaintes est sans doute moindre (Hammer, Cavalli, et Burton-Jeangros 2009; Manaï, Burton-Jeangros, et Elger 2010). A ce jour, il s'agit d'une lacune dans la recherche scientifique²⁷.

La judiciarisation, qui révèle la capacité d'action et d'autonomisation du patient ou de la patiente face au médecin, illustre pour certains auteur.e.s le changement qui s'est opéré dans leurs interactions. L'autonomie du patient et de la patiente, qui implique la production d'un consentement libre et éclairé pour les soins qui lui sont prodigués, est au centre des principes bioéthiques modernes (Elger 2010; Brunswic et Pierson 2002; Wolpe 1998; Hoerni 1998). La « dissolution du monopole social de la science sur la vérité » (Beck 2003, 343) favoriserait une certaine égalisation entre expert.e.s et profanes, et notamment des rapports médecins-patient.e.s (Pierron 2007; Adam et Herzlich 2007)

Le renforcement des droits à l'autodétermination pour les patient.e.s est lié au développement de la notion de risque. Je l'ai dit, construire des risques est avant tout conçu comme un moyen de maîtriser le futur par la connaissance probabiliste et l'action individuelle (l'individu peut agir sur son destin). Dans un contexte libéral, les patient.e.s doivent désormais « prendre leur destin en main » (Peretti-Watel 2003, 78) et se responsabiliser (Lupton 2012c). Ils acquièrent ainsi non seulement des droits, mais aussi des devoirs. Risque, (auto)-surveillance et responsabilisation individuelle s'articulent pour constituer un nouveau paradigme de la santé publique mais aussi de normes sociales diffuses : l'individu est responsable de sa santé (Rose 1999) et ses choix et comportements sont considérés comme les principaux déterminants de son état de santé (Crawford 1994; Lupton 2006; Clarke et al. 2003). Sa santé ne concerne plus seulement le médecin, c'est à lui de s'auto-surveiller et de s'auto-contrôler (Lupton 2012c). Si l'individu ne le fait pas suffisamment bien,

choix d'interrompre la grossesse) (Hammer, Cavalli, et Burton-Jeangros 2009). Cet arrêt a donné lieu à de nombreuses controverses sur les questions de la responsabilité médicale (et de la mise en accusation des médecins par l'autorité judiciaire), et sur le « droit des enfants à ne pas naître » (Cayla et Thomas 2002).

²⁶ Olivier Irion, Chef du service d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Genève a d'ailleurs repris cette citation, traduite en français, dans un article concernant les césariennes qui a été publié dans la *Revue Médicale Suisse* : « il n'a jamais été aussi sûr d'avoir un enfant, et jamais aussi dangereux d'être obstétricien » (Irion 2009, 2097).

²⁷ Cartwright et Thomas (2001) ont mis en évidence le fait qu'aux Etats-Unis le risque de plainte est particulièrement marqué, notamment par rapport à la Norvège ou les Pays-Bas. Ils l'expliquent par le fait qu'à la fin des années 1990, l'usage des technologies durant l'accouchement est moins prégnant et moins accepté socialement dans ces pays par rapport à la situation nord-américaine. Ainsi, les procédures judiciaires associées à des interventions qui n'auraient pas été réalisées seraient moins fréquentes en Norvège et aux Pays-Bas par rapport aux Etats-Unis.

son comportement sera qualifié de déviant (Lupton 1993, 2006). Ces mouvements sont au cœur d'une « victim blaming ideology » analysée par Crawford (1977), qui est directement reliée au concept de risque (Chadwick et Foster 2014).

Des chercheuses et chercheurs ont mis en évidence le fait que la période de la grossesse et de l'accouchement est un moment particulièrement propice à l'exercice de cette injonction à la responsabilisation des (futures) mères. Cette injonction correspondrait ici à un ensemble de normes en faveur de l'adoption d'un comportement individuel « sain », en accord avec les recommandations médicales qui s'imposent aux femmes (McCourt et al. 2007). Responsables de la bonne santé du fœtus en plus de la leur, les femmes enceintes sont face à des impératifs de comportements étroitement définis par la médecine (Lupton 1993, 2011, 1995). L'avortement et la contraception ont représenté des avancées pour le droit des femmes à décider pour leur corps et leur vie, mais ont introduit en même temps un effet pervers : comme on considère qu'« il ne peut [plus] y avoir de mère qui ne veuille pas l'être » (Iacub 2004b, 46), les femmes sont d'autant plus responsables dans la maternité. Pour Bogdan-Lovis et de Vries (2014) le contrôle social exercé sur le corps des femmes (bien plus que sur celui des hommes), se renforce ainsi encore davantage dès la grossesse : « Living in this moral twilight zone, you will discover what you only suspected before : your cervix is not just that nubbly little opening to your uterus, it is also the portal of society's control of over women » (p.3). Longhurst (2012) montre comment le corps de la femme enceinte devient propriété publique, ce statut le rendant accessible aux autres par le toucher et les commentaires, qui seraient jugés inappropriés dans d'autres circonstances (voir aussi: Knibiehler 2001).

Cet impératif à préserver la santé du fœtus est également lié au fait que son existence prend de plus en plus de place et qu'il devient ainsi un « singulier » patient (Bitouzé 2001). Cela a été favorisé par le développement de la chirurgie fœtale (Casper 1998), et par le développement de l'imagerie médicale dès les années 1960, et surtout de l'échographie dès les années 1980 (Schmied et Lupton 2001). Berthiaud (2013) évoque un « utérus deve[nu] transparent », modifiant ainsi « les représentations et les comportements vis-à-vis de la grossesse et du fœtus. (...) avant même que la grossesse soit perceptible, l'échographie rend visible l'intérieur du corps féminin et dévoile ce qui était jusqu'alors caché » (p.205)²⁸. Ces différents outils techniques favorisent l'individualisation et la personnification – de plus en plus précoce - du fœtus (Williams 2003, 2005; L. M. Mitchell 2001) : « foetuses are sexed, named, 'photographed', surgically altered, spoken to and about, and even speak themselves, Hollywood style » (Morgan et Michaels 1999, 6). Le statut social du fœtus se transforme du fait qu'il est de plus en plus pensé comme une personne vivant une vie utérine propre (Draper 2002) et qui se différencie donc de sa mère, voire lui « prend la vedette » (Knibiehler 2007a, 45; voir aussi: Garnault 2015). Knibiehler (2007a) écrit que « l'attention naguère

²⁸ Certains parents s'approprient l'usage de ces techniques sous la forme d'échographies commerciales (G. Harris et al. 2004). D'autres pratiques d'appropriation des usages de l'échographie par les parents existent. On peut citer le fait de poster sur Facebook les photos de l'échographie, donnant au fœtus sa propre « identité numérique » (Johnson 2014), et renforçant par là même son statut de personne. Cette appropriation est en même temps répandue, puisque beaucoup de parents s'y adonnent et limitée puisqu'elle concerne un usage qui s'ajoute à l'usage défini par le médical (détectations de pathologies) et ne vient pas le concurrencer, voire participe de sa diffusion.

centrée sur la future mère « en travail », se fixe sur l'enfant à naître » (p.45) qui est perçu comme un être particulièrement « précieux » (Lupton 2012b)²⁹.

Les soignant.e.s et l'entourage de la mère auraient tendance à se poser comme protecteurs du fœtus, dans une représentation où la mère pourrait être le principal danger pour celui-ci, notamment si elle a des comportements dits « à risques » (alcool, alimentation, tabac, etc.) (Latham et Norwitz 2009; Saxell 2004; Hammer et Inglin 2014). Martin fait part de « croyances » et d' « attitudes » qui « consiste[nt] à percevoir la période du 'travail' normal comme intrinsèquement traumatique pour le bébé », le médecin tenant alors « le rôle d'allié du bébé contre le potentiel destructeur du corps de sa mère » (E. Martin 2001, 64 ma traduction). L'anthropologue cite également des cas où la justice américaine a imposé des décisions médicales à des patientes (en les contraignant à subir une césarienne par exemple), privilégiant ainsi les droits du fœtus à ceux de la femme enceinte. Martin cite finalement Rothman (1982) qui résume ces analyses ainsi: « mother/fetus are seen in the medical model as a conflicting dyad rather than as an integral unit » (p.48). Pour Vuille (1998), certains psychanalystes ont alimenté cette vision en se « réjouis[sant] que la médecine puisse à présent venir au secours du fœtus englouti par sa mère par un déclenchement artificiel du travail » (p.90). Cette conception correspond pour elle à « une peur irrationnelle du corps de la femme(...) on craint que le ventre maternel n'absorbe, ne digère la vie qu'en réalité il protège et nourrit » (p.90)³⁰.

Le fœtus est ainsi devenu l'enjeu d'un « chantage médical » puissant (Knibiehler 1997) : si la mère ne se conforme pas aux recommandations médicales, elle risque de porter atteinte à celui qu'elle est censée protéger. Ces recommandations sont nombreuses et contraignantes depuis la grossesse jusqu'à l'accouchement (et se poursuivent dans l'éducation des enfants (E. Lee, Macvarish, et Bristow 2010)), et ces chercheuses avancent que c'est la médicalisation qui a entraîné ces normes contraignantes. La mère doit s'auto-discipliner dès la grossesse pour se conformer à ces recommandations en matière d' « hygiène de vie » (E. M. Armstrong 2008; Kukla 2010).

Si les objets techniques de surveillance et de dépistage ont renforcé cette situation, la mise en perspective historique relativise cependant le caractère exclusivement contemporain de ces injonctions. Cova (2005) indique ainsi qu'au début du XX^e siècle, le corps des femmes enceintes « suscite de multiples conseils, d'hygiène notamment » (p.4). Hallgrimsdottir et Benner (2014) montrent ainsi que la vision de la grossesse comme moment risqué qui implique que la mère se comporte d'une manière définie pour préserver la santé de son enfant à naître, n'est pas si nouvelle. Fin XIX^e–début XX^e, la femme enceinte était tenue pour responsable du bon développement du fœtus: elle devait bien dormir, être suffisamment au grand air, pratiquer des exercices physiques adaptés, choisir un père « correct ». Knibiehler (2012) évoque également les nombreuses prescriptions qui dictaient déjà les comportements maternels au Moyen-âge, de peur que les femmes ne mettent au monde « un monstre », ou un « infirme qui serait à charge » (p.41). Ce qui change ce n'est

²⁹ Memmi (2011b) explique d'ailleurs le changement de la prise en charge des corps morts de fœtus ou bébé mort-nés, que les parents sont aujourd'hui invités à voir et toucher, est directement lié au fait que les fœtus sont déjà très investis, et à des stades précoces.

³⁰ Inversement, le fœtus peut être vu comme celui qui détient une capacité « potentiellement destructrice » pour la femme, et notamment son sexe au moment de la naissance (Vuille 1998, 83; voir aussi: Schmied et Lupton 2001).

donc pas l'existence d'attentes et de recommandations qui se posent aux futures mères, mais leur contenu, et sans doute leur intensité et leurs modalités de déploiement.

Pour Bryant et al. (2007), les femmes enceintes sont confrontées à une « obligation sociale très forte de réduire le risque et de faire un choix le plus sûr, le plus convenable et approprié moralement » (p.1200, ma traduction). L'enjeu est d'accéder au statut de bonne mère d'un point de vue moral (Lupton 2011, 1993; Bessett 2010; Helén 2002; Quéniart 1989) par l'auto-surveillance et l'auto-régulation (Lupton 2012a). Les femmes qui ne se soumettent pas à des surveillances médicales régulières ou ne respectent pas des normes de comportements précises (alimentaires, consommation d'alcool, etc.) s'exposent à des sanctions sociales (Woliver 2002). Celles qui accouchent à domicile par exemple sont ainsi confrontées à un risque de jugement social particulièrement fort et pressant (Viisainen 2000) en étant considérées comme « bad or crazy or both » (Bogdan-Lovis et De Vries 2014, 4). La plupart ont de toute façon très bien intégré les normes médicales dominantes qui sont relayées par les soignantes. Pour Declerq et al. (2013), bien que les preuves scientifiques soient parfois mal utilisées par les professionnel.le.s de santé, les femmes enceintes continuent ainsi de considérer que ceux et celles qu'elles rencontrent sont les mieux plac.e.s pour déterminer quelle option thérapeutique est la meilleure. La confiance qu'elles portent envers ceux-ci est élevée. De plus, certaines patientes éprouvent de l'anxiété face à cette demande de réflexivité et de responsabilisation individuelle (Helén 2004; Burton-Jeangros 2010) et souhaitent s'en remettre aux expert.e.s (Giddens 1994) et les laisser décider (Gouilhers Hertig et al. 2014).

Dans la sous-section suivante, je vais maintenant décrire quels ont été les débats dans les mouvements féministes autour de la prise en charge médicale de la grossesse entre aliénation et émancipation.

2.2. Médecine, risques et techniques : instruments d'aliénation ou outils d'émancipation ?

La grossesse et l'accouchement sont souvent considérés comme un angle mort de la lutte féministe (Descarries et Corbeille 2002a; Charrier et Clavandier 2013), qui s'est surtout concentrée sur la maîtrise de la fécondité (accès à la contraception ou à l'avortement), la dénonciation de la culture du viol et du machisme, et plus généralement l'égalité hommes femmes. En ce qui concerne la reproduction, les féministes se sont ainsi plutôt intéressées à la possibilité pour les femmes de choisir d'avoir un enfant ou pas, et si oui, quand, plutôt qu'à la question de comment elles souhaitaient avoir cet enfant. De plus, « la position des féministes à l'égard de la naissance est loin d'être homogène » (Charrier et Clavandier 2013, 55), ce qui aurait affaibli la structuration des luttes autour de cet objet.

Ces dernières années, le lien entre accouchement et féminisme est devenu plus saillant, peut être aussi car les batailles sur l'avortement et la contraception ont largement abouti³¹. Dans les médias par exemple, plusieurs émissions/documentaires ont été consacrées au corps des femmes dans une perspective féministe en mêlant la question de l'avortement et

³¹ Ce qui ne signifie bien sûr pas que ce sont des droits immuables. En Suisse et ailleurs, ils font l'objet d'attaques fréquentes.

celle de l'accouchement³² ou en s'intéressant spécifiquement à la « maltraitance gynécologique »³³.

Par ailleurs, comme je l'ai montré plus haut, les féministes en Suisse ne se sont pas désintéressées du champ de la naissance, même s'il n'était pas prioritaire. Des associations d'usagères se sont créées en Suisse comme dans de nombreux autres pays en Europe (Akrich et al. 2014; Rabeharisoa, Moreira, et Akrich 2014; Akrich 2007). La question de la technicisation excessive de la naissance et de la violence faite aux femmes pendant l'accouchement est également thématisée de plus en plus et a donné lieu à l'expression de nombreuses femmes sur les réseaux sociaux, notamment autour du Hashtag #PayeTonUtérus (lancé en 2014 sur Twitter). Le terme de « violence obstétricale » initialement développé en Amérique Latine, tend à être utilisé dans de nombreux autres pays – y compris dans des recherches – et a émergé comme un problème public (Chadwick 2016; d'Oliveira, Diniz, et Schraiber 2002; Freedman et Kruk 2014a; Jewkes et Penn-Kekana 2015; Swahnberg, Thapar-Björkert, et Berterö 2007). Des organisations internationales, telles que l'Organisation Mondiale de la Santé se saisissent de cette thématique (WHO 2015a; Freedman et al. 2014).

Descarries et Corbeille (2002a) récusent plus largement l'idée selon laquelle les militantes et chercheuses féministes n'ont pas du tout investi la question de la maternité, bien qu'elles soulignent le défi que cela représente pour les féministes (voir aussi Charis Thompson 2005). Elles mettent en évidence la difficulté de ne pas adopter une « vision manichéenne » entre une maternité perçue comme « lieu de l'aliénation des femmes ou, au contraire, comme lieu privilégié d'expression de leur identité (...), de leur pouvoir » (p.15).

Dans la littérature scientifique, des chercheuses (et quelques chercheurs), se sont intéressées depuis longtemps à la grossesse et à l'accouchement, dans une perspective féministe, ou en tout cas critique. Les thématiques principales qui les ont occupées s'articulent autour du rapport entre médecine, technique et autonomie des femmes. La maternité au sens large a fait l'objet de nombreux débats dans les féminismes et les études genre. Pour Collin et Laborie (2013), c'est une question « qui traverse l'histoire des mouvements féministes, mais aussi celle de nombreuses femmes, aux prises avec des contradictions souvent insurmontables. La maternité constitue tout à la fois une spécificité valorisée – le pouvoir de donner une vie –, une fonction sociale au nom de laquelle revendiquer des droits politiques ou des droits sociaux et l'une des sources de l'oppression » (p.109). La question de la maternité participe ainsi à structurer ce champ politique et de recherche tant la question du statut à lui attribuer est épineux théoriquement comme empiriquement.

Je me centre ici sur les positions qui concernent précisément les techniques et la médecine en lien avec l'accouchement. Trois ensembles de positionnements (communément désignés

³² Par exemple l'émission « Grande traversée » de *France Culture* a consacré une série aux luttes féministes – « Women's power, les nouveaux féminismes », l'une des émissions étant intitulée « nos corps, nos choix. IVG et maternités » et diffusée le 23 Août 2016, ou encore l'émission « Les nouvelles vagues », dans sa série « le corps des femmes » a proposé une émission intitulée « Santé, sexualité, accouchement: une connaissance trop bien gardée », diffusée le 10 octobre 2016.

³³ Nom du documentaire diffusé dans l'émission « Sur les Docks » sur *France Culture*, le 28 septembre 2015.

par l'expression de « trois vagues » successives) peuvent être dégagés pour faciliter la description (voir par exemple: Beckett 2005; Knibiehler 2007b; Cova 2005)³⁴.

1) La première vague du féminisme

Un premier ensemble de revendications, associées plutôt à une première vague du féminisme, celles des suffragistes (Knibiehler 2007b), se structure à la fin du XIX^e siècle et dans la première moitié du XX^e siècle (Cova 2005, 1997). Les femmes ont alors « tenté, dans de nombreux pays, de se servir de la maternité comme atout pour pénétrer dans la sphère du public, revendiquant des droits pour les mères et pour les femmes en général » (Cova 2005, 2). Il s'agit par exemple dans le cas français de militer pour obtenir un « congé de maternité pour les travailleuses [et] soins et secours pour les accouchées et pour les mères sans appui » (Knibiehler 2007b, 12). Les revendications qui concernent la grossesse et l'accouchement se déploient autour de l'accès des femmes à la technique médicale, et notamment à la péridurale (mais aussi à l'IVG) (Morel 2002). Ces féministes défendent le droit pour les femmes de ne pas souffrir et d'avoir accès à une analgésie (Leavitt 1984, 1986; Reissman 1983; Wertz et Wertz 1977). Je ne développerai pas davantage les controverses internes à la première vague du féminisme, ni l'ensemble des combats à laquelle elle renvoie, cela n'étant pas suffisamment lié à l'objet de cette thèse. Je vais ainsi davantage me concentrer sur la deuxième et la troisième vague.

2) La deuxième vague du féminisme

Les militantes de la seconde vague (qui émerge au début des années 1970) veulent faire accepter l'idée que « le champ de la reproduction (famille, corps, maternité, travail domestique...) [peut] être un espace d'exploitation ou d'oppression au même titre que celui de la production (économique, capitaliste). L'espace reproductif pouvait donc également être un terrain de luttes sociales » (Fortino 1997, 2). « Le privé est politique » en est le slogan le plus connu. Fortino (1997) décrit « trois étapes successives » : celle de la Maternité volontaire (1970/71) qui met l'accent sur le droit à l'avortement, celle de la Maternité comme esclavage (1970/75) et celle de la « maternitude » (1976/80). C'est sur cette dernière que je vais me concentrer, en y ajoutant les revendications plus récentes qui s'inscrivent dans sa continuité et qui accompagnent les avancées des sciences médicales (en les critiquant) dès les années 1980. Charrier et Clavandier (2013) évoquent « le pivot des années 1970 » comme émergence de « la naissance comme projet », y compris investi par les féministes elles-mêmes (p.44). Fortino s'inscrit également dans ces analyses :

Voici venu le temps de l'éloge et du changement d'approche : désormais les textes évoquent centralement tout ce qui touche au sensible, au corporel / charnel, au relationnel et au plaisir. (...) On parlait de la maternité comme d'une fonction sociale, on en parle désormais comme d'une expérience humaine, dans ce qu'elle a de plus « naturelle » ou biologique. Mieux : l'expérience de la maternité devient presque un vécu hors du social. Rejetée hier, valorisée voire sacralisée aujourd'hui, des femmes vont jusqu'à déclarer que donner la vie constitue une seconde naissance pour elles. (Fortino 1997, 6-7)³⁵

³⁴ Il faut préciser cependant que d'une part certains de ces positionnements se sont plutôt superposés qu'exclus (c'est-à-dire qu'ils font toujours débat aujourd'hui) – je ne les traiterai donc pas uniquement dans une perspective de succession temporelle –, et d'autre part que chacune de ces vagues n'est pas unifiée, des débats internes les animent (Lamoureux 2011; Descarries et Corbeille 2002b). J'en propose une version simplifiée car mon objet n'est pas l'histoire du féminisme. Cependant, il est nécessaire de situer mes travaux dans ces débats dans lesquels ils s'inscrivent, au moins en partie.

³⁵ La sociologue signale cependant que ce mouvement a donné lieu à beaucoup moins de mobilisations que les précédents.

Dans ce contexte, de fortes critiques sont formulées à l'égard de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement qui est assimilée par certaines à une prise de pouvoir du monde médical masculin sur le corps des femmes et de leur capacité à mettre au monde un enfant (B. K. Rothman 2014, 1989, 1982; Davis-Floyd et Sargent 1997; Davis-Floyd 1994; Kukla 2005; Lane 1995; E. Martin 2001; Oakley 1993, 1984; De Vries 1996b; Ehrenreich et English 2015). Beckett (2005) évoque l'apparition à cette époque du « mouvement de l'accouchement alternatif », ou « accouchement naturel » dont je décline la teneur ensuite. Dans la préface de leur ouvrage réédité en 2015 et paru pour la première fois au début des années 1970, Ehrenreich et English exposent leur projet d'alors qui était d'analyser (pour dénoncer) « les maltraitances et les traitements injustes » que subissaient les femmes « de la part du système médical » (p.9-10). Elles citent notamment « les naissances surmédicalisées » (p.10). Plusieurs chercheuses ont établi un lien entre la médicalisation du corps des femmes qui s'est renforcée au cours de l'histoire et la représentation de ce corps comme faible voire dangereux pour lui-même, représentation qui viendrait justifier l'intervention des médecins et des machines pour pallier ses imperfections (Cardi 2010). Vuille et al. décrivent ainsi cette représentation du corps féminin :

Fragiles, à la merci des dérèglements de leurs organes (en particulier de leur utérus), toujours menacées, aux plans physique comme psychique, par des déséquilibres. C'étaient – ce sont – des corps à contrôler, à juguler, à perfectionner par des artifices (...) [la médecine] devient aussi l'un des principaux agents de contrôle du corps des femmes, au nom de la santé et du bien-être de ces dernières. (Vuille et al. 2006, 10-11)

Pour Davis-Floyd, la prise en charge médicale et technique est pensée pour pallier un corps féminin capricieux et imprévisible, en permettant que l'accouchement devienne un processus à la fois sûr et prédictible, consacrant ainsi « la supériorité de la technologie par rapport à la nature » (Davis-Floyd 2003, 2 ma traduction). L'anthropologue s'inscrit dans une lecture nature/culture et critique les médecins qui tenteraient de maîtriser la nature, et par là même le corps des femmes, pour asseoir une domination sur celui-ci. Cette maîtrise passe pour elle par le recours à des machines, mais aussi à des pratiques tel que l'accouchement sur le dos qui a été mis en place pour le confort des professionnels, et comme une occasion d'exprimer leur pouvoir et leur autorité (Davis-Floyd 2001). Pour une partie de ces auteures, « la maternité est pressentie comme le lieu de pouvoir et de savoir des femmes » (Descarries et Corbeille 2002b, 40) et leurs écrits peuvent se rapprocher d'une approche essentialiste de la maternité (D. J. Walsh 2010). La naissance à l'hôpital et l'utilisation de la technologie médicale, que Davis-Floyd (2001, 1994) qualifie de « technocratic birth », représenteraient des obstacles au déroulement d'un accouchement « naturel » en coupant les femmes de leur corps (Davis-Floyd 2003; Simonds, Rothman, et Norman 2006).

Pour ces auteur.e.s, le pouvoir médical assoit sa domination sur le corps des femmes par le biais du risque qui concerne toutes les femmes (Saxell 2004; Lane 1995; Possamai-Inesedy 2006), et participe du même mouvement à affaiblir la position des sages-femmes (Davis-Floyd 2003; Rothman 1982), elles-mêmes des femmes. Jordan (1997) décrit le savoir biomédical comme une forme « d'autoritative knowledge » : il fait référence et est considéré par les médecins et les patientes comme la forme de savoir la plus légitime car la plus efficace, notamment en ce qui concerne la prise en charge de la naissance. Le modèle biomédical aurait une vision mécaniciste du corps de la femme qui enfante. Pour Martin (2001) l'utérus est vu comme une machine, et le médecin celui qui la « répare » (p.54) et qui supervise le travail qui est fait par l'utérus d'un côté (contractions involontaires) et la femme de l'autre (moment des poussées actives). Les analyses du célèbre manuel *Williams*

Obstetrics produites par Maffi (2012b) corroborent ces résultats. L'anthropologue montre que le corps féminin est divisé en zones spécifiques (utérus, vagin, périnée, etc.) qui sont étudiées, commentées et appelées à être contrôlées par les professionnel.le.s. Le corps de la femme est morcelé et les ressentis et vécus qui y sont associées sont rendus invisibles : « La protagoniste de l'accouchement est la machine-utérus, tandis que les femmes subissent les événements qui ont lieu dans leur corps, un corps réifié, éloigné, qui se juxtapose à leur personne » (Maffi 2012b, 58).

Pour certaines activistes apparentées à la deuxième vague (dont certaines sont également des chercheuses), les pratiques alternatives par rapport à l'accouchement à l'hôpital constitueraient un moyen pour offrir davantage de liberté aux femmes en mettant à distance les médecins, la technique, et la logique du risque. Les recherches qui ont analysé les motivations des femmes à choisir l'accouchement à domicile ou en maison de naissance montrent que celles-ci veulent se réapproprier la naissance et les décisions (notion « d'empowerment »), favoriser un accouchement naturel, bénéficier d'un suivi par la même professionnelle de la grossesse aux suites de couches, préserver leur intimité et celle du bébé, mettre à distance les risques générés par la médicalisation de la naissance à l'hôpital et le concept même de risque en se recentrant sur un événement considéré comme normal (Lindgren et al. 2010; Cheyney 2008; Viisainen 2000, 2001; Kornelsen 2005; Saxell 2004; Knibiehler 2007a; Jacques 2007, 2016a; Chautems 2011; Dahlen, Barclay, et Homer 2010b). Ces femmes sont persuadées de leur compétence à mettre au monde leur enfant (voir par exemple: Sjöblom, Nordström, et Edberg 2006). Le rôle d'un accouchement précédent à l'hôpital qui s'est mal passé du point de vue de la mère pour aussi jouer un rôle pour Brailey et al. (2015), tandis que Coxon et al. (2015) mettent plutôt en avant le fait qu'avoir accouché une première fois à l'hôpital conforte en général les mères quant à la nécessité d'y accoucher également pour leurs enfants suivants. Des recherches menées dans différents pays montrent que le choix d'accoucher en dehors d'un hôpital concerne principalement les femmes de classes sociales favorisées qui ont un haut niveau d'éducation (Jacques 2007; Hildingsson et al. 2006; Viisainen 2001).

Les sages-femmes seraient les alliées naturelles de ce mouvement, la défense de la physiologie représentant un « concept fondateur » concrétisée par des pratiques plus à mêmes de « défendre la physiologie » (Knibiehler 2007a, 57) par rapport aux médecins, et une conception globale (ou « holiste » (Simonds, Rothman, et Norman 2006)) de la naissance (Sandall et al. 2011; Davis-Floyd 2009; Desaulniers 2003; Rothman 1982; Oakley 1984; Davis-Floyd 2003; Davis-Floyd et Sargent 1997). La capacité des sages-femmes à être empathiques, à partager des émotions, à favoriser le « care » et à avoir recours aux intuitions est reliée, dans certains de ces travaux, à une propriété féminine³⁶.

Jordan et Davis-Floyd (1992) soulignent que dans quasiment toutes les sociétés, l'accouchement est perçu comme un événement éminemment social et spirituel, mais est désormais d'abord un événement médical dans les pays développés (elles utilisent le cas

³⁶ Alors même que les sages-femmes se targuent d'être les défenseuses d'une vision de la grossesse et de l'accouchement comme événement normal, physiologique, des travaux empiriques récents de plusieurs chercheuses, souvent elles-mêmes sages-femmes, montrent qu'elles participent à relayer la logique du risque à l'origine des décisions pour tous les accouchements (Scamell et Alaszewski 2012; Scamell et Stewart 2014). Mes données permettront d'interroger ces perspectives concurrentes sur la position de sage-femme pour le cas suisse et d'explicitier les manières dont les sages-femmes concilient différents impératifs/représentations.

des Etats-Unis). Cesbron et Knibiehler (2004) décrivent cette évolution historique en ces termes : « une médicalisation galopante a tout submergé. Animés par l'espoir de vaincre la mort néonatale et la mort maternelle, soutenus par l'approbation unanime des populations, les médecins ont peu à peu, involontairement sans doute, réduit la naissance à sa seule dimension biologique » (p.9-10). En plus d'éviter une mort biologique, la médicalisation permettrait de préserver les femmes d'une mort sociale en quelque sorte. L'analgésie péridurale y serait décrite par les médecins comme le seul moyen pour les femmes qui accouchent de se conformer à un comportement civilisé (au sens de Norbert Elias) en conservant un « contrôle de soi » (Akrich et Pasveer 1996). Pour Martin (2001), l'accouchement naturel évoque en effet l'image d'une femme retournant à l'état animal, ce qui participe à mettre à distance la femme de la culture (détenue par les hommes), et à les rapprocher de la nature. Dans une conception de l'accouchement comme activité inférieure (« lower-order activity ») qui fait régresser la femme à un état animal, seule la médecine serait capable de maintenir la femme dans une attitude civilisée (notamment par le recours à l'analgésie). Pour Martin, nos représentations des femmes en train d'accoucher doivent changer. Elle défend l'accouchement comme un moment où l'esprit et le corps sont parfaitement intégrés et donc dans lequel la femme vit une expérience bien plus culturelle et consciente, une forme d'activité supérieure (« higher-order activity »). La médecine ne devrait ainsi pas venir l'entraver et l'accouchement devrait être revalorisé. Dans ce mouvement féministe, les technologies médicales de pointe et leur futur (utérus artificiel) sont décriées. Pour Knihbieler (2012) par exemple, les « procréations médicalement assistées induisent une marchandisation des organes féminins : locations d'utérus, marché d'ovocyte. (...) le risque est celui d'une instrumentalisation sans limite du corps féminin » (p.121).

Des critiques sont formulées par certaines chercheuses à l'égard des défenseuses de la « naissance naturelle ». Pour celles-ci, le mouvement de « retour au naturel », par exemple autour de l'accouchement à domicile, est décrit comme une régression pour les femmes dans une réassignation à l'espace domestique (c'est le cas de la philosophe française Elisabeth Badinter (2010b) par exemple). Christine Delphy (1991) met elle aussi en garde contre les « revendications maternelles » des années 1980 qu'elle associe à une soi-disant « « nouvelle » idéologie de la maternité » (p.108) autour d'un retour de « l'amour maternel » (voir aussi: Badinter 2010a) qui ne sont pour elle qu'une résurgence des mouvements de la fin du XIX^e siècle / début XX^e siècle d'un féminisme matérialiste qui consacre la maternité comme l'essence de la femme et sa spécificité. Ces revendications « tendent à exalter, sinon à resacraliser un féminin-maternel immuable, essentiellement inscrit dans le corps, comme lieu et métaphore de l'altérité et de contre-pouvoir » pour Descarries et Corbeille (2002b, 42). La tendance essentialiste et moralisatrice de ces revendications est également mise en avant par Beckett (2005) et Annandale et Clarke (1996). Il s'agit de déconstruire le discours qui s'organise autour de la distinction de l'accouchement détechnicisé comme « naturel » et de l'accouchement technicisé comme « culturel ». Le mouvement en faveur de l'accouchement naturel est aussi le produit d'une construction sociale et peut être tout autant contrôlant que le dispositif médical classique par la création de normes (Brubaker et Dillaway 2009; Wolf 2003).

3) La troisième vague du féminisme

Ces critiques s'organisent autour de ce que Beckett (2005) qualifie de troisième vague du féminisme qui émerge dans les années 1990. Ces militantes et chercheuses s'intéressent surtout à défendre les choix des femmes, peu importe leur contenu, ou plus exactement de

leur garantir une variété de droits qu'elles peuvent ensuite décider de faire valoir ou non³⁷. Elles montrent que le choix est compromis par l'existence de contextes toujours normés (accouchement médicalisé ou naturel). Les femmes seraient coincées entre la prise en charge standardisée et centrée sur la surveillance et le contrôle des risques en hôpital, et l'accouchement naturel qui romantise la naissance physiologique (Beckett 2005). Dans cette perspective, les femmes doivent pouvoir avoir accès librement à une césarienne dite « de convenance » si elles le souhaitent par exemple, comme accoucher à domicile. Le choix est compris, dans une optique libérale, comme quelque chose à atteindre individuellement, une possibilité pour chaque individu à partir du moment où il se « libérerait » des normes sociales qui le contraignent. Ces positions s'inscrivent dans un paradigme poststructuraliste qui ne considère pas qu'il s'agit de renverser/inverser une domination, mais plutôt de faire bouger, de déstabiliser, les normes et les rapports de genre et de pouvoir. L'accent est mis en particulier sur la diversité de l'expérience de la maternité et des choix. La médecine et la technique peuvent ainsi constituer des instruments de libération pour les femmes, en fonction de leurs usages. Pour Judith Butler, la science peut constituer un outil d'agency (capacité à agir) et d'introduction d'un « trouble dans le genre » (Butler 2006) et dans la binarité, en rendant possible des formes variées de procréations et d'engendremets (Butler 2012, 2009). Marcela Iacub place beaucoup d'espoir dans la possibilité de déplacer dans le futur la gestation de l'utérus des femmes vers un utérus artificiel (possible d'ici une centaine d'années selon Atlan (2007)). Une prouesse technique qui représenterait le progrès ultime pour libérer les femmes de la maternité, qui est perçue comme un obstacle pour atteindre l'égalité entre hommes et femmes (Iacub 2004a). Le mouvement de cyborg féminisme (Gardey 2016) va encore plus loin en s'inscrivant pleinement dans le projet de dépasser les déterminations biologiques, sociales et historiques par l'avènement d'un être hybride, le cyborg (Haraway 2009, 2007).

Dans le cadre théorique, je vais clarifier la position que j'adopte dans ce travail face à ces différents débats qui animent le féminisme. Si mon ancrage se situe plutôt dans la troisième vague (poststructuraliste), je prends aussi quelques distances avec les travaux qui y ont été produits puisque je considère que la notion de « choix » doit être traitée avec soin, en prenant en compte le contexte de sa production, ce que les chercheuses, en ce qui concerne l'accouchement, ont souvent fait de manière insuffisante (Beckett 2005).

3 Controverses scientifiques: vers une reconfiguration de l'obstétrique ?

L'obstétrique, comme d'autres champs de la médecine, est traversée par des controverses scientifiques qui concernent les surveillances et interventions à réaliser en fonction des situations et sont directement liées à la construction et à la classification des risques. Ces controverses ont tendance à prendre de l'ampleur depuis quelques années et participent à questionner le champ de l'obstétrique avec une vivacité singulièrement élevée.

Une controverse particulièrement polarisée concerne les risques de l'accouchement à domicile, et plus généralement de l'accouchement à l'extérieur de l'hôpital. Dans la revue Cochrane qu'ils ont élaborée, Olsen et Clausen (2012) évoquent un « hot debate ». Toutes

³⁷ Cette troisième vague, c'est plus largement celle qui insiste sur la diversité des combats féministes, et l'intersection de ces combats avec plusieurs luttes (de races, de classes, etc.). Il s'agit de penser ensemble plusieurs formes de domination (concept d'intersectionnalité). Cette troisième vague est également celle des travaux et des prises de position militantes autour de la question LGBT+.

les études s'accordent pour associer l'accouchement à domicile avec moins d'interventions médicales tels que l'analgésie péridurale, le monitoring en continu, l'épisiotomie, la provocation de l'accouchement, l'accouchement instrumenté (par ventouse ou forceps) ou par césarienne (Wax et al. 2010; Janssen et al. 2009; Hutton, Reitsma, et Kaufman 2009; Ank de Jonge et al. 2013; Birthplace in England Collaborative Group 2011; Cheyney et al. 2014; A de Jonge et al. 2009; Hutton et al. 2016). La plupart concluent également que la santé de la mère n'est pas affectée par l'accouchement à domicile (certaines montrent un risque général moindre comme celle de de Jonge (2013), ou des risques spécifiques moindres comme les hémorragies du post-partum, les infections ou les déchirures sévères (Wax et al. 2010; Janssen et al. 2009; Hutton, Reitsma, et Kaufman 2009; Ank de Jonge et al. 2013). Les débats s'inscrivent ainsi précisément autour du risque pour le fœtus et le nouveau-né quand sa mère (et son père le cas échéant) choisit l'accouchement extrahospitalier. Ce constat fait le lien avec les éléments développés dans la section précédente autour de l'importance consacrée à la préservation de la santé du fœtus.

Wax et al. (2010) concluent à un taux de mortalité néonatal triplé dans le contexte de l'accouchement extrahospitalier. Pour Evers et al. (2010), le risque de mort périnatale est plus élevé chez les femmes à bas risque qui accouchent sous la supervision d'une sage-femme, que celles à haut risque qui accouchent avec un médecin. Le collectif *Birthplace in England Collaborative Group* (2011) conclut que le risque de complications périnatales graves étaient uniquement plus élevé pour les primipares. Pour Janssen et al. (2009) les pourcentages de mortalité périnatale sont semblables. Chez Hutton et al. (2009), aucune différence de mortalité périnatale et néonatale ainsi que de morbidité sévère ne sont observables entre le groupe des femmes qui avaient planifié d'accoucher à domicile, et celles qui avaient planifié d'accoucher à l'hôpital. De Jonge (2009) conclue également à une absence de différence dans les deux groupes dans la mortalité et la morbidité périnatale. Hutton et al. (2016) montrent qu'il n'y a pas plus de conséquences néonatales sévères dans les accouchements extrahospitaliers.

L'ensemble des recherches sur la comparaison des risques selon le lieu d'accouchement présente des limites qui sont soulignées dans une revue Cochrane (Olsen et Clausen 2012). Le faible nombre d'accouchements extrahospitaliers, tout comme le fait que les complications graves sont rares, rendent difficiles la production de statistiques fiables. De plus, pour des raisons éthiques, il n'est pas possible de conduire des recherches randomisées en double aveugle, considérées comme le « gold standard » (on ne peut pas assigner les femmes à un groupe d'accouchement à domicile ou d'accouchement à la maternité de manière aléatoire avant leur accouchement uniquement pour le bénéfice de la recherche), ce qui fragilise les conclusions de ces travaux. Le fait que ces recherches soient conduites dans des contextes nationaux différents, alors même que les systèmes médicaux varient, limite les possibilités de comparaison, d'autant plus que cette dimension est peu prise en compte dans les méta-analyses (de Vries et al. 2013, 226). Plusieurs études ont donc conclu sur l'impossibilité de déterminer si l'accouchement à domicile ou en maison de naissance est plus ou moins risqué qu'un accouchement en maternité, ce que reprend la revue Cochrane (Olsen et Clausen 2012). Toutefois, même les recherches qui avancent un risque de complication plus élevée, montrent que le risque de complications reste très faible en risque absolu, peu importe le lieu de naissance choisi (Wax et al. 2010; Cheyney et al. 2014; Hutton, Reitsma, et Kaufman 2009; Birthplace in England Collaborative Group 2011; Snowden et al. 2015).

Ces résultats de recherche ont poussé plusieurs instances reconnues, tel que Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) au Royaume-Uni, à déclarer que les accouchements à domicile ou en maison de naissance peuvent être considérés comme des options sûres pour les femmes (NICE 2014)³⁸. Le NICE recommande même aux femmes dont la grossesse est physiologique d'accoucher plutôt en dehors d'une maternité afin de se protéger des risques d'interventions (césariennes, épisiotomie, etc.) qui sont statistiquement plus nombreux en milieu hospitalier³⁹. Toujours en Angleterre, l'association professionnelle des obstétriciens (*The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*) et celle des sages-femmes (*the Royal College of Midwives*) ont publié une prise de position commune qui soutient la possibilité pour les femmes d'accoucher à domicile dans les situations physiologiques: « The Royal College of Midwives (RCM) and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) support home birth for women with uncomplicated pregnancies. There is no reason why home birth should not be offered to women at low risk of complications and it may confer considerable benefits for them and their families » (RCM et RCOG 2007, 1).

L'*Evidence-Based Medicine* est aujourd'hui une composante centrale de la culture biomédicale. Les décisions doivent être prises en regard des hauts niveaux de preuves produits par une recherche à hauts standards. Il s'agit ainsi de standardiser la pratique de la médecine (Timmermans et Berg 2010). Les données en termes de risques qui sont ainsi générées sont conçues comme rationnelles et objectives (Skinner et Maude 2016), c'est-à-dire correspondant parfaitement à une « réalité » qu'il serait possible de capter en écartant les biais (Helman 2001). Une réponse objective pourrait ainsi être apportée pour résoudre les controverses. La standardisation par l'*Evidence-Based Medicine* est directement en lien avec l'accroissement d'une pensée en termes de risques et d'une volonté de contenir l'incertitude (Timmermans et Angell 2001). Des recherches en sciences sociales ont cependant mis en évidence la présence d'enjeux idéologiques dans la construction des risques médicaux par la recherche autant que dans leur utilisation (de Vries et al. 2013; de Vries et Lemmens 2006; Perrenoud 2016; Roome et al. 2016).

De Vries et al (2013)⁴⁰ montrent que les recherches ne tendent presque jamais à infirmer les certitudes préexistantes des chercheurs à propos de la sûreté de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance (voir aussi: Roome et al. 2016). Ils ont ainsi sélectionné huit études parmi les plus citées pour comprendre « comment la science à propos des lieux de naissance est produite » (p.227, ma traduction). De Vries et ses collègues montrent en particulier qu'un même résultat statistique pourra être interprété différemment par les

³⁸ Dans le cas d'un premier accouchement, le NICE dit que les femmes doivent cependant être informées qu'un risque est augmenté pour le fœtus, mais que celui-ci reste minime, et donc que l'option d'accoucher en dehors d'un hôpital reste valable pour elles.

³⁹ Le NICE met également en avant des coûts moindres que pour les accouchements hospitaliers, qui, même si les chercheurs se défendent dans la presse d'influencer leurs recommandations (Siddique 2014), jouent probablement un rôle.

⁴⁰ Dans une autre recherche, de Vries et Lemmens (2006) montrent que les chercheurs et chercheuses ont tendance à choisir des mesures statistiques (choix du seuil, sélection d'événements graves et rares ou courants et plus bénins, etc.) qui leur permettent de prouver leurs intuitions de départ, qui sont elles-mêmes en accord avec leurs positionnements idéologiques dans un champ controversé. Ceux-ci montrent également que dans un contexte où les scientifiques ont des difficultés à obtenir des subventions d'une part, et où la pression à la publication est très forte d'autre part, un véritable marché de la publication s'est ouvert, favorisant la production de recherches biaisées, voire frauduleuses, au nom des intérêts des grands groupes industriels pharmaceutiques.

chercheuses en fonction de leurs certitudes préexistantes, qui sont elles-mêmes influencées par leurs professions respectives (médecin ou sage-femme – « profesional biais »). De plus, les recherches qui tendent à remettre en question le modèle obstétrical dominant dans un pays donné auront moins de chances d'être acceptées pour publication dans des journaux prestigieux, indépendamment de leur qualité selon les critères de l'EBM (« publication biais »). De Vries et al montrent finalement l'existence d'une critique systématiquement orientée (« critical biais »). Deux recherches très utilisées et citées par les obstétriciens⁴¹ et qui concluent que l'accouchement à domicile est plus risqué que l'accouchement en hôpital (Wax et al. 2010; Evers et al. 2010) ont fait l'objet de critiques méthodologiques beaucoup plus poussées que les six autres recherches sélectionnées par de Vries et al. (2013) et qui démontrent que l'accouchement à domicile n'est pas plus risqué, voire moins risqué. Les auteurs de la revue Cochrane ont même demandé un retrait de l'article de Wax et al. (2010) tant les manquements méthodologiques étaient nombreux⁴². Cette controverse a pris encore de l'ampleur lorsque la revue *Nature* a rédigé un rapport pointant une nouvelle fois les problèmes méthodologiques majeurs de cette étude⁴³. L'utilisation de ces recherches est aussi problématique selon de Vries et al. (2013), les médecins ayant tendance à avoir recours à celles qui concluent que les accouchements à domicile sont risqués, et feraient pas ou peu mention des autres. Si les auteurs ne mentionnent pas clairement sur quelles données empiriques ils se basent pour formuler cette affirmation, leur analyse est corroborée par d'autres travaux (Homer et Broom 2012). Selon de Vries et al., l'existence de telles controverses est le reflet de positionnements très polarisés. Ils reprennent un commentaire du statisticien américain Andrew Vickers qui déclare « the scientific debate about home birth has become extremely polarized and politicized. It is becoming hard to be anything but skeptical about anything but the most carefully conducted randomized trials » (de Vries et al. 2013, 233)⁴⁴.

Ces controverses ne concernent pas uniquement l'accouchement à domicile. De nombreux travaux ont montré comment des outils massivement diffusés dans les suivis d'accouchements de routine seraient inefficaces ou délétères, sans que leurs démonstrations ne permettent une transformation des pratiques. J'en liste ici quelques-unes.

En fin de grossesse, des échographiques sont couramment réalisées pour estimer le poids fœtal. En cas de diagnostic de macrosomie (bébé d'un poids trop élevé), une décision de provoquer l'accouchement ou de réaliser une césarienne peut être prise. Cheng et al. (2015) démontrent cependant que cette estimation ne devrait pas être réalisée de manière systématique en l'absence d'indications médicales puisqu'elle produit de nombreux faux-positifs⁴⁵ et donc des interventions superflues⁴⁶.

⁴¹ C'est aussi le cas sur mon terrain de recherche.

⁴² "Editor's comment," *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 204, no. 4 (April 2011): e20.

⁴³ <http://www.nature.com/news/2011/110318/full/news.2011.162.html>, consulté le 2 avril 2016.

⁴⁴ Le commentaire complet de Vickers peut être consulté à cette adresse : www.nature.com/news/2011/11-318/full/news.2011.162.html (consultée le 4 février 2016).

⁴⁵ Dans ce contexte, le faux-positif est relatif à une situation dans laquelle les médecins concluent à une macrosomie (sur la base de formules mathématiques basées sur les mesures effectuées par échographie), alors que le bébé est de poids normal. L'estimation du poids fœtal par échographie (comme d'ailleurs par palpation) est considérée comme peu fiable puisque ces situations se produisent fréquemment.

Le monitoring fœtal capte le rythme cardiaque du fœtus en plus des contractions utérines qu'il met en regard en temps réel afin de détecter une éventuelle souffrance fœtale. Son utilisation continue s'est diffusée et systématisée dans le but de diminuer la mortalité périnatale et d'éviter des séquelles neurologiques chez le fœtus dans le cas d'une mauvaise oxygénation (paralysie cérébrale) (Allcock, Griffiths, et Penketh 2008). Pour Sartwelle et Johnston (2015), l'utilisation systématique de cet outil devrait cependant être abandonnée puisqu'en quarante ans d'utilisation il n'aurait pas permis d'éradiquer les paralysies cérébrales, tout en ayant contribué à la rapide augmentation des taux de césariennes du fait de très fréquents faux positifs. Une conclusion partagée par d'autres chercheurs (Torres, De Vries, et Low 2014; Allcock, Griffiths, et Penketh 2008; Alfirevic, Devane, et Gyte 2013) qui recommandent de ne plus l'utiliser en continu pour les accouchements à bas risque.

Le partogramme est un outil largement utilisé à travers le monde et est préconisé par l'Organisation mondiale de la santé pour tous les accouchements (WHO 1994). Il s'agit généralement d'une feuille cartonnée qui se déplie en plusieurs volets et sur laquelle la sage-femme reporte l'avancée de la dilatation dans le temps, la position du fœtus, ainsi que des éléments de surveillance (tension, température, etc.) ou d'intervention (rupture de la poche des eaux, etc.). A ma connaissance, le partogramme est utilisé partout en Europe, y compris dans les accouchements extrahospitaliers. Les auteurs d'une revue Cochrane de 2008 concluent cependant, après avoir effectué une méta-analyse de cinq études randomisées (ou quasi randomisées) qui comparent l'utilisation ou la non utilisation du partogramme, qu'ils ne sont pas en mesure de « recommander l'utilisation systématique du partogramme dans la prise en charge et les soins standards du travail »⁴⁷. Par ailleurs, la courbe de Friedman qui est utilisée dans le partogramme, est de plus en plus remise en question. Développée dans les années 1950 par le gynécologue-obstétricien américain Emanuel Friedman, elle consiste à établir une courbe de dilatation normale pour mieux la distinguer d'un rythme anormal qui pourrait risquer d'induire des complications (Friedman 1954). Une dilatation qui s'éloigne trop de ce rythme défini conduira à des interventions, et à une césarienne le cas échéant. La standardisation d'un rythme de dilatation régulier tend cependant à être remis en cause par les recherches récentes (Laughon et al. 2012).

Ces exemples illustrent ainsi le fait qu'au sein du champ il existe des discussions, des controverses sur la qualification et la prise en charge des risques, mais que les données qui ne vont pas dans le sens des pratiques professionnelles et du dispositif en place sont moins à même d'être transformées en pratiques que celles qui vont dans le sens du modèle déjà en place (Downe 2004; Perrenoud 2014; Carricaburu 2010; Maffi 2016). Plus généralement, comme Latour l'a montré, de nouvelles évidences scientifiques ne sont pas incorporées mécaniquement dans les pratiques (Latour, Woolgar, et Biezunski 2008). La question des usages est capitale à prendre en compte pour penser l'innovation et l'implémentation de l'innovation.

⁴⁶ Les auteurs montrent qu'aux Etats-Unis, parmi les nouveaux-nés qui sont déclarés macrosomes, c'est-à-dire d'un poids de naissance estimé supérieur à quatre kilos, les professionnels réaliseront à la naissance que quatre sur cinq sont en fait de poids dit « normal ».

⁴⁷ Source : http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd005461/fr/index.html (consulté le 1er septembre 2016). Ce document a été intégré à la bibliothèque de l'OMS : http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd005461_sonibl_com/fr/ (consulté le 1^{er} septembre 2016)

Des travaux en sciences sociales ont analysé la présence de différents mécanismes, et ont notamment établi un lien entre les habiletés professionnelles. Perrenoud (2014) montre la difficulté de désapprendre une pratique, par exemple l'épisiotomie. Carricaburu (2010) analyse au contraire la perte d'habiletés autour des accouchements podaliques⁴⁸ qui limitent un retour en arrière (des recherches ayant démontré que pour de nombreux cas, un accouchement par le siège est une meilleure solution qu'une césarienne, contrairement aux résultats de recherche précédents). Des travaux mettent aussi en avant l'organisation des services de santé, et notamment les « conditions matérielles » spécifiques de ceux-ci à un moment t (disponibilité du personnel, accès aux machines, etc.) comme facteur qui influence les pratiques, par exemple en matière de césarienne (Carricaburu 2005, 2007).

Les différents travaux cités dans cette section insistent sur ce qui constitue une quasi évidence pour les chercheuses et chercheurs en sciences sociales, qui a notamment été construite par Latour dans ses premiers travaux : la production de la science, comme son application, n'échappent pas à des processus de construction sociale (Latour et Woolgar 1979). De plus, les travaux de Foucault ont insisté sur le fait que la production du savoir comme « entreprise de vérité » est un enjeu politique et de pouvoir. Certaines formes de savoirs se diffusent ainsi de manière plus efficaces que d'autres – ce qui est typiquement le cas actuellement pour le savoir scientifique. Je vais ainsi analyser – à travers les discours et les pratiques – les productions quotidiennes de savoirs, notamment autour des risques, en tant qu'entreprises de vérités concurrentes.

Je l'ai montré, il existe des controverses scientifiques autour de l'accouchement à domicile versus à l'hôpital, qui sont diffusées ces dernières années par la communauté scientifique elle-même, y compris dans des journaux de référence comme *Nature*. Un mouvement récent de reconnaissance croissante par les services de santé « mainstream » (Malacrida et Boulton 2014, 42) des effets iatrogènes, c'est-à-dire des effets pervers créés par la médicalisation de la naissance est mis en évidence par différentes études (O'Connell et Downe 2009). La question du coût (excessif) actuel de la prise en charge des accouchements est aussi pointé du doigt et articulé en faveur de prises en charge alternatives telles que les maisons de naissance, les unités physiologiques, etc. (Coxon, Sandall, et Fulop 2014). Cela se cristallise particulièrement, et est diffusé par la presse, autour de l'augmentation des taux de césariennes (McCarty 2016; Almendrala 2015). Des représentantes de l'Organisation mondiale de la santé évoquent une « épidémie de césariennes » qu'il serait urgent de comprendre et de réguler, une formulation qui a été reprise en titre par plusieurs journaux à travers le monde⁴⁹. Des chercheurs ont récemment confirmé les recommandations de l'OMS de ne pas dépasser les 10 à 15 % de césarienne (au risque d'être iatrogène) (Ye et al. 2014). D'autres travaux ont mis en évidence le fait que des taux de césariennes élevés sont associés à des niveaux de mortalité infantile plus importants (Xie et al. 2015). Des évidences à propos des risques à long terme pour l'enfant (maladies chroniques) provoqués par les césariennes sont de plus en plus présents dans la littérature (Hyde et Modi 2012; Sevelsted et al. 2014). D'autres recherches démontrent également que les réadmissions à l'hôpital sont plus fréquentes pour les femmes qui ont accouché par césarienne plutôt que par voie basse (Liu et al. 2005; E. Declercq et al. 2007).

⁴⁸ Les fœtus se présentent le plus souvent par la tête (présentation céphalique). Lorsqu'ils se présentent par le siège, les professionnelles parlent d'une présentation podalique.

⁴⁹ WHO: Avoid The 'Caesarean Epidemic' » pour *News Everyday*, un journal américain (Kumar 2015), « L'OMS veut lutter contre la «culture de la césarienne » pour *La Tribune de Genève* du 10.04.2015

En Suisse, la conseillère aux Etats et sage-femme Liliane Maury Pasquier a déposé un postulat auprès du Conseil Fédéral pour dénoncer l'augmentation des taux de césariennes en Suisse et demander que des études soient entreprises. Un rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a été publié en réponse à son postulat (Hanselmann and von Greyerz 2013). Les chercheurs appellent à plus de recherches pour analyser les différences statistiques de taux de césariennes entre cantons et entre hôpitaux qui laissent entrevoir que cette augmentation ne s'explique pas uniquement par un changement de la population des femmes qui seraient plus à risques car porteuses de davantage de comorbidités⁵⁰. Les auteurs indiquent une piste liée à l'augmentation des taux de césariennes : celle d'une surutilisation des « indications relatives » pour justifier une césarienne (qui consiste en « une pesée des risques médicaux d'un accouchement par voie basse par rapport à une césarienne ») qui représenteraient 90 % des situations⁵¹ : « Les discussions internationales attribuent dans une large mesure la hausse du taux de césariennes apparue au cours des 20 dernières années à l'importance croissante accordée aux « indications relatives » et à l'augmentation des interventions obstétricales lors de grossesses non problématiques. Il n'existe toutefois pas de travaux scientifiques comparables pour la Suisse. » (Hanselmann et von Greyerz 2013b, 5)

Ces constats sont le signe d'une dynamique de changement à l'œuvre dans le champ de l'obstétrique, et plus largement de la médecine qui se concrétise autour de l'idée de « less medicine is more » (Kiefer 2013; Katz, Grady, et Redberg 2014). C'est-à-dire que moins médicaliser pourrait favoriser une meilleure santé, en plus de limiter l'augmentation croissante des coûts de la santé. Le lien entre l'augmentation (voire l'explosion) des coûts de la santé et des interventions et les bénéfices en termes de santé ne sont pas clairement établis, notamment pour le champ de l'obstétrique (Benoit et al. 2015; WHO 2015b; Betran et al. 2016; Coxon et al. 2016). Le mouvement de « less is more » rappelle le concept de « modernisation réflexive » développé par Beck (2003): les citoyens et citoyennes comme les expert.e.s auraient conscience que les sociétés industrielles, la science, et dans notre cas la médecine, produisent des risques que le progrès (notamment de la science) ne peut combler mécaniquement, mais qui appellent à une plus grande réflexivité et à une gestion des risques spécifique. Dans le cas de l'obstétrique, c'est la qualification des risques et leur utilisation qui commence à être questionnée de l'intérieur (en plus de l'être à l'extérieur, par des associations d'usagers par exemple, ou des mouvements sur les réseaux sociaux). Hanselmann and von Greyerz (2013) suggèrent implicitement par exemple qu'il faudrait rompre avec une utilisation alarmiste des risques. Ces mouvements dans le champ de l'obstétrique sont encore très peu investis par les sciences sociales. Une thématique de recherche s'ouvre et invite à enquêter dans les lieux se déclarant être à la pointe de la recherche, typiquement les hôpitaux universitaires, pour analyser si et comment ces réflexions y sont opérationnalisées. L'étude de l'accouchement est ainsi un objet qui s'inscrit dans une actualité et des changements dans le champ qui rendent nécessaire la production de nouvelles recherches, ce que ma thèse va participer à réaliser.

⁵⁰ Le rapport rassemble les constats suivants : il existe des différences cantonales importantes concernant les taux de césariennes (il est par exemple deux fois plus élevé dans le canton de Zoug que dans celui du Jura (p.5) ainsi que des différences entre les femmes assurées en « division privée ou semi-privée » et celles assurées en « division commune » (respectivement 41.6%, 41.4% et 30.8%) (p.5) (Hanselmann et von Greyerz 2013b).

⁵¹ Les « indications absolues » s'appliquent à une situation où la césarienne s'avère « indispensable pour sauver la vie de l'enfant et /ou de la mère ou pour préserver l'enfant de graves atteintes à la santé » (Hanselmann et von Greyerz 2013b, 5). Elles représenteraient seulement 10% des situations.

Chapitre 2 Gouverner l'accouchement par le risque

J'ai présenté l'évolution historique de la prise en charge de l'accouchement, puis j'ai restitué les principaux débats qui animent le champ des sciences sociales et les controverses scientifiques à l'intérieur du champ de l'obstétrique. Je vais maintenant préciser quelles sont les questions de recherche que je vais poursuivre et dans quels concepts, positionnements dans le champ et ancrage théorique, je vais inscrire ces questionnements.

1 Approche théorique et concepts

1.1. *Vers l'analyse des usages*

Dans la thèse, je prends de la distance avec les travaux qui considèrent que les soignant.e.s détiennent un pouvoir qu'ils ou elles exercent dans le but de dominer et d'asservir les femmes, notamment par la contrainte et les pratiques disciplinaires. Je m'inscris davantage dans une approche foucauldienne du pouvoir, et je vais en particulier avoir recours au concept de gouvernement.

Foucault inscrit le pouvoir dans une Histoire. Pour lui, nous sommes passés d'une forme de pouvoir matérialisable (pouvoir « souverain » (Foucault 1975)) et constitué par une oppression visible, par l'utilisation de la violence, à un pouvoir capillaire qui régule en ayant peu recours à la contrainte physique et à la sanction (Lascombes 2004). Ce qui intéresse Foucault, ce n'est pas le pouvoir comme propriété mais plutôt comme relation et stratégie qui s'exprime à travers des « dispositions », « des manœuvres », « des tactiques » et « des fonctionnements » (Foucault 1975, 31). Comme le suppose le concept de biopouvoir déployé par Foucault, ce n'est pas par l'obligation ou la violence que l'individu est discipliné (ou pas uniquement) afin qu'il agisse en fonction des bons comportements définis par le pouvoir médical, mais plutôt par la suggestion, le conseil, la recommandation et la signification de normes par la prévention : « l'objectif est que les comportements subjectifs correspondent aux normes biomédicales » (Jacques 2007, 17). C'est-à-dire que l'individu applique volontairement ces normes dans ses propres pratiques, qu'elles deviennent son propre projet individuel. Jacques a montré l'influence des soignant.e.s mais aussi de la presse de vulgarisation pour socialiser les futures-mères à l'adoption de comportements souhaitables par exemple. Lothian et Grauer (2003) désignent aussi le rôle joué par les médias, et notamment les émissions de télé-réalité consacrées à la naissance.

Cette conception permet de rompre avec l'idée, notamment développée par Beck et Giddens, d'un individu rationnel et autonome à même de faire ses propres choix en fonction de ses connaissances sur le risque. Dans la perspective foucauldienne de la gouvernementalité, l'individu est « infiltré par le pouvoir et la technologie morale du risque » (Chadwick et Foster 2014, 89 ma traduction) et devient un agent moral qui s'autorégule (« a self-regulating moral agent ») et participe activement et volontairement aux régimes de régulations (Lupton 2013b).

C'est ainsi bien les modalités d'exercice du pouvoir qui sont inspectées par Foucault et qui s'expriment le plus volontiers sur la vie et les corps (Le Breton 2010b; Dider Fassin et Memmi 2004; Berlivet 2004; Memmi 2003) et sont relayées de l'« intérieur » (Foucault 1975), par les individus eux-mêmes. Dans la pensée de Foucault le pouvoir est à la fois « répressif » et « productif » (Foucault 2001c), et c'est d'ailleurs sur ce deuxième aspect que

se concentre son travail. Le pouvoir est productif au sens qu'il concerne plus l'administration de la vie que de la mort (qui concerne plutôt le pouvoir souverain). Ce « gouvernement de la vie » (Dider Fassin et Memmi 2004) est ainsi une perspective particulièrement riche dans le contexte de l'accouchement qui consiste en l'émergence d'une nouvelle vie et une centration sur les corps, de la parturiente en premier lieu, mais aussi du fœtus, et des professionnel.le.s qui agissent avec leur corps sur celui des femmes (et du fœtus/bébé). Vuille (1998) évoque pourtant son étonnement face à la faible place donnée au corps de la femme, et notamment à son sexe, dans les salles d'accouchement. C'est une dimension également occultée dans certaines publications autour de la naissance. Jacques (2007) par exemple, qui propose une « sociologie de l'accouchement », un titre promettant l'exhaustivité, ne l'aborde qu'à la marge, et à demi-mot. Le corps est un élément central dans la théorie de Foucault sur le pouvoir : c'est avant tout par celui-ci que se joue le pouvoir et les modalités de son exercice : « l'investissement politique du corps relève plutôt d'une forme d'organisation diffuse qui impose sa marque sans être nécessairement élaborée et objet de discours » (Le Breton 2010b, 101). Il fera ainsi partie intégrante des analyses proposées dans cette thèse.

Dans son travail sur le « gouvernement de la vie et de la mort », Memmi (2004, 2003) constate un recul de la punition y compris pour des pratiques qui ne sont pas reconnues officiellement, telles que l'euthanasie (et auparavant, l'avortement). La sociologue montre que pour être progressivement reconnues et légalisées, ces pratiques doivent cependant être encadrées par des professions médicales (ou a minima paramédicales) : la médicalisation les rend socialement acceptables. Il n'est pas question pour elle d'une surveillance d'une population durablement captive, les modalités actuelles d'exercice du pouvoir n'en ont plus besoin. Elle écrit : « point de grand renfermement, mais une construction sociale de ces choix en matière de procréation comme relevant exclusivement du médical et de la notion de 'santé' » (Memmi 2003, 20). Pour Memmi, le dispositif de gouvernement prend actuellement la forme d'une régulation par l'autonomie et une vigilance par la « conformité biographique » qu'elle nomme « gouvernement sur les motivations » (p.35) ou à plusieurs endroits de l'ouvrage « gouvernement par la parole ». Le gouvernement des pratiques se joue ainsi dans des instances particulières qui servent à faire émerger ces « paroles légitimes », ou à en vérifier l'existence (p.28). Memmi pense en particulier aux entretiens obligatoires pour accéder à une interruption volontaire de grossesse (IVG) en France.

En comparaison avec d'autres paradigmes, par exemple marxistes, autour de la notion de domination, le concept de « gouvernement » permet une appréciation plus contemporaine du développement et du maintien des normes qui sont intériorisées et de la notion de pouvoir qui ne constitue pas une substance qui préexiste aux relations entre individus. Le pouvoir n'est ici pas nécessairement un projet politique global mené intentionnellement par l'Etat et les classes dirigeantes. Il se diffuse en dehors des institutions officielles : il n'est pas matériellement localisable et n'est pas coordonné par une tête pensante, ou un groupe de personnes qui détiendraient le pouvoir. Le pouvoir comme relation circule dans et à travers les institutions et en dehors, jusque dans et par les individus, professionnel.le.s comme parturientes. Adopter cette perspective me permet de ne pas évoluer d'emblée dans un cadre où l'on considérerait que les médecins utilisent la médecine et les techniques comme un moyen délibéré de contraindre et d'assujettir les femmes (bien que le dispositif puisse produire ce type de mécanisme). Dans la perspective foucauldienne, la capacité de se responsabiliser, de s'auto-surveiller et finalement de prendre part au gouvernement est liée à

un contexte néolibéral et est au cœur du pouvoir moderne (Lupton 2012b). Les individus sont encouragés à percevoir ces efforts comme souhaitables et dans leurs propres intérêts et donc à les adopter volontairement ; en cela ils participent aux régimes de régulations qui deviennent partie intégrante de leur projet individuel (Lupton 2013b; Chadwick et Foster 2014, 60). Le pouvoir s'exerce peu par la soumission des individus et la contrainte, il existe davantage par la participation active des individus qui le relaient (Rose 1999): « gouverner, c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même » (Dider Fassin et Memmi 2004, 25). Pour autant, des institutions telles que l'hôpital ou les médias participent de ce « gouvernement à distance » ((Lupton 2012b, 335, voir aussi: 1995) qui est donc à la fois interne et externe aux individus.

Le concept de gouvernement me permet aussi de mieux déterminer ma place dans les travaux féministes qui se sont saisis de la question de la maternité, et dont j'ai décrit les débats dans le chapitre précédent.

Je m'inscris dans le projet de Descarries et Corbeil de sortir de l'opposition dichotomique stérile et « réductrice » (2002a, 15) entre une technique et une médecine (voire une maternité) qui aliène ou qui libère et permet l'empowerment. Des chercheuses ont montré comment la technique pouvait être l'une et l'autre à la fois en fonction des usages et des personnes à même de décider de ces usages (les femmes elles-mêmes ou les professionnel.le.s de santé par exemple).

La question de l'avortement en est un bon exemple. Dans les luttes féministes des années septante, les femmes se sont à la fois battues pour extraire l'avortement de son statut clandestin, acte réalisé entre femmes sans régulations médicales et étatiques, à une prestation remboursée par les assurances maladies et réalisée par des médecins. En parallèle, les féministes ont aussi lutté (et luttent encore) pour que l'avortement ne serve pas de prétexte à une médicalisation excessive du corps des femmes et à une emprise par l'hôpital et par des professionnel.le.s de santé. A Genève, les féministes affiliées au MLF ont ainsi milité contre l'hospitalisation systématique après un avortement (il était de trois jours, elles ont lutté pour que cela se fasse en ambulatoire sur une journée) et que l'anesthésie locale soit accessible à celles qui le souhaitent (à la place de « l'anesthésie générale auparavant imposée ») (Nissim 2014, 19-20). Les travaux de Nelly Oudhsoom (1994, 1998) sur la pilule contraceptive en sont aussi un exemple. Elle montre que la pilule permet à la fois aux femmes de contrôler la procréation et leur propre corps, en ce sens elle est émancipatrice, mais elle a en même temps représenté un moyen « très matériel de modeler, réguler et standardiser » leurs corps (Gardey et Löwy 2000, 12). Comme le rappellent par ailleurs Angeloff et Gardey (2015) : « les propriétés techniques des techniques ne décident pas des conduites individuelles et collectives. La raison en est que les scripts et scénarios inscrits dans les techniques sont déjà et toujours des arrangements sociaux ou sociotechniques (Akrich, Callon, et Latour 2012 [2006]). (...) En découle une grande variété d'interprétations et d'appropriations » (p.34-35). En ce sens, certains outils (elles prennent ici l'exemple du stérilet) peuvent servir « ici à l'oppression patriarcale des femmes et, ailleurs, à leur émancipation » (p.35).

Rappeler cette pluralité d'usages, de situations et de combats féministes permet de penser en quoi une technique médicale n'est pas en soi un instrument d'émancipation ou au contraire de domination pour les femmes. Le bénéfice pour les femmes d'avoir accès à certains savoirs et techniques médicales ne doit pas empêcher de questionner l'emprise des techniques sur le corps des femmes et les conséquences que produit la médicalisation. En

d'autres termes, il ne s'agit pas de renverser une domination que la technique exercerait nécessairement sur le corps des femmes, ou de considérer au contraire l'accès à la technique et son utilisation nécessairement comme une avancée pour les femmes, mais de questionner les usages des techniques, et surtout qui sont les personnes qui détiennent la capacité de décider de cet usage en tant qu'enjeu de pouvoir. De la même manière, il s'agit de tenter de dépasser l'opposition nature/culture à propos de l'accouchement (la technique aurait perverti la nature du corps féminin). S'extraire de ces dichotomies passe nécessairement par un travail empirique fouillé et nuancé qui s'attache à restituer la diversité des expériences des femmes aujourd'hui, ce qui fait partie de mes objectifs principaux.

Je précise qu'il ne s'agit pas non plus de faire une distinction a priori sur la potentialité aliénante ou émancipatrice des techniques en fonction de leur niveau de perfectionnement technologique. Je pense ici les techniques dans un sens large qui peuvent aller des techniques du corps (Mauss 1936) déployées par exemple par les sages-femmes à domicile, jusqu'aux machines qui impliquent une technologie avancée qui sont utilisées par les médecins à l'hôpital. Vuille (2015), dans son Histoire de l'accouchement sans douleurs dans les années 1950 en France montre combien une technique « modeste » et « usuelle » peut être tout aussi contraignante pour les femmes que des techniques « de pointe » (p.40) :

L'opposition prégnante dans l'historiographie féministe entre des technologies masculines invasives (instruments, moniteur fœtal, perfusion, péridurale, etc.) et des pratiques féminines respectueuses de la personne enceinte et de son corps (peu d'instruments, « accompagnement » solidaire, engagement corporel), entre les « mains de fer » des médecins et les « mains de chair » des sages-femmes (Rich 1976), entre la dépendance induite par des technologies « lourdes » et l'autonomie offerte par des techniques « légères » (ou plus « naturelles ») s'avère peu pertinente pour comprendre le rôle complexe et partiellement contradictoire joué par l'accouchement sans douleur dans l'histoire de la naissance au XXe siècle. L'examen de cette méthode plaide pour plus de flexibilité dans l'interprétation du potentiel d'asservissement ou d'émancipation des techniques, en particulier de leur effet sur l'agentivité des femmes (Gardey 2005) (Vuille 2015, 53).

Recueillir des discours et surtout des pratiques de prise en charge de l'accouchement aujourd'hui dans des dispositifs concurrents me permettra de questionner l'usage qui est fait des techniques et la distribution du contrôle de ces usages par les femmes et les professionnel.le.s.

Cette position n'implique cependant pas que je conçoive, comme le font certaines chercheuses de la troisième vague, que les femmes devraient être libérées des normes qui se posent à elles afin d'être à même de faire le choix qui aurait été le leur si elles avaient été libres. Je choisis plutôt de m'intéresser à ce discours, ou projet idéologique libéral en tant que tel. Dans la perspective foucauldienne que j'adopte, la question n'est pas de savoir comment se libérer des normes pour agir librement, mais plutôt de s'intéresser à la manière dont les normes sont produites, comment elles s'articulent et se déploient (y compris par les objets techniques), quels sont leurs effets, au sein d'un processus de gouvernement de la vie. Cela n'empêche pas de caractériser cependant les interactions entre individus et la nature des relations de pouvoir qui les traversent, qui peuvent laisser plus ou moins de place à l'agentivité. Ce travail sur l'élaboration des normes et des dispositifs sera fait aussi bien à propos du modèle médical de l'accouchement, que de son modèle concurrent dit d'« accouchement naturel ».

Surtout la question du « choix » ne peut être posée sans restituer les conditions structurelles de sa production : adopter une démarche constructiviste, par exemple sur les risques, implique de conserver cette même démarche et l'appliquer à la question des choix individuels, dans le prolongement des propositions de Nancy Hirschmann (2003). Cela ne revient pas à dire que je conçois que les choix faits par les mères et leurs évaluations du risque sont mécaniquement façonnées par le monde médical qui exerce une domination sur celles-ci. Il s'agit plutôt de considérer que ces mécanismes sont complexes et d'analyser comment les femmes font leurs choix, tout en maintenant que cette analyse ne peut faire l'économie de prendre en compte le contexte historique, politique et matériel de la prise en charge de l'accouchement dans lequel ces choix émergent (Beckett 2005). Le concept de gouvernementalité (Foucault 1994b) restitue le fait que, notamment dans le domaine de la santé, les choix et les pratiques des individus sont informés et construits par les discours produits par le milieu médical, les institutions, mais aussi par les relations sociales qu'ils entretiennent. Les expériences vécues de l'accouchement ne peuvent être séparées du médical puisqu'elles sont toutes en interaction avec les institutions médicales (Malacrida et Boulton 2014) et leurs techniques (certes avec une intensité et des formes variables) d'une part, mais aussi parce que l'expérience incorporée que font les femmes de la maternité est « informée par les connaissances médicales et les technologies » (Akrich et al. 2014, 19; Voir aussi: Akrich et Pasveer 1996; Akrich 2010).

Ce projet implique une démarche empirique qui ne se limite pas à recueillir les discours des femmes, mais à les croiser avec ceux des professionnel.le.s, tout en y superposant un regard sur les pratiques et le fonctionnement des dispositifs de prises en charge de l'accouchement qui se prévalent du modèle de l'accouchement naturel alternatif, comme du modèle de l'accouchement à l'hôpital. Les choix des médecins et des sages-femmes sont en effet eux-aussi le produit d'une construction sociale.

Par ailleurs, l'accouchement et le corps féminin qui donne naissance ne sont pas essentialisées, c'est-à-dire qu'ils sont pris comme un « fait social à part entière » et non pas comme un « fait naturel » (Cardi et Quagliariello 2016, 171) : il s'agit « de rompre avec l'illusion d'une éternité 'anthropologique' de la reproduction » (E. Fassin 2010a, 48), dans la lignée d'autres travaux et de ne pas s'inscrire dans une forme d'« universalisme biologique » (Cardi et Quagliariello 2016, 175).

1.2. L'approche socio-culturelle des risques : articuler le niveau structurel et individuel

Dans cette thèse je m'intéresse aux modalités de prises en charge de l'accouchement qui sont directement en rapport avec la construction des savoirs sur la naissance, et en particulier ceux qui concernent la formation, la catégorisation et la classification⁵² des risques et des pratiques associées (surveillance et intervention). Je vais définir ici la perspective adoptée pour capter ces processus.

Lupton (2013b) soutient que l'approche « technico-scientifique » (ou « techno-rationnelle ») représente le modèle hégémonique du risque aujourd'hui. C'est typiquement celle adoptée

⁵² La classification des risques fait référence à la manière dont les actrices attribuent des valeurs d'importance aux risques (elles les pondèrent) et en cela les distribuent sur une échelle entre bas et haut risques. La catégorisation des risques est le processus de désignation et de caractérisation d'un risque spécifique, en le nommant et en lui attribuant une ou plusieurs catégories (par exemple risque pour le fœtus ou pour la parturiente).

par la perspective biomédicale qui considère que l'épidémiologie permet de transformer des incertitudes insaisissables en des données chiffrées (probabilités) (Berlivet 2001) et d'en déduire une prise en charge adaptée. Les risques sont considérés comme objectifs et peuvent être prédits et contrôlés par la science. La proposition de Lupton, inspirée des travaux de Mary Douglas, est d'adopter une approche socio-culturelle du risque qui considère que les risques sont des produits sociaux façonnés par les normes et les valeurs (Lupton et Tulloch 2002b). Pour Ewald (1996), le fait qu'un danger soit construit comme un risque est un processus social : « en soi, rien n'est un risque, il n'y a pas de risque dans la réalité. Inversement, tout peut être un risque ; tout dépend de la façon dont on analyse le danger, considère l'événement » (p.135). Pour Le Breton (2010b), la sociologue ne doit « pas se laisser intimider devant une médecine qui prétend dire la vérité du corps ou de la maladie (...) le culturel n'est pas le privilège des traditions rurales du Bocage, il est aussi au cœur de la pensée médicale, et des pratiques ou des institutions qu'elle génère » (p.40). Plus loin dans son ouvrage il invite à se distancier d'une vision positiviste de la science médicale, que les chercheurs et chercheuses en sciences sociales ont parfois de la difficulté à abandonner : « il semble que de nombreux chercheurs s'arrêtent au seuil de nos sociétés, cessant d'y voir l'exercice de l'efficacité symbolique pour ne plus percevoir qu'une 'objectivité' de l'efficacité médicale. Comme si la culture n'existait plus s'agissant de nos sociétés occidentales, la rationalité ayant rendu vaine sa présence » (p.75).

L'approche constructiviste, et plus spécifiquement socio-culturelle, que j'adopte dans la thèse s'attache ainsi à analyser les modalités de production du risque comme une entreprise culturelle et donc historiquement et géographiquement située (Douglas 1982, 1992; Lupton 2013b; Tulloch et Lupton 2003; Zinn 2008, 2006). Il s'agit de regarder la fabrication de la médecine et du savoir médical au quotidien comme une fabrication itérative menée dans une variété de lieux (notamment institutionnels) et par une variété d'acteurs qui prétendent à la vérité; une vérité qui se diffuse à de nombreux autres individus qui participent eux-mêmes de sa transmission (Foucault 2008). L'idée est d'analyser ce que ces entreprises de vérité produisent et non pas seulement de comprendre comment elles réprouvent et encadrent la liberté, c'est en effet cela qui rend leur maintien possible : « ce qui fait que le pouvoir tient, qu'on l'accepte, mais c'est tout simplement qu'il ne pèse pas seulement comme une puissance qui dit non, mais qu'en fait il traverse, il produit les choses, il induit du plaisir, il forme du savoir, il produit du discours » (Foucault 1994b; cité par: Beaulieu 2005, 65).

L'omniprésence du concept de risque peut être vue comme une manière « d'organiser la vie », et dans le cas qui nous intéresse, la naissance. Comme l'écrit Foucault (1985) : « former des concepts, c'est une manière de vivre et non de tuer la vie ; c'est une façon de vivre dans une relative mobilité et non pas une tentative pour immobiliser la vie » (p.13). Le risque est ainsi conçu comme « une manière de se représenter des événements pour qu'ils soient gouvernables avec des techniques particulières et à des fins particulières » (Dean 1999, 131; cité par: Chantraine et Cauchie 2006). La domination du risque comme prisme de mise en ordre des pratiques et de cohésion sociale (Tulloch et Lupton 2003) peut être à la fois contraignant (puisqu'il y a une action de normalisation, voire de disciplinarisation), et habilitant en ouvrant un champ d'action à l'individu (c'est l'idée de subjectivation) (Laborier et Lacoumes 2005). La conscience du risque est devenue une partie intégrante des subjectivités individuelles (Lupton 2012b; Chadwick et Foster 2014). Lupton (2013b) a toutefois insisté sur l'importance de restituer la diversité des chemins empruntés par les acteurs pour comprendre et agir avec le risque. Le risque n'est donc pas *a priori* négatif pour

les individus. La prise de risque par exemple peut aussi être recherchée par certains (Tulloch et Lupton 2003; Lupton et Tulloch 2002a, 2002b; Le Breton 2012; Lyng 2004).

Dans les travaux que j'ai cités, la production du savoir, et notamment le savoir médical sur le risque, est intrinsèquement moral et politique: « Le langage de la médecine n'est pas un simple miroir du monde empirique. C'est un riche langage culturel, lié à une vision extrêmement spécialisée de la réalité et du système des relations sociales, qui dans le traitement médical, associe les grandes questions morales à des fonctions techniques plus évidentes. » (Good 1994, 32; cité par: Perrenoud 2016). Pour Gilbert (1992), la construction du risque comprend un aspect émotionnel, il est en lien avec les « peurs » : « le risque n'est rien d'autre que le travail de la société par lequel des peurs et des inquiétudes sont rendues perceptibles par une entreprise de domestication, de réduction continue de l'incertitude, de nomination du danger » (cité par Carricaburu 2007, 127). Scamell (2014) insiste quant à elle sur le fait que le concept de risque constitue un instrument en faveur d'une « discipline morale » dans le contexte de la naissance: « Risk in the context of contemporary childbirth can be seen to operate more as a moral discipline, than a scientific calculation of probability » (p.921). En ce sens il est davantage relatif à une entreprise politique qu'il est « neutre », contrairement à la perspective revendiquée par les sciences médicales. Le risque est politique.

Déterminer comment le risque est construit, les états et les pratiques considérées comme risquées ou non, ou plus ou moins risquées, constituent des analyses précieuses et riches sur les normes et les valeurs d'une société : « les formes de dangers pointées renvoient en profondeur aux modes de vie, aux valeurs collectives, elles reflètent une morale en acte, une vision du monde » c'est en ce sens que « la mesure objective du risque est une fiction politique et sociale » (Le Breton 2010b, 94). Dans le contexte de l'accouchement, cela renvoie notamment à la place du fœtus/bébé, au corps féminin, à l'articulation professionnelles/profanes, à la mort, etc.

Dans la pensée de Foucault, pouvoir et savoir fonctionnent ensemble. Pour celui-ci, le savoir « se réfère à toutes les procédures et à tous les effets de connaissance qui sont acceptables à un moment donné et dans un domaine défini » et le pouvoir « ne fait rien d'autre que recouvrir toute une série de mécanismes particuliers, définissables et définis, qui semblent susceptibles d'induire des comportements ou des discours » (Foucault 1978, 49). Savoir et pouvoir sont indissociables: « la vérité⁵³ est liée circulairement à des systèmes de pouvoir qui la produisent et la soutiennent, et à des effets de pouvoir qu'elle induit et qui la reconduisent » (Foucault 2001a, 160). Certaines formes de savoirs font ainsi plus autorité que d'autres (Douglas 1992; Skinner et Maude 2016), ce qui permet d'articuler en partie les écrits de Jordan (1997) sur les « savoirs faisant autorité » [« authoritative knowledges »].

Pour Le Breton (2010b), la médecine fonctionne comme entreprise de « monopole de la vérité sur le corps » (p.39). Ce qui m'intéresse dans ce regard, c'est avant tout la possibilité d'analyser comment cette vérité est produite et ce qu'elle a comme effets.

Je précise que cette thèse n'a pas pour objet d'analyser la production des recherches médicales et celles des guidelines internationaux / nationaux, mais plutôt la production du savoir au niveau local (qui passe aussi par des négociations opérées autour de l'utilisation

⁵³ La vérité est elle-même définie comme « l'ensemble des procédures qui permettent à chaque instant et à chacun de prononcer des énoncés qui seront considérés comme vrais » (Foucault 2001c, 407).

des recherches). Pour Foucault (2001c, 408), la production du savoir n'est pas l'apanage de la science, mais est réalisée par une pluralité d'individus et d'institutions qui par leur position et d'autres propriétés spécifiques, prétendent à la vérité et la diffusent efficacement. J'analyserai quels savoirs sont mobilisés pour construire les risques et pour classer les accouchements entre bas et haut risque, et quelles sont les pratiques qui en découlent. Les formes de résistances seront aussi investiguées, qui prennent par exemple la forme de l'accouchement à domicile (bien que déterminer s'il constitue une résistance devra faire l'objet d'une analyse en soi), ou qui peuvent survenir dans l'hôpital. Foucault (2001c) précise d'ailleurs que les relations de pouvoir « suscitent nécessairement, appellent à chaque instant, ouvrent la possibilité à une résistance » et que ce qu'il essaie « de faire apparaître » c'est une forme « d'agitation perpétuelle » plutôt que « la domination morne et stable d'un appareil uniformisant » (p.407).

Le fait d'adopter une approche constructiviste ne me conduit pas à nier l'existence de dangers autour de l'accouchement et l'expérience que peuvent en faire certaines femmes et certaines professionnel.le.s, en particulier dans les pays où les systèmes de santé sont peu développés et dans lesquels les femmes sont globalement en moins bonne santé. Cette approche constitue avant tout une posture épistémologique et une démarche heuristique : elle est féconde pour découvrir d'autres aspects du risque et de ses effets. Rien n'est conçu comme naturel, allant de soi, captable en lui-même comme une vérité objective, amoral et apolitique, qui pourrait s'exprimer avant et en dehors des structures sociales et des individus. Je n'adopte pas une perspective qui ne s'intéresse pas à la réalité, comme dans le relativisme, mais qui considère que la réalité est sociale et qu'elle a une histoire (E. Fassin 2010a). Ce qui m'intéresse c'est la manière dont on définit ce qui est un risque, comment on le considère comme grave ou accessoire, comment on agit en fonction de celui-ci, et en quoi ces pratiques fondent le risque, le fabriquent. Il s'agit de ne pas naturaliser le risque. Celui-ci est en ce sens un « objet virtuel » [virtual object] :

The problem of risk is that it does not exist without representation. By definition, there is no unmediated risk...its presence is thus always necessarily deferred. Risk is a potential coming-into-being, a becoming-real...the virtual object is not a hypothetical entity; it is real in the sense that it engenders reality, yet at the same time it is not 'material'...the virtual object is being revealed and ordered by...discursive practices and techniques. (Van Loon 2002, 54; cité par: Coxon 2014).

Le risque est impalpable, il renvoie à un événement futur possible. En revanche, ce qui est ancré dans le présent c'est d'une part le phénomène de production du risque, et d'autre part l'effet que cette production a sur les pratiques (Scamell 2011; Heyman et al. 2009). Dans la perspective adoptée ici ce sont les discours et les pratiques, notamment de catégorisation, qui font le risque.

Mon projet n'est pas de décrire comment les professionnelles et les parturientes s'approprient et font avec les risques, dans un rapport rationnel ou irrationnel à ceux-ci. Par ailleurs, Il s'agit moins d'analyser comment la perception des risques est médiatisée par des processus sociaux et culturels (Coxon 2014)) que de restituer les rapports aux risques et leurs diversités comme modes de construction des risques. Dans les parties empiriques, j'ai cependant parfois utilisé cette clé lecture sur le risque puisqu'à ce moment-là, il constituait un outil utile pour les descriptions et l'analyse des discours et des pratiques. Ces deux approches ne sont pas inconciliables (Coxon et al. 2016).

En ce qui concerne finalement l'opérationnalisation de l'approche socio-culturelle des risques que j'utilise dans ce travail, Lupton a insisté sur l'importance de faire tenir ensemble l'aspect politique et structurel – macro – de la construction des risques (Douglas 1982), et l'aspect micro en explorant les modalités quotidiennes d'élaboration des risques et les expériences vécues par les individus (Lupton 2013b). L'approche socio-culturelle permet ainsi d'articuler une approche compréhensive et interactionniste avec l'approche foucaldienne et un concept comme le gouvernement. Lupton a réalisé ce projet dans plusieurs recherches (Lupton et Tulloch 2002a, 2002b; Lupton 2011) qui ont contribué à inspirer une partie des travaux que j'ai mentionnés en revue de la littérature. Dans mon travail, je m'efforcerai ainsi de documenter et d'analyser conjointement les interactions et les vécus individuels autour du risque, donc les « espaces ordinaires de soin » (Meidani, Legrand, et Jacques 2015) et les structures dans lesquelles les discours et les pratiques se déploient (culturelles mais aussi très concrètes telles que les réglementations cantonales qui encadrent les professions de médecin et de sage-femme, les structures existantes pour prendre en charge les naissances et leur prise en charge par l'assurance maladie, les protocoles qui régissent les pratiques, l'organisation du travail à l'hôpital et en dehors, etc.).

En cela, la sociologie du travail et des organisations sera particulièrement utile. Il s'agira de mettre en évidence les régulations sociales de l'activité (Reynaud 1988, 1997), et en particulier d'étudier comment l'activité est standardisée à travers des procédures, ou laissée à l'appréciation des professionnelles, dans le contexte d'organisations qui sont amenées à construire le risque et le gérer (Bourrier et Bieder 2013; Amalberti 2012, 2009a). Il faudra prendre soin également de s'intéresser aux pratiques à la marge des règles formelles, du « prescrit », qui révèlent souvent des jeux d'acteurs fondamentaux (de Terssac 2012; 1992; Bourrier 1999), marquent l'expertise et l'imagination des professionnelles et la vitalité de l'organisation (Dodier 1995), révèlent les contraintes du système (qui nécessitent ainsi des ajustements), et peuvent parfois rendre visible des dérives de l'organisation (Vaughan 1996, 2001). En adoptant une perspective interactionniste, les « situations de travail » (Strauss et al. 1985; Weick 1993, 1990) spécifiques seront particulièrement utilisées pour analyser en quoi la construction du risque et les décisions qui sont prises pendant l'accouchement en sont dépendantes.

Calvez (2014) regrette que les recherches en sociologie de la santé s'intéressent trop souvent aux professionnel.le.s et pas suffisamment aux patient.e.s ou usagers et usagères, tandis que Coxon et al. (2016) soulignent que dans le champ de la grossesse et de l'accouchement, c'est surtout le point de vue des femmes qui est analysé. Dans ma thèse, je ne me suis pas exclusivement concentrée sur une catégorie d'acteurs et d'actrices, l'intérêt étant de comparer et faire dialoguer les différentes perspectives (des médecins, des sages-femmes, des femmes et de leurs conjoints le cas échéant, voire des fœtus) et les différents dispositifs (sociotechniques, organisationnels, etc.)⁵⁴.

Pour conclure, il s'agira dans cette thèse d'analyser la construction du risque et la prise en charge de l'accouchement « en acte » (Paillet 2007), c'est-à-dire *comment* celle-ci se fait au *quotidien* dans différents lieux par des professionnel.le.s et des parturientes, en sachant que je m'intéresse à un moment précis, celui de l'accouchement, qui s'inscrit dans une

⁵⁴ Pour autant, les parturientes et les sages-femmes sont les catégories d'actrices les plus présentes dans mes données et analyses. Ce sont en effet celles-ci qui sont au cœur des pratiques autour de l'accouchement, surtout quand celui-ci est normal. Des travaux ultérieurs pourraient se concentrer sur les pères, qui sont encore très peu inclus dans les recherches, voire sur les fœtus.

temporalité courte – de quelques heures à deux ou trois jours maximum. C'est en cela que la perspective interactionniste est utile : il s'agit de comprendre comment le risque est produit par les professionnelles (et dans une moindre mesure les parturientes) en situation, dans un processus de co-construction du sens. Karl Weick a montré comment le « sensemaking », c'est-à-dire l'élaboration (collective) du sens, est fondamentale pour étudier les organisations (Weick et Roberts 1993; Weick 2003, 2001, 1993). Celui-ci est continu puisque « la vie sociale doit se comprendre comme un processus continu de communication, d'interprétation et d'adaptations mutuelles » (Koenig 2003, 19). Cette élaboration du sens, se fait à la fois à travers les règles prescrites, et les interactions quotidiennes (Weick 1993).

De la même manière, les processus de décision, je le montrerai, sont ainsi déterminés par les dispositifs (je fais référence notamment aux protocoles institutionnels, à l'organisation prévue du travail), mais le sont aussi dans les « relations de face à face » ordinaires et quotidiennes. Comme l'écrit Goffman : « une grande partie du travail des organisations – prises de décision, transmission d'information, coordination étroite des tâches physiques – est accomplie en situation de face à face [et] exige ce mode de réalisation » (Goffman 1988, 206; cité par: Grosjean et Lacoste 2005, 23). Dans mon cas, les décisions sont prises en situation, parfois dans un contexte d'urgence, mais toujours dans un temps relativement court, je l'ai dit. Cependant ces décisions s'inscrivent dans un contexte donné qui participe à les structurer, et qui a été déterminé avant que ces décisions se prennent (c'est le cas par exemple des procédures, mais aussi des processus de socialisation vécus par les professionnelles et les parturientes, les expériences précédentes qu'elles ont vécues, etc.).

La question du *pourquoi* médicaliser et utiliser le risque (par exemple comme mode de domination) ne constitue pas l'angle d'analyse de la thèse. Restituer la position développée par Panese et Barras permet de mieux situer mon projet. A leur suite, je considère que le terme de médicalisation est moins utile « comme conclusion de l'analyse, mais en tant que son point de départ, qui doit s'attacher à comprendre comment, pourquoi, et avec quels effets les diverses mutations observées ont pu avoir lieu (...) c'est éviter de dénoncer en soi une extension supposée implacable de la médecine au-delà de limites dont on peine à fixer les repères initiaux qui correspondraient à un état 'pré-médicalisé' de l'individu et du collectif » (Panese et Barras 2008, 22).

Le terme de médicalisation doit d'ailleurs être manié avec soin et de manière précise. Panese et Barras mettent en garde les chercheuses et chercheurs par rapport à leur utilisation de ce terme qui a tendance à devenir un « concept-valise » qui est utilisé de manière similaire pour remplir des projets différents : « il renvoie à des signifiés et à des contextes très divers souvent de manière enchevêtrée et ambivalente : constat critique de la situation contemporaine des relations entre médecine et société ; outils analytique des sciences sociales et humaines de la santé ; phénomène historique [etc.] » (Panese et Barras 2008, 22).

J'utiliserai le terme de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement pour faire référence à un processus historique qui s'est produit et dont les pratiques actuelles ne s'affranchissent pas. Médecins et sages-femmes ont acquis un monopole complet et durable sur la prise en charge des grossesses et des accouchements. J'utiliserai les termes de « prise en charge médicale » ou de « prise en charge médico-technique » des accouchements pour faire référence aux pratiques de surveillance et d'interventions qui ont cours aujourd'hui de manière différente selon les contextes. Dans la mesure où l'on ne se dégage jamais de la médicalisation en Suisse, parler de « démedicalisation » pour évoquer

la pratique des accouchements à domicile ou en maison de naissance par exemple fait ainsi peu de sens, bien que les femmes, les professionnelles, voire les médias ont tendance à utiliser ce terme. Si l'on suit le raisonnement de Foucault, ce constat s'applique à de nombreux autres domaines de la vie qui ont connu un processus de médicalisation. Il écrit ainsi : « L'anti-médecine ne peut opposer à la médecine que des faits ou des projets revêtus d'une certaine forme de médecine (...). La prépondérance conférée à la pathologie devient une forme générale de régulation de la société. La médecine n'a plus aujourd'hui de champ extérieur » (Foucault 1994a, 52-53; Cité par: Panese et Barras 2008, 23). Ce constat implique ainsi de « tenter de saisir les conditions de possibilité et les effets de déplacements des frontières de la médecine » (p.23), ce qui est mon projet en allant interroger des sages-femmes et des femmes qui ont choisi l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. A la suite de Carricaburu (2007), je considère que le terme de détechnicisation est ainsi davantage approprié que celui de démedicalisation pour évoquer les pratiques qui ont cours dans le contexte de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance.

Comme l'a fait Bugnon (2014) pour le contexte des peines alternatives à l'emprisonnement, il s'agira d'analyser, plutôt que pourquoi l'accouchement est médicalisé, « comment les catégories institutionnelles s'incarnent dans des pratiques, et quels sont les instruments et procédures mobilisés pour » prendre en charge l'accouchement, en tentant de se « maintenir à égale distance d'un idéalisme naïf et d'un fonctionnalisme cynique » (p.39). L'approche par le gouvernement sera utilisée pour encadrer la démarche ethnographique qui est entreprise dans ce travail et qui est la plus à même de répondre au projet que j'ai présenté ici. L'objectif est d'analyser « les propriétés spécifiques d'un dispositif de gouvernement en pratique (savoirs, techniques, instruments, alliances, résistances) ainsi que les conditions de mise en œuvre de ce dispositif dans un contexte social particulier » (Bugnon 2014, 45). La possibilité d'une diversité de « régimes de gouvernement » (Cauchie et Chantraine 2005) sera aussi analysée grâce à la comparaison des dispositifs incarnés par des acteurs (sages-femmes, médecins, parturiente, conjoint, fœtus, machines, etc.) et des lieux (hôpital, maison de naissance, domicile) différents. La question des usages de la catégorie du risque (et des modalités de sa construction), mais aussi des techniques sera également au centre des analyses.

2 Questions de recherche

L'analyse de la littérature que j'ai réalisée m'a permis de mettre en évidence le fait que s'intéresser à l'accouchement, en lien avec la construction du risque, comporte non seulement des enjeux actuels, étant donné que le champ de l'obstétrique est en mouvement par le fait de controverses, mais aussi que certains aspects ont été peu traités à ce jour par les chercheuses et chercheurs. Sur la base de l'approche théorique que j'ai exposée, je me saisis de ces questions dans cette thèse.

Ma proposition est de croiser plusieurs champs de la sociologie pour mieux saisir cet objet. La sociologie des organisations a en effet été peu utilisée à ce jour dans les travaux consacrés à l'accouchement (les recherches menées par Carricaburu (2007, 2005) pour le cas français constituent une des exceptions), alors qu'elle peut apporter de précieux outils pour comprendre d'une part l'influence des situations de travail spécifiques sur le risque et les décisions, et d'autre part analyser les jeux d'acteurs et de pouvoir. Par ailleurs, on ne sait que peu de choses sur la manière dont les différents dispositifs (organisationnels et sociotechniques en particulier), les différentes représentations et les différents acteurs

(professionnelles, parturientes, conjoints) fonctionnent ensemble ou en parallèle dans le contexte de l'accouchement. La majorité des recherches ont eu recours à des entretiens, soit avec des professionnel.le.s, soit avec des parturientes (il s'agit de la majorité), tandis que je vais prioritairement m'intéresser aux pratiques, et proposer une approche qui combine un ancrage auprès des professionnel.le.s, médecins et sages-femmes, et des parturientes (et de leurs conjoints le cas échéant). Je vais également ne pas me borner à un dispositif (accouchement à domicile, en maison de naissance, et à l'hôpital) comme l'ont fait la plupart des autres chercheuses et chercheurs.

Une question peut à ce stade survenir : pourquoi s'intéresser à l'accouchement à domicile et en maison de naissance alors qu'ils représentent des situations extrêmement minoritaires ? Eric Fassin (2010b) fait le constat, à propos du mariage homosexuel, d'un écart entre la « réalité statistique » et le nombre de discussions que ce mariage soulève (p.49). C'est également le cas de l'accouchement extrahospitalier qui suscite de nombreux débats (dans les recherches, entre les professionnelles de santé, dans les médias, etc.). Pour Fassin, s'il est intéressant pour la ou le sociologue d'analyser ces « objets 'minoritaires' », c'est notamment parce qu'ils « permettent d'interroger les normes majoritaires » (p.49). Les discours sur l'accouchement à domicile et en maison de naissance se font révélateurs des normes dominantes en matière de reproduction. Plus largement, ce qui m'intéresse est d'adopter une perspective comparative. Combiner différents regards me permettra en effet d'analyser la manière dont les différents dispositifs s'articulent.

La question principale qui sera poursuivie dans ce travail est ainsi la suivante : comment le gouvernement de l'accouchement se déploie-t-il au quotidien au sein de dispositifs de prise en charge concurrents ?

Développée par Foucault, la notion de gouvernement se rapporte à une « conduite des conduites » et fait référence à un « assemblage de pratiques, de techniques, de rationalités » (Chantraine et Cauchie 2006, 15) orientées vers une gestion et une régulation de la conduite humaine; ici de l'accouchement. Ce projet implique de décrire et d'analyser le fonctionnement des dispositifs incarnés dans des lieux (maternité, maison de naissance, domicile), des pratiques (de surveillance, d'interventions, de préparation, etc.), des techniques (du corps, des machines, etc.), des personnes (sages-femmes, médecins, parturientes, fœtus/bébé, conjoint le cas échéant) et l'articulation de ces dispositifs. Il s'agit de voir comment cela tient ensemble en s'attachant à analyser comment fonctionne le réseau d'acteurs sur un territoire donné, alors que la plupart des recherches ont étudié séparément ces différents dispositifs, souvent en se limitant aux discours des professionnelles ou des femmes. Le cas de l'accouchement extrahospitalier sera utilisé pour questionner le dispositif de prise en charge dominant et analyser s'il participe – et dans quelle mesure – à redéfinir des normes et des valeurs autour de l'accouchement, du corps féminin, des relations soignantes-soignées.

Sur la base de l'analyse de la littérature, j'ai montré que la prise en charge des accouchements est organisée autour du concept de risque, celui-ci venant légitimer les pratiques les plus diffusées. Le risque comme mode d'exercice du pouvoir sera ainsi particulièrement étudié. Un premier ensemble de sous-questions est le suivant : en quoi la définition des risques de l'accouchement est spécifique ? Comment les risques sont-ils construits dans le quotidien des lieux de naissance en Suisse romande ? Sous quelles modalités ces « entreprises de vérité » participent-elles du gouvernement de

l'accouchement ? Quelle place occupe le risque dans l'accouchement extrahospitalier et quelles sont les modalités de son utilisation ? En quoi peut-on parler – ou non – de pratiques transgressives / de résistances aux normes dominantes par rapport aux risques ?

Le deuxième ensemble de sous-questions de recherche s'inscrit dans une perspective de genre. Il est formulé ainsi : en quoi les modalités de gouvernement de l'accouchement, notamment par le risque, sont-elles contraignantes et/ou habilitantes pour les femmes et les professionnelles, notamment sages-femmes ? Je me demanderai qui sont les personnes à même de participer à la construction du risque et aux prises de décision qui concernent la naissance et ce qu'implique la notion de choix dans ce champ. Il s'agit aussi de préciser les effets sur les pratiques des discours mais aussi des guidelines institutionnels autour du risque. Je questionnerai également les représentations de ce qu'est un « accouchement normal » et un « accouchement idéal » pour mieux capter les normes en circulation et éclairer les pratiques.

Ces questions de recherche sont développées tout au long du manuscrit dans les différents dispositifs de prise en charge de l'accouchement. La conclusion générale mettra en perspective ces différents développements afin de restituer le système global et interconnecté de prise en charge de l'accouchement et de construction des risques dans un espace géographique donné. Il s'agit aussi d'apporter un éclairage global sur l'accouchement aujourd'hui dont la prise en charge s'inscrit dans des controverses et des débats scientifiques.

Chapitre 3 Dispositif méthodologique

Dans les chapitres précédents, j'ai situé mes travaux dans les champs de recherche qui concernent l'accouchement, puis j'ai défini mes questions de recherche et le cadre théorique qui va structurer le point de vue et les analyses. Je vais maintenant expliciter la manière dont je vais opérationnaliser la recherche dans un dispositif méthodologique congruent afin de répondre à ce projet et d'apporter une contribution aux questions qui subsistent dans le champ.

Je vais d'abord montrer en quoi la Suisse est un cas d'étude particulièrement riche lorsque l'on s'intéresse à l'accouchement tant ce pays offre une variété de possibilités pour les femmes en termes de suivi et de lieux d'accouchement, alors qu'un nombre restreint de recherches est disponible à ce jour sur ce contexte particulier. Je vais ensuite présenter et justifier les différentes stratégies de récolte des données que j'ai déployées et présenter un court « récit des conditions d'enquête » (Bizeul 1998). Ce récit doit servir à rendre compte du terrain étudié et des personnes qui s'y trouvent, et non pas être utilisé comme prétexte à une narration égocentrique de l'expérience de l'enquêtrice (Elias 1993). La réflexivité de la chercheuse sur sa place sur le terrain doit ainsi uniquement servir à mieux comprendre le contexte de l'enquête, les personnes qui y évoluent, l'organisation du travail, etc. (Fassin 2008b). Les conditions de production du savoir ethnographique sont inséparables des analyses qu'elles génèrent (Alban 2008) et seront donc rapidement présentées dans ce chapitre et exposées directement parfois dans des scènes concrètes à travers le manuscrit. Après avoir fait cela, je vais présenter les terrains de recherche et les données produites (voir également en annexe les tableaux qui regroupent les informations sur le profil, notamment socio-économique, des personnes interviewées).

1 Le cas suisse : une multiplicité de possibilités pour une diversité de situations

La Suisse constitue un pays particulièrement favorable pour s'intéresser aux modalités de construction des risques qui donnent lieu à des pratiques spécifiques. Une diversité de choix est accessible aux femmes, par exemple : petit ou grand hôpital, maison de naissance (accolée à l'hôpital ou non), domicile, hôpital avec une sage-femme agréée, etc. La plupart de ces possibilités sont prises intégralement en charge par l'assurance maladie. Les médecins et les sages-femmes peuvent intervenir dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement.

En 2015, plus de 86 000 naissances ont eu lieu en Suisse⁵⁵. Brailey et al. (2015) estiment qu'environ 90% des femmes enceintes ont été suivies par leur gynécologue-obstétricien. Lors de l'accouchement, au minimum une sage-femme est normalement présente. En fonction des hôpitaux, un médecin sera appelé pour la fin de l'accouchement, viendra faire des contrôles en cours d'accouchement, ou ne sera appelé par la sage-femme qu'en cas de complications⁵⁶.

⁵⁵ Source : Office Fédéral de la Statistique (OFS) / BEVNAT.

⁵⁶ Je ne dispose pas de données concernant la possibilité de « free birth » (ou accouchement non-assisté) en Suisse, c'est-à-dire d'accouchements qui se sont déroulés, par choix, sans sage-femme ou médecin. Ces pratiques très minoritaires, sont plus visibles dans les pays anglo-saxons (en particulier Australie et Etats-Unis), notamment car une partie de ces femmes sont actives sur internet (Jackson, Dahlen, et Schmied 2012; Miller 2012).

En 2010, 98,8% des accouchements se sont déroulés à l'hôpital (Hanselmann et von Greyerz 2013). Parmi ceux-ci, près de 80% ont été pris en charge en hôpital public, et les 20% restant dans les hôpitaux privés. Selon ces chiffres, seules 1,2 % des naissances ont eu lieu en dehors d'un hôpital (Hanselmann et von Greyerz 2013b). Une progression de l'accouchement à domicile et en maison de naissance est mise en évidence par la Fédération suisse des sages-femmes (Fédération suisse des sages-femmes et al. 2015)⁵⁷. Sur les 85'287 naissances qui ont eu lieu en 2014, 1254 se sont déroulées en maison de naissance et 877 à domicile, soit un total de 2,5% des naissances. Les taux de transferts en cours d'accouchement ont été de 10,9% pour les accouchements prévus à domicile et de 15,5% pour ceux prévus en maison de naissance (p.27)⁵⁸. Les accouchements à l'hôpital avec une sage-femme indépendante dite « sage-femme agréée »⁵⁹ ont été au nombre de 1410 (p.28).

En Suisse (comme c'est le cas dans de nombreux autres pays comme la France), les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher disposent d'une protection sociale, notamment en matière de santé, particulièrement étendue. Depuis la modification de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), entrée en vigueur en mars 2014, tous les frais médicaux (pour maladie) des femmes enceintes à partir de la treizième semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement sont pris intégralement en charge (sans participation aux coûts, ni franchises ni quote-part). Jusqu'alors seules les prestations qui concernaient la maternité bénéficiaient d'une telle couverture. Le Parlement a ainsi clairement inscrit le suivi médical des femmes enceintes et jeunes accouchées comme un cas particulier et prioritaire. Il s'agit de garantir et de favoriser l'accès de toutes les femmes et de tous les nouveau-nés à une surveillance et des soins médicaux.

En ce qui concerne les prestations de maternité (art. 29, LAMal), ce sont les suivantes qui sont prévues en cas de « grossesse normale » : sept consultations (dont six peuvent être réalisées par une sage-femme (art.16, Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)), deux échographies (entre la 12^e et la 14^e semaine de grossesse et entre la 20^e et la 23^e semaine) réalisées par un médecin, un test du premier trimestre, un contrôle post-partum ainsi que 10 à 16 visites à domicile par une sage-femme. L'assurance prend également en charge des cours de préparation à la naissance à la hauteur de 150 CHF (Art. 14, OPAS). En cas de grossesse à risque ou de complications, ces prestations sont étendues sur prescription médicale (visite à domicile d'une sage-femme pendant la grossesse ou après l'accouchement, échographies supplémentaires, consultations et examens complémentaires, etc.).

L'assurance de base prend en charge les coûts lors d'un accouchement à domicile, d'un accouchement dans un hôpital, et depuis 2012, dans une maison de naissance (pour autant

⁵⁷ Voir aussi l'article paru sur le site internet du journal *24 heures* : « Record des accouchements avec sage-femme » le 30 avril 2014 : <http://www.24heures.ch/vivre/societe/record-accouchements-sagesfemmes/story/24427690> (consulté le 1.05.2015).

⁵⁸ Les auteures du rapport précisent que seulement 0,3% de l'ensemble des accouchements suivis par une sage-femme ont conduit à un « transfert urgent en raison d'une situation mettant en jeu le pronostic vital » (ce qui représente 3,6% de l'ensemble des transferts, soit moins de 30 cas) (p.28). La cause la plus fréquente de transfert a été la stagnation du travail ou le travail prolongé, suivi par un souhait de la parturiente d'être transférée, puis une anomalie de la position fœtale (p.28-29), et d'autres causes.

⁵⁹ Ces sages-femmes sont sous-contrat avec un hôpital pour pouvoir utiliser le plateau technique. Elles sont soumises aux règles institutionnelles et aux protocoles de l'hôpital en question.

que l'hôpital ou la maison de naissance figure sur la liste hospitalière du canton de résidence de la patiente)⁶⁰. Certains coûts doivent être néanmoins supportés par les femmes / les familles qui choisissent l'accouchement en maison de naissance. Il s'agit par exemple des frais de garde de la sage-femme dans certaines maisons de naissance⁶¹ ou des frais d'hôtellerie du conjoint ou des enfants qui accompagnent la parturiente (une centaine de francs par nuitée). Les cours de préparation à la naissance dispensés par des sages-femmes indépendantes dépassent en général le montant alloué par la LAMal de 100 à 200 francs. Dans la maison de naissance dans laquelle j'ai fait mon terrain, il faut ajouter également le coût de l'inscription et de la cotisation pour devenir membre de l'association⁶².

En obstétrique, la frontière entre le normal et le pathologique participe à organiser les prises en charge, entre hôpitaux et entre professionnel.le.s. En Suisse, les hôpitaux universitaires accueillent des accouchements normaux et pathologiques. Ils sont en mesure de prendre en charge les cas les plus risqués et/ou graves en ce qui concerne les pathologies fœtales ou maternelles. Les cliniques privées et les hôpitaux périphériques ne peuvent accueillir que des accouchements faiblement ou moyennement risqués en fonction de leurs équipements et organisations respectives, en plus de prendre en charge les accouchements normaux⁶³. Bien que comme en France, un mouvement de fermeture des petites maternités, au profit de structures plus grandes s'est opéré, le plus grand hôpital de Suisse n'accueille que 4000 naissances par an, plus de la moitié des accouchements ont lieu dans des institutions qui pratiquent entre 500 et 1500 accouchements par an, et 20% dans des institutions qui en pratiquent moins de 500 (Vuille 2016)⁶⁴. En ce qui concerne les professionnel.le.s, la frontière entre le normal et le pathologique peut organiser la division du travail entre médecins et sages-femmes (c'est typiquement le cas aux Pays-Bas (Akrich et Pasveer 1996)), ou plus souvent servir à délimiter l'exercice des sages-femmes, comme c'est le cas en Suisse. Les médecins peuvent en effet prendre en charge le suivi des grossesses et des accouchements physiologiques et pathologiques tandis que l'exercice autonome des sages-femmes est limité à la physiologie.

Les médecins installés en cabinet accompagnent les accouchements des patientes en clinique privée. Celles-ci doivent soit disposer d'une assurance privée ou semi-privée, soit accepter de payer comptant l'accouchement. La clinique des Grangettes à Genève propose par exemple un forfait accouchement par voie basse pour un séjour de cinq jours à 12'000 CHF. Il faut y ajouter les honoraires du médecin, ainsi que les « frais liés à d'éventuelles complications médicales ». Une césarienne en urgence par exemple sera facturée 1'700

⁶⁰Source : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04114/11250/11263/index.html?lang=fr> (consulté le 2.11.16) et http://www.geburtshaus.ch/main/naissance_couts.php (consulté le 2.11.16)

⁶¹ Pour les maisons de naissance de « Dix Lunes » à Genève, de « La Grange Rouge » à Grens (Vaud) et de « Lunaissance » à Lully (Vaud), ceux-ci représentent un forfait de 350 CHF.

⁶² Cela représente entre 150 et 300 CHF. Il est cependant précisé que des aides peuvent être apportées aux parents qui ne pourraient pas être en mesure de financer leur accouchement en maison de naissance.

⁶³ En France les hôpitaux sont classés entre catégorie 1, 2, et 3. Tous peuvent accueillir des situations normales, mais plus le niveau de risque où la pathologie augmente, plus la parturiente sera orientée vers une maternité d'un niveau élevé. Pour une analyse de cette situation, je renvoie aux travaux de Carricaburu (Carricaburu 2005, 2007).

⁶⁴ La source à laquelle recourt Vuille est la suivante : Euro-Peristat, SCPE et EUROCAT, « European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010 », mai 2013, table 3.1. « Main sources of data used by Euro-Peristat in 29 European countries in 2010 », p.46.

CHF⁶⁵. La Suisse est au-dessus de la moyenne de l'OCDE concernant le nombre de gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes (respectivement 35.7 et 27.3) (OCDE 2013). C'est une spécialité dont la féminisation ne cesse de progresser et qui comprend déjà une plus grande proportion de femmes (en 2014 55% des gynécologues sont des femmes selon l'OFSP (Grutter et al. 2015)).

L'article 16 (OPAS) précise les contours des compétences professionnelles attribuées aux sages-femmes. En dehors des « grossesses normales », elles sont tenues de travailler en collaboration, ou sous délégation d'un médecin : « lors d'une grossesse à risque, sans manifestation pathologique, la sage-femme collabore avec le médecin; lors d'une grossesse pathologique, la sage-femme effectue ses prestations selon la prescription médicale ». Ce sont les réglementations cantonales qui définissent plus précisément, et de manière plus ou moins détaillée (canton de Genève versus du Valais), les activités des sages-femmes. L'activité autonome des sages-femmes y est limitée aux suivis des grossesses ou accouchements « physiologiques » ou « normaux » et aux soins des femmes et nouveau-nés qui s'inscrivent dans ce cadre⁶⁶. La survenue de complications doit obligatoirement conduire à un avis / un suivi médical (bien que dans une situation d'urgence, la sage-femme puisse intervenir)⁶⁷. La sage-femme a aussi le droit de prescrire certains examens et d'administrer des médicaments « nécessaires à l'exercice de sa profession » (Vaud : LSP, art. 122h, Neuchâtel : RePMéd art.56 ; Genève RPS art.56) et selon une liste établie par l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) ou la direction générale de la santé. Son rôle de « promotion de la santé publique » est également mentionné dans la LSP (art. 122h). Dans tous les cantons, la sage-femme a le devoir d'annoncer les naissances à l'état civil (si les parents ne le font pas). En outre, les sages-femmes sont tenues, dans le canton de Neuchâtel, de « tenir un registre spécial des accouchements auxquels elle[s] procède[nt] à domicile » (RePMéd Art.59). En Suisse, les sages-femmes sont très majoritairement des

⁶⁵ Source : <http://www.grangettes.ch/en/content/excellence-maternity-care?id=6955> (consultée le 9.11.16).

⁶⁶ Dans le canton de Vaud, la loi sur la santé publique (LSP), entrée en vigueur en janvier 1986 précise que l'activité de la sage-femme consiste à : « assurer le suivi des grossesses physiologiques (...) assister la mère et l'enfant pendant l'accouchement, ainsi que conduire de façon indépendante un accouchement présumé normal. » (art. 122h). Dans le canton de Neuchâtel, le Règlement concernant l'exercice des professions médicales universitaires et des autres professions de la santé (RePMéd) de mars 1998 confère le droit à la sage-femme « d'accompagner, assister et conseiller une femme lors de sa grossesse et de son accouchement physiologique, dans le post-partum et jusqu'au sevrage; de conduire de façon indépendante un accouchement présumé normal » (art.56). Dans le canton de Genève, le Règlement sur les professions de la santé (RPS) d'août 2006 instaure le droit pour les sages-femmes de « pratiquer les contrôles de grossesse physiologique, (...) pratiquer des accouchements normaux, de surveiller et assister la mère et l'enfant pendant l'accouchement physiologique, de prodiguer des soins aux femmes enceintes, aux parturientes, aux accouchées et aux nouveau-nés en situation physiologique » (art.77).

⁶⁷ Dans le canton de Vaud la sage-femme peut « dispenser les soins curatifs que prescrit le médecin ou que nécessite l'état de la patiente en cas d'urgence (...); s'il se présente des complications [pendant l'accouchement], elle est tenue de faire immédiatement appel à un médecin » (LSP, art. 122h). Dans le canton de Genève : « Toute anomalie de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches oblige les sages-femmes à faire immédiatement appel à un médecin. Les cas d'extrême urgence et l'assistance à personne en danger sont réservés » (RPS art.78). Elle peut ainsi en cas d'urgence et « jusqu'à l'arrivée du médecin » : expulser le placenta par des manœuvres externes, administrer des utéro-contractants intraveineux (...) ». Les sages-femmes n'ont pas le mais « n'ont pas le droit de « faire un accouchement par le siège, pratiquer des accouchements instrumentaux (...) ». A Genève, contrairement aux autres cantons romands, cette liste est très détaillée.

femmes : selon l'association des médecins du canton de Genève (AMG), le premier homme sage-femme a été diplômé en 2004 en Suisse⁶⁸. Elles deviennent sages-femmes par l'obtention d'un Bachelor délivré par les Hautes Ecoles de Santé (d'une durée de trois à quatre ans), qui sont indépendantes des facultés de médecine. Celles qui sont infirmières ont accès à des voies spécifiques qui permettent de devenir sage-femme après deux ans d'études supplémentaires. Contrairement à la situation des gynécologues-obstétriciens, le nombre de sages-femmes pour 100'000 femmes en Suisse est inférieur à la moyenne de l'OCDE (respectivement 69.9 et 57.9) (OCDE 2013). Celles-ci restent cependant plus nombreuses que les gynécologues-obstétriciens en nombre absolu.

2 Recueil des données

2.1. *Des dispositifs qui font système : multiplier les angles de vue*

Un apport important de ma thèse est de proposer un regard multiple et croisé sur la prise en charge de l'accouchement dans un espace géographique donné : la Suisse romande, avec un ancrage plus particulier dans une grande ville de Suisse romande. La triangulation, et par là même la possibilité de comparer et de mettre en perspective, a constitué une démarche centrale. Ce dispositif de croisement de plusieurs récoltes de données (Olivier de Sardan 2008) permet de compenser et les limites de chacune par le croisement des sources (Beaud et Weber 2010; Charmaz 2010). La triangulation a été méthodologique (Norman Kent Denzin 1989; 1988) puisque j'ai eu recours à des entretiens, des observations et des documents (protocoles, dossiers de patientes, règlements, etc.). Elle a été également spatiale (Cohen, Manion, et Morrison 2009; Pourtois et Desmet 1988; cités par: Mucchielli 2009), c'est-à-dire basée sur une comparaison entre différents contextes (accouchements en maison de naissance, à la maison ou à l'hôpital⁶⁹). La triangulation s'est enfin établie entre acteurs puisque j'ai pris en compte les regards des sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens, des parturientes et de leurs conjoints.

Les différents types de récoltes de données – par entretiens, par observations et documentaires – ont été complémentaires. Les documents institutionnels sont classiquement compris dans le corpus des ethnographies des organisations puisqu'ils apportent des informations précises sur le contexte dans lequel se déroule l'activité, en plus d'être des supports précieux pour rendre compte des normes et des pratiques de l'institution et des professionnels qui y travaillent (Bugnon 2014; Lomba 2008).

L'entretien semi-directif permet d'explorer les systèmes de valeurs, les représentations et le sens personnel donné par les individus à leurs vécus et expériences autour de l'accouchement. Le recours aux entretiens comporte toutefois des limites. Les interviewé.e.s sont susceptibles d'omettre, plus ou moins volontairement, de raconter des événements à la chercheuse (par exemple parce qu'ils ont honte ou simplement parce qu'ils pensent que cela

⁶⁸ Source : « Le premier homme sage-femme de Suisse est un sage burundais », publié le 10 novembre 2004 sur le site de l'AMG (consulté le 21.11.2016).

⁶⁹ Mon dispositif de recherche m'a permis de prendre en compte la situation des femmes assurées en « division privée ou semi-privée » (c'est-à-dire bénéficiant d'une couverture privée d'assurance) qui accouchent à l'hôpital public. Si ces femmes ne sont habituellement pas incluses dans les recherches qui se déroulent dans cet hôpital, les relations nouées avec plusieurs médecins adjoints m'ont permis de gagner leur confiance et de susciter leur intérêt pour ma démarche, et donc de pouvoir observer directement ces accouchements, avec l'accord des parturientes. Je n'ai pas eu accès, malheureusement, aux accouchements en clinique privée, ce qui constitue une limite de ce travail. Des recherches ultérieures devront être menées pour saisir les logiques qui y sont à l'œuvre.

n'a pas d'intérêt) (A.-M. Arborio et Fournier 2010). De plus, il est parfois difficile de dépasser les généralités et les discours préconstruits (A.-M. Arborio 2007) qui sont rapportés, d'autant plus dans un contexte comme celui de l'accouchement qui est pris dans de multiples controverses et mouvements idéologiques.

L'observation a permis de documenter et d'analyser ce que les acteurs font en situation, c'est-à-dire leurs pratiques, plutôt que de s'arrêter à ce qu'ils disent qu'ils font. Plus précisément, c'est l'articulation entre discours et pratiques qui est particulièrement éclairante pour l'analyse, l'un et l'autre étant pris au sérieux (Lahire 2002). De plus, en voulant m'intéresser au dispositif comme système, être sur place permettait de récolter des informations sur son fonctionnement et de dégager le « système complet d'interactions entre toutes les catégories d'agents impliqués dans son fonctionnement » (Peretz 2004, 22). Ma méthode de travail est proche de celle de l'ethnographie multi-sites [multi-sited ethnographie] (Marcus 1998, 1995) ou de l'ethnographie combinatoire (Dodier et Baszanger 1997). Employer cette méthode (ou « figure d'engagement ») permet « d'aborder cette question de la nécessaire ubiquité du chercheur, présent et engagé sur plusieurs scènes à la fois » (Bourrier 2013, 30). Cela répondait à mon projet de voir comment tiennent ensemble les dispositifs parallèles, voire concurrents de prise en charge de l'accouchement d'une part, et comment s'articulent les différents discours et pratiques des sages-femmes, des médecins, des parturientes d'autre part. Il s'agit de rendre compte de comment ces différents mondes sociaux s'opposent, se rencontrent, s'influencent et finalement font système. Par ailleurs, l'ethnographie combinatoire offre plus de flexibilité avec des pratiques qui se dérober, et dans des situations où l'accès au terrain est difficile (Bourrier 2013), comme cela a été mon cas à propos de l'accouchement extrahospitalier.

Les observations n'étaient pas menées sur la base d'une grille d'observation rigide, mais étaient plutôt ouvertes (Dodier et Baszanger 1997). Pour autant, parler d'une « observation flottante » (Pouchelle 2008), surtout au bout de quelques semaines de terrain, ne reflète pas exactement ce que j'ai fait puisque au fur et à mesure des premières analyses et réflexions menées en cours de terrain (en plus des nouvelles lectures), des formes de sélections sur les choses à observer, voire de systématisation des observations, ont été faites pour mieux les comparer et éventuellement les généraliser. Si une « négociation » existe de toute façon toujours dans la production de la science entre « le déroulement concret de l'activité scientifique » et l'aspect méthodologique, notamment de « reproductibilité des expériences » (Dodier et Baszanger 1997, 40), c'est une position d'ethnologue, résolument inductive, flexible et ouverte que j'ai privilégiée⁷⁰.

L'ethnographie est un processus complexe et très gourmand en temps, y compris pendant les phases de négociation d'entrée sur le terrain⁷¹. Néanmoins ces investissements m'ont

⁷⁰ Pour citer Dodier et Baszanger (1997) : « plus un enquêteur accepte de sacrifier l'exigence de standardisation du recueil des données à l'ouverture aux aléas de l'observation, plus il agit en ethnographe » (p.41)

⁷¹ Cette négociation est d'ailleurs un processus continu puisqu'elle s'est poursuivie au jour le jour sur le terrain autour de l'acceptation de ma présence par les femmes, plus ou moins facilement selon les lieux. Par ailleurs, ma place acceptable s'est renégociée avec les professionnelles tout au long du terrain. Le fait que le ou la sociologue soit soumise à des processus de contrôle, de sélection, de méfiance, qui traduisent « une forme d'attente démocratique et d'exigence scientifique des chercheurs » (Dider Fassin 2008a, 10) est légitime et souhaitable. Le fait de l'être plus ou moins selon les lieux et les personnes (maison de naissance / hôpital) et selon le statut des acteurs (professionnelles / parturiente et niveau social) a constitué un résultat en soi.

permis d'apprendre et de transmettre ensuite, de nombreux pans du terrain qui seraient restés dans l'ombre sans cette méthode. Notamment, il a révélé une complexité et des subtilités qui existent dans les pratiques, au-delà des discours parfois formatés autour de la naissance. Je souscris aux propos de Fassin, qui voit dans l'ethnographie un « moment de vérité » à la fois dans sa propension à objectiver les faits, et à les inter-subjectiver par la relation ethnographique qui se noue entre l'enquêtrice et les personnes qu'elles rencontrent sur son terrain (Dider Fassin 2008b, 10). L'observation de longue durée a par exemple permis de révéler les formes de résistance à la standardisation qui sont opérées par les sages-femmes, qui n'auraient pas été captées par un autre dispositif. Les résistances sont en effet « individuelles, spontanées, locales, opérant le plus souvent 'en coulisse' » (Coste, Costey, et Tangy 2008, 21-22), et si elles sont toujours difficiles à observer, elles ne le sont que par ce dispositif ethnographique particulier.

A l'hôpital comme à la maison de naissance, j'avais avec moi des carnets pour la prise de notes. J'ai autant que possible retranscrit et complété mes notes brutes sur ordinateur le jour même. Cela était d'autant plus important que je n'avais pas toujours la possibilité d'écrire pendant les observations, en partie parce que le rythme était soutenu et que je devais suivre la sage-femme, et en partie parce que les femmes et surtout les professionnelles étaient régulièrement interloquées par mes prises de notes trop prolifiques⁷². Bien que la production écrite ait augmenté dans les soins, l'utilisation du langage oral reste prédominant. A quelques reprises, j'ai fait lire des extraits de mes cahiers aux personnes qui me le demandaient (tout en vérifiant que ces passages ne mentionnaient pas d'autres personnes), et j'ai aussi de nombreuses fois partagé en cours d'enquête, lorsqu'on me le demandait, mes premières impressions, mes pistes d'analyses et mes questionnements, un travail qui a fait partie intégrante de ma démarche scientifique (Kobelinsky 2009; Flamant 2005). Cela m'a permis de vérifier les premières analyses, de découvrir de nouvelles pistes ou de nouveaux enjeux, et de limiter le sentiment de « trahison » qui peut être légitimement éprouvé par les enquêtés.e.s lorsque la chercheuse ne révèle ses résultats qu'après coup (Flamant 2005)⁷³.

Observations, entretiens, et analyse des documents institutionnels dans différents lieux et avec différents acteurs ont constitué une méthodologie particulièrement robuste et féconde, notamment par leur aspect complémentaire. J'ai pu partir des observations de pratiques pour interroger les professionnelles sur celles-ci, ce qui a été particulièrement utiles pour les pratiques « cachées », ou pour questionner au contraire les pratiques habituelles mais non dites, voire polémiques. J'ai ainsi formulé à plusieurs reprises cette question lors des entretiens auprès des sages-femmes : « j'ai constaté que les « salles natures » étaient peu utilisées. Peux-tu commenter ? ». Inversement, certains entretiens ont nourri les observations en me permettant de mieux comprendre les enjeux professionnels et en orientant ainsi les éléments sur lesquels me concentrer lors des observations. Avoir

⁷² A l'image d'Arborio (2001) j'ai à plusieurs reprises pris des notes dans les toilettes, ou dans le vestiaire.

⁷³ J'ai aussi réalisé des restitutions plus officielles. En janvier 2014, j'ai présenté de premiers résultats aux sages-femmes de la maternité. J'ai également été invitée à présenter mes travaux dans deux colloques organisés par des sages-femmes et des médecins en Suisse romande en mai et novembre 2015. Lors d'une communication organisée dans le cadre des « déjeuners sociologiques » du département de sociologie de mon Université, une quinzaine d'étudiantes sages-femmes et leur Professeure sont venues m'écouter. J'ai également eu l'occasion d'évoquer mes travaux dans les médias (particulièrement dans des émissions de radio, notamment Tribu ou Corpus, mais aussi dans des interviews données à la presse écrite). Une fois que ce manuscrit sera finalisé, je vais continuer la diffusion des résultats, dans mon domaine, dans des revues professionnelles suisses, et dans un livre.

rencontré différents groupes d'acteurs me permettait aussi de m'appuyer sur des données pour en récolter d'autres et faire se rencontrer et dialoguer indirectement différents discours qui ont tendance à être cloisonnés. Par exemple, j'ai fréquemment demandé aux sages-femmes qui accompagnent des accouchements à domicile « dans les entretiens que j'ai conduits avec les médecins, ceux-ci me disent qu'ils ont vécu des accouchements qui basculent brutalement dans la pathologie grave, et que cela justifie que tous les accouchements se déroulent à l'hôpital. Qu'en penses-tu ? », ou au contraire : « en entretien, les médecins semblent eux-aussi préoccupés par l'augmentation des césariennes, qu'en penses-tu ? ». Dans certains entretiens il m'arrivait de provoquer pour dépasser un discours convenu, en nommant des paradoxes, par exemple avec certains médecins responsables : « plusieurs médecins m'ont dit que l'autonomie des patientes est prioritaire, pourtant plusieurs femmes ont rapporté avoir été découragées par un médecin, parfois violemment, d'accoucher à domicile, bien qu'elles étaient bien informées des risques. Cela semble une pratique particulièrement désapprouvée par les médecins, non ? ». J'ai également plusieurs fois interrogé les professionnelles sur la base d'un dossier de patiente, ou d'un protocole. Par exemple : « j'ai vu que dans le protocole, le monitoring intermittent est permis, mais je ne l'ai jamais vu pratiqué. J'ai eu l'impression que c'était compliqué. Tu peux commenter ? ». Ces questions ont été posées dans les entretiens ou lors des observations.

Dans ce travail, j'ai adopté une approche compréhensive – en particulier pour la récolte des données – qui suppose de prendre au sérieux ce que disent les acteurs et les logiques qu'ils mettent en avant, et de développer une certaine empathie pour ceux-ci. Cette posture, j'ai tenté de la tenir auprès de l'ensemble des personnes que j'ai rencontrées, médecins, sages-femmes, mères et pères, qui tenaient des discours et avaient des pratiques variées. Adopter cette attitude a facilité le travail de mise à distance de mes propres convictions ou valeurs personnelles tout en mettant l'accent sur la curiosité bienveillante à découvrir de nouveaux mondes, habituellement fermés aux profanes et en augmentant ma « capacité d'étonnement » (Gisquet 2010). Je faisais ici un autre travail que celui que j'ai fait personnellement comme mère pour me positionner et faire des choix pour mes propres accouchements⁷⁴. Il ne s'agissait pas d'adopter une posture naïvement « neutre » et « objective », mais impartiale, en donnant vraiment la parole aux différentes personnes et institutions impliquées dans la naissance : « ce principe consiste à restituer la pluralité des perspectives, ce qui est une façon d'être attentif à la relativité des points de vue et des positions au sein d'un univers social, d'une population, d'un groupe » (Bizeul 2008, 96).

En ce qui concerne les observations comme les entretiens, mon statut de femme et de mère a certainement représenté un avantage, notamment en permettant de briser la glace plus rapidement et en ayant un statut d'initiale qui atténuait la gêne de parler de sujets intimes. J'ai toujours insisté pour dire aux personnes interviewées que ce qui m'intéressait était leur propre vécu, en sachant que les femmes et les professionnelles en avaient tous des différents, et c'est ce qui faisait la richesse de la recherche. Par ailleurs, j'ai systématiquement précisé ou rappelé mon statut dans cette enquête et le projet que je poursuivais, à savoir celui d'une doctorante en sociologie qui adopte une posture bienveillante et non-jugeante à l'égard des personnes qu'elle rencontre comme éthique professionnelle de base, et qui cherche à produire des connaissances sur un sujet. Il

⁷⁴ J'ai d'ailleurs constaté avec amusement à plusieurs reprises que si ma recherche m'a permis d'être plus informée que la plupart des autres parturientes, mes envies, discours et ma trajectoire n'étaient pas moins ambivalents et socialement façonnés.

s'agissait également dans les entretiens et les observations de ne pas être assimilée à l'équipe médicale, autant pour des raisons méthodologiques que éthiques (Fainzang 2006) : ma présence n'apportait rien pour les soins des femmes qui pouvaient plus facilement la refuser, et les professionnelles ne devaient pas compter sur mon aide. Pour autant, après plusieurs mois de terrain à l'hôpital, j'ai commencé à « faire partie des murs » comme me l'a gentiment dit une sage-femme : j'y étais intégrée comme un membre de l'équipe, certes à part et (presque) seulement spectatrice.

A l'hôpital, j'ai porté la blouse, ou plutôt la tenue des sages-femmes (et de certains médecins) : pantalons et tee-shirt blancs sur lesquels étaient imprimés le nom de la maternité. Cela était une demande des professionnelles et cela a certainement facilité mon intégration dans cet univers clos qu'est la salle d'accouchement, à l'image d'autres chercheuses sur des terrains proches (Vega 2000; Pouchelle 2008; Paillet 2007). Comme elles, j'ai également rendu quelques menus services aux professionnelles quand elles me sollicitaient (apporter un plateau repas ou du matériel, appeler la sage-femme responsable, aider à pousser un lit, etc.), voire aux parturientes (donner la main, apporter des nouvelles à la grand-mère restée dehors, porter un sac à main, etc.). Ces petites aides, au-delà d'un contre-don (Mauss 2012), ont facilité, fluidifié ma présence. Elle devenait moins artificielle, et à certains égards moins intrusive (Peneff 1992) : je ne restais plus uniquement, comme au début de l'enquête, dans un coin de la pièce à ne faire que regarder, écouter, prendre des notes, et cela me permettait de prendre de la distance avec la posture de l'enquêtrice froide et détachée qui est mise en scène dans le film « Kitchen stories » (Hamer 2003). Cela m'a permis de maintenir un équilibre entre des impératifs qui peuvent être en tension : récolter les données dont on a besoin pour produire une recherche d'une part, et conserver une attitude éthique, respectueuse des personnes rencontrées et qui ne les exposent pas à des difficultés / des repréailles d'autre part⁷⁵. Cette posture entre observation non-participante et participante (pour autant que cette distinction fasse sens), était à la fois plus éthique et méthodologiquement plus solide. Le fait de se fondre dans la salle d'accouchement m'a permis d'acquérir une connaissance « sensible » du terrain « au plus près des situations habituelles des sujets » (Olivier de Sardan 1995, 73) et d'accéder à des pratiques cachées (par exemple de résistance des sages-femmes, que je présente dans le chapitre 9) ou au contraire trop familières ou évidentes pour que les professionnelles les évoquent spontanément en entretien (Schwartz 1993). Nouer des liens avec certaines sages-femmes et des médecins m'a également permis, après être sortie du terrain, de continuer à disposer d'informatrices privilégiées pour discuter de mes analyses, obtenir des informations complémentaires (y compris par emails), etc⁷⁶.

Dans l'analyse et l'écriture, si la démarche compréhensive continuait de faire sens, je souhaitais adopter en même temps une posture résolument constructiviste et critique. Quand j'ai commencé à rédiger les parties centrales de la thèse, j'ai constaté que les liens

⁷⁵ La protection de leur anonymat est à ce titre important. J'ai également anonymisé les noms des lieux dans lesquels j'ai conduit l'enquête, mais j'ai conscience que les professionnelles du milieu les reconnaîtront puisque j'ai fourni les informations descriptives sur ces lieux qui sont importantes pour la compréhension de l'analyse. Ces lieux ne sont cependant pas immédiatement identifiables pour quelqu'un qui ne vit pas dans la région et qui n'est pas du milieu. L'anonymat des personnes rencontrées a en revanche été préservé au maximum et des informations permettant de les identifier ont été gommées autant de fois que nécessaire.

⁷⁶ Je remercie une nouvelle fois ces personnes pour leur soutien et leur confiance qui ont constitué une aide indispensable dans la poursuite de cette recherche.

développés sur le terrain me conduisaient à m'autocensurer (Adler et Adler 2000). J'imaginai ce que pourrait dire tel médecin en lisant une phrase, telle autre sage-femme, ou encore telle mère. Ceci d'autant plus que ma recherche avait suscité des attentes aussi bien en milieu hospitalier, qu'en maison de naissance et à domicile⁷⁷. Entreprendre véritablement cette phase d'analyse critique et d'écriture a été favorisé par le fait d'abord que s'écoule un temps assez long entre le terrain et la fin de la rédaction, ensuite de quitter la Suisse pour l'Australie pendant près d'un an⁷⁸, période pendant laquelle j'ai écrit la quasi-totalité des parties empiriques, et enfin de présenter ma recherche à des pairs lors de colloques ou de discussions informelles. Je ne me suis jamais complètement affranchie des loyautés développées sur les terrains. Cela est important pour la qualité même des descriptions et fait partie de l'éthique de la recherche (Sarradon-Eck 2009) qui consiste avant tout à ne pas nuire (Marchive 2012). Ce pas de côté m'a cependant permis de repositionner mon rôle et ma posture de sociologue au cœur de ma démarche et ainsi de pousser les analyses, pointer les contradictions, parfois généraliser et produire des typologies.

Pour organiser le matériel récolté et l'analyser, j'ai procédé à un découpage thématique du corpus (Flick 2004). J'ai utilisé le logiciel de traitement Atlas.Ti et fonctionné en plusieurs couches successives de codages. Les codes étaient d'abord très précis et descriptifs, ce qui en a généré une grande quantité. J'ai ensuite rassemblé ces codes en 111 « supercodes ». Finalement, je les ai regroupés en différentes catégories en utilisant Excel. C'est sur cette base que j'ai construit le plan du manuscrit. Celui-ci a subi des adaptations en cours d'écriture (comme étape d'analyse à part entière) et en fonction des lectures d'autres travaux. Mon approche, résolument inductive et prise dans un processus itératif d'analyse des données produites, qui a commencé dès l'entrée sur le terrain, s'apparente à la démarche de la *grounded theory* (Glaser et Strauss 1967).

Dans ma thèse, j'ai voulu laisser de la place à la parole des personnes que j'ai rencontrées ; les citations présentées sont ainsi nombreuses et parfois longues afin de restituer les paroles de celles-ci (riches et reflétant souvent une grande réflexivité à propos des enjeux du champ ou de leurs pratiques), rendre compte du contexte et limiter les risques de surinterprétation. Pour autant, j'ai effectué un travail sur ces données, d'abord de tri, puis d'assemblage, et enfin d'exploitation pour l'analyse. J'ai déconstruit les discours, je les ai mis en regard les uns des autres (ce que la diversité des points de vue a facilité), je les ai confrontés à la littérature existante et au cadre théorique développé. C'est dans les conclusions des chapitres et des parties que les analyses plus transversales et de montée en généralité sont développées.

⁷⁷ En ce qui concerne le terrain à l'hôpital, lors d'un colloque de service, après que j'ai présenté mon projet de recherche, le chef de service m'a félicité puis a déclaré « j'espère que votre recherche participera à redonner du bon sens à la société » et plus particulièrement aux personnes qui accouchent ou accompagnent des accouchements en dehors de l'hôpital, une situation qu'il déplore. Plusieurs autres médecins adjoints qui avaient soutenus la recherche attendaient aussi mes résultats. En ce qui concerne la maison de naissance et/ou à domicile, lors de la présentation de ma recherche à l'occasion d'une assemblée générale d'une association de sages-femmes qui devait conditionner mon accès, entre autre, aux observations en maison de naissance et pendant les cours de préparation à la naissance, l'une d'entre elles m'a « remerciée » pour ce que je « fais[ais] pour les femmes », et notamment celles qui accouchaient en dehors de l'hôpital.

⁷⁸ Dans le cadre d'une bourse de recherche doc.mobility du Fonds National suisse de la recherche Scientifique (FNS).

2.2. *La Maternité : ethnographie d'un milieu hospitalier*

2.2.1 Une maternité de référence : présentation du terrain

J'ai choisi d'effectuer le terrain principal dans une grande maternité universitaire afin d'être au plus près de la médecine de pointe et de référence dans le domaine. Celle que je désignerai sous le pseudonyme « La Maternité » pour le reste du manuscrit est implantée dans une ville de Suisse romande.

La Maternité accueille aussi bien des situations à bas risques qu'à haut risques (1/3 des cas pris en charge selon le site internet) qui lui sont transférées de toute la région. Les taux de césariennes (moins de 30%) et d'épisiotomies (un peu moins de 13%) qui y sont pratiqués sont inférieurs à la moyenne suisse⁷⁹. 80% à 90% des femmes y accouchent sous péridurale selon les informations internes.

Huit salles d'accouchement (dont deux « salles natures »⁸⁰) et deux blocs de césarienne en urgence sont ouverts et regroupés dans le même espace (familièrement désigné par le terme « saldac »). Il y a également dans ce même lieu des salles de réanimation des nouveau-nés, de stockage du matériel et des médicaments, d'entretien, de mesures de laboratoire, une salle de pause et une salle de recueillement. Dans le service, il y a enfin des bureaux. Les médecins en ont deux petits et le « bureau des sages-femmes », en forme de L, est utilisé à la fois par les sages-femmes, les médecins et infirmiers anesthésistes, et les gynécologues-obstétriciens⁸¹. Toutefois, on y croise une majorité de sages-femmes. Dans ce bureau, plusieurs ordinateurs sont accessibles, ainsi que des classeurs avec les protocoles, des informations diverses, les documents administratifs et les dossiers de parturientes en cours. Les monitorings de surveillance de toutes les salles y sont retransmis sur de grands écrans et les professionnelles peuvent consulter les arrivées au service des urgences (par lequel transitent les femmes avant d'être « montées en salle d'accouchement »). Les salles d'accouchements sont neuves, claires, pourvues de large fenêtres et équipées d'un lit et de matériel médical.

Près de cinquante sages-femmes différentes sont affectées à la salle d'accouchement (avec des taux d'activité compris entre 50 et 100%). A ce chiffre il faut ajouter les sages-femmes intérimaires, celles du pool qui peuvent être appelées en renfort, ou encore les étudiantes. Ce sont les sages-femmes qui sont les professionnelles centrales pour la prise en charge des accouchements : si les médecins sont responsables de tous les accouchements et qu'ils les surveillent, ils n'interviennent qu'en cas de complication. La plupart des femmes qui viennent accoucher à La Maternité ont été suivies par un gynécologue-obstétricien installé en cabinet, certaines à l'hôpital ou par une sage-femme indépendante. Un groupe de plusieurs sages-femmes salariées de l'hôpital offrent un suivi global des situations physiologiques (de la grossesse jusqu'au post-partum) pour les femmes qui le souhaitent. Trois sages-femmes agréées ont également accès au plateau technique.

⁷⁹ Source : statistique hospitalière de l'Office Fédéral de la santé publique (OFSP) : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/01157/?lang=fr>

⁸⁰ Dans les « salles nature » on trouve : un lit modulable qui favorise une variété de positions, des lianes en tissu pour se suspendre, un ballon, une baignoire à partager entre les deux chambres, un grand lit bas dit « lit parental », en plus des autres machines et petits matériels médicaux présents ailleurs. Je renvoie aux dessins des salles d'accouchements qui sont présentés au début de la quatrième partie et de la cinquième partie.

⁸¹ Voir la photo présentée au début de la quatrième partie.

Les médecins, à la différence des sages-femmes, ne sont pas rattachés à un secteur en particulier mais tournent au gré des gardes entre les secteurs du service d'obstétrique (urgence, salle d'accouchement, prénatal, postpartum). Dans tout le service d'obstétrique, il y a 18 médecins internes, 6 chefs de clinique, cinq médecins adjoints du chef de service, et un chef de service (la majorité des médecins travaillent à plein temps). A titre de comparaison il y a dans le service environ 150 postes de sages-femmes en équivalent temps-plein. A ce titre, on peut dire que l'obstétrique est d'abord le monde des sages-femmes.

Les gardes des sages-femmes s'effectuent en 12 heures de 7h à 19h et de 19h à 7h. Six sont normalement présentes par gardes. Une sage-femme expérimentée occupe le statut de «référente». Elle a un rôle de coordination, de suivi de l'activité et de conseil⁸². Elle n'a pas de patientes attribuées. A la prise de garde, les sages-femmes se répartissent les situations qui sont toutes inscrites sur un grand tableau blanc dans le bureau des sages-femmes en notant leur nom. Ce travail de répartition est ajusté plusieurs fois dans la journée en fonction des entrées et des sorties, ou si un cas se complique et nécessite plus de présence.

Les gardes des médecins s'effectuent également en 12 heures, de 8h à 20h et de 20h à 8h. En salle d'accouchement, un médecin interne est présent en continu. La nuit, il a aussi la charge du service prénatal et post-partum. Le chef de clinique est présent pour prendre des décisions, réaliser certaines interventions ou, en fonction de l'avancement de l'interne, le superviser quand il les réalise. Il a la charge de plusieurs secteurs en simultané. Le médecin adjoint de garde est présent lors des transmissions médicales du matin. Celui-ci peut être appelé en renfort si les médecins sont occupés sur une situation complexe, ou si le cas nécessite un médecin très expérimenté. En tant que dernier maillon de la chaîne de responsabilité, l'adjoint de garde est aussi régulièrement appelé pour un avis si le chef de clinique hésite à propos de la catégorisation du risque à attribuer à une situation (un échange téléphonique suffit souvent). Les médecins adjoints et le chef de service sont également présents en salle d'accouchement quand ils ont la charge de patientes qui disposent d'assurances privées (« 1^{ère} classe », c'est-à-dire privée, ou « 2^{ème} classe », c'est-à-dire semi-privée).

En plus des médecins et des sages-femmes de nombreux autres professionnels circulent dans la salle d'accouchement : médecins et infirmiers anesthésistes, pédiatres, aides-soignants, personnel de bloc, agents d'entretien, chercheuses (sages-femmes la plupart du temps), étudiants, etc. Les parturientes peuvent être accompagnées par la personne de leur choix (le plus souvent, c'est le conjoint). Des protocoles établis par les médecins adjoints et le chef de service régissent l'activité, et toutes et tous sont tenus de les respecter.

Ayant participé en Master à une recherche sur l'information et les risques pendant la grossesse dirigée par la Professeure Claudine Burton-Jeangros, qui est ma co-directrice de thèse, j'avais déjà rencontré une partie des acteurs clés de La Maternité, ou dans le cas contraire, ma co-directrice de thèse l'avait fait. Cela m'a particulièrement aidée dans l'entrée

⁸² Elle s'occupe d'appeler les différents personnels pour ouvrir le bloc opératoire quand une césarienne est décidée en cours de travail, elle consigne les naissances dans un grand cahier et crée un dossier informatisé pour chaque nouveau-né, elle s'occupe des admissions et des départs vers le service post-partum ou à domicile, elle répond au téléphone, elle donne des conseils aux sages-femmes qui viennent lui poser des questions lors d'un doute sur une prise en charge, les alerte si elle estime qu'une situation devient pathologique ou douteuse, etc. Elle est aussi appelée par la sage-femme lorsque la naissance est imminente.

sur le terrain : la démarche sociologique était connue, et le sérieux des chercheuses reconnu. Les personnes que j'ai rencontrées ont été très intéressées par ma recherche et m'ont soutenue dans le processus d'accès.

Pour autant, la négociation de l'entrée sur le terrain a été longue et s'est déployée sur un an (avril 2012 à mars 2013, date de l'entrée sur le terrain). J'ai rencontré plusieurs des « gatekeepers » (D. M. White 1950) de l'institution à qui j'ai présenté la recherche, souvent avec l'appui de documents écrits: chef de service, deux médecins adjoints, trois sages-femmes faisant de la recherche dans l'hôpital⁸³. J'ai également préparé un protocole destiné à la commission d'éthique médicale, qui conditionnait mon accès sur le terrain. Un médecin adjoint, qui a représenté un intermédiaire crucial pour moi, a accepté d'avoir officiellement la responsabilité de la recherche comme requérante principale et de signer le protocole (ce qui ne pouvait être fait que par un médecin de l'institution à cette période-là). Nous nous sommes rencontrés à plusieurs reprises. Ce médecin avait lu et commenté mon protocole afin d'avoir les meilleures chances d'obtenir l'aval du comité d'éthique. En novembre 2012, le comité d'éthique a accepté la recherche et les observations ont pu commencer en mars 2013 (pour des questions d'organisations internes, cela n'était pas possible avant). J'ai alors présenté la recherche à plusieurs autres sages-femmes/infirmières responsables de service ou de secteurs (en colloque et/ou entretiens individuels) adressé un email pour me présenter (avec copie du protocole) à toutes les sages-femmes et médecins, et présenté la recherche oralement lors d'une réunion d'équipe sage-femme, et d'un colloque de l'équipe médicale.

2.2.2 Présentation des données produites

Les observations menées à La Maternité se sont déroulées pendant un peu plus de six mois de mi-avril à début novembre 2013, avec une fréquence de deux à trois journées (2/3 des observations) ou nuits par semaine (que je pouvais librement choisir). A la différence des « observations sous surveillance » qu'a été contraint de mener Fournier (1996), j'ai disposé d'une liberté totale, à la condition que les professionnelles et les parturientes acceptent individuellement ma présence et signent un formulaire de consentement. J'ai ainsi pu accéder aux accouchements eux-mêmes, aux réunions du personnel, aux colloques médicaux et sages-femmes de présentation des cas, aux conférences qui avaient lieu à la maternité, aux moments de pause.

J'ai eu recours à la pratique du « shadowing » (Czarniawska 2007), c'est-à-dire que j'ai suivi à chaque garde une sage-femme dans tous ses déplacements ou presque⁸⁴. J'arrivais toujours à la prise de garde du matin ou du soir pendant laquelle je sélectionnais en priorité les situations qui étaient au départ considérées par les professionnelles comme physiologiques, ou avec des facteurs de risques réduits. Ce qui m'intéressait en effet, c'était les situations de prises en charges classiques, normales, pour des accouchements qui auraient pu se dérouler aussi bien à la maison, en maison de naissance, qu'en maternité. C'était aussi un moyen de rassurer les professionnelles sur ma présence qui ne perturberait pas leur activité, en particulier dans des situations compliquées. Je n'ai pas sélectionné les situations dans lesquelles une étudiante était déjà impliquée afin de ne pas multiplier le

⁸³ A titre d'exemple, quatre mois se sont écoulés avant de pouvoir obtenir un entretien avec le chef de service.

⁸⁴ J'ai aussi suivi de la même manière des médecins quelques fois, mais la majorité de mes observations ont consisté à suivre les sages-femmes qui étaient au plus proche de l'activité quotidienne en salle d'accouchement.

nombre d'observatrices. J'essayais aussi de suivre des situations différentes (provocation de l'accouchement, accouchement rapide ou long, avec ou sans péridurale, parturientes de classes sociales favorisées ou défavorisées, femmes transférées d'une maison de naissance, etc.). Une fois que les sages-femmes avaient choisi une situation, je me rendais auprès de la sage-femme correspondante à la situation sélectionnée⁸⁵ et lui demandais si je pouvais l'accompagner (en lui réexpliquant si nécessaire mon rôle et la nature de ma recherche). Si elle acceptait (ce qui était presque toujours le cas), je suivais la transmission entre elle et la sage-femme précédente. Dans la plupart des cas, la sage-femme allait ensuite se présenter à la parturiente et lui présentait ma recherche, en décrivant la thématique et en insistant bien sur le fait qu'elle était totalement libre de participer (je demandais systématiquement à la sage-femme d'appuyer ce point). Si la parturiente acceptait, ce qui a été toujours le cas sauf dans deux situations⁸⁶, je rentrais à mon tour dans la salle, me présentais ainsi que la recherche, et disais à nouveau que la parturiente pouvait ne pas souhaiter ma présence, et me demander de sortir (ou le demander à la sage-femme) et ce à tout moment du processus et sans que cela n'ait d'impacts sur les soins. Conformément aux exigences du comité d'éthique, je remettais une feuille d'information à la parturiente et lui demandais de signer le formulaire de consentement. Ces démarches ont été facilitées par le fait que l'immense majorité des femmes bénéficiaient d'une péridurale. Par ailleurs, j'ai essayé autant que possible de sélectionner des femmes qui n'étaient pas trop avancées dans le travail de l'accouchement afin de pouvoir me présenter.

Au total, j'ai suivi l'accouchement de quarante femmes (pour lesquelles j'ai presque toujours eu accès à leurs dossiers médicaux), dont deux accouchements avec une sage-femme agréée, et un accouchement avec le groupe des sages-femmes qui pratiquent un accompagnement dit global⁸⁷. J'ai aussi croisé plusieurs dizaines d'autres femmes dans des interactions courtes et j'ai récolté des données (dans le bureau des sages-femmes, ou dans les colloques médicaux par exemple) concernant de nombreuses autres situations. J'ai également assisté à onze colloques médicaux (dans lesquels sont présentés les situations compliquées ou qui se sont compliquées), trois colloques sages-femmes (qui concernent surtout l'organisation des soins ou du travail) et à plusieurs conférences qui ont eu lieu dans l'hôpital (certaines après la fin de mon terrain).

Au niveau des professionnelles j'ai suivi 21 sages-femmes et cinq médecins (interne ou adjoints) différents, certaines à plusieurs reprises, d'autres une seule fois. J'ai également récolté des documents tels que: les dossiers des patientes, les protocoles, les documents d'information à destination des parturientes, les formulaires de consentement, les notes de service relatives à l'organisation du travail (en particulier des médecins).

Le terrain à La Maternité m'a permis, en plus de la récolte des données à proprement parlé, de me familiariser avec la pratique des sages-femmes et des médecins, les techniques à disposition, le jargon utilisé, l'organisation du travail, etc. Cette connaissance s'est révélée indispensable pour comprendre les enjeux qui se jouent sur le terrain et conduire ensuite des

⁸⁵ Il m'arrivait parfois de choisir une situation plutôt en fonction de la sage-femme qui la suivait.

⁸⁶ Il s'agissait de femmes de classe moyenne à supérieure, avec un niveau d'éducation élevé. J'y reviendrai.

⁸⁷ Malgré le rythme soutenu du nombre d'accouchements pris en charge à La Maternité tous les jours, le flux était variable, tout comme les cas, et il m'est arrivé quelques fois de ne pas pouvoir suivre une sage-femme dans une situation. Cela était d'autant plus fréquent lorsque les étudiant.e.s sages-femmes étaient présentes. Je me contentais alors d'assister aux échanges entre professionnel.le.s dans le bureau des sages-femmes ou lors du colloque médical.

entretiens de qualité. Comme le soulignent Gosjean et Lacoste (2005) : « pour donner un sens à ce qu'il voit et entend, le chercheur de terrain ne saurait faire l'économie d'un apprentissage des savoirs spécifiques des agents, qu'ils soient sociaux, situationnels ou techniques » (p.21)

2.3. *La Maison de Naissance, l'accouchement à domicile et autres lieux : ethnographies de milieux extrahospitaliers*

2.3.1 Une maison de naissance récente et à proximité de l'hôpital

La maison de naissance dans laquelle j'ai conduit mon terrain (désignée ensuite sous le terme de La Maison de naissance) a ouvert récemment. Au moment où j'ai effectué mes observations, l'association bénéficiait de subventions, notamment de la ville dans laquelle elle est implantée et de plusieurs autres communes alentours. La Maison de naissance est inscrite sur la liste cantonale des institutions hospitalières. A ce titre, les prestations délivrées sont prises en charges par la LAmal. Seules les femmes qui sont en bonne santé et présentent une grossesse normale et un accouchement sans risques peuvent y être admises. Si les sages-femmes considèrent qu'une situation n'est plus physiologique mais à risques ou pathologiques, elles transfèrent le cas vers un médecin ou l'hôpital, que ce soit en cours de grossesse ou d'accouchement⁸⁸. Le nombre de parturientes qui fréquentent La Maison de naissance est en augmentation. De 63 suivis de grossesses en 2012, 115 ont été effectués en 2015. Concernant les accouchements, cela représente 32 accouchements en 2012 et 70 en 2015 (certains ont été transférés).

J'ai sélectionné ce lieu pour plusieurs raisons. D'abord parce que je connaissais plusieurs des sages-femmes qui y travaillaient grâce à une précédente recherche. De plus, l'ouverture récente de la maison de naissance permettait de saisir des discussions sur l'élaboration des règles de prise en charge et des protocoles, et donc sur l'établissement des catégorisations des risques. Ensuite, une équipe assez nombreuse y travaillait, ce qui pouvait faciliter les occasions d'observations. Enfin, La Maison de naissance, contrairement à d'autres de la région, entretenait des rapports plutôt apaisés avec La Maternité et donc avait probablement plus de liens que d'autres structures, qu'il m'intéressait d'analyser, d'autant plus que les deux lieux sont géographiquement très proches. De nombreuses sages-femmes qui y exercent ont d'ailleurs une longue expérience hospitalière, et plusieurs d'entre elles ont des liens avec La Maternité (elles connaissent bien le personnel en place par exemple). En ce sens, La Maison de naissance n'est pas nécessairement représentative de l'ensemble des maisons de naissance de Suisse qui peuvent être beaucoup moins proches des hôpitaux et des médecins. Il faut ainsi prendre garde de ne pas trop généraliser les propos présentés ici, mais bien les relier à leur contexte de production.

La Maison de naissance est une vaste et belle maison ancienne qui a été rénovée et décorée avec soin, et qui dispose d'un grand jardin. Elle est proche de La Maternité. Deux salles d'accouchements sont proposées avec baignoire, grand lit dit « parental », « lianes »⁸⁹ en tissu pour se suspendre⁹⁰. Si du matériel médical est présent (en partie visible, en

⁸⁸ Entre 2012 et 2015, les transferts en cours de grossesse ont représenté 18 à 25% des situations, et les transferts au début ou pendant l'accouchement ont représenté de 35 à 56% des situations. Les transferts en cours d'accouchement ont diminué avec les années. La grande majorité des transferts n'a pas nécessité un transfert en ambulance.

⁸⁹ Je ne connais pas l'origine de ces lianes, mais elles sont certainement liées à des pratiques anciennes, les sages-femmes ayant constaté que les parturientes ont parfois besoin d'être soit en

partie dissimulé dans les placards), le lieu s'apparente à un domicile qui aurait été aménagé spécifiquement pour accueillir un accouchement. Les parents peuvent y séjourner plusieurs jours après la naissance. Huit sages-femmes⁹¹ y accompagnent des accouchements. Chacune d'entre elles suit la même parturiente pendant sa grossesse et son post-partum. Pour l'accouchement, les sages-femmes se répartissent les gardes (de douze heures pour la première sage-femme, qui est celle qui est responsable de l'accouchement, et de vingt-quatre heures pour la deuxième sage-femme qui ne vient que lorsque la naissance est imminente). Cette organisation a été mise en place pour faciliter la conciliation vie personnelle / vie professionnelle des sages-femmes⁹². La plupart des sages-femmes complètent leur activité à La Maison de naissance par des suivis post-partum de femmes qui ont accouché à La Maternité ou dans des cliniques privées.

Les sages-femmes se retrouvent lors de différentes réunions plusieurs fois par mois, autant pour l'organisation administrative, que pour faire des retours de certains accouchements difficiles, modifier les protocoles, etc. Elles participent également régulièrement à des formations continues (réanimation des nouveau-nés jusqu'à phytothérapie par exemple). Leur équipe est complétée par des intendantes, un cuisinier et une secrétaire.

Les négociations pour accéder à des observations dans La Maison de naissance ont été très longues et compliquées (environ deux ans)⁹³. Les sages-femmes étaient intéressées par la recherche, et disposées à participer à des entretiens, mais les observations posaient plus de problème. L'obstacle majeur a été sans doute le fait que la maison de naissance soit récente et que beaucoup d'éléments restaient à mettre en place : elles ne souhaitaient probablement pas qu'une personne extérieure à la structure assiste à ces ajustements. Ensuite, l'association a vécu plusieurs périodes de tensions entre les sages-femmes, l'équipe étant alors focalisée sur la résolution de ces conflits. De plus, les sages-femmes travaillaient beaucoup (y compris bénévolement) et ma présence éventuelle apparaissait certainement comme une contrainte supplémentaire, d'autant plus qu'elles étaient déjà beaucoup sollicitées, notamment par les médias, et plus récemment par des stagiaires. Enfin, et c'est l'argument qu'elles ont le plus avancé au début de l'enquête, elles craignaient que les

position verticale, tout en étant soutenue, soit d'exercer un effet de traction. Adeline Favre, sage-femme dans le Valais dès la fin des années 1920 raconte : « j'ai donc préparé une corde attachée au bout d'un manche à balai. C'est Marcel Fournier qui m'a inventé cela, à la naissance de sa première fille. Je tirais le lit soit vers une porte soit vers un radiateur ou une fenêtre, où je pouvais attacher la corde (...) ainsi les femmes tiraient sur le manche à balai passé dans la corde » (Favre 2009, 93).

⁹⁰ Je renvoie au dessin présenté au début de la cinquième partie.

⁹¹ La plupart ont eu un parcours de sage-femme hospitalière. Plusieurs avaient exercé quelques années comme sage-femme agréée. Peu d'entre elles avaient fait des accouchements extrahospitaliers (en maison de naissance ou à domicile) avant de travailler à La Maison de naissance. Depuis la fin de mon terrain, l'équipe s'est agrandie.

⁹² Les sages-femmes qui font des accouchements à domicile sont de gardes en continu à partir de la 37^e semaine et jusqu'à l'accouchement ou le transfert vers l'hôpital de la parturiente. C'est aussi le cas pour certaines sages-femmes qui exercent dans d'autres maisons de naissance.

⁹³ Au début du printemps 2012, j'ai rencontré quelques sages-femmes pour leur présenter mon projet de recherche (et officiellement lors d'une présentation lors d'une réunion de l'association des sages-femmes indépendantes de la région). Bien que celui-ci les intéressait, elles m'ont demandé de le différer car l'ouverture de la maison de naissance était trop récente. J'en ai rencontré plusieurs en entretiens pendant quelques mois, puis en avril 2013, j'ai officiellement fait la demande lors d'une Assemblée Générale et j'ai envoyé un protocole de recherche un mois et demi plus tard. Fin octobre 2013, les sages-femmes ont accepté ma demande et fixé ma période d'observations entre mars et juin 2014, afin de ne pas télescoper ma présence avec celle d'étudiantes sages-femmes.

femmes ne souhaitent pas qu'une tierce personne soit présente, puisque la plupart d'entre elles venaient accoucher à La Maison de naissance pour gagner en « intimité »⁹⁴.

Ce qui a été déterminant dans mon accès au terrain, finalement, a été d'une part le soutien d'une des sages-femmes fondatrices de l'association qui voulait développer les recherches sur l'accouchement à domicile et en maison de naissance, et d'autre part, le lien que j'ai renforcé avec les sages-femmes au cours du temps. Le fait que j'ai effectué un terrain à l'hôpital a aussi facilité les négociations : elles craignaient que seules des données de l'accouchement hospitalier soient produites, voire qu'on les accuse d'entraver la recherche.

2.3.2 Présentation des données produites

Le terrain à La Maison de naissance s'est déroulé de mi-mars à juin 2014. J'ai assisté à peu d'accouchements: sur les trois accouchements, deux d'entre eux se sont finalement déroulés à La Maternité (dont un auquel j'ai pu assister jusqu'à la naissance). Par ailleurs, lors des observations à La Maternité, j'ai pu suivre trois autres femmes qui avaient prévu d'accoucher à la maison de naissance mais qui avaient été transférées à l'hôpital avant ou en cours d'accouchement. J'ai assisté également à deux réunions d'équipe des sages-femmes avec des partages de situations compliquées (équivalent du colloque médical à la maternité)⁹⁵, deux réunions de parents « à terme », et quatre rencontres publiques (assemblées générales, fête de l'association, projection). J'ai enfin passé plusieurs demi-journées dans la maison pendant lesquelles j'ai pu m'entretenir avec une ou plusieurs sages-femmes et récolter des informations sur la vie de la maison de naissance.

Nous avons organisé ainsi le recrutement des parturientes : les sages-femmes informaient les femmes de ma démarche et leur transmettaient une feuille d'information. Je venais ensuite me présenter lors des réunions des femmes à terme, et répondais à leurs éventuelles questions. Lorsqu'une femme acceptait ma présence et que l'accouchement s'annonçait, les sages-femmes m'appelaient pour me proposer de venir à la maison de naissance. Je n'ai pas pu exactement connaître le nombre de femmes qui n'ont pas souhaité ma présence, j'estime qu'il était environ de 30 à 40 %. Par ailleurs, les sages-femmes ont plusieurs fois oublié de me prévenir lors d'un accouchement, bien que la parturiente ait donné son accord, ou ont estimé que la parturiente allait accoucher trop vite pour que cela soit utile. Le fait de ne pas être sur place en permanence, le caractère aléatoire des accouchements, la situation de fatigue de certaines sages-femmes pendant cette période, le fait que je sois moi-même enceinte et que certaines voulaient me préserver, et le fait enfin que les sages-femmes apprécient d'accompagner des accouchements avec un nombre restreint de personnes, ont participé à expliquer cette situation.

⁹⁴ Cet argument a aussi été beaucoup présenté par les sages-femmes indépendantes qui accompagnent des accouchements à domicile. Comme la négociation avec le terrain de la maison de naissance et de l'hôpital a demandé beaucoup d'investissements, j'ai moins insisté sur l'accouchement à domicile que j'avais pensé au départ pouvoir réaliser dans un second temps, une fois les deux autres terrains réalisés. De plus, à la même période, une sage-femme suivait déjà ses collègues lors des accouchements à domicile dans le but de faire un reportage photographique. Ces dimensions font partie intégrantes de la réalité du « bricolage » entre impératifs méthodologiques, réalités du terrain et conditions matérielles des chercheuses et chercheurs, bien qu'elles soient souvent non présentées comme telles (Beaud et Weber 2010; Bizeul 2007).

⁹⁵ Il était prévu que j'assiste à beaucoup plus de réunions et ce dès la fin de l'année 2013 mais des conflits récurrents d'équipe ont poussé les sages-femmes à ne pas souhaiter m'inviter dans celles-ci, puisqu'elles n'étaient plus consacrées aux débriefings des situations obstétricales mais à régler les tensions et réorganiser le travail.

J'ai enfin récolté des documents institutionnels tels que les rapports d'activité de plusieurs années, les protocoles, les formulaires de consentement, les fiches qui récapitulent les attitudes à adopter en cas d'urgence ou pour des situations particulières. Analyser ces documents et les comparer avec ceux de La Maternité a été particulièrement riche pour alimenter les réflexions sur les modalités de construction des pratiques et du risque dans les deux endroits.

2.3.3 Diverses observations : faire « feu de tout bois » pour pallier les difficultés d'entrée

La difficulté à réaliser des observations à La Maison de naissance m'ont incité à faire « feu de tout bois » (Bourrier 2013, 30; voir aussi: Agier 2015), en accord avec l'approche d'ethnographie multi-sites. J'ai ainsi diversifié les lieux d'observations y compris dans d'autres cantons : trois cours de préparation à la naissance menées par une sage-femme indépendante (avec cinq couples), deux visites de maisons de naissance (en même temps que des femmes enceintes), deux visites de lieux qui accueillent des femmes enceintes (cours, suivi de grossesse, etc.) et sont tenus par des sages-femmes indépendantes, quatre projections/débats organisés par des associations de « naissance respectée » et/ou des sages-femmes indépendantes, observations de stands tenus par des sages-femmes ou des associations dans des festivals, des conférences publiques organisées par les écoles qui forment des sages-femmes dans les cantons de Vaud et de Genève. J'ai aussi multiplié les entretiens informels avec des sages-femmes, des femmes et quelques hommes. Ainsi, si j'ai beaucoup moins de données basées sur l'observation de naissances à l'extérieur de l'hôpital, je dispose d'une plus grande variété de données qui concernent des lieux et des sources différentes et sur une période de temps plus étendue (permise y compris par le fait que j'ai côtoyé ces sages-femmes, dont certaines sont des amies, pendant plusieurs années). Ces dimensions ont permis de réduire les limites de n'avoir pas observé d'accouchements à domicile, et peu en maison de naissance.

Par ailleurs, la négociation de terrain représente plus « qu'une condition de possibilité de l'enquête », mais fait déjà partie des données d'enquête (Darmon 2005, 98) : cela m'a fourni des premières informations sur le fonctionnement de La Maison de naissance et la valorisation de l'accouchement comme moment important pour les couples, un moment qu'ils souhaitent (en tout cas dans la projection qu'en font les sages-femmes) intime et réservé à des personnes sélectionnées et privilégiées. A l'hôpital, la négociation a été longue, mais une fois l'aval des médecins responsables puis du comité d'éthique obtenu, le terrain s'est ouvert en grand, manifestation de la structure hiérarchique de l'hôpital (en particulier médical), de la structure – y compris administrative – prévue pour accueillir des chercheurs ou chercheuses. Par ailleurs, cela a déjà apporté des éléments de différence sur la population qui fréquente le contexte hospitalier ou extrahospitalier, à savoir une population plus ou moins captive et qui négocie plus ou moins le déroulement des situations de soins et l'accès des individus (professionnelles de santé ou chercheuse) à ces situations.

2.4. Les entretiens : récolter des informations, combiner pratiques et discours

Sans compter une multitude d'entretiens ethnographiques, de discussions informelles, en particulier avec des sages-femmes (exerçant surtout en Suisse, mais aussi en France, en Angleterre, et en Australie), des femmes, et quelques médecins, j'ai conduit 74 entretiens enregistrés puis retranscrits⁹⁶ auprès de 82 personnes différentes (six entretiens de couple, un entretien avec deux sages-femmes). Ces données sont présentées en détail dans des tableaux en annexe. Les entretiens ont été semi-directifs : je disposais d'un guide (annexé), qui a partiellement évolué au cours du temps en fonction des premières analyses des données, mais je maintenais une discussion ouverte en m'adaptant aux réponses des personnes interviewées, et en ajoutant certaines questions par rapport aux observations effectuées le cas échéant. Le recrutement a été aisé : les professionnelles comme les parturientes étaient en général enthousiasmées par la possibilité de partager leurs expériences. Le climat agréable et souvent familial dans lequel se sont déroulés les entretiens ont facilité les discussions. Il y a eu parfois quelques moments plus tendus lorsque nous abordions les controverses du champ, ou les pratiques transgressives.

Les 32 entretiens avec les femmes (ou avec les couples) se sont échelonnés entre avril 2012 et mars 2014 et se sont déroulés le plus souvent au domicile des personnes, parfois dans un café, et une fois à l'Université. Ils ont duré entre 40 minutes et 2h20. Ceux qui concernent l'accouchement à l'hôpital étaient généralement plus courts, en particulier ceux réalisés avec des femmes / couples disposant d'un capital social ou culturel plus limité. Ceci s'explique d'une part car ces personnes sont globalement moins enclines à l'introspection et à la production de récits de soi (Poliak 2002), et d'autre part car leur rapport à la santé a plus tendance à se résumer à l'absence de maladies physiologiques, qu'à une approche globale (psychologique, préventive, réalisation de soi) (Longchamp 2009) qui peut susciter davantage de discours.

Le recrutement des 13 femmes (et de 4 conjoints) qui avaient souhaité accoucher à l'hôpital (dont une avec une sage-femme agréée) ont été recrutées dans mon entourage ou le plus souvent grâce aux observations à l'hôpital (11 entretiens ont suivis une observation directe de l'accouchement et ont eu lieu dans les mois suivants la naissance). Leur milieu social et leur niveau de capital social et culturel sont variés (ingénieure, médecin, mère au foyer, secrétaire, femme de ménage, éducatrice auxiliaire, etc.). Une femme disposait d'une assurance privée, tandis qu'une autre ne disposait pas d'assurance maladie de base.

Coxon met en garde les chercheuses et les chercheurs à propos de l'état actuel des recherches sur la construction et le rapport aux risques pendant la grossesse et l'accouchement, qui ne sont basées que sur des discours de femmes bien éduquées et qui viennent d'un milieu social favorisé : « one which pays heed to the many inequities of pregnancy and birth risk, we are in effect participating in the creation of a classed and ethnocentric social science of risk in pregnancy and birth » (Coxon 2014, 490). La chercheuse insiste sur le fait que leurs discours et leurs pratiques ne reflètent pas nécessairement ceux de toutes les femmes, en plus de masquer les inégalités structurelles face à la santé. Grace aux données récoltées à l'hôpital en particulier, et notamment grâce

⁹⁶ L'entretien avec le chef de service, la sage-femme responsable des soins (au niveau du service) et la sage-femme responsable d'unité (au niveau de la salle d'accouchement) font exception. Je les ai cependant ajoutés à cette liste tant ils sont importants pour la suite de l'analyse. Ceux-ci avaient fait l'objet d'une prise de notes précise.

au fait d'avoir pu recruter des femmes pour un entretien suite à une observation, j'ai pu limiter cet écueil.

Le recrutement des 19 femmes (et de 2 conjoints) qui avaient souhaité accoucher à domicile ou en maison de naissance a été très varié : lors des projections/débats organisés par des associations dans lesquels je distribuais une feuille d'information, par un message déposé sur le forum de discussion bébé.ch, par les sages-femmes indépendantes qui présentaient mon étude aux femmes, et enfin par mon réseau professionnel et personnel. Comme cela a été mis en évidence également dans d'autres recherches, ces femmes sont en général issues d'un milieu social favorisé (Hildingsson et al. 2006; Viisainen 2001) et/ou disposent d'un niveau de capital social et culturel élevé (Jacques 2007, 2016a). Si ces femmes occupent des professions variées, leur particularité est «soit d'être proches du milieu médical qu'ils contestent et / ou d'appartenir à un milieu riche en capital culturel (enseignement, création) » (Jacques 2016a, 309). Celles que j'ai rencontrées sont ainsi doctorantes en sciences sociales, juriste, médecin, physiothérapeutes, danseuse professionnelle, réalisatrice, travailleuse sociale, etc⁹⁷.

Les 32 entretiens avec les 33 sages-femmes différentes ont été réalisés entre mai 2012 et novembre 2013, certains avant les observations pour récolter des informations et ouvrir le terrain, d'autres après le terrain (c'est surtout le cas pour les entretiens en milieu hospitalier) afin de discuter sur la base des observations et disposer d'un lien. Un entretien a été réalisé avec la sage-femme responsable du service en octobre 2016 pour préciser des données. Les entretiens se sont déroulés en majorité dans des cafés, parfois au domicile, ou sur le lieu de travail de la sage-femme. Un a eu lieu à l'Université. Ils ont duré entre 1h15 et 2h50. Une pluralité de parcours ont été récoltés : ceux de sages-femmes encore étudiantes ayant fait des stages en maison de naissance et en milieu hospitalier (2), ceux de sages-femmes exerçant en maison de naissance et/ou à domicile (11) depuis longtemps ou peu de temps, après un parcours en milieu hospitalier, ou ayant directement exercé comme indépendantes, ceux de sages-femmes hospitalières (17) avec des contrats plus ou moins stables et qui exercent depuis plus ou moins longtemps, dont deux sage-femme et infirmière ayant des responsabilités, des sages-femmes agréées (3) nouvelles ou anciennes dans ce dispositif. Le recrutement des sages-femmes indépendantes a été facilité par une association de sages-femmes, et j'ai directement sollicité par email ou téléphone d'autres sages-femmes non-affiliées, y compris dans d'autres cantons. Le recrutement des sages-femmes hospitalières s'est fait directement sur le terrain.

Les 10 entretiens avec les médecins (internes, chefs de clinique, médecins adjoints) ont eu lieu entre octobre 2013 et mars 2014, et celui avec le chef de service en août 2012. Ils ont duré entre 1h10 et 2h et se sont déroulés dans des cafés, dans une salle de l'hôpital, ou dans le bureau des médecins. J'ai recruté les médecins directement, par email ou oralement. J'ai privilégié des entretiens avec ceux que j'avais rencontrés et observés.

⁹⁷ Une autre catégorie, plus petite, émerge cependant dans mes données, celle de femmes au capital social ou culturel plus modestes mais qui ont investi le champ de la maternité comme carrière. C'est ainsi que Maé est devenue doula, ou que Jessica a monté une arcade de produits naturels pour femmes enceintes et leurs bébés. Certaines qui ont emprunté ce parcours sont d'ailleurs devenues sages-femmes (Sofia ou Gaëlle par exemple) et ont progressivement professionnalisé leurs savoirs en reprenant des études à l'approche de la trentaine.

J'ai également eu recours à des entretiens informels pendant le processus d'écriture (2015-2016) auprès d'interlocutrices privilégiées. Cela a été très utile pour confirmer des détails liés à l'organisation du lieu ou à des termes médicaux, mais aussi à préciser des analyses/des interprétations.

Comme j'ai observé moins de situations en dehors de l'hôpital, je m'appuie davantage sur les récits des femmes (et des sages-femmes), ce qui explique aussi pourquoi leurs discours sont plus présents dans le contexte de l'accouchement à domicile.

Des pseudonymes ont été attribués à l'ensemble des personnes rencontrées. Dans le texte, ou dans le tableau annexé qui présente les données, j'ai inscrit des informations sur les personnes étudiées, pour autant que cela ne compromette pas leur anonymat. Lorsque je cite des entretiens, j'indique le prénom, la fonction exercée par les professionnelles, et le(s) lieu(x) d'accouchement s'il s'agit des parturientes, en utilisant les acronymes suivant : mat pour faire référence à un accouchement en maternité, AAD pour faire référence à un accouchement à domicile, AMN pour faire référence à un accouchement en maison de naissance. Je précise également si la parturiente a vécu un transfert vers une maternité. Les chefs de clinique sont désignés par l'acronyme CDC qui est celui qui prévaut sur mon terrain.

Conclusion de la première partie

S'intéresser à l'accouchement est une question actuelle, de par l'évolution (la révolution ?) qu'est en train de connaître l'obstétrique entre technicisation qui s'accélère (à l'image des taux de césariennes qui continuent d'augmenter) et reconnaissance croissante des effets iatrogènes de la prise en charge médicale. L'approche socio-culturelle des risques et la perspective foucauldienne permettront d'analyser les processus de construction et de classification des risques qui sont à la base du système de prise en charge des accouchements aujourd'hui. Il s'agit de restituer les modalités de prise en charge de l'accouchement, et notamment la fabrication du risque dans le quotidien des lieux de naissance, par des acteurs variés. La sociologie des organisations et du travail, en particulier les travaux qui se sont intéressés d'une part à la procéduralisation de l'activité et aux pratiques transgressives, et d'autre part aux relations professionnelles, sera mobilisée pour mieux cerner les processus de décision qui ont lieu dans ce contexte.

A ce jour, peu de recherches en sciences sociales ont été produites sur l'accouchement en Suisse, alors même que le contexte est particulièrement riche et complexe (taux de césariennes élevé, pluralité d'options pour les professionnelles et les femmes en termes de lieu d'accouchement/d'exercice, coexistence des médecins et des sages-femmes, etc.). Ce travail contribue ainsi à documenter ces pratiques. Au niveau international, les recherches existantes ont davantage analysé des représentations en passant par une récolte de données par entretiens semi-directifs. Dans ma thèse, la question des pratiques et de leur contexte de production (règlements, protocoles, liens et dépendances entre les institutions de natures différentes) est centrale grâce à l'utilisation d'une ethnographie multi-sites. Cette méthode a également permis de capter les interactions (y compris conflictuelles), les formes d'interdépendances et d'influences, qui existent entre les dispositifs et entre les individus qui les composent pour dessiner le fonctionnement d'un réseau local complexe. Enfin, utiliser le concept de gouvernement et l'approche socio-culturelle permet d'adopter un regard critique (qui ne veut pas dire partisan, puisque l'ensemble des dispositifs y sont soumis) sur les discours et les pratiques, et notamment le risque, en évitant d'adopter un angle qui considère que le risque, la médecine, les techniques sont *a priori* des outils contraignants / de domination qui s'exercent sur les femmes (et les sages-femmes), ou au contraire des outils habilitants / émancipateurs pour celles-ci.

Partie 2 Du risque intolérable à surveiller, au moment magique à préserver

Je vais montrer ici que l'accouchement est perçu par les professionnelles, les parturientes et leurs conjoints comme un moment particulier, qui comprend des risques particuliers, et qui nécessite donc une prise en charge singulière par rapport à d'autres prises en charges médicales. Il s'agit de montrer en quoi l'accouchement est un objet à part au sein du champ de recherche de la construction des risques pour la santé. Deux dimensions en tension structurent les représentations et les pratiques de tous les accouchements.

La première, analysée dans le chapitre 4, est que l'accouchement est perçu comme un moment potentiellement dangereux, et surtout que les complications graves, même très rares, sont considérées par les professionnelles et les parturientes comme insupportables : elles refusent de prendre le risque qu'elles se produisent. Dans les discours et les pratiques, cela apparaît comme une évidence indiscutable et largement indiscutée et constitue un élément pivot des modalités de gouvernement de l'accouchement. Il favorise la pérennité du dispositif obstétrical (surveillance et interventionnisme par le médical) en le justifiant. Dans cette représentation, le corps féminin est perçu comme dangereux et souillé.

La deuxième, présentée dans le chapitre 5, est que l'accouchement est perçu en même temps comme un moment important et « magique » à préserver, notamment en n'intervenant pas trop afin de laisser la famille vivre la naissance dans « l'intimité ». Dans cette représentation, le corps féminin est perçu comme protecteur, ingénieux et sensuel. Ces représentations constituent également une modalité de gouvernement.

Contrairement à ce qui est présenté dans de nombreuses recherches (voir revue de la littérature), ces deux conceptions en tensions ne sont pas l'apanage de l'accouchement en milieu hospitalier versus en milieu extrahospitalier : elles sont présentes dans l'ensemble des discours et des pratiques. Elles doivent être traitées ensemble pour permettre de véritablement rendre compte de la complexité et de la spécificité des décisions autour de l'accouchement. Par ailleurs, si de nombreux auteurs déclarent que la « culture du risque » s'est diffusée dans tous les interstices de la prise en charge et de l'expérience de la naissance (Scamell et Alaszewski 2012; Scamell 2011), l'existence d'une représentation partagée de la naissance comme « moment magique » reflète les limites, voire les résistances à cette diffusion. Cette conception véhicule par ailleurs d'autres normes qui participent aussi à éclairer le fonctionnement du dispositif obstétrical et font partie de modes de gouvernement spécifiques.

Dans le chapitre 6, je montrerai comment les professionnelles et les parturientes fonctionnent au quotidien en dépit des tensions entre des représentations dissonantes. Si l'originalité de ma démarche consiste à ne pas systématiquement opposer représentations et pratiques des professionnelles et des parturientes, ou entre l'accouchement à domicile, en maison de naissance et en milieu hospitalier, ces caractéristiques ont cependant de l'importance pour saisir les modalités de conciliation des représentations.

Chapitre 4 Construction du risque: « c'est toujours un risque parce que ce n'est pas tolérable »⁹⁸

Ce chapitre est consacré à l'analyse des discours qui font part du fait que les dangers potentiels de la naissance sont insupportables et donc intolérables : tout doit être fait pour les éviter. Pour appuyer cette évidence, les professionnelles et les parturientes ont d'une part recours à des éléments scientifiques issus des recherches médicales et convoquent d'autre part leurs expériences. La démonstration de l'accouchement comme événement dangereux se joue à deux niveaux : rationnel et surtout émotionnel. Cette démonstration se base également sur le fait que le corps de la femme enceinte est dans une période singulière et instable qui peut générer des complications incontrôlables. De plus, les professionnelles et les parturientes insistent sur le statut particulier de la mère et de l'enfant qui ont une valeur sociale élevée, et donc qu'il faut protéger des dangers. Les comportements de professionnelles ou de parturientes qui ne respecteraient pas les recommandations médicales en matière de prévention sont considérés comme amoraux. Ces comportements risqueraient de faire surgir des complications anachroniques aussi bien d'un point de vue temporel (celles qui existaient avant les progrès de la médecine) que spatial (celles qui ont cours dans les pays qui n'ont pas accès aux progrès de la médecine).

1 Des risques incontestables et incontestés : un discours dominant

1.1. *Démonstration par les preuves scientifiques*

L'évidence de la dangerosité de l'accouchement, surtout en l'absence de surveillances et d'interventions médicales, est rappelée par la comparaison avec le passé et l'ailleurs. Le passé est relatif à la situation dans les pays développés lorsque le système sanitaire actuel n'était pas encore ce qu'il est aujourd'hui. C'est « l'efficacité de la spécialité [obstétricale] » (Michelle, interne) qui aurait changé la donne. Les femmes que j'ai rencontrées véhiculent elles aussi ce discours, à l'image de Iris (parturiente, 1 mat, 2 AMN) : « certainement qu'il y a des risques, parce qu'à l'époque il y avait des femmes qui mouraient en couches ». L'ailleurs est relatif aux pays en voie de développement dans lesquels les femmes ne bénéficient pas, ou peu, de surveillance et de soins par un personnel qualifié lors de l'accouchement. Pour Andréa (adjoint), « il [n']y a qu'à regarder les pays en voie de développement, les femmes meurent, les bébés meurent, où s'ils ne meurent pas il y a des conséquences épouvantables donc c'est vraiment risqué ». Pour Roxane (sage-femme mat), c'est grâce à la médecine que les femmes « ne meurent plus en couche » comme c'est le cas « dans ces pays » [sous-entendu en voie de développement] et que « 80% des accouchements sont physiologiques, et que les 20% [qui restent] ne sont pas très très à risques » dans les pays développés⁹⁹.

Les études scientifiques sont peu convoquées pour prouver que la naissance est dangereuse, tant cette réalité semble faire consensus, et apparaît comme évidente. Du côté des professionnelles, surtout médecins, des études sont en revanche sélectionnées pour dénoncer les dangers d'une moindre surveillance et d'un accès limité aux techniques médicales, en particulier dans le cas de l'accouchement à domicile ou en maison de

⁹⁸ Erin (CDC).

⁹⁹ Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) vont dans ce sens en montrant que « 800 femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. (...) 99% de tous les décès maternels surviennent dans des pays en développement ». Source : Organisation Mondiale de la Santé, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr> consulté le 22.11.16

naissance. Ces pratiques ont été dénoncées en entretien par la majorité des sages-femmes hospitalières et des médecins, et le sont également dans les médias. Dans plusieurs articles récents¹⁰⁰, dans la presse grand public ou dans des éditoriaux de la Revue Médicale Suisse, le médecin-chef du service dans lequel mon enquête s'est déroulée emploie un ton alarmiste et fait référence à des scénarios catastrophistes qui visent à susciter la crainte. Le chef de service cite l'étude de Wax et al. (2010) pour spécifier qu'accoucher en dehors d'un hôpital est relatif à un « taux de mortalité triplé pour le bébé », sans que cette information ne soit nuancée, par exemple en faisant la différence entre risque absolu et relatif, ou en mentionnant d'autres recherches, alors même que cette étude a fait l'objet de critiques méthodologiques majeures (voir revue de la littérature). Lors d'un colloque médical auquel j'ai assisté, ce médecin a mentionné les résultats développés par Wax et al. (2010) pour attirer l'attention de son équipe sur les dangers de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Plusieurs sages-femmes et parturientes que j'ai interviewées dans le cadre de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance ont rapporté que des médecins se sont opposés à leur pratique en raison des risques mis en évidence par ces études.

Dans une culture biomédicale fondée sur un discours scientifique, rationnel, basé sur des études et des statistiques (Evidence-based medicine), la démonstration par les preuves scientifiques apparaît comme imparable et indiscutable. Le point de vue sociologique tend cependant à mettre en évidence que l'utilisation des recherches est située. Certains médecins ont tendance à utiliser les recherches qui concernent les risques associés à la naissance de manière à susciter l'émotion, et en particulier la peur, chez d'autres professionnelles et chez les femmes. Plus que les recherches, ce sont les récits des expériences directes ou indirectes des dangers (c'est-à-dire vécues par soi-même ou par des proches) qui sont saillants dans les discours et utilisés pour démontrer que l'accouchement est un processus dangereux.

Pour Patricia (sage-femme AAD AMN), peu importe ce que les études démontreront, il restera « unimaginable » pour la majorité des médecins, qui ont vécu des situations de complications soudaines et catastrophiques, d'imaginer que la naissance en dehors d'un milieu hospitalier puisse être considérée comme sûre. C'est selon elle « hors de leur compréhension », ce qu'aurait directement admis le chef de service de La Maternité qui leur aurait dit plusieurs fois « qu'il ne cautionne pas du tout les accouchements en maison de naissance, et peu importe les recherches qui montrent nos bons résultats au niveau de la mortalité et du reste. Notamment celle du pédiatre à Aigle, le Dr Bernard Borel¹⁰¹. Pour eux, « c'est juste pas possible » (Entretien informel à la suite d'une projection documentaire, journal de terrain).

De Vries et al. (2013) ou Perrenoud (2016, 2014) ont montré comment les recherches peuvent être utilisées en fonction des conceptions préalables des soignantes et ne s'apparentent pas à un processus individuel rationnel. La parole des médecins faisant autorité, d'autant plus s'ils sont à la tête d'un département dans un hôpital universitaire, leurs

¹⁰⁰ Le respect de l'anonymat du lieu dans lequel s'est déroulée mon enquête me contraint de ne pas citer ces sources.

¹⁰¹ Patricia fait référence à une recherche conduite en Suisse par le pédiatre Bernard Borel. Les chercheurs ont comparé les accouchements qui se sont déroulés dans l'hôpital d'Aigle ou dans la maison de naissance intégrée à cet hôpital. Ils ont conclu à de meilleurs résultats en termes de santé périnatal pour les accouchements qui ont eu lieu dans la maison de naissance (voir l'article du Courrier du 30 septembre 2010 : « Un médecin le dit : la maison de naissance fait mieux que l'hôpital » : <http://www.amge.ch/2010/09/30/un-medecin-le-dit-la-maison-de-naissance-fait-mieux-que-l-hopital/>, accédé le 23.11.2016).

déclarations tendront à avoir davantage d'impacts et être considérées comme vraies, par rapport à celles de sages-femmes, surtout indépendantes (Cheyney 2008). Cela favorise une certaine stabilité du système.

1.2. *Démonstration discursive par l'expérience*

Avoir vécu soi-même comme parturiente ou professionnelle une complication grave de la naissance est souvent utilisé pour démontrer la possible dangerosité de la naissance, alors même que ces expériences, si fortes soient-elles, n'ont aucune valeur statistique ou représentative. En elles-mêmes ces expériences vécues sont circonscrites, très rares quand elles sont graves. Ce qui fait véritablement exister ces expériences du danger, et leur donne le poids fort qu'elles ont aujourd'hui, c'est la mise en mots et la transmission orale. La parole fait pénétrer ces expériences du danger dans le social, elles sont appropriées, quelques fois récupérées pour servir l'argumentation. La transmission des expériences des complications graves de la naissance forment ainsi un socle partagé qui alimente les représentations de la naissance dangereuse et incertaine. Si d'autres types de transmissions plus collectives existent sans doute (par exemple par le biais des médias), ce sont les transmissions orales qui prennent place dans des interactions interpersonnelles que j'analyserai ici.

Si dans le contexte de la culture biomédicale, les expériences individuelles et les émotions sont considérées comme non constitutives de preuves, les usagères comme les professionnelles y ont cependant recours pour se représenter le monde. Pour Louise (sage-femme mat) qui a « vu beaucoup de choses horribles », « l'accouchement c'est un moment un peu entre la vie et la mort. Tu surfes, t'es sur la ligne puis à droite c'est la vie, et à gauche c'est la mort. Pis tout peut basculer ». Les expériences professionnelles sont ainsi transmises pour démontrer que l'accouchement est un processus incertain et potentiellement dangereux, et que l'hôpital est le meilleur lieu pour prendre en charge et limiter les risques.

J'ai une amie qui a accouché ici et qui était un peu 'gonflée' de comment ça c'était passé et qui a dit je m'en fiche, j'accoucherai en maison de naissance, et puis je lui ai dit, mais... il y a des trucs que tu peux pas prévoir avant. Je lui ai donné l'exemple de x. Son accouchement a choqué toute La Mat[ernité]. C'est un accouchement voie basse, qui s'est très bien passé, sauf que le placenta est jamais sorti, et elle a été transfusée de 26 culots ! 26 poches de sang ! et c'était pas prévu, c'était pas prévisible, et elle avait aucune pathologie qui pouvait annoncer ça. Elle a eu son hystérectomie d'hémostase¹⁰², et voilà. Et elle, elle est contente, parce qu'elle est vivante, et son enfant aussi. En maison de naissance elle serait morte. (Maude, interne)

Lou (sage-femme mat) souligne que les complications graves de l'accouchement sont extrêmement rares. Le fait de travailler en milieu hospitalier lui permet cependant de vivre des expériences qui lui rappellent la réalité « dramatique » de cette possibilité. Elle cite un cas de bradycardie sévère qui a eu lieu la veille : « Honnêtement j'étais pas sûre que je le sortais vivant cet enfant. On était là et je me suis dit on aurait été ailleurs [on l'aurait perdu] ». C'est parce qu'elle l'a vécu « personnellement » que Cléa (sage-femme indépendante)¹⁰³ « souscrit tout à fait [à l'idée] que l'accouchement soit un événement dont le déroulement est imprévisible ». Elle raconte un accouchement en maternité qui s'était déroulé normalement, jusqu'au moment de la naissance où « quand [elle] a reçu le bébé

¹⁰² L'hystérectomie d'hémostase est une intervention chirurgicale qui vise à enlever l'utérus dans le cas d'une hémorragie qui ne parvient pas à être stoppée. Elle est considérée comme une intervention de dernier recours.

¹⁰³ Cléa a accompagné quelques naissances à domicile dans des circonstances très précises. Cela ne fait pas partie de sa pratique habituelle.

dans [s]es mains. [elle s'est] dit « le bébé est mort » », sans qu'elle ne comprenne encore ce jour ce qui s'était passé. Elle ajoute : « ça m'a toujours poursuivie et je me suis toujours dit : « mais à domicile si une chose comme ça m'arrivait mais... ». Cette expérience qui l'émeut visiblement encore aujourd'hui agit comme un épouvantail qui la tient à distance de la pratique de l'accouchement à domicile.

Lors du premier jour de mon terrain à La Maternité, la sage-femme responsable de la salle d'accouchement, Margot, m'a présenté le fonctionnement du service, puis fait une visite guidée des locaux. Arrivées au seuil d'une petite pièce dans laquelle se trouvent deux très grands frigos, elle me dit : « là c'est le congèle pour les placentas, qui sont après détruits. Et là, c'est le congèle pour les bébés morts¹⁰⁴. Il y en a en ce moment ». Cette présentation a constitué en une démonstration, assez violente, adressée à la sociologue que les morts pendant l'accouchement existent, et appuyé le discours qu'elle m'avait tenu en entretien sur « la salle d'accouchement comme un service d'urgence, où les complications peuvent être très graves ». Plus qu'une démonstration, il s'agissait de me faire vivre l'expérience indirecte de la mort, et me la faire vivre dans mon corps par les émotions que cela suscite.

J'ai constaté à plusieurs reprises que les professionnelles se racontent entre elles (souvent se re-racontent), leurs expériences professionnelles face à des complications très graves et inattendues, comme lors d'une nuit de garde où les sages-femmes évoquent le cas d'une hystérectomie, d'une procidence du cordon [une complication rare et grave] où « ça courait dans tous les sens » pour faire très rapidement une césarienne, ou encore un choc anaphylactique : « Tout allait bien, la dame allait très bien, et puis deux minutes après, je retourne dans la salle, c'était l'exorciste ! La dame bavait, avait les yeux exorbités, toute tendue, elle avait changé de couleur ! C'était horrible, j'ai hurlé pour qu'on appelle l'anesthésiste ». Elle rapporte que la mère a été sauvée in extremis mais que le bébé est décédé. Plusieurs sages-femmes présentes connaissent visiblement ces cas, il s'agit donc d'histoires qui se racontent et se re-racontent et qui font partie intégrante de l'histoire de l'institution. Cela participe également à rendre présents les dangers de la naissance dans les esprits, alors même qu'ils se produisent extrêmement rarement (Scamell et Alaszewski 2012). La plupart des professionnelles, même très expérimentées, n'ont vécu elles-mêmes qu'une poignée de ces cas. L'hôpital étant construit comme le lieu le plus sûr pour prendre en charge l'incertitude et les risques, les cas de décès de fœtus, ou encore plus exceptionnellement, de parturientes¹⁰⁵, qui y surviennent, pourraient constituer un risque pour sa légitimité, en révélant sa faillibilité (Murphy-Lawless 1992). Ces événements viennent au contraire renforcer le système obstétrical, en rappelant la dangerosité du processus de l'accouchement, notamment aux professionnelles. Karl Weick (1987), considère que le « story telling effect » constitue un facteur de fiabilité [reliability] institutionnelle puisqu'il permet aux professionnels de mieux connaître l'institution, les dangers, et les modalités de rattrapage des erreurs.

¹⁰⁴ Elle n'emploie pas le terme de fœtus, mais bien celui de bébé, alors même que, comme je l'ai appris par la suite, il s'agit bien de fœtus, la plupart du temps dans le contexte d'interruptions médicales de grossesses ou de morts in utero. L'immense majorité de ces décès n'est pas liée à des problèmes lors de l'accouchement

¹⁰⁵ Selon un médecin adjoint, le décès d'une parturiente est de l'ordre d'un tous les 10 ans dans l'hôpital où j'ai conduit mon enquête, ce que confirment les statistiques produites par l'Office Fédéral de la Statistique (OFSP).

Raconter ces histoires permet une transmission du savoir-faire professionnel :

A system that values stories and storytelling is potentially more reliable because people know more about their system, know more of the potential errors that might occur, and they are more confident that they can handle those errors that do occur because they know that other people have already handled similar errors. (Weick 1987, 113)

Dans les parties qui vont analyser les pratiques, cet effet des histoires racontées devra être estimé. Celui-ci pourrait être aussi pervers en augmentant la sensation de danger, et en augmentant ainsi la surveillance et l'interventionnisme, qui sont en mesure de produire d'autres problèmes.

Dans le discours des parturientes, les expériences ont une place importante dans la mise en évidence du risque. Des événements vécus personnellement lors d'un précédent accouchement sont cités comme élément de preuve que l'accouchement est risqué et que sans l'hôpital, la parturiente et le bébé seraient décédés, ou auraient connu des complications graves. Myriam, qui a eu une césarienne en urgence pour son premier enfant pour procidence du cordon¹⁰⁶ me dit : « Si j'avais accouché à la maison, la première fois, et avec ça, je sais pas... qu'est-ce qui se serait passé, non? » (Myriam, parturiente, 2 mat). Eve (parturiente, 3 mat) a vécu un curetage compliqué dans un contexte de rétention placentaire et d'hémorragie, après un accouchement sans problèmes particuliers. Même si elle savait que l'accouchement était un événement potentiellement dangereux, le fait d'avoir vécu ce basculement dans sa chair et d'avoir eu peur pour sa vie a renforcé sa conviction que tous les accouchements doivent se dérouler à l'hôpital. Malorie (parturiente, mat) a subi une rupture de la poche des eaux, et une stimulation par syntocinon (une hormone de synthèse qui est injectée) car la dilatation du col de l'utérus stagnait. Elle est déçue d'avoir dû subir ces interventions puisqu'elle voulait « un accouchement le plus naturel possible ». Elle relativise cependant sa déception en riant et me dit « peut-être dans la nature je serais morte parce que ça [ne] se serait pas dilaté ! ».

Des histoires catastrophiques vécues par des proches ou des connaissances font aussi particulièrement résonance chez les répondantes, telle Sandra (parturiente, 1 mat avec sage-femme agréée) qui pense que l'accouchement est « quand même à risque » puisque dans la crèche où elle travaille, les professionnelles s'occupent « d'un bébé dont la mère est décédée lors de l'accouchement », ou Leonie et son conjoint Loris qui mentionnent la sœur de celui-ci qui a vécu une complication et dont le fait d'avoir accouché à l'hôpital « lui a presque sauvé la vie » (Leonie et Loris, parturiente et conjoint, 1 mat).

Si les professionnelles n'ont pas tendance à raconter des histoires terribles aux parturientes (sauf dans le cas où il s'agit de mettre en garde une femme d'une pratique jugée à risque, le plus souvent l'accouchement à domicile), il s'agit en tout cas de faire passer le message que l'accouchement est un événement sérieux et compliqué. Plusieurs fois sur le terrain, j'ai assisté à des recadrages de la parole des parturientes qui rapportaient une expérience de la naissance « facile », voire « peu douloureuse ». Dans une situation où la parturiente, accompagnée par une sage-femme agréée, avait accouché très rapidement et sans péridurale elle s'exclame juste après la naissance, un grand sourire aux lèvres : « j'y crois pas comme c'était rapide ! comme c'était facile ! c'était si facile ! c'est incroyable ». La sage-

¹⁰⁶ La procidence du cordon est une situation d'urgence vitale. Elle survient lorsque le cordon ombilical descend dans le vagin avant le fœtus. Le cordon est alors comprimé par la tête du fœtus qui appuie sur celui-ci, rendant impossible ou difficile la circulation sanguine (et notamment les apports en oxygène) entre le placenta et le fœtus.

femme référente, présente depuis 5 à 10 minutes, réplique : « enfin facile... ». La patiente se reprend « oui enfin quand je veux dire facile, rapide quoi » (Journal de terrain, La Maternité). Par le biais des sages-femmes qui valorisent pourtant la naissance « physiologique » comme valeur professionnelle en lien avec leur identité de métier (Gouilhers 2010; Knibiehler 2007a), c'est le discours institutionnel et biomédical dominant qui est transmis. On s'assure en quelque sorte de modeler l'expérience des femmes, et leurs discours, pour qu'elle colle avec le discours institutionnel. Ce travail a aussi été effectué par rapport à ma recherche.

Le premier jour de mon terrain en salle d'accouchement, j'ai assisté à un accouchement très rapide, durant lequel la gynécologue-obstétricienne (la parturiente disposait d'une assurance privée) n'avait rien eu à faire car le « bébé avançait tout seul ». Elle a à peine eu le temps d'enfiler des gants pour rattraper l'enfant. Elle se tourne alors vers moi et me dit « ben vous allez croire que l'obstétrique c'est très facile ! » (Jade, adjoint, journal de terrain). Sous-entendu : les naissances faciles sont exceptionnelles. Les professionnelles m'ont aussi très souvent rappelé que la salle d'accouchement était un service d'urgence, puisque « l'accouchement peut représenter un danger imminent » (Oriane, infirmière responsable des soins du Département de gynécologie obstétrique) et que parfois « on est à deux minutes près pour sauver la vie d'un bébé » (Margot, sage-femme responsable de la salle d'accouchement). Les professionnelles, et notamment Margot, soulignent que la survenue de ces situations peut être imprévisible : « tout va bien, le cœur [du fœtus] est normal, et deux minutes après la maman bipe, et en fait le cœur décélère, alors que deux minutes avant tout allait bien. Et on est subitement placé devant une prise de décision car tout d'un coup quelque chose se passe mal ». Il s'agit d'employer un ton catastrophiste pour bien souligner la caractéristique de l'obstétrique (Scamell et Alaszewski 2012b; Perrenoud 2016) en faisant référence au « scénario du pire » [worst case scenario] décrit par Clarke (2006; 2008).

Dans les propos des femmes (et de leurs conjoints quand j'ai pu les recueillir), les personnes qui vivent des naissances physiologiques, rapides et faciles sont considérées comme « chanceuses ». Cela nous apprend d'une part que ce sont ces naissances-là que les femmes aimeraient vivre, qui sont considérées comme « idéales », et d'autre part qu'il est considéré qu'il faut être privilégiée pour en faire l'expérience, tant ces naissances seraient trop rares. Les femmes qui ont accouché en dehors de l'hôpital tiennent également ce type de discours, alors même qu'elles critiquent l'idée que l'accouchement doit être considéré comme un événement dangereux et compliqué. Elles s'excusent presque d'avoir eu la chance de vivre un accouchement si « parfait ». Ce discours est particulièrement tenu par celles qui ont connu plusieurs accouchements extrahospitaliers qui se sont bien passés, comme si elles défiaient les statistiques. Géraldine estime « connaître sa chance que tout se soit bien passé les trois premières fois » [où elle a accouché à domicile] et ne veut pas « retenter cette chance » avec un quatrième enfant. Armelle, qui a accouché quatre fois en maison de naissance, pense qu'elle a « vraiment eu une bonne étoile ». Ce sont les situations physiologiques, bien que ce soient celles qui se produisent le plus fréquemment, qui doivent faire l'objet d'une justification. La facilité de certains accouchements étonne, déconcerte femmes et professionnelles, surtout à La Maternité, mais aussi parfois à l'extérieur.

Ce qui est énoncé finalement dans ces discours et ces pratiques, c'est que l'incertitude demeure toujours dans l'accouchement, puisque « la nature est différente de ce qu'on prévoit » (Laura, CDC). C'est bien ce qui rend ce moment si instable, dangereux, liminaire : il est défini comme un état de nature par excellence, celle-ci étant conçue comme

potentiellement dangereuse et en partie immaîtrisable¹⁰⁷. L'argumentation de l'accouchement qui doit avoir lieu en milieu hospitalier repose sur cette conception, en ajoutant que l'institutionnalisation des naissances permet cependant de réduire cette incertitude, et de domestiquer davantage la nature.

Les dangers de l'accouchement transitent par l'expérience, incorporée ou rapportée, de cas interprétés comme ayant été proches de se dénouer de manière tragique, et fonctionnent par la stimulation d'émotion, et notamment la peur.

1.3. **Le corps de la femme enceinte comme « bombe à retardement »**

L'imprévisibilité de la naissance et sa dangerosité est mise en évidence dans les discours des professionnelles par le fait que le corps de la femme est transformé pendant la grossesse. La modification des taux d'hormones et leur instabilité serait un terrain favorable à l'émergence de complications graves et soudaines. La femme est perçue comme une sorte de bombe à retardement.

il se passe encore des choses qu'on gère pas. Les hémorragies, on gère pas! Quand ça saigne, c'est le robinet ouvert! Ben là heu elle a fait un AVC, tu gères quoi? Tu gères rien du tout. Tu vois, on est... C'est des périodes de la vie où la femme elle est... Elle est hormonalement différente, heu... Ou circulaire différente... Y a plus de... tu vois y a du diabète, y en a qui sont plus compliquées que ça... Y a quand même des pathologies qui... C'est comme si ça bourgeonne, quoi. C'est un terrain où il y a... plus de sang, mais des fois y a moins de plaquettes, moins d'hémoglobine, tu vois, donc il y a... C'est quand même une période de la vie, un moment où... le corps n'est pas comme d'habitude. Donc bon il y a des trucs qui arrivent. (Louise, sage-femme mat)

Le dépassement du terme est aussi emblématique de cette perception du corps comme dangereux et menaçant. Au-delà d'un certain stade, le placenta commence à se dégrader, « il s'essouffle » (Linda, parturiente, 1 mat) et le corps maternel pourrait devenir toxique pour le fœtus. Il vaut mieux alors provoquer l'accouchement. La majorité des usagères semblent avoir intégré le fait que leur corps deviendra néfaste pour le développement et la santé du fœtus à partir d'un certain stade. Eve (parturiente, 3 mat) a accepté une provocation pour dépassement de terme car elle ne voulait « pas attendre la nature » et risquer d' « avoir une surprise qu'on pouvait tous regretter ».

L'état particulier dans lequel se trouverait la femme pendant la grossesse et l'accouchement est non seulement physique, mais aussi psychique selon le milieu de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie. Cet état serait favorable au développement de complications psychiques, avec notamment des « psychoses » :

La grossesse est un moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience. Ce phénomène qui caractérise de graves affections psychiques, notamment des psychoses, se présente chez la femme enceinte comme un événement ordinaire. (Bydlowski 2008, 92)

La femme serait ainsi en état de vulnérabilité non seulement physique, mais aussi psychique du fait des transformations hormonales qui se jouent en elle, et du changement de statut qu'elle vit. Pour Vozari (2015) : « la vulnérabilité psychique des femmes enceintes et des jeunes mères est en effet pensée comme une condition de la maternité » (p.158). Selon

¹⁰⁷ Dans la typologie des conceptions de la nature établie par Mary Douglas, celle que j'ai développée ici pourrait être apparentée, en partie, à « la nature capricieuse » (Peretti-Watel 2010, 71-72), même si la médicalisation est comprise comme un moyen qui parvient jusqu'à une certaine limite, à contrôler les manifestations dangereuses de la nature.

Murphy-Lawless (1992) les publications dans ce champ donneraient toutes l'image d'une parturiente « fragile victime du processus de l'accouchement qui a besoin de l'intervention du médecin » (134, ma traduction), et les manuels d'obstétrique présentent l'accouchement comme un moment terrifiant pour les femmes, en particulier lorsqu'il se prolonge. Ce vécu pourrait impacter à long terme la stabilité émotionnelle des femmes. Les situations de « décompensations » de « cas psychiatriques », voire de femmes psychologiquement « fragiles » inquiètent particulièrement les professionnelles de La Maternité (journal de terrain).

L'accouchement apparaît comme étant un processus dangereux, compliqué, mais aussi extrêmement douloureux. La douleur participerait de l'instabilité de la situation mais aussi de son caractère difficile et de la nécessité de la prendre en charge médicalement, au moins si la douleur devient trop violente (une conception à laquelle souscrivent également les femmes et les sages-femmes dans le contexte de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance). Dans le célèbre manuel « Williams Obstetrics », l'accouchement est décrit comme très douloureux, entraînant une grande souffrance et un épuisement intense pour les femmes (Maffi 2012b). Les sensations de l'accouchement sont décrites comme « terribles » (Armelle, parturiente, 4 AMN), quasi insoutenables et sont classées comme faisant partie des pires douleurs qu'un être humain puisse éprouver. Elle est comparée à celle d'« un bras arraché » par l'anesthésiste en charge du cours de préparation à l'accouchement de La Maternité consacrée à la douleur.

Plusieurs des femmes que j'ai rencontrées m'ont rapporté qu'elles avaient « peur de la douleur » avant l'accouchement, à l'image de Joëlle (parturiente 1 mat) qui « appréhendai[t] vraiment de ne pas gérer ça ». Celle-ci souhaitait une péridurale mais son accouchement s'est déroulé trop rapidement me dit-elle. Elle rapporte avoir éprouvé une douleur « atroce », qui lui donnait « l'impression qu'[elle] était en train de se casser, que [son] corps allai[t] se séparer en deux ». Jessica (parturiente, 4 AAD) avait « tellement mal » qu'elle a cru qu'elle allait « mourir sans avoir dit au revoir à [ses] enfants ». Pour Maria (parturiente, 3 AMN, 1 transfert), « c'est une douleur qui est cuisante, c'est chaud, c'est comme au fer rouge », c'est comme un « écartèlement ».

J'ai vu plusieurs fois en salle de naissance des parturientes et des conjoints remercier très chaleureusement des anesthésistes et qualifier la péridurale de « magique », un vrai « bonheur » (journal de terrain, La Maternité). Dans cet hôpital, le cathéter des péridurales est relié à une pompe qui permet à l'usagère de contrôler et de doser en partie l'administration du médicament analgésique. Une femme commente : « je fais bip bip avec ma pompe magique, c'est la délivrance je revis c'est fou ! » (journal de terrain). Les sages-femmes ont tendance à abonder dans ce sens. Quand l'anesthésiste entre dans la salle, la sage-femme dit à la parturiente « il est là Zorro ! » (journal de terrain, La Maternité). Dans une autre situation, la sage-femme dit à la parturiente « ça change avec la péri, hein ? on est au paradis avec ça ? », un autre jour, juste après la pose de la péridurale « je vais vous laisser un petit moment savourer cet état de béatitude, puis je reviendrai vous examiner ».

Dans le discours des sages-femmes et de plusieurs usagères, les femmes qui résistent à la douleur, en particulier pour un premier enfant et dans le contexte d'un travail long, ou d'une provocation, sont qualifiées « d'héroïques ». Une sage-femme référence s'exclame « elle est héroïque, impressionnante, elle gère comme une cheffe ! », d'autres sages-femmes à propos d'une parturiente qui vit un accouchement assez long mais n'a pas demandé la péridurale : « wahou, sans péri ! Elle est courageuse ! Elle tient bien purée ! ». Une autre

sage-femme s'adresse à une parturiente qui vit son premier accouchement, sous syntocinon (qui est réputé pour provoquer des contractions plus douloureuses) sans péridurale : « c'est exceptionnel ce que vous faites ! » (journal de terrain, La Maternité).

Ces discours, s'ils valorisent au premier abord les femmes qui sont « capables » de supporter la douleur et de ne pas prendre de péridurale, ont surtout comme effet de renforcer l'idée que les douleurs de l'accouchement sont insupportables pour la plupart des femmes, et que l'hôpital qui propose une analgésie péridurale, apparaît comme un lieu incontournable de prise en charge. A La Maternité, les manifestations de douleurs provoquent d'ailleurs immédiatement l'émoi des professionnelles. Elles les commentent (« ben dis-donc, ça hurlait dans cette salle ! », journal de terrain, La Maternité), cherchent à savoir ce qui se passe, ou s'en plaignent (« elle m'a fait mal aux oreilles ! », journal de terrain, La Maternité). Les femmes qui accouchent sans péridurale peuvent aussi être valorisées, mais surtout si elles parviennent à maintenir un certain *contrôle*. Pour Marie (sage-femme mat), un « bel accouchement » est celui où elle « sor[t] de la salle et [se dit] wahou, c'est une femme qui a réussi à gérer ses contractions. La femme nous impressionne, elle a géré ses contractions ! ». Mylène (sage-femme mat) me rapporte également une situation dans laquelle la femme « gérait très bien » et n'« était pas en train de crier partout et ce n'était pas abstrait dans sa tête ». Même les sages-femmes qui valorisent l'accouchement sans péridurale et le « lâcher prise » admirent davantage les femmes qui parviennent, le terme est choisi, à accoucher sans analgésie tout en restant calmes, sans manifestation de cris ou de gestes excessifs¹⁰⁸.

Comme l'a montré Carricaburu (2005), ce sont « des cris qui dérangent » (p.256). Selon Amarande (sage-femme mat) « maintenant les salles de naissance doivent être silencieuses, on tolère plus ». Auparavant, une bonne sage-femme était définie par sa capacité à « faire tenir » les femmes sans péridurale, voire à « devenir leur péridurale » (sage-femme, journal de terrain, La Maternité). Celles qui proposaient une péridurale aux femmes ou accédaient trop vite à leur demande étaient « mal vues, genre t'as pas envie de travailler, c'était un peu comme de la fainéantise de mettre une péridurale » selon Louise, une des sages-femmes les plus expérimentées de La Maternité. Celle-ci dit qu'au contraire, une bonne sage-femme est désormais quelqu'un qui s'assure que les femmes aient accès à la péridurale et soient « soulagées ».

Les sages-femmes considèrent que les cris sont susceptibles de « traumatiser les autres patientes ». Un groupe de femmes enceintes visitait les salles d'accouchements pendant que Maude (parturiente, 1 mat) accouchait sans péridurale dans une salle voisine. Elle rapporte que sa sage-femme lui a dit en souriant « vous avez traumatisé un groupe de femme enceintes, y avait la visite, là, et puis eux vous entendaient crier, les femmes elles étaient traumatisées ». Si ces paroles sont produites sur le ton de l'humour en général, elles ne visent pas moins à transmettre l'idée que les cris en salle d'accouchement sont malvenus. Selon les professionnelles, la douleur de leur compagne peut être « traumatisante » pour certains pères qui ne « gèrent pas du tout le vécu de leur femme » (Louise, sage-femme mat). Jonathan dit en avoir fait l'expérience, il ne se « sentait pas »

¹⁰⁸ L'anthropologue Carolyn Sargent a montré que chez les Bariba, une ethnie du Nord Bénin, la parturiente doit être capable d'accoucher seule et dans le silence afin de démontrer au groupe sa capacité à affronter la douleur et donc sa force (Sargent 1984). Sa capacité à suivre cette norme aura un impact sur son statut social futur. La capacité à accoucher « dans le calme et le silence » comme comportement valorisé n'est ainsi pas le propre des femmes occidentales.

d'accompagner sa partenaire lors du transfert de la maison de naissance lorsqu'elle « se tordait dans tous les sens ».

Certaines femmes sont inquiètes de l'état dans lequel la douleur pourra les mettre. Plusieurs d'entre elles ont ressenti de la « honte » (Iris, parturiente, 1 mat, 2 AMN)) d'avoir « perdu la face » (Goffman 1975) après leur accouchement, de n'avoir pas su se contenir. Elles auraient voulu se conformer à l'attente sociale d'un corps discipliné, mais ce corps se dérobe, et devient « une gêne, un poids » (Le Breton 2010b, 60). Cette « honte » qui émerge après l'accouchement, je l'ai perçue à quelques reprises sur mon terrain. Dans une situation, la parturiente arrive en salle d'accouchement en urgence accompagnée de deux sages-femmes : elle est sur le point d'accoucher, après un travail de moins de une demi-heure :

La parturiente émet beaucoup de selles que la sage-femme nettoie rapidement en changeant les alaises au fur et à mesure. La dame crie et se débat sur le lit. Elle hurle « ne me touchez pas ! ». Les sages-femmes la mettent sur le dos, la parturiente pousse et hurle. La sage-femme de la salle d'accouchement veut faire un toucher vaginal, la dame ferme les jambes et recule dans le lit. Elle hurle toujours. Elle est tordue au fond du lit, avec la tête quasiment hors du lit. Elle hurle « non », la sage-femme: « si Madame, elle arrive, ouvrez les jambes, faites de la place à votre bébé ». Quelques secondes plus tard, le bébé naît. (...) une heure et demie plus tard, la sage-femme me demande d'amener le plateau repas à la patiente. Je suis seule dans la pièce avec la patiente et elle me dit: « J'aurais préféré avoir la péri, tout le monde me dit que j'ai de la chance d'accoucher rapidement et sans péri, mais moi je suis pas d'accord, c'est trop de souffrance, tellement de souffrance ! j'aurais préféré avoir la péridurale ! j'ai pas trop crié ? c'était pas trop impressionnant ? c'était pas trop moche ? comment j'étais ? je suis vraiment désolée. Olala, je suis désolée ». (journal de terrain, La Maternité).

Cette manifestation incontrôlée, bruyante et gesticulante, de la douleur et de son corps, la met dans un embarras important vis-à-vis des témoins de son accouchement. Si elle n'a pas pu se contrôler pendant l'accouchement, une fois celui-ci fini et la douleur disparue, un sentiment de honte s'empare d'elle.

Magali (parturiente, 1 AAD) qui a dilaté en une heure pour un premier enfant a soudainement connu « l'enfer ». Elle décrit « l'horreur » des douleurs intenses, que son corps n'était plus contrôlable, et produisait « vomis, et tout ce qu'on peut faire » (probablement des selles), elle se sentait comme un « animal », c'est-à-dire plus comme un être humain civilisé, capable de se tenir. Sa réaction a été de demander d'être transférée, appelant l'hôpital à jouer son rôle de « domestication » du corps.

Ainsi, en plus de risques médicaux intolérables, des risques sociaux se produiraient lors de l'accouchement, autour de la transformation du corps féminin et de la souillure. La douleur est un élément favorisant, mais qui n'est pas l'unique cause de ces débordements. Lorsqu'une femme accouche, toutes sortes de fluides émanent de son corps. Il peut y avoir du liquide amniotique dès le moment où la poche des eaux se rompt, du sang, de l'urine, des selles¹⁰⁹, du vomi, de la sueur, des larmes, de la salive, et ce qui est considéré à l'hôpital comme des déchets organiques (placenta et cordon ombilical). Ces émanations corporelles relève d'une construction du dégoût (Douglas 2005), dont les femmes s'inquiètent de ne pouvoir les contrôler dès la grossesse, autour des nausées matinales par exemple

¹⁰⁹ La sensation à rechercher pour des poussées efficaces est d'ailleurs comparée par les soignantes à celle éprouvée quand la femme va à la selle.

(Longhurst 2001)¹¹⁰. Les professionnelles sont confrontées tous les jours à ces fluides. Ceux-ci suscitent leur sens : la vue, le toucher, mais peut-être encore davantage l'odorat. A plusieurs reprises sur le terrain, les sages-femmes se sont plaintes de ces odeurs, vécues comme « des agressions des sens » (Memmi, Raveneau, et Taïeb 2011, 6), surtout quand elles-mêmes sont enceintes. Après qu'une femme ait beaucoup vomis et émis des selles, une sage-femme va courir tout le service pour trouver la clé qui permet d'ouvrir les fenêtres tant l'odeur est « insupportable » (journal de terrain, La Maternité)¹¹¹.

La construction de ce corps repoussant prend particulièrement place dans les discours autour de la place du père. Celui-ci devient un prétexte pour développer un discours autour du corps dégradé, sale, animal de la femme pendant l'accouchement. Le père pourrait être traumatisé par cette vision du corps de sa femme, les répercussions sur leur couple ou leur sexualité pourraient être très importantes¹¹² : « certains papas voient naître leur bébé et sont traumatisés, ils [ne] peuvent plus toucher leur femme. Un papa m'a dit je ne peux pas voir ce bébé sortir par cet endroit-là et refaire l'amour avec ma femme après ! » (Coralie, sage-femme AMN). Les professionnelles cherchent ainsi à protéger le père et recadrent souvent son rôle et son champ de vision. Il est appelé « à la tête » de sa compagne, et rappelé à l'ordre quand il veut regarder la vulve de sa femme, en particulier si des interventions médicales prennent place.

L'interne s'adresse à la sage-femme référente : « La ventouse va lâcher, il faudrait mettre Monsieur à la tête, ça sert à rien qu'il voie ». (...) Après l'accouchement, le monsieur s'approche à nouveau et l'interne l'interpelle : « mais ne regardez pas, c'est pas forcément beau à voir, surtout pour votre intimité future, restez à la tête ». Il s'exécute à nouveau. (Journal de terrain, La Maternité)

Malika (parturiente, 1 AAD) a demandé à son mari qu'il ne regarde par son vagin au moment de la naissance afin qu'il reste « sacré » et associé à une dimension « très sexuelle », et non pas à une « sortie de secours de bébé ! ». La vision de la naissance doit rester cachée, elle est taboue, voire honteuse, la parturiente risquant de perdre son statut de femme désirable en devenant mère. Pour son deuxième enfant, Maria (parturiente 3 AMN, 1 transfert) ne voulait plus se préoccuper de « la pudeur qu'on peut avoir face à son mari » lorsque pendant l'accouchement « on se met dans des états pas possibles, on ressemble à rien, c'est animal », et lui a donc demandé de ne pas assister à la naissance.

¹¹⁰ Dans d'autres contextes, les manifestations physiques incontrôlées de matières corporelles construites comme « sales », font aussi l'objet de honte des acteurs, ou de stigmatisations (voir par exemple Arborio (2003) à propos des crises d'épilepsie). Les corps des femmes font particulièrement l'objet de ces risques de stigmatisme social, en particulier autour de la reproduction. C'est le cas pour la grossesse et l'accouchement comme je le montre et le rapportent également Akrich et Pasveer (1996) ou Carricaburu (2005), mais aussi pour les menstruations qui sont perçues comme une souillure répulsive (Johnston-Robledo et Chrisler 2013; Seear 2009; E. Martin 2001; Patterson 2014; Johnston-Robledo et Stubbs 2013; Mardon 2011).

¹¹¹ La construction du dégoût est aussi située socialement en salle d'accouchement. L'hôpital public prend régulièrement en charge des femmes dans des situations de précarité, voire de misère extrême. Louise (sage-femme mat) expose une situation dans laquelle « c'était lourd de sentir cette odeur, d'être avec ces gens qui vivent dehors, crado, c'est dur, ça pue ». La peur des fluides corporels est aussi directement liée à la peur d'être contaminée, notamment par le VIH-Sida, ce qui implique que les corps des femmes considérées comme « à risque » (toxicomanes par exemple), soient plus régulés que les autres. Les corps font ainsi plus ou moins « désordre ». Ces situations de grande précarité, peu thématiques par les médecins et les politiques sont développées par Perrenoud (2016).

¹¹² Il existe une abondante littérature, notamment dans le champ de la psychologie, à ce sujet, voir par exemple (G. White 2007; Longworth et Kingdon 2010).

Il s'agit de protéger les conjoints, mais aussi les femmes, de la vue d'un corps abimé, par les outils médicaux ou par le fœtus lui-même. Celui-ci est vu comme un être à protéger mais il peut aussi apparaître parfois dans les discours comme un « étranger » [alien] (Lupton 2012; Gross 2010). Schmied et Lupton (2001) rapportent que des femmes enceintes en Australie le décrivent comme « un parasite » ou un « envahisseur » (p.36-37). Certaines de mes répondantes l'ont assimilé à un potentiel « agresseur », en particulier de leur sexe (voir aussi: Vuille 1998). Chloé (parturiente 1 AMN transféré) par exemple rapporte que son « bébé a tout déchiré au passage parce qu'il est sorti avec les deux poings en avant, devant le visage. Donc il a un peu tout emporté ». Cette naissance a eu des répercussions ensuite sur sa vie sexuelle, elle avait l'impression d'une « aliénation » de son sexe, comme si la naissance du bébé l'avait dépossédée de cette partie de son corps : « c'est plus tout à fait ton sexe à toi, c'est quand même la porte sacrée... je sais pas, j'ai mis beaucoup de temps pour ravoir une sexualité ». Elle ajoute avoir du « mal à digérer », et me dit « c'est quand même mon corps qui a été déchiré ! ». Patricia (sage-femme AAD AMN) souligne que de nombreuses femmes perçoivent leur sexe comme « une zone sinistrée » juste après la naissance. Jonathan a été très « marqué » par la vue du corps déformé de sa compagne, et par l'accouchement difficile qu'« ils ¹¹³ » ont vécu après le transfert de la maison de naissance vers l'hôpital. La naissance a « démystifié » le sexe de sa partenaire pour reprendre ses propos. Il évoque une « scène de dégâts », « un chantier », ou encore un « champ de bataille ». Il semble y avoir, dans une certaine mesure, des pratiques de transmission également entre hommes, sur une vision du corps de la femme pendant l'accouchement comme possiblement effrayant. Geoffroy (conjoint, 1 mat) avait ainsi été dissuadé par ses amis « de regarder ». La scène, surtout celle qui se joue au plus près du sexe, doit ainsi être cachée aux regards profanes, et réservée aux regards des professionnelles aguerries qui seraient capables de surmonter dégoût et peur.

La médicalisation, et ici la péridurale en particulier, est décrit comme un outil qui protège du stigmate puisqu'il limite la perte de contrôle de la parturiente sur son corps et ses comportements. Parler de cette douleur, en avoir peur, mais aussi mal l'accepter, c'est autant de dimensions qui renforcent l'image de l'accouchement comme moment terrible, et qui comporte des risques intolérables, qui ne sont pas ici médicaux mais sociaux.

2 Des risques construits comme intolérables

2.1. *La mère et l'enfant, des êtres innocents à haute valeur symbolique*

Le premier élément qui conduit les risques associés à la naissance à être considérés comme particulièrement intolérables est qu'ils touchent des êtres à haute valeur symbolique: une mère et son enfant à naître.

Dans le contexte de la naissance, « deux vies sont impliquées » (Olivia, CDC), la mère, et le fœtus, ce qui conduirait à multiplier de fait les risques possibles¹¹⁴. Ces deux vies ont également une valeur particulière. D'abord parce qu'elles concernent des personnes jeunes et généralement en bonne santé¹¹⁵ dont la mort n'est pas « dans l'ordre des choses »

¹¹³ Jonathan se sent très impliqué dans cette naissance et parle volontiers de « leur » accouchement.

¹¹⁴ Si je parle ici du fœtus, je précise que les mères et les pères parlent plutôt de « bébé » (voir aussi: Markens, Browner, et Press 1997), tout comme les professionnelles lorsqu'elles s'adressent aux parents, ce qui montre l'importance et la personnification de celui-ci.

¹¹⁵ Dans le vocabulaire de la santé publique, notamment celui de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des études économiques) en France, un individu décédé avant 65 ans entre dans les

(Gaëlle, sage-femme assistante AAD AMN). Ensuite parce que le décès d'une mère et d'un enfant à naître auront un impact fort sur le reste de la famille, ce qu'Andréa commente sur un ton ému :

c'est une mère en bonne santé, il y a ce bébé qui va tout bien, qui ne demande qu'à être bien, c'est inadmissible de ne rien faire et que ce bébé toute sa vie soit IMC, retardé, que cette famille, cette femme, les frères, les sœurs, les grands-parents, tout le monde en pâtisse toute sa vie... moi je trouve ça dramatique ! (...) c'est une charge émotionnelle aussi... et financière, pour la société, qui n'est plus acceptable de nos jours, je trouve. C'est ça la monstre différence [par rapport à d'autres risques médicaux]. (...) On va pas les laisser orphelins les autres enfants ! (...) c'est pour ça que c'est un métier hyper stressant. (Andrea, adjoint)

Ces risques sont intolérables quand ils touchent le fœtus puisque celui-ci est considéré comme un être « pur », « précieux » et « vulnérable » (Lupton 2014)¹¹⁶ qui doit être protégé. A la différence des adultes qui peuvent avoir des comportements à risques, le fœtus est perçu comme innocent, au-dessus de tout soupçon : sa mauvaise santé ne peut lui être imputée. Les complications apparaissent alors comme d'autant plus injustes pour Andréa (adjoint) : « un malade on se dit bon il est mort. Ben voilà le pauvre il fumait, il avait une hypertension, il avait qu'à aller chez le médecin ! J'ai fait ce que j'ai pu. Je veux dire là c'est pas comme ça, on peut pas ! ». Comme la responsabilité ne peut pas être déplacée vers ce petit patient, elle peut selon Andrea être plus facilement imputée aux professionnelles, ce qui rend l'exercice « stressant » selon elle et qui fait que c'est une spécialité « qui fait peur ». Selon Mélissa, cette dimension affecte le travail des soignantes qui sont davantage touchées par rapport aux situations prises en charges « dans un service cardiologique » par exemple, risquant, d'une part d'être moins efficaces à cause de leur stress, et d'autre part, d'intervenir à outrance. Pour elle « parce que ça touche à l'enfant (...) on accepte pas la fatalité ». Ces risques-là constituent « une chape de plomb, un tabou » dont on ne « peut pas parler » selon elle, et qui suscitent des émotions – notamment la peur – chez les professionnelles de santé, qui sont beaucoup moins présents dans d'autres services. Ceci est d'autant plus vrai que les « grosses catastrophes » inattendues, comme elles sont nommées sur le terrain, sont peu fréquentes en salle d'accouchement aujourd'hui, et font donc événement lorsqu'elles se produisent.

2.2. Des complications rendues impossibles, invisibles et anachroniques par le progrès médical

Au début du siècle dernier, les décès de mères et d'enfants étaient intégrés à la vie courante, presque « normaux » affirme Maude (interne) : « c'était un fait. C'est normal quoi. Ça pouvait arriver que ton bébé meure, et ça pouvait arriver que tu meures ». Les personnes en faisaient l'expérience elles-mêmes ou dans leur entourage proche, et ces événements relevaient du destin (Giddens 1994). Aujourd'hui, peu d'entre nous connaissent quelqu'un dans son entourage proche qui a vécu un drame lors de son accouchement. De plus, dans un monde « désenchanté » (Weber 2014 [1959]), une explication scientifique et rationnelle est associée à la plupart des phénomènes naturels, et en particulier les maladies, ce qui conduirait l'humain à ne plus accepter des manifestations incontrôlées de la nature. Louise

statistiques de la catégorie de « mortalité prématurée » (Source : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1695>, consulté le 23.11.2016). Ce terme sous-entend que celui-ci n'aurait pas dû mourir.

¹¹⁶ Lupton utilise ces termes à propos des représentations des corps des enfants dans les médias populaires en Australie. Je les reprends ici dans le contexte de la naissance car ils correspondent particulièrement bien aux représentations du fœtus aujourd'hui.

(sage-femme mat), qui établit une causalité entre risques intolérables, complications, et connaissances médicales: « y en a qui vivaient, y en a qui mouraient... Y en a qui naissaient aveugles mais on se posait pas la question, c'était la toxo[plasme]¹¹⁷ qu'on avait contracté, tu vois? Y avait plein de trucs, à l'époque c'était comme ça! (...) Notre société elle permet plus ça ».

Ce qui se joue en filigrane, c'est aussi la question de la responsabilité. La maladie devient d'autant plus insupportable quand la cause est identifiée et est considérée comme imputable à un comportement à risques qui pourrait être évité par le respect des recommandations médicales. Ce sont « des morts évitables », qui restent donc « au travers de la gorge » (Joana, sage-femme mat). Choisir d'accoucher à domicile par exemple apparaît comme « inadmissible » (Andrea, adjoint) pour de nombreuses professionnelles et des femmes puisqu'il ne permettrait pas d'assurer au mieux la sécurité des mères et des fœtus. Pour Lou (sage-femme mat), « on n'a plus le droit de faire prendre ce genre de risques aux femmes ». Marc (adjoint) résume la situation ainsi : « si une femme accouchait sur une île déserte sans aide, il y aurait 2% de décès, avec une aide minime, 1%. Et puis le rôle de l'hôpital et d'une prise en charge interventionniste, c'est d'arriver à 10 pour 100 000 ». Pour lui, que les femmes décident d'accoucher en dehors d'un hôpital et donc « accepte[nt] de placer une heure entre le moment de la césarienne et la décision est assez difficile à accepter ». Il affirme qu'il « n'accepterai[t] pas en Suisse en 2013, d'avoir un décès de bébé ou de mère évitable ».

Certaines répondantes expriment une sorte de dette morale envers les femmes qui vivent dans des pays où les conditions sanitaires sont mauvaises et l'accès aux soins limité. Nous aurions la responsabilité, en Suisse, de profiter de l'offre médicale à disposition et de tout faire pour contrôler les risques puisque nous en avons les moyens. Maude (Interne) alerte contre des pratiques, dont l'accouchement à domicile, qu'elle qualifie « d'extrêmes » et qui pourraient conduire à une nouvelle élévation des taux de mortalité : « ma réaction de base c'est, si tu veux une vie médiévale entièrement recréée où 5 de tes 12 enfants vont mourir parce qu'il n'y a pas de contraception, pas de médicalisation de l'accouchement, pas de vaccination, et puis ils meurent tous d'une diarrhée à un an, voilà ».

Comme le suggèrent Joana (sage-femme mat) ou Marc (adjoint), si des morts sont considérées comme « évitables », toutes ne le sont pas. Ainsi, les professionnelles s'accordent pour considérer que l'incertitude est inhérente à la naissance. Même un univers hospitalier dans lequel toutes les procédures ont été suivies à la lettre ne peut garantir un accouchement sans risques. En suivant la logique de l'incertitude permanente, il semble peu réaliste de pouvoir dire qu'une complication à domicile aurait été évitée avec certitude en milieu hospitalier. Les positionnements des professionnelles présentés ci-dessous relèvent la difficulté, dans la perspective du risque adopté dans le milieu médical, de faire réellement de la place dans les pratiques à l'incertitude inhérente à la vie humaine (Castel 1991). Surtout, les morts considérées comme inévitables, et donc davantage « acceptables » sont celles qui se sont produites lorsque la parturiente a respecté les recommandations médicales, de même que les médecins, mais que la complication survient malgré tout. Il n'y aurait alors plus de fautes, et donc aucune sanction morale à attribuer, cette complication relevant de la part résiduelle de risque, et ne remettant pas en question le dispositif obstétrical dominant.

¹¹⁷ Contractée pendant la grossesse, la toxoplasmose peut – dans certains cas – provoquer la cécité de l'enfant.

Conclusion du chapitre 4

J'ai analysé dans ce chapitre les modalités d'expression du caractère insupportable et donc socialement intolérable des risques associés à la naissance. Ceux-ci devraient disparaître, ou plutôt être réduits à leur minimum, un seuil jugé accessible lorsque les professionnelles et les parturientes se conforment aux recommandations médicales. L'histoire et la situation des pays en voie de développement, ainsi que le caractère instable du corps de la femme enceinte, servent de preuves présentées comme irréfutables de cette réalité.

En Suisse, l'existence de ces risques intolérables qui ne peuvent être maîtrisés au mieux que par la médecine, est concrétisée dans la loi sur l'assurance maladie que j'ai présentée dans la revue de la littérature. Celle-ci permet un accès universel des femmes, de par sa gratuité, à une prise en charge médicale de la grossesse jusqu'aux suites de couches. Comme l'a montré Memmi (2003), l'incitation financière à travers le développement de la couverture sociale est un levier d'incitation par l'économie, une modalité de « direction des conduites (...) officiellement peu contraignante » (p.83). Celle-ci produit un « encouragement symbolique et [une] reconnaissance sociale » (Memmi 2003, 78) adressés aux femmes pour qu'elles choisissent d'être suivies pendant leur grossesse et leur accouchement par une professionnelle de santé¹¹⁸. Les médecins, les sages-femmes et les femmes, y compris lorsqu'elles sont critiques de la prise en charge médicale, perçoivent cette prise en charge comme un avantage certain, un progrès social qui permet à toutes les femmes d'avoir accès à un suivi de qualité, réalisé par des professionnelles. Le fait que les complications médicales graves qui peuvent survenir lors de l'accouchement sont intolérables et nécessitent donc des surveillances et des interventions, le cas échéant, de professionnelles de la santé fait consensus. Les modalités de cette prise en charge médicale peuvent cependant faire débat, de même que le contenu des risques à éviter en priorité. Cela sera analysé dans les parties relatives au dispositif hospitalier (troisième et quatrième parties) et dans celles relatives au dispositif extrahospitalier (cinquième partie).

Ce chapitre illustre bien la construction circulaire des risques. D'un côté une formalisation des dangers en risques est produite pour répondre « à des peurs et des inquiétudes » (Gilbert 1992), qui sont particulièrement fortes dans le contexte de la naissance ; de l'autre côté, la fabrication des risques favorise la production de discours sur les risques et participe à augmenter l'anxiété des professionnelles et des parturientes de devoir faire face à des complications. Comme les complications très graves se produisent rarement, les discours prennent le relai de l'expérience vécue pour transmettre l'existence de dangers, en ayant recours à un registre émotionnel qui suscite la peur, voire l'effroi.

Pour autant, et c'est une spécificité de la naissance, les professionnelles comme les parturientes tiennent également des discours à l'opposé de cette vision sombre de la naissance. Cette expérience est aussi décrite comme fondamentalement joyeuse, voire magique, des dimensions moins explorées par les recherches en sciences sociales.

¹¹⁸ En France, l'incitation financière est plus forte qu'en Suisse et va même jusqu'à la sanction (Memmi évoque un « régime de pénalisation financière ») : les femmes qui ne se soumettent pas aux contrôles de grossesses et/ou aux examens après la naissance peuvent se voir retirer le droit aux allocations familiales (Memmi 2003, 85)

Chapitre 5 Construction du moment magique : « un des plus beaux jours de votre vie »¹¹⁹

De nombreux travaux ont montré que le modèle biomédical ne laisse pas (ou peu) de place à l'expérience et au vécu de la naissance par les femmes, qui seraient perçus comme des éléments secondaires de moindre importance dans la prise en charge de la naissance (Maffi 2012b; Oakley 1984; Davis-Floyd 2003). Je ne réfute pas leurs conclusions, mais y apporte de la nuance. L'accouchement est en effet non seulement décrit comme un moment à risques, mais est en même temps perçu par les professionnelles et les parturientes qui accouchent dans et en dehors de l'hôpital, comme un « moment magique », dont le vécu est important pour les mères, les pères, et les bébés.

L'analyse des discours et des pratiques des professionnelles, des parturientes et des pères, me permet d'avancer que l'accouchement est perçu comme un rite de passage. Il est en effet décrit comme un moment à part, extraordinaire et transcendant. De plus, pour les répondant.e.s, l'accouchement s'inscrit comme un changement de statut pour la femme qui devient mère, pour l'homme qui devient père, pour le couple qui devient famille, et pour le fœtus qui devient être humain. L'accouchement représente ainsi un moment liminaire, à l'intersection entre plusieurs statuts ou phases différentes de vie (Maffi 2012b). La liminalité est identifiée comme une dimension centrale de la définition des rites par Turner (1995). Van Gennep (2011) insiste sur le concept de marginalité, qui s'apparente aussi à la naissance comme rite. Pour van Gennep, le rituel se déroule dans une phase de marge, qui se situe entre la rupture avec la vie sociale courante (séparation), et le retour à la normale (agrégation) (Ossipow, Berthod, et Aeby 2014). Dans cette phase de marge qu'est l'accouchement, j'ai montré que le corps de la femme enceinte est perçu comme particulier, notamment du fait que son instabilité pourrait provoquer des drames. Des représentations inverses circulent également à propos de l'énergie créatrice de ce corps féminin. Bien vivre ce rite de passage pourrait être mis en difficulté par l'expansion de la technicisation et de la prise en charge médicale de l'accouchement selon des professionnelles et des usagères. Il s'agit alors de défendre des pratiques médicales circonscrites au strict nécessaire.

1 Un évènement extraordinaire et transcendant

Pour Sophie (sage-femme mat, suivi global), l'accouchement fait partie des évènements très marquants de la vie, dont le souvenir suit les femmes « jusqu'à [leur] mort » : « dans les asiles de vieux, les femmes elles parlent de leurs accouchements ». L'expérience est à part, d'une part parce qu'elle est rare, puisque les femmes ont peu d'enfants et d'autre part parce qu'elle est forcément « tellement bouleversant[e] » du fait « qu'on intègre quelqu'un dans une famille » (Lyanna, sage-femme mat).

Pour décrire la particularité de la naissance et son caractère « unique » (Zora, parturiente 1 AMN transféré), plusieurs répondantes ont fait le parallèle avec la fin de vie et la mort. Le début et la fin de la vie sont considérés comme des états liminaires, de basculement, charnières dans l'existence humaine. Pour Armelle (parturiente, 4 AMN), « c'est vraiment un des trucs les plus importants de la vie, quoi. Comment on vient, comment on part ». La naissance ferait ainsi partie des « questions existentielles » de la vie (Cleo, sage-femme AMN).

¹¹⁹ Caroline (sage-femme mat)

Dans le discours des femmes et des professionnelles, l'accouchement est extraordinaire, quasi « extra-terrestre » (Maya, parturiente, 1 AMN transféré), et nous dépasse en tant qu'êtres humains. Michelle (interne) décrit l'atmosphère de la salle d'accouchement de « magique », de même que Marc (adjoint) qui déclare que « ce moment de l'accouchement, qui est un moment quand même assez magique, et un grand moment pour les familles ». Dans le chapitre précédent, j'ai mis en avant l'idée que nous serions dans un monde « désenchanté », où l'on en comprend tous les rouages par la connaissance scientifique. Pourtant, même si les professionnelles, et des usagères, en connaissent parfaitement les mécanismes biologiques, la conception d'un enfant et sa naissance restent « magiques », « transcendantes » car non complètement maîtrisées et appréhensibles par le biais de la connaissance scientifique et technique :

quand tu penses ce fonctionnement incroyable de deux personnes qui se rencontrent, par quel acte ça commence de donner un nouvel être humain (...) ça reste caché dans ces ventres de femmes, c'est extraordinaire, je suis fascinée et voilà. C'est magique, passionnant, le fait qu'il y ait toujours un suspens total au début de chaque accouchement, tu peux avoir des surprises dans tous les sens du terme. (Inès, sage-femme AMN)

Pour les professionnelles être « témoin » de ce moment fait partie des « privilèges » du métier et alimente leur passion pour celui-ci. Mylène (sage-femme mat) est « fière » d'assister à « ce moment privilégié dans la vie des gens ». Pour Cleo (sage-femme AMN) « accompagner une vie est une chance extraordinaire ». Pour Louise (sage-femme mat) c'est « un cadeau que ces gens [lui] font ». Alors qu'elle travaille en salle d'accouchement depuis treize ans, il lui arrive encore de « verser sa larme » tant à « chaque fois c'est quelque chose de wouahou, quoi! ». A La Maternité, il est arrivé à plusieurs reprises que les sages-femmes restent pour la naissance, bien que leur garde soit terminée. L'une d'entre elle explique être restée car « C'était Tellement beau ! j'en avais la larme à l'œil, j'ai pas pu partir » (journal de terrain, La Maternité).

Dans mes données, il apparaît que les gynécologues-obstétriciens sont intéressés par la pathologie, la réflexion, les gestes techniques. Toutefois, pour une partie d'entre eux, surtout les médecins expérimentés, l'accouchement physiologique qui se passe bien leur plaît aussi, l'évènement de la naissance étant en lui-même « incroyable » (journal de terrain). Jade (adjoint) vient d'accompagner l'accouchement d'une femme dont le mari est interne en chirurgie spécialisée.

Après la naissance, le père s'adresse à Jade: « ça doit être ennuyeux pour vous, qui êtes spécialiste du haut risque, de faire des accouchements simples ». Elle lui répond : « non au contraire, c'est que du bonheur ! Justement, j'adore ! Sinon, on ne m'appellerait que quand il y a des problèmes. Faire un accouchement comme ça c'est magnifique ! » (Journal de terrain, La Maternité)

La passion pour le métier et ce sentiment d'être privilégiée naissent aussi du fait que les professionnelles perçoivent la naissance comme un moment authentique. Morgane (sage-femme mat) décrit les relations et les personnes comme « vraies et sincères » au moment de l'accouchement, comme il n'y en aurait « pas ailleurs dans la société ». Pour Khadija (sage-femme AAD AMN) « il n'y a pas beaucoup de professions où on a ce privilège-là : de pouvoir rencontrer l'autre dans son essence, dans son authenticité. D'être vraiment dans une relation d'humain à humain et pas masque à masque ». L'authenticité est définie par un état qui échappe au contrôle de l'intellect et est assimilé à un état de nature, animal, instinctif. Marie (sage-femme mat) préfère ainsi accompagner des accouchements sans péridurale

dans lesquelles « on voit cet instinct animal (...) il [n'] y a plus cette retenue, et que nous on est là au milieu à en prendre plein les yeux... c'est un magnifique spectacle ». Plusieurs sage-femme décrivent un état de conscience altéré chez les parturientes, qui ne peut être atteint quand il n'y a pas de péridurale. Réduire les interventions est ce qui permettrait à la femme de se libérer des contraintes sociales, d'être « elle-même », ce qui signifie pour ces actrices, revenir à un état de nature. L'image d'Épinal de la femme qui accouche reste celle qui le fait sans péridurale :

je veux pas non plus apparaître manichéenne et puis c'est comme-ci, c'est comme-ca et c'est pas autrement. Mais effectivement, une femme qui accouche sans péridurale c'est souvent assez violent, souvent assez animal, et puis lorsque l'enfant arrive, souvent il y a une espèce de libération de cris de joies de pleurs, de je te touche, je te lèche (...). Par contre je trouve qu'un accouchement sous péridurale, c'est un petit peu le journal parents, c'est-à-dire que c'est merveilleux on va pousser, c'est merveilleux bravo madame on va mettre le miroir, et puis voilà votre enfant, et puis tout le monde est ému, tout à fait ému. Je ne sais pas si vous sentez la différence. Il n'y a plus de cris, il y a plus... et cet espèce d'animalité qu'on peut retrouver avec un accouchement sans péridurale. (...) la différence, c'est l'émotion qui déborde. (Sophie, sage-femme mat, suivi global)

La femme en travail et sans péridurale, est dans un état second, elle plane, elle se laisse aller, elle est ailleurs. Femme et témoin de la naissance (sage-femme, conjoint), peuvent décrire leur fascination pour cet état parallèle, permis notamment par les hormones de la naissance. Carole (parturiente, 1 AAD) explique avoir été « shootée avec les hormones », et dit que « c'est assez impressionnant l'état dans lequel on peut être ». Linda (parturiente, 1 mat) décrit la sensation qu'elle a éprouvée : « j'étais de plus en plus... pas dans les pommes, mais ailleurs. Je ne parlais presque plus ». L'absence de péridurale, en permettant cet état altéré, révélerait d'autant mieux le caractère symbolique et rituel de la naissance. Natacha (parturiente 1 AMN) l'assimile au vécu d'une expérience « mystique ».

Dans le monde médical, l'incertitude est considérée comme un paramètre négatif qu'il faut réduire grâce à la surveillance, à la médicalisation et à la recherche. Dans le contexte de l'obstétrique où les risques sont intolérables, cela est d'autant plus vrai. Paradoxalement, et c'est ce qui rend spécifique la question de la construction des risques en obstétrique, l'incertitude est aussi valorisée, par les soignantes et les parturientes. Les professionnelles que j'ai rencontrées décrivent l'incertitude comme une source de satisfaction puisque cela les amène à déployer des compétences pour gérer des situations complexes dans des situations urgentes qui varient. De plus, pour les professionnelles comme pour les parturientes, l'incertitude participe de la magie de l'événement.

Le fait que l'accouchement se déclenche naturellement (c'est-à-dire sans induction par des médicaments) à un moment imprévu est valorisé par les répondantes et participe de l'excitation de la naissance. Cynthia (parturiente, 1 mat), qui a dû être provoquée regrette que ça ait « gâché un peu la surprise de quand vont arriver les contractions ». Joëlle (parturiente, 1 mat) raconte avec émotion les indices corporels qu'elle a ressentis à l'approche de la naissance et la joie qu'elle a ressentie en se demandant si ces indices qui lui mettaient « la puce à l'oreille » étaient en effet le signe d'une naissance imminente¹²⁰. Certaines démarches de parents, comme garder « la surprise » du sexe de l'enfant à la

¹²⁰ Maffi (2012b) qui a récolté les paroles des femmes dans les cours de préparation à la naissance d'une grande maternité Suisse confirme que la majorité des femmes souhaitent vivre une naissance par voie basse sans intervention médicamenteuse.

naissance, sont aussi des stratégies déployées pour maintenir l'incertitude, vécue comme positive. Chloé (parturiente 1 AMN transféré) a d'ailleurs peu apprécié que les échographies transforment son imaginaire du fœtus en « l'expo[sant] à voir des organes » notamment. Pour d'autres, les échographies ont au contraire représenté un moyen d'être « en contact avec [leur] bébé » (Sandra, parturiente, 1 agréé) et étaient satisfaites que le gynécologue en réalise chaque mois.

Je n'ai pas rencontré de parents qui souhaitaient bénéficier d'une provocation (je sais qu'il y en a à l'hôpital, et qu'elles sont acceptées à certaines conditions), ou une césarienne. Les césariennes dites « de convenance » sont toutefois convoquées par les professionnelles (et certaines femmes), comme le symbole de la volonté de contrôle de notre société. Amélie (sage-femme mat) est critique des femmes qui veulent « tout contrôler [en demandant] une césarienne prévue pour le planning des vacances ». Ce qui la « choque » et la « désespère » c'est « qu'on perd de plus en plus cette magie, de ce moment incertain, imprévu, inconnu, qu'on sait pas combien de temps ça va durer, comment ça va se passer, comment ça va finir, et puis comment ça va continuer, parce que c'est que le début de l'aventure ! ». Pour Amélie, sans l'incertitude « on aurait des vies pourries ! ».

Le caractère spécial de la naissance est donc conféré par le caractère « magique », c'est-à-dire en partie insondable et incertain, et qui génère des émotions positives comme la joie et l'attendrissement, auxquelles sont sensibles les parturientes, leurs conjoints, et les professionnelles. Ces éléments participent à signifier et repérer un changement de statut.

2 L'accouchement comme acquisition d'un nouveau statut

Dans les discours des répondantes, l'accouchement comme rite signifie collectivement un changement de statut pour l'ensemble des protagonistes : la femme devient mère, l'homme devient père, le couple une famille, et le fœtus être humain. Le rituel est un processus socialisant, c'est par lui que « se transforme un phénomène biologique en phénomène social » (Leneveu 2013, 67). Selon les répondantes, l'accouchement resterait un des derniers rites de passage dans une société moderne où ceux-ci auraient eu tendance à s'affaiblir.

2.1. *De femme à mère*

En accouchant, certaines parturientes se sont senties reliées aux autres femmes de la planète, et également à leurs ancêtres qui ont elles-mêmes accouché. Ce lien entre les générations s'établit également, pour certaines, par le sentiment que les aînées ont transmis une capacité à accoucher physiologiquement. Pour Sylvie (parturiente 1 AMN), avoir une « mère qui [lui] avait dit qu'elle avait accouché sans péri[durale] » lui a donné « vachement confiance ».

Si elles ne sont plus perçues comme ayant une signification divine, permettant le « rachat des péchés » comme c'est le cas au Moyen Age (Knibiehler 2012, 41), les douleurs auraient une fonction sociale. Pour certaines professionnelles et des parturientes, elles permettraient à la femme de vivre d'autant plus le rituel du devenir mère en sentant dans son corps, le fœtus passer. Elles « aident à marquer le passage » (Vuille 1998, 115) et participent de la dimension initiatique de la naissance (Jacques 2007).

Je voulais vraiment vivre les sensations, je trouvais que c'était aussi un peu un rite de passage cette douleur, je trouvais que c'était un moyen de comprendre ce qui se passe, cette séparation, disons que c'est quand même extrêmement violent, et je me disais que cette violence elle a peut-être une raison d'être quand même. Et puis oui, je trouvais que c'était quand même un rite de

passage pour moi, c'est-à-dire j'ai vécu cette expérience et je peux témoigner de cette expérience. (Chloé, parturiente, 1 transféré AMN)

Les sages-femmes valorisent ainsi les femmes qui acceptent de vivre dans leur corps les sensations de la naissance, et donc en particulier celles qui n'ont pas de péridurale. Pour Evelyne (sage-femme agréée) les femmes qui accouchent sans péridurales « vivent leurs contractions », elles sont « obligées d'être présente », tandis que les femmes avec péridurales « elles dorment. Leur corps dilatent et elles dorment ». Or pour elle « Devenir maman c'est compliqué dans la tête, c'est une étape difficile (...) et hyper importante, et je pense qu'il faut la vivre », et donc ne pas dormir pendant que ce processus se produit. Pour elle, cela favorise le lien d'attachement avec le bébé, qui même s'il peut être « rattrapé intellectuellement », est facilité lorsque les événements ont été « vraiment vécus ». Elle considère que l'« on reste des animaux » et l'attachement se produit grâce aux « hormones, la nature a bien fait le truc »¹²¹. Certaines femmes pensent que la naissance est un moment éprouvant pour le fœtus qui ressentirait lui aussi de la douleur. En n'ayant pas de péridurale, la femme commencerait déjà à jouer son rôle de mère en l'accompagnant dans sa progression et dans son histoire. Éprouver de la douleur serait ainsi un moyen d'être complètement avec son bébé : « C'était aussi vraiment ça, l'idée d'accompagner [le bébé en train de naître], de souffrir avec lui. Je veux dire, il est écrasé des contractions, il doit passer le tunnel ». (Armelle, parturiente, 4 AMN)¹²².

Cléa (sage-femme indépendante) regrette ainsi que la péridurale ait « pacifié tout le monde » et « banalisé énormément la naissance ». Pour elle la « fête est moins grande » lors d'une naissance, par rapport à ce qui se produisait lorsqu'elle a commencé à travailler où « on sabrait le champagne » et où on « sortait du cadre » pour faire venir plusieurs amis dans la salle d'accouchement, contournant la règle d'une seule personne. Cette fête est selon elle « éclipsée par la médicalisation ».

Amélie (sage-femme mat) se désole des femmes qui « regardent des films » ou « leur Iphone » pendant leur accouchement. Ces pratiques signifient pour elle que ces femmes n'« en ont rien à faire de l'accouchement ». Au-delà de la question de la péridurale, c'est la capacité à être « heureuse » à la perspective d'accueillir son enfant qui se joue :

une des difficultés que je trouve assez pénible, c'est justement un truc qui me vient tout de suite à l'esprit, c'est ces femmes qui n'arrivent pas à être heureuses dans leur accouchement, moi je trouve ça VRAIMENT DIFFICILE (...) T'as vraiment envie de leur dire: « mais oh-hé, c'est le plus beau jour de votre vie, on se réveille! » [rire], ce que je ne peux pas dire, évidemment, pour rester professionnelle et puis... Et puis essayer de les accompagner plutôt dans leur démarche mentale, pour qu'elles comprennent en fait qu'elles sont en train de vivre quelque chose d'incroyable. (Erin, CDC).

Il est attendu de la parturiente qu'elle manifeste des sentiments de joie après la naissance de l'enfant, qu'elle ait des gestes tendres à son égard, qu'elle le touche, et si possible, qu'elle l'allait. Les émotions ressenties par les jeunes parents, et surtout affichées puisque c'est seulement à cela que nous avons accès, sont un moyen d'évaluation par les

¹²¹ Le raisonnement d'Evelyne, partagé par d'autres sages-femmes, prend sa source dans les travaux de Michel Odent, un obstétricien français qui décrit le rôle fondamental joué par l'ocytocine comme « hormone de l'amour » qui permettrait à la mère et enfant de s'attacher, et qui serait davantage sécrétée à certaines conditions, notamment quand l'accouchement se passe avec le moins d'interventions possibles (Odent 2001).

¹²² Plus loin dans l'entretien, Armelle admet pourtant que la douleur était tellement forte qu'elle n'a pas réussi à « penser à lui, à l'encourager », et elle culpabilise.

professionnelles, en plus des gestes faits envers l'enfant et les attitudes adoptées. Comme le signale Mauss, « les expressions orales des sentiments sont essentiellement, non pas des phénomènes exclusivement psychologiques ou physiologiques, mais des phénomènes sociaux » (Mauss 1921, 2). Il poursuit en disant que ces manifestations sont non-spontanées et d'ordre de l'obligation sociale.

Si des femmes sont observées de plus près dans leur capacité à bien accueillir leur bébé, élément qui peut être déterminant pour les décisions de retrait de l'enfant par exemple, toutes sont concernées¹²³. Le vécu de l'accouchement par la parturiente, voire les interventions qu'elle risque de subir dans son corps, doivent passer au second plan. Katja, sage-femme agréée, critique en entretien une femme qui « [était] plus dans son accouchement que dans la naissance de son bébé ».

J'ai montré ici que la femme est au cœur du rite de passage de l'accouchement qui marque son changement de statut. Il est attendu qu'elle s'engage pleinement, corporellement et psychiquement, dans ce moment. Le père est plus périphérique, mais n'est pas exclu de ce rite, qui constitue pour lui aussi un changement de statut.

2.2. D'homme à père

Des cas de « couvades » sont régulièrement rapportés dans les recherches ; pour Le Breton (2010a) « la somatisation du père apporte sa contribution à la mise au monde de son enfant » (p.220). Les pères que j'ai rencontrés ne m'ont pas rapporté en avoir fait l'expérience. Ils sont par contre présents en salle d'accouchement dans la majorité des cas, et cela va de soi selon une grande partie des mères et des pères que j'ai rencontrés. Pour Malorie (parturiente, 1 mat) et Sylvie (parturiente, 1 AMN), la présence du père était « une évidence ». Selon Iris, c'est tellement « normal », qu'elle et son conjoint ne se sont « pas vraiment posé la question » (parturiente 1 mat, 2 AMN). Le soutien important que fournit le père à la mère est souvent décrit comme fondamental par les femmes qui accouchent, même si ceux-ci se sentent parfois, et en particulier dans le monde hospitalier, « inutiles »¹²⁴. La présence du père est cependant perçue comme indispensable, non pas, ou pas seulement, pour le soutien qu'il peut apporter, mais pour la nécessité de s'inscrire, dès le début de la vie de l'enfant, comme figure parentale. Etre fait père dès la naissance, et reconnaître ce rôle et se voir reconnu par les autres. Pour Leonie (parturiente, 1 mat), qui a vécu une césarienne en urgence, sa plus grande inquiétude était l'absence du père à la naissance de leur enfant¹²⁵ : « c'est un moment super important de ta vie et (...) j'avais peur qu'ils commencent [la césarienne] et que le bébé arrive et qu'il ne soit pas là. Ça me stressait! J'étais vraiment dans un état de stress. J'avais besoin qu'il soit à côté. C'était un moment difficile ». Assister à l'accouchement de sa compagne a été éprouvant pour Jonathan mais il retire une fierté d'être resté malgré tout. Il perçoit ces difficultés comme autant d'épreuves qui ont représenté un rite de passage pour lui, accompagnant son changement de statut d'homme à père : « un accouchement pour moi c'est un événement majeur. Moi ça m'a complètement bouleversé et je pense que je ne suis pas le même. (...)

¹²³ Ces mères sont particulièrement bien identifiées dans cet hôpital. Dans leur dossier médical est joint une « fourre violette » qui contient le déroulé de leur prise en charge « psycho-social » interdisciplinaire, et le récit, parfois détaillé, de leur histoire. J'approfondis ces situations dans la quatrième partie du manuscrit.

¹²⁴ Longworth et Kingdon (2010) décrivent des résultats similaires dans leur recherche par interviews sur la place du père en Grande-Bretagne.

¹²⁵ Présent lors de l'entretien, Loris, son conjoint, va largement soutenir les propos tenus par Leonie.

pour moi c'était clairement un rite de passage essentiel » (Jonathan, conjoint, 1 AMN transféré)

Les professionnelles m'ont répété qu'il ne fallait pas forcer le père à assister à la naissance, car cela pouvait avoir ensuite des impacts sur la vie de couple, et en particulier sur la sexualité. Elles insistent également sur la nécessité de prendre en compte les différences culturelles. Emily, sage-femme à la maternité, prévient qu' : « il faut faire bien attention de bien s'occuper du père, mais certains ils sont forcés de venir [sous-entendu par la mère ou l'entourage], et c'est pas bien non plus. Il faut prendre en compte les cultures différentes par rapport à la présence du père pendant l'accouchement, dans certaines cultures, ça ne se fait pas du tout » [journal de terrain, La Maternité].

La sage-femme conçoit son rôle comme étant d'intégrer le père à la naissance, tout en s'assurant qu'il a bien choisi d'être là. Dans la pratique, j'ai souvent observé qu'il y a une attente autour de la place du père, même par les professionnelles, et en particulier quand il s'agit d'une famille supposée de « culture suisse », de classe moyenne et supérieure, sans problèmes particuliers... en somme, des familles socio-culturellement proches des sages-femmes. Dans ce contexte, la bonne place du père est décrite comme auprès de sa femme (plus que d'autres membres de la famille), soutenant, et ému.

Lorsque je leur demandais de me raconter des naissances qu'elles avaient particulièrement appréciées, les sages-femmes indépendantes comme hospitalières citent très souvent celles où le couple était proche et où le père avait joué un rôle important. Les professionnelles de la salle d'accouchement reçoivent régulièrement des cartes, lettres et autres cadeaux pour les remercier de leur accompagnement. Il est révélateur qu'en salle de pause, seule la lettre d'un père soit exposée et encadrée.

Si une certaine présence du père est attendue en salle d'accouchement, les professionnelles se montrent particulièrement critiques à l'égard de ceux qui prennent « trop de place ». L'accouchement est un rite qui est considéré comme appartenant d'abord à la femme, par le simple fait qu'elle le vit dans son corps : « il faut faire attention au mélange des rôles. Des fois, c'est l'inverse, il y a des papas c'est trop quoi, ils disent on a accouché ! ils veulent presque pousser pour leur femme ! il faut alors faire un recadrage des rôles ». (Journal de terrain, La Maternité).

Le père est censé garder sa place de spectateur relativement passif face à la situation, la sage-femme devant « le recadrer » si besoin. Il n'est pas question qu'il occupe le premier rôle qui est réservé à la parturiente. Surtout à l'hôpital, il s'agit aussi de veiller à ce que celui-ci ne devienne pas un concurrent des professionnelles. La bonne place du père est d'être présent, mais pas trop.

2.3. De couple à famille

La naissance, qualifiée de moment intime, doit d'abord appartenir au couple, qui est le centre de la famille aujourd'hui, selon la majorité des répondantes. Cette naissance est vue comme « un tournant dans la vie du couple » qui « redéfinit » tout (Géraldine, parturiente, 3 AAD). Une sage-femme indépendante explique aux couples réunis à l'occasion d'une séance de préparation à la naissance : « Le premier bébé c'est vraiment le rite initiatique, celui qui ouvre la porte, celui qui vous fait parent ». Les autres membres de la famille doivent ainsi être provisoirement mis à l'écart de la naissance pour laisser le couple passer cette épreuve

et changer de statut¹²⁶. Jade (adjoint) a suivi une partie de la grossesse d'une jeune femme de 17 ans qui a une assurance privée. Au moment de l'accouchement, elle veille à « donner sa juste place au père » et essaie de limiter l'accès à la salle à la grand-mère. Elle prévient ainsi la sage-femme en charge de la situation : « il faut bien gérer la mère aussi, il faut pas qu'elle prenne trop de place, il faut vraiment que tu essaies de favoriser que le mari vienne dans la salle à la place de la mère. Chacun sa place ! ». Un peu plus tard, elle entre dans la salle d'accouchement, la grand-mère est présente tandis que le père attend dans le couloir¹²⁷. L'interaction suivante se déroule :

« Où est Monsieur ? ce serait bien qu'il soit là, c'est important ». Elle se tourne vers la patiente « qu'est-ce que vous, vous voulez ? », « ça m'est égal ». Jade insiste pour que la grand-mère cède sa place au père. La grand-mère intervient « il est sorti parce qu'il avait peur d'être impressionné ». Jade : « allez le chercher, il s'assiera s'il ne se sent pas bien ». Jade sort et dit qu'elle reviendra d'ici une petite heure au plus tard pour le début des poussées. (...) Quelques minutes plus tard, la sage-femme demande à la grand-mère : « vous avez trouvé le papa ? ». Elle répond : « oui, il va venir, mais s'il regarde et qu'il se sent pas bien, il faut qu'il sorte ! », « non s'il sort il risque de tomber, il doit tout de suite s'asseoir ici dans la salle s'il ne se sent pas bien ». La grand-mère va chercher le père qui la remplace dans la salle quelques minutes plus tard. (journal de terrain, La Maternité).

Jade est particulièrement intéressée par les savoirs issus de la psychologie. En insistant pour que le père soit présent, elle souhaite orienter les places des différents membres de la famille pour la suite en profitant de ce moment symbolique que représente à ses yeux l'accouchement. Elle ressent d'autant plus un risque que la parturiente est jeune. Cette dernière n'a émis aucun souhait sur la personne présente auprès d'elle. Pendant l'accouchement, le père et elle-même ne se parleront quasiment pas, ne se regarderont pas, et ne se toucheront pas, ce qui est suffisamment rare pour être souligné.

La règle qui impose qu'une seule personne soit présente avec la parturiente à La Maternité est parfois utilisée par les sages-femmes pour renforcer sa place par rapport à celle des autres membres de la famille :

Devant le bureau des sages-femmes, la sage-femme référente a une altercation avec une dame (sûrement la mère ou la sœur d'une patiente)¹²⁸. Elle lui dit (très sèchement) : « maintenant Madame vous n'y allez pas ! Je vous l'ai déjà dit, c'est une personne à la fois dans la salle d'accouchement. Le mari y est, c'est quand même lui qui a la priorité ! ». (...) La sage-femme référente commente : « non mais ça fait quatre fois que je lui dis, c'est bon maintenant ! Et puis mince, c'est quand même leur moment à eux deux, c'est quand même le papa qui est prioritaire ! Ahlala » (Journal de terrain, La Maternité)

Le fait que la naissance ne doit concerner que le couple est justifié par les professionnelles par le fait que celle-ci est « au cœur de l'intimité » (Nadine, sage-femme mat) du couple. Pour Nadine le père et la mère sont « vulnérables, ils sont à nu, ils peuvent pleurer, avoir des émotions à vifs ». Son rôle serait donc de « préserver cette intimité » qui fait partie du

¹²⁶ La littérature est abondante sur l'impact de l'arrivée du premier enfant dans le couple, qui vient le reconfigurer en profondeur. Kaufmann (Kaufmann 2000) écrit par exemple « L'arrivée de l'enfant, comme l'entrée en couple, transforme brusquement le contexte d'interaction et les repères de l'individu : il devient parent. Ce nouveau rôle ne s'ajoute pas sans rien changer aux acquis antérieurs : au contraire, il les reformule ». (p.55)

¹²⁷ Les règles de la salle d'accouchement imposent que seule une personne soit présente au chevet de la parturiente.

¹²⁸ Le bureau des sages-femmes est situé juste après l'entrée de la salle d'accouchement.

moment magique qui appartient au couple. L'enfant en devenir mérite aussi cette intimité selon les répondantes ; il est considéré comme partie prenante du rite de passage.

2.4. De fœtus à personne

Les anthropologues le montrent « la production des individus est un projet intrinsèquement social » (Kaufman et Morgan 2005, 320 ma traduction) et le fait de déterminer ce qui est humain de ce qui ne l'est pas (encore) est moins une « qualité naturelle », qu'un attribut « culturel ». Dans de nombreuses cultures ce n'est, par exemple, pas nécessairement la naissance qui fait l'individu (Kaufman et Morgan 2005, 321).

Dans mes données, le passage de l'utérus à l'air libre semble être ce qui va permettre au fœtus d'accéder au statut de bébé, et ainsi véritablement, d'être humain. Pour Héléne (parturiente 1 AAD), la naissance « c'est là où tout commence, c'est le début de la vie, c'est le début de tout ». Ce moment doit donc être particulièrement préservé. C'est l'accouchement pensé comme moment biologique qui fonde la naissance sociale. Les parents ont le rôle d'être les premiers à reconnaître l'enfant.

Comme je l'ai montré dans la revue de la littérature, le fœtus et l'embryon sont de plus en plus investis, voire « fétichisés » (Lupton 2012b, 337), en tant que « petites personnes » dotées de personnalités. Le fœtus est même parfois doté d'« une identité sociale numérique » (Johnson 2014, 338 ma traduction). En salle de naissance, il est très courant d'assister à des personnifications du fœtus par les parents, et surtout par les professionnelles. Celui-ci est doté d'une volonté et d'une personnalité. Quand le rythme cardiaque du fœtus est trop lent ou trop rapide par rapport aux normes attendues, ou que la naissance se prolonge, celui-ci est qualifié de « capricieux », ou de « coquin[e] » par les sages-femmes, qui menacent de lui « tirer les oreilles », ou qui disent qu'il leur « fait des blagues » (sages-femmes, journal de terrain, La Maternité). Si au contraire, les tracés du monitoring sont parfaits, on dira plutôt de lui que c'est un « champion » « votre fille c'est une championne, elle supporte très bien les contractions ! elle est magnifique votre petite » (sage-femme, La Maternité, journal de terrain).

Malgré ces évolutions et constats, le passage de l'utérus à l'air libre reste déterminant pour que le fœtus soit considéré comme un être humain.

La présence de la sage-femme ne se réduit pas à un rôle médical strict, mais a aussi celui d'accompagnatrice et de témoin. L'institutionnalisation des naissances, c'est-à-dire leur prise en charge par des professionnelles de santé reconnues par l'Etat dans des lieux qui lui appartiennent ou qu'il reconnaît et réglemente, sert cette prise en charge collective de l'arrivée d'un nouvel être humain. L'institutionnalisation multiplie les témoins et permet de certifier officiellement la naissance et l'entrée du bébé dans le groupe, dès la salle d'accouchement. A la naissance, un bracelet avec son nom de famille, sa date et son heure de naissance, son poids et sa taille, son prénom quand il est déjà connu des parents, est fixé autour de son poignet. Dans les jours suivants, un membre de la famille (souvent le père), devra aussi solennellement remettre un formulaire à l'accueil de La Maternité, qui sera transmis à l'office d'état civil, afin d'enregistrer officiellement l'enfant sur les registres (ou le faire à la mairie si l'accouchement a eu lieu à domicile). Dans la salle d'accouchement, le vocabulaire utilisé par les sages-femmes soutient cette analyse. Caroline, qui occupe presque toujours le rôle de « référente », dit, quand elle enregistre l'enfant dans le système informatique, lui attribuant ainsi un numéro et des « étiquettes » pour les soins et la facturation, qu'elle « fait naître le bébé » (journal de terrain).

3 Le « mal joli » : des sensations à éprouver dans son corps

Dans le chapitre 4, j'ai montré que l'accouchement est considéré comme générateur d'une douleur quasiment insupportable, et inutile puisque non annonciatrice d'un problème. Une autre représentation cohabite cependant avec celle-ci. D'une part les douleurs de l'accouchement auraient un sens et d'autre part certaines femmes éprouveraient des sensations agréables, voire du plaisir. Lors d'un cours de préparation à la naissance, la sage-femme parle du « mal-joli »¹²⁹ pour faire référence aux sensations, notamment douloureuses, éprouvées lors d'un accouchement.

3.1. Une douleur qui a du « sens »

Commençons d'abord par aborder le sens de la douleur de la naissance. Premièrement, les douleurs des contractions auraient une fonction biologique : ce sont elles qui vont dilater le col de l'utérus et aider le fœtus à se frayer un chemin hors du corps maternel. Elles permettraient également à la parturiente d'adopter les meilleures positions pour faciliter la progression du fœtus, la douleur agissant comme un guide. Les sages-femmes invitent alors les femmes à accepter ces douleurs, voire à les « inviter » (journal de terrain, cours de préparation à la naissance). En salle d'accouchement, une sage-femme encourage la parturiente : « ça dilate bien, c'est une bonne nouvelle, la douleur n'est pas inutile, elle permet de dilater le col. Vous êtes à 3-4 » (Journal de terrain, La Maternité). Cette fonction biologique de la douleur est fréquemment mentionnée dans les publications des professionnelles qui s'apparentent au mouvement de « l'accouchement naturel ». C'est le cas par exemple de Judith Lothian, une « *childbirth educator* » aux Etats-Unis, membre du comité directeur de Lamaze international et Professeure associée du *College of Nursing at Seton Hall University* dans le New Jersey. Les femmes ne doivent pas avoir peur de la douleur selon elle, elle est positive et permet à la naissance d'avoir lieu :

It is important to understand that the pain of the contractions in labor is valuable. It is an important way in which nature actually helps women find their own ways of facilitating birth. In a very real sense, the pain of each contraction becomes a guide for the laboring woman. The positions and activities she chooses in response to what she feels actually help labor progress by increasing the strength and efficiency of the contractions and encouraging the baby to settle in and move down the birth canal. When the pain is entirely removed, the feedback system is disrupted and labor is likely to slow down and become less efficient. (Lothian 2000, 45)

Pour Maé (parturiente, 3 AAD, 1 transféré) il faut se rappeler que « la douleur est là pour quelque chose », c'est-à-dire que les contractions qui y sont liées la « rapprochent de [s]on bébé ». Hélène (parturiente, 1 AAD) me raconte à quel point « l'acceptation des douleurs était vraiment importante » pour ne pas « se crispier » et empirer la sensation, une idée qu'elle a puisée dans des lectures sur « l'accouchement naturel ». Une fois qu'elle a « lâché » et a « accepté », elle a trouvé ça « très beau » et que « ce n'était pas si douloureux ». Les femmes doivent ainsi effectuer régulièrement un travail intellectuel, notamment de préparation, pour supporter ces douleurs.

Deuxièmement, de nombreuses femmes veulent connaître les sensations, y compris douloureuses, de la naissance. La majorité des femmes que j'ai rencontrées pense ainsi l'accouchement comme une expérience corporelle qu'elles veulent « vivre jusqu'au bout »

¹²⁹ (Journal de terrain, sage-femme indépendante, préparation à la naissance en groupe). Le « mal joli » est par ailleurs le titre d'un ouvrage paru en 1976 rédigée par Claude Revault d'Allonnes, psychologue clinicienne à la maternité des Bluets à Paris (Revault-d'Allonnes 1976).

(Cynthia, parturiente, 1 mat). Sofia qui est étudiante sage-femme et qui a accouché en France avec une sage-femme agréée a d'ailleurs préféré son deuxième accouchement, plus long et plus intense au niveau des sensations, alors que le premier, « rapide » lui a plutôt fait l'effet « d'un petit poisson que tu tiens dans tes mains et qui s'échappe », donc qui permet moins la découverte. Même les femmes qui souhaitaient la péridurale pour éviter d'avoir mal, veulent « sentir » leur bébé passer dans leur vagin. Comme Elisa (parturiente, 1 mat), elles demandent fréquemment aux anesthésistes une péridurale « pas trop dosée ». Une analgésie qui permet de « sentir » le bébé tout en supprimant les douleurs est un moyen pour ces femmes d'évaluer une « bonne péridurale » :

La sage-femme pose le bébé sur le ventre de sa mère. La mère s'adresse à son enfant : « C'est maman ! c'est maman ! elle est trop belle ! ». Le papa et la maman sont très émus. La femme dit « j'ai tout senti wahou j'ai tout senti, c'était génial, j'ai adoré j'ai tout senti! Putain, j'ai tout senti même avec la péridurale ! ». (journal de terrain, La Maternité)

Pour Hélène (parturiente, 1 AAD), ne pas avoir de péridurale représente la possibilité de vivre cette expérience quasi unique dans une vie. : « J'étais dans la démarche de voilà tu donnes la vie une fois donc tu dois la sentir cette vie [rire]. Pour moi ça ferait pas de sens d'avoir, de faire cette expérience sans la faire. Tu veux un bébé, donc tu fais l'expérience ». Carole (parturiente, 1 AAD), qui est danseuse va dans le même sens: « je travaille avec mon corps, c'est mon outil de travail, donc ça m'intéresse, il y avait une curiosité de me dire qu'est-ce que c'est un accouchement ? de passer à côté de ça, je trouve que c'est dommage ». Même si Maude (parturiente, 1 mat), « n'a jamais eu aussi mal de [sa] vie » que pendant son accouchement, elle ne regrette pas de ne pas avoir pris de péridurale, car elle se dit « contente de savoir ce que c'est, d'avoir vécu la chose ». Pour Sandra (parturiente, 1 mat avec sage-femme agréée), ne pas avoir senti l'enfant à cause d'une péridurale trop dosée et qu'elle ne souhaitait pas au départ est un regret : « j'aurais voulu un accouchement sans péridurale. J'ai pas du tout senti quand il est sorti, ce qui est un grand regret ».

C'est parce que ces douleurs ne sont pas des signes de pathologie et qu'elles mènent à l'enfant que de nombreuses femmes tiennent à les ressentir : «la symbolique des douleurs de l'accouchement est quand même tout autre qu'un mal de tête. Il y a d'autres choses derrière » (Evelyne, sage-femme mat).

3.2. Une douleur tolérable

Si dans le chapitre 4 j'ai relevé les discours qui évoquent des sensations de la naissance insupportables, d'autres femmes et sages-femmes relativisent l'intensité de ces douleurs. Ce serait le rapport moderne à la douleur qui ferait que nous ne supporterions plus ces sensations intenses pendant l'accouchement. Eva (sage-femme agréée) pense « qu'on vit dans une ère où il n'y a pas de douleurs ». Katja (sage-femme agréée) fait part d'un paradoxe autour de la douleur : « les jeunes filles actuellement, on leur donne des médicaments parce que quand elles ont leurs règles ça fait mal, et après on aimerait qu'elles accouchent sans péri, ça [n'] a pas de sens ». Pourtant, pour ces sages-femmes, les douleurs de l'accouchement peuvent tout à fait être supportées par les femmes. Pour Joëlle (parturiente, 1 mat) « c'est une capacité qu'on a en tant que femmes, enfin le corps, de supporter ce genre d'efforts ». Pour Cléa (sage-femme indépendante), le corps des femmes est « génétiquement programmé » pour enfanter. Le corps est représenté comme ingénieux en ayant prévu des hormones qui soutiennent les femmes dans le vécu de ces sensations, et certaines femmes rapportent ne pas avoir eu très mal, voire avoir éprouvé du plaisir en accouchant. Des hormones naturelles seraient présentes de manière exponentielle au fur et

à mesure que la douleur augmente, pour soutenir la femme et diminuer les sensations désagréables¹³⁰. Malika (parturiente, 1 ADD) s'est sentie « vraiment pétéée, complètement *stone* » : « chaque fois que j'avais une contraction très douloureuse, j'avais une espèce de *shoot* d'endorphines qui fait que pour la contraction d'après j'étais plus shootée, plus armée pour la douleur ». Pour elle le cops est « plus réactif » que « ce qu'on nous injecte à l'hôpital » et permet un « dosage hormonal précis ».

Par ailleurs, de nombreuses mères m'ont dit qu'il faut séparer douleurs de l'accouchement physiologique, dues aux contractions utérines et au passage de l'enfant dans les voies vaginales, et les douleurs de l'accouchement qui sont induites par les interventions médicales. Ce seraient celles-ci qui sont intolérables, et non pas les douleurs « naturelles » de l'accouchement, la nature ayant prévu qu'elles soient supportables. Lors de sa césarienne pratiquée en urgence, l'anesthésie de Leonie n'a pas bien fonctionné et elle rapporte des douleurs extrêmes. Elle avait « hyper mal », elle a eu « peur de mourir », alors même qu'elle n'est « pas du tout douillette », ce que confirme son conjoint. Elle dit avoir vécu « un cauchemar » :

Loris : Je voyais ton visage qui était complètement déformé par la douleur. C'est des douleurs comme sur un champ de bataille, donc les douleurs c'est des trucs insupportables quoi! (...) j'ai jamais vu ça! Elle était... les traits du visage complètement déformés.

Leonie : Les anesthésistes m'ont amenée en salle de réveil et moi je criais. Je pleurais même pas, je criais. J'avais tellement mal. Il y avait même pas de larmes, je hurlais comme si on égorgait un cochon. (Loris et Leonie, parturiente et conjoint, 1 mat)

Amélie (sage-femme mat) a suivi une parturiente qui a fait une hémorragie massive que l'équipe aura de grandes difficultés à stopper. Ce qui l'a marquée, c'est les douleurs endurées par la parturiente lors des multiples interventions destinées à stopper l'hémorragie : « la dame elle avait tellement mal ! (...) cette dame qui me serrait les mains, que je voyais souffrir comme dans les films de torture, c'était horrible, du sang partout, une scène d'horreur ». Les interventions médicales qui prennent place après la naissance sont aussi décrites par certaines femmes comme pires que les douleurs des contractions. Il s'agit en particulier des sutures du périnée, comme Joëlle (parturiente, 1 mat) par exemple qui se « rappelle vraiment de la douleur des points, mais pas des contractions ou de l'accouchement en lui-même ». Lisa (parturiente, 1 mat) a eu « une petite déchirure, trois fois rien », mais a trouvé que la suture a été plus douloureuse « que quand le petit est né ». Patricia (sage-femme AAD AMN) rapporte le cas d'une femme qui est « partie dans un état de panique, elle pleurait, elle hurlait » au moment où elle a dû réaliser une suture, alors même qu'elle a accouché en « deux temps trois mouvements ».

Pour Lisa (parturiente, 1 mat), plus que la douleur, c'est le fait de subir une intervention invasive dans son sexe qui est désagréable. De plus, plusieurs femmes m'ont rapporté qu'elles n'avaient plus envie que cette zone soit touchée juste après l'accouchement. Les douleurs de l'accouchement semblent plus acceptables, car liées à la naissance du bébé, alors que les douleurs du post-partum sont davantage perçues comme des « douleurs

¹³⁰ Cette idée est diffusée par les auteurs de « l'accouchement naturel » comme Michel Odent. On en trouve aussi un exemple chez Lothian: « As labor progresses and pain increases, endorphins (much more potent than morphine) are released in increasing amounts. The result is a decrease in pain perception, quite naturally. Nature's narcotic ! » (Lothian JA 2000, 45).

comme les autres », sans « sens », et donc indésirables : « comme on a notre bébé, on [n'] a plus du tout envie de souffrir » pour Jessica (parturiente, 4 AAD). Sofia évoque les « tranchées », c'est-à-dire les contractions qui subsistent après la naissance, et vont croissant avec le nombre d'accouchements. Elle évoque un « mal de chien », d'autant que « t'as juste plus envie [d'avoir mal].

La douleur est fortement associée à l'épisiotomie ou à la suture du périnée par les femmes. Celle-ci semble pourtant régulièrement sous-estimée par les professionnelles, cela apparaissant comme « pas grand-chose » après avoir enduré les douleurs de l'accouchement. J'ai constaté à plusieurs reprises à La Maternité que des femmes très soutenues pendant l'accouchement, l'étaient très peu au moment des sutures ou des suites opératoires de césarienne, alors même qu'elles montraient une grande souffrance.

La péridurale qui a peu fait effet en fin de travail, ne fait plus effet maintenant au moment de recoudre la déchirure (profonde et qui saigne beaucoup) et l'épisiotomie pratiquée par la sage-femme. La dame a mal, son visage se tord, sa main est près de son pubis et se crispe, elle doit retenir son geste pour ne pas chasser le médecin interne qui la recoud. La sage-femme est occupée, elle entre et sort de la salle, elle prépare déjà la salle pour la patiente suivante et complète le partogramme. Le père est installé à l'écart avec son bébé (la sage-femme le lui a mis dans les bras). La femme est seule. Son visage se tord, elle gémit et se crispe. (...) Le médecin dit qu'il a bientôt fini, s'excuse un peu. Il explique qu'il doit faire beaucoup de points car ça a beaucoup saigné et qu'il doit arrêter le saignement, cela dure encore plusieurs minutes¹³¹ (Journal de terrain)

Leonie (parturiente, 1 mat) qui a vécu des suites immédiates de césarienne extrêmement douloureuses, rapporte avoir été très seule : « j'étais dans cette salle en face de l'horloge et j'ai crié [de douleur] pendant une heure. J'étais seule. Je me sentais hyper incomprise, j'avais super mal et elles [les infirmières] ne faisaient rien. »

Au moins cinq répondantes m'ont fait part de douleurs liées à la cicatrice de leur épisiotomie, ou d'une déchirure périnéale, notamment pendant les rapports sexuels, et ce pendant plusieurs mois, voire années. D'après leurs récits, les professionnelles n'ont guère d'outils efficaces à leur proposer pour endiguer ces douleurs que les femmes estiment handicapantes. Alors que les douleurs de l'accouchement sont considérées par certaines comme acceptables parce que « intenses » mais « brèves » (Magali, parturiente, 1 AAD), les douleurs du post-partum qui peuvent s'installer sur des mois sont mal vécues et visiblement mal prises en charge.

Troisièmement, des usagères et des professionnelles relativisent les douleurs ressenties. Lors de l'accouchement, les femmes peuvent émettre des sons, halètements, cris, ou hurlements, qui sont interprétés comme une démonstration d'un vécu difficile, ou en tout cas de douleurs intenses. Les manifestations produites par la femme ne seraient cependant pas toujours liées à un ressenti douloureux¹³². Ces manifestations seraient davantage difficiles à

¹³¹ Dans cette situation, j'ai décidé de m'approcher de la parturiente et de lui proposer ma main (ayant observé qu'elle avait beaucoup voulu serrer la main de la sage-femme et de son conjoint pendant l'accouchement). Elle s'est agrippée à ma main, la serrant fort et me lançant des regards pendant toute la durée de la suture. Elle m'a ensuite remerciée plusieurs fois. Si je suis intervenue directement le moins possible sur mon terrain, il s'agit d'une des situations où l'intérêt de ma recherche m'a semblé secondaire par rapport au soutien concret et nécessaire que je pouvais apporter à une autre personne.

¹³² Le Breton (2010a, 206-7) évoque le travail conduit par l'ethnologue Yvonne Verdier (1994) sur l'accouchement en France dans les années 1950. Les femmes lui rapportent que toutes n'éprouvent

supporter pour l'entourage que pour la parturiente. Selon Emilie (parturiente, 2 mat privé), les cris qu'elle a poussés ont pu être interprétés comme des douleurs extrêmes, alors qu'elle évoque plutôt une « surprise » de ressentir des sensations étranges et inconnues. Pour Carole (parturiente, 1 AAD), le cri est une aide à l'accouchement : « j'ai crié, parce que j'ai besoin d'exprimer. Je mettais mon corps entier à l'ouvrage quoi ». Les manifestations douloureuses sont également régulièrement interprétées par les sages-femmes et les femmes comme des manifestations de peur, qui survient à la fin de l'accouchement.

De nombreuses femmes ne souhaitent pas de péridurale à certaines conditions (que le travail soit rapide le plus souvent), et si elles souhaitaient « essayer sans », ou « faire un petit bout de chemin sans », se laissaient la latitude de pouvoir en bénéficier à tout moment. Pour les professionnelles, et même les sages-femmes les plus critiques à l'égard de la péridurale, douleur et souffrance doivent être distinguées. Quand la souffrance est présente, les femmes doivent pouvoir bénéficier d'une analgésie : celle-ci est inutile et peut mettre à mal le rituel d'une naissance « magique » :¹³³

la péridurale ça doit être un choix, dans certains pays c'est pas accessible et pour les femmes qui sont tétanisées par cette douleur ça va pas non plus ! (...) à l'époque de ma mère, il y avait pas la péridurale d'office et il y a des vécus catastrophiques de femmes qui ont été submergées et qui ont très mal vécu cette perte de contrôle. On ne peut pas dire que ça serait tout rose bonbon. (Gaëlle, sage-femme assistante AMN AAD)

Pour Claire (sage-femme AAD AMN), c'est aussi le rôle de la sage-femme de déterminer quand le seuil de douleur devient inacceptable, et conseiller à la parturiente de demander une péridurale. La douleur n'est pas ici comprise uniquement comme « une expérience privée d'une personne à laquelle nul autre ne peut avoir directement accès » (Baszanger 1991) ou comme impossible à objectiver « parce qu'elle présente ce caractère de sensation privée, irréductible, en dernier ressort, à quelque objectivation que ce soit » (Baszanger 1991, 32). Ici la douleur peut apparaître comme transmissible et objectivable par la sage-femme qui peut déterminer un seuil de douleur au-delà duquel elle devient souffrance et peut laisser des traces psychiques notamment.

Une femme elle regrette si on la pousse trop loin et que c'est une situation qui n'est pas physiologique, et ça c'est à nous de dépister ça (...). La douleur, si c'est pour une bonne cause, tout le monde est d'accord. Il y a qu'à voir dans les salles de sport... ils se font mal des fois, ils se font péter les muscles et ils sont tout contents, ils ont des courbatures le lendemain, même encore le surlendemain, ils sont tout contents. Mais ils ont mal! Ils arrivent plus à descendre les escaliers, ils ont très mal même! Mais il y en a aucun qui demanderait une péridurale, donc c'est une douleur qui est acceptée parce qu'on pense qu'elle est pour une bonne cause. Et puis maintenant une douleur qui passe pour souffrance c'est une douleur qui est injustifiée, qui est pas acceptable. Et puis ça on ne doit pas laisser aller une femme dans la souffrance. (Claire, sage-femme AAD AMN)

pas la même intensité de douleur, et surtout que les cris pendant l'accouchement, plus qu'une manifestation douloureuse, peuvent être un moyen de canaliser la douleur, un « exutoire de la peur » (Le Breton 2010a), voire un moyen d'annoncer au village la bonne nouvelle de la naissance de l'enfant. Quelques-unes de ces fonctions sont rapportées par les femmes que j'ai interviewées.

¹³³ La distinction entre douleur et souffrance n'est pas spécifique à l'accouchement. Pour Le Breton « certaines douleurs sont dénuées de souffrance, voire même associées à la réalisation de soi ou au plaisir » (Le Breton 2010a, 13). Il fait référence ici par exemple aux sports extrêmes, aux scarifications rituelles et/ou esthétiques (body art), ou aux pratiques sexuelles sadomasochistes. Il cite également les expériences variées des femmes face à l'accouchement.

Les professionnelles participent ainsi de la détermination du seuil entre douleurs qui participent du moment magique, et souffrances qui peuvent l'entraver. Pour les sages-femmes qui travaillent hors de l'hôpital, cela peut ainsi constituer un motif valable de transfert vers l'hôpital afin que la femme puisse bénéficier d'une péridurale.

3.3. **Des sensations agréables: « the best-kept secret » ?**

Le film documentaire « Orgasmic Birth » (Pascali-Bonaro 2008) dénonce le fait que l'accouchement soit passé d'un processus naturel, à une procédure médicale. La réalisatrice Pascali-Bonaro souhaite démontrer que l'accouchement peut être un moment de plaisir pour les femmes. Elle propose une succession d'interviews avec des sages-femmes, des médecins, des chercheuses ou chercheurs (y compris en anthropologie), des accompagnatrices à la naissance, des mères, ainsi que des extraits vidéo d'accouchements décrits comme orgasmiques pour appuyer son propos. La possibilité d'avoir un orgasme (ou du plaisir) pendant la naissance est défini comme un tabou, et l'un des secrets les mieux gardés autour de la naissance, d'où son titre complet « Orgasmic birth : the best kept secret ? »¹³⁴.

La prise en charge médico-technique de la naissance entraînerait une dépossession des femmes de ce moment incroyable, construit comme paroxysme de leur vie. Ces arguments s'inscrivent dans le courant féministe essentialiste qui décrit l'accouchement comme un événement crucial pour la pleine réalisation de la femme, qui doit donc le vivre dans son corps. Ici, il s'agit même de montrer que les femmes peuvent ressentir du plaisir, accouchement et sexualité étant rapprochés. Ce parallèle entre accouchement, sexualité et proximité entre douleur et plaisir a déjà été établi par le psychothérapeute Georg Groddeck par exemple, au milieu des années 1970 :

Avez-vous déjà assisté à un accouchement ? Il y a un fait tout à fait étrange : la parturiente gémit, crie, mais son visage est rouge, fiévreusement surexcité et ses yeux ont ce rayonnement extraordinaire qu'aucun homme n'oublie lorsqu'il l'a suscité chez une femme...Seuls ceux qui flairent partout la perversion et les plaisirs contre nature ne savent pas ou font semblant d'ignorer que la grande volupté s'accompagne de douleur (Groddeck 1976, 50; cité par Van der Schueren 2003).

Des femmes et des sages-femmes, reprennent en partie ces idées et décrivent les sensations de la naissance comme à part, « indescriptibles » et « intenses » (Emilie, parturiente 2 mat, privée). Il ne s'agit pas, ou pas uniquement, de sensations douloureuses, mais « autre chose » que les paroles ne parviennent pas à restituer, comme si le vocabulaire pour le dire faisait défaut. Cleo (sage-femme AMN) décrit l'accouchement d'une femme qui « avait sûrement mal » mais qui arborait aussi « une sorte de sourire ». Son « état n'a[vait] pas de nom, mais sûrement proche de l'orgasme. C'est mystérieux (...) elle était transportée ». Nathalie qui a accouché à la maternité pour son premier enfant dit avoir ressenti des sensations « agréables » pendant les poussées, qui étaient « limite du plaisir ». Chloé (parturiente, 1 AMN) n'a pas ressenti un « plaisir physique mais un plaisir mental » qu'elle relie à la sensation corporelle de la mise au monde. Carole (parturiente, 1 AAD) a partagé des sensations sexuelles avec son compagnon, au moins au début de l'accouchement :

¹³⁴ Le film est avant tout un plaidoyer en faveur de l'accouchement « naturel » et contre la médicalisation de la naissance. Son titre est un peu provocateur et ne reflète pas l'ensemble du documentaire. Celui-ci a été diffusé plusieurs fois en Suisse, la plupart du temps à l'initiative d'associations autour de la « naissance naturelle ».

le début des contractions c'était presque orgasmique. On se faisait des caresses, on était très dans un truc plaisir Je prenais mes contractions en ondulant. C'était très, caressant comme ça, avec [mon partenaire] (...) j'étais en abandon sur son corps, je m'abandonnais vraiment sur lui, comme si je déversais ce que je ressentais en lui. Mais c'était presque... on arrivait... c'était pas sexuel, mais c'était sensuel. (Carole, parturiente, 1 AAD)

En parallèle de la vision du corps féminin comme menace, une vision positive de celui-ci existe. Dans ce chapitre, j'ai montré que le corps féminin est pensé comme particulièrement puissant et ingénieux dans sa capacité à sécréter des hormones à l'équilibrage subtil. Il peut être aussi le lieu de plaisir, quand les douleurs de l'accouchement parviennent à être « transformées ». Enfin, le corps de la femme qui accouche peut aussi être performé comme beau, sensuel, voire attirant. La multiplication des photographes spécialisés dans les photos des accouchements en témoigne, des recherches par mots clés sur Google ou sur les réseaux sociaux par exemple révèlent cette esthétisation du corps qui accouche. Cette beauté du corps de la femme est révélée quand l'accouchement est physiologique d'une part, et quand « on n'en voit pas trop » d'autre part (c'est-à-dire qu'il y a plus un focus sur le corps dans sa globalité que sur le sexe) selon les répondantes : « dans un accouchement physiologique, quand elles [les sages-femmes] font pousser sur le côté, ça peut être tout à fait joli » (Mélissa, interne)

Le corps de la femme peut être dépeint comme « très sensuel, en fonction de comment elle bouge » (Coralie, sage-femme AMN). Le corps de la femme qui accouche peut représenter un objet de désir, voire d'excitation. Patricia me confie cela : « il y a toujours à un moment pendant l'accouchement, où je trouve ces femmes tellement belles ! le corps est tendu, la peau est lisse, le ventre bombe, elles sont apaisées... elles sont juste magnifiques. (...) ça peut être d'un érotique hors-pair ». (Patricia, sage-femme AAD AMN). Sophie (sage-femme mat suivi global), qui précise « ne pas être attirée par le corps de la femme pour [s]a propre sexualité », m'explique néanmoins : « si vous avez une belle femme, les fesses sont belles et la position à quatre pattes ça peut être une très belle position, et je me régale en fait, esthétiquement. Je trouve ça beau, et à un moment je me dis, ouais c'est sexuel ». Pendant son accouchement, Chloé (parturiente 1 AMN transféré) s'est aperçue que son mari avait une érection :

j'étais à quatre pattes, avec [mon mari] en face de moi, donc j'avais la tête pratiquement... tu vois, voilà... et il avait une érection. C'est quelque chose qu'il contrôlait pas, clairement il était pas axé sur ça mentalement, mais son corps réagissait. (Chloé, 1 AMN transféré)

Eprouver du plaisir pendant l'accouchement est «tabou » comme me l'ont dit certaines sages-femmes indépendantes et des mères¹³⁵.

Combien de sage-femme j'ai entendu dire au moment de l'expulsion : « Poussez où ça fait mal madame ». Mais il n'y a pas une sage-femme qui dit : « Mais poussez où ça fait du bien madame ». (...) Cette sensation-là, c'est encore hyper tabou. (...) Ma collègue X a dû vous le raconter parce qu'elle le raconte volontiers. Elle a une femme une fois où quand elle a posé le bébé sur le ventre, le cordon passait le long du clitoris et il pulsait encore. La femme a

¹³⁵ Pour certaines femmes, mais aussi des sages-femmes, sexualité et accouchement sont d'ailleurs des sphères qui sont séparées et qui doivent l'être. Pour Géraldine (parturiente, 3 AAD), ce n'est pas parce qu'il y a « des organes en commun », « qu'on peut relier une naissance à la sexualité ». Aurélie (parturiente, 2 AAD) n'a « absolument pas envie d'en faire un moment érotique d'aucune façon», ça lui « pose même un problème ». Ce tabou peut être à l'origine de pratiques spécifiques autour de la prise en charge des corps que je présenterai dans les parties suivantes.

trouvé juste hyper agréable d'avoir ce cordon qui lui chatouillait le clito[ris]. Je veux dire c'était juste merveilleux pour elle. (...) elle en parle souvent pour évoquer justement ce côté sexuel de la naissance. Oui ça peut faire mal oui mais ça peut aussi faire du bien. Dommage qu'on n'en parle pas plus quoi. (Khadija, sage-femme AMN AAD)

A plusieurs reprises en entretien ou dans des débats publics, certaines sages-femmes, qui sont qualifiées par les autres d'« extrêmes » dans leurs positions en faveur de l'accouchement naturel, ont mentionné la relation directe entre sexualité et accouchement¹³⁶, et utilisent le parallèle dans une forme de provocation :

Solène : si j'assistais à un accouchement avec péridurale, et un accouchement sans péridurale, je verrai quoi ?

Ben, c'est la même chose si vous faites l'amour avec péridurale ou sans péridurale.

Solène : [Rire] mais ça fait moins mal l'amour, non ?

Mais il y a des femmes qui n'ont pas mal, il y a des femmes qui ont des orgasmes, il y a des femmes qui sont super heureuses alors toutes celles-là elles seront passées à côté. (Claire, sage-femme AAD AMN)

Pour ces sages-femmes, le lien entre sexualité et accouchement est évident, et il est pourtant nié : « l'accouchement c'est vraiment quelque chose d'intime, cela fait partie d'un continuum de la sexualité où l'accouchement est le paroxysme » pour Danaé (sage-femme AAD). La prise en charge médicale de la naissance, et notamment l'accès à la péridurale, empêcheraient alors les femmes de ressentir ces sensations extraordinaires. Les discours effrayants autour de l'intensité de la douleur de l'accouchement, participeraient eux-aussi de cela. Pour Knibiehler (2007a), ces discours sont « discutable[s] » (p.118). D'une part parce que les responsables de ce qui constituerait une « destitution du pouvoir des femmes » ne sont pas identifiés ni ne sont identifiables selon elle, et d'autre part parce qu'elle ne voit pas à qui pourrait profiter cette destitution. En clair, les médecins ou les hommes ne peuvent avoir un quelconque avantage à annihiler un éventuel plaisir des femmes pendant l'accouchement.

Les interrogations de Knibiehler sur une visée instrumentale de la péridurale comme empêchement d'expression du plaisir des femmes me paraissent pertinentes. Cependant, les discours des femmes sur leurs ressentis corporels doivent être pris au sérieux à mon avis. Pour Le Breton, la douleur « ne répond à aucune essence pure, elle traduit un rapport infiniment complexe entre les modifications de l'équilibre interne du corps et leur ressenti par un acteur qui a « appris » à reconnaître cette sensation et à la rapporter à un système de sens et de valeur » (Le Breton 2010b, 65). Pour Canguilhem « l'homme fait sa douleur » (Canguilhem 1966, 56-57). Ainsi, on pourrait imaginer que des formes de plaisir pendant

¹³⁶ Un clip espagnol, « La performance – Sex like birth » (de Gabriella Pacini) circule sur les réseaux sociaux depuis deux ans pour dénoncer l'excessive technicisation et surveillance de l'accouchement en faisant le parallèle avec les relations sexuelles. Celui-ci a été produit par une association italienne de défense de l'accouchement naturel, Freedom for birth, Rome action group. Ils mettent en scène un couple qui a une relation sexuelle à l'hôpital, sous contrôle des professionnel.le.s de santé qui auscultent, surveillent et mesurent leur performance, et qui finissent par compromettre le processus, et rendent indispensable une intervention médicale pour que le rapport sexuel puisse avoir lieu. Le clip peut être visionné sur YouTube : <https://www.youtube.com/watch?v=72oyhUHgvhs> (consulté le 28.11.2016). Un article paru dans *Le Monde* : « Si le sexe était aussi médicalisé que l'accouchement, ce serait beaucoup moins drôle » le 16 mai 2015 y fait également référence : http://abonnes.lemonde.fr/big-browser/article/2016/05/16/si-le-sexe-etait-aussi-medicalise-que-l-accouchement-ce-serait-beaucoup-moins-drole_4920138_4832693.html (consulté le 28.11.2016)

l'accouchement, et des sensations douloureuses atténuées existent en fonction des personnes. Dans les contextes où la péridurale n'est pas disponible (accouchement à domicile ou en maison de naissance), une préparation longue est déployée pendant la grossesse, notamment pour être capable de « transformer » les douleurs en une sensation plus positive, ou acceptable. Ces techniques transmises ne vont pas sans rappeler l'étude des fumeurs de Marijuana par Becker. Celui-ci montre très finement comment le groupe va apprendre aux novices à transformer leurs perceptions sensorielles désagréables, en perceptions agréables lors de la consommation de cannabis. « Le goût pour ces sensations est socialement acquis » écrit Becker (1985, 75). Ce que j'aimerais opposer à la position de Knibiehler est que le plaisir des femmes fait depuis longtemps l'objet de méfiances, de contrôles et de mesures, d'indifférences, voire de tentatives pour l'annihiler, y compris dans le monde médical (Takeshita 2015; Gardey et Hasdeu 2015; Angeloff et Gardey 2015; Vuille 2014). Imaginer qu'il n'y a pas une volonté de la part des professionnelles de santé de surveiller, de contraindre, de discipliner le corps des femmes et de leur sexualité – pour reprendre une terminologie foucauldienne – ne veut pas dire que ces mécanismes ne sont pas produits et donc observables. Cela étant, la potentialité de culpabilisation pour les femmes qui ne vivent pas les sensations de la naissance comme agréables, c'est-à-dire l'immense majorité d'entre elles, ne doit pas être sous-estimée.

4 Un processus physiologique

L'accouchement est vécu comme un rite. Il est perçu comme extraordinaire, participant de la transition d'un statut vers un autre, et s'accompagne de sensations visant à le signifier. L'incertitude est valorisée dans sa capacité à renforcer la magie de la naissance, et *in fine*, du rituel. La nature est vue comme bien faite, le corps féminin étant admirable dans sa capacité à mettre au monde les enfants. Dans le chapitre 4, j'ai analysé une autre facette des représentations, à savoir que l'accouchement est conçu comme un moment dangereux, le corps maternel étant à la fois menaçant et menacé, et les douleurs insupportables. La médicalisation apparaît alors comme un bienfait pour gérer au mieux ces dimensions.

Des représentations concurrentes de l'incertitude et des décisions relatives qui sont à prendre se retrouvent ainsi dans les discours et pratiques des professionnelles et des femmes que j'ai rencontrées¹³⁷. L'incertitude inhérente à la naissance, qui rend impossible une maîtrise totale des risques, sert la justification d'une surveillance étroite, d'une médicalisation et d'une institutionnalisation des accouchements. Il existe cependant une limite à cette mise sous contrôle des grossesses par la médicalisation selon les répondantes. D'une part pour éviter des effets iatrogènes¹³⁸ et d'autre part, pour éviter de « dénaturer » complètement l'évènement. Si l'accouchement comme moment risqué fait l'objet d'une démonstration par les preuves et l'expérience, il en va de même pour montrer que c'est aussi un processus physiologique. De plus, il s'agit de donner des limites à l'emprise de la médecine sur le rituel que constitue la naissance. Si dans la littérature, ces conceptions semblent réservées au milieu de l'accouchement à domicile ou de la maison de naissance,

¹³⁷ Ces représentations cohabitent en partie dans les discours des professionnelles et des femmes, révélant l'ambivalence qui existe autour de la naissance.

¹³⁸ Cette réflexion est de plus en plus présente en médecine. Dans le cas de l'obstétrique, un nombre croissant d'initiatives dans les maternités, par exemple les AVAC, accouchements par voie basse après césarienne, ou le retour progressif de maternités à la pratique de l'accouchement par siège, est révélateur de la volonté de freiner la progression des taux de césarienne, qui sont jugés trop élevés et à l'origine d'effets iatrogènes.

elles sont, en partie, partagées par les professionnelles exerçant en milieu hospitalier, et même par des médecins séniors.

Pour Lisa (parturiente, 1 mat) si l'accouchement était « si dangereux », « on ne serait pas 7 milliards, on serait beaucoup moins ». L'accouchement est pour elle quelque chose « de très naturel », le corps des femmes étant « fait pour enfanter ». La plupart des médecins que j'ai rencontrés avaient conscience que leur vision de la naissance comme moment dangereux était influencée par le fait qu'ils sont présents pour les cas compliqués ou qui se compliquent et non pour les accouchements qui se passent bien. Certaines internes ou cheffes de cliniques m'ont ainsi dit qu'elles apprécient d'assister à des accouchements normaux pour se souvenir qu'il s'agit d'un processus qui se passe bien la plupart du temps. Elles semblent avoir besoin d'en faire l'expérience de temps en temps, pour réintégrer cette idée. Le manque de temps à leur disposition, ainsi que le fait que les accouchements classés comme « physiologique » sont la chasse gardée des sages-femmes (je le montrerai dans la partie suivante) leur permettent cependant peu de vivre ces expériences. Du côté des médecins adjoints, plusieurs apprécient les « cas privés » pour les mêmes raisons : « on a des patientes privées qui vont bien et puis tant mieux, parce qu'on voit que ça va bien aussi ! » (Andrea, adjoint).

Chez certaines parturientes, il y a une tendance à la naturalisation de l'expérience. La nature ayant prévue que la grossesse se déroule dans le corps des femmes, et que l'accouchement se fasse par les voies vaginales, cela constituerait la preuve que la naissance doit se passer ainsi. Pour Iris (1 mat, 2 AMN) « c'est logique », elle ne se pose « même pas la question ». Quand elle entend des commentaires de femmes qui se plaignent de devoir porter l'enfant alors que le père en est déchargé, elle se dit « mais c'est pas possible, c'est la nature, y'a une raison ! ». Jessica (parturiente, 4 AMN) va dans le même sens en montrant que « c'est tellement bien fait », que chaque élément de la naissance a une fonction. Le passage par les voies vaginales sert à une « compression du cerveau » du fœtus qui va « le stimuler pour l'intellect ». Selon elle, « tout est tellement bien fait que ça peut être que comme ça quoi. On est vraiment faites pour ça. ». Malorie, chercheuse en biologie, aurait souhaité éviter les hormones de synthèse pendant l'accouchement. Je lui demande s'il y a un lien avec son métier et ses connaissances spécifiques. Comme scientifique, elle relève combien le corps est bien fait, et les dosages subtiles, une intervention risquant de déséquilibrer cette perfection :

en travaillant [dans le domaine de la biologie], on sait que plein de substances peuvent avoir quand même des impacts forts sur le vivant, donc heu... peut-être quand même que ça m'a influencé un peu dans... Dans ce choix, de pas vouloir recevoir d'hormones, parce qu'on perturbe le fonctionnement - déjà le fonctionnement du vivant est tellement multifactoriel et complexe, alors si on vient perturber - 'fin c'est toujours mieux de pas intervenir, si on peut. (Malorie, parturiente, 1 mat)

Evelyne évoque aussi l'impossibilité d'atteindre des dosages hormonaux subtils :

le problème, c'est que c'est le médical qui décide des doses subjectivement. La nature elle sait les doses. Nous on décide comment on veut faire, plus vite, moins vite. Peut-être ça dilate plus vite, mais peut-être que le bébé aurait besoin de plus de temps pour trouver son chemin. Après il y a des conséquences avec le synto[cinon], rupture utérine ou bon des utérus qui ont du mal à se contracter après, des hémorragies. (Evelyne, sage-femme agréée)

Pour Olivia (CDC), les interventions médicales, en particulier la césarienne, doivent être pratiquées avec prudence, et uniquement pour des raisons médicales strictes. Elle a une

représentation du corps féminin que la nature a bien conçu et que le monde médical risque de corrompre : « [l'accouchement] c'est quelque chose qui est quand même fait par la nature et c'est quelque chose qui est sain, de faire une opération où moi j'ai l'impression que c'est pas encore nécessaire, c'est quand même quelque chose qui est trop invasif ». Maude (interne) sous-entend que les interventions médicales peuvent avoir des effets qui dépassent notre compréhension scientifique actuelle, ce pourquoi il faut se montrer prudent.

ton corps il est quand même conçu en principe pour accoucher par voie basse. Il y a clairement des avantages pour la voie basse. Quand tu sais que ton corps il est conçu pour faire certaines choses, pour se remettre de certaines choses (...) c'est tellement bien fait, la nature a tellement bien prévu les choses, je trouve que les médecins sont là pour remettre un peu sur le droit chemin les situations qui dévient un petit peu. (Maude, interne)

Dans le contexte de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, les sages-femmes invitent régulièrement les femmes qui ont vécu de bonnes expériences d'accouchement à en parler, à les écrire et à les partager avec d'autres mères, voire directement avec le personnel de la maternité, « puisque les médecins ne voient que ceux qui sont transférés ». Il s'agit d'utiliser à leur tour le levier du « story telling », en passant directement par les usagères.

De nombreuses femmes et professionnelles s'accordent pour considérer que la médicalisation doit être limitée à ce qui est nécessaire et que le vécu de la grossesse et de l'accouchement doivent être pris en compte :

si, on leur vole un petit peu leur grossesse, si on s'immisce tout le temps dedans, on essaie tout le temps de faire des choses pour surveiller, est-ce qu'on va pas leur laisser cette liberté de vivre les choses sans se poser trop trop de questions ? (...) Ils vont vivre en suspens en se disant, tant que le bébé est pas là, on sait pas (...) la grossesse, c'est pas une maladie. Pour moi. On peut pas traiter ça comme on traiterait autre chose, une autre maladie, c'est que, à la base, c'est quelque chose que... Qui se fait depuis la nuit des temps, et qui continuera, j'espère, de se faire comme ça. Et on peut pas... Pas tout maîtriser, et il faut relativiser. On peut pas, je trouve, laisser penser aux gens que c'est grave d'être enceinte, quoi. Que c'est dangereux(...) si on peut justement faire que les femmes aient des grossesses harmonieuses et épanouissantes sans trop les stresser, je trouve qu'il y a déjà toutes ces femmes qu'on stresse parce qu'il y a besoin. (Lyanna, sage-femme mat)

Jade (adjoint) qui réfléchit sur les impacts sociaux et philosophiques d'une société de la surveillance et du contrôle diffusés encore un peu plus dans le domaine de la grossesse et de l'accouchement, s'en inquiète. Elle mentionne la crainte d'un monde futur, sur le mode du « meilleur des mondes » de Huxley, où les enfants seraient placés dans des incubateurs afin de limiter toujours plus les risques.

Il y aura toujours des morts fœtales in utero, et des fausses-couches tardives. (...), parce qu'on sait aussi que la plupart des asphyxies néonatales ce sont passées avant le moment de l'accouchement, et ça... on peut pas non plus l'enlever.

Solène : Et si on monitorait les femmes depuis trois mois de grossesse ? tu imaginerai une situation comme ça ?

Ah non ! ce serait l'horreur ! mais c'est peut-être là où on va aboutir, là je provoque un peu, mais que la grossesse ne se passe plus dans le corps de la femme. On sait aller jusqu'à faire la fécondation, élever les embryons avant de les transférer et on sait prendre en charge un nouveau-né en incubateur à partir de 24 semaines, donc on a une petite période de quelques semaines... mettre

dans un utérus artificiel ? Peut-être qu'un jour ce sera ça le risque zéro, ce sera quelque chose qui se passe hors du corps de la femme.

Solène : Cette évolution, qu'est-ce que tu en penses en tant que médecin ?

C'est un thème qui m'intéresse beaucoup donc j'ai pas mal lu par rapport à ça [rire]. Pour moi c'est quelque chose d'effrayant si on arrive dans une société comme ça. Je me dis que les progrès de la médecine nous permettent d'avoir des réponses thérapeutiques pour des pathologies, mais nous ouvrent aussi à un monde hallucinant qui ne répond pas à une pathologie, qui n'est plus de l'ordre du thérapeutique mais qui est de l'ordre du je sais pas quoi qui est assez vertigineux. (...)

Solène : Qu'est-ce qui fait que c'est important qu'on ne médicalise pas trop, qu'on ne fasse pas d'utérus artificiel ?

[silence]. C'est quand même de déposséder la femme et l'homme de la grossesse et de la naissance en en faisant quelque chose que de technique et médical alors que ça a pas lieu d'être dans beaucoup de cas. (Jade, adjoint)

L'utérus artificiel a fait l'objet de débats importants dans la littérature comme je l'ai exposé dans la première partie, certains chercheurs, chercheuses ou juristes l'appelant de leurs vœux comme un moyen de libérer les femmes du joug reproducteur (Atlan 2007; Iacub 2004a; voir aussi les commentaires de Knibiehler 2012 à ce sujet)¹³⁹. Pour Jade, ce serait au contraire le signe d'une dérive de la médecine qui destituerait la femme (mais aussi l'homme, nous dit-elle), du pouvoir procréateur. Surtout, pour Jade, la grossesse et la naissance ne peuvent être résumées à des actes médicaux.

Pour plusieurs autres médecins adjoints, la balance coût-bénéfice des césariennes doit aussi dans une certaine mesure comprendre des données sur le vécu psychologique de l'enfant et de la mère. Selon Marc (adjoint) « l'attachement de la mère ou du couple avec le nouveau-né [peut être] troublé par la période post-opératoire » et doit donc être pris en compte dans les décisions de césarienne. Selon Andréa (adjoint), l'incertitude relative à l'accouchement est importante pour la construction du statut de mère selon elle, de même qu'une naissance par voie vaginale. Même si elle signifie que la priorité doit être donnée aux risques strictement médicaux, cette dimension lui importe.

Solène : Certains médecins disent qu'il n'y a pas tant de risques que cela aux césariennes et pourquoi on ne pourrait pas imaginer une situation où on atteint un nombre de césariennes très important pour plus contrôler les risques, plus se retrouver avec des instrumentés où on enclave le bébé dans le bassin, les déchirures sont invoquées, il y aura moins d'incontinence, qu'est-ce que tu...

Alors non, moi je suis totalement contre cette idée. Pour moi l'accouchement c'est vaginal, c'est la meilleure façon d'accoucher pour la maman et pour le bébé, c'est une certitude absolue pour moi, je suis sûre. Maintenant, une césarienne c'est une opération ! c'est l'enfer. Déjà c'est super désagréable d'accoucher par césarienne. Je dis pas que c'est super agréable d'accoucher par voie vaginale mais après avec l'antalgie, etc. surtout ces dames qui ont des césariennes électives, qui viennent, elles ont l'impression d'aller à la Migros, bonjour, aujourd'hui je vais accoucher, et 10 minutes après... c'est 10 minutes ! après, plouff le bébé il est là ! et à mon avis, il y a quand même tout un passage qui est bien obligatoire pour... je dis pas qu'il faut ça absolument pour être maman, mais c'est ce passage qui est important. Je pense que ça c'est

¹³⁹ Ces propositions s'inscrivent également en creux dans un « adieu aux corps » (Le Breton 2013) revendiqué par les post humanistes pour lesquels celui-ci est devenu un poids et une limite plus qu'une possibilité. Le corps devenu anachronique devrait pouvoir être supprimé, pour que l'esprit seul soit conservé, par exemple au sein d'une machine dans le mouvement de la cyberculture et ainsi dégagé de la décrépitude du corps et in fine, de la mort.

difficile. Mais quand il faut parce qu'il y a trop de risques, par exemple un placenta prævia [placenta mal inséré qui peut causer de graves complications]. C'est sûr que je vais jamais dire, il faut essayer parce que nanana... là le risque il est trop grand, c'est sûr qu'il faut faire une césarienne, mais dans l'idée d'une césarienne comme accouchement pour tout le monde, c'est épouvantable. Je pense que c'est pas bien ! après il y a pas eu d'études sur la relation mère-enfant que je connaisse vraiment développées césarienne versus accouchement voie vaginale, mais il y a quelque chose qui est peut être différent là-dedans, je peux peut-être penser. Mais c'est même pas le côté le plus important. C'est plutôt le côté médical [elles citent les complications] (Andrea, adjoint).

Dans le même sens, Sophie (sage-femme mat, suivi global) pense que les personnes qui accompagnent aujourd'hui les naissances jouent un rôle qui ne peut se résumer à la surveillance médicale. Le métier est aussi relationnel et les professionnelles seraient tenues de s'investir puisque la naissance est un moment spécial pour les personnes qu'elles accompagnent. Même si « cela fait que de temps en temps [elle] a mal au dos », elle estime « qu'on ne peut pas louper l'accouchement d'une femme pour elle, on ne peut pas se permettre de dire que bof, Ma foi c'est pas grave. Non, c'est un événement majeur »¹⁴⁰. Sophie critique certaines de ses collègues trop « techniciennes » et insuffisamment présentes auprès des parents¹⁴¹.

Conclusion du chapitre 5

Les discours de professionnelles et de parturientes présentés dans cette partie caractérisent une résistance à penser l'accouchement uniquement à travers le prisme du risque médical, y compris en milieu hospitalier. Elles parlent de ce moment et le vivent comme touchant, magique, important dans la vie des couples. Les émotions fortes qui sont suscitées par la naissance, ne se bornent pas à être négatives.

Dans la perspective présentée ici, c'est d'une part le côté biologique d'un corps féminin puissant, efficace, beau et sensuel qui est mis en avant. La nature est décrite comme fascinante et « bien faite », même les douleurs de la naissance sont utiles pour la mener à bien. Les interventions médicales qui s'invitent dans les naissances, par le biais d'hormones de synthèse par exemple, ou dans la perspective d'un utérus artificiel, suscitent de la méfiance dans leur capacité à troubler un mécanisme naturel bien rodé. D'autre part, c'est le caractère éminemment social de la naissance qui est invoqué à travers le rituel (voir aussi: Malacrida et Boulton 2012). Même les périodes de carnaval et les fêtes païennes, si elles sont des occasions de jouer avec les normes sociales et les statuts, n'en restent pas moins des « désordres conformisés », pour reprendre l'expression de Knibiheler (2012, 39). Je montrerai ainsi dans les parties suivantes qui contiennent des analyses des pratiques à l'hôpital ou en dehors, en quoi ce rituel est traversé par des normes sociales qui instituent un certain type de comportements admis, qui concernent surtout le corps des femmes.

¹⁴⁰ Accompagner une femme qui accouche peut parfois être une vraie épreuve physique pour la sage-femme qui engage son corps auprès de la parturiente : masser, servir d'appui, se plier et se tordre pour faire des touchers vaginaux d'une femme debout, etc. Cet engagement est cependant beaucoup moins visible en milieu hospitalier du fait du taux élevé de péridurales.

¹⁴¹ J'ai analysé ces tendances des sages-femmes à être « technicienne » ou « relationnelle », et les tensions entre les professionnelles qui revendiquent une appartenance à l'une ou l'autre de ces figures (ou désignées comme telles) à l'occasion d'une précédente recherche (Gouilhers 2010). Des phénomènes semblables ont été observés par Vega (2000) à propos des infirmières et infirmiers.

Tout comme le sont les risques intolérables, le moment magique est un construit social, il ne va pas de soi. Il est situé géographiquement et culturellement. Certaines regrettent que la prise en charge médicale freine l'expression de ce moment magique. Cependant, il faut se méfier des analyses trop rapides. La réduction de la médicalisation ne favorise pas nécessairement le vécu d'un moment magique. Je fais l'hypothèse que le développement de cette représentation et des vécus qui y sont relatifs a d'autant plus sa place aujourd'hui que l'accouchement est sûr en Suisse. Dans de nombreuses cultures, l'enfant n'est pas investi lors de l'accouchement, ni dans les jours, semaines, voire premières années (Gottlieb 2000) par exemple, notamment du fait du risque élevé de mortalité. C'est donc le progrès médical qui a fait de la place à de nouvelles représentations de la naissance, et constitue peut-être et paradoxalement, une partie du terreau à la base des choix en matière d'accouchements à domicile ou en maison de naissance. De plus, dans des régions du monde où l'accouchement est très peu médicalisé, celui-ci n'est pas nécessairement vécu comme un moment beau, transcendant, extraordinaire, et les sensations de la naissance décrites comme sensuelles. Les expériences de professionnelles qui ont travaillé dans des pays dans lesquels le système de santé est moins développé, ou les travaux de certains anthropologues, tendent plutôt à montrer que l'accouchement est peu esthétisé et peu perçu comme important dans ces contextes. Maffi (2012b, 2012a) montre par exemple qu'en Jordanie, les femmes qui accouchent dans le secteur public (issues de classes défavorisées) ne vivent pas la naissance comme un moment « transformatif et significatif », mais plutôt comme un « non-événement » à passer le plus rapidement possible et à oublier (Maffi 2012b, 67). Maffi montre également, toujours dans le cas jordanien, que les sages-femmes sont « particulièrement dures avec les parturientes », et le personnel soignant en général « agressif », « violent », « brutal » et « négligeant » (Maffi 2012a, 10). Olivier de Sardan relate des pratiques similaires dans le contexte africain. Selon lui, les sages-femmes font régulièrement usage pendant le travail de violences verbales (comme des insultes), voire physiques (Olivier de Sardan 2012, 63). Je développerai ces idées à la suite du chapitre consacré aux accouchements à domicile ou en maison de naissance afin de déconstruire le discours relatif à « l'accouchement naturel ». Je montrerai aussi que les dispositifs médicaux et techniques sont aussi des moyens de ritualisation de l'accouchement (Jacques 2007; Davis-Floyd 2003).

Quelles sont d'une part les conséquences sur le vécu des femmes de cette représentation de l'accouchement comme un moment magique, « un des plus beaux moments de votre vie » selon Caroline (sage-femme mat), et d'autre part, quelles sont leurs possibilités d'action face à celle-ci ? Le fait que cette conception soit présente en milieu hospitalier correspond, selon mes résultats, aux attentes de nombreuses parturientes et professionnelles, et s'inscrit dans un mouvement « d'humanisation des maternités ». Il suscite des interrogations fécondes sur l'éthique de la médecine et sa place aujourd'hui. Cependant, les représentations de « l'accouchement heureux » qui est souvent assimilé à un « accouchement naturel » risquent, comme je l'ai déjà esquissé, de peser sur les femmes, comme une attente de la maternité idéale, déjà largement critiquée par les féministes (voir par exemple: Badinter 2010b). La question de la douleur magnifiée en étant peut-être le symbole. L'accouchement « magique », qui se produit le plus souvent quand celui-ci est « naturel », « physiologique », fait ainsi référence à des représentations et des pratiques culturelles, et non pas à un âge d'or perdu – et pré-culturel – du fait de la médicalisation, un discours véhiculé régulièrement par certaines parturientes et professionnelles, en particulier dans le contexte de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, j'y reviendrai. Il

participe lui aussi à faire circuler des normes et attentes à l'égard des femmes. Si la tendance à la « biologisation » de la filiation y compris dans le droit, comme « vérité biologique de l'engendrement » (Borrillo 2010, 28) est particulièrement marquée – celle qui conçoit et donne naissance est la mère – il n'en reste pas moins qu'il est attendu de celle-ci qu'elle joue un rôle de mère précis, qu'elle en fasse la performance, autour de sa capacité à accueillir l'enfant notamment.

Alors qu'avec la « biologisation » de la filiation, un doute sur celui qui peut revêtir le statut de père existe, sa présence à l'accouchement semble *faire le père* pour les professionnelles. Un homme présent en salle d'accouchement sera automatiquement associé au « père » de l'enfant et appelé comme tel par les professionnelles¹⁴². Il existe certaines attentes pour faire un bon père : il doit être à sa juste place, il est présent sans éclipser la mère et les professionnelles, mais celles-ci sont bien plus lâches et réduites à son égard par rapport à celles qui concernent la mère.

Finalement, mes résultats tendent à relativiser la quête du « risque zéro » qui serait menée par parents et professionnelles. Au moins dans leurs représentations, l'incertitude est aussi vue comme positive et participant de la magie de la naissance. Les discours rapportés ici doivent être cependant pris en compte avec précaution. Un décalage existe en effet entre ce qui m'a été dit en entretien et ce que j'ai pu observer en termes de pratiques. De plus, comme dans les pays développés, une forte attente existe pour que les femmes vivent la naissance comme un événement important de leur vie, celles-ci peuvent parfois produire des discours qui se conforment à cette attente, alors qu'en parallèle l'expérience qu'elles rapportent de leur accouchement semble avoir été très éprouvante et violente (Maffi 2012a). Enfin, les représentations de la naissance comme moment fondamental et magique restent en tension avec celles des risques intolérables, et peuvent apparaître comme secondaires. Certaines professionnelles et des parturientes se positionnent clairement pour privilégier des dispositifs qui permettraient de limiter les risques, quitte à ce que l'accouchement soit moins bien vécu.

¹⁴² Je souligne par ailleurs qu'une vision hétérocentrée prévaut dans la salle d'accouchement. Un bébé a forcément une mère et un père pour les professionnelles, même quand celui-ci est absent (quelques sages-femmes ont pourtant accueilli des couples de femmes dans la salle d'accouchement).

Chapitre 6 Entre risque intolérable à surveiller et moment magique à préserver : tensions et tentatives de conciliation

Les discours sur le risque intolérable (chapitre 4) et le moment magique (chapitre 5) comme modes de compréhension de l'accouchement sont en tension. Ils forment davantage un continuum qu'ils ne font référence à des positionnements tranchés, sachant que plusieurs répondantes ont tenu des discours relatifs au risque intolérable et au moment magique à des moments différents. Dans ce chapitre, j'analyse ainsi comment les professionnelles et les parturientes concilient, pensent la conciliation de ces ambivalences au quotidien. Différentes caractéristiques, comme leur statut (sage-femme, médecin, usagère), et surtout le lieu dans lequel elles ont choisi d'accoucher ou d'exercer (dedans ou dehors de l'hôpital) influencent leurs positions sur le continuum. Les situations dans lesquelles les répondantes tiennent un discours relatif au risque intolérable, plutôt qu'au moment magique sont également significatives (entretien avec une sociologue, défense de leur métier / pratique, discussion avec une parturiente, etc.).

A partir des discours des parturientes et surtout des professionnelles, j'ai construit deux postures idéal-typiques qui sont relatives à des attitudes différentes face à la prise en charge de l'accouchement. La première consiste à tendre vers une incertitude maîtrisée et déléguée. La surveillance des risques et leur limitation devraient être la priorité, comme la réduction de l'incertitude. La gestion de l'incertitude et des risques doit être déléguée aux professionnelles de santé, dans un hôpital. Une répartition des responsabilités pourrait être effectuée : les professionnelles seraient responsables des risques à surveiller, et les parturientes du moment magique à préserver. Cette posture concerne uniquement des professionnelles et des usagères du contexte hospitalier. La deuxième posture idéal-typique consiste à tendre vers une incertitude normalisée. Cela suppose qu'elle (re)devienne normale au sens de partie intégrante du cours de la vie, et ce terme suggère aussi l'action de normaliser, qui est effectuée par les professionnelles. Selon elle, il faudrait valoriser l'accouchement comme moment magique et, sans nier l'existence de dangers, relativiser leur omniprésence. Ces processus pourraient prendre place grâce à la discussion entre professionnelles et parturiente. Ce positionnement se trouve plutôt dans le contexte de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, mais pas exclusivement.

1 Tendre vers une incertitude maîtrisée

La première posture face aux tensions entre moment magique à préserver et risques intolérables à surveiller est celle qui consiste à replacer la gestion du risque au centre des représentations et des pratiques. Ce type de discours est tenu dans un mode défensif du dispositif obstétrical actuel et sert à critiquer les pratiques de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Si le moment magique peut être évoqué dans certains contextes, il est dépassé par la volonté de réduire les risques, et complètement évacué quand il s'agit de défendre l'accouchement en hôpital. Ce positionnement est adopté uniquement en milieu hospitalier. Je vais commencer par exposer la position des professionnelles, avant de développer celle des parturientes.

Aussi bien médecins (surtout séniors) que sages-femmes m'ont régulièrement dit avoir choisi ce métier pour être au contact « de gens en bonne santé », « être dans le milieu médical mais sans le côté personne malade », dans des « événements qui sont souvent heureux » (Andrea, adjoint), « dans un moment joyeux la plupart du temps » (Morgane, sage-femme

mat). C'est bien parce qu'elles considèrent que la naissance est un moment magique, que l'irruption imprévue de complications graves est vécue comme insupportable, pour les mères, les pères et les professionnelles. Louise une sage-femme expérimentée et respectée de la salle de naissance me rapporte une situation d'une femme qui a brutalement fait « un AVC pendant la dilatation » et qui ne contrôlait plus ses mouvements. Elle est troublée en racontant cette histoire qui l'a énormément marquée :

Quand tu as ça en face de toi, tu te dis « mais attends... t'es où ? en salle d'accouchement ? la dame elle est jeune, non, non c'est pas possible ! » Et oui c'est possible, quand l'anesthésiste arrive et qu'elle te dit: « c'est probablement un AVC » - quoi?! Attends elle est en train d'accoucher, c'est un événement joyeux, non? Et puis elle part et puis elle part et puis que c'est fini, quoi. Tu te dis heu, voilà. Il se passe plein de trucs, elle a plus son utérus, elle va peut-être mourir. (Louise, sage-femme mat)

Lyanna, une sage-femme plus jeune de la maternité, a vécu une situation similaire qui l'a beaucoup marquée dans un hôpital périphérique. La parturiente « ravie », avait « fait sa dilatation dans l'eau » pour accoucher « spontanément, sans péridurale ». Elle a cependant fait une hémorragie massive après l'accouchement. Lyanna décrit « un souvenir très, très violent », qu'elle a eu « beaucoup de mal à encaisser ». La parturiente a été intubée et transférée dans une maternité universitaire : « ils savaient pas si elle allait s'en sortir ». Cette expérience a remis en question la vocation de sage-femme de Lyanna : « j'ai eu deux jours où je me suis dit, mais si c'est ça, moi si c'est pour voir mourir les gens, je veux pas faire ça, quoi ». Les professionnelles sont marquées par ces scènes qu'elles ont vécues. Louise (sage-femme mat) raconte « entendre encore la dame crier » des années après avoir assisté à des interventions pour stopper une hémorragie. Pour les professionnelles qui sont proches de la culture biomédicale, l'accouchement décrit et pensé comme beau et magique peut être d'une part dangereux quand les professionnelles oublient que le risque est omniprésent, et d'autre part douloureux, quand les parents vivent des complications qu'ils n'avaient en aucun cas imaginées. Ces expériences ne sont pas interprétées par les professionnelles ou les parturientes comme une preuve que l'incertitude est inhérente à la naissance, peu importe où elle se déroule, mais à plutôt renforcer leur conviction que la médecine et l'hôpital sont indispensables pour contenir au mieux cette incertitude insupportable : « Quand on va en voiture on met sa ceinture de sécurité. Ça ne nous protège pas des accidents, mais on sait que si on a un accident, on a quand même des chances que ce soit moins grave. Je dis : pour moi accoucher à l'hôpital c'est pareil » (Lou sage-femme mat).

Les discours des professionnelles hospitalières sont moqueurs et les critiques parfois acerbes à l'égard des sages-femmes qui exercent à domicile ou en maison de naissance, qui auraient une vision trop « fleur bleu », « bisounours », « romantique » de la naissance¹⁴³. Cela pourrait conduire les sages-femmes à ne pas prendre au sérieux certains facteurs de risques, ou symptômes révélateurs d'une complication d'une part, et d'autre part ne pas assez communiquer les risques aux parents. Selon Laura (CDC), les sages-femmes indépendantes entretiendraient une image de l'accouchement comme moment idéal, beau, simple et ne relevant pas du médical. Elle prend l'exemple d'une « émission sur les maisons de naissance où tout était magnifique, tout était rose, tout était super, il y avait pas une goutte de sang, c'était super, et tu as juste envie de dire 'aaaahhh !! c'est pas comme ça !' donc aussi effectivement, ça véhicule une image aussi idéaliste, sauf que l'obstétrique c'est pas ça ».

¹⁴³ Ces termes sont issus de notes de terrain, et parfois rencontrés en entretien.

Lorsque j'ai présenté ma recherche au début de mon terrain au staff médical, le chef de service m'a interpellée en me « remerciant pour ma recherche » qui, espérait-il « redonnerait du bon sens à la société ». Même si celui-ci ne nie pas que l'accouchement est un moment important pour les femmes et les couples, cela ne devrait pas occulter la réalité du risque permanent qui nécessite une surveillance rapprochée. Cette tension sociale entre « moment magique » et « risque intolérable » n'aurait pas vraiment lieu d'être, la sécurité devant toujours primer.

« La médicalisation de la naissance a permis de baisser énormément les taux de mortalité. Avant, il y avait une mortalité maternelle élevée, des malformations graves qui étaient découvertes à l'accouchement, des bébés qui naissaient asphyxiés, on avait encore les échelles bébé blanc, bébé bleu... maintenant ça n'arrive presque plus jamais, sauf erreur de management quoi. Grâce à tout cela, la mortalité a baissé pour arriver, après les années 80 à environ 1/20 000. Les dernières études montrent que l'accouchement à domicile ou en maison de naissance augmente les risques de mortalité de 50% ! Donc oui, si tu viens à l'hôpital tu tombes sur une interne [il regarde les internes qui sont assis.e.s de l'autre côté de la table et derrière lui], sympa... ou moins sympa. Oui ce sera plus médicalisé.... Non à la maison tu n'auras pas de forceps ou de césarienne, mais tu as 50% de risque en plus que le bébé ou la maman meure ! Alors oui, à l'hôpital c'est le prix à payer pour la sécurité. Donc j'espère que votre étude remettra les pendules à l'heure de la société. Parce qu'il y a un problème là, une question de bon sens ! Votre étude pourrait redonner un peu de bon sens à la société ! et parce que les 50% de morts en plus, on n'en parle pas, on n'en parle jamais hein ! On n'en parle jamais de cela ! ». Il le répète à plusieurs reprises, il parle vivement et est visiblement agacé, voire en colère. Cela tranche avec son attitude pendant le reste du colloque, et son attitude habituelle. Les fois où je l'ai rencontré ou vu en activité, il était toujours agréable et souriant, très calme, avec un ton posé et mesuré. (Journal de terrain, La Maternité, colloque médical)

Cette citation reflète combien il est parfois difficile et frustrant pour des professionnelles qui ont connu des expériences de naissances catastrophiques, d'imaginer que la recherche d'une naissance « magique » risque de compromettre la surveillance et la circonscription des risques. Maude (interne) explique le « gros problème qu'[elle a] avec les gens qui choisissent d'accoucher en dehors de l'hôpital » : « oui c'est chiant tu as pas d'intimité, oui on te pourrit un peu un jour qui aurait pu être juste parfait si tu avais accouché chez toi dans ta baignoire, mais si ça se passe pas bien... ». Roxane (sage-femme mat) considère que l'hôpital peut entraîner plus de risques d'avoir des interventions superflues et engendrer ainsi des effets iatrogènes. Cependant, il reste le meilleur lieu pour accoucher puisqu'il a la capacité de contrôler les effets iatrogènes les plus sérieux, et surtout de soigner les complications graves qui peuvent conduire à la mort :

[L'accouchement à domicile] c'est pas un risque que je prendrais, parce qu'il y a tellement d'imprévus. A domicile, oui 80% des accouchements vont bien se passer, mais on est peu à même de faire face à des imprévus. Je peux comprendre tout à fait mais... leur idée c'est que nous à l'hôpital on peut être aussi délétère avec nos provocations à outrance, notre active management qui peut effectivement entraîner des pathologies qu'il y aurait pas eu... ça oui effectivement, ils n'ont pas tout à fait tort je pense. (...) je pense qu'ici on est quand même plus sécuritaire. Une hémorragie c'est imprévisible ! Un bébé qui fait un retour à la circulation fœtal, c'est imprévisible... à domicile on n'est pas bien. (Roxane, sage-femme mat)

Lyanna (sage-femme mat) est convaincue qu'à l'hôpital « on médicalise des patientes qui auraient pas besoin de tout ça », mais en même temps « s'il t'arrive un seul pépin, ce sera bien pris en charge, vite, et tu as plus de chances de t'en sortir bien ». Dans ce

positionnement, l'accouchement est compris comme un moment relevant du médical et relatif à des procédures d'encadrement spécifique qui permettront d'éviter les risques les plus graves et de maîtriser au mieux l'incertitude. Ce qui est important, c'est l'accouchement au sens médical et moins la naissance, qui est considérée comme une expérience sociale et profane. Oriane, l'infirmière responsable des soins au niveau du service d'obstétrique m'a ainsi demandé de modifier les termes que j'utilisais dans mon protocole de recherche pour la commission d'éthique: «vous parlez de salle de naissance. Il faut parler de salle d'accouchement. Le Prof Claude [chef de service] a insisté là-dessus, c'est vraiment important pour lui. D'ailleurs, le changement est en train d'être fait partout. »¹⁴⁴ (Journal de terrain, La Maternité).

En filigrane de ces discours, c'est l'image de « la bonne mère » qui est construite. Celle-ci doit être capable de sacrifier ses envies, ses sensations, son corps, pour son enfant, déjà pendant la grossesse (Hammer et Inglin 2014). La recherche du « moment magique » peut être décrite ici comme une envie égoïste de la mère de vivre un bel accouchement, sans penser à la sécurité de son enfant. Selon Claude (chef de service) « si les bébés pouvaient parler, ils ne choisiraient pas de naître en maison de naissance ! » (journal de terrain, La Maternité). Claude qui est très remonté contre la pratique de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance assimile les femmes qui font ce choix à de mauvaises mères en comparaison avec celles qui accouchent à l'hôpital :

Toutes les études modernes montrent que c'est plus dangereux. Certes, la mère a moins de risques d'avoir une césarienne par exemple, mais les risques pour le bébé sont plus grands. (...) les femmes qu'on a ici [à La Maternité] seraient d'accord qu'on les coupe en rondelles pour sauver leur bébé, celles qui choisissent d'accoucher en maison de naissance, il y a une sorte de retournement, la mère devient plus importante. (Claude, chef de service)

La définition des risques intolérables est précisée par la mise en balance avec des risques jugés moindres, qui sont en particulier ceux qui concernent les interventions sur le corps de la parturiente. Mélissa (interne) rejoint Claude dans l'idée que le corps de la mère doit pouvoir être coupé (par césarienne dans le cas de Claude, par épisiotomie dans le cas de Mélissa) pour préserver l'enfant : « Y a pas que le périnée dans ta vie ! Tu vois, vaut mieux avoir un périnée merdique et puis avoir un gamin qui est pas infirme moteur-cérébral. Tu vois [rire], y a pas que le périnée, fais une épiso', faut qu'il sorte, quoi, le gamin ! ».

Les femmes qui demandent des interventions médicales sont elles aussi mal vues, surtout s'il s'agit de raisons jugées illégitimes. L'exemple emblématique qui est mentionné dans plusieurs entretiens et que j'ai entendu sur le terrain à plusieurs reprises sont les femmes qui demanderaient une provocation pour des raisons de planification de leur agenda, et surtout, celles qui demanderaient une césarienne pour ne pas souffrir ou pour préserver leur corps (raisons esthétiques, préservation de la sexualité, etc.)¹⁴⁵. Ces demandes sont considérées comme égoïstes et futiles en regard des risques pour l'enfant. Lyanna (sage-femme mat) déplore la situation notamment au Brésil qui « banalise la césarienne » : « là-bas, tu demandes ta césarienne, tu as ta césarienne tel jour (...) parce qu'on va pas s'amuser à

¹⁴⁴ Oriane recadre ici la sociologue, en m'incitant à me conformer à la terminologie, voire à la culture de service, officiellement en vigueur. Elle profite aussi de l'occasion pour le rappeler à ses équipes. Ce ne sera pas l'unique occasion où ma présence sera utilisée comme une occasion de rappeler et d'explicitier les normes en vigueur dans l'hôpital.

¹⁴⁵ Je n'ai pas récolté de telles demandes chez les femmes que j'ai rencontrées, mais cela ne veut pas dire qu'elles n'existent pas. Cela signifie en tout cas qu'elles sont rares et que ce type de propos sert surtout à signifier les normes de la bonne mère.

avoir mal, à avoir des problèmes de périnée, avoir trop de vergetures ou des trucs qui paraissent hallucinants »¹⁴⁶. Joana (sage-femme mat) trouve « spécial » les femmes qui veulent une « césarienne de convenance pour ne pas prendre le risque d'avoir le périnée abîmé, pour leur vie sexuelle, tout ça ».

Les médecins qui pratiqueraient des césariennes pour ces raisons sont d'ailleurs disqualifiés. Lors d'un colloque médical, les risques et bénéfices des césariennes sont débattus, et le chef de service critique durement les propos tenus par des sages-femmes dans la presse qui essaieraient selon lui de « terroriser les femmes à propos des risques de césariennes ». Pour autant, il rappelle que la césarienne reste une intervention médicale qui doit être pratiquée pour « de bonnes raisons », la préservation du périnée n'en étant pas une : « après les équipes de X [docteur] qui travaillent autour du périnée, des périnéologues, qui veulent faire une césarienne à toutes les femmes pour protéger leur périnée, ça non ! (...) Le message [ici] est qu'il faut éviter la césarienne pour le périnée ! (Claude, chef de service).

Les professionnelles ont le sentiment que leur attitude répond aux demandes des parents en faveur d'une sécurité maximale et d'une prise en charge de l'incertitude par les professionnelles, pendant l'accouchement. Pour Andrea (adjoint), la volonté de plus de sécurité est imbriquée entre demandes des parents et des professionnelles, et elle lui semble logique et souhaitable :

j'ai toujours eu le Prof [Claude] comme Prof [chef de service], et j'aime beaucoup sa façon de faire, c'est vraiment la sécurité, mais pas faire une césarienne pour rien, mais la sécurité avant tout. Et puis je pense que c'est aussi ce que les gens veulent. Peut-être qu'avant on faisait moins de césariennes, mais on était d'accord de prendre plus de risques, pour le bébé, ou même pour la mère, avec des énormes déchirures, ou plus de morbidité périnatale (...) aujourd'hui, ça serait plus possible ça. Les gens... ils ont besoin ... et je trouve ça tout à fait logique, moi en tant que femme, c'est exactement la même chose, on a un enfant on veut dès le début qu'il ait toutes les chances, dès le début toutes les chances pour ce bébé, quitte même à avoir une césarienne de trop finalement. (Andrea, adjoint)

Les médecins et certaines sages-femmes exerçant en milieu hospitalier sont irrités de se voir régulièrement désignés comme « les méchants » (sages-femmes, La Maternité, journal de terrain). Ceux-ci seraient confrontés à des « exigences de résultat »¹⁴⁷ (Jade, adjoint) :

c'est pas que les médecins qui ont médicalisé, ça je peux pas entendre ça, c'est aussi les attentes de la société avec les attentes de zéro risque, que du moment qu'on décide d'avoir une grossesse ça va marcher, que du moment où on est enceinte, c'est sûr qu'il y aura un bel enfant hyper parfait au bout, qui induit ça aussi. C'est tellement intriqué. Ce qui me dérange c'est quand on accuse toujours les médecins d'avoir médicalisé, c'est réducteur. (...) Ça m'agace ! Parce que c'est eux qui médicalisent, et puis après quand il y a un souci, c'est de toute façon eux qui sont sur le banc des accusés. (Jade, adjoint)

Les médecins utilisent souvent le souhait, voire la pression, des parents pour le risque zéro, pour justifier l'extension de l'interventionnisme médical. Ils ne feraient ainsi que répondre à cette demande sociale forte : « les exigences sont très fortes, et on tend vers la minimisation

¹⁴⁶ Nakano, Bonan, et Teixeira (2015) décrivent le processus de « normalisation de la césarienne » au Brésil dont les taux de césariennes sont effectivement records.

¹⁴⁷ Hammer (2010) évoque lui aussi le sentiment « d'exigence de résultat » (p.258) éprouvé par les obstétriciens dans le contexte du suivi de la grossesse, et en particulier du dépistage du premier trimestre.

du risque, c'est ce que la société attend de nous donc c'est difficile » (Michelle, interne). Cette argumentation est particulièrement visible, y compris dans les médias, en ce qui concerne les augmentations des taux de césariennes. Du fait de ces risques perçus comme intolérables par la société, le risque d'être traduit en justice ne ferait qu'augmenter. Pour Cléa (sage-femme indépendante) le « public est assez procédurier » car la « population est exigeante et estime qu'elle a un droit à un bébé en ordre et à une maman qui sort en ordre ». Lou (sage-femme mat) évoque « cette pression pendant toute la naissance » qu'elle ressent en salle d'accouchement lorsqu'elle est confrontée à un couple qu'elle pense être potentiellement « procédurier » : « on se dit : « Mais il ne faut rien qui arrive ! » C'est des gens qui vont vous dire : « Je n'accepte pas d'enfant handicapé. Il n'est pas question que mon enfant soit handicapé. ». Louise (sage-femme mat) « comprend » que les médecins soient « plus préventifs » dans un contexte où « la société » attend d'eux « que les bébés naissent parfaits ».

Pour les professionnelles la demande sociale est d'autant plus difficile à gérer qu'elle serait ambivalente. Ils se plaignent des parents qui ont tendance à avoir des attentes et à formuler des demandes contradictoires. Ceux-ci voudraient d'une part que les professionnelles leur garantissent qu'ils pourront vivre un moment magique dans lesquels les professionnelles interviennent peu, et d'autre part qu'ils les protègent des complications graves, ce qui implique, selon ces professionnelles, de surveiller et potentiellement d'intervenir médicalement. C'est le nombre croissant de ces demandes en partie inconciliables selon les professionnelles, qui accroît encore davantage leur exposition aux risques médico-légaux :

Les femmes font de l'accouchement, bon sûrement à raison, une réussite personnelle et importante dans leur vie. Elles ne veulent pas de médicalisation, mais elles demandent aussi la sécurité, et elles se retournent contre nous si jamais ça se passe mal finalement. C'est un peu en contradiction avec nous... toute cette attente de la société (Claude, chef de service, colloque quotidien du staff médical, journal de terrain).

Michelle (interne) me rapporte une plainte adressée par des parents au chef de service, suite à sa décision de césarienne pour anomalie du rythme cardiaque chez une femme prise en charge par l'équipe du suivi global. Selon elle, en idéalisant la naissance et en voulant vivre un moment « magique », les parents ont perdu de vue le plus important, à savoir la bonne santé de leur bébé, que leur aurait offert Michelle en pratiquant une césarienne : « ça a été d'autant plus mal vécu parce que l'attente par rapport à cet accouchement était idéale. C'était l'accouchement idéal, les conditions idéales, de privacité, de complicité que nous, oui, on n'a pas pu offrir. On leur a offert un bébé en bonne santé. Je trouve que quand il y a beaucoup d'attentes, c'est toujours plus difficile ». Maude (interne) propose une interprétation similaire à propos d'un autre cas, qu'elle vit elle aussi comme une injustice puisqu'elle estime avoir rempli son devoir de médecin :

Tu as quand même beaucoup de plaintes pour des choses vraiment bizarres, genre on m'a fait une ventouse. Certes, mais ton bébé allait pas du tout bien, c'est pour ça qu'on t'a fait une ventouse. C'est pas « on m'a fait une ventouse et mon bébé va pas bien », hein ! c'est juste « je voulais pas de ventouse ! » (...) quand tu vois les plans de naissance c'est assez flagrant, que c'est leur moment et que tu as pas le droit d'intervenir.... Mais ils veulent quand même être à l'hôpital pour ce que ce soit plus sûr ! mais faut pas intervenir ! donc ça va être plus sûr parce que tu vas être là et les regarder. Et t'as, franchement, t'es tentée de dire, mais si tout d'un coup vous vous mettez à saigner la rage, qu'on vous regarde, qu'on fait rien... c'est une logique qui est assez particulière. (Maude, interne)

Les professionnelles justifient très souvent leurs pratiques par le fait qu'elles sont bien intentionnées, faites pour le bien des femmes. Elles échapperaient ainsi nécessairement à la critique. Le risque a aussi tendance à disparaître au profit de la complication ou de la mort : dans les propos des professionnelles, les interventions sont souvent décrites comme ayant sauvé une mère et un enfant, au lieu de parler d'une probabilité d'avoir évité des complications. La probabilité de la survenue d'une complication (concept de risque) peut être discutée, re-catégorisée, mise en relation avec d'autres risques, etc. La mort ou la complication grave échappent par contre à toute discussion. Cette analyse sera étayée tout au long de ce travail ; elle est absolument centrale dans la compréhension de la prise en charge de l'accouchement aujourd'hui.

Dans le discours de certaines professionnelles (ainsi que de nombreux parents), le moyen de diminuer les difficultés serait de répartir les rôles. Les professionnelles devraient être reconnues comme les garants de la surveillance et de la gestion des risques intolérables, et les parents seraient chargés de vivre un moment magique dans la confiance :

Le couple doit être conscient [des risques], mais dans une certaine mesure. Faut pas qu'ils en aient autant conscience que nous. Parce que sinon, c'est angoissant, parce que oui, il y a ce risque, mais moi, c'est ce que je dis toujours à mes amies enceintes, « Mais écoute, mais c'est magique, il y a tellement de femmes qui accouchent tellement bien, et c'est vraiment formidable ». Le reste, c'est notre problème à nous. Moi je le vois plus comme ça. Ce risque, c'est notre problème à nous, quand ça arrive, de le gérer, de l'expliquer à la patiente, mais c'est pas notre rôle de les stresser avec ça. (Lyanna, sage-femme mat)

La communication des risques doit rester mesurée, voire omettre de décrire les doutes qu'ont les professionnelles autour de l'interprétation des données de surveillance en cours d'accouchement, et qui consiste à se demander si celui-ci est toujours physiologique ou non. Selon Maude (interne), la plupart de ces doutes rencontrés par les professionnelles lors de l'accouchement, ne se concrétisent pas en pathologies (importantes). Elle suggère alors d'euphémiser ces craintes auprès des parturientes pour ne pas gâcher ce moment.

tu as pas envie de pourrir l'accouchement des gens [en leur parlant des risques] [silence]. Ça fait partie des rites de passages, comme le jour de ton mariage, ça fait partie [de ce] dont tu vas te souvenir toute ta vie. Donc... t'évites au maximum de leur faire ressentir l'urgence, t'évites au maximum de leur faire comprendre quand ça va pas. Tu les informes, mais tu essaies que ce soit juste ce qu'il faut pour faire avancer la chose, et pas pour faire flipper tout le monde. Quand tu as une péritonite, on ne va pas te dire « vous avez une petite infection »... mais là quand l'enfant a un rythme cardiaque – mais pourri, tu la mets sur le côté tu fais shhht, on va juste vous mettre un peu d'oxygène. Ça va bien se passer. Donc tu minimises à fond souvent, tant que c'est pas vraiment vital, tu minimises à fond tout. Et puis après, souvent ça se passe hyper bien. Tu minimises, tu minimises, elle accouche bien, le tracé d'expulsion était horrible, tu as fait une ventouse, mais bon tout va bien. Les PH¹⁴⁸ sont bons, tu te fais pas défoncer au colloque le lendemain matin, et le bébé il ira à l'école ! (Maude interne)

Je montrerai dans la partie suivante quelles stratégies sont déployées par les professionnelles pour mettre en place cette répartition des rôles. Si elle semble convenir à beaucoup de femmes, certaines ont désapprouvé ces pratiques. Celles-ci donnent également à voir un décalage entre les normes éthiques et les difficultés rencontrées par les professionnelles pour les appliquer.

¹⁴⁸ Il s'agit d'une mesure utilisée pour évaluer l'état de santé du fœtus pendant l'accouchement.

Pour les mères (et les pères) que j'ai rencontrés et qui avaient choisi d'accoucher à l'hôpital, se protéger des complications médicales graves et limiter l'incertitude reste en tout cas la priorité. L'accouchement à domicile, en maison de naissance et même en clinique est vu par de nombreux parents bien éduqués (les autres connaissant peu le fonctionnement de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance) comme survalorisant la recherche du confort, et de l'esthétisme. Ces dimensions doivent rester accessoires pour eux, et leurs discours sont tantôt moqueurs, tantôt teintés d'inquiétude, face à ceux qui font d'autres choix. Lors d'une observation à La Maternité un père m'explique : « on ne voulait pas accoucher en clinique, le beau plateau repas c'est pas ce qu'on veut ! Une femme est décédée en clinique car l'infirmière n'arrivait pas à joindre le docteur ! il faut qu'on explique cela aux gens quoi ! ». Pour Myriam (parturiente, 2 mat), accoucher à la maison « c'est chou, c'est joli et tout ça », mais « s'il y a quelque chose qui se passe, tu as rien » [pour agir]. C'est pour cela qu'elle ne ferait pas ce choix : « quitte à ce que ce soit moins agréable pendant deux, trois jours, je préfère avoir plus de chances que l'enfant et moi-même s'en sortent bien ! [rire] ». Pour Leonie (parturiente, 1 mat), quitte à ce que « ça sente l'hôpital » et que « les interventions enlèvent un peu du charme de la naissance », l'important est que le bébé et la femme soient en sécurité à l'hôpital. Etre dans ce lieu la « rassurait ». Linda (parturiente 1 mat) a « pleuré » quand on lui a annoncé qu'elle devait être provoquée car l'échographie avait déterminé qu'elle n'avait plus assez de liquide amniotique. Si ce n'était pas du tout l'accouchement qu'elle espérait, elle a choisi de s'en remettre aux décisions des professionnelles qui s'apparentent à la recherche « d'un risque zéro », qu'elle recherche elle-même : « ils jouent forcément la carte de la sécurité et quelque part c'est ce que je leur demandais, du coup j'allais absolument pas remettre en question (...) la sécurité primait ».

Les complications qui pourraient toucher le fœtus sont celles qui sont les plus craintes par les parturientes. Joëlle (parturiente, 1 mat) affirme que « pour le bébé » elle était prête à tout et refusait ainsi d'adopter une vision « idéalisée » de la naissance. Si Cynthia (parturiente 1 mat) estime que les femmes qui accouchent en dehors de l'hôpital sont « courageuses », elle ne voulait pas prendre de risques « Pas par rapport à [elle], mais surtout par rapport [à son] bébé ». Pour Linda (parturiente, 1 mat), les déchirures du « périnée, étonnamment c'était vraiment le dernier de mes soucis (...) la priorité c'est le bébé en fait, que ça se passe bien pour lui ». Le « truc qui [lui] faisait peur » était l'hypoxie, c'est-à-dire que le fœtus manque d'oxygène pendant l'accouchement.

L'hôpital est apprécié pour sa capacité à gérer l'incertitude : les complications apparaissent comme des événements soudains, un basculement dans lequel il faut être capable d'intervenir immédiatement, comme c'est possible en hôpital, pour éviter les complications graves et la mort. Pour Eve (parturiente, 3 mat), c'était une évidence d'accoucher à l'hôpital : « tout est là-bas, en cas de problème, on a la vie sauve. (...) Si jamais ça tourne mal et qu'il y a une seule sage-femme, qu'il y a un problème comme ça, le temps que l'ambulance vienne, on ne sait pas ce qui va se passer dans quelques minutes, quelques minutes ça compte. »

C'est bien l'incertitude d'un accouchement hors des normes fixées par le médical qui effraie, plutôt que l'accouchement lui-même. Myriam (parturiente, 2 mat) affirme ne pas considérer que l'accouchement est dangereux, et se sentait « tranquille », mais a cependant voulu (ainsi que son conjoint) accoucher à la maternité : « on a toujours dit que s'il y a quelque chose qui arrive au bébé, ils amènent toujours à la maternité, alors on a dit: 'ouais on va faire là-bas pour si jamais il y a quelque chose qui se passe' ». Les propos de Myriam reflètent que la culture du risque est omniprésente et persiste dans les pratiques de ceux qui disent

pourtant ne pas penser que l'accouchement est dangereux. Ils révèlent aussi à quel point l'hôpital rassure dans sa capacité à faire de l'accouchement un événement dont on peut raisonnablement prévoir qu'il sera sûr.

Ces discours de préservation de la santé s'inscrivent dans un mouvement de « santéisme » (Robert Crawford 1980) plus global qui correspond à un impératif d'être en bonne santé (Lupton 1997). Cet impératif est aussi porté par les individus sous la forme d'une préoccupation continue qui se joue dans le quotidien de la vie sociale, bien en dehors des interactions avec les soignants, c'est le concept de biomédicalisation (Clarke et al. 2003). La santé dans ce contexte est un idéal à atteindre, et les individus sont responsables d'adopter des comportements adéquats pour préserver et renforcer leur capital santé, et surtout éviter les comportements « à risque » (Lupton 1993, 2006; Robert Crawford 1994). Les dangers de la naissance concernant des êtres considérés comme particulièrement précieux, cette norme est d'autant plus prégnante. Ce qu'il faut relever, pour finir, c'est que dans ce positionnement, une norme est implicitement (et parfois explicitement) transmise. Les mères doivent prendre toutes les mesures possibles pour préserver la santé de leur enfant, et cela doit être leur priorité. Cette norme est présente aussi bien dans les discours des professionnelles que dans celui des femmes. Elles-mêmes véhiculent des discours visant à démontrer qu'elles font tout pour agir pour protéger leur enfant, même quand celui-ci n'est pas encore né. Le danger le plus insupportable est ici celui qui concerne l'intégrité physique du fœtus.

Les demandes d'interventions comme les refus d'interventions sont mal reçues la plupart du temps, voire dénoncées. Les décisions relatives à la grossesse et à l'accouchement sont considérées comme devant être en priorité l'apanage du monde médical. Cela confirme l'analyse qu'une bonne mère, et une bonne patiente, doit se conformer à l'image d'une mère sacrificielle, et soumise à une autorité médicale qui fera le mieux pour elle et surtout pour son enfant qui devient un instrument de légitimation de la médicalisation. Je montrerai comment cette norme de santé est très ancrée dans le gouvernement des conduites. Dans cette perspective, il faudrait tendre vers la maîtrise de l'incertitude et l'éviction des risques médicaux les plus graves, quitte à induire des surveillances et des interventions nombreuses sur le corps des femmes (et des fœtus dans une moindre mesure). Cette perspective est celle qui est la plus partagée par les professionnelles et les parturientes dans le milieu hospitalier, et celle qui fait le plus consensus puisqu'elle soutient les pratiques et le dispositif de prise en charge de l'accouchement qui est le plus diffusé et représenté.

2 Tendre vers une incertitude normalisée

La deuxième posture consiste à tendre vers une acceptation de l'incertitude et à valoriser le moment magique. Celle-ci est adoptée par certaines professionnelles et parturientes qui choisissent l'accouchement en milieu hospitalier. Ce sont en particulier celles qui se retrouvent dans des prestations décalées par rapport à ce qui est proposé dans le suivi classique : sage-femme agréées ou suivi global. Le fait d'avoir vécu des expériences à l'étranger, dans des univers moins médicalisés, favorisent également l'adoption de cette posture (pour les médecins par exemple). Celle-ci est cependant surtout partagée par des professionnelles et des femmes qui exercent ou accouchent à domicile ou en maison de naissance. Il s'agit donc de discours minoritaires. Pour cette raison, je vais les exposer ici partiellement. Dans la partie qui est consacrée à l'accouchement à domicile et en maison de naissance, je montrerai en quoi les parturientes et les professionnelles construisent cette posture comme étant spécifique à leurs pratiques.

Dans cette posture, l'idée de la continuité de l'incertitude, qui ne peut être réglée complètement par un calcul probabiliste en termes de risques est présente. Selon Cléa (sage-femme indépendante), l'incertitude est « inhérente à la naissance », « même quand [la parturiente a fait] 40 examens sanguins pendant la grossesse, 10 échographies pour certaines, la lecture de 6 bouquins, 3 films, l'ostéopathe, le je ne sais pas qui... ». Elle critique le fait que le risque et l'incertitude soient utilisés pour justifier un interventionnisme médical extensif et de routine pour tous les accouchements, et qui commence dès la grossesse. Les femmes sont ainsi socialisées très tôt à avoir peur des complications imprévues de la naissance, la peur les poussant ainsi à accepter, voire à souhaiter la prise en charge médicale et technique extensive de leur accouchement :

Le médecin chef de la maternité disait toujours « quand on fait de l'obstétrique, il peut toujours y avoir un coup de tonnerre dans un ciel serein ». C'est absolument vrai (...) mais de là à médicaliser les gens immédiatement dès leur entrée [à la maternité] alors ça je trouve que c'est outrancier, c'est exagéré (...). On fomente l'angoisse tout au long de la grossesse. Comment est-ce qu'elles peuvent arriver tranquilles à l'accouchement ? C'est impossible. (...) après on entre vraiment dans la domination mais vraiment très prononcée de la médicalisation. C'est dommage pour un événement comme la naissance. (Cléa, sage-femme indépendante)

Nadine (sage-femme mat) déplore que le système obstétrical actuel se concentre sur les cas à risques qui sont minoritaires, pour construire les prises en charge standards : « finalement il y a quatre-vingt-cinq pour cent des situations qui devraient aller bien. Donc pourquoi se focaliser pour les 15% potentiels ? ». Des sages-femmes et des parturientes considèrent ainsi que les médecins, formés pour la pathologie, auraient une vision de l'accouchement uniquement en termes de risques, ce qui les pousserait à davantage médicaliser et surveiller toutes les grossesses, par un oubli de toutes celles qui se passent bien.

Par ailleurs, l'extension de la surveillance et l'augmentation des interventions lors de l'accouchement d'une part, et les attentes des parents en matière de risque zéro d'autre part, seraient liées aux fausses promesses de la médecine en matière d'abolition de l'incertitude. La surveillance étroite instaurée dès la grossesse laisserait penser aux femmes que la médicalisation et la technique ont permis de maîtriser complètement l'incertitude, et elles seraient donc d'autant plus « choquées » si une complication imprévue survient.

Avec tous les tests prénataux, on pense ici que c'est presque un risque zéro d'avoir un enfant qui a un syndrome à la naissance, et avec notre médecine, risque zéro d'avoir une maman qui décède... ben non c'est pas le cas, (...) ça nous arrive aussi à nous [dans un hôpital en Suisse], mais c'est tellement rare que ça choque beaucoup, mais ça fait partie des situations pour lesquelles on ne peut rien faire et je crois qu'il faut accepter ça. (Roxane sage-femme mat)

J'ai en effet constaté que de nombreuses femmes se disent extrêmement rassurées par le fait d'accoucher en milieu hospitalier. Elles pensent que l'accouchement peut être un événement dangereux, mais que ce n'est plus le cas si la parturiente accouche à l'hôpital. L'incertitude et les risques intolérables disparaîtraient grâce au savoir-faire médical et aux machines à disposition. Leonie (parturiente, 1 mat) me dit ainsi : « je ne vois pas la naissance comme un risque, pas en Suisse en tout cas. J'ai vraiment confiance envers la maternité, les médecins là-bas ».

Laura (CDC) évoque le paradoxe présent dans les discours des médecins. D'un côté, ceux-ci critiquent la lourde responsabilité qu'ils portent du fait de la pression que leur mettent les parents pour atteindre le risque zéro, de l'autre côté, ces mêmes médecins ont des attentes

et font peser des normes sur les parents en matière de sécurité, et en particulier ceux qu'ils estiment prendre des risques inacceptables en accouchant à domicile ou en maison de naissance.

Erin considère que ses expériences en médecine humanitaire ont transformé son rapport au risque et influencent son discours sur celui-ci : « peut-être que c'est le fait que j'aie vu heu ce qu'il se passe dans le monde en général, pour que je relativise, en me disant: 'bon... finalement, il y a des risques acceptables' », c'est-à-dire des risques qu'on peut accepter de prendre, même si, s'ils se réalisent, les conséquences peuvent être perçues comme insupportables. Erin est une des rares médecins que j'ai rencontrés qui pense que l'accouchement extrahospitalier est, à certaines conditions, une option envisageable pour les femmes.

Si la perspective positiviste est au cœur du monde biomédical aujourd'hui (Berlivet 2001), cela n'empêche pas certaines professionnelles, notamment médecins, de relativiser la rationalité de la construction du risque. Selon Oliva (CDC) le rapport au risque est subjectif, et serait socialement et culturellement construit. Considérer ou non la naissance comme un moment à risque dépend « de la définition de comment on définit la vie en général ». Pour elle, c'est le rapport à l'incertitude que nous entretenons qui explique la situation actuelle : « c'est un peu notre mentalité dans les pays du Nord où on ne veut pas du tout prendre du risque pour rien, et on veut être sûrs que tout va se dérouler bien ». Pour elle c'est cette conception du monde qui donne « l'impression que c'est quelque chose qui est à risque ». Evelyne (sage-femme agréée) considère que « c'est la société qui dit 'ça c'est risqué, ça c'est pas risqué', c'est collectif ». Le risque n'est ainsi pas objectif mais dépend « des mœurs » : « dans notre société, je trouve que c'est pas tellement nous qui décidons du risque, c'est pas vrai. Tous les jours on prend la voiture, il y a un risque énorme d'avoir un accident mais c'est acceptable pour tout le monde. Par contre, accoucher à domicile, c'est un risque qui n'est pas tellement acceptable. Ce risque-là on estime qu'il faut pas le prendre ». Pour Kira (sage-femme mat), il y aurait une différence entre sages-femmes et médecins dans l'appréhension du risque et de l'incertitude. Les médecins seraient davantage dans la crainte de la complication grave (c'est-à-dire avec des risques de séquelles très élevées et handicapantes, voire le décès) et très rare et envisagent souvent des interventions préventives plus que curatives afin d'éviter ces complications-là. L'intrusion que représentent les examens ou interventions préventives et les risques qu'ils comportent eux-mêmes sont considérés comme moins importants, même si leur occurrence est beaucoup plus grande, que les complications imprévues et graves, ici la mort in-utero. Selon Kira, les sages-femmes auraient une compréhension différente de la balance risques-bénéfices des dangers très graves et très rares versus moins graves et courants.

il y a aussi le flippe du médecin qui dit « comme je veux pas prendre de risques, on va la provoquer vendredi plutôt que lundi ». Je peux comprendre, mais ça implique d'autres choses. On sait très bien que provoquer une femme, on induit des risques qui n'auraient pas existé. Donc c'est pas génial. Mais les médecins n'auront pas ce discours. Pour eux, oui d'accord on met du synto[cinon] [pour provoquer l'accouchement], machin... peut-être ils banalisent plus parce que pour eux c'est mille fois plus grave d'avoir une femme qui arrive avec une mort in utero le week-end où ils auraient dû la provoquer et voilà. En fait c'est ça. Quand ils comparent ce qui peut arriver comme grave, qui est un risque pour mille et beaucoup plus, donc voilà un risque quasi inexistant, qui

sont tellement dramatiques, ben ils préfèrent prendre un risque qu'elle se mettra pas en route par exemple et puis qu'on devra lui faire une césarienne¹⁴⁹.

Solène : Toi tu as un regard différent comme sage-femme sur cette pesée des risques ?

Oui je pense que oui. J'ai envie de faire un peu plus confiance aux accouchements. (...) Parce que je pense que si on a pas besoin d'intervenir dans un accouchement et qu'on peut juste le laisser se faire et qu'on est dans la physiologie, il faut justement pas induire de pathologie. De provoquer une femme pour des raisons qui sont pas tout à fait justifiées, et puis se retrouver en échec de provo et puis après de lui faire une césarienne, je trouve que c'est du gâchis quand même.

Solène : Du gâchis ?

Ben qu'elle n'ait pas pu accoucher par voie basse déjà. Bon pas toutes les femmes le prennent mal, mais pour pas mal ça peut être une grosse déception, et ça les renvoie à quoi dans leur vie de femme, de mère, parce qu'elles n'ont pas pu accoucher par voie basse, qu'on leur a pas laissé la possibilité quelque part. Et il y a beaucoup de facteurs qu'on ne contrôle pas dans ces provocations, notamment le facteur psychologique. Et puis un gâchis parce qu'en tant que sage-femme on veut limiter les césariennes le plus possible. Les césariennes sont de plus en plus en augmentation, on le dit partout, la césarienne c'est bien si on n'a pas d'autres possibilités. (Kira, sage-femme mat)

Ces décisions sont médicales. Les sages-femmes n'assumeront donc pas la responsabilité d'une mort in utero si elle survient après qu'un médecin ait décidé de « laisser du temps à la dame » selon l'expression native. De plus, si les sages-femmes adoptent régulièrement un discours pour signifier leur appartenance aux valeurs traditionnellement attachées à leur profession, et en particulier la défense de la physiologie, qui implique de reconnaître que la nature est bien faite la plupart du temps et que les interventions doivent être modérées, dans la pratique du milieu hospitalier, médecins et sages-femmes sont proches dans la définition et l'appréhension concrète des situations « à risques ». Pour Katja, l'appréhension de la naissance comme a priori physiologique ou pathologique a en tout cas plus à voir avec des positions idéologiques et/ou professionnelles liées au lieu d'exercice, plutôt qu'à des chiffres (bien que ceux-ci puissent être utilisés pour soutenir le propos de l'une ou l'autre des positions). Elle dit que : « est-ce que l'accouchement est quelque chose à risque ? ben si j'écoutais mes collègues de la mat' oui, si j'écoute mes collègues de ... (rire), ben statistiquement quand même non ». (Katja, sage-femme agréée).

Déconstruire ce qui relève d'un « problème public » ne signifie pas pour autant nier qu'il existe des dangers autour de la naissance pour ces professionnelles. Il s'agit en revanche de leur redonner une juste place, et tout en posant des cadres pour les contrôler, d'accepter qu'ils ne le soient jamais tout à fait complètement. Il faudrait renoncer à des interventions routinières qui ne permettent de les limiter que de manière infime, c'est-à-dire pour un très petit nombre de cas. Certaines professionnelles et parturientes appellent alors, dans leurs discours, à une transformation des rapports à l'incertitude, c'est-à-dire souhaitent qu'un travail sur les normes, les valeurs et les représentations aient lieu. Roxane (sage-femme mat) souhaite que « notre culture » évolue et « accepte que ça fasse partie de la vie (...) de prendre le risque qu'à un moment il y ait un problème », c'est-à-dire que les personnes

¹⁴⁹ Dans le cadre d'une provocation de l'accouchement, du syntocinon est administré par voie veineuse. Les doses sont augmentées toutes les 30 minutes par les sages-femmes, selon un schéma précis. Lorsque la dose maximale est atteinte, s'il n'y a pas de mise en travail au bout d'une heure, une césarienne sera décidée pour motif « d'échec à la provocation ».

apprennent à renoncer à tout contrôler. Erin (CDC), aimerait que l'incertitude soit reconnue comme inhérente à la vie humaine, et en particulier à la naissance. Elle essaie dans la discussion et la communication des risques auprès des parents, de montrer que les risques associés à la naissance sont construits comme intolérables, c'est-à-dire qu'un processus social (même si elle ne le désigne pas comme tel) est à l'œuvre pour catégoriser un danger comme un risque à traiter, et à le désigner ensuite comme intolérable. C'est une stratégie qu'elle emploie pour diminuer le stress des parents et les attentes envers la médecine. Il s'agit aussi de tenter de faire accepter davantage la part d'incertitude¹⁵⁰. Erin est cependant suffisamment réflexive pour savoir que la médicalisation participe de ce refus d'admettre l'incertitude et qu'elle est elle-même prise, comme médecin, dans ce mouvement. Elle aimerait que les choses changent, mais sans tellement savoir comment cela pourrait se réaliser :

on ne va pas faire peur aux gens, mais si je schématise, de se dire ben: y a un taux de mortalité néo-natale qui est réel, qui existe. (...) Mais juste que les gens perçoivent qu'il y a un risque dans tout, que souvent le risque - moi je leur dis souvent: « y a un risque, c'est beaucoup moins dangereux que si vous prenez votre voiture, donc c'est pareil, vous vous rendez pas compte, vous prenez votre voiture, vous prenez un risque énorme! » Mais heu, mais voilà, je pense qu'on serait mieux, plutôt qu'essayer de tout contrôler tout le temps, plutôt - qu'on ferait peut-être mieux d'ouvrir la discussion plus et que les gens comprennent qu'il y a un risque dans ce qu'ils vivent, finalement, en fait. Que nous on met un petit peu des barrières, pour éviter tout ça, mais - plutôt que nous, de nous mettre des barrières sans arrêt dans notre travail, ce serait peut-être une approche un peu plus heu... Plus intéressante. (...) on peut PAS TOUT éviter, quoi, j'veux dire ça, il faut... Même, si on fait très bien, y a un moment où j'veux dire on ne peut pas. (Erin, CDC)

Elle suggère que l'incertitude et la gestion des risques soient partagées avec les patientes. Les professionnelles qui exercent à La Maternité mentionnent le fait que mettre en place une discussion complexe, ouverte et négociée avec les parturientes autour de la notion de risques et d'incertitude est toutefois difficile dans un contexte où l'on manque souvent de temps¹⁵¹. Celles qui exercent en indépendantes se sentent ainsi privilégiées. Faire ce travail collectif de changement des représentations de l'incertitude, du risque, voire de la naissance est central pour Julie (sage-femme AAD), mais n'est ainsi véritablement possible, pour elle, qu'en dehors de l'hôpital. Entrer dans une discussion philosophique de l'incertitude et du risque, c'est aussi le relativiser, et risquer de mettre en danger l'institution hospitalière qui est fondée sur une vision positiviste du risque. Néanmoins, ce travail serait nécessaire pour les professionnelles puisqu'il correspond à l'idéal de la décision partagée, qui est celle qui domine en éthique aujourd'hui (Williams, Alderson, et Farsides 2002; Kon 2012; Gouilhers Hertig et al. 2014; Elger 2010; García, Timmermans, et van Leeuwen 2008), et qui implique tout particulièrement la notion de dialogue (Shiloh 1996).

Les professionnelles et les parturientes qui se retrouvent dans cette perspective ont tendance à quitter l'hôpital pour la maison de naissance ou le domicile, ou à choisir à l'intérieur de l'hôpital des prestations qui personnalisent la relation et donnent du temps : sage-femme agréée, suivi global.

¹⁵⁰ Hammer (2010) montre des postures semblables chez certains gynécologues-obstétriciens autour de la communication du dépistage prénatal.

¹⁵¹ Cette difficulté a été particulièrement mise en avant dans le contexte du dépistage prénatal. Les médecins doivent être capables de communiquer autour de risques et d'incertitudes complexes, alors même que le temps alloué à une consultation standard est souvent insuffisant (Vassy 2006).

La capacité de la médecine à déterminer le risque et à le prendre en charge scientifiquement et rationnellement, est ce qui justifie le dispositif obstétrical actuel (auquel ces professionnelles participent). Si elles adoptent un regard relativiste sur le dispositif obstétrical et sur notre rapport au risque et à l'incertitude, cela ne veut pas toujours dire qu'elles ont la possibilité de poser un tel regard sur leurs actes quotidiens, ni que leurs pratiques, notamment à l'égard de la surveillance, soient détachées de la « culture du risque », et surtout de la « culture biomédicale ». Pour qu'elles soient libérées en partie de cela, leur discours suggère que c'est le paradigme dominant actuel qui devrait changer. Pour cela, il faudrait une acceptation sociale que le danger puisse se produire. J'ai cependant observé que ces professionnelles étaient davantage réflexives que leurs collègues sur leurs propres pratiques, et avaient une plus grande propension à accepter les refus d'intervention des parents (provocation typiquement), voire les démarches d'accouchements extrahospitaliers. Elles se positionnaient ainsi beaucoup moins en « entrepreneurs/ses de morale » (Freidson 1984; H. Becker 1985). Néanmoins, dans leurs discours il s'agit plus d'intervenir soi-même, comme professionnelles, pour éduquer la patiente à une acceptation de l'incertitude que de laisser place à une discussion très ouverte et à négocier les risques acceptables¹⁵².

Conclusion du chapitre 6

Les postures que j'ai décrites représentent deux régimes de rapports à l'incertitude. Ces régimes, je les ai rassemblés dans le tableau 1 pour mieux les caractériser grâce à la comparaison.

¹⁵² Ces situations se déroulent certainement plus en ce qui concerne les risques de la grossesse, par exemple autour du dépistage prénatal.

TABLEAU 1 : LES RÉGIMES DE GESTION DE L'INCERTITUDE

	Régimes de gestion de l'incertitude	
	Incertitude maîtrisée	Incertitude normalisée
Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion médico-technique - Responsabilité médicale face à l'incertitude 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion relationnelle - Responsabilité partagée face à l'incertitude
Répertoires de justification	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer les risques médico-légaux - Répondre à une demande sociale (risques intolérables) - Possibilités de prendre en charge les complications graves / limiter l'incertitude - Diminuer l'anxiété en libérant les femmes du poids de l'incertitude 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer les risques médico-légaux - Répondre à une demande sociale (moment magique) - Permanence de l'incertitude (immaitrisable) - Lutter contre le surinterventionnisme - Diminuer l'anxiété en se décentrant de la peur de l'incertitude - Remplir la visée éthique de décision partagée
Mise en pratique	<ul style="list-style-type: none"> - Délégation de la gestion de l'incertitude aux professionnelles (séparation des rôles soignantes / soignées) - Renforcement de l'autorité médicale - Peu de communication sur les risques (risques stabilisés et objectifs) - Savoirs et techniques médicales - Surveillances et interventionnismes élevés - Hôpital renforcé 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilisation individuelle des parturientes (mutualisation des rôles soignantes/soignées) - Patiente au centre (autonomie) - Communication sur les risques (risques en mouvement et construits) - Travail sur les normes par la discussion - Surveillance et interventionnismes modérés - Hôpital transformé ou sortie de l'hôpital (AMN, AAD)
Figures professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnelles expérimentées qui travaillent en maternité depuis longtemps - Professionnelles peu expérimentées 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnelles qui exercent en dehors du dispositif classique (AAD, AMN, agréées, suivi global) - Professionnelles expérimentées avec des expériences à l'étranger
Résistances	<ul style="list-style-type: none"> - Vision idéalisée naissance - Inconscience face aux risques 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de temps - Perception des risques comme intolérables - Hégémonie du système hospitalier / culture biomédicale

Les caractéristiques rassemblées dans ce tableau et notamment les figures professionnelles sont des abstractions, des idéaux-types, et ne correspondent pas nécessairement à des personnes identifiables. Elles sont utiles pour mieux capter les régimes de gestion de l'incertitude. D'un côté, c'est la gestion de l'incertitude par la médecine, son savoir et ses techniques qui est mise en avant dans une logique d'un risque stable, défini objectivement et qui est du ressort des professionnelles de santé. Les parturientes sont délestées du poids de la gestion de l'incertitude et peuvent ainsi se concentrer sur le moment magique. Cela constitue à la fois une réponse à une demande sociale des parturientes, et à un besoin des professionnelles pour protéger leur responsabilité (risques médico-légaux). Le but est de limiter l'incertitude en renforçant le pouvoir médical et la médicalisation de l'accouchement. De l'autre côté, l'incertitude est gérée par sa normalisation : les professionnelles doivent faire un travail de communication des risques et de l'incertitude qui permette de faire évoluer les normes sociales, dans un contexte où l'on ne peut jamais complètement maîtriser l'incertitude. Les parturientes doivent être responsabilisées et un processus de partage de décision doit émerger. Il s'agirait également d'une demande sociale en faveur de davantage de dialogue et une réponse à l'impératif éthique de décision partagée. La surveillance pourrait être ainsi allégée, et la responsabilité des professionnelles serait préservée (risques médico-légaux). Face à un manque de temps, l'hôpital devrait être transformé ou l'accouchement devrait être pris en charge en dehors pour ces professionnelles.

Si les régimes de gestion de l'incertitude différents sont en grande partie distribués en fonction du lieu d'exercice des professionnelles ou du lieu d'accouchement des parturientes, les professionnelles ou les femmes particulières sont cependant susceptibles de tenir des discours relatifs à un autre régime de gestion de l'incertitude à certains moments. Les types de discours sont en effet différents en fonction de la situation : à qui on s'adresse (à une sociologue, à une collègue, à une parturiente, à la presse, etc.) et quel est le but de la démarche (convaincre de sa position, défendre son métier, entrer dans le compromis, etc.). Dodier a par exemple montré que le médecin du travail peut changer de « régime épistémologique » selon les situations : il est parfois « un expert neutre », et d'autres fois « un expert au service d'une cause » (Dodier 1993, 281), et la nature de ses décisions et les arguments convoqués pour les justifier seront différents en fonction de ces régimes différents. La suite du manuscrit articulera cette analyse avec le quotidien de la production des discours et des pratiques à La Maternité et en dehors.

Les régimes de gestion de l'incertitude que j'ai construits permettent d'envisager le fait que dans le milieu obstétrical, deux grands scénarios de gestion de l'incertitude sont envisagés. Il faudra dans les parties suivantes, montrer comment ces scénarios sont joués, par qui et avec quels outils, possibilités, contraintes et nuances, dans le quotidien des dispositifs.

Conclusion de la deuxième partie

Cette deuxième partie a servi de cadrage général des représentations autour de la naissance. Ce préalable était indispensable avant de pouvoir aborder les mécanismes quotidiens de construction du risque et des pratiques qu'ils suscitent dans des dispositifs concrets. Je propose d'une part une synthèse des analyses transversales de cette deuxième partie autour de trois dimensions: le rapport à la nature, le rapport à l'incertitude et le rapport à la médecine. D'autre part, il s'agit d'identifier les chantiers ouverts par ces premiers résultats, et qui seront prolongés dans les parties suivantes.

La nature d'abord, qui est matérialisée à travers le corps de la mère et de l'enfant à naître est tout à tour perçue comme dangereuse ou grandiose. Ensuite, la naissance génère des incertitudes indésirables à maîtriser mais cette incertitude est aussi valorisée puisqu'elle rend la naissance magique et le métier passionnant. Enfin, la médecine est décrite à la fois comme héroïque par sa capacité à contenir les dangers, et menaçante puisqu'elle risquerait de dénaturer la vie humaine et faire évoluer la société vers des réalités qui inquiètent.

Ces tensions qui sont présentes en parallèle dans les représentations des répondantes s'inscrivent sur un continuum. Cependant, l'hôpital comme dispositif se nourrit davantage des représentations de la nature comme dangereuse, de l'incertitude comme indésirable, et de la médecine comme héroïque. Si toutes les parturientes et les professionnelles du milieu hospitalier ne se reconnaissent pas dans cela, c'est toutefois ce qui façonne et stabilise le modèle dominant de l'accouchement en maternité. A l'inverse, dans le contexte de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, ce sont les représentations de la nature comme grandiose, de l'incertitude à valoriser, et de la médecine comme potentiellement menaçante qui forment le socle du dispositif alternatif.

Dans ces deux contextes, l'accouchement est à la fois perçu comme un moment biologique et culturel. La prise en charge médico-technique des accouchements et leur institutionnalisation peuvent se justifier parce que la nature a créé des dangers autour de la naissance, et que les complications ou la mort d'un enfant ou de sa mère sont socialement inacceptables. A l'inverse, une prise en charge médicale et technique moindre et une institutionnalisation limitée de l'accouchement peuvent se justifier parce que la nature est bien faite et surpasse l'humain dans sa capacité à créer un processus de la naissance sûre et harmonieuse la plupart du temps, et que les impacts des interventions médicales sur le processus de la naissance comme rituel sont inacceptables.

J'ai montré qu'autour de la naissance, des projets sont en tension. Il s'agit d'un côté d'éradiquer l'incertitude et le danger, et de l'autre de vivre et d'accompagner un moment qu'on souhaite magique et imprévisible. Je rejoins ainsi les travaux de Scamell et Alaszewski (2012) qui soulignent que la naissance a cette particularité, par rapport à d'autres contextes médicaux, de représenter un « moment fatidique » (« fateful moment »), défini par Giddens (1991b) comme un moment où « an individual stands at the crossroads of his existence » (p.113). L'accouchement est à ce titre un « événement » (Maffi 2012b). Par ailleurs, même si la quête de la maîtrise de l'incertitude par la mise en risques et la prise en charge médicale (dans et en dehors de l'hôpital) est toujours présente, les professionnelles s'accordent sur la permanence de l'incertitude, même dans des situations particulièrement balisées. Dans ce contexte, il existe nécessairement un travail de définition des risques plus ou moins importants et plus ou moins intolérables, et une hiérarchisation qui est effectuée. J'ai commencé à esquisser le fait que dans le dispositif dominant, ce sont les risques médicaux

rare, mais graves qui sont les plus intolérables. Les modalités quotidiennes et concrètes de construction du risque à la base des dispositifs obstétricaux concurrents, ainsi que les processus de définition du normal et du pathologique qui déterminent les décisions, restent à analyser.

Ce qui rassemble ces différentes représentations c'est qu'elles ne s'extraient pas d'une vision biologisée de la naissance et du corps féminin, socle commun sur lequel se greffe ensuite du social et du culturel. Dans la première posture, la naissance est un moment dangereux par nature, notamment du fait que le corps de la femme enceinte est soumis à des changements hormonaux qui peuvent déséquilibrer et mettre en péril brutalement sa bonne santé, et celle du fœtus. Ces situations sont perçues comme insupportables parce qu'elles mettent en péril l'ordre naturel : les enfants et les femmes sont faits pour vivre longtemps, ce que l'amélioration des techniques médicales permet maintenant de garantir. Dans la seconde posture, le corps de la femme, parce que soumis à des hormones et au processus de l'accouchement, est magnifié. De plus, c'est ce processus biologique qui permet de faire la filiation (sociale) : la femme devient mère, l'homme devient père, le fœtus devient humain. Chacun doit jouer son rôle pour que ces transitions s'effectuent le mieux possible et que l'ordre biologique, « naturel », se superpose à l'ordre social et symbolique. Dans cette perspective, vouloir échapper à une naissance « naturelle », c'est-à-dire par voie basse, est critiquée par la majorité des personnes que j'ai rencontrées, et la perspective d'un utérus artificiel qui pourrait produire des êtres humains constitue un péril à l'ordre biologique, et donc social.

A plusieurs reprises, la question des émotions a surgi dans les analyses présentées dans cette partie. Selon Perrenoud (2016), les travaux sociologiques ou anthropologiques à propos de la naissance analysent très peu les émotions ressenties par les professionnelles et les parturientes. Leurs impacts sur les pratiques sont pourtant flagrants selon cette anthropologue. Dans une culture biomédicale où la rationalité et la science apparaissent comme les seuls outils valables pour orienter les conduites (Helman 2001), les émotions ressenties par les professionnelles seraient à combattre, marqueurs d'une « incompétence » (Perrenoud 2016)¹⁵³. En tant que tabou, elles sont niées et très peu problématisées (Perrenoud 2014). Les différents extraits présentés ci-dessus tendent à démontrer que les émotions, négatives, par exemple la peur, comme positives, par exemple l'émerveillement, sont présentes en salle d'accouchement, et participent de la construction des risques intolérables, du moment magique, et des représentations du corps féminin. Dans les parties suivantes, il sera donc question d'examiner les impacts de ces émotions sur les dispositifs et les pratiques.

A travers la succession des chapitres, il apparaît que les femmes qui accouchent sont soumises à de nombreuses attentes sociales, parfois contradictoires. Les discours concernant les risques intolérables, comme le moment magique, dans le contexte intra et extra hospitalier, peuvent tous deux apparaître comme des modes de régulation, voire de disciplinarisation des comportements féminins (Malacrida et Boulton 2014). Les femmes doivent lâcher prise, mais éviter de crier et de montrer un corps qui suscite le dégoût, elles doivent être de bonnes mères en ne prenant aucun risque pour leur bébé et en acceptant de se sacrifier, tout en accueillant leur enfant comme il se doit et en vivant l'accouchement dans leur corps, voire ressentir du plaisir.

¹⁵³ Le rejet des émotions comme signal d'incompétence est aussi très fortement présent dans le milieu du travail social, et par exemple des foyers (Ossipow, Berthod, et Aeby 2014).

Ces attentes se traduisent également par la capacité des femmes à faire « la meilleure chose qui soit pour le bébé » (Lupton 2011, ma traduction). Les femmes sont jugées dans leur capacité à respecter ces attentes, qui pourront déterminer si elles sont une bonne ou une mauvaise mère (Lupton 2012; Helén 2002; Bessett 2010). Un « risque moral » se pose clairement à elles (Viisainen 2000).

Dans le chapitre 4, j'ai montré que l'idée de la mort d'un enfant ou d'une mère est particulièrement effrayante pour les professionnelles et les parturientes, ces vies étant très investies socialement. J'examine dans les parties suivantes comment les discours qui sont produits autour des risques intolérables participent de la justification des pratiques et des dispositifs dans lesquelles se déroulent ces pratiques, et en quoi les émotions représentent un mode de régulation des corps et des comportements particulièrement efficace. Il s'agira aussi d'analyser comment la perception du fœtus comme « précieuse cargaison » (Lupton 2012b) justifie des disciplinarisations du corps et des comportements des femmes pendant la grossesse et l'accouchement. Je vais montrer maintenant comment le dispositif de prise en charge de l'accouchement à l'hôpital mobilise un discours sur les risques intolérables (et participe de leur renforcement) pour justifier le déploiement d'un régime de surveillance et d'interventions, auquel les femmes participent. Comme le souligne Memmi (2003), le risque est une caractéristique de la biopolitique aujourd'hui :

Cette prise en charge croissante de ce qui est peu à peu construit comme un risque ou un malheur biologique inacceptable est précisément ce qui définit pour Michel Foucault l'avènement de la biopolitique (par comparaison avec l'encadrement disciplinaire), acharnée à faire multiplier la vie contre les menaces et les risques qui l'entourent. (Memmi 2003, 83)

Dans les parties suivantes, je vais investiguer, grâce au matériau ethnographique récolté, comment les différents dispositifs (maternité / maison de naissance / domicile) sont construits et comment les professionnelles et les parturientes évoluent en leur sein en fonction des attentes, des possibilités et des contraintes effectives.

Partie 3 Gouverner l'accouchement par le risque : surveillance et catégorisations dans le contexte hospitalier



DESSIN 1 : LE BUREAU DES SAGES-FEMMES DE LA MATERNITÉ



DESSIN 2 : UNE SALLE D'ACCOUCHEMENT DE LA MATERNITÉ

Dans la partie précédente, j'ai analysé les représentations sociales de l'accouchement, en ayant surtout recours aux discours produits par les professionnelles et les parturientes. Je vais maintenant, et pour l'ensemble des parties suivantes, me situer davantage du côté des pratiques (tout en ayant recours aux discours sur les pratiques). Dans cette troisième partie, je propose d'entrer dans l'univers de la prise en charge de l'accouchement en milieu hospitalier.

Je l'ai dit, la détermination des risques et leur classification par les professionnelles (un processus que je désigne sous le terme de « construction des risques ») est à la source de la plupart des décisions qui sont prises lors de l'accouchement. Dans cette partie je vais ainsi analyser comment des critères de risque, des dispositifs de surveillance et des seuils d'intervention sont déterminés dans des protocoles d'une part et déployés en pratique d'autre part.

Je rappelle que j'aborde cette question dans une perspective sociologique qui considère le risque comme une construction sociale (et non comme une construction probabiliste cf. perspective biomédicale). Je m'intéresse aux processus décisionnels dans le but de comprendre les modalités de prise en charge de l'accouchement (et non pour faire du « decision making process » en tant que tel).

Comme dans la plupart des organisations modernes, la question de la régulation de l'activité par la procéduralisation (Bourrier et Bieder 2013) fait sens dans le contexte de La Maternité qui est un environnement de la règle et des procédures. Ceci est d'autant plus vrai que les professionnelles qui exercent en salle d'accouchement considèrent que leur mission est de gérer des situations urgentes, complexes et à hauts risques. Or, l'existence de règles et de procédures est au cœur du système de fiabilité et de gestion des risques tel qu'il est pensé dans de nombreuses organisations (Hale et Borys 2013). Cette procéduralisation, comporte un aspect d'« explicitation » de la règle et de « contrôle » en indiquant non seulement comment les activités doivent être réalisées, mais aussi en assurant la « compliance » à la règle des employé.e.s (Bourrier et Bieder 2013). En suivant cette définition, je poserai dans le chapitre 7 le cadre prescrit de l'activité en analysant à la fois les modalités de construction des protocoles et leurs effets sur les pratiques. Dans le chapitre 8, j'analyserai comment une surveillance étroite est exercée sur les parturientes et les professionnelles pour garantir la standardisation de la prise en charge de l'accouchement qui constitue, du point de vue des médecins responsables, une manière d'assurer la fiabilité du dispositif. Pour autant, et c'est là où les systèmes se complexifient, et s'améliorent pour certains chercheurs (Amalberti 2012, 2001; Weick 1993; Fucks et Dien 2013; Weick 1993), les médecins responsables insistent sur l'importance d'une certaine plasticité et une flexibilité des règles qui doivent pouvoir être adaptées selon les conditions que je présenterai. De plus, je montrerai que des situations spécifiques de travail entraînent des adaptations du dispositif par des processus de négociations, ce qui rend compte du fait que celui-ci n'est pas complètement figé et rigide, mais dépend des exigences et des contraintes propres à ces situations.

En d'autres termes, cette partie sera consacrée à étudier la tension entre une « sécurité réglée », en particulier par les procédures, et une « sécurité gérée », qui se joue en situations grâce à l'imagination et le déploiement de savoir-faire et habiletés des professionnelles en présence (Villemain et Godon 2015; Terressac 2013; Daniellou, Simard, et Boissières 2009; Mörel, Amalberti, et Chauvin 2008).

Chapitre 7 La construction formelle des risques : le cadre protocolaire

La Maternité dispose d'un ensemble de protocoles, aussi appelés « guidelines » ou « fiches d'attitude »¹⁵⁴ qui encadrent et prescrivent les pratiques. Cela correspond au mouvement de l'Evidence-Based Medicine dont le projet est de standardiser les pratiques en fonction des plus hauts niveaux de preuves fournis par la recherche, afin de les rendre plus efficaces, moins nocives, moins coûteuses, et plus égalitaires (Flynn 2002). Cela constitue également une démarche classique pour les organisations qui se définissent comme gestionnaires du haut risque et qui se veulent fiables, ou en tout cas dont on attend qu'elles soient hautement fiables (Bourrier 2008). Les règles et les procédures sont ainsi souvent perçues comme des moyens de définir la répartition des responsabilités et de guider le comportement des professionnel.le.s (ce que sous-entend le terme de « fiches d'attitudes » pour le cas de La Maternité) dans des situations complexes (Hale et Borys 2013, 44).

A La Maternité, les protocoles constituent un outil pour classer les grossesses et accouchements en fonction des risques et définir des interventions conformes à ce risque défini. Dans ce chapitre, il s'agit d'analyser cette construction formelle des risques telle qu'elle est mise en forme à La Maternité à travers des règles contraignantes que représentent les protocoles hospitaliers¹⁵⁵. Le cadre formel de l'activité est ainsi potentiellement en mouvement et le fruit de négociations, au moins au sommet de la hiérarchie médicale : il n'est pas donné une fois pour toutes mais il est produit.

Dans une première section, je vais présenter comment les protocoles sont fabriqués, c'est-à-dire comment la régulation formelle de l'activité est prévue et par qui. Dans une seconde section, je vais montrer que cette régulation est perçue comme indispensable, en particulier dans le contexte d'une maternité universitaire. J'analyserai également les modalités, en termes de contenu, de cette régulation.

1 La fabrication des protocoles

La fabrication des protocoles se fonde sur deux piliers : le premier est relatif à une standardisation globale (évidences scientifiques), et le deuxième relatif à une standardisation locale (effectuées par les médecins adjoints).

1.1. *Une standardisation globale : l'evidence-based-medicine comme impératif*

Les professionnelles ont mis en avant le fait que les protocoles sont d'abord basés sur les derniers résultats de recherche, ce qui constitue un impératif à l'ère de l'Evidence-Based Medicine. Adopter une pratique fondée sur de hauts niveaux de preuve permettrait de limiter

¹⁵⁴ Les « fiches d'attitudes » est le terme officiel mais les professionnelles utilisent plus volontiers celui de « protocole » sur le terrain. J'utiliserai ce dernier dans cet écrit.

¹⁵⁵ Ma recherche ne concerne pas la production de la recherche scientifique en obstétrique (voir pour cela, par exemple (Perrenoud 2016; De Vries et Lemmens 2006; De Vries et al. 2013)) ou les processus à l'œuvre au sein des comités internationaux pour déterminer les bonnes pratiques, ni même sur l'évaluation de l'application (ou de la non application) de ces recherches qui demanderait une analyse comparative et longitudinale des guidelines internationaux et de leur utilisation dans le temps dans plusieurs hôpitaux différents. Je me place à un niveau microsociologique, en prenant le cas d'un hôpital universitaire singulier et en me centrant sur les pratiques professionnelles.

les erreurs et garantir une bonne pratique de la médecine¹⁵⁶. Pour Amélie (sage-femme mat), « les protocoles sont basés sur des études faites dans le monde entier, en général c'est bien fait et du coup si on s'en éloigne, on peut faire des erreurs ». Cet impératif est transmis aux équipes soignantes dans les colloques de service ou scientifique par les responsables médecins ou sages-femmes. Le chef de service introduit le congrès organisé à l'occasion de la journée internationale des sages-femmes en déclarant que « la recherche du savoir collectif passe par la science et la généralisation des observations. Il est nécessaire de suivre loyalement les protocoles, pour faire au mieux pour les femmes » (Journal de terrain). Une sage-femme qui représente la section régionale de la Fédération des sages-femmes dira également « aujourd'hui on ne peut plus dire seulement 'je le sens', mais il faut se fonder sur des études qui ont démontré les bénéfiques ou les risques des attitudes » (journal de terrain).

Les données épidémiologiques sont conçues comme des moyens d'identifier des situations ou des groupes à risques, afin de mettre en place des stratégies de gestion des risques et intervenir de manière préventive, avant que ceux-ci ne se concrétisent en complications. Il s'agit selon Marc (adjoint) de « détecter le moment où ça bascule »,

Les professionnelles soulignent le caractère dynamique des protocoles qui sont « réédités » régulièrement (Kira, sage-femme mat) en fonction des « nouvelles données dans la littérature médicale » (Jade, adjoint). Les catégories de risques formalisées dans les protocoles sont ainsi théoriquement instables puisque elles sont soumises à l'avancée de la recherche. Pour Marc (adjoint), la recherche permet de « détecter le moment où ça bascule », c'est-à-dire de déterminer quand « les risques d'une solution commencent à devenir plus importants que ceux de son alternative, par exemple voie basse – césarienne », un seuil susceptible de bouger en fonction de l'avancée des études et/ou des techniques. Certaines situations vont sortir de la catégorie « à risque ». Des périnées distendus par l'accouchement sont considérés aujourd'hui comme normaux, alors qu'ils auraient été coupés (par épisiotomie) il y a quelques années car on les considérait comme à risque de faire des déchirures importantes, la balance risques / bénéfiques étant alors en faveur de l'épisiotomie¹⁵⁷. Sur les protocoles de La Maternité il est ainsi précisé qu'il ne faut pas pratiquer « d'épisiotomie systématique ». Les seuils sont aussi soumis à évolution, par exemple celui de la quantité de liquide amniotique en fonction de l'avancée de la grossesse. Les valeurs pour diagnostiquer un oligoamnios, qui correspond à une quantité de liquide amniotique insuffisante et qui est une indication à une provocation de l'accouchement, sont devenues « moins strictes » selon Jade (adjoint) en accord avec « ce qui sort dans la littérature » concernant les effets iatrogènes des provocations. D'autres situations vont au contraire entrer dans la catégorie « à risque ». Les indications de provocation, par exemple pour macrosomie (« gros bébé »), se sont élargies à La Maternité, à la suite d'une recherche menée dans le service.

¹⁵⁶ Les médecins considèrent généralement que les preuves les plus solides sont produites dans des essais contrôlés randomisés en double aveugle, ou reprises dans des méta-analyses, Cochrane par exemple.

¹⁵⁷ Perrenoud (2014) propose une auto-ethnographie de son travail de jeune sage-femme face à l'évolution des perceptions et pratiques en matière d'épisiotomie (un travail mené dans un hôpital universitaire de Suisse romande).

Selon les professionnelles, la construction des protocoles locaux ne se limite cependant pas à l'application des données de la recherche, qui comprennent des limites. Celles-ci ne sont parfois pas exprimées dans les discours, mais les pratiques les rendent visibles.

Premièrement, la littérature produite évolue sans cesse et fait l'objet de controverses. Cela demande un travail titanesque d'évaluation et de comparaison. Les médecins ont besoin de temps pour avoir connaissance des nouvelles recherches, les évaluer, les discuter et ensuite éventuellement les traduire en guidelines. Plusieurs visions du normal et du pathologique peuvent ainsi coexister par cet effet diachronique entre publication des résultats de recherche et leur application.

Deuxièmement, les essais cliniques sur les femmes enceintes ou qui accouchent sont limités puisque cette population est considérée comme «vulnérable» (Junod 2010) : « [l'obstétrique] c'est une branche où il n'y a pas de recherches, très peu finalement sur les femmes enceintes » (Andrea, adjoint). De plus, selon Marc (adjoint), « la littérature ne nous donne que l'expérience sur le cas moyen », alors que ce qui est « particulièrement important en obstétrique c'est de tenir compte (...) des caractéristiques de la patiente elle-même ». La recherche médicale a pour projet de réduire l'incertitude, notamment en traduisant des dangers en risques sur lesquels on peut agir, mais elle ne permet pas de l'endiguer totalement, comme le signalent ces médecins. Skinner et Maude (2016c) montrent que ce lien entre incertitude et savoir scientifique incomplet et lacunaire est souvent mis en évidence dans la recherche médicale et paramédicale (elles citent les recherches suivantes : (Berger 2015; Cranley et al. 2009; Carl Thompson et Dowding 2001; Olson et Abeysinghe 2014)). Ces recherches, comme les discours des médecins que j'ai analysés, se situent dans le paradigme biomédical puisque dans leur conception, la progression de la recherche permettra de réduire l'incertitude, il n'y a pas, ou peu de réflexion autour par exemple de la capacité de la recherche à générer elle-même de l'incertitude et de l'anxiété (Skinner et Maude 2016).

Troisièmement, je rappelle que des recherches socio-anthropologiques montrent que de nouveaux et solides résultats de recherches (selon les critères de la recherche biomédicale) ne sont pas mécaniquement traduits dans de nouveaux protocoles, ou incarnés dans de nouvelles pratiques (cf. revue de la littérature). Par l'analyse des documents produits par l'institution et par mon travail de terrain, j'ai constaté qu'un travail de traduction des données de recherche et des recommandations internationales est effectué par les médecins.

1.2. Une standardisation locale pour réduire l'incertitude

1.2.1 Une classification des risques définie

A La Maternité, les protocoles sont à disposition des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes en version électronique et en version imprimée dans des classeurs placés en salle d'accouchement. Ces protocoles étaient composés d'environ 80 documents différents en novembre 2013. La mise en page est sobre, elle comprend souvent des listes de situations (ou de risques) possibles, suivies d'une série de puces qui indiquent les conduites à tenir (et leur chronologie). Certains protocoles relèvent de prises en charge basiques et classiques et sont destinés aux médecins internes ou sages-femmes débutantes, d'autres concernent des prises en charges plus spécialisées dans des contextes de haut risque qui impliquent généralement des médecins expérimentés. Les protocoles sont variés, ils peuvent décrire la manière dont des gestes techniques (césarienne par exemple) doivent être réalisés dans des situations plus ou moins compliquées, indiquer des arbres décisionnels

pour des situations données, détailler des schémas d'interventions (gestes techniques, surveillance accrue, médicaments à administrer), spécifier des procédures organisationnelles (qui prévenir dans le cas d'une complication), administratives ou légales (en ce qui concerne par exemple le traitement des morts in utero), ou encore attribuer des niveaux de risques à des situations cliniques.

Cette question du niveau de risques est cruciale puisque de celui-ci dépend à la fois la répartition des tâches entre professionnelles, l'intensité de la surveillance à mener, ainsi que les interventions à réaliser. Les protocoles participent ainsi à déterminer si un accouchement doit être pris en charge comme une situation à « bas risque », à « haut risques » ou « dystocique » (c'est-à-dire pathologique). Officiellement, tout accouchement est pris en charge comme un événement à risque *a priori* puisqu'il oscille sur une échelle entre bas et haut risque : « On peut dire une grossesse a été physiologique mais on ne peut pas dire: l'accouchement sera physiologique. On peut dire l'accouchement a été physiologique. Après » (Lou, sage-femme mat).

Lorsque la prestation d'un « suivi global » a été mise en place à l'hôpital, les responsables ont tenu à ce que soit signifié, notamment dans les documents d'information à destination des parturientes, que ce sont des grossesses et des accouchements à « bas risque » qui peuvent être pris en charge dans le cadre de cette prestation, et non pas des grossesses et des accouchements « physiologiques », puisque ceux-ci n'existeraient pas *a priori*. Comme je l'ai indiqué dans la revue de littérature, de nombreuses chercheuses ont mis en évidence comment le « bas risque » avait remplacé le « normal » ou le « physiologique » dans les conceptions des médecins, et donc dans les pratiques et le choix des termes officiels. Il faut cependant nuancer à La Maternité: s'il s'agit du discours officiel, la catégorie « d'accouchement physiologique », « normal », ou « eutocique » n'a pas disparu des protocoles eux-mêmes (un protocole est par exemple intitulé « surveillance du travail normal »), et encore moins des discours des professionnelles recueillis en entretiens ou captés sur le terrain. Par ailleurs, le terme de « haut risque » est peu utilisé dans le langage courant, les professionnelles parlent plutôt d'une situation « pathologique » ou « à risques », ce qui suppose qu'il y a des situations sans risques. Si elle fait l'objet de controverses et d'enjeux de pouvoirs, la catégorie de l'accouchement normal ou physiologique continue de faire sens¹⁵⁸.

L'attribution des catégories du risque, formellement de « bas » à « haut » risques, est complexe et dynamique. Suivant les protocoles, une grossesse peut d'emblée être qualifiée à haut risques en lien avec l'état de santé maternel préalable à la grossesse, ou l'âge de la femme enceinte par exemple, ou le devenir en cours de grossesse ou d'accouchement. Des découvertes en cours de grossesse chez le fœtus (malformations par exemple), ou chez la mère (diabète gestationnel par exemple), comme des découvertes en cours d'accouchement chez le fœtus (principalement trouble du rythme cardiaque), ou chez la mère (élévation de la tension, stagnation de la dilatation, fièvre, etc.), ou encore des découvertes dans le post-partum immédiat chez le nouveau-né (principalement une mauvaise adaptation), ou la mère (hémorragie par exemple), peuvent faire évoluer le statut de bas à haut risque, voire pathologique. Ces « découvertes » à l'origine de la catégorisation de l'accouchement

¹⁵⁸ Dans ce travail, je fais le choix d'utiliser les catégories suivantes qui vont du plus normal au plus pathologique : accouchement « physiologique », « à risques augmentés », « à haut risque » et « pathologique ». Ce vocabulaire permet de davantage préciser les situations, quand c'est possible.

évoluent en fonction des résultats de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement qui est étroite, routinière et réglementée par les protocoles.

Pour l'accouchement, il s'agit d'une surveillance instrumentée, c'est-à-dire qui passe par le biais de machines (en particulier du CTG, ou « monitoring ») couplée à une surveillance manuelle, qui passe par les mains de la professionnelle (en particulier les touchers vaginaux et les palpations externes du fœtus)¹⁵⁹ dont le but principal est de dépister ou prévenir des souffrances fœtales. Les protocoles fixent en quoi les résultats d'une surveillance peuvent être considérés comme normaux ou non. En plus de ces caractéristiques, les comportements de la femme enceinte considérés comme à risques (consommation de tabac, d'alcool ou de drogues par exemple) peuvent influencer la classification. Tous ces facteurs de risques sont associés à des protocoles qui formalisent une prise en charge considérée comme adaptée.

1.2.2 Un monopole des médecins responsables

A La Maternité, la création de ces protocoles relève d'un monopole médical. Ceux-ci sont rédigés et mis à jour par les médecins expérimentés (médecins adjoints ou chefs de cliniques), mais restent sous le contrôle des médecins adjoints ou du chef de service qui sont les seuls à pouvoir les contresigner et les institutionnaliser en les officialisant. Ce sont eux qui sont officiellement responsables du document et de son actualisation. Un travail de veille (lecture critique des articles et sélections des données pertinentes renouvelées régulièrement) est institutionnalisé dans le colloque médical. Une fois par semaine, un temps est consacré par une interne à la présentation d'un article scientifique récent¹⁶⁰. Le but affiché est de renforcer la formation des internes en matière de lecture critique et de présentation des résultats de recherche, et de développer une culture médicale fondée sur les données probantes. Les sages-femmes, à l'exception de leur représentante, n'assistent pas à ces séances : « au niveau horaire c'est pas tellement conçu pour nous » (Kira, sage-femme mat). Celles-ci reconnaissent aux médecins le monopole de la construction des protocoles, notamment face à la difficulté de se tenir informée des recherches : « ça demande de lire, c'est du boulot, et c'est compliqué quand tu es seule, tu dois te renseigner seule sur les nouveautés » (Evelyne, sage-femme agréée).

Si certains protocoles m'ont été présentés comme des « protocoles sage-femme », laissant penser que ceux-ci avaient été élaborés par des sages-femmes, il n'en est rien. Les protocoles « sage-femme » sont en fait ceux qui sont utilisés quasiment exclusivement par les sages-femmes dans des situations courantes et que les médecins connaissent moins (il s'agit par exemple du rythme d'augmentation du Syntocinon). La création, la modification et

¹⁵⁹ La grossesse fait l'objet d'une surveillance étroite, ponctuée d'examen échographiques, sanguins, urinaires et cliniques (pesée, évaluation du poids fœtal, de sa position, etc.). Dans ce travail, je circonscris mon propos à l'analyse du déploiement de la surveillance pendant l'accouchement. Pour la question de la prise en charge de la grossesse dans le contexte Suisse, je renvoie aux travaux suivant : (Burton-Jeangros 2011; Manaï, Burton-Jeangros, et Elger 2010). Si je n'analyse pas la prise en charge de la grossesse, celle-ci a cependant une influence sur l'accouchement lui-même, dans le sens qu'il inscrit ce processus dans un cadre médical et technique, et induit dès le début la notion du risque et de l'incertitude, comme une entreprise de socialisation des femmes qui s'enclenche dès la grossesse découverte (parfois avant, certaines femmes m'ont dit en effet avoir rencontré leur gynécologue avant d'arrêter leur contraception afin de vérifier l'état de leurs vaccinations, ou se faire prescrire de l'acide folique qui permet de prévenir certaines malformations fœtales, les recommandations suisses étant de commencer la prise avant la grossesse (Eichholzer et al. 2008)).

¹⁶⁰ Ce moment est appelé « journal club », soit la même appellation que l'une des rubriques du prestigieux *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

la responsabilité des protocoles, même des situations physiologiques, est toujours médicale. Les acteurs légitimes des définitions formelles du normal et du pathologique, de la construction des risques, et de la prise de décisions, sont ici les médecins.

Face à une recherche incomplète, le projet des médecins adjoints est de combler l'incertitude en introduisant un niveau de standardisation local qui unifie la pratique. Pour ce faire, les adjoints s'appuient sur la recherche scientifique tout en prenant des décisions¹⁶¹ sur ce qu'ils considèrent comme pertinent et applicable à la situation de leur maternité :

On essaie, dans une situation d'incertitude, par rapport à la littérature... il y a certaines choses qui sont bien connues et d'autres plus floues, dans cette balance risques-bénéfices difficile à évaluer, quand il n'y a pas de différences très nettes entre des alternatives, il faut donc prendre des décisions au sein du service pour que tout le monde travaille de manière cohérente (Marc, adjoint).

Pour Olivia (CDC), les protocoles sont constitués d'«une revue de tous les risques mis en évidence dans la littérature», que les médecins «adaptent dans la vie quotidienne». Selon Marc (adjoint), il est probable que les césariennes aient un effet néfaste à long terme sur les bébés. Il cite notamment « les problèmes respiratoires immédiats qui pourraient amener à des problèmes à long terme » ou les problèmes liés à « la colonisation microbienne du nouveau-né ». Si, selon lui, cela n'a pas encore été formellement démontré par la recherche, il a souhaité que ce risque soit pris en compte dans la formation des protocoles, suivant le principe de précaution.

Les médecins ont globalement tendance à sélectionner des évidences qui se conforment le mieux aux pratiques déjà existantes. Maude est la seule médecin à l'évoquer en entretien :

dans les milieux universitaires, ils font semblant que tout ce qu'ils font est evidence-based(...)

Solène : Ils font semblant ?

Non, mais je pense que ce qui les arrange est evidence-based. Ils prennent ce qui les arrange, ils trouvent les études qui appuient ce qu'ils font. (Maude, interne)

Cela fait écho aux analyses de plusieurs autres recherches évoquées en revue de littérature (par exemple de Vries et al. 2013; de Vries and Lemmens 2006; Perrenoud 2014; 2016; Carricaburu 2010). L'utilisation de la recherche est un enjeu de légitimation des pratiques.

Les représentations des médecins adjoints et du chef de service sur ce que sont les bonnes pratiques sont à l'origine de la formation d'une certaine « culture de service », c'est-à-dire des manières de penser et d'agir qui sont transmises entre professionnelles et notamment inscrites dans les protocoles. Dans son travail sur l'accouchement podalique (c'est-à-dire quand le fœtus se présente par les fesses), Carricaburu montre que le chef de service « a une position privilégiée qui lui permet d'influencer sur la politique de son service » (Carricaburu 2010). Celui-ci est à l'origine d'une culture de service incarnée par les médecins responsables et transmise à travers les protocoles qu'ils valident c'est un des facteurs qui influence la définition du risque à La Maternité. Je vais développer ici ce qui concerne les règles formelles (protocoles).

¹⁶¹ Le terme de décision ne signifie pas qu'il s'agit de décisions « objectives » telles qu'elles sont décrites par le courant du choix rationnel par exemple. Ces décisions sont dépendantes des caractéristiques sociologiques de celles qui les prennent, et du contexte idéologique autant que matériel dans lesquels elles évoluent comme je vais le montrer.

Andrea voit les protocoles comme un moyen d'unifier les pratiques autour de ce que les médecins responsables « aimeraient voir ici » puisque « il n'y a pas une façon de faire en obstétrique ». Ceux-ci ne sont cependant pas « toujours d'accord » entre eux dans la construction des protocoles et notamment dans leur degré de « précision » (Erin, CDC). Celui qui concerne l'oligoamnios (manque de liquide amniotique) par exemple est « à s'arracher les cheveux » selon Andrea (adjoint). A son avis, distinguer ce qui est normal de ce qui ne l'est pas serait suffisant pour agir, la classification en niveaux de risque en fonction de seuils et de facteurs complexes et agrégés qui conduisent à des prises en charge spécifiques, est superflue. Au-delà d'un débat sur le degré de procéduralisation, le contenu des protocoles fait aussi l'objet de désaccords. Pour deux médecins adjoints, les femmes devraient pouvoir accoucher dans l'eau, et les voies veineuses pourraient être facultatives dans les situations à bas risques par exemple. Les parcours professionnels différents des médecins participent à façonner leurs approches contrastées. Celles-ci restent cependant proches puisqu'ils évoluent dans un contexte similaire, et que l'on peut imaginer que le recrutement des adjoints s'effectue aussi en fonction de la proximité des points de vue avec celles et ceux déjà en place. Ces éléments favorisent le renforcement de la culture de service.

L'engagement des médecins adjoints et du chef de service à modérer l'interventionnisme médical serait en lien avec leurs expériences professionnelles précédentes dans des maternités dites « alternatives » :

J'ai été biaisée parce que moi ma première année d'obstétrique j'étais à X [une petite maternité Suisse réputée pour pratiquer des « accouchements physiologiques », une maison de naissance y est accolée]. J'ai fait beaucoup d'accouchements dans l'eau, sur chaise Maya¹⁶², donc j'étais vraiment à cette école-là. Franchement j'ai appris à respecter la physiologie. Je suis très reconnaissante d'avoir commencé par ça. (Andrea, adjoint)

Ce qui est important c'est que mes trois premières années [d'internat] c'était dans la maternité de X [dans un pays limitrophe de la Suisse] (...) [dont] le label était d'appliquer la méthode Leboyer¹⁶³(...) ça a impacté mon ADN pour le restant de mes jours. (Marc, adjoint)

Lorsqu'ils prennent des décisions pour formaliser des pratiques dans des protocoles, les médecins adjoints sont également influencés par la culture médicale régionale dans laquelle ils évoluent. Celle-ci est historiquement plus portée vers un interventionnisme raisonné, qui consiste à favoriser la voie basse selon Andrea :

en Suisse allemande, ils sont un peu plus vers la hausse du taux de césariennes. Je pense que nous on a plus l'école française où on va oser faire plus d'instrumentations, forceps, ventouse (...). En Amérique du Nord, si vraiment la tête était pas engagée, engagée, c'était exclu d'aller faire une

¹⁶² C'est une chaise/un tabouret dont la forme permet à la parturiente d'accoucher accroupie tout en étant soutenue. Elle est représentée sur le dessin de la salle de naissance de La Maison de naissance au début de la partie 5.

¹⁶³ Frédérick Leboyer est un gynécologue français qui milite pour « une naissance sans violences », le titre de son ouvrage paru en 1974 (Leboyer 1974). Il s'intéresse dans les années septante, à l'accueil de l'enfant qui doit être doux et implique pénombre, clampage tardif du cordon, peau-à-peau avec la mère (même si ce terme est plus récent), manipulations délicates. Ses idées, qui ont suscité de nombreuses oppositions et critiques par les obstétriciens français de l'époque, se sont cependant diffusés dans les maternités, participant de la reconnaissance du nouveau-né comme « personne » (Morel 2014).

instrumentation haute là-dessus. On allait en césarienne. Donc il y a des écoles différentes. Ici je trouve moi que c'est la bonne attitude. (Andrea, adjoint)

Selon Andrea, des situations qualifiées d'acceptables dans le contexte français et suisse romand, sont qualifiées comme à haut risques dans le contexte allemand et plus encore américain selon elle, ce qui entraîne plus de césariennes.

Les médecins adjoints ont parfois des avis différents mais conservent une vision globale plutôt commune de la pratique de l'obstétrique. De plus, lorsqu'une pratique est consacrée dans un protocole, l'ensemble des médecins adjoints s'y plie et les reconnaissent¹⁶⁴, ce qui favorise l'émergence d'une ligne de conduite claire.

Mélissa (interne) dit à propos des adjoints que « leur obstétrique c'est censé être la nôtre ». Olivia (CDC) pense également que l'« esprit du chef » de service, ou de « l'équipe qui te teache » modèlent les protocoles. Lors d'un changement de chef de service dans un hôpital en Europe où elle exerçait, les accouchements en siège par voie basse ont ainsi quasiment disparus car le « nouveau chef avait beaucoup plus peur que le vieux qui lui était beaucoup plus à l'aise de faire des accouchements par le siège ». Dans ses propos, on lit comment la catégorisation du risque peut être influencée par les représentations du chef: « après un accouchement par siège pour un premier [bébé] ça existait pas, et ensuite un deuxième c'était très discutable et on allait très, très vite en césarienne ». Selon des professionnelles, c'est la peur et le stress, ou au contraire le calme et la confiance dans le processus de la naissance, qui sont éprouvés par les médecins responsables qui impactent les adaptations locales des protocoles, voire les pratiques de service¹⁶⁵.

A La Maternité, le chef de service et les adjoints sont « plutôt zen » selon Olivia (CDC) et « beaucoup dans cet esprit de faire tout possible pour un accouchement naturel ». Un interne me confiera être d'ailleurs en désaccord parfois avec cette tendance d'aller « trop loin dans la voie basse » (journal de terrain, couloir de la Maternité). Selon lui, cela « alimente les cas de gynéco[logie] », c'est-à-dire « les descentes des organes, et les déchirures, les incontinenances », qui auraient pu être évitées par une césarienne. Il me répète plusieurs fois qu'il « n'oserait jamais le dire ici » mais qu'il se « pose la question de l'intérêt de certaines voies basses » et plus largement « de l'intérêt d'aller si loin dans la physiologie, de tout faire pour aller dans ce sens. On va loin ici » (interne, journal de terrain, La Maternité)¹⁶⁶. D'autres professionnelles pensent au contraire que les médecins responsables sont particulièrement « stressés ici » (sage-femme, journal de terrain, La Maternité).

Ces différences sont liées en particulier aux expériences précédentes de ces professionnelles, dans des maternités dans lesquelles elles considèrent que les pratiques étaient plus interventionnistes, ou au contraire moins interventionnistes. Le statut des professionnelles (sage-femme ou médecin) participe également à expliquer la cohabitation

¹⁶⁴ A l'exception de leur pratique privée pour laquelle ils ont une grande marge de manœuvre, j'y reviendrai.

¹⁶⁵ Cette catégorisation en fonction des émotions est souvent mobilisée. Certaines fois pour valoriser un comportement, quand un soignant est jugé comme doté de sang-froid, d'autres fois pour dénoncer un comportement quand le soignant est considéré comme « inconscient » s'il ne craint pas suffisamment les risques, ou au contraire « stressé » s'il est jugé trop interventionniste (journal de terrain, La Maternité).

¹⁶⁶ Malgré de nombreuses relances par email pour réaliser un entretien avec cet interne, je n'ai jamais eu de réponses de sa part (c'est le seul cas). Cela est significatif du fait qu'exposer une parole qu'il pense être à contre-courant du discours institutionnel et de la culture de service, est difficile.

d'avis contrastés sur le niveau d'interventionnisme médical de La Maternité, les sages-femmes ayant un peu plus tendance à penser que le niveau d'interventionnisme pourrait être abaissé. Une interne était sage-femme avant d'entreprendre des études de médecine. Maintenant qu'elle est médecin, son regard sur l'accouchement a changé : « je voyais le truc comme le pays des bisounours, autant maintenant je le vois comme quelque chose de pas très joli ». Michelle (interne) établit aussi ce lien : « je dis que c'est un évènement à risque, je suis médecin ! [sourit]. Déjà je ne vois que les cas qui sont risqués et puis qui se passent pas bien ». Ces différences restent cependant ténues puisque l'ensemble des professionnelles ont plutôt tendance à considérer que le niveau d'interventionnisme est équilibré à La Maternité. Il faut aussi préciser que les professionnelles partagent un même quotidien qui participe à niveler leurs points de vue. Elles évoluent dans une maternité universitaire qui accueille les situations les plus compliquées d'un point de vue obstétrical. Leur perception d'un interventionnisme modéré est ainsi située et participe à façonner leurs représentations des risques :

J'ai fait mes premiers pas en obstétrique dans un centre où il y a [beaucoup d'] accouchements par année et qui draine toute la pathologie des 100 kilomètres à la ronde [La Maternité]. Donc clairement je suis biaisée, pour moi chaque patiente a une pré-éclampsie [complication de la grossesse] en devenir ou une hémorragie du post-partum qui attend juste que ça lui arrive (Maude, interne).

Les discours des professionnelles sont ainsi plutôt homogènes, ce qui démontre une intériorisation prononcée de la culture de service et des protocoles. Ceux-ci représentent une socialisation efficace qui poursuivra la pratique des médecins lorsqu'ils travailleront dans un cabinet privé :

si par exemple je postule dans un autre hôpital et que le taux de césariennes est très haut, je vais demander pourquoi pendant l'entretien. C'est l'école de La Maternité qui m'a fait le brainwashing [lavage de cerveau] [rire], dans ce sens de tenter une voie naturelle. (Olivia, CDC)

De nombreuses sages-femmes et médecins débutants souhaitent d'ailleurs exercer à La Maternité pour bénéficier de cette socialisation. Plusieurs internes ont fait le choix de venir ici pour avoir une formation de base solide qui passe notamment par l'intériorisation des protocoles, afin de pouvoir exercer par la suite dans des lieux où les pratiques sont moins standardisées : « ça t'apprend à travailler (...), ça te donne une vraie ligne de conduite que tu pourras appliquer quand tu partiras » (Mélissa, interne).

La portée des protocoles de cet hôpital universitaire ne s'arrête ainsi pas aux portes de celui-ci; ils participent de la standardisation de l'obstétrique, au moins au niveau régional en constituant une sorte d'antenne relai. Les médecins et les sages-femmes qui travaillent en dehors de La Maternité exportent en effet les protocoles de ce centre qui fait référence dans la région¹⁶⁷.

¹⁶⁷ Les protocoles de La Maternité sont accessibles par mot de passe aux professionnelles installées en cabinet privé.

2 Une régulation perçue comme nécessaire

2.1. Un pilier de la « culture de la sécurité »¹⁶⁸

Une autre justification de la standardisation de l'activité dans les protocoles est de la rendre plus sûre, aussi bien pour les parturientes et les fœtus (risques obstétricaux) que pour les professionnelles (risques médico-légaux).

2.1.1 Protéger les parturientes et les fœtus...

Selon les soignantes, en réduisant l'incertitude quant à la marche à suivre, en particulier en cas de complications, les protocoles favorisent la sécurité. Les protocoles sont considérés comme une « barrière de sécurité pour quelqu'un qui ne sait plus » (Andrea, adjoint) et constituent un des remparts à l'erreur humaine. Ils permettraient aussi d'éviter des « erreurs graves » (Amarande, sage-femme mat) que risqueraient de commettre ceux qui se considèrent comme « des Zorros », c'est-à-dire des « sages-femmes comme médecins qui n'ont peur de rien » (Joana, sage-femme mat). Même si les actions de ces « zorros » pourraient être avantageuses dans certaines situations, grâce à leurs compétences techniques notamment, le système est conçu pour éviter que ces types de professionnels se développent : le suivi des procédures et l'évitement de la prise de risques est le modèle privilégié. Une césarienne est en général préférée par exemple à une tentative incertaine de forceps qui peut éviter une césarienne, mais risquer d'enclaver le fœtus dans le bassin de la parturiente et ainsi empirer la situation.

Ces propos s'inscrivent dans la perceptivité des systèmes « ultra sûrs » qui craignent les effets pervers produits par la trop large expertise et qui font alors « le deuil d'entraîne[r] d[es] opérateurs à des performances exceptionnelles pour ne pas s'exposer à une surconfiance[,] à des écarts et des prises de risques trop grands dans des situations habituelles » (Amalberti 2012b, 52-53); il s'agit de « supprimer les héros » (p.87).

Le protocole constitue ainsi pour Marc, comme pour ses collègues, un élément central du dispositif de sécurité des soins. Selon lui, « il faut essayer d'être le plus explicite possible dans le protocole, comme une recette de cuisine, pour que la personne qui le suit ait le moins d'erreurs possibles ». Pour Marc, le « côté artistique » de la médecine en est ainsi réduit pour une bonne cause, celui de la sécurité : « on ne peut pas se permettre d'être artiste dans ce genre de métier ». Lorsque la sage-femme responsable de la salle d'accouchement m'a accueillie, elle a insisté sur l'importance des protocoles : « Il suffit de se référer au protocole et on sait comment agir. C'est de la mécanique ! (...) il y a des schémas avec les conduites à tenir, y compris des arbres décisionnels, si par exemple le rythme cardiaque décélère, je peux me dire, ok je suis dans cette catégorie, je fais ça ». Selon elle, les protocoles sont « sa bible », « un filet auquel on se réfère sans arrêt ».

En tant qu'hôpital universitaire, La Maternité est une concentration de cas compliqués. Pour plusieurs professionnelles, des protocoles clairs et détaillés sont particulièrement importants dans les « grosses situations » (Lou, sage-femme mat), ou « situations complexes » (Laura, CDC) qui doivent être prises en charge. Celles-ci peuvent être définies comme des situations urgentes et à hauts risques, dans lesquelles les parturientes cumulent un ensemble de facteurs de risques, de comorbidités et de complications qui rendent difficile « d'avoir tout ça dans la tête » (Olivia, CDC).

¹⁶⁸ Marc (adjoint).

Kira (sage-femme mat) évoque « une sorte de flottement » dans les institutions qui n'ont pas de protocoles « aussi clairs ». Les règles permettent d'agir vite et de « rester professionnelle » (Jade, adjoint) dans des situations stressantes et pouvant être émotionnellement éprouvantes. Margot (sage-femme responsable de la salle d'accouchement) prend l'exemple de la nuit précédente pendant laquelle un bébé est décédé : « le personnel est chamboulé et le protocole représente un soutien pour que les [professionnels] n'aient pas trop à réfléchir (...) ils peuvent appliquer ce qui est écrit, le papier est un soutien ». Le protocole représente pour elle une manière d'automatiser la pratique dans les situations où la réflexion humaine est mise à mal par la situation émotionnellement difficile.

La culture de la sécurité, si chère aux professionnelles de La Maternité, dépend selon elles de l'existence de protocoles. Si comme je le montrerai, certains protocoles sont critiqués, contournés, voire transgressés, aucune professionnelle n'a contesté l'importance d'une procéduralisation et d'une standardisation des pratiques. Le fait que la « culture de la sécurité » soit incontournable pour l'ensemble des professionnelles est lié à la conception partagée que l'accouchement est un processus risqué, qui nécessite une prise en charge millimétrée, contrôlée, et encadrée par des procédures de sécurité strictes et efficaces.

En plus d'évoluer en fonction des avancées de la recherche, les médecins insistent sur l'importance d'adapter les protocoles par la confrontation avec l'utilisation effective qui en est faite. Quand une complication grave survient alors que les médecins considèrent qu'elle aurait pu être évitée, il s'agit selon Marc (adjoint) de d'abord « débriefer pour essayer de trouver où étaient les failles », pour ensuite « essayer de boucher la faille pour la prochaine fois ». Sa conception est celle des défaillances organisationnelles plus que des erreurs humaines : le protocole représente un moyen « de placer une plaque d'emmental au milieu d'u[n] processus » qui comprend « forcément des trous, des failles » puisqu'il « fonctionne avec des êtres humains »¹⁶⁹.

Des rapports d'incidents ont été créés à l'hôpital afin d'éviter de se focaliser sur la faute d'un individu mais plutôt penser les erreurs d'une manière systémique dans le but d'obtenir une

¹⁶⁹ Marc reprend ici le modèle systémique de James Reason, dit « modèle des plaques » ou « modèle du fromage suisse » (Reason 2008; 2000; 1997; 1993). Reason part du principe que l'erreur est inhérente à l'activité (et même à l'existence) humaine. A partir de ce constat, il va développer un modèle organisationnel qui permet d'identifier et de rattraper les erreurs avant qu'elles aient de graves conséquences. Pour Reason, l'individu ne peut être seul responsable du traitement des erreurs, mais un dispositif composé de différentes couches doit être mis en place, en particulier dans les organisations à haut risque (aviation, centrale nucléaire, hôpital). Aucune de ces différentes couches ne peut protéger des accidents (toutes comprennent des failles, qu'il représente par les trous dans des tranches de fromage suisse), mais réunis, elles permettent d'accéder à un bon niveau de sécurité (les trous n'étant théoriquement pas placés aux mêmes endroits dans les différentes tranches). Ainsi, si un premier système de sécurité n'identifie pas l'erreur, ce sera le deuxième ou le troisième qui pourra le faire. L'approche de Reason invite à ne pas se focaliser uniquement sur l'erreur humaine (« person approach »), mais plutôt de rechercher les défaillances organisationnelles (« system approach »), que son modèle propose de réduire (Reason 2000). Ce cadrage est important puisque plusieurs services de l'hôpital dans lequel s'inscrit cette enquête (celui d'obstétrique mais aussi d'anesthésie) s'inspirent de ce modèle depuis plusieurs années. Cette approche invite à moins blâmer les individus pour leurs erreurs, qu'à rechercher les causes organisationnelles derrière celles-ci, et à agir sur ces causes. J'ai toutefois constaté que la recherche de responsabilité individuelle est tenace. Les professionnelles craignent beaucoup de faire une erreur et d'en être tenues pour responsables, une atmosphère qui tend à renforcer l'idée que les problèmes surviennent quand l'individu est responsable d'avoir commis une erreur.

sécurisation optimale du dispositif. Il s'agit « d'apprendre de ses erreurs ». Jade (adjoint) fait référence à des protocoles qui ont été modifiés afin de mieux correspondre aux nécessités de la « pratique », notamment dans des situations « urgentes ». Il s'agit de créer des règles en partant des recherches scientifiques mais en les adaptant au contexte local et à ses contraintes spécifiques, une approche qui s'apparente aux travaux des chercheurs de l'Université de Berkeley qui travaillent sur les HRO (High Reliability Organizations, organisations à haute fiabilité en français), bien que les médecins n'y aient pas fait directement référence.

Des exercices de simulation (qui mettent en scène des situations complexes et souvent urgentes) sont également de plus en plus souvent organisés dans l'hôpital et les protocoles sont ajustés en fonction de l'analyse de ces situations le cas échéant : « simulation, rapport d'incidents, toute cette culture de la sécurité au niveau de La Maternité, je pense que beaucoup de protocoles se sont modifiés par rapport à ça » (Jade, adjoint). Une fois les protocoles ajustés, les simulations (auxquelles participent médecins, sages-femmes, infirmières, etc.) sont aussi conçues comme des moyens de vérifier la manière dont les règles sont appliquées, de favoriser leur incorporation (c'est-à-dire de les faire pénétrer dans les corps, jusqu'à rendre les gestes automatiques) et de régler le ballet des professionnelles qui s'activent et se coordonnent pour prendre en charge des cas complexes. Andrea (adjoint) m'a expliqué qu'elle souhaitait mettre sur place des checklists à la suite de ces exercices (voire créer de petites valises avec checklist et matériel) qui pourraient être suivies par les équipes lors de situation risquées et très urgentes. Des recherches ont effectivement montré que dans le domaine de l'aviation ou de la chirurgie, la création et le suivi de checklists ont considérablement amélioré les pratiques, en réduisant – dans le contexte d'opérations chirurgicales – les infections nosocomiales et les erreurs humaines (Gawande 2011). En ce qui concerne la simulation, Hale et Borys, (2013) citent des travaux issus du champ de la sociologie des organisations qui montrent que celle-ci favorise effectivement l'instauration de « routines » qui sécurisent l'activité (Becker 2005a, 2005b; Becker et al. 2005). La simulation est un des lieux où les règles sont diffusées et l'assignation des places professionnelles se stabilise, dans un climat où celles-ci participent personnellement à ce que ce travail se fasse efficacement. La simulation constitue à la fois un enjeu et une instance de pouvoir¹⁷⁰.

Au-delà de ces questions de nécessaire adaptation des règles, présentées en particulier par Marc (adjoint) comme faisant partie intégrante de la culture de la sécurité, la modification des protocoles suite à une complication s'inscrit dans les représentations du « risque intolérable » et des émotions qu'il produit. Selon Maude (interne) : « il y a des cas qui ont marqué La Mat[ernité] alors on a arrêté de faire certaines choses. C'est pas que statistiquement c'est mieux, c'est pas défendable statistiquement, mais émotionnellement on peut plus faire les choses d'une certaine façon ». Une situation qui m'a été rapportée est celle de l'abandon de la possibilité d'utiliser des ventouses ayant une force de traction élevée¹⁷¹ suite au décès d'un bébé, ou encore un changement de seuil concernant la

¹⁷⁰ Je n'ai pas eu accès à l'observation des simulations. Il est possible que celles-ci représentent des moyens pour les professionnelles d'habitude peu intégrées à l'élaboration des règles, typiquement les sages-femmes, de les faire évoluer.

¹⁷¹ La seule ventouse qui est désormais utilisée (« kiwi ») a une force de traction plus faible. Une force de traction plus élevée permet de faire naître plus de bébés par voie basse, mais comprend potentiellement un risque de faire plus de dégâts si elle est mal utilisée. Le retrait de cet instrument peut ainsi avoir des conséquences en termes d'augmentation des césariennes, suivant un principe de

quantité de liquide amniotique acceptable. Les modifications de protocole se produisent lorsque les équipes « se di[sent] 'mais purée il ne faut plus que ça se répète un truc comme ça' » (Joana, sage-femme mat).

Ces changements, suite à une situation précise mais qui ne font pas échos à des résultats de recherche, font parfois controverses au sein de l'équipe : deux normes s'affrontent, la nécessité d'adopter une pratique fondée sur les preuves scientifiques d'une part, et l'aversion au risque qui prévaut en obstétrique d'autre part. Mélissa (interne) regrette par exemple la restriction imposée désormais aux médecins dans l'utilisation des ventouses (abandon des ventouses qui permettent une forte traction) : « c'est pas parce qu'il y a eu un accident [que tu dois] enlever cet instrument. C'est un bon instrument ! - c'est triste, hein - mais heu... y a de la casse, en obstétrique, clairement ». Pour elle, cette restriction comprend d'autres risques, notamment en termes d'élévation des taux de césariennes, pour une raison non fondée. Pour elle l'instrument a été abandonné car les médecins adjoints sont « terrifiés », et non pas suite à une reprise de cas : « la réponse des chefs a été: 'On arrête ce type de ventouse!' Euh non ! La bonne réponse [ça aurait été]: 'Pourquoi il y a eu ça? Quelle a été la faute?' (...) tu prends tout le monde: 'Voilà, on va reprendre les trucs, y a quelque chose qui va pas' ». Nadine (sage-femme mat) critique quant à elle la restriction de l'utilisation du Misoprostol, un médicament à base de prostaglandines utilisé pour maturer le col de l'utérus avant de procéder à une provocation. Quand il était plus largement utilisé, ce médicament suffisait pour que certaines femmes se mettent en travail et puissent ensuite se passer de tout médicament (évitant ainsi également le risque d'échec de provocation), cela n'étant plus possible à la suite d'un événement unique de rupture utérine attribué sans preuves à ce médicament selon Nadine. Cela constitue selon elle « une des absurdités » des protocoles. Pour Lyanna (sage-femme mat), il y a une tendance globale à, dans les protocoles, élargir la catégorie du risque à des situations auparavant considérées comme normales par peur de passer à côté d'un événement imprévu : « ma sensation, c'est qu'on a de plus en plus peur. De passer à côté du cas qui va aller mal, et que, du coup, et bien on inclut beaucoup plus de patientes dans des groupes à risque, pour éviter ce cas qui va aller mal ».

L'ensemble des soignantes a souligné l'impossibilité de contrôler complètement les risques et donc empêcher systématiquement que des complications graves surviennent. Dans des situations *a priori* normales, leur survenue provoque cependant une réaction émotionnelle forte, faite d'un mélange de tristesse pour les protagonistes (mère, fœtus, père, enfants aînés, etc.) et de peur (d'être blâmé pour une faute professionnelle au niveau individuel ou institutionnel) qui conduit les chefs, probablement sous la pression également des équipes, à modifier les règles pour empêcher qu'une telle situation se produise à nouveau. Les événements décrits comme « traumatisants » ont un impact au niveau institutionnel (production des protocoles)¹⁷².

Les complications graves n'amènent pas toujours à changer les protocoles, ce mécanisme se produit plus volontiers lorsque ces modifications vont dans le sens de la culture médicale en place, c'est-à-dire quand elles favorisent l'interventionnisme et la standardisation. Des

précaution (précaution puisque la littérature ne montre pas que cette ventouse entraîne plus de problèmes).

¹⁷² Plusieurs recherches montrent que les sages-femmes et obstétriciens sont à risques de développer des symptômes de stress post-traumatiques après avoir accompagné des accouchements difficiles (Calvert et Benn 2015; Sheen, Spiby, et Slade 2015).

situations de complications graves qui ont possiblement été favorisées par la réalisation d'une césarienne par exemple, n'ont pas conduit à avoir une politique plus restrictive en la matière¹⁷³.

2.1.2 ... et protéger les professionnelles

Les promoteurs de l'Evidence Based-Medicine argumentent que la standardisation est un moyen de protection pour les professionnelles contre les risques médico-légaux (Timmermans et Angell 2001; Timmermans et Berg 2003). Les professionnelles étant anxieuses face à l'engagement de leur responsabilité, cette promesse de l'EBM fait particulièrement écho chez elles. Selon plusieurs professionnelles, la conception des protocoles serait aussi influencée par la volonté de se protéger du risque médico-légal. Si toutes perçoivent cela comme une nécessité, certaines développent des discours critiques à l'égard de ce processus. Pour Nadine, la peur des procès pousse les médecins à standardiser davantage les pratiques en créant de plus en plus de règles, elles-mêmes porteuses d'une vision de plus en plus restrictive de la normalité :

dans les petites maternités ils sont beaucoup moins dans cette heure du procès et du coup il y a moins de surveillance, il y a moins de contrainte protocolaire (...) le cadre médical moins strict laisse plus de place au déroulement naturel des choses. (Nadine, sage-femme mat)

Cela affecte à la fois la marge de manœuvre des sages-femmes et celle des internes qui sont de plus en plus « infantilisés » selon Erin (CDC). Cela impacte aussi les parturientes. Pour Vanessa, les protocoles établissent des limites très restrictives et qui doivent apparaître comme « infranchissables » pour les parturientes afin de protéger l'institution, situation qu'elle est l'une des rares à dénoncer en entretien. En distinguant ce qui est possible de ce qui ne l'est pas, les protocoles ont un effet de contrainte (« encadrement ») sur les femmes ainsi que sur les professionnelles qui s'en font quotidiennement le relais et qui finissent par intégrer ces normes et avoir l'impression qu'elles détiennent « la vérité absolue » (Vanessa, sage-femme mat).

La montée de la procéduralisation comme moyen de se protéger des risques de mises en accusation a été documenté dans d'autres contextes. Jeffcott et al. (2006) établissent ainsi un lien entre la montée de la procéduralisation et l'importante « blame culture » associée aux compagnies ferroviaires privées en Angleterre : « the proliferation of formal procedures was primarily motivated by self-preservation within a culture focused on accountability » (p.1112). Selon Reynaud (1988), les règles explicites servent en effet à fixer « les responsabilités en cas de faute et déterminent la sanction applicable, elles permettent d'arbitrer les différends » (p.5).

2.2. Réglementer et standardiser : une nécessité organisationnelle

La nécessité de réglementer l'activité est également liée, selon les professionnelles, à des impératifs matériels, qui concernent spécifiquement l'organisation du service. J'analyse à la fois comment cette justification est produite, et la manière dont les médecins construisent et adaptent les protocoles pour répondre à ces impératifs.

¹⁷³ Je fais en particulier référence à la situation d'une jeune femme *a priori* en bonne santé qui est décédée peu de temps avant mon terrain à la suite d'une embolie amniotique. Cette complication grave et rare est survenue en cours de césarienne et aurait pu être favorisée par celle-ci. En clair, bien qu'une forte incertitude demeure dans ce cas, si la parturiente avait accouché par voie basse, l'embolie amniotique aurait peut-être pu être évitée.

2.2.1 Homogénéiser les pratiques

Premièrement, La Maternité fait partie de celles qui prennent en charge le plus de naissances en Suisse, ce qui implique la coordination de « grosses équipes » (Kira, sage-femme mat) « donc tu es obligé d'avoir les protocoles, sinon c'est un bordel monstrueux » (Morgane, sage-femme mat). Comme les parturientes ne sont pas nécessairement suivies par la même professionnelle tout au long de l'accouchement, les protocoles facilitent la continuité de la prise en charge selon Lyanna (sage-femme mat). Quand elle reprend la prise en charge d'une collègue, elle n'a pas « le souci » de se demander « pourquoi elle a fait ça ? Comment elle a fait ça ? Comment moi je vais le faire ? ». Cela est d'autant plus important que la pratique est soutenue et les prises en charge doivent s'enchaîner afin de tenir la cadence. Il n'est pas rare d'accueillir près d'une dizaine de parturientes en salle d'accouchement en l'espace d'une journée. Pour Jade (adjoint) « comme on a beaucoup de femmes [ici], il faut qu'on ait une pensée et une attitude communes ». A plusieurs reprises sur le terrain ou dans les entretiens, des soignantes et des parturientes ont nommé la Maternité « l'Usine » : « il n'y a pas de cas par cas, parce que c'est une grosse institution avec une industrie d'accouchements » pour Vanessa (sage-femme mat). Sur le terrain, cette nécessité d'une pratique standardisée et efficace m'a rappelé parfois les exigences du système productif capitaliste, et notamment du travail en usine. Les gestes sont réalisés suivant un tempo parfois très rigide, en suivant minutieusement les prescriptions protocolaires. La question du stress ressenti par les professionnelles par rapport à l'incertitude ne concerne pas uniquement le risque. L'incertitude quant au contenu et au rythme de l'activité à venir est aussi une source d'inquiétude. Surveiller que la progression de l'accouchement se passe comme « prévu » et faire en sorte qu'il reste dans cette norme, c'est aussi réduire l'incertitude de l'activité, surtout dans un contexte où les professionnelles ont l'impression que le travail augmente et qu'elles pourraient être facilement débordées. Les sages-femmes sont ainsi devenues des expertes dans l'art de planifier les actes, de les enchaîner pour pouvoir les concilier, tout en tentant de se préserver des moments de pause :

Amarande (sage-femme mat) dit qu'elle ne va pas percer la poche des eaux tout de suite, je lui demande pourquoi « Je vais pas le faire tout de suite pour deux raisons : elle avance bien, le bébé va bien donc il n'y a pas de nécessité de percer la poche des eaux. Mais surtout c'est stratégique : là je dois m'occuper d'une autre dame et je pourrai donc pas être complètement avec la dame et comme elle dilate bien seule, je pense qu'elle va aller super vite après ». (journal de terrain, La Maternité)

A plusieurs reprises, cela m'a donné l'impression d'un travail millimétré, presque mécanique. La standardisation est perçue par les sages-femmes comme un mode d'organisation qui permet de conserver la rigueur et la sécurité attendue, tout en se ménageant un minimum. Plusieurs professionnelles regrettent une telle standardisation qui serait mal adaptée à la pratique d'une bonne obstétrique qui est plus relative à « des zones de gris », « qu'à des choses très précises, très claires, très noir et blanc » (Maude interne). Mais dans leurs propos, elle apparaît pourtant comme inévitable (« obligatoire » pour Maude).

Dans le contexte d'une grande institution où plusieurs professionnelles se relaient pour prendre en charge une même situation, la standardisation des pratiques permettrait d'assurer une certaine égalité de traitement. Pour Kira (sage-femme mat), cela permet que les prises en charge ne soient pas « médecins dépendants » et pour Mylène (sage-femme mat) « que toutes les femmes soient traitées à la même enseigne ». Comme Kira (sage-femme mat), de nombreuses sages-femmes sont attachées à travailler dans une « maternité publique » où les inégalités face à la santé seraient réduites : « c'est pour toute la

population, c'est pas trop élitiste. On accueille tout le monde ». Des auteurs ont aussi montré que « l'effet médecin », c'est-à-dire l'existence d'une prise en charge à géométrie variable suivant quel médecin est en charge, est moins observable dans les grandes maternités publiques (Carricaburu 2005; David, Mamelle, et Rivière 2001). La standardisation qui implique une limitation de l'autonomie des professionnelles et des femmes est décrite comme acceptable puisqu'elle s'applique théoriquement à toutes.

Deuxièmement, le contexte universitaire implique un turn-over du personnel, en particulier des médecins en formation, mais aussi des sages-femmes intérimaires. Ceux-ci peuvent avoir été formés dans des contextes institutionnels et géographiques divers et n'ont ainsi pas tous les mêmes références de travail. De plus, une partie non négligeable (surtout du côté des médecins internes) est peu expérimentée alors que la salle d'accouchement est un service considéré comme exigeant, stressant et à haute responsabilité. L'existence des protocoles rassure ainsi les professionnelles, y compris les sages-femmes qui n'ont pas travaillé depuis longtemps dans le service : « ça faisait plus de 15 ans que j'étais diplômée et je me disais que je n'allais pas savoir-faire. Tout le monde me disait : 'Ne t'inquiète pas de toute façon tu fais le protocole !' » (Lou, sage-femme mat).

La pression est encore plus élevée pour les personnes qui sont diplômées depuis peu. Selon les sages-femmes et les jeunes médecins avec qui je me suis entretenue, les internes débutantes n'ont que quelques notions d'obstétrique (Kira, sage-femme mat, les qualifie de « bébés »), et les premiers mois sont éprouvants. Le protocole serait un « cadre » (Kira) indispensable pour guider leur pratique, puisque celles-ci n'ont pas encore « de sens clinique » (Maude, interne), c'est-à-dire une expérience qui leur permette de décider. Ils seraient « complètement perdus [sans les protocoles] » (Mélissa, interne) qui représentent « des espèces de trucs auxquels tu t'agripes quand tu te noies » (Laura, CDC). Pour Margot (sage-femme responsable de la salle d'accouchement), les protocoles constituent un « garde-fou » utile dans un contexte où l'« on ne se regarde pas toujours travailler en permanence ». Ces éléments montrent que les professionnelles moins expérimentées ne sont pas toujours coachées et surveillées : la standardisation devient ainsi un moyen, présenté comme sûr, de faire travailler des professionnelles peu expérimentées tout en économisant sur les postes des médecins plus expérimentés qui n'interviennent que dans les situations pathologiques.

Troisièmement, il s'agit aussi de « tenir son rôle » d'hôpital universitaire, c'est-à-dire d'offrir une image de soi quasi idéale-typique de l'obstétrique moderne telle que ces professionnelles se la représentent. Si des pratiques sont appréciées et perçues comme utiles par certaines professionnelles mais qu'elles sont identifiées comme « parallèles » par rapport à la médecine allopathique, celles-ci pensent qu'elles ne doivent pas être pratiquées dans un hôpital universitaire. Quand elle est arrivée à La Maternité après une expérience dans un hôpital périphérique, Andréa (adjoint) a trouvé « dommage » que des accouchements dans l'eau n'y soient pas possibles mais conclue : « après je comprends, c'est le milieu universitaire ». Dans le même sens, une sage-femme affirme être « pour la médecine chinoise, l'homéo[pathie] » mais « pas dans un hôpital universitaire, c'est pas possible ! » (Journal de terrain, La Maternité). Les professionnelles justifient ainsi la régulation de l'activité – à laquelle elles veulent peu échapper – par le contexte spécifique de La Maternité.

2.2.2 Contrôler la temporalité de la naissance

Lors de mon enquête, j'ai été témoin de remous au sein de La Maternité. Les sages-femmes se plaignaient continuellement de la charge de travail trop importante, du manque de personnel courant et remplaçant. Cette situation a été dénoncée auprès de la hiérarchie sage-femme et des négociations étaient en cours pour augmenter le nombre de sages-femmes. Les sages-femmes du service ont en effet le sentiment de ne pas être en nombre suffisant pour s'occuper d'une quantité croissante de naissances. Nombre d'entre elles ont fait « exploser leurs heures sup[plémentaires] » (journal de terrain). Elles se plaignent que les absences soient insuffisamment remplacées¹⁷⁴. Du côté des médecins, plusieurs internes m'ont rapporté ne pas compter les nombreuses heures supplémentaires qu'ils effectuent à l'issue de leurs gardes, en particulier pour effectuer des tâches administratives. Un article de presse relève d'ailleurs la situation « illégale » de l'hôpital en regard des horaires des médecins, et pointe notamment du doigt le service d'obstétrique¹⁷⁵. Ces situations s'inscrivent dans un contexte global de restrictions budgétaires à l'égard de la santé (Bergeron et Castel 2015).

Afin de documenter l'impression des professionnelles et mes constats sur le terrain, j'ai sollicité en 2016 une rencontre avec Oriane, la responsable des soins du service d'obstétrique. Celle-ci a reconnu que la dotation sage-femme à La Maternité ne correspondait pas aux recommandations internationales qui est estimée à une sage-femme pour 27,3 à 31, 5 naissances annuelles (en prenant en compte le séjour anté et postnatal) (Sandall et al. 2011; Politis Mercier 2015)¹⁷⁶. Selon les recommandations, le *one to one* (une femme : une sage-femme) (NICE 2015), notamment pendant la naissance, constitue un minimum et doit être relevé dans les grandes maternités (il s'agit notamment de prendre en compte l'incertitude du flux d'arrivée des femmes en salle d'accouchement, et donc de créer des marges de manœuvres). Oriane m'a indiqué qu'une revalorisation des postes avait été décidée autant pour les médecins internes que pour les sages-femmes. Les internes sont désormais deux par garde, et les sages-femmes seront prochainement sept au lieu de six. Si Oriane reconnaît que cela ne permet pas de totalement s'aligner sur les recommandations internationales (je rappelle que La Maternité comporte huit salles d'accouchements, en plus des salles de césariennes qui peuvent mobiliser une à deux sages-femmes, le *one to one* n'est ainsi pas atteint), elle est satisfaite des efforts entrepris pour s'en approcher et qui visent à « améliorer le bien-être des collaborateurs » (ce sur quoi elle insiste le plus lors de notre rencontre) ainsi qu'à « améliorer les issues obstétricales ». Une autre enquête pourrait déterminer l'effet de ces nouvelles attributions en personnel sur les pratiques. Celles-ci n'avaient pas encore eu lieu lorsque j'ai mené ma recherche et le manque de personnel était perçu comme ayant une influence sur la construction des protocoles.

J'ai constaté, comme dans l'enquête menée par Carricaburu (2005) en France, que l'incertitude du temps de la naissance (durée de la grossesse et de l'accouchement, moment

¹⁷⁴ Lors de plusieurs de mes observations, j'ai constaté que les sages-femmes absentes n'étaient en effet pas toujours remplacées, et lors de gardes où de nombreux accouchements avaient lieu simultanément, les professionnelles étaient soumises à un rythme de travail éreintant.

¹⁷⁵ Je m'abstiens de donner la référence de l'article sous peine de compromettre la confidentialité du lieu dans lequel j'ai réalisé mon terrain.

¹⁷⁶ Oriane m'a elle-même donné ce rapport qui constitue pour elle une référence. Elle m'a également transmis les slides qui ont servi de support à la présentation de Politis Mercier à l'occasion d'une journée d'étude organisée en mai 2015 par les filières sages-femmes de plusieurs Hautes Ecoles de Santé de Suisse romande.

où le processus se déclenche) est un paramètre difficile à appréhender par l'hôpital. La flexibilité nécessaire pour travailler dans l'incertitude, notamment du flux du travail (puisqu'on peut difficilement prévoir quand et comment se dérouleront les accouchements) devient plus difficile à obtenir lorsque l'activité augmente (en terme de nombre d'accouchements ou de tâches supplémentaires à réaliser pour chaque cas, comme celles de documentation de l'activité) et se complexifie (augmentation des situations à risques selon les médecins), tandis que les ressources « n'augmentent pas suffisamment » (Nadine, sage-femme mat)¹⁷⁷. Les discours et pratiques des professionnelles révèlent que des techniques telles que la césarienne, la maturation/provocation et le travail dirigé¹⁷⁸ deviennent des outils nécessaires pour limiter l'incertitude. Andrea¹⁷⁹ (adjoint) plaisante autour de cette ambiguïté du système obstétrical, qui est à la fois légitimé par l'incertitude de toute naissance, mais qui a en fait une capacité limitée à l'assumer : « C'est comme la dame qui se met en route spontanément [petit rire] ! c'est probablement la meilleure chose, mais il faut pouvoir gérer ça ! ».

Selon Andrea (adjoint), certaines indications de césarienne ne nécessitent pas que celles-ci soient programmées¹⁸⁰. Attendre que la parturiente se mette en travail pour réaliser la césarienne serait en faveur d'une meilleure adaptation néonatale et associée à un meilleur vécu chez la mère. Cependant, cela est rarement proposé puisque La Maternité ne peut pas garantir qu'une césarienne puisse être réalisée en toute sécurité à ce moment-là (si par exemple le travail débute alors que le personnel est réduit ou si d'autres urgences surviennent en même temps et accaparent les médecins). Ces accouchements sont ainsi suffisamment classifiés comme risqués pour qu'une césarienne soit programmée.

le problème de la césarienne en urgence en début de travail c'est un petit peu quand même l'organisation. Si ça arrive la nuit, évidemment il y a moins de médecins, le risque qu'on prend c'est que cette dame va devoir attendre, et là on prend un risque pour elle. Donc c'est la gestion de ce moment qui est difficile mais à mon avis dans l'absolu si on voulait suivre une dame de A à Z et qu'il se trouve qu'elle a une raison d'accoucher par césarienne qui n'est pas une raison dangereuse comme un [placenta] preavia¹⁸¹ où ça va saigner, mais genre un siège ou même un antécédent de césarienne, moi je suis convaincue que la laisser se mettre en travail ça serait mieux. La laisser se mettre en travail et hop, dès qu'elle se met en travail on fait une césarienne, mais c'est le monde idéal. On pourra si c'est une dame qui a l'obstétricien juste pour elle à ce moment-là, mais sinon ça devient compliqué et c'est peut-être pour cela qu'on le fait pas. (Andrea, adjoint).

¹⁷⁷ Lors de notre rencontre, Oriane m'a communiqué les chiffres qui concernent le nombre de sages-femmes engagées depuis 2013 en salle d'accouchement. Leur nombre n'avait pas (ou très peu) augmenté, tandis que le nombre d'accouchements a progressé.

¹⁷⁸ Le travail dirigé ou « active management of labour » consiste à avoir recours à de l'ocytocine de synthèse (Syntocinon) lorsque la dilatation du col de l'utérus se ralentit (« stagne » dans le jargon médical). Maffi souligne que cette technique a été introduite en Suisse dans les années 1990, officiellement dans le but de réduire les taux de césariennes, mais visiblement sans succès (Maffi 2016). Le travail dirigé est une pratique courante à La Maternité.

¹⁷⁹ Les citations d'Andrea seront particulièrement utilisées ici car c'est avec elle que j'ai eu l'occasion de plus creuser ces questions. Cependant, la plupart des médecins, surtout séniors, ont mentionné des effets similaires.

¹⁸⁰ Une césarienne programmée consiste à l'inscrire à l'avance dans le programme du bloc opératoire, et donc de la réaliser sans attendre une mise en travail.

¹⁸¹ Le placenta preavia est un placenta mal inséré qui peut causer de graves complications en l'absence d'une prise en charge médicale adéquate.

Andrea légitime la programmation des césariennes par le fait qu'on ne vit pas dans un « monde parfait » où les conditions optimales sont réunies, notamment en matière de personnel disponible. Diminuer l'incertitude devient alors un impératif.

Il en va de même pour les provocations dont les indications ont été élargies récemment. Selon Andrea, une femme enceinte dont le terme de la grossesse est dépassé doit être surveillée étroitement pour s'assurer du bien être foetal. Or, le service de consultations prénatales qui s'en occupe est « débordé ». En avançant la date acceptable à laquelle on peut commencer à démarrer une provocation de l'accouchement, une marge de manœuvre est créée pour la prise en charge des accouchements à risque moyen, considérés comme non-urgents, qui peuvent ainsi être écoulés sur plusieurs jours, en fonction des places disponibles en salle d'accouchement.

dans la littérature, il faudrait que les bébés soient nés à 42 [semaines d'aménorrhée]. C'est les recommandations internationales, tout le monde est d'accord (...) donc nous on les provoque à terme plus 10 [jours] parce que le temps qu'on - tu vois - le temps qu'il y ait de la place en salle d'accouchement, qu'elle soit vraiment convoquée pour la provocation, ben t'as déjà dépassé. (...) après il faut augmenter la surveillance, après il faut l'infrastructure pour surveiller ces dames. C'est aussi toute cette difficulté-là. On a beaucoup de consultations, elles sont toujours pleines... si une dame dit non je veux pas être provoquée, ok c'est acceptable à la limite, mais il faut vraiment la surveiller, mais ça c'est assez compliqué dans une grande infrastructure comme ici. (Andrea, adjoint)

Cette analyse n'est pas faite uniquement par les médecins. Les sages-femmes la connaissent et s'y résignent puisqu'elles n'entrevoient aucune solution. Pour Kira, une sage-femme de la maternité expérimentée et qui occupe fréquemment le rôle de « référente » (elle est donc davantage que les autres en lien avec les autres services, et notamment avec le service prénatal qui lui annonce les mises à l'agenda des provocations), les sages-femmes sont les mieux placées pour constater ce qu'elle qualifie de « dérive ». Comme sage-femme référente, elle tente souvent de négocier les décisions de provocation avec le service prénatal, mais les conditions matérielles empêchent celles-ci d'aboutir le plus souvent. Elle formule un constat d'échec : « Nous on se bat en salle [d'accouchement] pour dire 'non mais tu vas lui laisser la chance à cette femme de se mettre en route toute seule, elle a aucun facteur de risques !' Mais d'un autre côté [au service prénatal] on nous dit 'oui mais je ne peux pas ! les consult[at]ions sont archi pleines'. Ça c'est un problème de fond ! ». Les sages-femmes qui sont diplômées depuis peu et qui découvrent cette réalité sont souvent choquées, à l'image d'Amarande. Elle considère que c'est « incroyable » que des protocoles dépendent de la nécessité « que ça tourne du point de vue organisationnel » et n'existent pas uniquement pour « éviter des erreurs, ou éviter des risques aux patientes.

Ces situations participent à désillusionner certaines sages-femmes quant aux bienfaits de l'institutionnalisation des accouchements, surtout dans de grandes structures. Certaines sages-femmes indépendantes ou agréées m'ont dit avoir quitté l'hôpital parce qu'elles ne supportaient plus cet impact de l'organisation sur la construction du risque. Pour autant, la plupart des sages-femmes ont une attitude de protection envers les pratiques institutionnelles et sont peu dans une optique de dénonciation.

Pour finir, resserrer les indications à la provocation est certainement un moyen de soulager le service de consultation prénatal, mais est probablement un « mauvais calcul » pour la salle d'accouchement. Le fait de pouvoir mieux contrôler le flux en appelant les femmes

lorsque l'occupation de la salle d'accouchement est réduite est à mon avis illusoire. Il n'est pas rare qu'une femme qui est appelée pour une maturation/provocation occupe une place en salle d'accouchement pendant 24 ou 48 heures, parfois plus (un temps qui n'est pas accordé à une femme en travail spontané, qui occupera la place nécessairement moins longtemps). Le rythme de travail fluctuant constamment, il est presque certain que pendant ce laps de temps, de nombreuses femmes se présenteront en salle d'accouchement et le rythme de travail sera intense. Le service de consultations prénatales est un service de « jours ouvrés », tandis que la salle d'accouchement fonctionne en continu 365 jours par an, 24H/24. Cela peut donner la sensation qu'il est plus facile de gérer des flux importants dans une salle d'accouchement qui ne dort jamais. De plus, les médecins adjoints qui sont ceux qui formalisent les protocoles ont une vue d'ensemble de l'activité de la maternité, et une femme qui est provoquée sera plus rapidement en dehors de la prise en charge hospitalière si on prend en compte toute la chaîne de prise en charge (service prénatal, salles d'accouchement, service post partum).

Si elle existe clairement, la logique organisationnelle derrière certaines provocations tient cependant plus d'un fantasme de contrôle, que d'une réelle efficacité. Elle relève d'autres paramètres propres à la culture du risque qui n'ont pas uniquement à voir avec une logique rationnelle et instrumentale, je le montrerai à travers mon travail. Il s'agit pour les professionnelles d'anticiper toujours un peu plus tôt sur le risque, c'est-à-dire d'intervenir plus précocement, les conditions matérielles ne permettant pas, selon elles, de faire autrement. Ces résultats font écho au travail de Carricaburu (2005; 2007) pour le contexte français. Celle-ci a montré un effet de la « rationalisation matérielle » sur la classification des accouchements, qui conduit à des taux de césariennes parfois plus élevés en maternité de niveau 1 qu'en maternité de niveau 3¹⁸². La situation de La Maternité ne fait ainsi pas exception mais correspond à une situation plus générale, quasi systémique du dispositif obstétrical actuel.

Conclusion du chapitre 7

Les protocoles sont au centre du travail de standardisation mais aussi de classification des accouchements en niveaux de risques dont sont dépendantes les pratiques. J'ai montré que, comme dans d'autres contextes de travail (Sennett 2000; Reynaud 1988), les médecins comme les sages-femmes soutiennent la nécessité de l'existence de règles qui sont perçues comme indispensables pour travailler et réduire l'incertitude.

Le dispositif actuel est fondé sur la volonté de se dégager des « contraintes concrètes pesant sur les professionnels et sur leurs décisions » (Carricaburu 2007, 10) pour fonder les décisions sur les preuves scientifiques dans un processus objectif et rationnel. La subjectivité et les positions idéologiques respectives des professionnelles étant largement évacuées des débats (Douglas 1992), j'ai montré que les conditions matérielles influencent les décisions, mais qu'elles ne sont pas pour autant une contrainte « objective », observable en soi et qui s'imposerait aux professionnelles. D'une part, ces conditions matérielles sont le

¹⁸² Une réforme de la périnatalité en France (1998) a classifié les maternités en niveaux 1,2, et 3 correspondant au niveau de risques bas, moyen haut des grossesses et accouchements. Si les femmes à bas risques peuvent choisir leur maternité, les femmes à risques élevés, seront orientées vers une maternité de niveau 2 ou 3 (Carricaburu 2007). Le taux de césariennes devrait être plus élevé dans les maternités qui accueillent les situations les plus à risques, mais Carricaburu montre qu'il n'en est rien, les « petites maternités » ayant moins de ressources pour gérer l'incertitude tout en gardant un niveau de sécurité élevé.

fruit d'une volonté politique (par exemple en termes d'engagement de personnel) qui reflète un contexte culturel et économique propre. D'autre part, les modalités d'interprétation de ces conditions matérielles, comme les réactions, processus d'adaptation et solutions mises en place par les professionnelles face à elles (qui consistent à standardiser, surveiller, et intervenir davantage) ne vont pas de soi.

Le processus de construction des protocoles est un monopole médical complexe, qui ne peut ainsi être résumé à une application des preuves produites par la littérature scientifique. Cette première couche effrite déjà la vision positiviste d'une médecine rationnelle et mécanique. La standardisation est notamment contingente aux parcours des responsables, aux ressources à disposition, aux expériences collectives vécues. Ceux-ci sont d'un côté influencés par la culture médicale locale, et d'un autre côté participent aussi à la façonner. L'influence de contingences sur les modalités de standardisation ne constitue pas un processus adaptatif dégagé de processus sociaux ; les éléments ayant une influence sur la négociation de la standardisation formelle locale sont principalement ceux qui vont dans le sens du dispositif en place, et plus largement de la culture biomédicale dominante. Pour être claire : ce ne sont pas n'importe quelles contingences qui sont en mesure d'influencer la mise en protocole. Les médecins adjoints réduisent ainsi les informations qui leurs parviennent – ils les « filtrent » pour reprendre les termes de Weick (1979) – afin de ne pas être submergés par celles-ci et continuer à agir (Koenig 2003). Ils se focalisent donc sur certains aspects, et en délaissent d'autres, en partie en fonction des ressources dont ils disposent, et de leurs intérêts professionnels. Le risque n'est pas intolérable dans l'absolu. Par exemple, la césarienne programmée ou la provocation de l'accouchement s'inscrivent dans la culture obstétricale actuelle qui est tournée vers l'interventionnisme, la réduction de l'incertitude, et sur l'action sur un risque plutôt à court terme (j'y reviendrai), ce pourquoi elles sont plus acceptées, bien qu'elles comprennent certains risques médicaux.

Tendanciellement, face à un manque de personnel, ou à une montée perçue des risques médico-légaux, la proposition des médecins est d'aller vers plus de standardisation et de procédures, pour réduire une incertitude perçue comme insupportable et développer un sentiment de maîtrise. La standardisation formelle locale en tendant à réduire l'incertitude et les controverses scientifiques participe aussi au renforcement du dispositif. Les professionnelles ont ainsi le sentiment de se référer à un cadre qui apparaît comme logique, rationnel, évident, et pourront à leur tour transmettre cette idée aux parturientes. En structurant l'activité quotidienne des soignantes, les protocoles participent du gouvernement des accouchements en organisant et catégorisant les risques et les modalités de surveillances et d'interventions.

L'activité prescrite n'est pas figée et sa production rend visible l'existence d'enjeux de pouvoirs entre professionnelles d'une part : les sages-femmes en sont écartées ; et entre professionnelles et parturientes d'autre part : ces dernières ne participent pas aux décisions à prendre pour créer un niveau de standardisation locale, qui fait référence dans toute une région. En ce qui concerne l'élaboration des protocoles d'accouchement, point, ou peu¹⁸³, de

¹⁸³ Quelques mobilisations de femmes (/couples) réunies en association ont fait bouger quelques règles, par exemple la possibilité pour la parturiente de vivre le travail de l'accouchement dans une baignoire. Ces mobilisations restent très réduites cependant et il n'existe pas de processus de consultation de ces associations pour fonder les protocoles, par exemple.

démocratie sanitaire¹⁸⁴. Cette « éthique de la transparence et de la délibération » permet en particulier de « reconnaître explicitement et d'assumer plusieurs des contradictions et des difficultés inhérentes à cette prévention : le fait que celle-ci soit une entreprise morale qui véhicule des valeurs ; le fait qu'elle puisse avoir des effets délétères pour les individus qu'elle cible ; le fait enfin qu'elle ne se déploie pas dans un vide social seulement peuplé de clones de l'homo medicus, mais doivent compter avec d'autres acteurs sociaux qui défendent des intérêts souvent plus complexes que leur propre santé » (Peretti-Watel et Moatti 2009, 88-89). Dans le contexte de l'accouchement, la construction des protocoles en fonction de décisions basées sur les risques suit le même processus : il a aussi à voir avec des valeurs morales (risques intolérables), peut entraîner certains risques (par exemple ceux provoqués par la césarienne plutôt que la voie basse), et implique des jeux d'acteurs complexes porteurs d'intérêts variés.

J'approfondirai ces dimensions au fil des chapitres, en analysant notamment si des négociations existent lors de l'application des protocoles, et sous quelles formes. A la suite de Reynaud (1997, 1995), il s'agit de penser les pratiques informelles comme productrices aussi de règles et ne pas limiter les actions des professionnelles qui se passent en dehors des règles formelles comme une simple « volonté de contester les règles en vigueur » (de Terssac 2012, 8).

¹⁸⁴ Celle-ci peut prendre la forme de consultations et de négociations entre soignantes et soignées, à travers notamment l'intégration de différentes formes d'expertises (profanes et professionnelles ou expérientielles et médico-scientifiques qui sont des formes d'expertises qui peuvent se trouver aussi bien du côté des soignant.e.s que des soigné.e.s (Akrich et Rabeharisoa 2012) ou des associations de patient.e.s (Gelly et Pavard 2016)). Peretti-Watel et Moatti (2009) analysent par exemple comment se joue une certaine démocratie sanitaire dans le domaine de la prévention en Angleterre autour des grands projets de santé publique qui font l'objet de processus participatifs et consultatifs.

Chapitre 8 La construction des risques en acte : gouverner l'accouchement

Dans ce chapitre, il s'agit de pénétrer au cœur de la salle d'accouchement afin d'analyser comment les pratiques, notamment de catégorisation et de classification des risques, prennent place effectivement dans le quotidien de La Maternité. L'activité médicale en salle d'accouchement échappe à une prescription complète des pratiques, notamment parce que les « zones de gris » sont nombreuses et sujettes à des interprétations et à des négociations. Pour reprendre Perrenoud (2016), anthropologue et sage-femme : « ce n'est pas par un romantisme déplacé, que les professionnel-le-s parlent d'art de la médecine, car souvent les signes sont subtils et les états de santé équivoques »¹⁸⁵.

Alaszewski et Brown (2007) montrent ainsi que le savoir médical ne peut être complètement standardisé, ni résumé à travers un savoir codifié (« encoded knowledge ») : « it appears that encoded knowledge needs to be interpreted and appropriately applied, i.e. it requires other forms of knowledge » (p.6). Selon Prior et al. (2002) lorsque les médecins utilisent des logiciels d'aide à la décision, ils doivent faire sens des résultats et surtout il y a « always a large chunk of « tacit knowledge » embedded in professional decision making » (p.256). Je montrerai que les machines utilisées pour surveiller l'accouchement ne donnent pas des résultats prêts à l'emploi : ceux-ci impliquent une interprétation. De plus, certaines situations exceptionnelles ne correspondent pas à celles, standardisées, qui sont balisées par les protocoles. Enfin, les techniques du corps à déployer pour surveiller ou intervenir impliquent la maîtrise de savoir-faire incorporés (ou habiletés). La question de l'expertise professionnelle n'est ainsi ni rendue caduque par l'existence de règles standardisées et précises (protocoles locaux), ni par l'Evidence-Based medicine (guidelines internationaux).

L'idée qu'un savoir tacite incorporé (ou expertise) est utilisé signifie d'une part que différentes formes de savoirs sont en circulation dans le milieu médical. D'autre part, cela fait référence aux travaux de la sociologie du travail ou des organisations (voir par exemple le travail de Reynaud sur la régulation (1988)) qui mettent en avant les efforts souvent indispensables d'adaptation des règles – et par là-même de création de nouvelles règles, informelles et plus implicites¹⁸⁶ – qui est fourni par les professionnelles en situation (la « sécurité gérée », en opposition à la « sécurité réglée » qui concerne d'abord les procédures). Les sociologues (ou psychologues) des organisations du haut risque ont aussi montré à quel point la capacité de travailler sur les règles pour s'en extraire dans certaines situations, est déterminant pour gérer les risques et éviter les catastrophes (Amalberti 2001; Weick 1993; 2012).

Je vais montrer en quoi les professionnelles s'inscrivent dans cette perspective en analysant – par la description et l'explicitation – ce travail qu'elles effectuent sur les règles et les normes (qui le fait, comment et selon quelles conditions), et quelles formes de savoirs elles mobilisent pour ce faire. Je montrerai cependant quelles sont les limites de ce travail et les

¹⁸⁵ Les chercheuses et chercheurs estiment par exemple que 90% des césariennes pratiquées dans le monde le sont sur une indication relative, c'est-à-dire « une décision relative à une pesée des risques médicaux d'un accouchement par voie basse par rapport à une césarienne », tandis que les indications absolues, qui représentent les « césariennes indispensables pour sauver la vie de l'enfant et/ou de la mère ou pour préserver l'enfant de graves atteintes à la santé », ne représentent que 10% des césariennes (Hanselmann et von Greyerz 2013b).

¹⁸⁶ Par rapport aux règles formelles, ces règles informelles participent tout autant, si ce n'est davantage, à façonner la « culture de service » en vigueur à La Maternité.

écarts entre le discours sur la nécessité d'adapter les règles formelles et les possibilités effectives d'adaptation.

Ce chapitre est ainsi consacré à la question de l'articulation entre les règles formelles qui standardisent l'activité et leur application négociée qui produit d'autres formes de règles, plus informelles. Comme Carricaburu (2005) dans son travail sur l'accouchement en France, je ne me bornerai pas à questionner l'influence des « conditions matérielles » sur les pratiques, mais utiliserai plutôt le concept de « situations de travail » qui permet de faire référence à une situation plus complexe, plus dynamique et interactionnelle, c'est-à-dire négociée notamment entre professionnelles (Strauss et al. 1985; Strauss 2014; voir aussi: Weick 1995), mais aussi entre professionnelles et parturientes. Je montrerai que le processus d'attribution des catégories de risques comprend également des enjeux de pouvoir, notamment entre médecins et sages-femmes, en organisant leurs attributions et responsabilités respectives.

J'analyserai dans une première section la centralité de la surveillance exercée sur le corps des femmes en salle d'accouchement qui tend à standardiser les prises en charge et la perception du normal, parfois au-delà de ce qui est prévu par les protocoles. Dans une deuxième section, je montrerai qu'une surveillance étroite est aussi exercée sur les professionnelles et entre professionnelles dans différents lieux et à travers différents outils. Il s'agit notamment de vérifier l'application des règles formelles et de produire des règles informelles qui font aussi l'objet de normes et de contrôles. Dans une troisième section, je sélectionnerai plusieurs cas typiques pour montrer précisément en quoi des situations de travail spécifiques participent à modeler les décisions en situation dans des processus de négociations, de compromis et d'expression du pouvoir.

1 Des corps de parturientes sous surveillance : le biopouvoir en salle d'accouchement

Dans le dispositif obstétrical actuel, la surveillance est l'outil principal de la construction du risque, de son évaluation, et de la prise de décision. Je commence par décrire et définir la surveillance, avant d'analyser les conséquences que cette surveillance spécifique a sur la prise en charge des accouchements et la définition et la classification des risques.

1.1. Une surveillance omniprésente, omnisciente et rationalisée : une « médecine de monitoring »¹⁸⁷ ?

Dans cette sous-section, je définis la surveillance qui est déployée en salle d'accouchement autour de trois caractéristiques: son omniprésence, son omniscience et son caractère rationalisé.

1.1.1 Une surveillance omniprésente

La première caractéristique de la surveillance est son *omniprésence*. Tous les accouchements sont étroitement surveillés, y compris ceux qui sont considérés comme étant « physiologiques » ou « à bas risque », les professionnelles rappelant que rien ne permet de savoir qu'un accouchement va rester physiologique. Tout au long de l'accouchement, les professionnelles recherchent ainsi la pathologie, ou du moins l'augmentation des risques, par une surveillance manuelle et outillée. L'exclusion de la pathologie prend place dans un

¹⁸⁷ Sage-femme, journal de terrain, La Maternité

processus sans cesse renouvelé, et qui ne s'arrête qu'après l'accouchement¹⁸⁸. Le monitoring continu qui est considéré comme incontournable par les professionnelles, en est la manifestation la plus évidente.

Lorsqu'une parturiente sans facteurs de risques se présente à La Maternité, celle-ci est d'abord accueillie dans le service des urgences où son entrée administrative est enregistrée et où différents examens seront accomplis. Les protocoles prévoient qu'elle soit transférée en salle d'accouchement « en phase active du travail » ou dans le cas d'une « demande d'antalgie »¹⁸⁹. Un CTG, désigné couramment sous le terme de « monitoring », est alors systématiquement posé pendant 20 à 30 minutes. Le CTG est l'acronyme de cardiocytographe, un appareil destiné à la surveillance fœtale conçu pour dépister les anomalies du rythme cardiaque fœtal. Il est composé de deux capteurs qui sont serrés par des sangles autour du ventre de la parturiente. Celui-ci capte par ultra-sons et enregistre à la fois le rythme cardiaque fœtal (RCF) et les contractions utérines qu'il retransmet sous forme de graphique sur l'écran de l'appareil, et qu'il imprime sous forme papier qui ne cesse de se dérouler tout au long de l'accouchement et qui sera joint au dossier médical de la parturiente (voire les photos proposées en annexe pour un exemple). A La Maternité, ce graphique est également télétransmis à l'extérieur de la salle d'accouchement depuis quelques années. Des moniteurs projettent ainsi constamment et en direct, les tracés des monitorings de chaque parturiente, dans le bureau des sages-femmes et dans la salle de pause. Ils sont également accessibles au besoin depuis les ordinateurs des autres salles d'accouchement et dans les bureaux des médecins, y compris à l'autre bout de l'hôpital.

Si ce CTG d'entrée est interprété comme douteux ou pathologique ou que des facteurs de risques ont été identifiés, un CTG en continu est systématiquement imposé par le protocole et sera maintenu tout au long de l'accouchement (les sangles ne quittent ainsi plus la parturiente). Des « critères de normalité » concernant le rythme cardiaque fœtal sont établis dans le protocole (nombre de battements par minutes, variabilité du rythme, moment des décélérations, etc.). Les anomalies du rythme cardiaque sont regroupées en trois niveaux de risques et entraînent des surveillances plus étroites (y compris par d'autres techniques que le CTG, comme des prises de sang) ou des interventions en urgence (césarienne) en fonction du niveau de gravité et/ou la répétition des anomalies. Je précise que certaines anomalies du rythme cardiaque sont définies comme physiologiques par le protocole, quand elles sont attribuées au sommeil du fœtus, à des mouvements répétés ou un réflexe vagal par compression de la tête lors de la contraction par exemple. Le protocole précise également qu'« en phase d'expulsion, les tracés sans anomalies représentent moins de 25% des cas ». Une distinction est ainsi faite entre des situations anormales mais physiologiques, et des situations anormales et pathologiques ou à risque de l'être¹⁹⁰ : une

¹⁸⁸ Quoique des mesures de surveillances de la mère et du nouveau-né prennent le relais dans les suites de couche, même si elles sont moins omniprésentes (Perrenoud 2016).

¹⁸⁹ Les femmes enceintes peuvent être admises dans le service pour d'autres raisons comme une césarienne programmée, une provocation de l'accouchement ou pour des interventions qui nécessitent une proximité avec la salle de césarienne. Dans tous les cas, la plupart des parturientes a réalisé au moins une visite prénatale à La Maternité, ce qui a permis de constituer un dossier qui rassemble notamment les éléments de surveillance prénatale.

¹⁹⁰ Ces différentes catégories de risques ne sont pas attribuées automatiquement par le monitoring, mais relèvent de l'interprétation des données par la sage-femme ou le médecin. Le plus souvent, c'est une répétition et/ou une agrégation de plusieurs anomalies du rythme et/ou de facteurs de risques et/ou de symptômes (par exemple liquide amniotique teinté) qui vont conduire à une césarienne ou à un accouchement instrumenté. Selon le protocole, le médecin doit être prévenu dans les situations

anomalie (c'est-à-dire écart à la norme attendue) ne correspond pas nécessaire à une pathologie.

Si aucun facteur de risque n'a été mis en évidence, que les tracés du monitoring sont jugés normaux, et que la parturiente n'a pas de péridurale, « une surveillance allégée » (c'est-à-dire effectuée par intermittence et non en continu) peut être proposée selon le protocole. La littérature médicale soutient d'ailleurs que cette pratique est la plus adéquate pour les situations normales (voir revue de la littérature). Je vais m'attarder ici sur celle-ci. En effet, la possibilité – rarement utilisée par les sages-femmes¹⁹¹ – d'effectuer une surveillance intermittente permet d'éclairer en creux la centralité du monitoring dans l'ensemble des suivis d'accouchements, son ancrage dans les pratiques professionnelles et les effets que cela produit sur l'activité professionnelle et les femmes elles-mêmes.

Le fait de ne pas pouvoir avoir accès en continu au rythme cardiaque fœtal génère une anxiété chez de nombreuses professionnelles comme Nora (étudiante sage-femme) : « on pourrait faire beaucoup plus de surveillance allégée, mais c'est quand même rassurant ce tracé qui tourne en continu », ou Sophie (sage-femme mat, suivi global) : « la surveillance allégée c'est un protocole qui existe (...) mais que pratiquement personne ne fait, par trouille de ce qui pourrait se passer si on n'écouterait pas le bébé ». Margot (responsable sage-femme de la salle d'accouchement) redoute les accouchements dans l'eau, l'un de ses arguments étant le risque de ne pas pouvoir contrôler le rythme cardiaque fœtal en permanence : « imaginez si les sages-femmes n'entendent pas le cœur du bébé, et s'il se passe quelque chose à ce moment-là ? ». Ce qu'elle craint n'est pas l'absence totale de monitoring, puisque les sages-femmes ont des moyens techniques de le réaliser dans l'eau, mais bien le fait que le ventre de la mère soit moins facilement accessible.

Un monitoring en continu est considéré comme ce qu'il y a de plus sûr et de plus conforme à la médecine moderne. Une interne juge ainsi que l'auscultation intermittente effectuée par les sages-femmes à domicile procure moins de sécurité et est relative à « une surveillance à l'ancienne »¹⁹². Ne pas écouter le rythme cardiaque fœtal en continu pourrait conduire à ne pas voir des décélérations qui nécessiteraient une extraction du fœtus. Pour Sophie (sage-femme mat, suivi global), la difficulté d'utiliser la surveillance allégée est liée aux craintes des médecins qui pensent que « si on n'écoute pas un bébé en continu, on prend le risque de

d'anomalie du rythme cardiaque ou des contractions utérines (qui font, comme le rythme cardiaque l'objet de définition en termes de normalité).

¹⁹¹ La majorité des femmes bénéficiant d'une péridurale (selon le site internet de l'hôpital cela représente plus de 80% des femmes - 90% pour les primipares), cela réduit d'emblée la possibilité de se passer de surveillance continue (le protocole ne le permet pas). J'ai toutefois constaté que le protocole était peu utilisé même dans les situations où cela serait possible.

¹⁹² Lorsque l'expérimentation des maisons de naissance a été lancée en avril 2016 en France, le Docteur Bertrand de Rochambeau, président du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens français a exprimé sa réticence à cette pratique en ces termes dans le quotidien *Le Monde*: « Comment les sages-femmes sauront si tout se passe bien ? Elles feront avec leur stéthoscope, comme au XIXe siècle ? » (Durand 2016). Dans le contexte français également la surveillance continue semble être considérée comme la seule qui soit moderne et protectrice des risques, en dépit des évidences scientifiques. La labellisation entre des pratiques qualifiées de « modernes » réservées aux médecins en milieu hospitalier, et celles qualifiées d'« anciennes », voire d'« obsolètes », des sages-femmes indépendantes s'inscrit dans l'histoire des tensions interprofessionnelles et est une rhétorique régulièrement utilisée pour disqualifier des pratiques qui se veulent en partie subversives face au modèle biomédical dominant. L'opposition entre rationnel et irrationnel ou objectif et subjectif, notamment à propos de la source des savoirs, est également largement utilisée. Je le développerai plus tard.

louper à un moment donné qu'il ne va pas bien ». La surveillance continue pour toutes fait figure de pierre angulaire de la logique du risque qui prédomine dans le système obstétrical. Sophie le résume ainsi : « [le chef de service] dit que 'chaque femme qui passe le pas de la porte de La Maternité est une femme à risque' (...) donc [la parturiente] est beaucoup plus surveillée au nom du risque ».

La majorité des sages-femmes partage ce point de vue sur l'accouchement. Celles qui sont critiques de cette omniprésence de la surveillance sont les membres du groupe de suivi global (Sophie est membre active et une des fondatrices du groupe) ou les sages-femmes agréées dont le but est de prendre de la distance avec la logique du risque. Selon Kira (sage-femme mat), une surveillance allégée nécessite « une confiance dans ses compétences professionnelles, mais surtout une confiance en l'accouchement », c'est-à-dire se rappeler que « la plupart des accouchements se passent quand même bien ». Elle rappelle aussi que cette surveillance n'est faite que dans les cas normaux, et que la surveillance continue est reprise aux moindres signes : « à tous les moments de l'accouchement où il peut se passer quelque chose, tu le remets. C'est pas comme si tu faisais ça de manière complètement inconsciente » (Kira, sage-femme mat)¹⁹³. Pour ces sages-femmes qui ont l'habitude de proposer des surveillances allégées, il est extrêmement rare qu'un rythme cardiaque plonge brutalement puis revienne à la normale avec un impact sur le fœtus : « soit le bébé va pas bien et les décélérations se poursuivent, on les détecte et on agit, soit ce n'était pas une décélération importante, cela ne se reproduit pas et le bébé va bien et on ne sait même pas que cela s'est passé, et c'est mieux comme ça ! » (Evelyne, sage-femme agréée). Certaines sages-femmes, les plus anciennes, qui ont connu l'époque où les contrôles du rythme cardiaque se faisaient par cornette (un outil très simple qui n'enregistre pas) partagent ce point de vue.

L'expérience professionnelle de plusieurs de ces sages-femmes les invite à considérer que la surveillance continue est à la source d'interventions iatrogènes : « on va peut-être voir un truc qui va nous faire faire plein de choses alors que c'était peut-être rien du tout... mais qui nous rend très interventionniste et puis c'est quand même une partie de ces interventions qui induisent la pathologie » (Nadine, sage-femme mat). Ainsi, lorsque les outils de surveillance de routine détectent un élément considéré comme « anormal », bien que bénin, l'accouchement est souvent catégorisé comme « à risque » et cela « lance la machine » (Amélie, sage-femme mat). La préoccupation d'Amélie est que les mêmes protocoles, par exemple relatifs à l'échec de provocation, s'appliqueront à des situations à risques élevés et à risques faibles. Des césariennes étant alors décidées pour des situations « pas graves » selon elle :

le nombre de provocations qu'on a pour des trucs ridicules, et si on n'avait pas cherché, on n'aurait pas vu, et puis ça se serait bien passé. (...) cet été voilà on en a eu beaucoup de maturations provocations pour des choses assez bénignes, donc la dame est là 48h, avec 9 Miso[prostole], et puis ça marche pas, on met un Propess¹⁹⁴, 18h, ça marche pas et il faut bien faire quelque chose, alors on met du synto[cinon] et puis on arrive à la fin du synto[cinon] et

¹⁹³ Les sages-femmes résistent ainsi parfois à la logique du risque, Kira faisant autant que possible des surveillances allégées par exemple. On voit cependant qu'elle n'échappe pas à cette logique : au moindre signe, une surveillance continue est rétablie. C'est aussi un enjeu stratégique : ces sages-femmes plus critiques savent que si elles ne jouent pas un minimum le jeu de la médicalisation et du risque, leurs marges de manœuvre seront encore réduites par les médecins.

¹⁹⁴ Le Misoprostol et le Propess sont des médicaments utilisés pour préparer le col de l'utérus (« maturer » selon le terme médical) afin de commencer une provocation de l'accouchement.

puis césarienne. Pour un truc qui finalement n'était pas vital. Et ça, ça arrive finalement trop souvent. C'est rageant, et des fois on ferait mieux de ne pas chercher la petite bête. (Amélie, sage-femme mat)

Une fois le processus de surveillance enclenché, il est difficile d'en sortir : même si une décélération est admise comme étant isolée et non pathologique, dès lors qu'elle a été mise en évidence par la surveillance, les professionnelles la prennent en compte dans leurs décisions :

Lors du passage de garde, la sage-femme de jour dit à celle qui va reprendre la situation : « il y a eu quelques images [des décélérations cardiaques fœtaux] mais bon, c'est aussi parce qu'il y a tout le temps le monito[ring] qu'on les voit du coup. C'est comme si on avait un monito[ring] pendant neuf mois: il y a plein de trucs qu'on voit pas, elles accoucheraient toutes à 25 semaines si on faisait ça. Et on ferait surtout baisser la natalité. Mais bon, puisqu'on les a vues, on peut pas faire comme si ça n'existait pas... donc je dois te le dire. Mais bon maintenant ça va tout bien ». (Journal de terrain, couloir de la salle d'accouchement)

Même si de nombreuses sages-femmes évoquent ces effets iatrogènes liés à la surveillance en continu, ce n'est pas pour autant qu'elles peuvent modifier leurs pratiques. Amélie (sage-femme mat) me dit « plus on surveille, plus on va faire des trucs, et je pense qu'on en est toutes conscientes et qu'on est toutes dépassées par ça (...) on a tous ces moyens de surveillance, faut bien les utiliser aussi... c'est compliqué». La présence physique des objets techniques participent ainsi à influencer le comportement des professionnelles : puisqu'on en dispose et qu'on les voit partout dans la salle d'accouchement, ne pas les utiliser demande un effort, une mise à distance. L'espace et son organisation participent à façonner les décisions des professionnelles.

Pour Sophie, la solution pour éviter les effets pervers de la surveillance n'est pas d'adopter une vision plus large et permissive d'un tracé, mais de s'empêcher de voir en continu les tracés qui concernent les accouchements *a priori* physiologiques. Cela impliquerait d'institutionnaliser des prises en charge différentes en fonction des risques identifiés au préalable :

Il y a des femmes et des grossesses qui méritent une surveillance rapprochée, et c'est une bonne chose (...) pour elles, il faut proposer tout l'attirail. L'erreur c'est de proposer tout l'attirail pour une femme qui n'a pas de risques au départ. (Sophie, sage-femme mat, suivi global)

Selon Pouchelle (2008), l'utilisation des techniques par les soignantes peut comprendre un aspect rituel voire magique. Davis-Flores (2001) décrit dans son travail la valeur symbolique de l'utilisation du monitoring continu pour certaines sages-femmes dans le contexte américain. Celles-ci agissent comme si entendre les battements du cœur du bébé grâce à la machine lui permettait de continuer à battre et n'osent donc pas interrompre l'enregistrement par crainte que le cœur s'arrête subitement : « while they know intellectually that this is nonsense, nevertheless they are emotionally swayed by the symbolic power of these machines » (p.59). Si Giddens (1994) considérait que les superstitions étaient des « archaïsmes » voués à disparaître, je rejoins les analyses de Peretti-Wattel (2005) qui montre qu'elles font partie intégrante de la modernité et de la culture du risque. Face au caractère insupportable de l'incertitude, le besoin de contrôle, y compris à travers la superstition, « permet de restaurer symboliquement notre capacité à agir » (p.375). Mes résultats rejoignent ces analyses sur la dimension symbolique voire magique du monitoring ; cette dimension permet d'expliquer pourquoi il est si difficile pour les professionnelles de se passer de cet outil de surveillance, malgré leur conscience de son effet possiblement

délétère. D'un point de vue pragmatique, la surveillance continue représente également un gain de temps pour les sages-femmes qui n'ont pas à enlever et remettre les capteurs sans cesse.

Dans la salle d'accouchement, l'omniprésence de la surveillance se caractérise également par l'ensemble conséquent de machines, de technologies ou de techniques du corps, qui circulent autour des parturientes, dans et sur leurs corps. Les professionnelles demandent aux femmes de revêtir une blouse fournie par l'hôpital, ainsi qu'un bracelet avec leurs noms, prénoms et date de naissance (les nouveau-nés en sont aussi équipés). Des étiquettes administratives suivent également ces deux patients et sont apposées sur les perfusions, le dossier, les analyses éventuelles qui doivent être faites. Parturientes et nouveau-né sont ainsi fichés, étiquetés et tracés. A leur arrivée à La Maternité, l'anamnèse des patientes est vérifiée et complétée le cas échéant (notamment allergies, comportements à risques, particularités pendant le suivi de la grossesse, etc.). Un partogramme est ouvert : sur celui-ci seront reportées l'ensemble des surveillances réalisées pendant l'accouchement (voir photo en annexe). Ensuite, une voie veineuse est systématiquement posée : elle sert d'accès immédiat au corps de la parturiente en cas de complications graves ou pour injecter des médicaments. La tension artérielle, le pouls et la température sont relevés régulièrement et pris en note par la sage-femme. Un sondage urinaire est effectué « toutes les deux à quatre heures » (protocole) pour vider la vessie en cas de péridurale. La quantité d'urine extraite est contrôlée.

En plus de la surveillance outillée du monitoring qui est l'outil de surveillance principal, et des autres surveillances que j'ai décrites, un autre outil central est le toucher vaginal, que je qualifie de surveillance manuelle. Les termes utilisés par les professionnelles pour faire référence à cette pratique sont les suivants : « faire un toucher » ou « examiner une patiente ».

Les touchers vaginaux doivent, selon le protocole, être réalisés au minimum « toutes les deux heures ». Ils consistent à introduire deux doigts (index et majeur) dans le vagin de la parturiente afin d'évaluer la hauteur du fœtus ainsi que sa position en repérant la disposition des sutures et des fontanelles (voir schéma en annexe). Certaines présentations étant plus favorables que d'autres. Les touchers vaginaux visent également à estimer la progression du travail, notamment en fonction de la dilatation du col de l'utérus. Celle-ci est exprimée en centimètres de 0 à 10 (ou complète), ou en millimètres 0 à 100 qui correspondent à l'écartement des doigts de la professionnelle. Les touchers vaginaux sont effectués par la sage-femme. Le médecin est amené à en faire en cas de complications, ou d'anomalie de la progression (de la dilatation ou du fœtus) afin de prendre une éventuelle décision d'intervention, par exemple de césarienne. La dilatation est reportée sur le partogramme sous forme de points reliés entre eux pour donner une courbe (voir photo en annexe). Un certain rythme de dilatation est attendu pendant l'accouchement. Selon le protocole, la « vitesse de dilatation normale [est de] 1 cm/h[eu]re » (celui-ci se réfère classiquement à la courbe de Friedman créée dans les années 1950). Le protocole prévoit différentes interventions si le rythme de la dilatation est jugé anormal (analgésie, rupture artificielle de la poche des eaux, injections d'ocytocine, etc.). Si malgré ces interventions la dilatation continue de stagner pendant plus de quatre heures, cela constitue une « indication à la césarienne ».

La surveillance du processus de l'accouchement, par sa mise en rapport avec des normes définies dans le protocole, continue à se déployer lorsque le col de l'utérus est complètement

dilaté. Une phase d'attente est prévue (une heure) afin que le fœtus descende un maximum dans le bassin avant le début des « poussées ». Ensuite, la parturiente est invitée à pousser en contractant le bas de son corps à chaque contraction. Au bout d'une heure de poussées actives, une décision médicale doit être prise de continuer les poussées (en général si un temps supplémentaire est accordé, il n'excède pas plus de 15 à 20 minutes) ou de réaliser un accouchement instrumenté ou une césarienne, en fonction de l'avancée du fœtus.

La surveillance se poursuit encore après la naissance de l'enfant au moment de la délivrance du placenta. Celui-ci est soigneusement recueilli et inspecté par les sages-femmes ou les médecins pour s'assurer qu'il est complet (le risque hémorragique est élevé si des morceaux de placenta demeurent dans l'utérus). Pour « prévenir » le risque d'hémorragie de la délivrance, estimé à 5% des cas dans le protocole, une « conduite active de la délivrance » est prévue. Ainsi, si le placenta n'est pas expulsé au bout de 15 minutes, des interventions, de plus en plus invasives, doivent être réalisées selon le protocole qui les définit (elles le sont également en cas de placenta incomplet, ou de saignements importants). Différents contrôles sont ensuite réalisés sur la mère et l'enfant, ainsi que des interventions éventuelles (sutures du périnée par exemple). Au bout d'un minimum de deux heures, en l'absence de complications, la parturiente et son bébé sont transférés dans une chambre du post-partum. La salle d'accouchement est nettoyée afin de pouvoir accueillir une nouvelle parturiente. La surveillance est ainsi omniprésente aussi d'un point de vue temporel : elle est constitutive même de l'expérience des parturientes du début à la fin de leur prise en charge. Les contrôles sont à la fois transversaux puisque de natures variés et nécessitant plusieurs outils différents, et longitudinaux puisqu'ils sont présents tout au long du parcours de soins (et ceci d'ailleurs dès le test de grossesse (Burton-Jeangros 2011)).

Les modalités de la prise en charge de l'accouchement évoluent en fonction des éléments de surveillance manuelle (touchers vaginaux en particulier) et outillée (monitoring en particulier) et de son inscription dans un cadre temporel défini. Dans le contexte d'un « accouchement eutocique » l'ensemble de ces surveillances standards vont orienter le niveau de surveillance ultérieure et les interventions vont déterminer la répartition des responsabilités (sage-femme / médecin interne / chef de clinique). Une temporalité dite « harmonieuse » qui concerne par exemple le nombre de contractions utérines, le rythme de dilatation, le temps des poussées, est attendue. L'anthropologue Emily Martin compare le travail de l'accouchement au travail productif classique (au sens d'activité professionnelle). Dans le système obstétrical actuel, le corps de la femme et notamment son utérus, est perçu par la médecine comme une machine qui travaille afin de produire un enfant (perçu comme un produit) : « Uteruses produce 'efficient or inefficient contractions', good or poor labor by the amount of 'progress made in certain periods of time' » (E. Martin 2001, 59). Si la machine fonctionne mal et que le temps n'est pas respecté, cela justifie une intervention des médecins qui « sont là pour remettre un peu sur le droit chemin les situations qui dévient un petit peu » (Maude, interne). Dans cette situation, différentes étapes se succèdent en induisant plus de surveillance, de technique, de médicaments et d'interventions qui vont être d'abord réalisés par des sages-femmes autonomes, puis dirigées par les médecins, puis exclusivement par le médecin interne et enfin par un chef de clinique, voire par un adjoint. La chaîne d'interventions que je décris ici peut être interrompue à tout moment si l'interprétation de la surveillance et/ou des symptômes cliniques suggèrent une souffrance fœtale ou maternelle importante. Une césarienne en urgence peut ainsi être décidée parfois de manière extrêmement brutale et rapide.

1.1.2 Une surveillance omnisciente

La deuxième caractéristique de la surveillance est son *omniscience*. Celle-ci est diffusée à l'extérieur de la chambre de la parturiente par une technologie qui transmet les tracés du monitoring sur d'autres moniteurs (télétransmission), et par la sage-femme elle-même qui va reporter sur un grand tableau blanc l'avancée de la dilatation, les interventions qui ont été faites (rupture artificielle des membranes, pose d'une péridurale, etc.), les facteurs de risques préexistants ou identifiés en cours de travail. L'ensemble des professionnelles a donc accès en continu à la surveillance exercée sur le corps des femmes et des fœtus, sans que la femme elle-même ne sache qui surveille, quand, et où. Les femmes sont en général mises au courant par la sage-femme de l'existence d'une telle surveillance, dans l'objectif proclamé de les rassurer, et de légitimer la moindre présence de la professionnelle : « ne vous inquiétez pas, je sors, mais je peux surveiller votre bébé à distance. Les données du monitoring sont retransmises dans notre bureau. » (Journal de terrain, sage-femme, La Maternité, dans une salle d'accouchement).

Lors de l'implantation de la technologie de retransmission des tracés de monitoring il y a quelques années, les sages-femmes étaient d'abord très réticentes : « avant qu'ils nous les mettent on disait, 'ouais ils [les médecins] n'ont pas confiance en nous, qu'est-ce que c'est que cette surveillance!' » (Carole, sage-femme mat). Les résistances ont pourtant été de courte durée, et les sages-femmes admettent toutes qu'elles ne pourraient « plus s'en passer aujourd'hui » (Carole, sage-femme mat)¹⁹⁵. Ceci constitue également une évidence pour les médecins.

Si cette technologie a pu être implantée et stabilisée avec autant de facilité c'est qu'elle peut être considérée comme une des « matérialisations possible des compromis » (Akrich 2012b, 182) en articulant différents buts, besoins et intérêts portés par des acteurs variés.

Premièrement, la télétransmission permet aux sages-femmes et aux médecins de répondre à l'exigence de productivité qui leur est adressée, sans renoncer à la sécurité qui serait atteinte par la surveillance omniprésente. Elles peuvent s'occuper simultanément de plusieurs parturientes sans pour autant relâcher le niveau de surveillance (en tout cas, d'un certain type de surveillance) exercée sur chacune d'entre elles. Caroline (sage-femme mat) insiste sur le fait que sans la télémétrie « tu serais beaucoup plus dans la chambre », or cette situation est difficile puisque « c'est pas qu'on veut pas être dans la chambre c'est que des fois tu as deux patientes [en même temps] ! ». Avec ce dispositif, « la sage-femme qui le souhaiterait, pourrait [ainsi] rester des heures à surveiller la santé du bébé sans être en contact forcément avec la femme » selon Sophie (sage-femme mat, suivi global). Cela permet aux sages-femmes de mieux organiser leur activité en prenant en charge plusieurs parturientes, et de prendre aussi des pauses, notamment pour les repas, tout en ayant « un œil sur le tracé de [leur] patiente » (journal de terrain, La Maternité). Elles peuvent également plus facilement déléguer la surveillance à une collègue (parfois la référente) qui peut surveiller la situation depuis le bureau des sages-femmes. Ces pratiques de surveillance, en permettant à une sage-femme de suivre plusieurs parturientes, ont eu un effet sur la tendance à planifier et à standardiser davantage les soins : « avoir deux

¹⁹⁵ Les entretiens réalisés par Viviane Luisier auprès de sages-femmes genevoises qui exerçaient en salle d'accouchement au moment de l'introduction du monitoring (non télétransmis) au milieu des années 1970 montrent qu'un mouvement semblable s'est produit : d'abord méfiance voire rejet des sages-femmes, puis acceptation voire demande (Luisier 2006). Une sage-femme affirme d'ailleurs que sa diffusion systématique a été très rapide : « dès qu'on a eu suffisamment de monitoring, et ça a été très vite, on les a posés systématiquement » (Luisier 2006, 70).

patientes, ça induit des choses : à 10h30 je dois aller examiner madame machin et à 11h madame truc, ben on va devoir planifier nos soins, donc ça change toute la manière de voir et les possibilités » (Gaëlle, sage-femme assistante AAD AMN). J'ai moi-même constaté régulièrement cet effet sur le terrain.

Deuxièmement, l'irruption de cette technologie n'a pas détonné par rapport au mouvement de médicalisation et de contrôle de l'incertitude par la surveillance qui prévaut dans le milieu médical (cela fait référence aux « risques intolérables » et au régime de gestion de l'incertitude maîtrisée). Pour autant, cette technologie a permis d'introduire du compromis dans cette conception, en satisfaisant aussi le respect du « moment magique » (régime de gestion de l'incertitude normalisée) qui est également important pour les professionnelles et les parturientes à l'hôpital. Les professionnelles, notamment les médecins, ne sont plus tenues de pénétrer dans les salles d'accouchement pour contrôler les tracés, ce qui favorise l'intimité des parents et une « humanisation de la naissance » (pour reprendre le terme de plusieurs professionnelles) par une certaine invisibilisation de l'omniprésence de la surveillance. Pour Camille (sage-femme AMN) qui travaillait à La Maternité au moment du passage à la télétransmission, cela a même favorisé un moindre interventionnisme médical et technique sur les accouchements puisque les médecins étaient moins présents :

nous [les sages-femmes] on pensait que ce serait terrible, que ça augmenterait l'interventionnisme, mais en fait non, parce que du coup ils [les médecins] doivent moins entrer dans les salles pour regarder les monitorings. Parce que parfois ils entraient, ils ne regardaient même pas la femme, elle était juste un corps qui donnait naissance à ce bébé qu'il faut être sûr qu'il va bien, et puis on regardait que le monitoring, on disait 'Madame ceci, cela' et on ressortait. Maintenant au moins ça ils peuvent le faire depuis le bureau, donc ça protège un peu. (Camille, sage-femme AMN)

Troisièmement, si cette technologie s'est stabilisée avec autant de facilité, c'est que la nouvelle « géographie des responsabilités » (Akrich 2012a, 162) qu'elle a générée entre médecins et sages-femmes s'est faite dans le compromis entre ces professionnelles, une condition fondamentale au fonctionnement d'un système selon Selon Boltanski et Thévenot (2008). Médecins et sages-femmes ont trouvé leur compte dans les tractations autour de l'usage de la téléométrie : les sages-femmes ont gagné du pouvoir sur l'espace physique de la salle d'accouchement, les médecins ont gagné en contrôle omniscient de l'activité et la coordination des pratiques (Thévenot 1990) ainsi que l'efficacité améliorées pour tous.

Par la téléométrie, les portes des salles d'accouchements deviennent en partie transparentes, même lorsqu'elles sont matériellement closes. Comme les médecins peuvent surveiller à distance l'accouchement (et donc aussi contrôler le travail des sages-femmes), ils ont accepté de laisser aux sages-femmes la détention d'un territoire physique : la salle d'accouchement, pour autant que la situation soit physiologique ou à bas risque. Les sages-femmes ont ainsi acquis le sentiment d'une plus grande indépendance, ce qui est effectivement en partie le cas puisque la surveillance par CTG n'est pas une surveillance de toute l'activité.

De plus, la surveillance de l'activité par les pairs, ou par les médecins, est considérée comme positive puisque cela éviterait les erreurs, favoriserait une bonne prise en charge et participeraient à partager les responsabilités. Lou (sage-femme mat) apprécie le fait que des professionnelles expérimentées et détentrices de compétences variées (sage-femme / médecin) soient disponibles sur place. Elle peut appeler facilement un médecin pour dire « moi là, j'ai un doute, je ne sais pas trop, je suis inquiète (...) Travailler dans un milieu où on

décide ensemble est important ». Cette situation à l'équilibre satisfait ainsi les sages-femmes qui sont suffisamment autonomes à leurs yeux, tout en étant protégées par la responsabilité médicale.

Des arrangements se sont ainsi joués à travers la médiation de l'objet technique, entre professionnelles, entre professionnelles et parturientes, entre professionnelles et organisation, et entre représentations, notamment en ce qui concerne les régimes de gestion de l'incertitude. Les professionnelles le disent : impossible aujourd'hui de se passer de cette technologie qui s'est rapidement stabilisée et a renforcé (et « naturalisé » selon les termes d'Akrich (2012a, 178)), un système d'organisation sociale déjà en vigueur. Les méfiances des professionnelles vis-à-vis de la téléométrie ne circulent plus et sont à peine adressées en entretien, en ce qui concerne le milieu hospitalier. Pour Akrich (2012a), « l'introduction d'une nouvelle technologie est susceptible de construire un nouvel arrangement des choses et des gens » (p.162). C'est ce qui s'est passé en salle d'accouchement avec l'arrivée du monitoring télétransmis. Cette technologie a participé à redéfinir la « géographie des responsabilités » (Akrich 2012a, 162) entre sages-femmes et médecins, à modifier le contenu du travail des médecins et des sages-femmes, et les modalités de leurs relations avec les parturientes (qui sont de plus en plus médiées par la machine), et a influencé l'expérience de l'accouchement vécue par les femmes.

1.1.3 Une surveillance rationalisée

La troisième caractéristique de la surveillance est qu'elle est *rationalisée*. La surveillance qui est considérée comme valide à La Maternité et sur laquelle les décisions doivent se baser est celle qui est transmise sous forme de chiffres et reportée sur un graphique (rythme cardiaque fœtal ou dilatation du col). Les éléments plus diffus de surveillance clinique, qui permettent de déceler si une femme est en travail par une observation de son comportement ou de son corps tout en étant moins intrusifs sont très peu reconnus et entraînés à La Maternité, contrairement à d'autres régions selon Patricia Perrenoud, une sage-femme et anthropologue qui connaît bien les pratiques de ses collègues européennes¹⁹⁶. Je transcris ici, avec son accord, un extrait de nos échanges écrits à ce sujet :

En Suisse et il me semble en France aussi, il me semble dans ce que j'entends, que nous utilisons moins 'la clinique' que dans d'autres pays, notamment Pays Bas et Grande-Bretagne qui cherchent à utiliser d'autres signes que les touchers vaginaux pour 'voir' l'avancée du travail, histoire d'être moins intrusives (observation globale, observation du périnée). Chez nous, je dirais que souvent les autres signes (périnée, utérus qui 'chasse'¹⁹⁷, 'marquage'¹⁹⁸, envie de pousser) tendent à être des indices pour appeler un toucher vaginal plutôt que des signes interprétés pour eux-mêmes. Besoin de certitude, de 'mesure chiffrée' intangible... avec des variations évidemment.

Son analyse est conforme à ce que j'ai observé sur le terrain. Si une sage-femme constate des signes indiquant que la dilatation s'est brusquement accélérée et/ou que la naissance est imminente, la sage-femme va anticiper le toucher vaginal (par rapport à ce que prévoit le protocole) et ne va pas se contenter de l'information clinique observationnelle qui est

¹⁹⁶ Patricia Perrenoud est professeure dans la filière sage-femme de l'HESAV et membre du comité scientifique du Master européen en sciences pour sages-femmes (European Master of Sciences in Midwifery).

¹⁹⁷ Un « utérus qui chasse » est une sorte de mouvement de réflexe expulsif, qui serait en particulier observable chez les femmes qui n'ont pas de péridurale. L'utérus fait un mouvement de balancier pour favoriser l'expulsion du fœtus, et est donc normalement présent à la fin du travail.

¹⁹⁸ Le marquage du col fait référence à de légers saignements qui indiquent que le travail progresse.

considérée comme trop subjective. La surveillance clinique n'a donc de validité que si elle est attestée par des chiffres ou des documents écrits produits directement par le CTG (tracés des contractions et du rythme cardiaque fœtal) qui peuvent être documentés pour « objectiver » la surveillance. C'est aussi pour cela que la surveillance télétransmise est privilégiée : même si elle fait perdre des informations cliniques (les professionnelles étant moins auprès de la patiente), elle favorise une surveillance continue et rationalisée :

Le pour [de la télétransmission] c'est de pouvoir surveiller tout ce qui se passe, partout et facilement(...). Les avantages ont primé sur les inconvénients qui sont de retirer le personnel des salles elles-mêmes. Et on perd des informations en étant pas auprès des gens, la surveillance à distance n'a pas que des effets favorables. (Marc, adjoint)

Ce n'est pas que la surveillance clinique qui se fait « au chevet » de la parturiente est abandonnée, c'est qu'elle est supplantée par la surveillance technologique et objectivée. Le chef de service tente d'atténuer cet effet : « Il nous dit 'allez dans les salles, allez examiner les dames, allez les toucher, faites pas de la médecine de monitoring, restez pas dans la salle des sages-femmes, allez-y, parlez-leur, touchez-les !' » (Michelle, interne), mais cette incitation reste limitée puisque c'est la surveillance objectivée qui est considérée comme la plus légitime, y compris par le chef de service¹⁹⁹. Les autres facteurs développés plus haut au sujet de la situation de compromis stabilisée participent aussi à expliquer la stabilité du contexte.

La surveillance rationalisée s'exprime aussi juste après l'accouchement. Celui-ci est alors systématiquement soumis à une évaluation chiffrée qui indique si l'on considère qu'il était physiologique ou non, et que les professionnelles ont pris les bonnes décisions ou non. Les pertes sanguines sont quantifiées (certes, « à l'œil »), un chiffre (en fonction d'une classification de la gravité) est attribué aux éventuelles déchirures vaginales, la durée du travail et des poussées est reportée, et surtout, ce que j'appelle les « scores de la naissance » sont attribués au nouveau-né : l'Apgar et le pH²⁰⁰. Ces mesures (surtout le pH²⁰¹), sont considérées comme des indicateurs du bien-être fœtal et d'une potentielle asphyxie au moment de la naissance. Ceux-ci sont aussi utilisés comme un moyen d'objectiver le niveau de sécurité de la prise en charge du fœtus, et ainsi la qualité du travail des professionnelles au cours de l'accouchement (ils seront aussi utilisés au tribunal le cas échéant).

L'ensemble de ces différentes formes de surveillance sont traduites sous forme de chiffres (dilatation du col de l'utérus, Apgar ou le pH, etc.), de schémas (présentation fœtales) ou de

¹⁹⁹ Depuis, le nombre d'internes a été augmenté et selon mes informations, le chef de service a davantage insisté pour que ceux-ci assistent à toutes les naissances. Une réorganisation de la géographie des responsabilités est peut-être en cours.

²⁰⁰ Un score Apgar est une note qui est attribuée au nouveau-né à la naissance en fonction de l'évaluation de la vitalité de celui-ci. Elle consiste en une appréciation du rythme cardiaque, de la respiration, du tonus, de la couleur de la peau et de la réactivité du bébé. A chaque item est attribué un nombre de point de 0 à 2, la somme représentant l'APGAR. Celui-ci est en général déterminé par la sage-femme, qui le fait à 1 minute, 5 minutes et 10 minutes de vie. Le résultat maximum est de 10. Une gazométrie (pH) consiste à prélever du sang dans le cordon ombilical qui est analysé immédiatement par un appareil à gazométrie. Le pH est une indication de l'oxygène présente dans le sang. Un Ph supérieur à 7.10 est considéré comme normal dans les protocoles des obstétriciens (7.20 pour ceux des pédiatres).

²⁰¹ Le pH, délivré par une machine en fonction d'une analyse sanguine, incarne davantage encore ce type de mesure objectivée que l'Apgar, qui relève d'une interprétation - certes très codifiée - de l'état fœtal par la professionnelle.

courbes (dilatation reportée) et doivent être systématiquement et très régulièrement reportées sous une forme écrite dans le partogramme qui suit la parturiente. La mise en chiffre et l'écrit servent une volonté d'objectiver les pratiques et de limiter l'interprétation subjective des situations. Les caractéristiques de la surveillance sont répertoriées dans le tableau 2.

TABLEAU 2 : CARACTÉRISTIQUES DE LA SURVEILLANCE EXERCÉE À L'HÔPITAL SUR LES FEMMES ET LES FŒTUS

Caractéristiques de la surveillance			
	Omniprésente	Omnisciente	Rationnalisée
Dispositifs techniques	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring en continu - Contrôles transversaux et longitudinaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring télétransmis - Tableau 	<ul style="list-style-type: none"> - Chiffres et courbes - Documents écrits
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter le risque intolérable - Contrôler les professionnelles - Surveiller les femmes et les fœtus 	<ul style="list-style-type: none"> - Compromis sages-femmes/médecins - Compromis productivité/sécurité - Compromis moment magique / risque intolérable 	<ul style="list-style-type: none"> - Objectiver la prise en charge - Evaluer les pratiques professionnelles

Les caractéristiques de la surveillance s'inscrivent dans le régime de gestion de l'incertitude maîtrisée. Elles représentent un outil perçu comme particulièrement efficace puisqu'il remplit le besoin de maîtriser l'incertitude, aussi bien du travail de la parturiente, que du travail effectué par les professionnelles. En même temps, c'est sa capacité à concilier différents impératifs, intérêts et représentations qui garantissent sa stabilité.

1.2. Quand le normal ne suffit plus : des résultats parfaits de surveillance comme objectif

J'ai montré à quel point la surveillance est centrale à La Maternité et se fait en référence à des protocoles qui édictent ce qu'est la normalité, le risque augmenté et la pathologie. Une surveillance qui révèle une situation anormale conduit à des interventions prévues par les règles formelles. Les protocoles établissent souvent des distinctions entre des situations qui sortent de la norme mais qui peuvent être considérées comme normales, au sens de non pathologiques – et qui ne nécessitent ainsi aucune intervention – et des situations qui sortent de la norme et qui doivent être considérées comme pathologiques ou à risques augmentés et nécessitent une intervention. J'ai cependant constaté que dans la pratique, obtenir des résultats de surveillance les plus parfaits possibles devient un enjeu et parfois une fin en soi.

J'utilise le terme de surveillance *parfaite* pour qualifier une situation empirique qui est similaire à une situation théorique et normalisée, présentée notamment dans les manuels. Ni la distinction entre le normal et le pathologique, ni même celle entre le normal et le risqué ne

suffisent à comprendre pourquoi certaines interventions sont réalisées. Celles-ci ont en effet parfois lieu *avant* que la situation ne soit qualifiée d'à risques augmentés par le protocole qui prévoit à ce moment-là uniquement des interventions invasives. Les professionnelles, en particulier les sages-femmes, tendent ainsi à réaliser des interventions préventives par rapport à ce que prévoit le protocole. C'est une sorte de prolongement, d'emballlement, de la logique du risque, qui s'observe en particulier dans l'analyse de la surveillance quotidienne des accouchements, et qui sert aussi une rationalité professionnelle spécifique. Pour protéger leur autonomie face aux médecins et favoriser un accouchement par voie basse (les deux sont liés), les sages-femmes s'attachent à garantir des résultats de surveillance parfaits, quitte à plus intervenir.

1.2.1 Les courbes de dilatation

La progression de la dilatation du col de l'utérus fait l'objet en premier lieu de cette recherche de perfection. La marge est réduite avant qu'une situation soit qualifiée de pathologique à cause d'une stagnation de la dilatation : ce diagnostic est posé au bout de quatre heures de dilatation inchangée, et implique de réaliser une césarienne selon les protocoles (et donc de passer la main aux médecins). Ainsi, les sages-femmes commencent à intervenir de manière précoce et presque systématique pour accélérer la dilatation quand la temporalité est qualifiée de non harmonieuse. Il s'agit d'éviter d'arriver « au point de non-retour de quatre heures sans avancée [de la dilatation] » (journal de terrain, sage-femme, La Maternité). L'acte le plus routinier est la rupture artificielle des membranes, qui consiste à percer la poche des eaux grâce à une tige en plastique pourvue d'un crochet qui est introduite dans le vagin de la parturiente. Les hormones contenues dans le liquide amniotique qui s'écoule, ainsi que l'action mécanique de la tête du fœtus qui « applique plus » sur le col lors des contractions sont considérés comme des facteurs qui vont favoriser une dilatation rapide.

Des méta-analyses produites dans le contexte de la revue Cochrane (Smyth, Markham, et Dowswell 2013) ou dans celui de l'Organisation Mondiale de la santé (Wolomby et Tozin 2009) démontrent qu'une rupture prématurée des membranes ne permet pas d'accélérer le travail et présente des risques augmentés en lien avec le cordon ombilical (risque de procidence, une situation très rare mais grave), des pathologies du rythme cardiaque, voire une augmentation des césariennes (bien que ce point soit sujet à discussion dans la littérature). Les sages-femmes sont cependant convaincues que cet acte peut éviter des interventions²⁰². En plus de la rupture des membranes, les sages-femmes peuvent demander à la parturiente de changer de position afin de favoriser la descente du fœtus ou son appui sur le col de l'utérus, en utilisant par exemple les positions développées par Bernadette de Gasquet²⁰³. Très souvent, les sages-femmes essaient d'intervenir sur la parturiente. La menace de l'intervention est ainsi d'une part brandie pour faire accepter les

²⁰² Les seules situations dans lesquelles j'ai constaté une hésitation à une rupture artificielle des membranes est quand la parturiente ne souhaitait pas avoir de péridurale (même si la rupture artificielle des membranes est considérée par les sages-femmes comme un moindre mal en comparaison avec une stimulation des contractions utérines par Syntocinon). La sage-femme préfère alors que l'avancée du travail se fasse progressivement afin de ne pas engendrer une douleur massive et soudaine qui pourrait pousser la parturiente à renoncer à son souhait de ne pas avoir de péridurale. Le fait qu'une femme ne souhaite pas de péridurale enlève ainsi une possibilité d'action aux sages-femmes dans leur travail de maintien de normal.

²⁰³ Bernadette de Gasquet est une obstétricienne et professeure de yoga française qui a notamment développé une théorie autour de positions à prendre par la parturiente pendant l'accouchement qui favoriseraient la progression du fœtus et une bonne présentation fœtale. <http://www.degasquet.com/content/10-la-technique>

interventions décrites plus haut à la parturiente. D'autre part, les professionnelles considèrent parfois que cette menace peut avoir un impact favorable sur la volonté de la parturiente à dilater, supposant que c'est celle-ci qui est responsable d'une dilatation qui va vite, ou qui ralentit.

Je suis présente à l'accouchement d'Elisa, pendant lequel la dilatation stagne. Les professionnelles informent qu'une césarienne sera réalisée si la dilatation n'a pas changé lors du prochain toucher vaginal. La dilatation s'accélère alors. En entretien, Geoffroy, le conjoint d'Elisa plaisante « T'as entendu césarienne, tu t'es dit oula faut que je fasse mon travail [rire] ! », insinuant qu'une césarienne pour non dilatation aurait été liée au fait que sa compagne « n'ait pas fait son travail », et donc à un échec de sa part. Celle-ci tente de se déresponsabiliser de la situation : « c'est toujours bien la méthode naturelle, mais voilà on ne choisit pas. Je m'estime chanceuse que ça ait marché ». L'idée que la volonté des parturientes puisse avoir un impact sur le travail circule implicitement sur le terrain²⁰⁴. La parturiente est ainsi considérée comme une variable d'ajustement sur laquelle la professionnelle peut tenter d'agir pour éviter une stagnation.

Quand ces différentes stratégies ne suffisent pas à accélérer la progression du travail, du Syntocinon est utilisé. Cette décision est considérée comme banale par les sages-femmes, qui se contentent en général de prévenir l'interne qu'elles vont injecter le produit. Le Syntocinon est perçu par les sages-femmes comme un produit plutôt inoffensif, presque anodin, mais très utile pour éviter la stagnation de la dilatation et les césariennes :

Je vous mets trois gouttes de ce produit [Syntocinon] qui est quand même utilisé depuis des décennies et qui n'est pas tiré d'un corps humain donc il n'y a pas de risque de transmission de maladies. Quelques gouttes et ça dilate et vous accouchez normalement, spontanément ou si on ne le met pas et on finit en césarienne. (Joana, sage-femme mat)

Les médecins responsables sont généralement plus prudents dans l'utilisation du Syntocinon par crainte des hémorragies du post-partum, voire des ruptures utérines, et appellent à une utilisation modérée. Les internes connaissent cette recommandation et demandent donc aux sages-femmes de diminuer le Syntocinon si trop de contractions sont présentes. C'est un point d'achoppement avec les sages-femmes qui considèrent que cette position leur enlève un moyen de favoriser la voie basse tout en respectant les protocoles, alors que les risques liés au Syntocinon sont faibles. Pour elles, les réticences à l'utilisation de l'ocytocine de synthèse reflètent une peur infondée des médecins :

à cause de ça on fait flamber les césariennes et les instruments. Ils ont peur. Regarde le synto comme ils ont peur du synto. C'est à tomber par terre. A croire qu'on rompt les utérus tous les jours. C'est pas vrai. Moi où j'ai travaillé [en France], je ne te dis pas le synto coulait à flot ! Et on cassait ni des mamans ni des bébés. On avait 10% de césariennes et des ruptures on en a eu moins qu'ici. (Lou, sage-femme mat)

Les sages-femmes négocient d'ailleurs régulièrement avec les médecins qui ont tendance à diminuer le Syntocinon :

²⁰⁴ Si quand une intervention a lieu, les professionnelles tâchent de « déculpabiliser » (sage-femme, journal de terrain, La Maternité) la parturiente en lui signifiant qu'elle a fait « tout ce qu'elle pouvait » et que ce n'est pas de sa faute, l'idée de la capacité de la parturiente à agir sur le travail participe à mon avis du sentiment d'échec éprouvé par de nombreuses femmes en cas de césariennes ou d'instruments.

L'interne dit à la sage-femme : « six contractions par dix minutes, j'aurais stoppé le synto... ». La sage-femme « mais elles sont irrégulières et le tracé est nickel ». L'interne sourit « j'aimerais au moins baisser. ». Elle dit d'accord, puis une fois qu'on sort dans le couloir, elle me dit « ils sont ric rac ! six contractions par dix minutes, ça y'est, il faut baisser. Mais tant que tout va bien, que le tracé va bien, je ne comprends pas pourquoi ! » (Journal de terrain, La Maternité)

Les interventions qui peuvent être réalisées par les sages-femmes pour éviter la stagnation de la dilatation et, donc une intervention médicale, sont donc régulièrement réalisées par anticipation. Si ces pratiques sont connues et plutôt encouragées par les médecins, l'usage du Syntocinon représente une ligne de tension et de controverses entre professionnelles. Pour les sages-femmes, les risques du produit sont inférieurs aux risques associés à la césarienne, tandis que pour les médecins les risques du produit ne sont pas négligeables et une césarienne est parfois préférable. Cette différence a à voir avec le fait que le Syntocinon représente le seuil de basculement de la pratique autonome des sages-femmes : après cet outil, elles n'ont plus rien pour éviter de passer la main.

Les sages-femmes se retrouvent également (rarement) face à des femmes qui refusent le Syntocinon. Les sages-femmes considèrent que c'est une attitude délétère puisque ces femmes risquent davantage de subir des interventions plus invasives qui les éloigneront d'autant plus de leur projet de base d'accoucher « naturellement ». Face à ces femmes, généralement de milieu social favorisé, il arrive que les sages-femmes explicitent en partie leur stratégie, elles tentent de faire alliance avec la parturiente en lui démontrant en quoi elles veulent agir pour leur bien et leur éviter des interventions plus importantes qui seront décidés par les médecins :

Elle a refusé [que je mette du Syntocinon]. J'ai discuté presque une heure en disant: «Mais au final c'est vous qu'allez décider», parce qu'il y a aussi la notion de choix éclairé, d'éthique et tout. J'ai dit :« Ce que vous avez lu peut être, ce que vous avez vu jamais vu mais voilà qu'est-ce qu'on fait parce qu'au bout d'un moment on va stagner ? ». On va stagner à 20 et puis ça ne bougeait pas. Il y avait très peu de contractions et j'ai dit : « Mais on va finir en césarienne, ça vous avez envie ? » (...) Les gens qui disent « je veux pas le médicament », t'es coincée. T'as plus que du synto et puis le col il est bouché. Ils finissent au bloc. C'est vachement embêtant ce choix éclairé. (Joana, sage-femme mat)

Ces femmes sont aussi identifiées comme un frein à l'autonomie professionnelle, elles risquent d'empêcher la sage-femme de réaliser les interventions préventives dont elle a l'habitude pour éviter une classification à risque.

1.2.2 Les poussées actives

La recherche de perfection concerne en deuxième lieu les poussées actives. Celles-ci ont une durée définie par le protocole : une heure. Le protocole prévoit cependant qu'«en l'absence de facteurs de risques et si le monitoring est normal, on peut prolonger l'attente ou les poussées actives si l'équipe pense que le pronostic est favorable». Cela relève d'une décision médicale : le médecin entre dans la chambre pour « se faire une idée », notamment par la réalisation d'un toucher vaginal (en général, le premier qu'il réalise sur la parturiente) et il est le seul à pouvoir autoriser la poursuite des poussées²⁰⁵. Cette seconde limite de temps éventuellement attribué est transmise à la sage-femme et souvent aux parents : « 'Si

²⁰⁵ Le protocole précise que cette décision de prolonger les poussées doit être également «discutée avec les parents».

césarienne ». Soit elle se décide, elle est hyper flippée, elle donne tout et elle accouche, en général c'est ce qui se passe (Amélie, sage-femme mat).

La sage-femme dit « il nous reste 30 minutes », puis « il nous reste plus beaucoup de temps avant que les médecins veuillent vous aider... », puis encore un peu plus tard « attention, il reste que 15 minutes, je veux pas vous faire peur mais là il faut y aller [il faut pousser et faire sortir le bébé], ou les médecins vont venir ! » (Journal de terrain, sage-femme, La Maternité)

Lors des poussées actives, la sage-femme évalue d'ailleurs si la parturiente pousse « bien » (elle fait avancer le bébé, la vulve et l'anus se dilatent) ou « mal », et communiquent en général à la parturiente son appréciation. Cet autre exemple montre comment l'absence d'avancée du fœtus est associée à une responsabilité maternelle, ici un refus d'ordre psychologique selon la sage-femme²⁰⁷ :

La sage-femme s'adresse à la mère : « j'ai l'impression que vous vous retenez ? ». Elle : « non j'essaie de tout donner, j'essaie ! », la sage-femme « il faut tout donner là ! Essayez de pas le remonter ! (...) il remonte à chaque fois ! je veux pas vous inquiéter mais là il va falloir tout donner ce que vous avez ou les médecins devront faire un instrumenté ». (Journal de terrain, La Maternité)

Si je n'ai pas abordé cette question avec toutes les femmes, certaines m'ont dit avoir apprécié ce cadrage des sages-femmes qui les auraient aidées à pousser plus efficacement :

je venais d'avoir la péridurale je ne sentais rien, elle me disait de pousser mais je ne sentais absolument rien donc je poussais n'importe comment. Et c'est là qu'elle m'a dit « vous poussez comme une merde, il faut y aller maintenant sinon c'est césarienne ! », et je me suis dit je vais lui montrer que je vais y arriver ! (Joëlle, parturiente, 1 mat)

elle m'a dit « il reste dix à quinze minutes, après y'a les gynécos qui reviennent » et j'ai trouvé hyper bien parce que je commençais à m'épuiser (...) du coup j'ai sorti des forces de je sais pas trop où, et pour finir le bébé est sorti. (Linda, parturiente, 1 mat)

Dans d'autres situations, l'argument de la santé du bébé est utilisé. Pour Lisa (parturiente, 1 mat), c'est cela qui lui a permis de donner naissance à son enfant : « [la sage-femme] m'a dit : 'maintenant il faut vraiment que vous poussiez, il faut qu'il sorte ce bébé, le cœur ralentit un peu il va se fatiguer, donc allez, vous le poussez, il sort !'. Elle m'a un petit peu brusquée, mais je l'ai vécu comme une nécessité ».

D'autres femmes, moins nombreuses, ont au contraire ressenti les mots de la sage-femme comme une agression. Je retranscris aussi ici la conversation que j'ai eue à ce sujet avec une collègue qui a accouché il y a une quinzaine d'années et qui évoquait le fait que l'attitude de la sage-femme lors des poussées dirigées a plus représenté un frein qu'une aide à leur bon déroulement :

[la sage-femme] parlait très fort pour me dire de pousser, donc tout ce bruit de ce « encore, encore, encore, fort en bas, pousse », j'avais l'impression que ça me parasitait. Je sentais bien que j'y arrivais pas. Mais j'arrivais pas à me concentrer sur la partie du corps sur laquelle je devais me concentrer. Ses actions occupaient tout l'espace sensoriel que mon cerveau pouvait accueillir à ce moment-là, et du coup j'arrivais pas à me concentrer sur mon corps. Pour le

²⁰⁷ Une responsabilité peut aussi être attribuée au fœtus. Il peut être étiqueté de « capricieux » quand il progresse trop peu.

deuxième, la sage-femme me disait « fait comme tu veux », elle disait rien, on m'a foutu la paix, et j'ai pu sentir ce qui se passait. J'ai senti ce que faisait mon corps, et j'ai pu renforcer ce mouvement que j'avais en moi. Si tu dois pouvoir te concentrer sur ce truc discret, c'est difficile avec tout ce bruit. (parturiente, 2 mat)

En plus du son, les sages-femmes sont nombreuses à utiliser leurs mains pour tenter d'accélérer le processus. Elles mettent leurs doigts à l'entrée du vagin de la parturiente en lui demandant : « repoussez mes doigts », ou encore « c'est là qu'il faut pousser ! » (journal de terrain), les sages-femmes peuvent bouger vigoureusement leurs doigts à l'entrée du vagin pour que la femme sente davantage. Le protocole stipule qu'il faut « éviter les gestes douloureux tels que le massage et l'étirement du périnée ». Ce sont cependant des pratiques courantes chez les sages-femmes²⁰⁸ : à plusieurs reprises j'ai vu des situations dans lesquelles les sages-femmes étiraient très fort le périnée avec leurs doigts et secouait leur main pour accentuer le mouvement, afin de, disent-elles, « faire de la place au bébé » et accélérer sa naissance.

Le contraste entre le calme, l'immobilité, la passivité de la parturiente et le quasi silence qui règnent pendant la dilatation et l'agitation, les efforts conjugués de la parturiente – qui devient rouge, haletante, transpirante sous l'effort – et de la sage-femme, et les éclats de voix qui surgissent pendant les poussées sont saisissants. Ce basculement est initié par la sage-femme²⁰⁹ qui donne le signal du début des poussées et l'accompagne d'un changement de posture et de timbre de voix pour signifier qu'une phase active commence. Cette demande externe est déconnectée des sensations que les parturientes éprouvent dans leur corps et il arrive régulièrement que les femmes soient surprises par cette annonce, voire intimidées par la nécessité de pousser et de s'activer : « [la sage-femme a dit] 'urgence, on se prépare, on se prépare, il est là il est là !'. (...) Elle courait dans tous les sens... tu attends des heures, c'est long, c'est long et tout d'un coup c'est rapide ! » (Elisa, parturiente, 1 mat). Tout est fait cependant par la sage-femme pour que la parturiente « se mette dedans » (journal de terrain), c'est-à-dire se mette dans l'ambiance et se conforme au rôle qui lui est désormais attribué. Et cela fonctionne dans l'immense majorité des cas.

Si certaines sages-femmes essaient de n'adopter ce style d'accompagnement à la poussée que vers la fin du temps imparti, ou quand il est nécessaire que la naissance ait lieu rapidement (en cas de décélérations du rythme cardiaque fœtal), la majorité des sages-femmes que j'ai suivies le pratiquait d'emblée. Cet encouragement caractéristique à la poussée fait partie du rituel déployé lors de l'accouchement par les professionnelles, presque une incantation. De plus, il s'agit une fois encore d'intervenir précocement pour éviter une catégorisation à risque (défaut d'engagement ou d'expulsion) qui entraîne une césarienne ou un accouchement instrumenté. Il faut anticiper le fait que le temps est limité. Enfin, cette attitude reflète que pour les professionnelles, leur présence et leurs actions sont nécessaires pour que la femme accouche, son corps risquant de ne pas en être capable seul, ou en tout cas pas dans le contexte où une péridurale est en place et où le protocole restreint la durée des poussées²¹⁰.

²⁰⁸ Le massage avec de l'huile d'amande douce (disponible dans chaque salle d'accouchement) est aussi perçu comme un moyen de limiter les déchirures du périnée.

²⁰⁹ Des situations font exceptions, en particulier lorsque la femme n'a pas de péridurale.

²¹⁰ Dans des journaux scientifiques, des sages-femmes prennent position pour « jouer une autre mélodie », c'est-à-dire éviter des poussées dirigées qui favoriseraient les déchirures (Lemay 2000). Un manuel d'obstétrique rédigé par un médecin romand conseille également de l'éviter puisque la

1.2.3 Les tracés de monitoring

La recherche de perfection concerne en troisième lieu les tracés du monitoring. Bien que le protocole admette des anomalies du rythme cardiaque fœtal (certaines décélérations peuvent être qualifiées de « physiologiques »), les sages-femmes ne restent pas inactives dans ces situations : les variations de la normalité du rythme cardiaque sont difficilement acceptées. Une fois encore, il s'agit de *faire quelque chose* dès le moindre signe de variation, pour prévenir des décélérations plus importantes. Les sages-femmes peuvent mettre la parturiente sur le côté pour favoriser les échanges placentaires, perfuser du liquide, voire donner du sucre à la parturiente. Le tracé étant vu en permanence par toutes les professionnelles (surveillances omnisciente et omniprésente) et est conservé pour évaluer la prise en charge (surveillance rationalisée), le maintien de sa perfection est d'autant plus crucial. Le monitoring et en particulier les tracés qu'il imprime de son propre chef, dès qu'il est branché et connecté, fait ainsi partie des objets techniques qui attribuent « des responsabilités [et] constituent en puissance des ressorts d'accusation » (Akrich 2012a, 175).

Ce qui est le plus important n'est plus l'accompagnement des femmes, mais bien la surveillance des risques pour le fœtus. Quand les professionnelles se parlent entre elles, elles peuvent ne plus parler du fœtus, ni même de son cœur, mais du tracé lui-même : « l'interne dit à la sage-femme 'mets-la sur le côté pour améliorer le tracé' » (Journal de terrain, La Maternité). Certes, il s'agit d'une manière raccourcie de parler, mais qui est révélatrice du fait que les efforts pour obtenir un « tracé idéal » sont parfois déconnectés du corps de la mère et du fœtus lui-même et de sa santé²¹¹. Il faut en tout cas agir dès que le tracé présente de petites anomalies. Dans une situation, la référente demande par exemple à la sage-femme de mettre la parturiente sur le côté car « pour [elle], le tracé pourrait être meilleur là » (journal de terrain, La Maternité).

L'attente du tracé parfait limite aussi la possibilité d'une surveillance allégée, dans la situation présentée ci-dessous, la sage-femme aimerait enlever le monitoring en continu pour répondre aux attentes de la parturiente qui accouche sans péridurale et souhaite être plus mobile, mais n'ose pas puisque le tracé de départ n'est « pas parfait », même s'il « n'est pas inquiétant » :

La sage-femme qui arbore un visage et un ton tendu, s'adresse à la référente « j'aimerais faire une surveillance allégée mais je sais pas quoi penser du tracé... il est pas inquiétant mais il n'est pas parfait non plus, il est chiant quoi ! » elle voit l'interne (Maude) : « qu'est-ce que tu en penses ? ». L'interne répond « tu attends encore un peu et tu l'enlèves », « mais ça fait déjà un moment que j'attends un peu... 15 minutes ça va puis de nouveau il fait un petit truc... je sais pas quoi faire c'est chiant ! » interne : « alors il faut plutôt le laisser, tu ne peux pas la détacher du coup », « mais il est pas du tout

pratique conduirait à de moins bons scores néonataux (Hohlfeld 2011; voir aussi: Prins et al. 2011; Lemos, Dean, et de Andrade 2011). Selon mes informations, la pratique en Angleterre évoluerait vers une diminution des poussées directives systématiques.

²¹¹ Les propos des femmes elles-mêmes vont aussi dans ce sens parfois : « Les sages-femmes étaient aussi inquiètes pour le cœur, mais il allait bien en fait » (Chloé, parturiente, 1 AMN transféré). Le tracé lui-même devient l'objectif et la surveillance télétransmise renforce une vision autonome du fœtus par rapport à sa mère. Avoir accès à la retransmission de ses battements cardiaques est considéré comme la seule surveillance continue nécessaire. Il est acceptable que les autres éléments de surveillance (constitués notamment des touchers vaginaux) qui nécessitent une présence dans la chambre et un contact avec la femme, soient ponctuels.

inquiétant... mais voilà, c'est chiant, bon je vais lui dire qu'on peut pas l'enlever ». (Journal de terrain, La Maternité, salle d'accouchement)²¹²

Le protocole prévoit que la position de la parturiente soit choisie « en fonction du désir de la patiente, de la situation clinique et de l'expérience de l'accoucheur ». Dans un autre document (procédures de soin), il est indiqué qu'il est nécessaire d' « adapter la position de la mère au bien-être fœtal et maternel ». En cas de décélération, la parturiente sera invitée à se mettre sur le côté gauche par exemple. Ainsi, le protocole prévoit que les souhaits des parturientes soient pris en compte dans le choix des positions, pour autant que cela n'interfère pas avec le bien-être supposé du fœtus. Les positions que la parturiente peut adopter sont ainsi déterminées par les besoins de la surveillance fœtale, ce qui constitue une attente de la hiérarchie médicale. Joana (sage-femme mat) se positionne en protectrice du droit du fœtus, presque de ses souhaits, qu'elle pourrait traduire en interprétant la variation de son rythme cardiaque sur le monitoring : « si t'as une dame qui veut [bouger pendant l'accouchement] et puis le bébé ne le permet pas, là tu ne fais pas plaisir à la dame parce que t'as des exigences du bébé [évaluées en fonction du tracé]. Amélie (sage-femme mat), me rapporte une situation où le chef de service a « critiqué » sa prise en charge d'un accouchement pendant lequel l'enregistrement du monitoring était incomplet : « [le chef de service] était très fâché que j'ai [laissé la parturiente se mettre] à quatre pattes et que j'avais 15 minutes de tracé ininterprétable et que j'aurais dû réagir plus avant et le bébé aurait dû sortir dix minutes avant ». (Amélie, sage-femme mat). Cette situation reprise en colloque illustre les injonctions qui sont faites devant tous à avoir des enregistrements continus de monitoring, y compris pour des accouchements *a priori* physiologiques, et à pour cela, ne pas hésiter à contraindre des femmes à adopter une position souvent plus douloureuse en l'absence de péridurale (je me base sur mes observations et entretiens pour l'affirmer) et non favorable à la progression de l'enfant (je me base sur des recherches citées dans la revue de la littérature), afin d'obtenir un enregistrement de qualité.

La péridurale est aussi un des outils de cadrage des corps pour obtenir une surveillance parfaite. Les sages-femmes en ont conscience, le regrettent, mais considèrent qu'elles doivent s'y résoudre, surtout dans un contexte où l'activité est intense. Dans un entretien collectif, Amarande me avoue qu'«on propose facilement aussi [la péridurale], parce que pour la prise en charge c'est plus simple, ce que Vanessa complète en affirmant que la parturiente « est plus quand contrôlable, faut la monitorer ». Une femme qui bouge pendant le travail complique la tâche des sages-femmes qui cherchent à obtenir un tracé irréprochable.

La régulation concerne aussi le corps des fœtus, une analyse que je n'ai pas retrouvée dans la littérature, mais que mon travail me permet de documenter. Face à un fœtus très actif, la sage-femme a de la difficulté à conserver un enregistrement continu du rythme cardiaque (le capteur ne doit pas être trop éloigné du corps du fœtus ; si celui-ci est très mobile, la sage-femme doit sans cesse déplacer le capteur, et cela entraîne des coupures dans le tracé retransmit). Elle choisit d'intervenir sur le corps maternel en rompant la poche des eaux afin d'immobiliser le fœtus : « il bouge tellement ce gamin, j'arrive difficilement à garder le tracé ! Je vais percer la poche des eaux pour le coincer dans le bassin et hop ! » (Journal de

²¹² La sage-femme, plutôt jeune, était à ce moment-là remplaçante au sein du groupe de l'accompagnement global. Elle est tiraillée entre les attentes et habitudes de ce groupe (accompagner des femmes mobiles et sans péridurale si possible, avec une surveillance allégée) et celle de l'équipe « classique » et majoritaire, à laquelle elle appartient habituellement.

terrain, La Maternité). Les fœtus ne sont souvent pas autorisés à dormir trop longtemps. Pendant leur sommeil, le tracé devient moins réactif ; il n'est plus parfait. Des sages-femmes, surtout les plus jeunes, interviennent alors pour essayer de réveiller le fœtus :

On va dans le bureau. La sage-femme dit à la référente « j'aime pas ça, le bébé il dort ! Ça fait 20 minutes, maintenant ». Elle m'explique que quand le fœtus dort, la micro variabilité du rythme cardiaque est plus faible et qu'elle ne peut alors « pas être sûre de comment il va ». Une autre sage-femme lui conseille d'administrer du glucose à la patiente, ce que fait la sage-femme. Le bébé dort toujours, la sage-femme va le dire à la référente. (...) Finalement, « le bébé se réveille » (micro variabilité du rythme cardiaque). La sage-femme me dit qu'elle est soulagée (Journal de terrain, La Maternité)

La métaphore du corps de la parturiente comme machine décrite par Emily Martin (2001) peut être élargie au fœtus : son cœur doit battre le tempo défini par l'institution médicale, sa progression, aidée par les contractions utérines doit être harmonieuse, sa présentation doit être idéale. Les outils de surveillance affinée que sont les Ph et le STAN sont aussi beaucoup plus invasifs pour les femmes et les bébés. Le Ph consiste à prélever du sang sur le crâne du fœtus. Le STAN consiste à relier directement la tête du fœtus grâce à une sorte d'hameçon enfoncé dans son crâne, à la machine. La femme a quant à elle un fin câble qui sort de son vagin en continu, s'ajoutant aux autres dispositifs auxquelles elle est reliée. Certaines professionnelles trouvent que le STAN est un outil très invasif pour le fœtus, et dans une moindre mesure la mère, et qu'elles ne l'utiliseraient pas pour leur propre accouchement : « Des fois je dis [au médecin] mais si c'était ton enfant est-ce que tu le mettrais ? (...) c'est quand même un tire-bouchon qui rentre ! tu vois ça sur le crâne... » (Carole, sage-femme mat). Pour autant, cela est largement perçu comme un moindre mal puisqu'il permet de réduire l'incertitude, tout en évitant des interventions encore plus invasives. Le succès du STAN est certainement aussi lié à la tentation d'accéder directement au corps du fœtus, sans passer par le corps de sa mère. Le STAN donne un accès direct à celui-ci, à partir du moment où le col de l'utérus est suffisamment dilaté.

Les professionnelles cherchent à obtenir un tracé parfait alors même que le CTG est lui-même un outil imparfait et imprécis qui produit régulièrement des « faux positifs » et donc des interventions invasives superflues (Torres, De Vries, et Low 2014). Les professionnelles connaissent ces limites mais l'outil reste central :

pour l'interprétation de l'état fœtal, du tracé pendant l'accouchement, cet outil-là [le CTG] est catastrophique. Il est mauvais cet outil, très, très mauvais. S'il est bon, on est quasiment sûrs à 100% que le bébé va bien. Par contre, s'il n'est pas bon, ça veut pas dire qu'il va pas bien. C'est un outil médiocre, nul, mais on a que celui-là! Donc s'il est pas bon, qu'est-ce qu'on fait? On n'a que ça pour savoir! Donc il y a beaucoup d'interventions pour mauvaises interprétations du tracé. (Evelyne, sage-femme agréée)²¹³

Plus que dans le cas de la recherche d'une courbe de dilatation parfaite, il y a dans la recherche du tracé parfait, l'expression de la peur du risque et de la complication soudaine. Même les signes discrets doivent être pris en considération. Les outils de surveillance étant imprécis, ils dépistent plus qu'ils ne diagnostiquent. Une incertitude demeure sur l'état de santé réel du fœtus dans les situations d'entre deux, c'est-à-dire quand on n'est plus dans un tracé parfait, mais pas encore dans un tracé pathologique. Le tracé imparfait rend visible

²¹³ De nombreuses professionnelles ont moins conscience des limites du CTG que ce que déclare Evelyne. Pour Caroline (sage-femme mat), comme pour beaucoup, il représente d'abord « un net progrès » qui a réduit les handicaps dus à un manque d'oxygène pendant l'accouchement (hypoxie).

l'incertitude. Ces situations de gris sont vécues comme difficiles et un mauvais tracé qui donne une indication claire à la césarienne est parfois préféré par les professionnelles :

J'ai appelé ma cheffe pour dire « je le sens pas et c'est difficile pour moi là de rien faire et d'attendre » (...) et on avait pas de possibilité de faire un Ph ou un Stan²¹⁴ parce que le col était complètement fermé. Enfin voilà. On était un peu coincé, on n'avait pas d'alternatives. Enfin c'était soit on va au bloc tout de suite mais sans vrais gros critères, soit on attend de voir comment ça évolue. Si vraiment ça se péjore, hé ben là on aura un vrai argument pour aller au bloc. Et du coup ces périodes de latence où on est, enfin oui on peut tourner la femme sur le côté, lui mettre de l'oxygène mais ça marche pas toujours non plus. Et ces périodes d'impuissance où on doit juste attendre de voir si ça s'améliore ou ça s'empire, c'est difficile. Et je peux comprendre des fois qu'il y ait le stress et qu'on parte au bloc et puis qu'ensuite à froid on dit oh bah franchement [on aurait pu attendre]! » (Nadine sage-femme mat)

Pour Andrea (adjoint), comme « on ne peut pas tout prévoir avec nos moyens de surveillances », il « vaut mieux aller en césarienne dès qu'on a un doute [pour] ne pas prendre de risques ». La logique du risque participe ainsi à restreindre le champ du normal et la tendance est de plus en plus à agir dans le périmètre déjà restreint de ce que la médecine a défini comme normal²¹⁵.

Par ailleurs, ces situations montrent que les risques à éviter en priorité sont davantage ceux induits par un interventionnisme médical et technique insuffisant plutôt qu'excessif. Si certaines situations peuvent être recatégorisées en cours d'accouchement vers un risque plus bas en fonction des résultats de la surveillance, la recatégorisation se fait en général en faveur d'un risque plus haut²¹⁶. Le fait d'agir donne le sentiment d'une réduction de l'incertitude et donc rassure :

Le CTG... il y a une part d'incertitude. On sait qu'il détecte bien, mais on sait pas ce qu'il détecte des fois il détecte trop (...) il nous permet d'avoir de bonnes issues néo-natales, mais il fait aussi beaucoup de césariennes. Mais on le sait. Des fois ça t'arrive de courir sur une césarienne en urgence zéro parce que tu es hyper inquiet par le CTG, tu sors le bébé qui va bien. (Michelle, interne)

Lorsqu'un tel évènement se produit, les professionnelles ont d'abord tendance à remettre en question leur décision, selon Michelle « des fois tu dis, ah mais merde peut-être que j'aurais dû attendre ». Cependant, l'équipe déculpabilise rapidement le médecin concerné : « ce qui

²¹⁴ Il s'agit de techniques plus invasives que le monitoring qui permettent, en analysant du sang prélevé dans le crâne du fœtus, de mesurer le taux d'oxygène effectivement en circulation, tandis que le monitoring n'en est qu'une projection. Ces outils sont utilisés régulièrement pour affiner l'évaluation de la surveillance du fœtus dans les situations de gris.

²¹⁵ Cet effet concerne aussi le suivi de la grossesse. Plusieurs anecdotes m'ont été rapportées où, lors d'une échographie, les médecins décidaient de poursuivre des investigations parce que le fœtus était dans une norme haute (c'est-à-dire toujours dans la normalité, mais proche de la limite avec une situation à risques). Une sage-femme elle-même enceinte m'a raconté que le gynécologue-obstétricien lui a même parlé d'interruption de grossesse lors d'une échographie quand les mesures du cerveau étaient normales, mais proche du seuil considéré comme anormal. Il en a résulté une multiplication d'exams, jusqu'à ce que le couple décide d'obtenir un deuxième avis chez un échographe réputé qui a tout de suite « stoppé la machine » en disant que les données étaient normales. L'enfant est né en parfaite santé.

²¹⁶ Tendanciellement, des preuves scientifiques qui vont dans le sens d'un élargissement de la catégorie du risque, plutôt que celles qui vont dans le sens d'un élargissement de la catégorie du normal et d'une diminution de la médicalisation ont d'ailleurs plus de chance d'être adoptées, voir par exemple les travaux de Carricaburu (2010) ou de Vries et Lemmens (2006).

te rassure beaucoup c'est quand des gens te disent 'oui en fait le bébé il va bien, il va bien, mais on n'allait pas attendre qu'il n'aille pas bien !' ». Pour Nadine, une attitude précautionneuse ne devrait pas être critiquée *a posteriori*. Les professionnelles évoluent, au moment où elles prennent leurs décisions dans une situation incertaine (du fait que « ce monitoring c'est pas du 100% [de certitude] ») et donc anxiogène :

c'est très facile de l'extérieur, à froid, de dire « ah bah dis donc vu le résultat vous êtes allés un peu vite en besogne » alors que sur le coup de voir minute après minute un monitoring défiler avec tel et tel et tel élément, peut-être telle situation juste avant qui a un peu augmenté le stress des intervenants, et voilà. (Nadine, sage-femme mat).

Ces mécanismes doivent cependant être nuancés en ce qui concerne les pratiques des sages-femmes plus anciennes. Si en tant que référentes, elles jouent parfois le jeu de la recherche du tracé parfait, invitant les sages-femmes à réaliser de petites actions, elles ont en général une vision plus large de la normalité, défendant volontiers que des décélérations sont physiologiques, notamment auprès des médecins : « elles [les contractions utérines] ne sont pas tardives mais précoces ! » (Journal de terrain, sage-femme référente, La maternité). Ces sages-femmes référentes ont un rôle clé dans la salle d'accouchement auprès des médecins et des sages-femmes, surtout peu expérimentés, en faisant un travail de déconstruction de l'importance d'avoir un tracé parfait, et luttant *in fine*, contre la pathologisation rampante des situations. Leur expérience leur permet ainsi de rassurer les professionnelles en rappelant qu'un tracé imparfait ne signifie pas une souffrance fœtale, ce qu'expriment Kira et Sophie, deux sages-femmes très expérimentées et respectées, autant par les médecins que les sages-femmes:

quand j'écoute les bébés, c'est pas que je banalise, mais j'ai tendance à être beaucoup plus cool avec ces monitorings avec l'expérience. Je n'ai pas envie de m'arrêter sur le gnagnagna [détails], et les internes quand ils arrivent, ils voient des trucs... je les vois les monitorings mauvais ! Pour qu'il y ait un bébé qui aille vraiment mal, je pense qu'il faut quand même y aller ! (Kira, sage-femme mat)

en fait les bébés réagissent, ils réagissent de temps en temps et on n'est pas obligé de leur sauter dessus. L'OMS, qui n'est pas forcément un critère pour La Maternité, mais l'OMS dit que ça augmente les risques d'intervenir si on a un monitoring en continu. (...) [ici] il y a un regard sur chaque battement pour savoir s'il est juste, pas juste, au-dessus, en dessous, qui me... ça me terrifie. Un enfant qui va mal, il va mal. Il ne fait pas semblant d'aller mal et puis le coup d'après il va de nouveau bien. Donc moi ça m'angoisse assez peu je dois dire. (Sophie, sage-femme mat, suivi global)

Dans une situation où une jeune sage-femme est inquiète du manque de réactivité fœtale, la sage-femme référente lui rappelle qu'«on peut se le permettre pendant l'accouchement, que ça dure un peu [cette réactivité réduite]» (journal de terrain, La Maternité).

Le fait d'avoir une vision élargie de la normalité pour ces sages-femmes est aussi lié au fait qu'elles ont connu une autre époque où la surveillance était beaucoup moins présente et les interventions médicales réduites, sans pour autant que les situations terminent souvent « en catastrophe » selon leurs termes²¹⁷.

²¹⁷ L'expérience professionnelle des nouvelles sages-femmes sera sans doute marquée par ce contexte différent de la naissance ; celles-ci n'auront ainsi pas nécessairement une vision plus large de la normalité avec le temps. Seule une étude longitudinale permettrait de l'analyser. Les jeunes sages-femmes qui ont eu des expériences dans des pays avec un système de santé moins développé

Skinner et Maude ont publié des résultats similaires à propos des sages-femmes expérimentées néo-zélandaises :

The more experienced midwives described how these grey areas of practice became even bigger the more experienced they became. Yet as they became more experienced, uncertainty became less disturbing as their practice wisdom grew. They accepted that risk and uncertainty were normal parts of practice. (Skinner et Maude 2016, 38)

En guise de conclusion de cette sous-section, que nous apprend la recherche de résultats parfaits de surveillance (courbes de dilatation, temporalité des poussées actives, tracés du monitoring) dans le contexte de prises en charge de routine par les professionnelles ?

La prise en charge de l'accouchement est standardisée à travers des protocoles qui établissent des critères de normalité. Ceux-ci prévoient cependant des marges de manœuvre pour que ces critères standards soient adaptés en situation par les professionnelles en fonction des cas spécifiques qui sont pris en charge. Ces marges de manœuvre ne sont offertes qu'aux médecins qui sont les seuls à pouvoir prendre la responsabilité de ces décisions médicales. Comme les sages-femmes ne peuvent pas en faire usage, ni miser sur le fait que les médecins accepteront de les utiliser, elles agissent en amont pour éviter que l'accouchement ne leur échappe au profit des médecins, et que la voie basse soit compromise²¹⁸. Pour défendre leur position professionnelle, qui comprend un exercice le plus indépendant possible et une défense de la physiologie, elles utilisent la perspective biomédicale qui consiste à intervenir²¹⁹.

Les pratiques des sages-femmes s'inscrivent dans la logique du risque qui consiste à anticiper la survenue d'une pathologie pour l'éviter. Pour ces professionnelles, une situation physiologique peut difficilement résister à la standardisation et à la vision étroite du normal définie par les protocoles. Des interventions régulières et peu invasives quand on est encore dans une situation normale, permettraient d'éviter la catégorisation à risque et les interventions plus invasives qu'elle entraîne. Pour autant, leurs pratiques d'anticipation précoce du risque participent à réduire la possibilité pour les femmes de mener un accouchement exempt d'interventions médicales, participent de l'ambiance d'anxiété qui émane de la salle d'accouchement et entretiennent l'habitude d'agir au moindre éloignement du standard.

Dans son travail sur l'accouchement par la siège, Carricaburu a montré qu'il a fait l'objet d'un « changement de regard médical » glissant « de la physiologie à la pathologie » (Carricaburu

a été marquant et participe de leur regard critique sur la surveillance omnisciente, comme Amélie qui me dit « j'ai fait un stage en Afrique, on surveillait à la cornette toutes les 15 minutes, et finalement on n'a pas eu tous les trucs graves que j'imaginai ».

²¹⁸ Ce qui participe également à expliquer que certaines sages-femmes expérimentées, et en particulier les référentes, limitent les interventions anticipées, est qu'elles ont plus la possibilité – par rapport aux moins expérimentées – de négocier avec les médecins et de les convaincre de faire usage des marges de manœuvre

²¹⁹ La tendance à choisir de limiter les risques et/ou l'incertitude par le fait d'intervenir plutôt que de s'en abstenir est générale. Aux problèmes des effets iatrogènes induits par une surveillance continue (par CTG), les professionnelles ont répondu par plus de surveillance à travers des innovations de pointe (avec une machine comme le STAN), et non pas par des mesures de réduction de la surveillance de base, comme le demandent les guidelines internationaux. Par ailleurs, le fait que ces outils de surveillance soient beaucoup plus invasifs pour les fœtus et les femmes est perçu comme secondaire, la priorité étant la réduction de l'incertitude qui suscite un stress et une anxiété palpable chez les professionnelles.

2010, 36). « La règle d'or de ne pas y toucher » (p.37) qui implique de ne pas intervenir pour tirer l'enfant pendant l'accouchement venait s'entrechoquer avec une culture médicale interventionniste. Pour Carricaburu, qui cite aussi Schweyer (1996), cette culture médicale est d'abord une « culture professionnelle » (p.39) qui appartient aux médecins. Mon travail montre que la culture médicale a pénétré la profession de sage-femme, en tout cas à l'hôpital, réduisant l'écart entre les discours et les pratiques des médecins et sages-femmes. Intervenir pour faire naître l'enfant plus rapidement est aussi un soulagement pour les professionnelles : cela met fin à une incertitude anxiogène²²⁰. La naissance permet d'accéder directement au corps du bébé, diagnostiquer des problèmes éventuels et intervenir sur son corps pour les réduire le cas échéant.

1.3. Entre auto-surveillance et anxiété: les parturientes face à la surveillance

J'ai analysé comment la surveillance exercée par les professionnelles et souvent médiée par des machines, se joue sur et dans le corps des femmes. Quelles sont les expériences des parturientes (et de leurs conjoints le cas échéant) vis-à-vis de cette surveillance ?

Celles-ci refusent peu cette surveillance qui a tendance à les rassurer, même si leur rapport à celle-ci est ambigu. De manière générale, les régulations des corps des femmes au service de la surveillance sont présentées aux parturientes par les sages-femmes comme une obligation pour garantir la bonne santé du fœtus (qu'elles appellent toujours bébé, ce qui renforce l'impact de l'argument : leur action concerne *celui* qui est déjà *leur bébé*). Les femmes s'y plient alors volontiers d'elles-mêmes. Cela fait partie du discours commun, de routine, mais peut se faire plus insistant quand il faut cadrer les comportements dans les cas où les femmes manifestent une gêne. Les femmes semblaient en effet régulièrement étonnées et dérangées par le nombre d'appareils auquel leur corps était relié : « La sage-femme lui met aussi un capteur sur le doigt. Pour la seconde fois, la parturiente dit en soufflant 'ah tous ces trucs...' » (journal de terrain, salle d'accouchement). Elle fait référence ici aux nombreux fils qui la maintiennent et sont reliés à des appareils de surveillance et qu'elle aimerait enlever. L'argument de la sécurité du bébé suffisait normalement à faire cesser leurs plaintes. Ces demandes peuvent concerner la position que la sage-femme demande à la parturiente d'adopter :

La référente demande à la sage-femme de mettre la parturiente sur le côté pour améliorer le tracé. La sage-femme dit que la parturiente ne veut pas. La référente s'agace : « tu lui dis que c'est pour son bébé, et que c'est comme ça ! Elle n'a pas à décider, c'est quoi cette histoire ! c'est un AVAC²²¹, si elle est vraiment motivée pour une voie basse, faut faire ce qu'il faut ! » (Journal de terrain, La Maternité)

Les demandes peuvent également concerner les machines de surveillance, comme le brassard à tension ou les sangles qui maintiennent les capteurs du monitoring :

la femme dit qu'elle aimerait qu'on lui enlève le brassard à tension, que « ça la gêne ». La sage-femme dit « quand on pose une péridurale c'est possible que vous fassiez une chute de tension donc c'est important pour votre sécurité et

²²⁰ Carricaburu montre que « la crainte et le stress » (2010, 39) éprouvés par les professionnelles dans le contexte d'incertitude lié à l'accouchement podalique (par le siège) ont directement participé au quasi abandon de la pratique.

²²¹ Dans le contexte d'un AVAC (accouchement par voie basse par césarienne) le protocole prévoit que les tracés doivent être encore meilleurs que dans une situation classique pour éviter différents risques associés à la procédure.

pour la sécurité de votre bébé ». La femme ne rétorque rien et conserve son brassard (journal de terrain, La Maternité)

La mère demande à la sage-femme : « mais le monitoring vous ne pourrez pas l'enlever pendant les poussées? ». La sage-femme lui dit que non et ajoute « c'est le seul moyen pour savoir qu'il [le fœtus] va bien » (journal de terrain, La Maternité)

Par ses paroles, la sage-femme disqualifie toute autre source d'information quant à la bonne santé fœtale. De plus, le contexte du risque est posé : le fœtus peut à tout moment devenir en mauvaise santé, jusqu'aux tout derniers moments de sa naissance, une surveillance continue étant indispensable. L'inconfort de la parturiente (sous péridurale mais qui ressentait à nouveau de la douleur à ce moment-là dans la dernière situation), ne peut justifier une suspension du monitoring par rapport au bénéfice pour l'enfant, selon cette sage-femme. Le corps de la parturiente est perçu comme un contenant malléable qu'il faut réguler pour assurer la bonne santé du fœtus, ou pour assurer simplement parfois un tracé parfait.

Si les touchers vaginaux sont intrusifs et peuvent être douloureux, ils ne sont presque jamais remis en question par les femmes. Celles-ci semblent avoir particulièrement bien intégré qu'ils font partie des surveillances de routine importantes pendant l'accouchement. La femme doit s'y soumettre, si possible « sans bouger » pour que la sage-femme ait une évaluation précise de la dilatation : « Madame c'est important que vous ne bougiez pas pour que je voie où vous en êtes » (Journal de terrain, La Maternité, transfert d'une maison de naissance).

De nombreuses femmes se font ainsi le relais de la surveillance qui apparaît comme indispensable. Elles ont intégré qu'un timing est attendu dans l'accouchement, et qu'une surveillance extérieure au corps de la femme permet de savoir (et de prévoir) si le travail a commencé, s'il évolue, si la naissance est imminente d'une part, et de savoir si le fœtus et la mère sont en bonne santé d'autre part. Les sensations éprouvées par la mère dans son corps sont perçues comme des éléments moins fiables.

La sage-femme a tendance à impliquer la mère et le père dans la surveillance en les tenants informés de la progression de la dilatation et des attentes en matière de progression : « avant de faire les touchers la sage-femme dit systématiquement à la parturiente : 'alors là il faudrait que vous soyez à tant de centimètres'. Elle lui donne ensuite le chiffre » (Journal de terrain, La Maternité)

De nombreuses femmes utilisent ces indications comme repère pour faire des pronostics sur l'avancée du travail et interpréter si leur situation est normale ou non. En l'absence des professionnelles et des machines, les pères ont tendance à amorcer le travail de surveillance avant l'entrée à la maternité, en comptant et chronométrant les contractions, souvent en utilisant une application pour smartphone²²² :

Mon conjoint il calculait [sourit], il voulait que ce soit [les contractions utérines] hyper régulier et tout (...) on voulait que ce soit hyper régulier pour savoir que

²²² Pour une analyse du mouvement de « quantified self » appliqué à la grossesse par l'utilisation d'applications, je renvoie aux travaux de Deborah Lupton et ses collègues (Lupton 2016, 2013c; Thomas et Lupton 2016; Lupton et Thomas 2015).

c'était vraiment le bon moment [pour aller à la maternité] (Nathalie, parturiente, 1 mat, 1 AMN)²²³

Une fois à La Maternité, les femmes considèrent qu'une dilatation trop lente est « une déception » qui donne l'impression que « ça ne finira jamais » (Malorie, parturiente, 1 mat). Cette femme est d'ailleurs capable de me rapporter quel a été le rythme précis de la dilatation du col évalué par sa sage-femme. Déduire la durée de l'accouchement, notamment quand la douleur est présente, est très important pour les femmes, qui se basent sur les indications de la sage-femme pour effectuer leurs calculs. Leonie (parturiente, 1 mat): « Huit, neuf [centimètres] je me disais que c'était bientôt la fin ». Quand sa sage-femme lui annonce qu'elle est à quatre centimètres, Sofia (parturiente, 2 agréés) commence à compter: « là dans ma tête j'ai compté, je me suis dit bon quatre heures du matin, neuf heures du matin quatre centimètres. Je me suis dit non c'est pas possible je tiendrai jamais(...) Je me souviens bien d'avoir vu cette pendule. Neuf heures et quart, quatre centimètres ».

Les sages-femmes utilisent les résultats de surveillance pour rassurer les femmes de la normalité de leur accouchement : « votre fille supporte très bien les contractions ! elle est magnifique votre petite, elle est pas du tout gênée par la descente et elle avance bien » (Journal de terrain, La Maternité). En entretien, plusieurs femmes m'ont dit qu'elles avaient apprécié ces informations.

La surveillance peut aussi devenir une source d'inquiétude pour les femmes. Parfois, c'est le fait de ne pas rentrer dans la limite de temps imposé par le protocole ; Malorie (parturiente 1 mat) parle du risque de « dépasser le timing » dans le cadre des poussées. Les parturientes ont besoin de la surveillance par monitoring pour être apaisées (elles sont centrées sur les sons qu'il émet, l'écoutent parfois religieusement en demandant à la sage-femme d'augmenter le volume du CTG (journal de terrain)), mais celle-ci participe en même temps de leur anxiété puisque la présence d'une surveillance continue signifie en substance que la santé du fœtus peut se dégrader à tout moment:

La sage-femme (Vanessa) retourne dans la chambre car elle « ne capte plus bébé ». Elle décroche un des capteurs du monitoring et le déplace sur le ventre pour retrouver le fœtus et capter à nouveau. La dame « c'est bon, vous l'avez ? ». La sage-femme répond que oui, puis elle dit « je crois que vous êtes chaude, je vais vous prendre la température ». Finalement la parturiente n'a pas de fièvre et celle-ci commente : « j'ai eu un coup de chaud parce qu'on n'entendait plus le bébé ». (Journal de terrain, La Maternité)

La présence du CTG est parfois associée à une capacité de stresser les parturientes et de stopper les contractions. Lors d'une de mes observations, une femme enceinte de son troisième enfant est admise en salle d'accouchement car elle est en travail selon les sages-femmes. Les contractions vont s'espacer puis s'arrêter pendant l'enregistrement par CTG et la femme est renvoyée chez elle. Le père commente : «c'est la machine qui stresse et qui stoppe les contractions, quand on le met, les contractions s'arrêtent ! [il rit] » (Journal de terrain, La Maternité).

²²³ Lors des cours de préparation à la naissance, ou dans les dernières consultations de grossesse, le message qui est transmis aux femmes enceintes et aux pères, c'est qu'ils devront se rendre à la maternité lorsque les contractions utérines sont présentes toutes les 5 minutes, régulières, douloureuses, pendant plus d'une heure.

Le moment du toucher vaginal est vu comme crucial par les professionnelles quand la dilatation commence à stagner, puisque de cette appréciation dépend la poursuite de « la tentative d'accouchement par voie basse », ou de son « échec » (il s'agit des termes émiques), au profit d'une césarienne. Pour les parturientes et leurs conjoints, c'est aussi un moment attendu, entre espoir et crainte du verdict :

La sage-femme va faire le fameux toucher... tout le monde, la mère, le père et moi, sommes suspendus à ses lèvres. De ce moment va se décider si elle va pouvoir continuer à tenter cet accouchement par voie basse après césarienne qu'elle voulait tant. Le verdict tombe : « le col a changé... vous êtes à 70... non même 80 ! ». Les parents sont ravis, visiblement soulagés, ils se sourient et se serrent dans les bras. (Journal de terrain, La Maternité)

Sur la base des informations qu'elle a reçues en consultation, Myriam qui vit une tentative d'accouchement par voie basse après césarienne (AVAC) participe à la surveillance de sa cicatrice de césarienne²²⁴. Pour elle, les éléments de surveillance devraient faire basculer son accouchement dans la catégorie du risque et conduire à une césarienne. Le fait que les professionnelles ne l'interprètent pas comme cela l'inquiète²²⁵ :

c'était aussi stressant parce qu'on m'avait dit qu'avec un antécédent de césarienne, si la dilatation elle allait pas vite, bah que ça allait finir aussi en césarienne. Mais finalement ça a duré très, très longtemps, pis on m'a pas fait [la césarienne]. (...) Je demandais toujours: « la cicatrice elle va bien? ». (Myriam, parturiente, 2 mat)

Linda est médecin généraliste, et a donc certaines connaissances relatives aux surveillances du rythme cardiaque (même si celle du fœtus lui est peu familière). Elle s'est inquiétée quand elle a constaté que le rythme cardiaque fœtal était trop rapide et que la sage-femme présente ne s'en inquiétait pas, alors que la sage-femme précédente lui avait signifié que c'était anormal :

elle m'avait dit la sage-femme de la nuit qu'on n'aimait pas que le rythme cardiaque du bébé soit trop rapide pendant plus de dix minutes au-dessus de 160 [battements par minute]. Et moi c'est ce qui m'a fait stresser le matin, c'est que tout d'un coup y'avait mon scope qui sonnait, je crois que j'avais la tension un peu basse, et y'a la petite qui avait fait des décélérations j'avais vu et après elle était à 160 à peu près par minute. (Linda, parturiente, 1 mat)

Les professionnelles apprécient que les femmes se soumettent à la surveillance et leur fassent confiance, mais souhaitent peu qu'elles participent à cette surveillance. J'ai ainsi assisté à plusieurs reprises à des tentatives du personnel pour détourner les patientes de la surveillance. La nécessité de « lâcher prise » est ici convoquée pour justifier une mise à distance des parturientes dans les décisions médicales qui les concernent. Ces situations concernent le plus souvent des parturientes de milieux sociaux favorisés. Celles qui sont définies comme n'arrivant pas à lâcher prise sont celles qui posent beaucoup (trop) de questions, qui sont stressées et qui sont « dans le contrôle » (sage-femme, journal de terrain, La Maternité), « intellectualisent tout » (sage-femme, journal de terrain, La Maternité), et ne parviennent pas à être « dans leur corps » (sage-femme, journal de terrain, La Maternité). Des demandes d'informations trop importantes sont interprétées par les professionnelles comme une intellectualisation délétère du processus de la naissance : « elle

²²⁴ Ce qui est craint lors d'un AVAC, c'est que « la cicatrice lâche », c'est-à-dire qu'une rupture utérine survienne.

²²⁵ Les auto-surveillances que pourrait faire la femme sur son corps, ou plus généralement ses sensations, sont très peu récoltées et suscitées par la sage-femme.

pose beaucoup de questions, elle contrôle tout, elle conscientise beaucoup. Elle demande combien elle a de tension avant qu'on pose la péri... voilà, du coup elle est stressée quoi ! » (Journal de terrain, remise de garde des sages-femmes). Cette difficulté à lâcher prise se traduit le plus souvent par des femmes qui regardent beaucoup les outils de surveillance, comptent le nombre de contractions, calculent et essaient de prévoir la durée de l'accouchement, etc.

Après un accouchement auquel j'ai assisté avec Evelyne (sage-femme agréée), elle me fait part de son étonnement que la parturiente (Mme X) ait pu accoucher rapidement et sans péridurale, car selon elle, elle n'avait pas « lâché » et que « d'habitude on n'accouchement pas comme ça si on lâche pas ». Le fait de ne pas lâcher est identifié par le fait que la parturiente « parlait tout du long, demandait des choses, était très dans l'intellect quoi ». Au moment de « transférer » la parturiente dans sa chambre du post-partum, celle-ci dit à Evelyne : « tu vois j'avais vraiment peur de pas réussir à lâcher mais je suis contente, finalement. Si, c'était bien ». La différence d'interprétation de la situation est intéressante et signale que c'est la professionnelle, par des éléments extérieurs et manifestes qui est capable de déterminer si une femme s'est « lâchée » ou non, et non les propres ressentis de la parturiente (Evelyne ne changera pas d'avis sur son interprétation de la situation). Les propos de Mme X révèlent aussi l'intégration du discours professionnel, et des attentes, sur le fait de « lâcher prise ». Mme X sait que les « meilleurs » accouchements selon les sages-femmes sont ceux où la femme a pu « lâcher prise ». D'une part, elle apprécie son accouchement en ces termes, et d'autre part, elle le signifie pour montrer à la sage-femme qu'elle a intégré son discours²²⁶.

Le « lâcher prise » sert surtout de justification à la délégation des décisions aux professionnelles, et leurs donnent ainsi plus volontiers la latitude pour travailler sans avoir à informer les parturientes ou négocier avec elles : « il y en a qui ont besoin de tout savoir, donc je pense qu'on induit la pathologie plus qu'avant car le psychisme est lié. Moi je suis persuadée que l'anxiété a un impact sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ». (Morgane, sage-femme mat). A plusieurs reprises sur le terrain, les professionnelles répondent un « ne vous inquiétez pas » à des parents qui demandent des informations, par exemple dans le cas d'une jeune femme qui ne veut pas d'épisiotomie, ou d'un père qui demande à quel moment va être posée la péridurale et quels en seront les effets. Pour Maffi « l'injonction de rester calmes » (2014, 187) qui est transmise aux femmes dans les cours de préparation à la naissance permet ainsi aux professionnelles hospitalières de ne pas respecter leurs souhaits au motif que l'institution hospitalière doit nécessairement « maintenir » « ordre et contrôle », ce qui a été intégré par les parturientes et qui les conduit la plupart du temps à ne pas protester et à estimer que ces inconvénients sont nécessaires.

²²⁶ Lâcher prise est défini comme une connexion avec le corps et une déconnexion avec le néocortex, un concept issu des travaux de Michel Odent (2001), obstétricien français. Selon lui, les soignantes ont un grand rôle à jouer dans la possibilité pour les femmes de lâcher prise. Elles doivent créer un univers intimiste et protecteur autour des femmes. La lumière doit être tamisée, les bruits réduits, les personnes présentes connues et en faible nombre. Le but est de permettre à la femme de sécréter des hormones favorisant l'accouchement, qui sont sécrétées par le « cerveau reptilien », la partie « la plus archaïque qui stimule les contractions » (Affolter 2010). Sophie (sage-femme, suivi global) s'en fait l'écho : « C'est un corps qui a des hormones qui sont prévues pour. La seule chose c'est que l'ocytocine et l'endorphine, ça vient seulement quand on est au calme, qu'il y a pas trop de bruits, et puis qu'on est en confiance. (...) faite ce truc cocon, et puis restez-y. N'essayez pas de vous dire, il faut que je sois là à mon accouchement, Non, on rentre dedans ».

Linda est la seule parturiente que j'ai rencontrée à avoir interprété le comportement de la sage-femme ainsi:

j'étais inquiète parce que j'entendais à l'oreille le rythme du bébé qui était rapide et j'ai demandé à la sage-femme, et j'ai pas l'impression d'avoir demandé soixante fois en fait, comment allait le bébé, si ça jouait (...) et à un moment elle m'a un peu remballé quand même, mais je sais pas si vous vous avez perçu ça... en me disant que c'était eux qui s'en occupaient, fallait que je profite d'être avec mon mari et pas que je fasse attention au scope et elle m'a caché le scope.

Solène : Pour vous c'était clair que c'était pour ça ?

J'ai l'impression qu'elle ne voulait pas que je me focalise sur le tracé. Et ça m'a tendue (...) je suis médecin, j'aurais adoré laisser mes connaissances médicales dans la salle d'attente mais en l'occurrence je pouvais pas. Les scopes ça fait quand même partie de mon quotidien, on pouvait pas me demander de me partager comme ça et j'ai l'impression qu'elle avait une autre façon de faire que celle de la nuit. Elle m'a absolument pas demandé mon avis. (...) quelque part elle me disait « profitez avec votre mari nous on gère le reste » (...) moi je trouvais que c'était légitime, j'avais pas l'impression d'être chiant, d'être à côté de la plaque, donc ça ça m'a énervé en fait. ça m'a énervé et en même temps j'étais en position de faiblesse, je pouvais pas tellement le verbaliser. (...) du coup j'osais plus trop poser de questions, parce que je voulais pas passer pour la chieuse que je ne pensais pas que j'étais à ce moment-là. J'ai pas trouvé agréable. (Linda, parturiente, 1 mat)

J'ai en effet constaté lors de son accouchement que la sage-femme avait volontairement déplacé l'écran du monitoring pour empêcher la femme de le voir. Elle a aussi diminué au minimum le son émis par la machine et limité les informations transmises à la parturiente : « j'ai pas pu dire que j'ai dû stopper le synto parce que le tracé n'était pas bon sinon elle allait plus dormir ! elle allait sans arrêt regarder » (journal de terrain). Celle-ci a justifié ses actions auprès de moi par le fait que cette femme devait « lâcher pour bien accoucher ». Quand je fais remarquer à la sage-femme qu'elle semble agacée par la situation, elle me répond « elle pourrait tenir son propre dossier, comme ça au moins elle serait plus tranquille ! Elle est dans le contrôle, or c'est prouvé que pendant l'accouchement il faut lâcher, il faut pas être dans le contrôle, il faut plutôt faire marcher son cerveau reptilien quoi ». Si la sage-femme fait passer son attitude comme nécessaire pour le bien de la femme, un paternalisme assumé, il s'agit aussi pour cette sage-femme débutante et peut sûre d'elle de tenter de reprendre la main sur la situation, d'autant plus qu'elle se partage entre la prise en charge de deux situations. Une de ses collègues, jeune sage-femme mais davantage expérimentée et plus sûre d'elle, l'a d'ailleurs encouragée à le faire, sur un mode autoritaire :

Mylène raconte à Morgane que sa patiente est inquiète, qu'elle pose beaucoup de questions « elle va pas lâcher, elle va finir en césarienne ». Morgane lui conseille « tu l'appelles par son prénom comme ça, ça redescend un peu le truc. Et tu lui dis « maintenant, vous êtes pas médecin, vous êtes maman. Il faut lâcher, laissez-moi m'occuper du côté médical » Tu lui as dit ? », « non je lui ai pas encore dit ». « Moi je le fais toujours, des fois ça marche d'autres pas ». « Elle a dû beaucoup lire. Elle a quelques notions mais elle pose des questions sur tout et des fois elle est à côté de la plaque dans ses questions ! Elle me met sous stress quoi ». (Journal de terrain, La Maternité, salle de pause)

Les tentatives de certaines parturientes pour s'approprier l'usage de la technique est ainsi peu apprécié par les professionnelles. Ne pas partager les informations relatives à la surveillance avec les parturientes est une manière d'une part de conserver le pouvoir, dans

un contexte où en ce qui concerne les sages-femmes, celui-ci est déjà largement détenu par les médecins, et d'autre part, d'éviter que sa prise en charge soit mise en doute. Les parturientes sont incitées à leur déléguer la surveillance. Les femmes doivent ainsi accepter d'être surveillées mais peuvent peu participer à cette surveillance. Comme le montre Akrich « l'objet technique définit les acteurs auquel il s'adresse » (2012a, 167): ici le monitoring est conçu comme un objet à destination des professionnelles qui doivent savoir placer les capteurs sur le ventre, connecter la machine et l'interpréter. Au-delà de la conception de la machine, dans leur utilisation de celle-ci, les professionnelles signifient une certaine « géographie des responsabilités » (Akrich 2012a, 162)²²⁷ entre elles et les parturientes: la parturiente est passive, elle attend et se concentre éventuellement sur la joie du moment, la professionnelle est active, affairée autour de la machine : la surveillance du processus est son affaire. Pour autant, la présence physique de la machine, les sons qu'elle émet, le papier qu'elle recrache rend palpable l'omniprésence et l'importance de cette surveillance, et le monitoring devient un ancrage et façonne l'expérience de l'accouchement pour la plupart des femmes.

Le fait que la majorité des parturientes reconnaisse l'importance de la surveillance, voire la demandent, doit ainsi être examiné en fonction du contexte et des normes en circulation. Les femmes sont en effet socialisées, au moins dès la grossesse, à penser l'accouchement et la grossesse comme des moments à risques qui ne peuvent se passer d'une prise en charge médico-technique, notamment en ce qui concerne la surveillance. Cette conception est aussi performée de manière accrue pendant l'accouchement, notamment autour de l'omniprésence de la surveillance. Par ailleurs, les femmes sont souvent ambiguës face à une surveillance qui participe de leur anxiété.

2 Des professionnelles sous surveillances: gouverner par l'argumentation

Le dispositif obstétrical, ici étudié au niveau de ce qui se passe dans les murs d'une grande maternité universitaire, ne conduit pas à une surveillance, un contrôle, uniquement sur le corps des femmes, mais aussi sur les professionnelles. Je l'ai montré, il s'agit de travailler dans un cadre défini par l'EBM, et qui a tendance, même quand il est adapté au niveau local, à respecter le mouvement de la médicalisation de l'accouchement. Dans cette section, je vais analyser comment le travail de surveillance des pratiques professionnelles (on pourrait aussi parler d'administration ou de gouvernement des pratiques) se met en place au sein de plusieurs instances : la salle d'accouchement avec les pairs, le tribunal avec les juges et les expert.e.s, le colloque d'équipe avec la hiérarchie médicale. Ces mécanismes de surveillance font partie du gouvernement des pratiques et des discours des sages-femmes et des médecins, et ciblent en particulier les moins expérimentées d'entre elles.

Le gouvernement des pratiques professionnelles se joue autour de la capacité à justifier ces actes, à les défendre de manière argumentée et rationnelle surtout quand les pratiques s'éloignent des règles et des standards prescrits par l'institution. Les règles ne sont pas aussi figées qu'a pu le laisser entendre le chapitre précédent, des aménagements de la standardisation sont possibles et des surveillances « imparfaites » peuvent être tolérées, pour autant que les professionnelles soient capables de convaincre par une argumentation spécifique. Dans le sens de Boltanski et Thévenot qui placent les démarches de justifications

²²⁷ Cette géographie des responsabilités ne concerne ainsi pas uniquement la définition des rôles des professionnelles (sages-femmes / médecins) entre elles.

au cœur de leurs travaux, je vais ainsi analyser comment ces justifications sont produites « dans l'action » et dans des « circonstances particulières » (Boltanski et Thévenot 2008, 163) pour anticiper ou répondre à des critiques qui sont formulées *a posteriori* vis-à-vis des décisions qui ont été prises en situation. Je vais donc m'appliquer à suivre le projet de Boltanski et Thévenot en analysant les « capacités pratiques mises en œuvre par les personnes [ici, par les sages-femmes et les médecins] lorsqu'elles ont à justifier leurs jugements en réponse à la critique » (Boltanski et Thévenot 2008, 34).

Si les professionnelles peuvent certes se faire le relais du gouvernement et en tirer profit et pouvoir, celui-ci s'exerce aussi sur elles. Je parlerai d'un « gouvernement par l'argumentation ». Mes analyses font notamment écho à celles de Memmi (2003) qui décrypte le « gouvernement par la parole » qui se joue dans le contexte des décisions du « laisser vivre ou laisser mourir » (elle utilise les cas de l'euthanasie et de l'avortement). Pour accéder à des prestations controversées et politiquement chargées, les personnes qui veulent y avoir recours doivent être capables de produire un discours considéré comme légitime auprès des professionnelles de santé et/ou du social. La parole est ainsi conçue par l'institution comme un moyen de régulation des pratiques : « on peut régler les pratiques en les exposant à la parole » écrit Memmi (2003, 43). J'analyse ici comment ce « gouvernement par l'argumentation » s'exerce sur les professionnelles de la santé, sages-femmes et médecins. Dans les écrits de Memmi sur l'avortement, « le gouvernement des motivations » concerne uniquement les femmes. Si je parle de « gouvernement par l'argumentation » et non pas de « gouvernement par la parole », c'est que la production du discours qui est attendue à La Maternité est à la fois orale et écrite (injonction de « documenter les décisions » pour reprendre le terme natif). Enfin, « l'argumentation » renvoie aux termes employés sur le terrain : il est attendu des professionnelles, par leurs pairs, la hiérarchie et les juges²²⁸, qu'elles produisent un discours argumenté au sens de rationnel, logique et convaincant. Un discours n'est évidemment pas convaincant en soi, il l'est quand la personne a la capacité de formuler son discours dans les termes qui sont reconnus comme légitimes dans un contexte donné. Analyser ces discours, c'est donc avancer sur l'analyse de la parole légitime, et par là même sur l'analyse du dispositif obstétrical et des savoirs qui y font « autorité » pour reprendre les termes de Jordan (1997).

2.1. Développer « son sens clinique » : un impératif soumis à un travail de justification

Pour les professionnelles expérimentées, les protocoles ne suffisent pas, et ne doivent pas suffire à dicter les décisions. Si toutes les soignantes reconnaissent l'importance de standardiser les pratiques à travers la formalisation de protocoles, les médecins seniors rappellent que ceux-ci doivent être pensés d'abord comme une « ligne conductrice » (Andrea, adjoint), « une aide » (Jade, adjoint) dans laquelle les professionnelles ne doivent pas rester « enfermées » (Erin et Laura, CDC). Pour Marc (adjoint), les protocoles sont nécessairement limités puisque toutes les situations ne peuvent pas être prévues et décrites : « on ne peut pas tout mettre en fiche ! ». Les sages-femmes expérimentées tiennent également ce discours : Louise (sage-femme mat) décrit les protocoles comme étant « un fil rouge ». Plusieurs professionnelles relativisent ainsi la portée des protocoles, comme Andrea (adjoint) pour qui « ce n'est pas une recette de cuisine [dans laquelle] si on met un œuf de trop, ça va être dégoûtant ! ». Faire jouer son expertise professionnelle en

²²⁸ Concernant le juge, c'est en tout cas la représentation que les professionnelles en ont, je n'ai pas eu l'occasion de m'intéresser à ce qui se passe concrètement dans les procédures judiciaires.

situation est indispensable pour s'adapter à des situations qui ne peuvent pas toujours être anticipées : « finalement l'obstétrique c'est un sens clinique » (Andrea, adjoint).

Pour Jade (adjoint) les protocoles peuvent d'ailleurs être « très piégeants » en limitant la propension de « cultiver son sens clinique » ; elle critique ainsi les internes qui « ne réfléchissent plus » et se contentent « d'appliquer un protocole » sans considérer globalement la situation clinique. Pour Laura (CDC), les protocoles sont un outil « hyper utile » qui « aident dans des situations types », qui ne doivent cependant pas être « suivis à la lettre », sans « réfléchir au patient ». Ils doivent être adaptés à la situation en faisant preuve de « bon sens » (un terme qui est revenu dans plusieurs entretiens avec des médecins expérimentés). Pour Laura (CDC) « ton sens clinique, c'est ce qu'il y a de plus important ».

Comment ce « sens clinique » peut-il être défini ? A quoi correspond-t-il ? Dans quelles situations est-il déployé et par qui ?

Une « intuition » d'une professionnelle, c'est-à-dire une sensation qu'elle a de la difficulté à mettre en mots de manière ordonnée, référencée, rationalisée, est souvent annonciatrice de la survenue d'une situation de gris. Celle-ci peut être définie par le fait qu'elle ne correspond pas complètement aux situations prévues dans les protocoles et qu'elle suscite une hésitation (entre professionnelles ou pour une professionnelle) quant à la décision à prendre (d'intervenir ou de reporter une intervention). Elle sent que « quelque chose ne va pas », même si les symptômes concrets restent discrets et équivoques. Amélie (sage-femme mat) me décrit ainsi le déclenchement, d'abord peu clair, d'une grave hémorragie du post-partum : « Je me disais peut-être que je m'inquiète pour rien, en même temps toi tu as le pressentiment que c'est plus que d'habitude, que ce qui faudrait, ça réagit pas aussi bien que tu le souhaiterais²²⁹... ». Dans ces situations, il est très courant, comme va le faire Amélie, de faire appel à une collègue expérimentée (d'abord la référente, puis l'interne dans son cas) pour mettre à l'épreuve son intuition. Le collectif apparaît comme un moyen d'objectiver l'intuition, qui, si elle est partagée, deviendrait d'autant plus solide²³⁰.

Des décisions d'interventions peuvent être subtiles dans des situations floues et nécessitent une expertise professionnelle pour « voir les clignotants » (sage-femme, journal de terrain, La Maternité), c'est-à-dire agréger des éléments qui, réunis, évoquent un risque augmenté. Ce travail peut passer par les sens²³¹ des professionnelles, comme dans ce cas : « la sage-femme me prend ma serviette hygiénique pour l'analyser et elle me dit : 'oui c'est bien du liquide amniotique, ça sent les fruits !' » (Joëlle, parturiente, 1 mat).

Ces « intuitions » sont relatives à l'expertise professionnelle, c'est-à-dire à une sédimentation incorporée des expériences précédentes, qui, si elles restent en partie insaisissables, informent la professionnelle d'une possible complication en préparation et

²²⁹ Elle fait référence à son impression que l'utérus ne se contracte pas autant que prévu, ce qui annonce une possible hémorragie.

²³⁰ Après avoir « vérifié le placenta à trois », l'interne a effectué une « révision utérine » et des parties du placenta qui subsistaient dans l'utérus ont pu être évacués, permettant de stopper les saignements. Une révision utérine est réalisée par le médecin qui introduit sa main dans l'utérus en passant par le vagin pour enlever des morceaux de placenta par exemple qui n'auraient pas été évacués.

²³¹ Ce n'est ainsi probablement pas pour rien que les professionnelles parlent de « sens clinique ».

l'invitent à davantage surveiller pour prévenir sa survenue, ou la rattraper avant qu'elle ne devienne grave.

Cette expertise peut au contraire permettre de déceler des signes discrets qui rassurent sur la possibilité de survenue d'une complication et invitent à retarder une intervention. Pour Andrea (adjoint), c'est ainsi l'expérience qui permet dans certaines situations de repousser les frontières du normal, par rapport à leur définition dans les protocoles, et ainsi éviter un sur-interventionnisme. Cela se produit quand par exemple le protocole prévoit qu'une césarienne soit décidée, mais que l'expertise clinique de la professionnelle lui indique que poursuivre une tentative d'accouchement par voie basse est raisonnable.

avec l'expérience clinique, en regardant tout, pas juste voilà le bébé il est engagé, pas engagé²³², mais en regardant la dame, la taille du bassin, le bébé comment il est positionné, est-ce qu'elle a bien dilaté, est-ce que ça vaut la peine de se mettre dans une situation difficile si ça marche pas ou pas²³³. Ce que je reproche à l'ultra sécurité c'est le fait de pas essayer [la voie basse] dans des situations où ça pourrait marcher. (...) même avec des bébés peut-être qui ont la même situation, la tête au même niveau ben une fois je vais essayer, une fois je ne vais pas essayer. Parce qu'une fois je sais que ça va très probablement marcher, et une fois non. C'est aussi une expérience et ça sert à rien de le faire pour le faire, mais ça vaut la peine d'essayer, c'est contrôler le risque. (Andrea, adjoint)

L'expertise clinique est définie ici par la capacité de la professionnelle à agréger différents éléments, c'est-à-dire à percevoir la globalité d'une situation pour affiner l'estimation du risque.

Selon plusieurs professionnelles, l'expérience ne suffit pas à expliquer pourquoi certaines professionnelles ont tendance à s'en remettre strictement aux protocoles et que d'autres essaient plus de les adapter en fonction de leur sens clinique. Dans un contexte d'incertitude et de prédominance de la logique du risque qui favorise l'anxiété, être « courageuse » devient une qualité indispensable :

certaines médecins, des internes confirmés, certains CDC, ont les couilles ! oui cette femme a 35 ans, elle fume trois cigarettes par jour [ce sont des facteurs de risque] mais on a des CTG corrects, un bébé qui bouge bien, on va lui laisser le temps [au lieu de provoquer l'accouchement], quitte à faire un contrôle aux urgences dans trois jours, et d'autres sont traumatisés et terrorisés par ce qu'il pourrait arriver, ou ce qui est déjà arrivé une fois dans les 10 dernières années, et puis qui ne vont pas vouloir dévier du protocole même si ça s'impose, c'est clair comme de l'eau de source (Vanessa, sage-femme mat)

Le sens clinique ne revêt pas uniquement l'appréciation de la situation et de la finesse de la catégorisation du risque, mais aussi la capacité manuelle à réaliser certains gestes techniques de manière plus ou moins adroite. Ces habiletés peuvent avoir un impact sur les décisions qui sont prises²³⁴. Une médecin adjoint pour qui le « credo c'est d'accoucher par voie basse » et surtout réputée pour être « très, très bonne en forceps » peut ainsi se

²³² Le protocole prévoit que la décision de césarienne ou de ventouse se décide en fonction de l'engagement du fœtus, c'est-à-dire de son niveau de progression dans les voies vaginales.

²³³ C'est-à-dire est-ce qu'il faut continuer à tenter un accouchement par voie basse, sachant qu'en cas d'échec, le fœtus risque d'être enclavé dans le bassin, ce qui rend son extraction plus compliquée et périlleuse.

²³⁴ Carricaburu (2010) l'a analysé à propos de la perte de compétences autour de l'accouchement podalique (par le siège) en France.

permettre de favoriser « des voies basses qui auraient été des césariennes pour d'autres » en posant (et réussissant) des forceps sur une présentation fœtale « haute » (Maude, interne). Ces habiletés particulières sont connues dans l'institution et les personnes qui en sont détentrices sont valorisées pour leur savoir particulier. Maude (interne) évoque une « haute voltige obstétricale »²³⁵. Je précise cependant que les internes et les cheffes de cliniques regrettent le manque de transmission des gestes techniques : les adjoints sont trop peu présents en salle d'accouchement selon elles. Du côté des sages-femmes, ces habiletés peuvent se trouver plutôt autour de la capacité à accompagner des accouchements peu importe la position adoptée par la parturiente, ou à adapter le changement des positions maternelles à la position fœtale pour faciliter sa progression.

Le chef de service pousse ainsi les internes à forger leur « sens clinique » en ne restant pas limités aux surveillances retransmises ou aux exercices sur mannequin :

la simulation c'est bien, mais je m'adresse aux internes : confrontez-vous à la clinique. Je vous vois souvent devant les écrans à discuter dans le bureau des sages-femmes, mais allez vous confronter à la clinique, entrez dans les chambres, dites bonjour, posez trois questions, palpez le ventre. On a [chiffre élevé] d'accouchements par an, profitez-en ! (Journal de terrain, colloque médical, La Maternité)

Si le développement du sens clinique, et par là même les possibilités de personnalisation des soins, sont encouragés dans une certaine mesure à La Maternité, plusieurs professionnelles estiment que la standardisation reste la norme, pour les raisons que j'ai développées dans les parties précédentes. Pour Nadine (sage-femme mat), les médecins qui ont forgé leur pratique dans des hôpitaux de périphérie, moins standardisés seront d'ailleurs plus « flexibles » et moins « formatés ». Selon elle « ils hallucinent quand ils reviennent ici, en disant mais c'est absurde ce qu'on fait !! et justement, ils sont plus tranquilles ». Erin (CDC) est la seule médecin que j'ai rencontré qui évoque la possibilité que des contextes moins standardisés où les protocoles sont moindres, pourraient offrir une plus grande personnalisation du risque et par là même davantage de sécurité :

les études sont basées sur des populations, c'est statistiquement mieux de faire comme-ci ou comme ça, mais après, si tu prends individuellement...(...). D'un point de vue 'santé publique', c'est mieux de faire comme-ci ou comme ça, pour éviter tel ou tel risque, mais pour ton bébé, souvent, tu peux faire un peu différemment, je pense, tu vois. C'est vrai que la maison de naissance, peut-être, je ne sais pas - t'auras un peu, une prise en charge peut-être plus personnalisée, avec moins de protocoles, et pour autant que t'es avec quelqu'un de sensé et qui comprend les risques qu'il prend, tu peux éviter peut-être certains trucs iatrogènes. Sûrement, sûrement. Si c'est bien fait. (Erin, CDC)

Même si la marge de manœuvre reste trop réduite pour certaines professionnelles, utiliser son sens clinique pour adapter la standardisation des soins est donc possible à La Maternité. Mais cela ne se fait pas sans conditions. Pour être reconnues par les responsables, ces adaptations doivent prendre place dans un discours structuré, cohérent, argumenté et rationalisé, ce qui implique un travail « d'objectivation de la subjectivité ». Marc (adjoint) conditionne ainsi le recours au sens clinique à la capacité à « le justifier », à « produire une réflexion cohérente ». Pour lui, si les médecins internes « se sentent brimés [par les protocoles] dans la prise en charge d'une patiente, il faut qu'ils en discutent et qu'ils

²³⁵La capacité hors-normes à réaliser des forceps très difficiles de cette médecin adjoint m'a été rapportée à de nombreuses reprises.

argumentent » : il existe « une marge de manœuvre ». La règle tend ainsi à ne pas suffire pour garantir une prise en charge reconnue comme optimale (même si j'ai observé que suivre la règle était une protection beaucoup plus sûre qu'essayer de la contourner). L'expertise du médecin, souvent désignée par « sens clinique » est aussi valorisée. Pour autant, un sens clinique est dépendant de la capacité à argumenter ; sans production d'un discours considéré comme adéquat, l'expertise du médecin qui le pousse à faire des choix spécifiques, n'a aucune validité.

Cette capacité à justifier est le summum de l'expertise, la dernière couche. Il s'agit d'être capable de mettre en forme et de convaincre de la solidité de son intuition. C'est l'efficacité de ce travail de traduction qui pourra avoir une influence sur la prise de décision, qui se prend souvent à plusieurs dans les situations de gris : « la façon dont tu présentes la situation au chef [de clinique], ça peut tout changer, parce que le chef ne voit pas la patiente. Donc la façon dont tu présentes va orienter sa décision » (Laura CDC). Les débutantes sont exclues des possibilités de négociation, notamment par le fait qu'elles n'ont pas la capacité à produire le discours attendu :

moi je ne suis encore pas assez habile pour présenter les choses de telle façon de faire basculer les choses dans un sens ou dans un autre dans l'adaptation des protocoles. Il faut trouver les arguments pour négocier les protocoles, et aussi le courage face aux médecins. (Nora, étudiante sage-femme)

Le travail de rhétorique fait partie du parcours de « compagnonnage » de l'interne qui est accompagné par des médecins et des sages-femmes expérimentés. Dans la situation présentée ci-dessous, la CDC explique à l'interne que son discours doit toujours être fidèle à ce qui est montré dans les études et prévu dans les protocoles, même si elle a en réalité recours à un médicament pour répondre à une intuition : « tu ne peux pas dire ça, tu penses à un décollement mais tu ne le dis pas, sinon ce n'est pas logique de mettre du Tractocyle. Tu ne le dis jamais, sinon ton raisonnement il ne tiendra pas » (Journal de terrain, salle d'accouchement). Il ne s'agit pas ici de renoncer à utiliser un médicament (le Tractocyle), mais bien de ne pas révéler la raison véritable pour laquelle on l'utilise, afin que le discours apparaisse comme rationnel et logique. Pour la plupart des médecins adjoints, l'adaptation des protocoles en fonction des situations est une évidence, et ils se plaignent régulièrement du manque de capacité des internes à le faire, tout en justifiant cette décision :

C'est ça que [les internes] ne comprennent pas, s'ils argumentent tout leur truc, leur réflexion, on va rien dire parce que c'est logique. (...) si c'est une dame d'1m50, le bébé est estimé gros, mal positionné, il y a un œdème et qu'on a pas attendu les quatre heures de stagnation [avant de faire une césarienne], voilà, c'est logique ! (Andrea, adjoint)

Pour résumer, le « sens clinique », c'est-à-dire l'expertise professionnelle, est défini par les sages-femmes et les médecins comme la capacité à *affiner la gestion du risque* en s'écartant de la prise en charge prescrite. Celle-ci ne peut s'exprimer que lorsque la professionnelle est *expérimentée* et qu'elle est « *courageuse* », c'est-à-dire qu'elle assume la manifestation de son expertise pour adapter les protocoles. Enfin, l'expertise clinique n'est rien sans la capacité à la mettre en forme dans un discours de *justification* perçu comme légitime.

Le fait que les internes, en particulier peu expérimentés, soient peu capables d'adapter les règles et de s'en justifier montre bien qu'il s'agit d'une compétence qui s'apprend. De plus la justification n'est efficace que lorsqu'elle s'appuie sur ce qui est considéré comme légitime

par l'institution et les médecins responsables qui la représentent. Dans les deux sous-sections suivantes, j'analyse comment la justification est produite, et à travers quelles instances.

2.2. « Documenter tout ce qu'on fait tout le temps »²³⁶ : se justifier pour se protéger des risques médico-légaux

Les professionnelles éprouvent un fort sentiment de responsabilité vis-à-vis de la survenue des risques intolérables. Celui-ci est la source d'une anxiété parfois intense, en particulier chez les professionnelles débutantes :

J'avais très, très peur quand j'étais débutante, interne, pendant quelques mois, et puis après débutante cheffe de clinique c'était vraiment horrible. J pense tu passes trois-quatre mois d'un stress intense assez terrifiant. (...) c'est vraiment une grosse pression (...) t'as peur au début de pas être à la hauteur, de pas arriver à faire certains gestes. J'veux dire: le médecin il est là pour les cas difficiles, donc quand on a besoin de toi il faut prendre la décision vite (Erin, CDC)

Pour Nadine (sage-femme mat), l'anxiété ressentie ne s'arrête pas aux portes de l'institution : « combien d'insomnies on ne fait pas, combien de situations on se ramène pas dans la tête à la maison où on rappelle après [la salle d'accouchement] pour demander comment ça s'est terminé ». Les médecins expérimentés sont aussi concernés puisque la responsabilité des décisions et des actes reposent sur leurs épaules ; Elles évoquent « des instants de solitude extrême » (Jade, adjoint) pendant lesquelles tu sais « qu'il n'y a personne pour te rattraper » pour Laura (CDC).

Le sentiment de responsabilité est directement lié au le sentiment de culpabilité. Pour Erin (CDC), le fait de commettre une erreur est « hyper dur », « ça te suit et c'est vraiment très pénible à vivre ». Le fait de surveiller davantage, voire de plus intervenir, est considéré comme un moyen d'éviter de ressentir cette culpabilité de la survenue d'une complication ; l'anticipation du sentiment de culpabilité pousse parfois à davantage surveiller ou intervenir : « des fois, elles viennent [les femmes enceintes] pour une diminution des mouvements, on trouve qu'il bouge vraiment moins bien, il faut y aller quoi [provoquer l'accouchement] ! Parce que après tu te culpabilises quand tu as une mort in-utéro » (Carole, sage-femme mat). Pour de nombreuses sages-femmes, exercer à l'hôpital constitue d'ailleurs le moyen de préserver leur responsabilité professionnelle. Nora qui a choisi d'accoucher à domicile pour son dernier enfant me dit cependant: « il y a une responsabilité que je suis prête à prendre comme femme, mais pas comme professionnelle » (Nora, étudiante sage-femme). Nadine (sage-femme mat) va dans le même sens : « il y a des coups de tonnerre dans un ciel bleu et c'est horrible. Et je me dis si ça t'arrives à domicile ou en maison de naissance, je sais pas comment tu vis le reste de ta vie de sage-femme avec ça »²³⁷. Ce sentiment de responsabilité et l'anxiété qu'elle génère est d'autant plus élevée que les professionnelles considèrent que la judiciarisation des soins touche particulièrement l'obstétrique et a tendance à prendre de l'ampleur.

La figure du juge est ainsi considérée par les professionnelles comme le contrôle suprême de leur activité, bien que très peu d'entre elles y aient été effectivement confrontées. La spécialité est en tout cas reconnue comme à risque par les assurances professionnelles : en

²³⁶ Mylène, sage-femme maternité

²³⁷ Je montrerai que la décision d'exercer en dehors d'un hôpital est effectivement associée à un sentiment de responsabilité accrue.

Suisse, les gynécologues-obstétriciens paient les primes d'assurance de Responsabilité Civile « les plus élevées de tout le corps médical » (Hanselmann et von Greyerz 2013b).

Les professionnelles ressentent les risques médico-légaux comme croissants et certaines décisions sont directement en lien avec la crainte qu'ils génèrent. Jade (adjoint) a vu « évoluer » le risque médico-légal « au cours de [sa] pratique », qu'il est désormais « extrêmement présent dans [leur] spécialité ». Selon Michelle (interne), cela pousse les médecins à prendre des « décisions extrêmement prudentes ». Selon Katja (sage-femme agréée), les médecins internes « ont tous peur du procès ». Les sages-femmes déclarent être touchées également ²³⁸:

il paraît qu'il y a beaucoup plus de procès. Donc il y a une peur je pense du personnel médical qui contamine les sages-femmes aussi, parce qu'elles doivent aussi assumer si elles n'ont pas vu quelque chose, etc. (Sophie, sage-femme mat)

Plusieurs professionnelles évoquent une société de la faute et de la responsabilité, en quête permanente de « coupables » puisqu'aucune situation n'est plus considérée comme le résultat de la malchance : « dès qu'il y a un truc qui cloche, tout de suite c'est réflexe: C'est la faute de ? » (Joana, sage-femme mat). Michelle (interne) considère qu'en « obstétrique on est aussi très conscient qu'on est à la merci des tribunaux, des accusations et des plaintes (...) c'est une pression qu'on a toujours ».

Les responsables évoquent d'ailleurs régulièrement le risque de procès croissant auprès du personnel. Selon Lyanna, Margot (sage-femme responsable de la salle d'accouchement) a dit aux sages-femmes lors d'un colloque que le chef de service « avait de plus en plus de plaintes de parents à gérer » et que « le système évoluait (...) gentiment » vers le modèle américain. Pour Lyanna « maintenant, de tout façon il est omniprésent [le risque médico-légal]. On le sait ».

« Documenter ses pratiques », c'est-à-dire décrire ses décisions et interventions dans le partogramme et joindre les tracés imprimés du monitoring, devient central pour se protéger²³⁹. Les professionnelles y sont rendues attentives dès leurs études: « on a été beaucoup formé à ça à l'école, à écrire tout ce qu'on fait par rapport aux sages-femmes d'il y a quelques années » (Mylène, sage-femme mat). Joana, qui occupe un rôle de praticienne formatrice auprès des étudiantes sages-femmes me dit :

le parto[gramme] vu que c'est une pièce médico-légale comme le monitoring, c'est vraiment des documents à super-bichonner parce que s'il y a un procès c'est parto[gramme]- [tracé du] monito[ring]. C'est ça qui sert pour un procès. C'est pour ça que je dis toujours aux élèves : « Remplissez bien. C'est hyper-important de tout noter ». (Joana, sage-femme mat)

²³⁸ Les sages-femmes seraient cependant moins concernées puisque la responsabilité de tous les accouchements revient au médecin. Louise se sent ainsi protégée de l'influence médico-légale sur sa pratique. Quand je lui demande si cela a un impact sur ses décisions, elle me répond : « Moi non parce que si tu veux moi légalement - médico-légalement j'ai rien... tu vois? Je suis protégée par le médecin ». (Louise, sage-femme mat)

²³⁹ La sage-femme, et le médecin le cas échéant, sont tenus de détailler leurs décisions et actes sur le partogramme papier qui suit la patiente, ainsi que sur le document imprimé du CTG. Ceux-ci doivent signer ou apposer un tampon ou leurs initiales à côté de leurs commentaires afin qu'aucun doute ne puisse être émis sur la personne qui a pris la responsabilité d'un acte.

Les professionnelles qui ne s'y plient pas peuvent être rappelées à l'ordre par leurs responsables. Margot (responsable sage-femme de la salle d'accouchement) m'a confié qu'elle vérifiait les dossiers régulièrement, et convoquait les sages-femmes qui n'avaient pas rempli avec suffisamment de soin « ce document médico-légal » : « il y a 30 ans on pouvait ne pas remplir ou remplir à moitié les dossiers, maintenant c'est fini ».

Quand je fais remarquer à une sage-femme qu'elle écrit beaucoup et que j'imagine que cela doit être « contraignant », elle me répond qu'elle considère cela avant tout comme une protection. Le risque d'être confrontée à un procès plusieurs années après la prise en charge constitue une menace stressante pour les professionnelles ; mais aussi efficace puisque c'est celle-ci qui les pousse à documenter énormément, répondant ainsi à une demande institutionnelle : « écrire c'est pour te protéger mais aussi pour te souvenir de ce qui s'est passé, et pouvoir ré-argumenter, que ce soit compris » (Marie, sage-femme mat). Les traces écrites sont également perçues comme plus objectives qu'un discours oral et reconstruit plusieurs années après les faits :

Il faut qu'il y ait une traçabilité. Les conséquences peuvent être à long terme, on sait qu'on peut être poursuivis des années après, donc il faut que tout soit bien noté. On sait que juste sur notre mémoire, c'est des vérités tout ce qu'il y a de plus subjectif (...) maintenant, pour le prouver, il faut que ce soit écrit. Le fait que ce soit pas écrit ne veut pas dire qu'il n'y avait rien. On peut pas juste mettre rien à signaler, ça ça va pas marcher pour le tribunal [rire], il faut pouvoir détailler ! (Jade, adjoint)

Cette crainte favorise ainsi les pratiques de surveillance par les machines. Nora affirme que les monitorings en continu servent de protection médico-légale pour les professionnelles. Dans ses propos, la professionnelle peut transférer sa responsabilité à la machine, qui est quasi personnifiée :

si tu écoutes au Dopton²⁴⁰, tu as aucune trace écrite, on peut dire que tu as mal interprété, mal noté (...) Si tu as ton Dopton dans les mains et que tu écoutes, tu assumes pleinement ta responsabilité de noter c'était 140 BPM [battements par minutes, c'est-à-dire le rythme cardiaque du fœtus] à cette heure-ci, et c'est toi qui prends cette responsabilité comme sage-femme. Alors que si tu laisses enregistrer sur le CTG, c'est le CTG qui l'a noté, tu as une preuve écrite externe, donc tu fais porter ta responsabilité sur la machine finalement, tu fais assumer la responsabilité à la machine. Et après tu as la preuve. S'il y a un truc un moment après, tu peux ressortir et dire « regardez, c'était nickel il y a pas de soucis! », alors que s'il y a juste ce que tu as écrit, c'est beaucoup plus facile à remettre en cause. (Nora, étudiante sage-femme)

La surveillance omniprésente et omnisciente sert ainsi la préservation de la responsabilité et répond aux craintes des risques médico-légaux.

Documenter de manière extensive est décrit également comme une protection contre des usagères identifiées comme des potentielles menaces. Le discours de Lyanna, partagé par d'autres, est le reflet d'une certaine crispation du monde médical à l'égard des demandes et critiques formulées par les femmes :

ça peut paraître un peu débile d'écrire « La dame est allée faire pipi », quoi. Mais c'est pas si débile que ça, parce que finalement, la dame, peut-être que c'est là-dessus qu'elle va tiquer, ou sur le fait qu'elle a pas mangé pendant 48

²⁴⁰ Le Dopton est un petit appareil portable qui permet d'écouter le rythme cardiaque fœtal mais qui n'imprime pas le tracé : la sage-femme doit ainsi fonctionner à l'oreille et prendre des notes sur le partogramme.

heures, que c'est pour ça qu'elle a poussé et qu'elle a eu une ventouse parce qu'elle avait pas assez de force pour pousser. C'est des... Des trucs bêtes, qui peuvent paraître bêtes... (...) maintenant, hélas, il faut en arriver là. Et on le sait, et ça va être de pire en pire. (Lyanna, sage-femme mat)

Si la nécessité de documenter en détail les pratiques est intégrée par les professionnelles, puisqu'elles reprennent à leur compte l'interprétation institutionnelle qui leur est fournie, à savoir que cela constitue une protection pour elles, quelques sages-femmes soulignent l'implication négative que cela comporte sur la présence des sages-femmes auprès des parturientes :

ça a beaucoup changé. (...) c'est venu petit à petit. Il fallait qu'il y ait des traces écrites de tout ce qu'on fait pour prouver. L'histoire des problèmes juridiques et tout. Il faut tout écrire, tout noter, tout machin ça devient un peu lourd quoi. Moi je trouve que c'est dommage. On passe plus de temps avec un ordinateur qu'avec une maman. (Joana, sage-femme mat).

J'ai en effet constaté que la nécessité de documenter toutes les actions et décisions prises favorise le retrait des sages-femmes dans le bureau pour écrire de manière plus commode. Ecrire tout en restant dans la chambre se fait au risque d'être interrompue sans cesse par la parturiente, et donc progresser moins rapidement, surtout qu'elles sont moins bien installées. J'ai aussi remarqué que quand elles le font dans la chambre, elles sont moins disponibles pour les femmes, éludent leurs questions, voire ne les écoutent pas. J'ai observé plusieurs situations où une femme s'est adressée à une sage-femme sans que celle-ci n'entende qu'on s'adressait à elle, tant elle était absorbée par ses papiers.

La crainte de la judiciarisation des soins a ainsi un effet sur les pratiques autour de l'augmentation de la prise de notes, parfois au détriment du temps qui pourrait être passé auprès des femmes. Une autre conséquence concerne les interventions. Selon plusieurs médecins, un sur-interventionnisme est plus facile à défendre qu'un sous-interventionnisme, ce qui favorise la première situation²⁴¹ : « en tant que chef de service, je préfère faire une césarienne de plus qu'une césarienne de moins avec un bébé qui étouffe et ça finit au tribunal » (Claude, chef de service). Celui-ci évoque l'émergence d'une « médecine défensive ». Pour Marc, des procès n'ont lieu que lorsqu'une césarienne n'a pas été réalisée à temps, tandis que les césariennes faites par excès de précaution ne font jamais l'objet de plaintes, alors même qu'elles comprennent aussi des risques. Il me dit « attend[re] avec impatience un procès pour césarienne inutile pour remettre un petit peu les pendules à l'heure (...) on devrait se reprocher d'avoir fait des césariennes parfois pour des raisons pas très solides, et se dire que ces complications graves sont la conséquence d'une attitude laxiste par rapport à la césarienne ». Marc appelle de ses vœux une réflexion de la justice elle-même sur la possibilité d'aller au bout d'une réflexion en termes de risques et de prendre en compte des risques à plus long terme, ou pour le vécu de la mère et de l'enfant par exemple, autour de césariennes faites alors qu'une voie basse aurait pu être tentée.

²⁴¹ Pour reprendre une terminologie présente dans la sociologie des organisations, et en particulier les travaux qui concernent les erreurs (Weick 1987), ce sont les erreurs où une intervention a été faite alors qu'elle n'aurait pas dû l'être (« error of commission ») qui seraient les moins sanctionnées, par rapport à celles où une intervention n'a pas été faite alors qu'elle aurait dû l'être (« error of omission »). Un travail de recherche pluridisciplinaire (sciences sociales / droit) doit être mené pour analyser les fautes et leur traitement par le monde judiciaire pour pouvoir confirmer ces premiers résultats.

Des recherches ont montré qu'il est effectivement plus difficile d'attaquer en justice les médecins pour une césarienne de trop, qu'une césarienne de moins, entraînant alors des césariennes de « précautions » qui anticipent l'indication médicale :

Si le taux de 15% d'indications vraiment médicales est recommandé, les autres sont donc faites « par précaution ». Personne n'ayant été condamné pour une césarienne « en trop », de nombreux praticiens, devant le moindre risque, choisissent cette voie d'accouchement alors qu'elle est plus dangereuse que la voie vaginale. (Lansac et Sabouraud 2004, 52)

Maude (interne) considère qu'utiliser son sens clinique pour adapter les protocoles devient très difficile et risqué dans un contexte de judiciarisation des soins. Pour Nadine (sage-femme mat), cela participe de la standardisation des soins et entraîne parfois une perte « en spontanéité et en possibilités ». Ces actes qui seraient réalisés par précaution en vue de se protéger ont des effets iatrogènes qui risquent d'être croissant selon certaines professionnelles. Respecter les protocoles pour protéger sa responsabilité professionnelle ne garantit cependant pas une attitude éthique, voire peut induire des effets pervers :

A force de vouloir tout contrôler, et tout mettre dans des boîtes bien pratiques qu'on va pouvoir sortir pour pouvoir bien défendre quand on nous demandera de les défendre, je pense que c'est là qu'on crée vraiment les problèmes qui sont derrière la médicalisation. (...) Un CDC voulait se coucher à une heure du mat[in], il s'est dit si je laisse aller cette situation jusqu'à la fin, ça risque de se compliquer, je risque de devoir faire une césarienne à quatre heures du mat, mettons le synton à fond, pourrions ce tracé, faisons la césarienne et allons nous coucher. Ça je l'ai vu. Ça c'est l'extrême, mais c'est arrivé. C'est pas du jamais vu. Ton indication est là, légalement tu es couvert, éthiquement, bof (Maude, interne)

Les médecins responsables ont un positionnement ambigu à propos du risque médico-légal. D'un côté, il est régulièrement évoqué auprès des professionnelles, pour leur rappeler de suivre les règles, ou au moins de justifier et documenter précisément leurs actes et décisions. Cela participe à entretenir le sentiment de judiciarisation des soins. De l'autre, quand un cas particulier se présente, il semble être peu utilisé pour alerter les équipes des risques médico-légaux. Plusieurs médecins m'ont signifié se sentir « protégée » et « reconnaissante » envers « le patron », qui les protège de l'impact que pourrait avoir la judiciarisation sur leur travail en se chargeant de répondre aux plaintes quand cela est possible. Le chef de service effectuerait un travail de filtre pour « gérer la peur » des équipes (Joana, sage-femme) et les protéger d'être « influenc[és] dans leur pratique » (Olivia CDC). Cela peut aussi constituer un indice d'un certain décalage entre les représentations professionnelles en faveur d'un risque médico-légal important et le nombre effectif de procès.

De nombreuses professionnelles parmi les plus expérimentées m'ont dit ne jamais avoir été impliquées dans un procès. Lyanna (sage-femme mat) n'y a « pas été confrontée pour le moment », Nadine (sage-femme mat) « n'a jamais été contactée pour un procès ». Les CDC et internes ont des expériences similaires. Plusieurs professionnelles me rapportent néanmoins, comme Mylène (sage-femme mat), « des cas » qui ont touché La Maternité : « Il y en a plusieurs chaque année. Ça coûte des centaines de milliers de francs à l'hôpital de payer les cas ». Quelques professionnelles ont aussi évoqué des lettres de plaintes adressées à l'hôpital et qui concernaient leur pratique. Joana (sage-femme mat) « n'a jamais été au tribunal », mais a reçu « une fois une lettre de deux pages », « qui n'a pas été plus loin ». Michelle (interne) qui y a été aussi confrontée me dit que c'est une situation « pas

facile », même « si tu sais qu'au niveau médical t'es pas responsable, tu le sais et ta hiérarchie le sait et te supporte, tu es quand même pointée du doigt ».

Erin est particulièrement réflexive à propos de l'impossibilité de documenter précisément l'augmentation de la judiciarisation, qui reste un processus largement insaisissable, mais dont la représentation de l'existence devient pourtant un moyen de justifier l'interventionnisme médical:

les plaintes, des lettres, des machins. J'me rends pas compte [si cela a augmenté], parce que c'est pas nous qui recevons les lettres, donc je sais pas si il y a eu une évolution tu vois ces dernières années, si y en a vraiment beaucoup plus qu'avant (...) s'il y a vraiment [une expansion] du médico-légal vraiment dans les faits, parce que bon on le dit en général, mais moi j'ai pas assez de recul pour me rendre compte (...) [mais] tout le monde en tout cas se cache toujours devant l'argument du médico-légal.(Erin, CDC)

Du côté de la recherche, des sociologues suisses ont mis en évidence le fait que la judiciarisation effective des soins devait probablement être relativisée, bien que les études font défaut pour pouvoir l'affirmer (Hammer, Cavalli, et Burton-Jeangros 2009). J'ai cependant montré, à l'instar d'autres travaux produits dans le contexte français (Jacques 2007; Helmlinger et Martin 2004), que les professionnelles de la santé, ici sages-femmes et médecins, ressentent une crainte à propos du risque médico-légal et des pressions exercées par les patientes en ce sens. Hammer (2010), dans une étude consacrée au dépistage prénatal, a montré que cette crainte existe, mais qu'elle est réduite, les gynécologues-obstétriciens insistant pour différencier la situation européenne de la situation américaine qui serait bien plus préoccupante²⁴². Hammer réfute ainsi « les thèses radicales d'une médecine défensive rampante, d'un raidissement des professionnels vis-à-vis de patients perçus comme des plaignants potentiels, et d'un sentiment de peur brouillant les choix cliniques et les raisonnements médicaux » (Hammer 2010, 278). Si je partage sa nuance, les médecins et les sages-femmes étaient davantage préoccupés dans mon corpus, j'ai constaté que les représentations en faveur d'une montée de la judiciarisation ont une certaine influence sur les pratiques²⁴³.

Le spectre de la judiciarisation des soins est ainsi un élément à part entière du gouvernement de l'accouchement. Il participe de trois processus d'intériorisation. D'abord celui de la nécessité de respecter les règles formelles (protocoles)²⁴⁴ - ce qui stabilise la

²⁴² Le fait que les suisses n'aient pas vécu une « affaire Perruche » comme en France est d'ailleurs un élément à prendre en considération, même si on peut supposer que la proximité – notamment géographique – de ce pays (dont d'ailleurs de nombreuses sages-femmes qui exercent à La Maternité sont originaires) a produit des processus d'identifications.

²⁴³ Cette différence entre nos résultats peut s'expliquer par plusieurs éléments. Premièrement, je me suis centrée sur l'accouchement tandis que son étude portait sur le dépistage pendant la grossesse. Deuxièmement, Hammer précise que dans son corpus les médecins installés en cabinet ressentent moins la pression médico-légale que ceux qui travaillent à l'hôpital, or mon corpus ne comprend que ces derniers. Troisièmement, le corpus de Hammer a été récolté entre 2008 et 2009, il est donc possible qu'une évolution ait eu lieu depuis (j'ai récolté les entretiens avec les médecins entre 2013 et 2014 et les observations ont eu lieu en 2013). Enfin, le fait d'avoir pu accéder aux observations (plutôt qu'uniquement à des entretiens comme c'est le cas d'Hammer) m'a permis de faire le constat de l'influence de cette crainte sur les pratiques et les discours produits en situation (« à chaud »), plutôt que dans des entretiens qui favorisent la réflexivité.

²⁴⁴ Dans le contexte des compagnies ferroviaires privées en Angleterre, Jeffcott et al. (2006) ont montré que le strict respect des règles (« compliance ») sert principalement de protection pour les professionnelles face à la montée d'une « blame culture », notamment suite à plusieurs graves accidents de trains. La montée d'une « compliance culture » (culture du respect des règles)

standardisation de la prise en charge. Ensuite, celui de la nécessité de rendre compte de ses décisions et ainsi de surveiller davantage pour laisser des traces²⁴⁵. Enfin, celui d'intervenir pour éviter les reproches, sachant qu'une sur-intervention sera potentiellement moins condamnée qu'une sous-intervention, selon les représentations des professionnelles. La culture de la faute et de la responsabilité s'articule ainsi avec la culture du risque et le processus de médicalisation.

La perception de la judiciarisation vient ainsi modeler les pratiques des professionnelles. Celles-ci ne sont cependant pas passives face à cette judiciarisation. Elle constitue également un outil de justification : les professionnelles légitiment leurs pratiques (surveillance et interventions préventives) par la présence croissante de « patientes procédurières » et ainsi la nécessité de protéger sa responsabilité professionnelle dans le contexte de risques intolérables.

2.3. Le colloque comme instance de régulation des pratiques

Le contrôle de l'activité, et les mises en accusation qui peuvent survenir ne sont cependant pas uniquement représentées par le tribunal. Elles se jouent au quotidien, dans le colloque de l'équipe médicale. L'auto-surveillance des professionnelles est ainsi à la fois une réponse à un contrôle externe, plutôt improbable (du fait de sa rareté) mais dont les conséquences pour la professionnelle peuvent être très lourdes (procès), et à un contrôle interne quotidien dont les conséquences concrètes sont plus légères (colloque).

Le colloque a lieu tous les matins de semaine à 8 heures dans une salle fermée à l'écart de la salle d'accouchement. Les cas d'accouchements de la veille qui se sont compliqués ou pour lesquels des interventions ont été réalisées sont révisés, et des décisions concernant des femmes enceintes qui vivent des grossesses à hauts risques sont prises. Des informations générales concernant le service sont parfois données.

Le colloque d'équipe réunit des médecins stagiaires, des internes, des chefs de clinique, des médecins adjoints et le chef de service côté obstétrique (ainsi que des médecins invités comme les néonatalogues). Les sages-femmes peuvent y assister mais y viennent très rarement, à l'exception de la responsable de la salle d'accouchement et parfois de la sage-femme chargée des formations.

Une grande table ovale entourée de chaises prend pratiquement tout l'espace de la pièce (qui est exiguë), une rangée de tabourets est disposée derrière les chaises. La hiérarchie médicale est mise en scène dans l'espace : les médecins adjoints sont en ligne, face aux internes. Le chef de service est assis au milieu des adjoints. Quand il est absent, sa place est laissée vide ; très occupé, il lui arrive d'arriver en retard au colloque, il s'agit donc de lui réserver une place centrale. Cette habitude signifie aussi que sa présence n'a pas besoin d'être physique pour avoir un impact sur ce qui se dit au colloque, son autorité omnisciente est ainsi volontairement mise en scène par le groupe. Cette remarque formulée sur un ton humoristique par Jade (adjoint) lors de son arrivée dans un colloque de sages-femmes responsables d'unité en témoigne :

constituerait ainsi une stratégie d'adaptation (« coping strategy ») des professionnels (Jeffcott et al. 2006, 1112).

²⁴⁵ Le dispositif obstétrical actuel fonctionne d'autant mieux que les professionnelles ont intégré la nécessité de documenter, et participent à produire des pièces sur lesquelles la hiérarchie ou le juge pourront se baser pour surveiller et évaluer leurs décisions.

On peut se mettre où on veut? Parce que nous les colloques médecins, on peut pas se mettre n'importe où, c'est très hiérarchisé [rit]. On peut pas se mettre à la place du père, quand [nom de famille du chef de service] est pas là, sa place reste vide. Il est là par sa présence [rit] (Journal de terrain, colloque des sages-femmes responsables d'unité)

Les autres médecins (CDC ou médecins invités d'autres services), sont répartis autour de la table. Les médecins stagiaires, les internes qui n'ont pas de situations à présenter, les sages-femmes, sont assis sur des tabourets qui forment la seconde rangée (j'occupe aussi cette place).

Ce qui m'intéresse dans ce travail est l'analyse des « reprises » ou « révisions des cas » de la salle d'accouchement. Un document institutionnel répertorie les indications pour lesquelles il est attendu que l'interne établisse un « rapport spécial ». Ce document qui détaille la situation, les prises en charge et les suites est joint au dossier médical informatisé et papier de la parturiente. Il fait l'objet d'une présentation orale avant d'être joint au dossier. Les internes sont chargés de présenter toutes les situations pour lesquelles il y a eu une intervention (césarienne, forceps, ventouse), une complication importante à la naissance ou dans les suites de couches (hémorragie, déchirure grave, mort in utero/néonatale, mauvaise adaptation néonatale, Ph inférieur à 7.10), ou une difficulté dans la prise en charge (« contexte psychosocial complexe »). Les cas à hauts risques (prématurité, pré-éclampsie, grossesse gémellaire) sont aussi rapportés.

L'interne présente la situation (éléments de l'anamnèse, facteurs de risques préexistants, progression de l'accouchement, décisions et interventions prises, parfois souhaits de la parturiente, Apgar et Ph du nouveau-né²⁴⁶, évaluation des pertes sanguines maternelles si pertinent) tout en donnant aux médecins adjoints le partogramme et l'imprimé du CTG correspondant à la situation.

Le colloque est considéré par les professionnelles comme un élément central de la culture de sécurité, un garde-fou complémentaire au protocole. La majorité des sages-femmes et des médecins souligne le bénéfice qu'une surveillance des pratiques soit établie : l'existence du colloque qui permet de « discuter des prises en charge » est une « chance » pour Andrea (adjoint). Comme les professionnelles savent que leurs décisions vont être examinées a posteriori, ils s'efforceraient de prendre des décisions qu'ils peuvent justifier, et donc qui seraient de « bonnes » décisions :

Tu gardes un œil beaucoup plus attentif sur ce que tu fais parce que tu as ce colloque le matin et parce que tu dois justifier chaque étape, et dire que tu étais là, et dire que tu faisais attention et que tu t'es posé la question, donc ça a un côté hyper bénéfique au niveau sécurité du patient. (Maude, interne)

Pour plusieurs professionnelles, la présence du colloque comme instance régulatrice à La Maternité, et son absence en contexte privé, expliquent la différence des taux de césariennes entre ces deux contextes. En substance, un autocontrôle des médecins induirait une protection contre un interventionnisme excessive²⁴⁷ : « Ici, on a des taux [de

²⁴⁶ Dans le colloque médical, les « scores du nouveau-né » (l'APGAR et le Ph) sont centraux dans ces présentations et sont perçus comme un bon moyen d'apprécier la prise en charge qui a été réalisée.

²⁴⁷ Des recherches démontrent effectivement que la prise de décision collégiale diminue le risque d'interventionnisme excessif, par exemple à propos des césariennes programmées (Althabe et al. 2004).

césariennes] normaux. Mais c'est aussi qu'ici (...) [les médecins] doivent rendre des comptes au colloque. En clinique, chacun fait comme il veut » (Roxane, sage-femme mat).

Le colloque est aussi considéré comme un lieu de formation. Michelle (interne), estime que la hiérarchie est « très regardante », que les internes sont « hyper contrôlés ». Pour elle, cela constitue une « pression positive » qui permet d'être très bien formé et de pratiquer une « bonne » médecine. C'est dans le colloque que se joue la transmission des attentes institutionnelles, de l'interprétation des surveillances, et finalement de la catégorisation juste du normal et du pathologique. Pour prendre l'exemple de la surveillance par CTG, j'ai constaté que les tracés sont systématiquement déroulés et analysés par les médecins adjoints. Lorsque cela se produit, les internes qui sont à l'arrière de la salle se lèvent et certains se déplacent pour mieux voir le tracé et affuter leur capacité à les analyser.

Le colloque est également le lieu de la reproduction du discours institutionnel, et plus largement du discours et de la pensée biomédicale dominante. Dans un document institutionnel, l'interne est invité à « proposer [lui]-même une **analyse critique et constructive** de la prise en charge » qui prenne aussi en compte le contexte, et être capable de « connaître le **contexte** (afin de comprendre les retards de la prise en charge, le stress, etc.) » [en gras dans le document]. Il s'agit de faire travailler les médecins sur leur capacité à analyser une situation, ainsi qu'à produire un discours rationnel et convaincant qui soit conforme à la pensée biomédicale. Les règles produites dans le protocole peuvent ainsi être adaptées en partie aux situations, pour autant que l'interne soit capable de produire un tel discours, oral comme écrit. Ce travail existe car établir une « évaluation du rapport entre bénéfices et risques des différentes alternatives » est un exercice difficile, et toujours soumis à interprétation, puisque « tout n'est pas mesurable, ou pas exactement » selon Marc (adjoint).

Dans le contexte d'un sentiment d'augmentation de la judiciarisation des soins, j'ai montré que les professionnelles sont invitées à documenter et justifier leurs décisions. C'est principalement lors du colloque que l'expertise des médecins internes (et chefs de clinique dans une moindre mesure) en matière de justification est vérifiée (par les médecins adjoints et le chef de service), entraînée et stabilisée²⁴⁸. Se centrer sur le colloque comme lieu des entreprises quotidiennes de justification m'a permis de mieux saisir les règles informelles qui prévalent dans le service (culture de service) et les comportements attendus mais souvent tacites. Pour une sociologue, le colloque est le lieu de l'explicitation de ces règles implicites et flottantes. Mon principal résultat est que c'est la capacité à se justifier qui est valorisée.

Michelle (interne) a conscience de la centralité de la production du discours, qui est parfois plus déterminant que les décisions qui ont été prises, voire les erreurs qui ont été commises : « le plus important quand tu discutes d'un cas c'est comment tu le présentes, comment tu en parles ». Plus loin dans l'entretien, elle évoque comment une erreur médicale peut être rattrapée par la parole :

Une fois j'ai donné un mauvais antibiotique à une dame, un antibiotique contre-indiqué pendant la grossesse ! tu vois ! je l'ai donné en accord avec mon chef

²⁴⁸ Stabilisée car le colloque est le lieu de validation de l'écrit. Les rapports spéciaux établis par les médecins - lorsque une intervention a été réalisée et/ou que des complications sont survenues - sont en effet joints au dossier de la parturiente une fois que le cas a été présenté au colloque, le rapport étant modifié en fonction de ce que vont dire les médecins adjoints qui s'assurent ainsi de sa conformité.

[de clinique] ! les deux on a fait cette connerie ! on était dans l'urgence, voilà, on l'a fait. Je l'ai dit. J'ai pas dit « j'ai fait ça, qu'est-ce que je fais ». j'ai dit : « on a fait ça, on s'en est aperçu à tel moment, on l'a fait parce qu'il y avait un contexte d'allergie aux antibiotiques, parce qu'on était dans une situation d'urgence avec une situation atypique, j'ai regardé dans la littérature quels étaient les risques à telle dose, les risques sont minimes, ils portent essentiellement sur cet effet indésirable là, aujourd'hui je vais aller informer la patiente ». Tu le fais comme quelqu'un qui peut faire des bêtises, mais qui peut les reconnaître et qui veut les corriger, et qui montre qu'il les répètera plus. Et c'est ça qu'ils veulent. Mais j'ai pas dormi de la nuit... et le soir je contrôlais sur mon PC les doses seuils et tout...donc j'ai pu dire « selon la Cochrane parue en avril 2013 »... [rit] (Michelle, interne)

L'important lors du colloque est d'avoir la capacité de « défendre » (pour reprendre une expression couramment utilisée dans ce contexte) les décisions prises pendant l'accouchement. Erin (CDC) dit qu'il faut pouvoir dire « j'ai fait ça, c'était réfléchi, enfin j'ai fait ça parce que, etc. ». Cela la concerne d'autant plus qu'elle est expérimentée et doit donc tenir « un autre rôle » par rapport aux internes pour qui les difficultés à présenter un discours argumenté construit est plus admis.

A plusieurs reprises, j'ai observé lors du colloque comment le discours légitime était façonné par les médecins adjoints lors de la reprise des cas par les internes, en voici en exemple :

Présentation d'un cas de césarienne pour, dit l'interne, « intolérance au Syntocinon ». Marc (adjoint) et le chef de service reprennent : « ce n'est pas une intolérance au Syntocinon mais aux contractions utérines. Il n'y a pas d'allergie au Syntocinon. On peut dire que l'intolérance est aux contractions ». L'interne fait la modification sur le rapport spécial. (Journal de terrain, colloque médical, La Maternité)

Cet extrait illustre l'action des chefs pour apprendre aux internes l'utilisation des termes médicaux adéquats (« l'intolérance » à une substance devant être réservée à des cas d'allergies). L'utilisation du Syntocinon étant par ailleurs controversé et représentant un enjeu professionnel²⁴⁹, il s'agit de s'assurer que tous les médecins présentent un discours uniforme qui ne puisse laisser sous-entendre qu'une césarienne ait eu lieu à cause de l'utilisation du produit (les contractions utérines trop fortes qui ont entraîné dans ce cas une décélération du rythme cardiaque fœtal ont bien été provoquées par l'utilisation de Syntocinon). Le colloque est donc le lieu de production et de reproduction du discours institutionnel auquel les internes sont progressivement socialisés, discours qui est lui-même largement bâti sur le registre biomédical.

En fixant des standards de bonne pratique, les protocoles facilitent la production du discours institutionnel légitime par l'interne devant les responsables (et les juges le cas échéant). C'est quand il s'écarte du protocole, ou quand la situation est davantage soumise à interprétation, qu'il se doit d'inventer son propre discours, tout en se conformant aux attentes institutionnelles incarnées par les médecins adjoints et le chef de service. Cette attente n'est pas formalisée, elle est implicite, et difficile à cerner par les professionnelles les moins expérimentées qui vont essayer de rester dans une justification proche de ce que prévoit le protocole (règle formel)²⁵⁰. Ceux-ci n'ont en effet pas encore forgé leur « sens clinique » et

²⁴⁹ Dans la littérature comme je l'ai montré, mais aussi par rapport à certaines sages-femmes et femmes en dehors de la maternité qui critiquent une utilisation massive de ce produit qui entraînerait des effets iatrogènes trop peu pris en compte.

²⁵⁰ De manière générale, il ne faut d'ailleurs pas surestimer les possibilités d'adaptation des protocoles, même argumentées, qui restent limitées.

n'ont pas encore intégré les règles informelles qui prévalent dans le service, les tentatives d'adaptations des règles sont pour eux un exercice incertain et périlleux. De plus, les plus expérimentées sont moins tenues de se justifier puisqu'elles ont pu, selon Erin, « acquérir la confiance » des médecins adjoints, c'est-à-dire « fait leurs preuves » :

ça s'est mal passé une ou deux fois quand même au début, où c'était hyper dur, on m'a dit: « pourquoi t'as fait ci, pourquoi t'avais besoin de faire ça », assez pénible, et puis après petit à petit quand même ils avaient confiance, et puis... du coup ils m'ont p[lus] vraiment embêtée (Erin, CDC).

Je signale que dans leur pratique privée au sein de La Maternité, les médecins adjoints et le chef de service ne sont pas soumis à la nécessité de rendre des comptes à l'équipe. Les situations qu'ils prennent en charge ne sont jamais discutées en colloque d'équipe et les dossiers ne sont pas soumis à vérification. Les médecins adjoints et le chef de service ont ainsi une plus grande latitude pour « faire leur obstétrique » (Roxane, sage-femme mat) :

Moi des fois, je ne respecte pas le protocole, mais mon sens clinique, de comment je sens la situation (...) je me dis, je sens les choses comme ça, je vais aussi faire ça. Mais je peux me permettre ça de par ma position ou avec mes patientes. C'est toujours plus facile. (Jade, adjoint)

Cela est aussi lié au fait que leurs pratiques dépendent davantage de leur propre responsabilité professionnelle et moins de celle du service, par rapport aux décisions prises par une interne ou une CDC : « [le chef de service] a son propre protocole, il fait sa propre obstétrique. Il peut le faire car c'est sa responsabilité » (Journal de terrain, sage-femme, La Maternité).

Finalement, toutes les professionnelles s'accordent pour dire que le colloque est un moment redouté, en particulier par les internes. Pour Erin (CDC), le colloque de l'équipe représente un moment « horrible » pour l'interne qui est « super stressé » par la présentation des cas « qu'il a préparés ». La mise en scène du contrôle, associée à la mise en responsabilité qui se joue dans le colloque a des effets pervers, en particulier en termes de surmédicalisation, selon certaines professionnelles :

quand les mecs auront fini de flipper au colloque du matin, eh ben p'têtre qu'ils partiront moins en césarienne aussi ! (Mélissa, interne)

ici ils ont la peur au ventre. La peur du jugement, du colloque chez [le chef de service]. S'il y a un problème ça leur tombe dessus. (...) Tu tombes sur un jeune chef qui va dire : « Ah ben non parce que si elle revient avec une mort in utéro ça va être tout pour ma poire ». (...) A cause de ça on fait beaucoup de césariennes à mon avis. Ça c'est frustrant. Tu vois, une heure de poussée et si au bout d'une heure il n'est pas là : instruments²⁵¹. Au secours ! (Joana, sage-femme mat)

ça arrive que les médecins disent « mais je suis d'accord avec toi mais si je te laisse faire ça je vais me faire tuer au colloque demain donc non ». Donc je veux dire si même un médecin en arrive à dire « mais je suis d'accord et je ferais comme toi si je pouvais mais je vais me faire tuer au colloque donc on le fait pas », je trouve dommage d'en arriver là (...) des fois on respecte des protocoles débiles où il y a des ouais mais je vais me faire taper dessus au colloque. Ou il se passe un truc et ils se décomposent en se disant mais je vais me faire lyncher demain. Enfin, cette angoisse du colloque et d'être montré du

²⁵¹ Joana fait ici référence à la possibilité pour le médecin de donner du temps supplémentaire pour les poussées à l'issue de l'heure réglementaire, une possibilité trop peu utilisée selon elle.

doigt en disant vous avez fait faux, c'est quand même terrible (Nadine, sage-femme mat)

La capacité de gouvernement des pratiques qui se jouent à travers le colloque n'est d'ailleurs pas limitée à cet espace temporel et géographique, mais tend à se diffuser. Les sages-femmes, pourtant pas présentes au colloque, ont tendance elles aussi à agir en fonction de celui-ci. Dans un entretien collectif Vanessa (sage-femme mat) dit que la pratique des médecins est influencée par le fait « qu'ils ne veulent pas se faire taper sur les doigts [par le chef de service] lors du colloque du matin », ce à quoi sa collègue Amarande (sage-femme mat) répond « mais comme nous où on suit le protocole des fois parce qu'on se dit que sinon on va se faire taper sur les doigts ». Pour Amarande, la situation précaire dans laquelle se trouvent beaucoup de jeunes diplômées (elle en fait partie) qui sont au bénéfice de contrat de travail à durée déterminée participe de la nécessité pour elles de se conformer aux règles institutionnelles²⁵² puisqu'elles ne peuvent pas prendre le risque que leur contrat ne soit pas renouvelé ou stabilisé : « ils nous tiennent un peu toutes les jeunes avec les CDD, les intérim, les trucs précaires ».

Sur le terrain, j'ai observé plusieurs situations dans lesquelles sages-femmes ou médecins faisaient explicitement référence à la perspective du colloque pour prendre leurs décisions. Par exemple, lors d'un tracé moins réactif car l'enfant dort, une sage-femme se voit conseiller d'agir pour se protéger et prouver à la hiérarchie qu'elle a décelé un rythme cardiaque non parfait et qu'elle a tenté tout de suite quelque chose pour l'améliorer: « Je te conseille de mettre du glucose comme ça tu peux mettre sur le rapport que tu as fait quelque chose, que tu as essayé quelque chose à ce moment-là ». (Journal de terrain, La Maternité).

Erin (CDC) « essaie de se détacher » de cet effet du colloque, mais me dit que c'est très difficile, voire « inévitable » : « quand même tout d'un coup tu te dis: 'ah j'me demande ce qu'ils diront demain'. C'est plus fort que toi (rire), même si tu dis: 'Bon, mon attitude ne dépendra pas de tout ça', mais heu c'est vrai que... j pense que tout le monde a eu cette pensée une fois ou l'autre ». Bien que tous les cas soient susceptibles d'être présentés, les professionnelles se permettent plus de flexibilité quand elles estiment qu'elles n'auront pas à se justifier : « Ce colloque du matin c'est quand même un élément majeur de pourquoi tu prends les décisions. Tu prends des décisions en fonction de si tu vas devoir présenter le cas ou pas. Tu fais des trucs en te disant, de toute façon celui-là je vais pas devoir le présenter donc c'est pas grave » (Maude, interne). Dans son discours ce n'est pas tant le fait d'être dans le cas d'un accouchement physiologique, qui permet d'attendre plus longtemps avant de réaliser des interventions, que le pari qui est fait qu'il ne sera pas à présenter au colloque.

Andrea (adjoint) se souvient qu'elle-même redoutait ces rendez-vous lorsqu'elle était interne : « des fois j'aurais voulu faire différemment mais j'ai fait comme ça parce que j'avais pas envie de me faire ramasser entre guillemets [au colloque] ». Pour elle, c'est aux responsables « de changer », pour pas que les internes « agissent en fonction du colloque », mais en fonction « des répercussions possibles sur la femme et le bébé ». Ce qu'elle a

²⁵² Je n'ai pas eu accès aux chiffres, mais j'ai discuté avec de nombreuses sages-femmes qui exerçaient à l'hôpital comme intérimaires, sur la base de contrats temporaires, ou encore qui avaient des taux de travail inférieurs à ceux qu'elles espéraient. Les étudiantes sages-femmes que j'ai rencontrées dans les cours que j'ai donné à l'école des sages-femmes de Genève ou Lausanne, et celles que j'ai rencontrées pendant leurs stages dans l'hôpital où j'ai conduit ma recherche m'ont souvent dit avoir peur de l'avenir face à une situation de l'emploi tendu.

l'impression qui est fait à la maternité. Elle me dit enfin que « c'est pas normal qu'ils réfléchissent pour le colloque alors que si c'est la bonne décision, on pourra rien dire ! c'est pour ça que des fois je comprends pas maintenant que je suis de l'autre côté ». Son discours illustre une nouvelle fois le fait que c'est la rhétorique produite à la suite des décisions qui est déterminante, mais aussi que la capacité à émettre ce type de discours est lié à une expertise professionnelle qui se forge avec le temps ; elle ne comprend plus aujourd'hui la peur des internes.

Si la crainte d'un procès influence certaines pratiques, la crainte du colloque, qui est quotidien, entraîne une anxiété quotidienne qui a également un impact sur les pratiques. Le colloque participe du gouvernement des pratiques professionnelles (qui ont-elles-mêmes un impact sur le gouvernement des parturientes et des accouchements). C'est un pouvoir diffus qui se propage largement en dehors du cadre temporel et géographique de la salle de réunion ; la possibilité de devoir présenter la situation au colloque et de devoir justifier ses choix est toujours présente et régule ainsi les décisions des professionnelles. Apprendre à convaincre, c'est apprendre à expliciter les zones d'incertitude, les doutes, les moments de « stress » [document institutionnel], pour mieux les maîtriser dans le futur, mais aussi pour ce cas en particulier. Il s'agit d'apprendre mais aussi d'être capable, dans le rapport spécial, de produire un discours sur l'action qui soit logique, rationnel, presque implacable, ce qui est conforme au processus même de la médicalisation qui est ici reprise à un niveau individuel (objectivation par le discours rationnel). Ce discours doit aussi être adapté aux règles explicites et implicites qui sont en vigueur au niveau local (culture de service). Ce deuxième niveau de règles étant tacite, il faut du temps pour que les professionnelles l'assimilent. Cela implique qu'elles aient été socialisées à La Maternité. Ce processus est favorisé par le colloque, et par les interactions quotidiennes qui se produisent entre professionnelles, qui participent à réajuster le comportement, les décisions des professionnelles, ou du moins le discours rhétorique à propos de ces décisions²⁵³.

3 La gestion des risques en contexte

J'ai montré que les surveillances qui s'exercent sur le corps des femmes, et sur le travail des professionnelles sont déterminantes pour comprendre la construction des risques et les décisions. Elles ne suffisent cependant pas à expliquer ces processus. Ceux-ci sont en effet également soumis à la situation de travail spécifique à un moment donné. Je vais explorer quatre éléments de contexte caractéristiques qui influencent les processus décisionnels. D'abord la prise en charge des parturientes qui disposent d'une assurance privée, ensuite l'influence de la responsabilité du risque, puis la redéfinition des risques en fonction des ressources en présence, et enfin, la standardisation des soins comme nécessité organisationnelle. Prendre des cas de situations de travail spécifiques et différentes permet d'autant mieux d'analyser leurs impacts sur les décisions.

3.1. *Le cas de la pratique privée : une définition du risque élargie*

La césarienne est une intervention davantage pratiquée dans les cliniques privées que dans les hôpitaux universitaires, alors que ceux-ci accueillent plus d'accouchements dit à « hauts risques » (Hanselmann et von Greyerz 2013b). Pour Olivia (CDC), ces différences sont

²⁵³ Il ne s'agit pas que de rhétorique puisque si les pratiques ne sont pas complètement uniformes d'une professionnelle à l'autre, elles restent relativement homogènes. Dans la partie suivante, je montrerai que ces entreprises discursives de traduction et de négociation en situation sont révélatrices d'un pouvoir asymétrique entre médecins et sages-femmes.

« difficiles à comprendre », notamment parce que les indications précises à la césarienne et les « statistiques des cliniques » sont peu accessibles. Des explications m'ont toutefois été présentées par de nombreuses professionnelles, en particulier par les médecins.

Les obstétriciens qui exercent en clinique ne seraient pas des personnes sans scrupules, qui ne pensent qu'à gagner plus²⁵⁴ et à mieux planifier leur activité, un stéréotype souvent relayé dans les médias ou par les sages-femmes indépendantes selon les médecins et qu'Andrea (adjoint) qualifie de « médisance ». Les obstétriciens seraient contraints d'avoir une vision plus étroite du risque en contexte privé puisqu'ils ne disposent pas des conditions matérielles qui permettent de rattraper à tout moment des situations qui basculent dans la pathologie. Pour Andrea c'est « totalement logique » dans ce contexte « d'aller moins loin dans la prise de risques ». Pour une sage-femme référente, ce n'est pas « de la mauvaise foi », mais une « question de sécurité » puisque « en cas d'urgence c'est long de réunir tout le monde », c'est-à-dire le personnel de bloc (Journal de terrain). Selon Laura (CDC), « il ne faut pas oublier qu'à l'hôpital on est extrêmement surprotégés. On a une équipe d'anesthésie sur place 24h/24, on appuie sur le bip de réa il y a 15 personnes qui arrivent dans les trois minutes ». Pour elle, c'est parce que les médecins « ont à disposition moins de moyens » dans le privé qu'ils peuvent « assumer moins de complications que dans le public ». Les outils de surveillance de l'accouchement dont ils disposent sont aussi plus limités qu'à La Maternité.²⁵⁵ Selon Andrea (adjoint), en clinique ils ne peuvent pas « aller si loin ». « faire un Ph du scalp pour finalement aller en césarienne en extrême urgence », ce serait prendre « trop de risques » dans ce contexte.

La rémunération différente de certains actes, ainsi que le confort (par exemple en matière de gestion de l'agenda) des professionnelles sont toutefois considérés comme des éléments qui influencent la définition du risque et les décisions selon d'autres professionnelles²⁵⁶. Ces situations sont surtout décrites pour les prises en charge en clinique privée, et dans une moindre mesure, pour quelques cas dans le secteur privé de l'hôpital, comme le rapporte Joana (sage-femme mat) : « tu fais une césarienne t'es pas appelé la nuit donc la journée, tu fais tes consult[at]ions et la nuit tu dors. Tu césarisés les matins, c'est programmé... et ça rapporte ! Ça c'est sûr que ça rapporte ». Sophie (sage-femme mat, suivi global) qui « trouve ça odieux qu'un gynécologue rapporte plus d'argent s'il coupe la femme que s'il la coupe pas », propose d'utiliser le levier financier pour faire baisser les taux de césariennes : « ça devrait rapporter moins les césariennes, on devrait faire comme en Chine. Moins il y a de dégâts, plus c'est cher. C'est vrai ! Une femme qui accouche sans anesthésie, sans traumatisme, ça devrait être le jackpot ! ». Le Conseil Fédéral, dans une réponse au postulat

²⁵⁴ Les médecins m'ont affirmé qu'une césarienne est plus lucrative qu'un accouchement par voie basse pour les médecins qui pratiquent dans le secteur privé. En 2010 « une césarienne revenait en moyenne à 9900 francs, alors qu'une naissance par voie basse a coûté 6200 francs » cependant, comme les données de la statistique 2010 ne permettent pas d'estimer les coûts hospitaliers totaux (Hanselmann et von Greyerz 2013b), il est difficile de savoir combien les médecins gagnent effectivement en réalisant une césarienne plutôt qu'un accouchement par voie basse.

²⁵⁵ Ils ne disposeraient par exemple pas de STAN, ou de Ph au scalp pour affiner les résultats du monitoring pour les cas limites. Ce sont des outils chers et qui demandent un contexte particulier. Les professionnelles doivent être formées à leur utilisation et dans le cas du Ph, une professionnelle doit être en mesure de se rendre vers l'appareil de gazométrie directement après le prélèvement avant que le sang ne coagule (ce qui implique que plusieurs professionnelles soient disponibles pour un cas).

²⁵⁶ Celles qui sont plus susceptibles d'avoir ces discours critiques sont celles qui sont le moins en lien avec le secteur privé, ou qui ne se projettent pas dans un exercice privé à court terme.

Maury Pasquier à propos de l'augmentation des césariennes, évoque la mise en place d'un forfait (« tarif unique naissance ») qui ne distingue pas césarienne et voie basse afin d'éviter une incitation financière à la césarienne (Hanselmann et von Greyerz 2013b). Cette recommandation n'a pas eu de suites à ma connaissance.

Pour Maude (interne), accoucher en maternité publique et universitaire protège la femme de décisions orientées vers la quête du gain ou du confort : « [en clinique] si c'est vendredi soir, tu veux partir à ton chalet le week-end(...) tu fais la césarienne, parce que voilà c'est plus pratique. Je pense qu'il y a aussi une question de confort pour le médecin, ici [hôpital universitaire] tu t'en fiches [tu es de garde] ! ». En accouchant en hôpital en division commune, les femmes seraient préservées de l'influence des conditions matérielles sur la qualification de leur risque et les décisions qui l'entourent, et donc des interventions superflues pouvant impliquer certains effets iatrogènes, un argument solide selon mes résultats. Dans le contexte suisse Hanselmann and von Greyerz (2013) établissent que les femmes assurées en privée ont une probabilité 1,3 fois plus élevée d'accoucher par césarienne par rapport à celles qui accouchent en division commune. Même si des recherches complémentaires devraient être conduites, il ne semble pas selon eux que cette situation puisse être, au moins complètement, expliquée par les caractéristiques différentes de population entre femmes.

Si certains médecins ont reconnu en entretien, au moins à demi-mot, être préoccupés par cet effet, ceux-ci ne se positionnent pas publiquement pour alerter des risques iatrogènes induits par des accouchements en clinique. Certains y voient la tradition corporatiste du monde médical. Comme le rappelle Jade (adjoint), « c'est délicat de dénoncer quelqu'un qui est de la communauté médicale ». Pour Maude (interne) : « les médecins protègent les médecins. Le principe dominant c'est, tu vas pas balancer un autre médecin ». Pour Michelle : « tu vas pas cracher sur tes collègues en clinique, tu as travaillé avec eux, ils t'envoient des patientes, tu collabores, tu peux pas ». D'autres, lucides, savent qu'ils exerceront très certainement en clinique dans quelques années. Difficile ainsi de critiquer des pratiques qu'ils adopteront probablement eux-mêmes : « faut être cohérent ! » selon Michelle (interne). Les sages-femmes hospitalières sont elles aussi prises dans ces questions de loyauté, alors qu'elles estiment que le risque en clinique est plus élevé qu'à l'hôpital. Pour Roxane (sage-femme mat), « c'est un peu tabou parce que la clinique c'est un hôpital et on est censé accoucher dans la même sécurité ». Elle raconte pourtant des situations de décès d'enfants en clinique, et conclue qu'en clinique « les sages-femmes apprennent plus à gérer le bon moment pour appeler le médecin qu'à gérer la pathologie ».

Des professionnelles qui critiquent fortement les risques de l'accouchement à domicile sur le principe que l'accouchement même physiologique peut basculer dans la pathologie, justifient l'accouchement en clinique par le fait que normalement les accouchements se passent bien. On voit que les arguments sont utilisés en fonction de s'ils s'accordent ou pas avec les enjeux professionnels :

Ce qui m'inquiéterait c'est pour le bébé parce qu'il y a pas de néonatalogue [en clinique]. Enfin il y a un pédiatre mais qui a peut-être un peu moins l'habitude. Après si cette dame elle accouche et ce bébé va pas bien, il y a ce temps du transfert, et ça je trouve difficile ouais. Après c'est rare ! quand c'est une grossesse à bas risque qui va tout bien on peut se dire ben ça va aller. (Andrea, adjoint)

Quand je lui demande si l'on ne peut pas considérer l'accouchement en clinique comme un choix risqué, au même titre que l'accouchement à domicile, celle-ci m'affirme que ce ne sont pas des risques comparables. La présence des médecins en clinique empêche l'impuissance qui est assimilée au travail des sages-femmes en cas de complication : « il y a quand même quelqu'un qui a un bistouri [pour faire une césarienne], qui sait faire, qui vient dans les 20 minutes. Il y a quand même un anesthésiste, il y a quelqu'un qui sait faire une ventouse ou un forceps s'il est là. En maison de naissance il y a rien du tout » (Andrea, adjoint). Un hôpital avec des « moyens médicaux » est perçu comme indispensable même pour les situations de « base » (Olivia CDC). Le fait que des médecins soient responsables de l'accouchement et qu'ils puissent intervenir sur place est aussi un élément déterminant pour elles.

Le cas de la pratique privée est révélateur de la manière dont la classification des risques et les décisions d'interventions qui s'en suivent sont contingentes au contexte organisationnel dans lequel ils s'inscrivent. Si les taux de césariennes des cliniques sont peut-être influencés par des « abus » de certains médecins qui réalisent des césariennes par confort, le mécanisme principal, si on en croit les professionnelles, est la réduction des risques²⁵⁷. Leur vision de la normalité est plus restrictive puisqu'elles n'ont pas les moyens médicaux et techniques de prendre en charge l'incertitude de complications si elles surviennent. Carricaburu a déjà analysé cet effet pour le cas français, en montrant comment les maternités de niveau 1 qui accueillent des cas pourtant moins risqués, peuvent avoir des taux de césariennes ou de déclenchements de l'accouchement comparables aux maternités de niveau 3. Ceux-ci doivent en effet « anticiper le risque » puisqu'ils disposent d'équipements et de personnel réduit, et utilisent ces interventions comme des stratégies « d'organiser la charge de travail afin de se trouver dans les conditions qui, de leur point de vue, offrent un maximum de sécurité » (Carricaburu 2005) p.260.

Ces analyses n'insistent cependant pas suffisamment sur le fait que les réponses apportées à ces conditions matérielles s'inscrivent dans un contexte social donné. Je le montrerai, alors qu'en maison de naissance et à domicile, les moyens de prises en charge des complications graves sont plus réduits qu'en clinique, la vision de la normalité est plus large, et les interventions (ou transferts pour réaliser une intervention) sont beaucoup moins fréquentes. Ainsi, les positions idéologiques et les représentations professionnelles tendent à influencer la catégorisation du risque. Les réponses apportées aux conditions matérielles se font dans le contexte où la médicalisation de tout accouchement (qui passe par la surveillance et les interventions) est la prise en charge considérée comme la plus légitime. Si j'ai montré dans la deuxième partie que les risques qui ne concernent pas le médical à proprement parler (vécu de l'enfant et de la mère, atteinte au corps maternel) tendent à avoir moins d'importance que les risques strictement médicaux, certains risques médicaux eux-mêmes peuvent être considérés comme acceptables, pour autant qu'ils n'interfèrent pas avec le système en place.

²⁵⁷ Les césariennes de confort, demandées par les parturientes elles-mêmes, sont aussi mises en avant par les professionnelles.

3.2. **Quand la définition du risque est contingente à sa responsabilité : la coordination interservices**

La prise en charge de l'accouchement concerne plusieurs départements : principalement ceux d'obstétrique, d'anesthésie et de néonatalogie. Il arrive que la définition et la prise en charge du risque concernant le service d'obstétrique entrent en contradiction avec celles d'autres services, en particulier celui de néonatalogie. Ces intérêts en tension s'articulent et se négocient lors du colloque médical où sont présents les obstétriciens et un représentant de la néonatalogie. Cette coordination quotidienne entre les services semble bien fonctionner (les obstétriciens prennent en compte les conditions matérielles des néonatalogues). Cependant la responsabilité du risque *in fine*, a une influence sur celui qui sera considéré comme le plus important à prendre en compte. L'exemple le plus fréquent de balance de risques est celui de l'augmentation des risques liés à un maintien dans l'utérus versus l'augmentation des risques liés à la prématurité. J'ai assisté à l'une de ces négociations lorsque le service de néonatalogie était complet, mais que deux grossesses à risque devaient être provoquées, en sachant que les enfants, nés prématurés, devaient ensuite obligatoirement être pris en charge par le service de néonatalogie.

Les médecins adjoints et CDC d'obstétrique discutent pendant plusieurs minutes autour de la marche à suivre. Leurs échanges se font autour des questions suivantes : peut-on attendre pour provoquer ces accouchements ? Quelle est la grossesse qu'il « faut accoucher en premier » ? Qu'est-ce qui est le plus urgent ? Le plus dangereux ? Ils hésitent face aux différentes données cliniques. Un médecin adjoint dit « alors qu'est-ce qu'on fait ? ». Le chef de service répond « si on doit accoucher, on accouche ! ». L'interne du service de néonatalogie prend un air abattu. Marc (adjoint) se tourne vers elle et lui sourit. Elle dit « bon je veux bien en prendre un [bébé] chez moi... sinon je vois pas comment faire ! », Marc : « chez toi je suis pas sûr que tu aies le matos pour prendre en charge un 28 semaines... » [sourire], « oh, j'ai un chauffage ! » [ton ironique]. Ils discutent comment faire de la place en néonatalogie. La pédiatre doit essayer de convaincre une dame de transférer son bébé à Neuchâtel, mais celle-ci refuse. Le chef de service dit « dites-moi si vous voulez que j'aille lui parler pour remettre une couche ». Il est appelé et sort de la salle. La discussion reprend autour de la balance risques/places pour les deux grossesses. Marc dit qu'il pense qu'au vu des résultats d'exams, on pourrait attendre pour une des deux grossesses, « mais bon je ne suis pas le chef ». Ils attendent un peu mais comme le chef de service ne revient pas avant la fin du colloque, ils décident de provoquer seulement une des deux grossesses (la plus risquée) et de mettre en place une surveillance plus poussée de la seconde, de refaire des exams et d'en rediscuter ensuite. La pédiatre dit à nouveau que cela va être difficile de faire de la place (Colloque médical d'équipe, note de terrain)

Le chef de service se positionne en faveur d'une provocation des deux grossesses pour diminuer le risque obstétrical, quitte à déléguer les risques liés à la prématurité au service de néonatalogie. Les néonatalogues devront à leur tour effectuer une balance plus fine des risques pour les nouveau-nés pris en charge, et essayer de transférer ceux moins à risque pour laisser la place aux plus à risques. Le chef du service a au final la responsabilité (et notamment médico-légale) des décisions qui sont prises dans son service. Malgré une solidarité et un travail en réseau établi entre les services, avoir la responsabilité du risque et des complications, en résultant le cas échéant, influence la classification du risque et les décisions.

La temporalité du risque est également une dimension centrale et liée avec la responsabilité. Le risque immédiat a tendance à primer dans les décisions par rapport à un risque

hypothétique et futur, même plus élevé, que les professionnelles peuvent imaginer ne pas avoir à supporter. Cette situation en témoigne :

Un cas du service prénatal est discuté en colloque. Une décision de césarienne programmée avait été posée, mais quand le chef de clinique a rencontré le couple pour leur annoncer la décision, il a appris que ceux-ci « veulent entre cinq et dix enfants ! »²⁵⁸. Il continue « certes là, la voie basse est un risque, mais au cinquième accouchement par césarienne là ce sera aussi un risque, alors je ne sais plus ». Le chef de service prend le dossier médical de la patiente, le lit brièvement et dit : « il y a quand même plusieurs fibromes... je laisserais en césarienne ». (journal de terrain, La Maternité, colloque médical du matin).

Vanessa confirme que les risques futurs sont moins pris en compte, et donc moins communiqués aux femmes. Il est admis que les décisions doivent se baser en priorité sur la situation présente et concrète:

la césarienne elle est mieux contrôlée par le médecin mais elle n'est pas sans risque non plus. (...) C'est des risques qu'on fait prendre à la patiente sans forcément lui expliquer, pour une prochaine césarienne vous allez peut-être avoir un placenta qui s'insère mal... un risque de saignement accru, ou de dire votre bébé va peut-être moins bien s'adapter. Je ne pense pas qu'on dise ça. (Vanessa, sage-femme mat)

Le fait d'avoir la responsabilité immédiate d'un risque a donc un impact sur la classification des risques et les décisions. Les contraintes organisationnelles et les modalités de gestion des risques spécifiques des autres services et/ou des autres spécialités médicales constituent une source potentielle et supplémentaire de désorganisation de l'activité à La Maternité. J'ai cependant constaté que ce problème touche plutôt la néonatalogie que l'obstétrique : si les obstétriciens tentent de prendre en compte les contraintes de la néonatalogie, ce sont eux qui ont le dernier mot pour décider de provoquer un accouchement ou de faire une césarienne.

3.3. La gestion du risque sous la contrainte des conditions matérielles : « Il faut que ça accouche, on ne peut pas le nier »²⁵⁹.

La cadence soutenue liée au fait d'exercer dans une grande maternité place les professionnelles dans : « une dynamique où il faut que ça accouche » (Amélie, sage-femme mat), comme le rappelle ce médecin chef à ses équipes lors d'un colloque médical quotidien.

vu le nombre de salles d'accouchements par rapport à notre activité, il faut maximiser l'occupation et l'utilisation. Attendre huit heures pour mettre de l'ocytocine je ne comprends pas pourquoi! Il faut aller de l'avant. (Chef de service, Journal de terrain)

Marie partage ce constat de la remodelisation du risque en fonction de la réalité concrète du terrain, dont elle semble s'être accommodée.

on n'a pas une très grande marge de manœuvre. Il y a la réalité d'être dans une très grande salle d'accouchement, une femme qui entre en salle d'accouchement, sachant qu'il y a 10 femmes qui attendent pour une provocation, on peut pas se dire qu'on attend pendant cinq heures si elle se

²⁵⁸ Plus le nombre de césariennes effectuées sur une même femme augmente, plus les difficultés opératoires augmentent et les risques de complications sont élevés (rupture utérine, mauvaise insertion placentaire, etc.).

²⁵⁹ Amélie (sage-femme mat)

met en travail. C'est dommage, mais on est dans cette réalité-là. (Marie, sage-femme mat)

A plusieurs reprises lors de mes observations sur le terrain, j'ai constaté que la particularité d'un travail « sans fin », puisqu'il y a potentiellement des femmes enceintes « sur le feu » (c'est-à-dire qui sont en train de se mettre en travail) dans plusieurs endroits de la ville, et qui vont arriver « à tout moment » en salle d'accouchement, est une réalité qui pèse parfois sur les professionnelles, les inquiètent, et peut participer de leur envie « d'avancer », c'est-à-dire d'accélérer des provocations ou des césariennes. La salle d'accouchement ne peut accueillir qu'un nombre limité de parturientes, alors que le flot des entrées est à la fois constant, irrégulier et imprévisible. Cette cadence imposée implique que les sages-femmes ont intérêt à ce que les femmes accouchent selon le temps prévu par le protocole. En ce qui concerne les poussées actives par exemple, la sage-femme doit être présente en permanence (alors que pendant les autres phases, elle peut s'absenter). Si un temps supplémentaire est accordé après l'heure de poussées normalement prévue, celle-ci doit redoubler d'attention : Joana me dit qu'elle « surveille comme le lait sur le feu » ces situations, et l'interne reste lui aussi dans la salle la plupart du temps, ce qui demande un investissement élevé du personnel. J'ai également observé des attitudes de lassitude chez les sages-femmes dans les situations qui se prolongent. Parfois, la recatégorisation à risque d'une situation et la décision d'intervention peut représenter un soulagement, il permet de clore la situation, pour enchaîner sur la suivante.

Des sages-femmes déplorent cette situation. Amarande (sage-femme mat) regrette que certaines provocations soient « faites quand tu veux être productive ». Plusieurs sages-femmes sont lasses de devoir accompagner deux (parfois trois) femmes en même temps, surtout quand celle(s)-ci n'ont pas de péridurale. Elles n'auraient pas la possibilité de rester suffisamment auprès des femmes pour les encourager et les soutenir, ce qui conduit plus de femmes à « craquer » (Elisa, parturiente, 1 mat) et à demander une analgésie. Selon ces sages-femmes, la péridurale pourrait à son tour amener d'autres effets comme des décélérations chez le fœtus, des stagnations de la dilatation, ou des défauts d'expulsion : « on a un taux particulièrement élevé de péridurale. Mais je m'imagine que si on avait plus de temps pour accompagner les femmes bah on aurait peut-être plus d'accouchements naturels, moins d'instrumentation » (Nadine sage-femme mat).

J'ai déjà montré que les professionnelles attribuent certains changements dans les protocoles au manque de personnel. Des conséquences sur les pratiques effectives sont également observables. Les plus expérimentées vont même jusqu'à dénoncer une situation qui risquerait de devenir « dangereuse » (journal de terrain, La Maternité, sage-femme). Lors d'une journée au rythme intense, pendant laquelle presque toutes les salles étaient occupées et que le médecin accepte encore un transfert, Caroline (sage-femme mat) prévient : « On n'est pas en sécurité, s'il arrive encore une ambulance on fait comment ? Il va arriver un gros truc » (Journal de terrain). Pour Kira (sage-femme mat), La Maternité traverse « une situation de crise », à cause du « manque de personnel ». Elle me fait part de ses inquiétudes :

on se bat parce qu'il y a aussi des risques qu'on se retrouve à ne pas réussir à gérer, une situation qu'on aurait dû gérer, parce qu'on n'est pas assez. C'est terrible comme sentiment. C'est frustrant, et ça fait peur. (...) C'est aussi là où le travail en équipe est super important, on est hyper solidaires, on se connaît depuis des années, ça roule comme sur des roulettes, et c'est vraiment notre force. (Kira, sage-femme mat)

Kira reconnaît à la fois que la situation actuelle pourrait avoir des conséquences futures sur la sécurité, mais enchaîne en montrant combien l'équipe actuelle est capable d'assurer la cadence. L'équipe est considérée comme primordiale dans un contexte où les professionnelles ont le sentiment d'être débordées. La solidarité est vue comme une qualité essentielle. De nombreuses professionnelles sont amies et se voient en dehors de l'hôpital (y compris entre médecins et sages-femmes). Elles sont parfois témoins de mariage, marraines des bébés des collègues, partent en vacances ensemble. La nuit, l'activité étant souvent plus réduite, les professionnelles (surtout les sages-femmes), partagent une grande table où chacune apporte une spécialité qu'elle a cuisinée, l'ambiance est très conviviale²⁶⁰.

L'argumentaire autour de la sécurité reste peu fréquent chez les sages-femmes de La Maternité qui tendent à défendre le travail de qualité qu'elles font, en dépit des conditions difficiles de travail. Elles mettent plutôt en avant leur épuisement professionnel comme conséquence du manque de personnel, que la péjoration de la qualité des prestations qu'elles assurent.

Plusieurs articles sont parus dans des journaux locaux faisant état de problèmes liés à un manque de personnel qui deviendrait dangereux. L'un de ceux-ci paru au printemps 2015 était particulièrement virulent à l'égard des conditions d'exercice dans cette maternité à cause de restrictions budgétaires. Des propos anonymisés de sages-femmes étaient rapportés, tout comme des positions officielles des syndicats du personnel: «les conditions de travail sont aujourd'hui fermement dénoncées par les syndicats, évoquant de 'graves dysfonctionnements mettant en danger la vie' des femmes en train d'accoucher». Au lieu de se réjouir de la publicité du manque de personnel et de ses conséquences, qui auraient pu être perçues comme un levier politique pour faire avancer leurs revendications, les sages-femmes que j'ai eu l'occasion de rencontrer à cette période se sont senties trahies par cet article. Les mots étaient durs à l'égard des sages-femmes qui avaient accepté d'être interviewées. Ces sages-femmes lisaient cet article plus comme une critique de leur pratique professionnelle que du contexte structurel qui les empêcherait d'effectuer leur travail de manière satisfaisante. Leur attitude était défensive pour protéger l'institution dans laquelle elles exercent. Le linge sale ne semble pouvoir se laver qu'en « famille » (un terme qui a été employé plusieurs fois par les sages-femmes pour évoquer leurs collègues, tout comme le mot « maison » est souvent utilisé pour faire référence à leur lieu de travail).

Le travail de requalification du risque, le fait de devoir gérer en même temps plusieurs parturientes, de devoir décaler des actes en fonction d'impératifs organisationnels, d'enchaîner des actes techniques de précision, sont des situations stressantes et éreintantes, mais sont aussi sources de gratifications professionnelles intenses. Les sages-femmes insistent ainsi sur leurs qualités professionnelles, la solidarité d'équipe et l'excellente coordination et flexibilité²⁶¹, qui leur permettent de continuer à assurer un service de qualité

²⁶⁰ Ces temps de pause ont une importance centrale comme ciment du groupe et lieu où « les normes de groupe s'expriment et se concrétisent » (Monjaret 2001). Véritable moment rituel (Thomson et Hassenkamp 2008), ils ont une « réelle efficacité sociale et symbolique » pour fédérer le groupe et l'attacher à la fois à sa profession et à son institution (Monjaret 2001). Pour une analyse de ces moments dans le contexte du monde hospitalier romand, je renvoie à cette publication : (Bourrier et al. 2009).

²⁶¹ Je rappelle que les sages-femmes s'organisent régulièrement entre elles pour « surveiller le tracé » d'une des parturientes suivie par une collègue, ou pour aller injecter du Syntocinon lorsqu'il le faut alors qu'une collègue est occupée, par exemple à diriger des poussées dans une autre salle. Si les

pour les femmes, et une prise de risque réduite, malgré les restrictions budgétaires. Le travail en équipe permet ainsi de récupérer une partie des problèmes créés par le rythme de travail intense et discontinu. Dans le contexte de l'obstétrique actuel, la prise de risque est considérée comme la plus grave incompétence professionnelle possible. Même dans le cas où cette prise de risque est causée par des conditions structurelles qui dépassent les professionnelles, celles-ci en ressentent la responsabilité et agissent pour prouver que les risques sont maîtrisés et non dictés par les conditions matérielles.

Les professionnelles agissent ainsi pour prioriser les risques en situation : lorsque l'activité est intense, les décisions sont renégociées en fonction des autres situations non urgentes en présence. Cela peut concerner des cas de stagnation de la dilatation alors même que le bloc est occupé mais que le bien être fœtal semble conservé, ou des cas d'indications de maturations/provocations alors que toutes les salles d'accouchements sont pleines. Les professionnelles reconstruisent une classification des risques en présence pour sélectionner les cas prioritaires. Lyanna (sage-femme mat) donne l'exemple d'une femme qui aurait dû être césarisée pour stagnation de la dilatation mais qui a accouché par voie basse d'un bébé en bonne santé car le bloc était occupé et sa situation considérée comme non urgente : « elle a eu une chance, dans son malheur, c'est que ce jour-là, il y a eu trois blocs qui se sont enchaînés, et qu'elle devait passer en troisième position au bloc »²⁶². Les reclassifications fines des risques auxquelles j'ai assisté concernent le plus souvent les femmes qui doivent être maturées provoquées et qui attendent à leur domicile pour les cas non urgents, ou au prénatal si la situation est jugée plus risquée, et donc plus pressante. Les conditions matérielles empêchent régulièrement d'appeler toutes les femmes qui devaient être provoquées un tel jour et des stratégies de priorisation du risque prennent place :

Toutes les salles sont occupées. En bas du tableau, trois patientes sont notées, en attente d'être provoquées. La référente et une autre sage-femme expérimentée sont devant le tableau. La référente dit : « ok à la quatre x a bientôt fini son post-partum, y'a rien pour nous aux urgences (elle avait consulté le panneau informatique juste avant), on va appeler une mat provoc [maturation provocation de l'accouchement]. Ok alors fatigue maternelle, en dernier... Madame vous verrez vous serez encore plus fatiguée quand il sera là ! (elle écrit trois qu'elle entoure devant le nom de la patiente) Non mais je te jure ! Terme dépassé deuxième position (elle écrit deux qu'elle entoure devant le nom de la patiente). Allez on va prendre celle-là. Je l'appelle ». (Journal de terrain, bureau des sages-femmes)

Cette réalité entre souvent en conflit avec le vécu des parturientes. Dans le cas des provocations par exemple, les médecins expliquent en consultation aux femmes que la provocation est ce qu'il y a de mieux pour elle-même et le bébé. Certaines sont cependant réticentes à la provocation et doivent être convaincues. Quand finalement elles l'acceptent mais que finalement les professionnelles ne les appellent pas le jour prévu, certaines se sentent trahies par l'institution. Certaines pensent que les professionnelles ont utilisé la peur

sages-femmes suivent une parturiente et apprécient ce suivi, il est parfois nécessaire de se rediviser le travail, provisoirement.

²⁶² J'ai assisté à une situation qui s'est moins bien terminée. Les médecins étaient occupés au bloc, tandis que dans une chambre la parturiente avait dépassé l'heure de poussées et que le monitoring présentait un tracé d'abord limite, puis qui nécessitait d'intervenir selon la sage-femme. Celle-ci était de plus en plus anxieuse en attendant les médecins, passant sa tête par la porte nerveusement pour vérifier s'ils arrivaient, continuant à demander à la référente de les appeler, etc. Une deuxième cheffe de clinique a finalement été appelée, et le bébé, né par ventouse, a dû bénéficier d'une réanimation par les pédiatres.

du risque comme un moyen de les faire changer d'avis alors que le risque n'était pas si important que cela (perte de confiance envers les professionnelles autour de la classification du risque présenté). Elles pensent que les médecins ont insisté pour les provoquer pour des raisons organisationnelles qui n'ont rien à voir avec le risque. D'autres pensent que la qualification du risque est exacte mais que des raisons organisationnelles empêchent les professionnelles de les provoquer, leur faisant ainsi prendre un risque pour leur bébé (perte de confiance envers l'institution autour de sa capacité à prendre en charge les risques). Myriam me raconte ainsi comment s'est passée sa provocation pour terme dépassé :

on est arrivé à la semaine 41, y a rien qui se passait, nous on a appelé [la salle d'accouchement] parce que j'étais déjà stressée parce qu'on nous avait dit que c'est pas bien si le bébé reste beaucoup de temps dans le ventre et tout ça... On m'a dit: « non mais c'est bon! Le bébé peut rester jusqu'à 41 semaines et trois jours », j'ai même appelé ma gynécologue à moi pour lui demander, tout ça. Et après ils n'ont pas appelé [pour la provocation]. Il y avait toujours des femmes qui venaient en urgence, alors elles passaient devant moi. Moi j'étais dans la liste d'attente, j'étais la première, mais il y avait toujours quelqu'un qui... alors je me disais: « mais ça va toujours être comme ça! y a toujours des femmes qui viennent... » (...) j'étais stressée aussi pour savoir si le bébé il était bien! Alors on est allés aux urgences, même [si] j'avais pas rendez-vous²⁶³. (Myriam, parturiente, 2 mat)

L'anxiété que ressent Myriam est directement en lien avec la standardisation médicale (ici temporelle) qui est attendue des grossesses. Quand l'accouchement ne se déclenche pas, alors que la date prévue d'accouchement est dépassée, le stress s'installe. Il s'intensifie lorsque les professionnelles lui disent qu'il faudrait maintenant provoquer mais qu'on ne l'appelle pas. La date prévue d'accouchement est quasiment perçue par Myriam comme une date de péremption à partir de laquelle son corps ne serait plus capable d'accueillir son enfant, mais le mettrait au contraire en danger. Cette standardisation est édictée par le monde médical et communiquée à Myriam sous forme de date. Si les professionnelles me disent expliquer aux femmes qu'il s'agit d'une date approximative, celles-ci se rendent bien compte que les professionnelles prennent leurs décisions en fonction de celle-ci. De plus, elles n'ont pas nécessairement les informations nécessaires pour relativiser l'importance, et surtout le degré de précision de cette date, comme les professionnelles sont en mesure de le faire. Eva (sage-femme agréée) qui accompagne régulièrement des femmes qui sont dans cette situation, me dit, en entretien, qu'elle invite les femmes à comprendre « une réalité hospitalière qu'on ne peut ignorer », où les sages-femmes sont débordées. Pour elle, c'est important « qu'on se comprenne les uns les autres ». Elle rapporte que malgré cela, la situation reste difficile pour les parents :

Les mamans qui sont en attente qu'on les appelle au téléphone pour être provoquées, parce qu'on leur dit « on doit vous maturer et provoquer, c'est important parce que vous avez ça ». Le lundi on ne les appelle pas. On n'a pas de place. On devait provoquer parce qu'il y avait un problème et puis vous

²⁶³ D'après ce que m'ont dit les sages-femmes, elles expliquent aux femmes lors des consultations prénatales qu'elles ne doivent pas appeler mais se contenter d'attendre que les professionnelles les appellent. Il arrive pourtant très souvent, comme dans le cas de Myriam, que ces femmes appellent la salle d'accouchement, parfois plusieurs fois, pour demander pourquoi on ne les appelle pas pour être provoquée. Plus rarement, certaines femmes viennent en personne à la maternité et essaient d'entrer en salle d'accouchement, autant de comportements qui agacent les sages-femmes. La majorité des parturientes n'appellent pas et ne se rendent pas à l'hôpital. Mon dispositif d'enquête ne me permet pas de savoir si toutes ces femmes silencieuses sont confiantes envers l'institution et ont compris cette nécessité de reclassifier le risque.

m'appellez pas ? Les gens ne comprennent pas ça. C'était urgent de provoquer et maintenant vous me faites attendre 24 heures ? Les papas ils deviennent fous (Eva, sage-femme agréée)

J'ai toutefois constaté qu'en général, la confiance accordée à l'institution par les parturientes est large. Plusieurs femmes qui étaient en attente de provocation m'ont dit sur le terrain ou lors des entretiens que l'attente était stressante, mais leur confiance inaltérée.

Etant donné les situations de travail effectives à un instant donné, les risques de plusieurs femmes doivent être mis en rapport entre eux et les professionnelles doivent établir des priorités selon le niveau de risques supposés. Un risque individuel, dans le contexte d'une grande maternité, n'existe pas complètement en soi, mais est négocié en fonction de la configuration dans lequel il s'inscrit à un moment donné et de la mise en relation avec d'autres risques en présence chez d'autres parturientes.

VIGNETTE 1: FOCUS SUR UN MOMENT DE CONSOLIDATION DE LA COHÉSION DE L'ÉQUIPE DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes qui prennent la garde de nuit arrivent presque toutes en même temps, elles me font l'effet d'une tornade joyeuse qui fait irruption dans le service. On ferme les portes du bureau des sages-femmes. Certaines se font la bise, rigolent, crient, chantent. Elles investissent les lieux. (...)

La sage-femme référente et une autre très expérimentée parlent beaucoup, elles occupent le devant de la scène. Elles mènent les conversations et introduisent les sujets. Les autres suivent pour commenter.

20h : On se rend en salle de pause pour manger avec les autres sages-femmes. Elles mettent la table. Tout le monde a amené des choses à partager, la table est remplie de mets que les sages-femmes ont préparés elles-mêmes : une tarte aux pommes, deux salades composées, une grande soupe aux légumes, une tarte aux brocolis, des chocolats, du pain, et d'autres petites choses. Je dis que c'est impressionnant tout ce qu'il y a et demande si c'est toujours comme ça. La sage-femme référente me dit « oui, en tout cas la nuit on essaie ».

La sage-femme référente et une autre sage-femme expérimentée mènent la discussion. Elle va tourner autour d'une sage-femme qui travaille au prénatal et qu'elles critiquent pour son « baobab dans la main » : « je lui demande, 'tu peux prendre cette dame?' Et elle dit 'ohhfff' alors je lui dis 'ok, j'ai compris je la prends !' Mais c'est tout le temps comme ça! Et elle est là en salle de pause, 'ohhff...' mais moi est-ce que j'ai envie aussi de prendre cette dame ? ». La référente ajoute : « oui et puis elle nous transfère tout le temps les parturientes en salle d'accouchement même quand [le travail de l'accouchement] n'est pas avancé! Elle trouve des excuses, elle dit 'mais c'est la dame qui veut !'. Ça elle l'utilise souvent cette excuse. » (...) Une jeune sage-femme déclare « mais c'est leur accouchement aux dames quand même ! Et nous on n'est pas là pour se reposer ! ». Une autre renchérit : « s'asseoir en salle de pause alors que c'est la merde en salle, moi je comprends pas, je comprends juste pas! On s'allonge alors qu'il y a beaucoup de boulot, je comprends pas ! On est une équipe, une équipe (le répète plusieurs fois) ». (Journal de terrain, La Maternité)

Commentaire : Cet extrait de journal de terrain donne d'une part à voir la forte cohésion d'équipe qui est maintenue par l'informel (ici le partage de nourriture, et les moments de rires et de blagues). D'autre part, les échanges des sages-femmes à propos de certaines autres collègues illustrent le fait que les pratiques visant à s'économiser sont mal perçues.

Conclusion du chapitre 8

J'ai analysé dans ce chapitre comment la gestion des risques, leur catégorisation et leur classification sont au cœur du dispositif de gouvernement de l'accouchement.

Les corps des parturientes et des fœtus sont régulés pour assurer une surveillance continue, considérée comme le seul moyen de contrôler les risques. L'objectif est d'assurer une surveillance « parfaite » au sens des protocoles institutionnels. La surveillance omniprésente, omnisciente et rationalisée a pu se stabiliser rapidement car elle favorise une situation de compromis entre différents projets et entre différentes professionnelles (et parturientes dans une moindre mesure). Plusieurs chercheuses font le constat d'un rétrécissement de la catégorie du « normal » au profit de celle du « risque », Skinner et Maude écrivent par exemple : « what was in the past perceived as normal was becoming smaller and smaller » (2016b, 10). Les pratiques anticipatrices des sages-femmes que j'ai analysées contribuent ainsi à expliquer ce mouvement. Selon Heyman « The current version of risk thinking requires anticipatory measures to have been systematically put in place across the entire society in order to anticipate the potentially unlimited class of what might happen » (Heyman 1988, 214; cité par: Scamell 2016). Ainsi, l'existence des interventions anticipatrices des sages-femmes en faveur du maintien d'une surveillance parfaite constitue un signe du fait qu'elles ont largement assimilé le risque à leurs pratiques.

La surveillance qui est pratiquée à La Maternité a tous les traits du biopouvoir défini par Foucault. Elle concerne en premier lieu les corps des femmes et des fœtus qui sont monitorés en continu, par des machines et des professionnelles. La surveillance « parfaite » passe par une régulation du corps des femmes dans le but de garantir sa sécurité et celle du fœtus. Des actes sont ainsi réalisés, et d'autres refusés, dans ce but. Cette surveillance s'exerce de manière diffuse et en partie désincarnée. Des professionnelles que la femme ne rencontre pas peuvent participer à l'exercer et à l'interpréter, derrière l'écran de transmission des monitorings et le tableau blanc du bureau des sages-femmes. Ce biopouvoir n'exerce pas, ou peu, une action autoritaire sur le corps des femmes, celles-ci s'y soumettent volontiers la plupart du temps, et la relaient elles-mêmes à travers leurs subjectivités. Leur entourage social peut même y participer : avant que les femmes ne se rendent à la maternité, lorsque les pères par exemple monitorent les contractions à l'aide de leur smartphone. Le biopouvoir s'exerce sur les corps pour garantir la sécurité, ici la sécurité d'un enfant à naître qui est particulièrement socialement valorisée. Quel autre espace aussi parfait pour le biopouvoir que celui du gouvernement de la vie qui s'annonce ? J'ai montré que les femmes sont ambivalentes face aux technologies de surveillance qui peuvent gêner et inquiéter, mais qu'elles s'y soumettent volontiers dans l'ensemble puisqu'elles sont convaincues que c'est nécessaire pour ne pas mettre en péril la santé de leur enfant. Le risque a ainsi permis de faire pénétrer dans les représentations, la nécessité de l'omniprésence de la technologie (Cartwright et Thomas 2001).

Les professionnelles sont par ailleurs elles-mêmes surveillées à travers différentes instances. Les protocoles peuvent être adaptés uniquement lorsque les médecins sont capables de produire un discours légitime pour soutenir leur parole. J'ai montré que le colloque comporte l'enjeu fort d'une « élaboration rétrospective de sens » (Weick 1995, 1979). Cela renvoie au concept de sensemaking défini ainsi par Weick : « the basic idea of sensemaking is that reality in an ongoing accomplishment that emerges from efforts to create order and make retrospective sense of what occurs » (Weick 1993, 635). Il s'agit de

« reconstruire après coup des histoires plausibles » (Koenig 2003, 23). D'une part, les internes doivent être capables de faire sens après coup des décisions qu'elles ont prises, et d'autre part, leurs interprétations sont vérifiées et réajustées par les médecins adjoints. Cela favorise le maintien de la cohérence qui sert à la fois de renforcement de la culture de service, d'affirmation de la position des médecins, et de protection contre les risques médico-légaux.

Ces processus sont relatifs à un « gouvernement par l'argumentation ». Celui-ci prend place dans un contexte de peur d'être blâmée par sa hiérarchie, ou pire d'être impliquée dans des poursuites médico-légales. Mary Douglas a montré comment la logique du risque a développé ce qu'elle nomme une « blame culture » qui incite à chercher les coupables quand le risque se réalise²⁶⁴ : « under the banner of risk reduction, a new blaming system has replaced the former system based on religion and sin » (Douglas 1992, 16). Les professionnelles sont ainsi baignées en permanence dans la crainte de commettre une erreur et d'être accusées, surtout que dans l'obstétrique, ces risques sont perçus comme intolérables. Les risques médico-légaux sont toutefois plus présents dans les représentations des professionnelles, qu'observables concrètement. Si des recherches ultérieures devraient être conduites pour confirmer cette analyse, les professionnelles que j'ai rencontrées semblent être très peu impliquées dans des procédures judiciaires, alors que celles-ci sont extrêmement présentes dans leurs discours et impactent leurs décisions. La peur d'être blâmée participe du gouvernement des pratiques : les professionnelles se soumettant volontairement à la logique du risque qui pousse à médicaliser et surveiller les accouchements pour éviter les risques, et notamment celui d'être blâmée voire attaquée en justice.

Au-delà de la question médico-légale, des travaux de recherche ont déjà montré que la peur et l'anxiété ressenties par les professionnelles favorisent une attitude interventionniste. Carricaburu évoque « la crainte et le stress » (2010, 39) ressentis par les professionnelles lors de l'accouchement podalique, qui pousse à abandonner la pratique au profit d'une césarienne dont la technique apparaît comme plus maîtrisée, moins incertaine. Allcock et al. ont démontré l'existence d'une forte corrélation entre le niveau d'anxiété des médecins et leur propension à réaliser des césariennes : « anxiety may be an undesirable trait in obstetricians as it has been shown to be associated with an undesirably high intervention rate » (Allcock, Griffiths, et Penketh 2008, 392), validant ainsi les intuitions de certaines professionnelles que j'ai rencontrées. J'ai également mis en évidence le fait que pour certaines, avoir fait l'expérience de situations qui se sont compliquées et qui ont eu des conséquences graves sur la parturiente et le fœtus augmente leur anxiété et participent de leur propension à être interventionnistes.

La surveillance qui s'exerce sur les professionnelles est de nature panoptique, à la manière des prisons imaginées par Bentham et analysées ensuite par Foucault. Les professionnelles, et en particulier les sages-femmes, savent qu'elles pourront à tout moment être contrôlées, tout en ignorant quand, et en ce qui concerne la surveillance retransmise, sans savoir qu'elles sont observées et par qui. Cela rend l'exercice du pouvoir très efficace : il est diffus

²⁶⁴ Voir aussi : Alaszewski et Harvey (2002), Downe et Dykes (2009) ou Cartwright et Thomas (2001).

et son action directe peut se passer d'être continue puisqu'elle est intégrée par les personnes sur lesquelles il s'exerce. Pour reprendre Foucault (1975), à propos de son analyse de la prison, il s'agit en effet de « faire que la surveillance soit permanente dans ses effets, même si elle est discontinuée dans son action ; que la perfection du pouvoir tende à rendre inutile l'actualité de son exercice ; que cet appareil architectural soit une machine à créer et à soutenir un rapport de pouvoir indépendant de celui qui l'exerce ; bref que les détenus soient pris dans une situation de pouvoir dont ils sont eux-mêmes les porteurs » (Foucault 1975, 202-3). Cette surveillance permet de gouverner toutes les pratiques de manière non autoritaire ; dans mon cas, les professionnelles pensent qu'il est dans leur intérêt d'être surveillées, notamment pour éviter d'être responsables en cas d'erreur. Cela les amène également à adopter la logique biomédicale du risque, et en ce qui concerne les sages-femmes, à accepter la standardisation et l'autorité des médecins. J'ai même montré que celles-ci vont anticiper la classification d'une situation comme à risque en commençant à intervenir très tôt dans l'accouchement. Par ailleurs, les risques médico-légaux deviennent aussi un outil utilisé par les professionnelles pour légitimer la surveillance et l'interventionnisme qu'elles exercent sur les femmes.

Dans ce chapitre j'ai finalement mis en évidence le caractère situé du risque, qui est construit en fonction des situations de travail à un moment donné. Le projet de l'obstétrique moderne est de réduire au minimum tous les risques médicaux en se fondant sur des données scientifiques. Le fait que la gestion des risques soit, du moins en partie, déterminée par des aspects matériels remet en partie en question cette perspective. En partie car comme je l'ai montré, les professionnelles montrent qu'elles réagissent d'une manière raisonnée face aux contraintes matérielles, elles adaptent leurs réponses pour éviter les risques les plus graves, ainsi faire une césarienne plus rapidement en clinique apparaît raisonnable pour éviter un risque de complications qui serait plus difficilement rattrapable qu'en milieu hospitalier. Comme dans l'étude de Carricaburu pour le contexte français, j'ai montré que « la rationalisation formelle », à savoir « à tel risque correspond telle technique » est insuffisante pour comprendre des pratiques puisque « les techniques peuvent être détournées (...) leurs recours relev[ant] alors davantage d'une rationalisation matérielle, liée aux conditions dans lesquelles les professionnels exercent » (Carricaburu 2005, 260). D'autres recherches ont établi un lien entre taux de césariennes et organisation du travail aux Etats-Unis (Iriye et al. 2013), et en Amérique latine (Althabe et al. 2004). Les réponses qui sont apportées face aux contraintes matérielles sont donc produites dans un contexte donné et sont en accord avec la culture biomédicale du risque.

Au-delà du caractère situé du risque en fonction des situations de travail, je rejoins les conclusions de Carricaburu (2007) à propos de l'usage variable du concept de « risque » par les professionnelles. La sociologue dégage deux définitions en tension qui cohabitent dans les discours et les pratiques. La première est relative à un risque prédictif qui s'appuie sur un « raisonnement probabiliste » (Carricaburu 2007, 123) et est issu des recherches médicales et épidémiologiques. C'est un risque que les professionnelles utilisent pour prendre des décisions, par exemple en matière d'intervention ou de surveillance. C'est un risque qui se *prouve*. La deuxième définition du risque qui est en circulation, est celle d'un risque « omniprésent » (Carricaburu 2007, 127), « ubiquitaire » (Carricaburu 2007, 141). Celui-ci n'informe pas, il n'aide pas à l'action et il demeure quoique l'on fasse, il plane sur les interactions et provoque un sentiment d'anxiété. Ce risque a peu à voir avec les recherches, c'est un risque qui *s'éprouve*. L'organisation de l'obstétrique actuelle est aussi pleinement fondée sur ce risque : on considère qu'une part de risque et d'incertitude reste insaisissable

et demeure quoi que l'on fasse, ce qui vient justifier un certain niveau de surveillance et d'interventions continu pour toutes. Cette définition du risque constitue également un levier de pouvoir et de légitimation pour les professionnelles (médecins surtout, mais sages-femmes également). Carricaburu écrit ainsi que « la logique ubiquitaire peut être réactivée par la rhétorique du groupe social dominant lorsqu'il s'agit de défendre ses intérêts » (Carricaburu 2007, 141-42). C'est typiquement le cas dans les débats autour de l'accouchement à domicile par exemple. Ces deux types de risques ne sont ainsi pas convoqués de la même manière, ni ne fonctionnent avec la même logique. Cependant, je considère que ceux-ci sont très imbriqués et difficilement séparables : il n'y a pas de risques qui soient « objectifs » et d'autres qui soient « subjectifs ». Comme je l'ai souligné, la construction du risque « probabiliste » repose aussi sur des mécanismes sociaux et est situé historiquement et géographiquement.

Conclusion de la troisième partie

Certaines règles sont explicites ou « officielles », ce sont celles qui sont écrites dans les protocoles, et d'autres sont implicites, non écrites et transmises entre professionnelles, notamment dans les instances comme le colloque, qui « assurent le fonctionnement quotidien de l'organisation » (Reynaud 1988, 5) et font vivre une certaine « culture de service » en partie stabilisée. Il y a ainsi « plusieurs sources de régulation » de l'activité (Reynaud 1988, 6). Ces deux couches ont pu être saisies par un travail de terrain prolongé : « Les premières [règles explicites] (...) sont celles qui apparaissent d'abord à l'observateur, alors que les secondes [règles implicites] ne se révèlent qu'après un examen direct des pratiques » (Reynaud 1988, 5) et ont été analysées dans cette partie.

L'élaboration de sens (« sensemaking ») se fait ainsi à la fois par la production de règles formelles (protocoles) qui évitent de renouveler sans cesse le travail interprétatif, et à la fois par le partage des interprétations (informelles, ou qui est organisé dans le colloque) (Weick 1993). C'est ce double-mouvement qui permet de stabiliser l'interprétation du sens qui devient partagée par les professionnelles.

Dans de nombreuses organisations modernes, en particulier celles qui fonctionnent par la rationalité technique, les règles et procédures écrites et officielles sont des éléments centraux de la gestion de la sécurité (Bourrier et Bieder 2013, 1-2). La Maternité, conçue comme un service d'urgence qui accueille notamment des situations complexes et aiguës, et dont le flux d'activité est important et irrégulier, est calquée sur ce modèle. Les protocoles sont perçus comme indispensables par les professionnelles pour garantir une prise en charge la plus sûre et efficace possible.

Réglementer les pratiques permet de réduire le sentiment d'incertitude éprouvé par les professionnelles (et l'anxiété qui y est associée) et de fluidifier l'activité et le travail en équipe : nul besoin de sans cesse réinventer des solutions et d'argumenter du bien fondé de celles-ci (Sennett 2000). Pour autant, les médecins responsables insistent sur la nécessité de ne pas figer l'activité : travailler en salle d'accouchement, sur des corps de femmes qui échappent régulièrement à la standardisation, à la norme, et au prévu, nécessite une certaine inventivité des équipes et une capacité à transformer les règles, pour autant que les médecins soient capables d'argumenter quant à la nécessité de le faire. Les règles doivent être appliquées de manière « intelligente » : les respecter scrupuleusement dans les situations classiques, savoir s'en écarter quand les conditions prévues par les protocoles sont modifiées (Dien 1998). Plusieurs travaux de recherche ont montré que la procéduralisation rigide des activités comporte des effets pervers : « This can result in people blindly following rules simply because they are there, rather than thinking about what they are doing » (Hale, Heijer, and Koornneef 2003, 6). L'organisation peut ainsi se retrouver paralysée par un personnel qui ne travaille que dans le périmètre défini par les règles (« work to rule ») (Hale and Swuste 1998). Les possibilités d'adapter les règles (qui sont plutôt des guides ou des modèles d'action que des contraintes rigides) constituent ainsi un modèle de sécurité fiable et efficace, notamment dans le domaine des soins (Hale and Borys 2013). Weick a montré l'importance de la flexibilité à travers les concepts d'« improvisation nécessaire » (Weick 1993) et de « variété requise » (Weick 2001). Les professionnelles doivent être capables de respecter les règles et de s'adapter, à des degrés variables qui sont

définis par les besoins de l'organisation dans laquelle ils évoluent, et notamment en fonction de la complexité et du niveau d'incertitude de celle-ci.

A La Maternité, j'ai constaté que les adaptations assumées à la règle (on verra que certaines adaptations sont faites à couvert) restent cependant marginales : les situations très compliquées échappent souvent à une possibilité d'adapter les protocoles (les décisions doivent être prises en quelques secondes, la marge de manœuvre est très faible), et les situations peu compliquées sont prises en charge, et surtout sont sous la responsabilité de médecins peu expérimentés. Les médecins adjoints demandent à la fois que les règles soient suivies, surtout que les médecins internes sont peu expérimentés, mais font appel en même temps à leur capacité à les adapter. Cette capacité relève en fait d'une expertise élevée, acquise par l'expérience : il est difficile pour les médecins peu expérimentés de distinguer quelles règles peuvent être adaptées, et lesquelles doivent être suivies à la lettre. Dans d'autres contextes, comme dans l'industrie nucléaire américaine, des règles et des procédures de nature différente ont été créées et classées selon le degré d'adhérence à la règle attendue de la part des professionnels (Perin 1993; cité par: Hale et Borys 2013), ce qui n'est pas le cas à La Maternité. De plus, adapter les règles formelles doit être fait en respectant certaines règles informelles, la culture du service, qui est impalpable et que les jeunes internes n'ont pas encore intégrée. Dans le doute, les médecins appliquent ainsi la règle formelle à la lettre pour éviter d'être blâmés. Ceux-ci se plaignent d'ailleurs de cette situation en entretien, en regrettant en particulier que les médecins les plus expérimentés soient peu présents en salle d'accouchement, contrairement à la situation dans d'autres spécialités (les anesthésistes par exemple). Un autre « effet pervers » de la (relative) rigidité des règles [side effect of the over-proceduralization] est qu'elle favorise des comportements défensifs [defensive behaviour], et notamment la « blame culture » (Fucks et Dien 2013, 28) dont j'ai analysé les effets.

Avant de clore cette partie, je vais synthétiser dans le tableau 3 les principaux résultats qui concernent les pratiques autour de la prise en charge de l'accouchement et des modalités de construction du risque à l'hôpital.

TABLEAU 3 : LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE DISPOSITIF HOSPITALIER :**PROCÉDURES ET PRATIQUES**

	Dispositif hospitalier
Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> - Hiérarchique et vertical - Incertitude maîtrisée par le médical
Régimes de justifications	<ul style="list-style-type: none"> - Sécurité - Contraintes matérielles - Judiciarisation (patientes procédurières)
Mise en pratique	<ul style="list-style-type: none"> - Transformer l'incertitude en risque - Procéduraliser et standardiser l'activité (règles formelles) - Transmettre une culture de service (règles informelles) - Surveiller les fœtus et les parturientes - Favoriser un (auto)-contrôle des professionnelles et vérifier leurs justifications
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Stabiliser un compromis - Réduire l'incertitude

A La Maternité, le modèle est hiérarchique et vertical : ce sont les médecins adjoints et le chef de service qui établissent les protocoles et qui vérifient lors du colloque soit leur application, soit les justifications relatives à leur adaptation. Le modèle est aussi avant tout biomédical : les responsables sont les médecins et les solutions envisagées sont issues d'un savoir et de technologies biomédicales. Ce modèle est justifié par les professionnelles par la quête de la sécurité, par l'existence de contraintes matérielles (flux et contenu variable de l'activité, personnel plus ou moins expérimenté disponible à un moment t, coordination interservices, etc.), et par le sentiment d'une montée de la judiciarisation. La mise en pratique passe par la procéduralisation et la standardisation de l'activité dans des règles formelles, complétées de règles informelles (culture de service) qui régulent l'activité. La surveillance des fœtus et des parturientes est centrale dans ce processus, de même que la surveillance de l'activité des professionnelles, qui est en fait très largement une auto-surveillance. Ce modèle est aussi bien soutenu par les médecins que par les sages-femmes. C'est le compromis entre professionnelles, et entre différents buts qui a permis à celui-ci de se stabiliser. Ce qui relie l'ensemble des régimes de justifications et de la mise en pratique, c'est la volonté de transformer une incertitude relative à un futur imprévisible, à une incertitude maîtrisée par sa transformation en termes de risques. Il s'agit de ne plus être dans la fatalité mais dans l'action (Cartwright et Thomas 2001; Scamell 2014): entreprendre des études épidémiologiques, mettre les résultats en protocoles afin de standardiser les décisions tout en les adaptant au contexte local, surveiller les femmes, les fœtus et les professionnelles, intervenir de manière préventive, etc.

Démontrer que les règles sont liées à un rapport à l'incertitude spécifique s'inscrit dans les travaux de la sociologie des organisations qui a bien montré comment les représentations du monde portées par les professionnel.le.s / les expert.e.s influencent la manière de formaliser les règles. Celles-ci sont en effet associées à des « culturally accepted beliefs about the world and its hazards » (B. Turner et Pidgeon 1997, 72; cité par: Fucks et Dien 2013, 27).

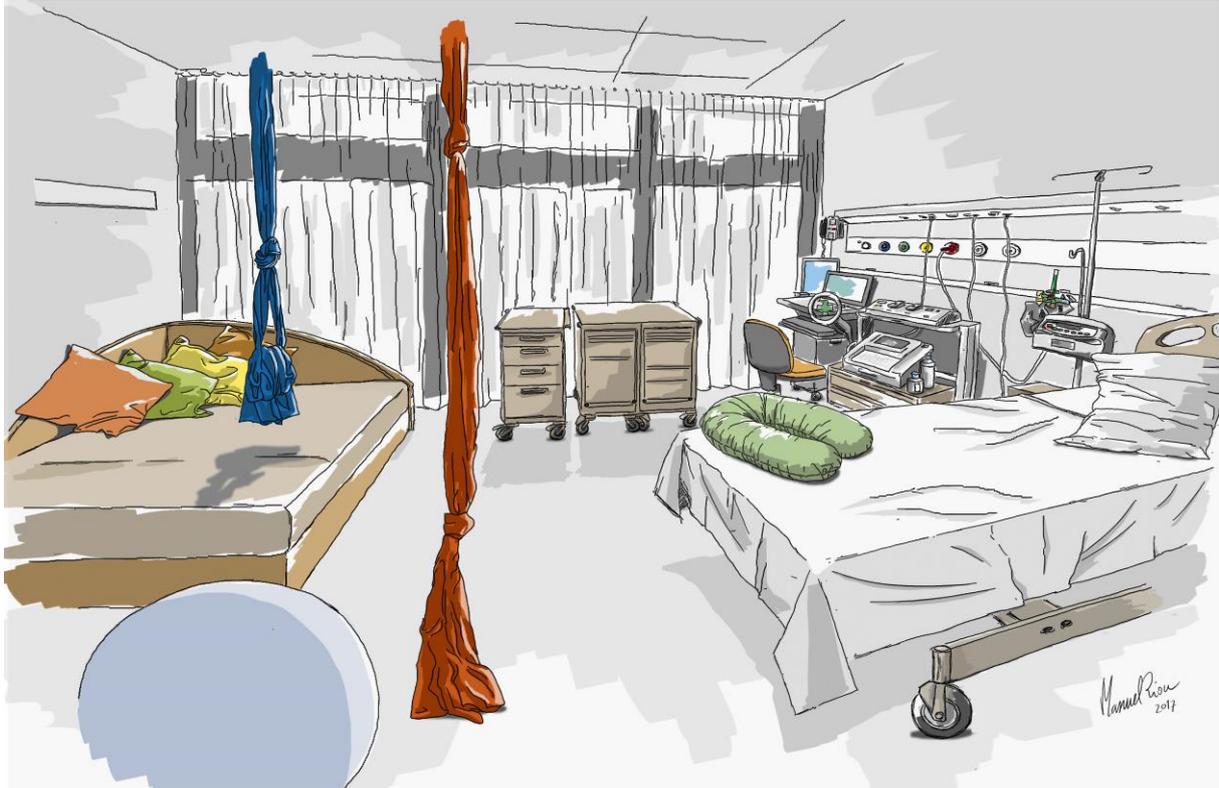
La culture du risque (à savoir la limitation de l'incertitude) favorise la recherche de coupables et augmente l'anxiété des professionnelles. Ce que Scamell (2016) a également mis en évidence:

Conceptualising untoward events in terms of culpability transforms these events into something that can be predicted and avoided. Through this translation, the possibility of bad luck, an unavoidable chance event for which no individual or system is directly responsible, becomes remote (Adams 2003; Furedi 2009). In other words, when bad luck from the past is used to predict the future, then the possibility for prospective bad luck vanishes and in its place is the notion of a culprit who, as soon as they have been identified, must be held accountable for negligence. (Scamell 2016, 18).

Elle a observé sur son terrain que des sages-femmes impliquées dans des procédures internes (reprises de cas par exemple) suite à des complications graves (officiellement pour que ces situations ne se reproduisent pas, mais Scamell montre qu'il s'agit aussi d'une recherche de culpabilité), vont ressentir de l'anxiété longtemps après que la procédure soit terminée. Elle a analysé en particulier le cas d'une sage-femme, qui était persuadée de ne pas avoir commis d'erreur, mais dont le comportement a complètement changé après la procédure : manque de confiance en elle, stress, angoisses et propension à intervenir davantage. Le modèle n'est pas celui de l'incertitude mais bien du risque calculé et donc que l'on peut théoriquement éviter. Cela pousse ainsi à identifier des « coupables » lorsque des événements imprévus se produisent (puisque l'on ne les considère plus comme imprévisibles), favorisant la prévalence d'une « blame culture » (Douglas 1992). J'ai montré que bien que les événements imprévus et graves soient très rares d'une part, et que la plupart des professionnelles n'a pas été confronté à un procès d'autre part, la peur de ces deux situations est élevée et participe à façonner les décisions. Je rejoins ainsi les analyses de Scamell pour qui : « the connection between fear and risk seemed to be deeply embedded into the imaginations of the midwives » (Scamell 2016, 18).

Les sages-femmes qui sont expérimentées et qui détiennent une expertise pour affiner les risques et distinguer les protocoles qui doivent être scrupuleusement suivis et ceux qui doivent être adaptés dans certaines situations, sont peu impliquées dans les processus de formalisation des règles formelles et ne sont pas responsables des décisions de leur éventuelle adaptation en pratique. Elles participent cependant, dans certains cas, de la négociation des règles, voire de leur transgression, ce qui témoigne, malgré les limites analysées ici, d'un certain dynamisme de l'organisation. Je propose une analyse de ces situations dans la partie suivante.

Partie 4 Négociations et gouvernement des corps dans le contexte hospitalier



DESSIN 3 : UNE « SALLE NATURE » DE LA MATERNITÉ

Cette quatrième partie est consacrée à identifier les personnes (médecins, sages-femmes, parturientes) à même de négocier les pratiques de prises en charge de l'accouchement, et notamment les règles qui encadrent l'activité. Je n'ai en effet pas encore analysé comment des négociations se jouent entre sages-femmes et médecins, en particulier dans les zones de gris, ni quelle place est laissée aux femmes pour participer – ou non – à ces négociations.

Dans le chapitre 9, je me concentre sur la répartition effective du travail entre sages-femmes et médecins en montrant que celles-ci disposent de quelques marges de manœuvre, surtout du fait du peu d'expérience des médecins internes. C'est cependant par des pratiques transgressives à couvert, mais néanmoins régulées par elles-mêmes, que les sages-femmes se créent des marges de manœuvre.

Dans le chapitre 10, je me centre sur les possibilités de négociation des décisions et du risque par les parturientes. Dans un contexte où le droit des patientes et leur autonomie sont valorisés comme principes éthiques modernes, quelles sont les possibilités effectives de celles-ci, et quels souhaits émettent-elles pour participer aux décisions, dans le contexte d'une temporalité très courte, et de risques présentés comme potentiellement élevés et graves ?

Chapitre 9 Sages-femmes et médecins : entre rapport de force normalisé et pratiques à couvert

Les sages-femmes ont tendance à se définir elles-mêmes comme les « gardiennes de la physiologie » en considérant que l'accouchement est un processus normal, que les femmes ont la capacité de mettre leurs enfants au monde et qu'elles doivent accompagner ces processus. Des travaux ont mis cela en évidence pour le cas français (Jacques 2007; Knibiehler 2007a), anglais (Gould 2000; Sandall et al. 2009), américain (Davis-Floyd 2009) ou suisse (Gouilhers 2010, 2009). Pourtant, comme je l'ai analysé dans la partie précédente, et comme l'ont montré d'autres recherches (Scamell et Alaszewski 2012; Scamell 2011), les sages-femmes ont tendance à participer directement à la surveillance étendue et à l'interventionnisme, y compris, pour le cas de La Maternité, en anticipant les directives des protocoles.

Par ailleurs, Cavalli et moi-même avons montré – dans une recherche qui portait sur la gestion des risques pendant la grossesse – que les sages-femmes hospitalières en Suisse romande apparaissaient dans les discours davantage comme des infirmières en obstétrique travaillant sous délégation médicale, que comme des professionnelles autonomes (Cavalli et Gouilhers-Hertig 2014). A la lumière de ces précédentes recherches et de mes propres analyses, basées sur un travail ethnographique, peut-on en conclure que l'accouchement est uniquement entre les mains des médecins ? Qui peut influencer ce qui se trame, et éventuellement modifier, contourner ou transgresser les usages des techniques et les règles fixées par les protocoles ? L'image des sages-femmes « gardiennes de la physiologie » fait-elle toujours sens ? et si oui, quelles formes prend-elle dans un contexte comme la Suisse où un bébé sur trois naît par césarienne ?

Dans une première section, je vais analyser les situations de négociation entre sages-femmes et médecins. Il ne s'agit pas ici de faire une sociologie des professions à propos des médecins et des sages-femmes, mais plutôt de montrer en quoi leurs « juridictions professionnelles » au sens de Abbott (1988; 2003) et les (re)négociations menées autour de la construction et du maintien des juridictions influencent la construction du risque. Ce travail fait avancer les analyses autour de la question de savoir qui détient formellement et en pratique la capacité de définir le risque et la prise en charge des accouchements.

Dans une deuxième section, je montrerai que la plupart des pratiques de défense de la physiologie des sages-femmes se retrouvent autour de transgressions à la règle, qui sont dissimulées tant la négociation de ces protocoles est coûteuse.

1 L'illusion d'un ordre négocié: les juridictions professionnelles entre sages-femmes et médecins

1.1. La physiologie, juridiction des sages-femmes

La répartition formelle des tâches entre sages-femmes et médecins s'organise autour de la frontière entre le physiologique et le pathologique, ce qui ne veut pas dire qu'ils ont la responsabilité ou la charge exclusive de domaines distincts. Dans le cas de situations décrétées pathologiques, les sages-femmes continuent d'être présentes et d'assister le médecin, voire peuvent prendre certaines décisions seules. A l'inverse, le médecin est responsable de tous les accouchements qui se déroulent dans la maternité. J'ai cependant

constaté que la répartition des tâches autour de la physiologie et de la pathologie est très ancrée et sert les intérêts professionnels des sages-femmes comme des médecins.

Du côté des sages-femmes, il s'agit d'affirmer une zone de compétence propre, que j'appellerai « juridiction » pour reprendre la terminologie d'Abbott, à savoir la prise en charge de la physiologie : « les médecins sont formés à la pathologie et (...) la sage-femme elle est là pour la physiologie et pour l'encourager, pour la préserver et détecter la pathologie et le cas échéant voilà en référer à un médecin » (Nadine, sage-femme mat).

Les sages-femmes ont un intérêt professionnel à défendre la catégorie du physiologique puisque c'est dans ce contexte qu'elles sont le plus autonomes. Cela donne parfois lieu à des situations complexes pour elles autour de la définition de ce qu'elles considèrent comme physiologique, ce que je vais illustrer à travers le cas de la péridurale. D'un côté, les sages-femmes pensent que la péridurale a des impacts sur la naissance et peut induire des risques, ces situations bénéficiant d'ailleurs d'une surveillance rapprochée. D'un autre côté, associer la péridurale à une catégorie à risque dans un contexte où plus de 80% des femmes en bénéficient, c'est réduire leur juridiction à une marge minime des situations, ce que Mélissa (interne), souligne :

chacun en fait voit midi à sa porte comme on dit, parce qu'elles [les sages-femmes hospitalières] sont les premières à parler de leur accouchement physio [ton méprisant], de Gasquet, gnagnagna - euh, les filles, à partir du moment où y a une péridurale, vous me faites délirer avec votre physio !(...) mais arrêtez de vous accrocher à un truc qui existe plus, quoi [rire] (Mélissa, interne)

De plus, les sages-femmes ont besoin que la plupart des femmes bénéficient d'une péridurale pour maintenir la cadence et réaliser leurs interventions pour favoriser l'accouchement par voie basse. Evelyne (sage-femme agréée) admet ainsi que « c'est une question difficile. Est-ce qu'accoucher sans péridurale est physiologique ou pas ? il y a beaucoup de débats ». Ainsi, la catégorisation du normal et du physiologique est complexe puisque des intérêts contradictoires sont régulièrement en jeu.

Du côté des médecins, la répartition des tâches autour de la frontière physiologie/pathologie est aussi dans leur intérêt puisqu'ils ont un grand nombre de cas à gérer, et qu'ils peuvent, en déléguant la gestion des situations normales, se concentrer sur les situations compliquées qui sont aussi les plus prestigieuses : « si tu aimes la physiologie, tu deviens pas médecin. Nous on aime ce qui est compliqué, ce qui dérape. Si c'est tout joli, tout comme ça, oui c'est chou mais ça nous emmerde » (Michelle, interne). L'interne qui est responsable de plusieurs accouchements simultanément doit « pouvoir compter sur la sage-femme » pour les situations dites physiologiques, puisque « de toute façon y a trop de salles pour arriver à [tout] gérer » Mélissa (interne). L'impératif est encore plus grand pour les chefs de clinique qui ont plusieurs services sous leur responsabilité. Pour Laura (CDC), « c'est une séparation bienvenue ». Erin (CDC) « retien[t] les situations qui ont besoin d' [elle] », par exemple : « je sais qu'en salle 2 y a une dame avec un AVAC²⁶⁵, je sais qu'en salle 3 c'est un préma[turé], puis je sais qu'en salle 7, c'est des jumeaux », tandis qu'elle ne s'attarde pas sur les situations physiologiques.

²⁶⁵ Accouchement par voie basse après césarienne. C'est une situation considérée comme à risques par les professionnelles et qui est donc davantage surveillée.

J'ai constaté que si l'accouchement se déroule en milieu hospitalier, les médecins reconnaissent l'expertise et la suprématie des sages-femmes dans l'accompagnement des accouchements physiologiques, notamment grâce à leur formation :

ça permet à chacun d'avoir sa place et de faire au mieux ce qu'on sait faire et puis de se compléter (...) elles ont probablement une meilleure formation dans la physiologie et puis elles ont souvent plein de petits trucs que nous on n'a pas forcément. Je pense qu'elles sont plus à même que nous de gérer la physiologie (Laura, CDC)

En étant celles qui travaillent au plus près des situations dites physiologiques, auxquelles les médecins sont peu confrontés, les sages-femmes ont effectivement développé une expertise plus fine de la physiologie, et des habiletés spécifiques. Ces situations sont considérées comme devant être gérées par les sages-femmes, avec l'aide de la sage-femme référente dont l'expertise en matière de physiologie est primordiale :

Si tu as une référente à qui tu fais confiance, tu as une grande partie de ton stress qui est géré. Parce que tu sais que tu as quelqu'un qui est là et qui regarde et qui répond aux questions de ses sages-femmes. (...) Parce qu'il y a des cuisines que nous on gère pas du tout (...) des fois il y a des choses tu sais pas tellement, des protocoles de sages-femmes que tu ne maîtrises pas. (Michelle, interne).

Les sages-femmes participent largement à former les internes pour les situations physiologiques, ce que les médecins reconnaissent volontiers : « c'est les sages-femmes qui m'ont tout appris » (Andrea, adjoint) ou « j'ai appris toute l'obstétrique avec les sages-femmes expérimentées » (Maude, interne). Plusieurs sages-femmes perçoivent ce rôle comme une opportunité d'influencer la socialisation des médecins en cours de formation et leur perception des risques. Les sages-femmes expérimentées auraient en effet une définition plus large de la normalité qui leur permet d'être moins interventionnistes par rapport aux médecins expérimentés :

on leur apprend à faire des touchers [vaginaux], on leur apprend à évaluer des monitorings aussi j'ai l'impression qu'on contribue à quel médecin ils seront parce que si on leur apprend la physiologie, qu'on leur apprend le calme, ils seront justement moins stressés, moins protocolaires et moins rigides que ceux qui auront été coachés que peu par des sages-femmes et beaucoup par des médecins. (Nadine, sage-femme mat)

Cette délégation de la physiologie aux sages-femmes, leur plus grand nombre par rapport aux médecins et le fait que ce soit elles qui accompagnent les femmes tout au long du processus de l'accouchement sans que le médecin n'entre dans la salle s'il n'y a pas de complications, a matérialisé leur territoire de compétences en un territoire physique. La salle d'accouchement « c'est le domaine des sages-femmes » m'ont dit plusieurs médecins. Bien qu'il soit écrit et souligné dans le protocole que les médecins doivent assister à toutes les naissances, et jusqu'à la délivrance du placenta, je ne l'ai jamais vu pratiqué. Pour entrer dans une salle d'accouchement, surtout si la situation est physiologique, les médecins, encore plus les débutants, doivent obtenir l'accord de la sage-femme. Katja (sage-femme agréée) me dit ainsi que ça l'« agace » si les médecins « entrent dans la chambre sans qu'[elle] les aient invités. Selon Maude (interne), le médecin doit mettre en place « toute une stratégie » s'il souhaite réaliser un toucher vaginal dans une situation physiologique. Il doit demander à la sage-femme : « j'ai le droit d'aller examiner ta patiente ? ». Pour elle « c'est le genre d'attention qui ne te coûte rien et qui t'aide à bien bosser », c'est-à-dire que le médecin doit reconnaître et « respecter » la juridiction de la sage-femme afin de conserver de bonnes relations, la sage-femme étant indispensable pour que l'interne « puisse bien

fonctionner »: «les sages-femmes ont quand même pas mal de pouvoir, c'est pas des blagues de dire que ce sont les sages-femmes qui gèrent la salle d'accouchement. (...) Si tu bosses bien avec la sage-femme, tu as gagné pas mal».

Certains internes débutants qui ont besoin d'apprendre à faire des touchers et/ou qui ont un besoin de contrôle de l'activité des sages-femmes plus important, doivent ainsi développer des stratégies pour accéder aux femmes dont l'accouchement est physiologique, tout en évitant une logique de conflit avec les sages-femmes qui desservirait leur pratique.

des fois tu dois t'excuser d'aller l'examiner²⁶⁶, ça c'est le plus chiant. (...) alors des fois tu dis oui c'est pour que j'apprenne ! ou ces derniers temps je dis « oui mais tu sais maintenant [le chef de service] il veut qu'on... » enfin j'appuie ma hiérarchie et je dis il faut que je le fasse, faut que je puisse tamponner, au niveau de la responsabilité je suis obligée. Et ça, ça passe mieux aussi.

Solène : Je pensais qu'en tant que médecin tu pouvais aller quand tu voulais ?

Ah non ! ah non ! il faut faire attention, ah non, c'est leur territoire ! la salle d'accouchement c'est le territoire des sages-femmes, toi tu es un invité ! tu es ... et c'est plus ou moins fort selon les sages-femmes, donc il faut faire preuve de beaucoup de diplomatie. Et surtout pour nous qui sommes jeunes médecins, il faut qu'on respecte leur savoir-faire, leurs connaissances, donc il faut qu'on les mette beaucoup en avant par rapport à ce qu'elles peuvent nous amener. Et c'est pas de l'hypocrisie, on le sait. (...) si tu n'es pas aimé en salle d'accouchement, tu es foutue, tu vas en chier ! Donc il faut être copines et faut... faut respecter leur boulot, il faut parler tranquillement, il faut expliquer, il faut vraiment travailler avec elles, pas contre (Michelle, interne)²⁶⁷.

Je l'ai dit, l'établissement de la frontière entre le physiologique et le pathologique est parfois complexe et soumise à interprétation et négociation, d'autant plus que les professionnelles ont des intérêts variables autour de cette classification. Quelle place ont ainsi les sages-femmes dans la négociation des « zones de gris » ?

1.2. Les « zones de gris »²⁶⁸ : une juridiction partagée ?

La plupart des situations définies comme pathologiques font consensus et les sages-femmes n'interviennent pas dans les négociations de prises en charge qui peuvent avoir lieu (indication absolue à intervenir). Elles prennent cependant part, parfois et à certaines conditions que je détaille ici, aux négociations autour de la définition de la frontière entre normal et risque augmenté (indication relative à intervenir).

1.2.1 Ressources expérientielles et discursives

Les sages-femmes qui détiennent une longue expérience sont les mieux placées pour négocier. Michelle (interne) sait qu'elle se « fait manipuler » facilement par les sages-femmes à propos de l'interprétation de la dilatation parce qu'elle « n'est pas experte en

²⁶⁶ Dans ce contexte, examiner signifie faire un toucher vaginal à la parturiente pour estimer la dilatation du col de l'utérus.

²⁶⁷ Cette répartition des territoires comprend cependant des effets pervers selon les professionnelles, puisque les médecins auraient une connaissance encore plus réduite de la physiologie. Pour le chef de service ce n'est qu'une connaissance fine de la physiologie qui permet d'établir une classification juste des risques. : « c'est en connaissant bien la physiologie qu'on peut agir rapidement en cas de pathologie. Parce qu'on peut comparer avec la physiologie, voir qu'il y a un problème, on voit bien la différence entre un accouchement physiologique et un qui se passe pas bien » (Journal de terrain, La Maternité, chef de service). Pour Gaëlle (sage-femme assistante, AAD AMN) cela implique que les médecins n'aient comme référence que des accouchements compliqués, ce qui augmente leur représentation de l'accouchement comme un risque.

²⁶⁸ Maude, interne.

toucher ». C'est-à-dire que les sages-femmes pourront facilement influencer son appréciation de la dilatation vaginale. Ce n'est pas un problème pour elle, puisqu'elle reconnaît l'importance du sens clinique détenu par les sages-femmes, tant que ces pratiques restent limitées. Pour elle, le médecin « peut être conduit » ou « convainc[u] », mais les sages-femmes ne doivent pas « vendre » le cas, c'est-à-dire « essayer de transformer un petit peu [les données] pour que ça passe » et « éviter une intervention ». Pour Olivia (CDC), les référentes ont ainsi « un rôle d'expertise dans les salles d'accouchements » qui apporte « une grande différence » par rapport aux maternités qui n'ont pas créé un tel poste. Pour elle, lorsque le CDC n'est pas présent, notamment « la nuit », « discuter avec les sages-femmes qui ont de l'expérience » et une « autorité » en salle d'accouchement est « important ». Les sages-femmes comme les médecins internes se reposent beaucoup sur les référentes dans les zones grises de la classification du bas risque au risque augmenté. Discuter d'une situation avec la sage-femme référente est souvent suffisant pour confirmer la sage-femme et/ou l'interne dans sa prise en charge, ou l'inciter à la modifier : « S'il y a une sage-femme bien solide, bien expérimentée, c'est plutôt elle qui va dicter au jeune interne. Elles jouent un rôle important » selon Jade (adjoint).

Dans les situations de désaccord entre l'appréciation du médecin (surtout inexpérimenté) et de la sage-femme, la sage-femme expérimentée dispose de différentes ressources qui passent aussi par le niveau formel. Brandir un protocole qui légitime une pratique moins interventionniste peut être utilisé :

Liliane, interne, dit qu'elle veut intervenir, alors que la sage-femme pense que cela n'est pas nécessaire. L'interne insiste, elle dit qu'on lui a dit qu'elle devait faire comme cela, la sage-femme répond [sur un ton un peu agacé, voire hautain]: « mais regarde tes protocoles Lili! »²⁶⁹ tu peux très bien attendre (journal de terrain, bureau des sages-femmes, La Maternité)

L'autorité du médecin adjoint peut être aussi convoquée subtilement pour déjouer les pratiques des internes ou chefs de clinique qui sont perçues comme délétères :

Roxane demande à X [médecin adjoint]: « on a de plus en plus de césariennes électives itératives à 38 et 4, et 6, ça a changé, c'est pas 39 [semaines d'aménorrhées] ? », la médecin lui répond « si ! il faut faire à 39, c'est même au cours de la 39^e semaine ! » Elle s'adresse aux internes « à moins de 39 semaines vous devez pas envoyer les dames, ça va pas ! vous induisez de la pathologie ! il faut penser aux bébés, après on a des détresses respiratoires augmentées à la naissance, des transferts en néon[ologie]. Il faut attendre 39. Bon bien sûr tout cela c'est en fonction de la clinique, c'est pas que ce soit interdit de faire des césariennes avant 39 semaines ». Roxane est visiblement satisfaite « merci, maintenant j'aurai les arguments ». (Journal de terrain, La Maternité, bureau des sages-femmes en salle d'accouchement, pendant le petit colloque des médecins)

Roxane maîtrise parfaitement les protocoles et sait qu'ils n'ont pas changé, il s'agit de poser une question rhétorique afin que la médecin adjoint réaffirme la position du service devant les autres médecins. Cela permettra aussi à Roxane de pouvoir utiliser le discours légitime de l'adjoint si la situation se reproduit. La hiérarchie médicale peut ainsi constituer une ressource.

Les référentes participent aussi de l'établissement des priorités en situation d'urgence lorsque le rythme s'intensifie ; c'est-à-dire de classification des risques en situation. Définie

²⁶⁹ L'utilisation du surnom de l'interne par une sage-femme expérimentée est aussi un moyen de lui rappeler son statut de jeune professionnelle, et de renforcer le pouvoir symbolique de la sage-femme.

comme « la cheffe d'orchestre » (Margot, sage-femme responsable de la salle d'accouchement), les médecins reconnaissent très largement son « rôle essentiel » (Michèle, interne) au sein de la salle d'accouchement pour gérer l'organisation et les priorités :

Quand il y a une grosse urgence c'est les référentes qui disent au médecin : « Ben écoute c'est la merde dans trois salles. Tu commences par-là, ensuite tu vas à la deux, ensuite ... ». Tu vois elles te font l'ordre de priorité. Elles te commandent tout. Si tu dois faire une embolisation²⁷⁰ c'est elles qui appellent tout le monde et qui organisent. [rire] (Mylène, sage-femme mat).

Si c'est le médecin qui décide officiellement des interventions, il le fait parfois pour suivre les conseils d'une sage-femme expérimentée qui dispose d'une expertise clinique plus fine :

Parfois, je sais pertinemment que c'est la sage-femme qui a posé l'indication à la ventouse. Caroline par exemple si elle me dit, il faut faire une ventouse, je dis 'ok je vais faire une ventouse'. Et je pose la ventouse, peu importe où est le bébé, et je sors le bébé (...) c'est bien d'avoir quelqu'un qui est pas dans le médical... enfin pas dans le chirurgical mais dans le clinique. Qui regarde plus comment ça risque de se passer si tu suis pas le protocole. Moi il y a deux, trois sages-femmes que je suis beaucoup plus loin dans leurs délires, totalement hors protocole, parce que je leur fais totalement confiance. (Maude, interne)

Si c'est auprès des internes que les sages-femmes négocient le plus facilement, les plus expérimentées d'entre elles interviennent parfois dans des décisions plus importantes dans lesquelles un médecin expérimenté (CDC ou adjoint) est impliqué. Dans la situation ci-dessous, la sage-femme référente s'est invitée dans la discussion entre l'interne et le CDC pour influencer l'interprétation du CTG en faveur d'une classification de « normal », afin d'éviter une intervention: « il y a une bonne micro variabilité, franchement il est pas inquiétant ce tracé! On peut attendre! il n'y a pas de variables, ce ne sont que des précoces. » (Journal de terrain, La Maternité).

Dans une situation de provocation pour diabète gestationnel, Joana me rapporte qu'elle a « négocié lors du petit colloque » avec les médecins le fait de ne pas réaliser une césarienne malgré l'échec de la provocation, alors même que « la dame avait déjà été rasée pour aller au bloc ». Elle a réussi à démontrer aux médecins que cette situation nécessitait de bénéficier d'une adaptation des protocoles car elle était peu risquée. Le fait de réaliser une intervention préventive n'était pour elle pas adaptée :

J'ai dit à Marc [médecin adjoint] : « Ecoute, okay on est en échec de provoc'. Okay dans le protocole on met une césarienne. On ne lui a laissé aucune chance à cette dame. Elle a le col pas prêt, le bébé va bien, la glycémie va bien, le diabète est bien équilibré ... On ne peut pas lui laisser une deuxième chance ? » Et là : « Oui, mais quand même tu sais elle est diabétique nanana. ». Et là je lui dis : « Mais regarde Tout va bien. Tout va bien. ». C'est vrai je veux dire, je n'ai pas caché des choses. Tout allait bien. Pourquoi on ne lui fiche pas la paix deux trois jours ? Et puis dans deux trois jours on re-contrôle et peut-être mettre un Propess, préparer le col. C'est ce qu'on a fait, j'ai eu gain de cause (Joana, sage-femme mat)²⁷¹

²⁷⁰ Une embolisation est réalisée dans le cas d'une hémorragie importante et persistante, malgré les interventions et l'injection de différents médicaments. Tous les hôpitaux ne disposent pas de cette technologie de pointe qui implique les médecins radiologues. Il s'agit de boucher une artère afin de stopper le saignement, et éviter ainsi de réaliser une hystérectomie.

²⁷¹ Ce n'est pas par hasard que Joana a revendiqué dans cette situation un report de la provocation car les deux protocoles concernés sont particulièrement critiqués par les sages-femmes. Celles-ci

Sa capacité à produire une argumentation considérée comme valable par les médecins est fortement en jeu. Les sages-femmes référentes reconnues par l'équipe sage-femme et médicale détiennent toutes cette capacité que cherchent à acquérir les plus jeunes :

des fois tu te dis bon, là [les médecins] ne vont pas être d'accord (...) du coup quand tu y vas tu te fais déjà tes arguments et tu présentes la situation sous l'angle.... Parce qu'il y a toujours une manière de présenter les choses. Je le voyais surtout quand j'étais étudiante parce que je ne les présentais peut-être pas de manière très adéquate et la sage-femme arrivait derrière et elle remettait les arguments dans le bon ordre qui faisait que la situation était plus, semblait plus physiologique. (Mylène, sage-femme mat)

Le choix des mots et l'organisation du discours produit par la sage-femme est non seulement indispensable pour convaincre le médecin mais participe directement de la catégorisation du risque, le lapsus de Mylène est révélateur : une situation est physiologique parce qu'on la nomme comme telle, parce qu'on la catégorise comme telle, elle ne l'est pas en soi.

Quand une sage-femme expérimentée veut négocier une prise en charge avec un médecin peu expérimenté, elle sait que l'aider à formuler un discours de justification qui soit valable devant ses responsables lui permettra d'avoir gain de cause plus facilement. Elle connaît les contraintes de l'interne et sait qu'en lui transmettant la production discursive légitime elle aura plus de chance d'être écoutée :

L'interne à la sage-femme « je suis d'accord avec toi, mais c'est moi qui vais me faire défoncer la gueule demain matin [sous-entendu, au colloque] », La sage-femme référente : « non, tu écris. Tu dis hypercinésie, je baisse le synto [sous-entendu le baisser au lieu de le stopper]. Tu as des éléments, tu les écris, ils verront qu'il y a une réflexion ». (Journal de terrain, La Maternité, bureau des sages-femmes)

Si la question de la responsabilité et de la peur de rendre des comptes est un élément important dans la prise de décision à La Maternité, les internes (et parfois les chefs de clinique) peuvent en faire un usage instrumental. Invoquer sa responsabilité, qui devra notamment être assumée devant tous lors du colloque, permet aux médecins de légitimer leur pouvoir décisionnaire, et éviter de jouer explicitement de leur pouvoir statutaire auprès des sages-femmes. L'enjeu est de maintenir son statut de décideur autonome sans perdre le soutien quotidien indispensable que représentent les sages-femmes. Le colloque est donc à la fois une vraie peur et une ressource à brandir pour conserver sa suprématie décisionnelle d'une manière non autoritaire. Pour Katja (sage-femme agréée), il faut comprendre que les médecins soient « très stressés » et craignent par exemple « la surveillance allégée » puisqu'ils ont « la responsabilité des situations » qu'ils doivent justifier auprès « de leurs grands chefs ».

Une situation de désaccord de la sage-femme envers l'attitude du médecin est rare, et la remise en question d'une décision médicale de manière frontale l'est encore plus. Dans ces situations, seules les plus expérimentées et sûres d'elles oseront s'opposer frontalement aux médecins :

Une dame venait du prénatal à dilatation complète, prématurée avec siège. Le médecin n'avait jamais accouché de siège, il dit à la dame sur le brancard : « Poussez Madame ! ». Je lui dit : « Non mais t'es malade ou quoi ? Stop ne poussez pas Madame ». On s'installe dans de bonnes conditions. On appelle les

pensent que des échecs de provocation ne devraient pas conduire à des césariennes dans certaines situations, mais relancées un ou deux jours plus tard. Elles sont également critiques des protocoles relatifs à des diabètes bien contrôlés par les femmes enceintes, qu'elles jugent inutilement invasifs.

personnes expérimentées parce que l'autre il ne savait pas faire. Sur un brancard, sans rien. Il est malade ou quoi ? (Joana, sage-femme mat)

Dans l'immense majorité des situations que j'ai observées, les sages-femmes prennent garde de ne pas revendiquer des décisions puisqu'elles n'en ont pas formellement la responsabilité. Pour Amélie (sage-femme mat), il faut faire preuve de « diplomatie », « d'humilité » et de « petitesse », pour « proposer, sous-entendre » des solutions quand la sage-femme a « une idée » qui pourrait « débloquer » la situation.

Les sages-femmes moins expérimentées ne s'opposent pas aux décisions médicales, principalement parce qu'elles estiment que leur sens clinique n'est pas encore assez développé pour se « mouiller » (Laura, CDC) dans la décision. Quand il leur arrive d'avoir des doutes sur la décision d'un médecin, elles se contentent d'espérer que la référente se positionnera pour négocier avec le médecin, ou se limitent à écrire sur le partogramme leurs décisions et celles du médecin afin de préserver leur responsabilité. Amélie me raconte son sentiment de frustration lors d'une prise en charge d'une hémorragie du post-partum qu'elle estime inadéquate, et alors même que celle-ci n'est pas conforme au protocole selon la sage-femme. Celle-ci ne fera pourtant aucune remarque au médecin :

c'était une décision médicale donc je pouvais rien faire mais je me disais aïe aïe aïe, faut passer au Nalador [médicament utilisé en cas d'hémorragie] là ! Le protocole le dit clairement, il y a les étapes (...) mais voilà pendant trois heures la dame elle saignait. Heureusement j'ai tout écrit : « CDC appelé. », « CDC dit qu'elle arrive », « CDC toujours pas là ». Mais s'est passé super vite. Mais j'aurais dû, peut-être ça viendra avec l'expérience, me positionner plus et dire à la cheffe « maintenant tu fais quoi ? parce que ça va pas ce que tu fais ! » mais voilà, Amélie, sage-femme depuis un an et demi, j'allais pas dire à la CDC maintenant il faut que tu fasses quelque chose, ça fait trois heures qu'on rame ! (Amélie, sage-femme mat)

Comme pour les médecins, seules les sages-femmes très expérimentées et bien reconnues par les médecins (en général, ce sont les référentes), disposent de compétences rhétoriques qui leur permettent de participer à la négociation des protocoles, parfois en fournissant même aux médecins le discours qui leur permettra de se justifier au colloque.

1.2.2 L' « autonomie des patientes » comme ressource

Comme la sage-femme est la professionnelle qui « passe le plus de temps avec la patiente » (Laura CDC), c'est elle qui connaît le mieux la situation et dispose de plus de signes cliniques concernant l'évolution de la situation, l'attitude de la parturiente, etc. « Elles ont aussi plus le temps d'écouter les patientes, elles passent aussi plus de temps avec elles » (Laura CDC). La sage-femme va pouvoir orienter les décisions médicales en donnant son appréciation de la situation en fonction de l'agrégation des données cliniques qu'elle détient et qu'elle présente aux médecins. Je donne ici un exemple qui s'est déroulé pendant un accouchement considéré comme à risques (parturiente sous méthadone, qui a plus de 40 ans, accouchement provoqué), pendant lequel les battements cardiaques fœtaux vont brutalement décélérer, poussant la sage-femme à appeler la référente et les médecins en renfort :

L'interne et le chef de clinique évoquent une décision de Toccolyse d'urgence pour stopper les contractions. Vanessa (sage-femme) « l'utérus s'est bien relâché, je pense que ça va » (le dit deux fois après avoir palpé l'utérus). Le chef de clinique dit « ok, pas de Toccolyse pour l'instant ». [La césarienne n'est pas explicitement formulée, mais est en jeu dans cette situation]. Vanessa dit: « il y a eu beaucoup de choses en même temps, elle a dilaté en 1h30, et je viens de rompre la poche des eaux, ça a fait beaucoup pour bébé ! », les

médecins disent « oui ça doit être pour ça. Là ça va, le bébé récupère bien, on va pouvoir pousser ». En quelques poussées, le bébé est dehors. (Journal de terrain, La Maternité, salle d'accouchement).

Pour plusieurs sages-femmes, soutenir les décisions de la parturiente fait partie de leur rôle, et peut également constituer un argument de plus pour convaincre les médecins, dans un contexte où « l'autonomie des patientes » est vue comme un impératif éthique. Dans la négociation que j'ai présentée plus haut, Joana avait d'ailleurs utilisé le fait que la parturiente « ne voulait pas de césarienne », tout comme le père. Sophie me dit également :

plus la femme a des choix, plus c'est facile pour moi de la défendre. Ça c'est sûr. Et puis maintenant j'ai de l'expérience, donc la plupart du temps j'ai du poids face à une décision médicale, j'ai du poids face à un protocole qu'on pourrait faire un petit peu différemment, enfin je sais m'imposer quand c'est pour défendre la femme. Pas pour défendre ni mon job, ni quelque chose en l'air, mais que c'est un choix de la femme. (Sophie, sage-femme mat, suivi global)

Dans certaines situations, la sage-femme défend ainsi les souhaits des femmes auprès des médecins. Elle peut par exemple négocier de « donner plus de temps » à la parturiente avant de décider une césarienne (journal de terrain, La Maternité), ou « de lui laisser une chance » (journal de terrain, La Maternité) d'accoucher spontanément en lui permettant de pousser encore avant de réaliser une ventouse. J'ai aussi constaté que la parole et l'attitude de la parturiente peuvent être instrumentalisées par la sage-femme qui est en charge de la situation, pour alimenter son autonomie professionnelle. Dans une situation où le tracé est interprété comme « limite » et nécessitant une action de la part de la sage-femme (mettre la parturiente « sur le côté avec de l'oxygène »), alors que celle-ci n'est « pas inquiète » par le tracé, celle-ci va brandir le fait que c'est la femme qui refuse de se mettre sur le côté : « mais la dame est pas coopérative, sur le côté elle me dit 'ah mais j'étouffe ! je veux être sur le dos !' c'est pas facile avec elle, elle est pas très coopérante » (Journal de terrain, sage-femme, bureau des sages-femmes). La parturiente avait seulement dit à la sage-femme, quand celle-ci lui a demandé dans quelle position elle se sentait mieux, qu'elle préférerait être sur le dos.

1.2.3 Des médecins débordés : une ressource pour l'autonomie des sages-femmes

Comme ce sont les sages-femmes qui suivent le plus les situations, un rôle de barrière du risque leur est attribué informellement. Ce « premier filtre » (Michelle, interne) des situations qui doit être effectué par les sages-femmes doit leur permettre de n'interpeller le médecin que quand la situation s'éloigne clairement de la norme. Lorsque la sage-femme appelle le médecin, cela constitue en soi un signal d'une complication. Si la sage-femme anticipe cet appel, cela augmente la probabilité qu'une situation normale soit qualifiée de risquée et que des interventions trop précoces soient réalisées. Les sages-femmes doivent être en mesure de séparer les signes pathologiques, des signes normaux (des variations de la physiologie existent en pratique), et notamment de distinguer les variations normales du tracé, des variations pathologiques.

si elles [les sages-femmes] ont du mal à gérer les tracés, etc. ben elles t'appellent trop tôt et du coup tu as envie de faire plus de choses. Parce que quand on t'appelle, si ta référente elle sait pas quoi faire, tu vas appeler ton chef [CDC]. Et ton chef s'il vient, ben des fois il va juste agir, mais parce qu'il y a pas eu le relais avant, il y a pas eu le premier filtre. (Michelle, interne)

Souvent ce n'est pas la sage-femme seule qui jouera le rôle de cette barrière avant l'intervention des médecins, mais la sage-femme référente qui est expérimentée. Comme je l'ai mentionné auparavant, les médecins sont en plus petit nombre par rapport aux sages-femmes, ce qui les empêche d'intervenir sur toutes les situations, laissant (en partie) le champ libre aux sages-femmes pour les situations physiologiques.

1.2.4 Les ressources relationnelles

Finalement, l'interconnaissance et les liens d'amitié établis avec les médecins constituent une ressource émotionnelle pour discuter les décisions. Joana me dit au sujet d'un CDC avec qui elle a pu négocier une prise en charge « je l'ai dans la poche parce qu'il est du même patelin que moi ». (Joana, sage-femme mat). Le fait que les sages-femmes les plus anciennes connaissent les médecins expérimentés depuis de nombreuses années et les ont vus évoluer (parfois depuis leur internat), leur offre une place privilégiée dans les négociations.

1.3. Quand l'« ordre négocié » reste limité : un compromis en faveur des médecins

La participation des sages-femmes aux décisions est favorisée à la fois par le rythme soutenu de l'activité (les médecins ne peuvent être partout) et le peu d'expérience des internes. Les plus expérimentées peuvent ainsi négocier les décisions en s'appuyant sur leur expertise clinique et discursive, sur leurs relations avec les parturientes, et sur les liens d'amitié développés avec les médecins. Pour autant, leur place ne doit pas être surestimée : elles restent largement exclues, comme je l'ai montré, de la formalisation des protocoles d'une part, et de la plupart des décisions dans les situations de gris comme je vais le montrer maintenant, d'autre part. Elles restent subordonnées aux médecins, une situation qu'elles acceptent et relaient elles-mêmes.

1.3.1 Une responsabilité statutaire de tous les accouchements

Je rappelle que les médecins sont ceux qui édictent les règles formalisées dans les protocoles, y compris des situations physiologiques, qu'ils sont formellement les détenteurs du pouvoir décisionnel et portent la responsabilité de toutes les situations, y compris physiologiques. La réglementation cantonale participe également à déterminer les juridictions professionnelles puisque le statut paramédical des sages-femmes les empêche d'argumenter auprès des médecins du fait que les décisions impliquent aussi leur responsabilité, contrairement à la situation française : « en France, tu dis : « docteur c'est aussi ma responsabilité ! » » selon Joana (sage-femme mat) qui a exercé longtemps dans le pays voisin. Pour Jade (adjoint), le fait de détenir la responsabilité implique que ce soient les médecins qui tranchent en cas de désaccord avec la sage-femme. Elle prend l'exemple d'une situation dans laquelle la sage-femme aimerait que le médecin tente une ventouse, plutôt que de partir en césarienne : « celui qui va faire le geste c'est bien le CDC, ou l'interne avancé, et si ça marche pas, ça va être de sa responsabilité », c'est donc à lui de décider pour Jade.

Les sages-femmes apprécient d'ailleurs d'être protégées par la présence d'un médecin : « à l'hôpital la responsabilité elle est partagée. Il y a un médecin derrière et puis finalement c'est lui qui porte pour nous parce que nous on est sous sa délégation. (Nadine, sage-femme mat). Le fait de travailler sous délégation médicale peut ainsi constituer un avantage supérieur à un gain d'autonomie professionnelle

Par ailleurs, les sages-femmes n'ont elles-mêmes pas nécessairement intérêt à ce qu'une situation soit qualifiée de physiologique et de se battre pour cela. Quand un statut à haut risque ou pathologique est posé et que le diagnostic conduit à une intervention, typiquement la césarienne, qui met fin à une situation de doute sur la catégorie plus ou moins risquée, c'est parfois un soulagement pour les sages-femmes. Lors d'un accouchement où le tracé du CTG était mauvais, tandis que le STAN n'indiquait pas de manque d'oxygénation chez le fœtus, Amélie (sage-femme mat) me confie qu'elle aurait voulu que le STAN s'accorde sur le CTG afin qu'une césarienne soit décidée, ce qui aurait été « franchement un soulagement ! ».

Les situations d'incertitude dans la catégorisation du risque sont mal vécues par les professionnelles qui préfèrent souvent une intervention et une classification à risque, plutôt que de demeurer dans cette incertitude. Les intérêts professionnels ne passent ainsi pas nécessairement par l'autonomie. Travailler de manière subordonnée peut avoir des avantages puisque la responsabilité a un coût.

1.3.2 Accepter d'être subordonnée pour acquérir des espaces de liberté

La reconnaissance de l'expertise des sages-femmes pour la physiologie est reconnue en entretien par les médecins, mais beaucoup moins publiquement, notamment dans les médias par le chef de service. De plus, la majorité des médecins considèrent que tous les accouchements doivent rester sous une responsabilité médicale et ne pas prendre place en dehors d'une Maternité. Le règlement cantonal prévoit que les sages-femmes soient autonomes dans les prises en charge des accouchements physiologiques. En inscrivant les accouchements sur un continuum de risques, entre bas et hauts risques, les médecins retirent de fait la possibilité d'action autonome des sages-femmes, puisque la catégorie de l'accouchement physiologique n'est reconnue qu'*a posteriori*. La manière de nommer et de classer l'accouchement revêt un enjeu politique et stratégique pour les professions, que les médecins ont largement remporté, y compris car la plupart des sages-femmes hospitalières ont intégré cette définition médicale de l'accouchement.

Dans une optique pragmatique, les sages-femmes acceptent d'avoir une autonomie circonscrite et partielle sous tutelle des médecins, tout en négociant sur certains aspects. Pour négocier des pratiques extensives, les sages-femmes doivent abandonner volontairement le terme d'« accouchement physiologique »... elles sont ainsi à la tête d'une juridiction qui n'existe pas formellement à La Maternité. La mise en place de la prestation du « suivi global » est un exemple caractéristique de l'enjeu politique de la catégorisation et de la classification. Il montre à la fois le travail de l'autorité médicale pour faire renoncer les sages-femmes au terme « d'accouchement physiologique », et l'acceptation par les sages-femmes de ce renoncement, dans une optique pragmatique. Sophie s'est battue pour que le terme « grossesse normale », plutôt qu'à « bas risque » figure dans les documents du suivi global, sans succès. La précédente sage-femme responsable du département d'obstétrique, qui a soutenu le projet d'accompagnement global, étant convaincue que « 'si tu veux faire passer quelque chose aux toubibs, il faut leur mettre le mot risque'. (...) elle avait cet argument-là que si on devait faire accepter [la prestation du suivi global] aux médecins, il fallait que ça s'appelle bas risque ».

Le terme officiel à La Maternité est donc celui de grossesse à bas risque. Cela n'empêche pas que dans les documents distribués aux parturientes, ou dans les informations présentées sur le site internet, le terme de « grossesse normale » soit indiqué. Pour la

prestation du suivi global, une brochure indique que « ce suivi est proposé aux patientes dont la grossesse ne comporte pas de risque ». Je l'ai déjà dit, dans le langage courant, y compris des médecins, les termes d' « accouchement physiologique », ou « normal », sont fréquemment utilisés. Ce sont dans les discussions et négociations interprofessionnelles que l'impossibilité de parler d'accouchement physiologique *a priori* reprend tout son importance²⁷².

En plus de la labélisation de la catégorie, le contenu de celle-ci, toujours déterminé par les médecins, constitue un enjeu professionnel stratégique. Pour Katja, les médecins ont fait en sorte de limiter le champ d'action des sages-femmes en restreignant la catégorie du « bas risque » à laquelle s'adresse cette prestation :

pour la profession de sage-femme c'est une avancée [le suivi global]. Ça montre aux médecins qu'une sage-femme est capable de suivre une grossesse de A à Z. après certains grands chefs leur mettent des bâtons dans les roues et elles peuvent suivre que des trucs très, très restreints, pas de femmes après 40 ans par exemple... quand même que le médecin puisse dire je suis le docteur... (Katja, sage-femme agréée)

La volonté de contrôle des activités des sages-femmes est aussi visible à propos des « salles natures » qui ont été implantées dans la nouvelle salle d'accouchement. Celles-ci offrent des lianes pour que la parturiente adopte des positions verticales tout en étant soutenue, un lit dit « parental », c'est-à-dire grand et non médicalisé, et une baignoire à se partager entre deux salles. La possibilité d'accoucher dans l'eau qui était demandée par les sages-femmes et des mères, a toutefois été soumise à restriction:

il y a aussi une sorte de philosophie, comme les accouchements à la maison de naissance, c'est un peu barbare, ces trucs de sages-femmes, c'est un peu stigmatisé. [Les médecins disent] : « Je cautionne pas ce genre d'idées, qu'est-ce qu'elles vont faire ces sages-femmes » dans ces salles qu'on va pas contrôler... la baignoire il y a une énorme résistance du côté médical (...) le Professeur [chef de service] ne cautionne absolument pas l'accouchement dans l'eau, il ne voulait absolument pas rentrer en matière. (...) Donc des positionnements médicaux très clairs (Kira, sage-femme mat)

J'ai déjà montré par ailleurs en quoi le monitoring en continu et télétransmis représentait un enjeu professionnel entre sages-femmes et médecins et a favorisé des compromis satisfaisants pour les deux parties.

1.3.3 Les « savoirs faisant autorité » comme enjeu de pouvoir.

J'ai présenté comment le sens clinique est parfois utilisé par les professionnelles pour adapter les prises en charge. Je vais revenir dans cette section sur les enjeux professionnels autour de la désignation et de l'utilisation du « sens clinique ».

Jade (adjoint) lie directement la position du médecin à des attitudes rationnelles, c'est-à-dire fondées sur des preuves solides issues des études reconnues ; tandis que les sages-femmes utiliseraient davantage leur « feeling », ce qui n'est pas sécuritaire selon la médecin. Dans cette séparation, ce qui se joue c'est aussi un rapport au risque différent. Dans l'optique médicale, le risque invisible et dépersonnifié, c'est-à-dire celui qui est construit par les recherches sur une population donnée (risque épidémiologique) serait davantage pris en

²⁷² Dans les discussions avec les parents, il peut aussi y avoir un enjeu stratégique à rappeler qu'un accouchement ne peut être désigné de physiologique qu'*a posteriori*, en particulier face à un couple qui désire accoucher à domicile.

compte, tandis que dans l'optique sage-femme, ce sont les risques visibles dans la situation par des signes directement observables cliniquement, qui seraient davantage pris en compte (risque personnel). Elle prend l'exemple des accouchements par voie basse après césarienne (AVAC) qui sont pratiqués à La Maternité. Selon elle, les données de la recherche, indiquent que ces situations nécessitent une surveillance accrue et un interventionnisme (césarienne) plus rapide que dans une situation sans césarienne précédente afin de prévenir une rupture utérine, ce que les sages-femmes reconnaissent trop peu selon Jade :

Je me trompe peut-être mais du côté sage-femme on va nous reprocher « mais quand même ça va bien se passer ! », mais nous on va avoir ça beaucoup plus dans la tête [les risques]. Parce qu'on est aussi soumis à devoir être au fait de ce que nous dit la littérature médicale, de ce qui se fait ailleurs et qui est validé, et là on ne peut pas faire juste notre petit sentiment ou notre feeling personnel. La médecine c'est plus comme ça maintenant, c'est basé sur les preuves. Et nous on est soumis à ça. (Jade, adjoint)

Des sages-femmes ont observé que donner un liquide sucré (sirop) à la parturiente préviendrait les chutes de tension et par effet ricochet, les anomalies du rythme cardiaque fœtal. Elles y ont parfois recours, même si une recherche menée dans le service, démontrerait qu'il n'y a pas de bénéfices. Lors d'un colloque médical d'équipe, Marc (adjoint) lit sur le partogramme qui lui est présenté que du sirop a été donné à la parturiente. Celui-ci va s'attacher, par le choix des mots, tout comme le ton et la gestuelle qu'il emploie, à décrédibiliser cette pratique :

une rumeur disait que les mauvais tracés pouvaient être en lien avec une hypoglycémie, qu'il fallait donner du sirop de framboise [sourit] et que ça allait mieux. Après une étude randomisée, on a montré qu'il n'y a pas d'incidence du sirop par rapport à ne rien faire, et que c'est même légèrement mieux de ne rien faire. (journal de terrain, La Maternité, colloque médical de service)

Celui-ci ne parle pas d'expériences cliniques en faveur de cette pratique, mais de « rumeurs » invalidées par les conclusions d'une « étude randomisée » qui serait nécessairement plus fiable car non biaisée. Il utilise le terme « sirop de framboise » pour insister sur le caractère insignifiant de l'intervention et sourit en l'utilisant.

Cette vision binaire du savoir, entre d'un côté le savoir fondé sur « l'intuition » (donc conçu comme irrationnel et subjectif) et de l'autre, celui fondé « sur les preuves » (donc conçu comme rationnel et objectif) a constitué le ciment de la fondation de l'obstétrique moderne et le remplacement des matrones par des professionnelles formées (sages-femmes et médecins) (Gélis 2008, 1988; Charrier et Clavandier 2013; Lupton 2012c). C'est en particulier la reconnaissance de la supériorité du savoir scientifique, dit rationnel, qui a permis aux médecins d'établir un contrôle sur les grossesses et les accouchements et de fonder le dispositif obstétrical moderne. Cette opposition entre intuition et savoir continue de faire sens aujourd'hui dans la structuration des professions et alimente l'asymétrie de pouvoir entre sages-femmes et médecins autour des « savoirs faisant autorité ». Je vais illustrer cette situation en particulier à travers le cas de la péridurale.

A La Maternité, l'analgésie péridurale est perçue par les professionnelles comme une intervention de routine et sûre. Les effets secondaires sont décrits comme très rares quand ils sont exposés à la parturiente (les protocoles auxquels j'ai eu accès ne les mentionnent pas). Dans le discours des obstétriciens et des anesthésistes, c'est un acte à la fois anodin d'un point de vue médical, et très utile pour les femmes. Lorsque les parturientes ont mal et

réclament une péridurale, la priorité est de les soulager, et les risques, ou effets secondaires, que comporte l'intervention sont peu mentionnés, y compris par les sages-femmes. Après la pose de la péridurale les effets secondaires « normaux » que pourra ressentir la parturiente sont décrits, notamment : « l'impression d'avoir des fourmis dans les jambes », le fait de « ressentir des démangeaisons passagères » ou d'avoir les « jambes engourdies » (journal de terrain, La Maternité). L'anesthésiste évoque aussi parfois le risque que la douleur revienne, ou qu'elle soit « latéralisée » et dit à la femme de ne pas hésiter à demander à la sage-femme de le rappeler le cas échéant.

La parturiente demande la péridurale, elle a « trop mal ». L'anesthésiste entre et dit « on va vous soulager et on va parler après! ». Il pose la péridurale (...) puis parle du fait que cela ne « marche pas à tous les coups », que « le dos peut rester sensible un moment », qu'ils « doivent parfois repiquer », mais qu'il pense que « tout ira bien pour [elle] » (Journal de terrain, La Maternité, transfert AMN).

Même si la plupart des sages-femmes n'en font rien en pratique (c'est-à-dire qu'elles ne cherchent pas à retarder une demande de péridurale, ou à communiquer à la parturiente les effets secondaires), un grand nombre d'entre elles constatent un impact de la péridurale sur la dynamique du travail de l'accouchement, le tracé fœtal ou encore le positionnement des fœtus.

Une patiente qui a pas de péridurale, un bébé qui va parfaitement bien, on pose une péridurale tout d'un coup on a vraiment un tracé [mauvais]... c'est ça qui me pose plus problème. Du coup on médicalise plus à cause du mauvais tracé.

Solène : Les sages-femmes me disent ça, mais les anesthésistes disent que c'est pas la péridurale, que toutes les recherches montrent cela.

Oui il y a les recherches et puis après il y a ce que nous on ressent. (...) il y a toutes ces petites choses, une augmentation de la durée du travail de la deuxième partie, puisque elle n'a pas envie de pousser la dame. Ça veut dire plus de touchers vaginaux, peut-être plus d'infections. Ça veut dire des sondages, donc plus d'infections urinaires possibles, plus d'instrumentés ça c'est démontré, ventouses et forceps puisqu'elle ne sent pas pousser Si vous avez plus d'instrumentés, vous avez plus d'épisiotomies, plus de dégâts au niveau du périnée, et puis les enfants se tournent moins bien dans le bassin. (...) sous péridurale les tissus sont plus relaxés, donc l'enfant peut plus facilement mettre sa tête pas tout à fait correctement. Donc plus d'instrumentés, etc. Plus de césariennes aussi possibles. Donc il y a quand même un effet en fait. (Sophie, sage-femme mat, suivi global)

Il n'empêche que ces accouchements sans péridurale où les dames se sentent bien, les monitos sont nickel, je sais pas pourquoi... j'ai jamais vu d'études et puis j'ai trop peu d'expériences pour dire ça, mais tu poses la péridurale, la maman sur le lit, tu peux être sûre qu'il y a des décélérations, des trous. Et tous ces accouchements sans péridurale, il y a rien, pas de décélérations! Et puis tu sens pas pour les poussées. (...) Nous on le voit dans notre quotidien: une dame premier bébé, sans péri, elle le pousse son bébé, on le voit, c'est évident. Une dame sous péridurale qui ne sent rien, c'est la cata, on n'y arrive pas, ça bouge pas cette tête [rire]. (Evelyne, sage-femme agréée)

Cette expertise clinique, que toutes les sages-femmes m'ont rapportée est toutefois tabou à La Maternité. Les sages-femmes n'en parlent pas avec les médecins, et peu entre elles, puisque les médecins et anesthésistes défendent le fait que les recherches concluent à une absence d'impact sur le travail. L'expertise clinique des sages-femmes est largement invalidée. Sur le terrain, lorsque j'ai interrogé les sages-femmes sur les effets de la péridurale, elles me répondaient en catimini, en chuchotant : « les anesthésistes disent que

ça change rien, après nous, en tant que sages-femmes, on sait que... [elle se met à chuchoter] nous on sait que la péri est pas sans incidence ». (Journal de terrain, sage-femme maternité, couloir de la salle d'accouchement)

Lors de notre entretien, quand j'ai dit à Sophie que je n'avais jamais entendu les arguments détaillés qu'elle me présente à propos de l'impact de la péridurale sur le travail (je n'ai mentionné qu'une partie des mécanismes qu'elle m'a décrit), par exemple lors d'un cours de « préparation à la douleur » donné à l'hôpital, celle-ci me répond « Bon on n'a pas trop le droit de le dire quelque part ». Elle continue : « Ici on ne peut pas véhiculer des idées qui n'ont pas été démontrées dans des recherches, on ne peut pas véhiculer des idées de grands-mères, enfin des sensations empiriques » (Sophie, sage-femme maternité, suivi global). Evelyne m'a rapporté avoir eu une altercation avec un chef de clinique lorsqu'elle a sous-entendu que la pose de la péridurale avait eu un impact négatif sur l'accouchement de la parturiente dont elle s'occupait :

après la naissance, je raconte à une autre sage-femme : « on lui a mis la péri[durale] et puis après ben tu imagines pof pof pof ». X [CDC] a entendu ce que j'ai dit et il me dit « j'en ai marre de ce discours que vous avez de la péridurale. Une revue de la littérature récente avec un nombre important de cas montre que la péridurale n'a pas d'impact ! c'est pas sur votre expérience que vous pouvez dire cela ! ». J'ai répondu « mais là le bébé n'a pas aimé la péri », puis lui « non, ce n'est pas la péri ! c'est l'hypotension ». J'ai encore répondu « oui mais l'hypotension (de la maman), elle vient bien de la péri ! ». (Journal de terrain, Evelyne, sage-femme agréée)

S'en est suivi un échange d'e-mails entre le chef de clinique et cette sage-femme, e-mails que j'ai pu lire. Celui-ci citait une méta-analyse Cochrane (Anim-Somuah, Smyth, et Jones 2011) en disant que l'étude montrait une latence de la deuxième phase du travail et une augmentation de l'instrumentation, sans que la causalité puisse être prouvée. Il critiquait la sage-femme de s'être positionnée de manière « certaine » sur l'influence de la péridurale sur le travail, alors que la littérature prouve le contraire. La sage-femme aurait selon lui une position « biaisée » qui conduirait à « méinformers les patients ». Dans sa réponse, la sage-femme n'a pas été en mesure de démontrer au médecin en quoi son utilisation de la revue Cochrane notamment, était imprécise. C'est un exemple de situation qui illustre la propension des médecins à asseoir un contrôle sur le savoir, d'autant plus qu'aucune instance n'est prévue pour que les sages-femmes se mettent à jour à propos des nouveaux résultats de recherche.

Plusieurs sages-femmes mettent en avant le décalage qui existe entre le discours des médecins sur l'innocuité de la péridurale d'un côté, et les mesures de surveillance qui augmentent quand elle est posée, comme les dépistages systématiques pour les infections urinaires (une culture d'urine est effectuée systématiquement trois jours après l'accouchement ²⁷³) par exemple. De plus, selon Sophie, l'interprétation de mauvais tracés ne sera pas reliée à la péridurale, officiellement la césarienne est faite pour une décélération cardiaque fœtale, sans que cela ne soit mis en lien avec la chute de tension maternelle provoquée par la péridurale (un effet pourtant reconnu des médecins puisque la tension des parturientes est beaucoup plus surveillée en cas de péridurale).

²⁷³ Le risque d'infections urinaires lié au sondage qui est fait dans les cas où la patiente a une péridurale n'est pas évoqué à la parturiente. Interrogée sur la question, Maude (interne) me dit que c'est parce qu'il s'agit d'un « risque accessoire ».

Le décalage entre l'expérience clinique des sages-femmes et la recherche, pourrait avoir de multiples causes ; on pourrait notamment faire l'hypothèse d'un biais des sages-femmes qui apprécient, en tout cas dans l'imaginaire du métier, de travailler avec des femmes sans péridurale. Une revue rapide de littérature m'amène cependant à penser que c'est plutôt la sélection des recherches qui est faite par les médecins qui induit ce décalage²⁷⁴. C'est donc davantage l'utilisation des recherches au sein du service qui semble être faite en fonction des positions idéologiques, ou des intérêts professionnels des médecins. Dans ce cas, l'expérience des sages-femmes est, en tout cas en partie, en accord avec les études. Cela révèle également que les sages-femmes que j'ai rencontrées convoquent peu la littérature pour défendre leurs pratiques ou appréciations cliniques dans les rapports de force qui se jouent parfois avec les médecins²⁷⁵. Je souligne cependant que cela ne doit pas laisser entendre que les médecins connaissent tous et bien la littérature scientifique, plusieurs ont mentionné la difficulté de manier de telles compétences²⁷⁶.

La détention du savoir reconnu légitime par les médecins à travers l'Evidence-based medicine contribue à leur garantir une place dominante dans le dispositif obstétrical, y compris quand cela ne concerne pas la péridurale. Geltzer (2009) a montré que dans le contexte russe, les médecins utilisent l'EBM – en tant que concept occidental – dans une

²⁷⁴ Cheng et al. (2014) concluent que l'impact de la péridurale sur la deuxième phase du travail (qui commence à partir de la dilatation complète du col de l'utérus, et qui se termine avec la naissance du bébé) est bien supérieure à ce que les études précédentes démontrent. Selon les auteurs, cette période serait prolongée de plus de deux heures dans le cas où la parturiente bénéficie d'une péridurale. Un défaut d'engagement ou d'expulsion (en fonction de la progression du fœtus) sont des indications courantes à la césarienne pour le premier cas, et aux ventouses/forceps pour le deuxième cas. Les chercheurs appellent ainsi les maternités à modifier leurs guidelines pour qu'une deuxième phase du travail plus longue par rapport à ce qui est habituellement prévu actuellement soit jugée comme normale lorsqu'une péridurale est en place. Une autre recherche arrive à des conclusions similaires concernant les grossesses gémellaires (Leftwich et al. 2013). La revue Cochrane au sujet de l'impact de la péridurale sur le travail indique des effets secondaires semblables (Anim-Somuah, Smyth, and Jones 2011). Il s'agit de celle que mentionne le médecin dans l'échange d'e-mails avec Evelyne, ma lecture diffère cependant de la sienne. Les chercheurs montrent que les accouchements instrumentés augmentent, que la deuxième partie du travail est prolongée, que le recours à l'ocytocine est plus fréquent (suggérant une altération de la dynamique du travail). Il ne semble cependant pas y avoir d'impact sur la santé des nouveau-nés, au moins à court terme. De même le positionnement de l'enfant ne semble pas influencé par la péridurale, contrairement aux hypothèses formulées par des sages-femmes sur mon terrain. L'augmentation des césariennes n'est pas démontrée, mais « ne peut être exclue » (Anim-Somuah, Smyth, and Jones 2011). Il faut préciser que la plupart des études incluses dans cette méta analyse concerne des recherches qui comparent l'utilisation de la péridurale par rapport à d'autres méthodes pharmacologique de soulagement de la douleur (opiacées le plus souvent), ce qui n'est pas identique à une comparaison des effets d'un accouchement avec péridurale ou sans produits analgésiques. Une autre revue Cochrane met en évidence le fait que différer la pose de la péridurale n'a pas d'effet positif sur le déroulé ou l'issue du travail (Sng et al. 2014).

²⁷⁵ Les sages-femmes ont aussi un intérêt à ne pas trop critiquer ou retarder des péridurales. J'ai montré ailleurs que cet outil est une nécessité dans le contexte organisationnel actuel. Il permet davantage de déployer les stratégies de sage-femme pour rester dans la physiologie (recours au Syntocinon, rupture artificielle des membranes, changement de position « imposé », etc.) ; il facilite la possibilité de prendre en charge plusieurs parturientes sans avoir le sentiment de « mal travailler » ; il réduit la possibilité que les femmes adoptent des comportements et des positions auxquelles la sage-femme n'a pas, ou plus, l'habitude de répondre. Il n'est ainsi pas anodin que ce soient les sages-femmes qui sont moins soumises à ces contraintes matérielles (sage-femme agréée ou de l'accompagnement global qui ne s'occupent que d'une parturiente à la fois) qui aient le discours le plus libéré au sujet des péridurales.

²⁷⁶ Du côté des médecins comme des sages-femmes, la formation a cependant évolué en faveur d'un développement des capacités à chercher et analyser de manière critique la littérature médicale produite.

rhétorique pour justifier les pratiques médicales et surtout renforcer le pouvoir de leur profession. Dans le contexte suisse, alors que les professionnelles ne sont pas soumises au même contexte, l'EBM est aussi utilisé dans une perspective similaire.

Cette scission entre un savoir rationnel porté par les médecins, et un savoir anecdotique basé sur l'intuition, est un moyen d'inscrire les sages-femmes dans une approche irrationnelle et relative à un temps ancien, anachronique. La référence des médecins au terme « d'intuition » pour parler de la pratique des sages-femmes est stratégique en la faisant apparaître comme relative à un savoir non scientifique et obscur, les médecins conservant le terme d'expérience, et plus encore d'expertise pour parler de leur propre pratique, des termes valorisés. Je rappelle en effet, que l'expérience, voire l'expertise qui est le terme privilégié, est reconnu comme partie intégrante de l'Evidence-Based Medicine. Les intuitions sont-elles vraiment autre chose, dans ce contexte, que l'expertise clinique qui se développe par la sédimentation des expériences ? La différence se joue à mon avis davantage sur le plan de la linguistique que de l'épistémologie, ce qui ne signifie pas que la manière dont on nomme des pratiques n'a pas d'importance ou d'effet sur ces pratiques. Les médecins n'utilisent pas ou très peu le terme d'intuition, alors que les sages-femmes y ont plus volontiers recours (dans le même registre, Sophie, sage-femme maternité parle de « sensations empiriques », voire « d'idées de grand-mères », Morgane, sage-femme maternité « d'instinct »), même quand c'est en fait de la même chose dont il s'agit. Il n'est pas anodin que l'intuition soit le terme utilisé dans le groupe quasiment exclusivement féminin des sages-femmes, et celui d'expertise ou d'expérience dans le groupe mixte des médecins, mais qui était historiquement composé uniquement d'hommes. L'intuition est une qualité assignées aux femmes, tandis que l'expertise est assignée aux hommes (Lupton 2012c), l'effet de genre associé à un groupe, ici professionnel, pouvant perdurer même quand celui-ci devient mixte.

L'intuition est décrite comme précieuse, par certaines chercheuses féministes engagées, pour la reconnaissance du travail des sages-femmes et critiques de la médicalisation excessive de la naissance, par exemple (Davis-Floyd et Davis 1996). Dans le dispositif actuel, où « les savoirs faisant autorité » sont ceux de la science et de la rationalité, les sages-femmes pâtissent de cet étiquetage d'un savoir basé sur l'intuition. La subjectivité peut être utilisée, à condition de pouvoir l'accompagner d'un discours objectivant, ce qui est une capacité qui reste difficile pour une partie des sages-femmes. La plupart des sages-femmes considèrent ainsi que les négociations des protocoles sont difficiles et demandent « beaucoup d'énergie », car les médecins « ne se laissent pas convaincre facilement » et que de « bons arguments » doivent leur être présentés ; ainsi « il n'y a pas beaucoup de sages-femmes qui le font » (Joana, sage-femme mat). Le discours qui doit être tenu est un discours biomédical qui doit apparaître comme rationnel, et fait l'objet d'un apprentissage long, duquel sont en partie exclues les sages-femmes. Michelle (interne) me dit être parfois « frappée par le manque de connaissances médicales de certaines sages-femmes », notamment au niveau « du vocabulaire » (jargon) alors que « le plus important » est « comment tu présentes un cas, comment tu en parles » pour elle.

J'ai toutefois constaté que le fait d'associer sage-femme avec intuition, est une démarche faite plutôt par les médecins que par les sages-femmes elles-mêmes. Celles-ci sont largement pénétrées par la logique du risque et l'épidémiologie, qui passent par des mesures de surveillance et d'interventions préventives et standardisées. Le sens clinique des sages-femmes est relatif à un apprentissage, on pourrait dire à une socialisation, qui

passer par une transmission formelle et informelle des savoirs incorporés entre professionnelles. Les manières de faire institutionnelles participent ainsi à former le sens clinique de la soignante, médecin et sage-femme, celui-ci est dépendant d'un processus de construction situé. Le sens clinique n'existe pas en tant que tel, il est forgé par le contexte dans lequel les professionnelles évoluent. Le sens clinique des sages-femmes qui ont pour la plupart toujours travaillé en milieu hospitalier ne peut être fondamentalement différent de la culture biomédicale en place. Le milieu hospitalier s'insinue dans leur interprétation des situations, dans leurs craintes, dans leurs gestes²⁷⁷ :

on est sous l'influence des médecins (...) quand on travaille à l'hôpital depuis longtemps et qu'on sort d'une formation où on a fait quasiment que de l'hospitalier, tu es formatée à détecter la patho[logie], tu ne vois même plus que ça peut être physiologique (Nora, étudiante sage-femme)

Cette opposition entre savoir rationnel et savoir irrationnel est d'ailleurs reprise par les sages-femmes hospitalières pour se distancer de la pratique de celles qui exercent en dehors de l'institution et qui sont considérées comme « allant trop loin » dans le risque. Pour Evelyne, ou Roxane, les sages-femmes qui exercent hors de l'hôpital ont une vision trop étendue de la physiologie, qui ne prend pas suffisamment en compte les données épidémiologiques. Cette attitude est décrite comme peu rigoureuse et risquée :

tu as des sages-femmes [indépendantes] qui se détachent des procédures, qui disent « ça c'est pas important, on ne fait pas, il y a pas besoin de vérifier ». Après on augmente un peu les risques justement. Par exemple, si on ne contrôle pas le strepto[coque] B, il y a quand même le risque que le bébé l'attrape. Le risque il est faible, c'est toujours la même chose, mais il est quand même là. Après plus tu enlèves des trucs, plus moi il y a un côté qui me dérange c'est qu'il y a un peu plus de négligence (...) quand même, des études ont montré qu'il y a des bébés qui décèdent du strepto[coque] B, donc on ne peut pas rien en faire (Evelyne, sage-femme agréée).

Moi je serais beaucoup plus stricte dans les cas que j'accepterais ou pas. (...) une [sage-femme indépendante] en particulier, qui laisse [les parturientes] en stagnation pendant des heures... on part parfois en césarienne à complète depuis 4 heures... elle ne prend pas en compte les risques de rupture du segment inférieur, d'atonie, d'hémorragie, j'ai l'impression qu'elle ne mesure pas. (Roxane, sage-femme mat)

Les raisonnements d'Evelyne et de Roxane sont typiques de la culture biomédicale du risque. Dans leurs discours, le protocole est construit pour édicter des pratiques, comme des interventions préventives ou des surveillances élargies, basées sur les recherches épidémiologiques, qui permettent de contrôler des risques même minimes et de limiter l'incertitude. En documentant, chiffrant et objectivant les risques d'une complication dans des situations données, la recherche induit selon elles une obligation des professionnelles de tenir compte de ces données et de prendre les mesures adaptées, même avant que des symptômes apparaissent. Les sages-femmes qui choisissent de ne pas déployer un dispositif autour de risques qu'elles jugent trop faibles, sont perçues comme des professionnelles « négligentes », voire inconscientes.

Pour certaines sages-femmes, de plus en plus nombreuses, le moyen de développer leur champ d'action est d'aller dans le sens des médecins, c'est-à-dire de prouver par la

²⁷⁷ C'est ce qui conduit des sages-femmes accoucheuses à domicile ou en maison de naissance à refuser de passer par l'hôpital avant d'exercer en milieu hospitalier, afin de se préserver de cette influence.

recherche des intuitions cliniques, afin qu'elles puissent être reconnues. Scamell et Stewart ont également montré que les sages-femmes anglaises savent que prendre une décision sur la base de leur « intuition » n'est pas reconnu et qu'elles devront être capables de faire un travail discursif pour que leur décision soit considérée comme acceptable, c'est-à-dire ne pas se référer à ce vocabulaire mais la traduire en des termes rationnels, à bâtir une argumentation sur un modèle biomédical en somme (Scamell et Stewart 2014, 90-91).

A La Maternité, quelques sages-femmes de l'équipe sont ainsi sorties des soins pour rejoindre une équipe de recherche et proposer des recherches « orientées sages-femmes », par exemple autour de l'acupuncture pour faire tourner les fœtus en cas de présentation par siège. Elles visent à faire reconnaître, à prouver, ce qu'elles ont expérimenté comme bonnes pratiques, pour les diffuser : « Depuis 20 ans on a monté pas mal de recherches pour essayer de prouver que ce qu'on fait c'est utile et qu'on ne fait pas des trucs sur des croyances et sur des 'on pense que' » (Joana, sage-femme mat).

Parmi les sages-femmes qui critiquent une médicalisation de la naissance qu'elles estiment excessive et iatrogène, plusieurs pensent que c'est par la recherche, en tant que processus dynamique, que certaines pratiques délétères finiront pas être abandonnées. Evelyne (sage-femme agréée) exprime la confiance qu'elle porte dans les progrès de la médecine qui se traduiront progressivement par une modération de la médicalisation de l'accouchement : « Bien sûr qu'on est allé trop loin avec la médicalisation qui est trop importante et que j'espère qu'on reviendra en arrière, mais le médical va s'en rendre compte et je pense qu'on fera marche arrière à un moment donné ».

Celle-ci souhaite que plus d'études soient réalisées pour prouver certaines « intuitions de sages-femmes » et combler certains « angles morts de la recherche » qui sont peu investigués par les scientifiques car ne correspondant pas au système médical actuel (ou n'étant en tout cas pas « prioritaires »). Selon son expérience professionnelle, les femmes qui se sentent bien accoucheraient mieux, mais elle ne peut le prouver : « Plus il y a d'hormones, je le vois : plus les dames elles sont shootées, plus ça va vite, plus ça se passe bien, plus elle dilate. Il n'y a pas d'études là-dessus: est-ce que les femmes qui se sentent bien, accouchent plus vite et mieux. Il y a quelque chose à faire » (Evelyne, sage-femme agréée). A La Maternité, une sage-femme et étudiante en Master souhaite mettre en place des ateliers de lecture critique à destination des sages-femmes, sur un modèle similaire à celui qui est proposé hebdomadairement aux médecins. Akrich et ses collègues montrent que certaines associations européennes de défense de la « naissance naturelle » ont bien compris cet enjeu (Akrich et al. 2014; Rabeharisoa, Moreira, et Akrich 2014).

D'après mes résultats, deux dimensions affaiblissent pourtant ce mouvement. D'une part, de nombreuses sages-femmes se sentent peu concernées par le monde de la recherche, voire dénigrent les sages-femmes qui en font ²⁷⁸. « c'est toujours ce qu'on te répond : 'Si tu veux changer ça, lance une étude'. Après il n'y en a pas beaucoup des sages-femmes qui ont envie de se lancer » (Mylène, sage-femme mat). D'autre part, d'après les travaux de Raymond de Vries, les recherches menées par les sages-femmes, surtout si elles vont à l'encontre des pratiques obstétricales en cours en invitant à modérer la médicalisation, tendent à être moins reconnues et à rencontrer des difficultés à paraître dans des journaux scientifiques prestigieux (Bogdan-Lovis et De Vries 2013). Le statut de la professionnelle qui

²⁷⁸ Une sage-femme se moque de celles qui font de la recherche en disant qu'elle devrait faire pareil « pour se reposer » (journal de terrain, maternité).

énonce un savoir a de l'importance. Une sage-femme, professeure dans un cursus de sage-femme et doctorante en sciences humaines me rapportait combien il était difficile d'être entendue par ses collègues médecins lors de congrès, tant son étiquette de « sage-femme » tendait à décrédibiliser d'emblée ses résultats de recherche et limitait sa capacité à être reconnue comme une experte. Par ailleurs, épouser complètement le modèle positiviste qui consiste à n'agir que sur la base de recherches, ne constitue-t-il pas un risque pour la profession de sage-femme de perdre encore un peu plus son identité et certaines de ses compétences spécifiques, déjà bien entamées ?²⁷⁹ La capacité à construire et détenir les « savoirs faisant autorité » est en tout cas un enjeu de pouvoir central entre sages-femmes et obstétriciens, qui se fait largement au bénéfice de ces derniers²⁸⁰.

²⁷⁹ Dans leur travail, Akrich et ses collègues montrent comment les associations en faveur de la « naissance respectée » utilisent des preuves issues de différents registres, j'y reviendrai dans la cinquième partie.

²⁸⁰ Ces enjeux concernent également la profession d'infirmier. Pour l'infirmier et chercheur suisse Michel Nadot, la production d'un « savoir infirmier » (Dallaire 2008) sous la forme de recherches publiées constitue un impératif pour la profession afin de rendre visible ses pratiques, les valoriser et gagner en autonomie (Nadot 2006). Le développement des sections recherches dans les Hautes Ecoles de Santé en Suisse témoigne de la volonté des professions paramédicales (infirmiers, sages-femmes, nutritionnistes, physiothérapeutes, etc.) de développer leur place et d'élargir leur reconnaissance

VIGNETTE 2: FOCUS SUR UNE INTERACTION ENTRE UN MÉDECIN ET UNE SAGE-FEMME

Nous sommes assises dans le bureau des sages-femmes, celle que je suis « fait les papiers ». Joana entre dans le bureau des sages-femmes, suivie d'une étudiante. Elles sortent tout juste d'une césarienne pratiquée en cours de travail pour stagnation de la dilatation. Son langage corporel et le ton de sa voix me laissent supposer qu'elle est très énervée. Elle entre en déclarant: « moi je ne suis pas d'accord de travailler comme ça, c'est du travail de cochon ! Non je suis pas d'accord. Je lui ai dit à [nom du chef de clinique qui a fait la césarienne]... il fait un œillet [sous-entendu, une incision trop petite], je lui dis que c'est pas assez que c'est un beau bébé, il faut qu'il fasse plus grand, je lui montre mais il me répond rien! Avant d'aller au bloc, je lui dis 'réexamine [la progression de la dilation], je crois que la dame a avancé', il me dit 'non on y va', et je lui dis 'tu me demandes pas de faire une vaginale²⁸¹ après hein ?' on entre dans le bloc et paff, il me dit 'vaginale' ! J'en ai mal au bras, j'ai poussé de toutes mes forces ce bébé! Et après forceps et encore forceps²⁸² dans tous les sens comme ça ! Comme des cochons, c'est n'importe quoi ! Si c'est pour travailler comme ça, moi je préfère aller planter des fleurs dans mon jardin ! J'en ai mal à la main! ». Joana semble vraiment mal. Elle bougonne, puis quitte la salle. (...)

Environ 30 minutes plus tard, le chef de clinique qui a fait la césarienne entre dans le bureau, il est très calme. Joana est à nouveau présente. Elle s'adresse à lui sur un ton très posé, presque l'air de rien « alors tu me l'as demandé la main vaginale finalement... », il répond : « oui mais s'est allé très bien », Joana : « mais je t'avais dit de réexaminer », « mais on avait réexaminé, tout va bien ». Ils ne se comprennent visiblement pas. Le médecin ne remet pas en question sa pratique, et la sage-femme n'insiste pas. La discussion s'arrête là et est restée très calme. (Journal de terrain, La Maternité)

Commentaire : Dans cette situation, plusieurs points peuvent être relevés. Premièrement que la sage-femme, pourtant très expérimentée et reconnue par l'institution (elle a plusieurs responsabilités), n'est pas entendue par le médecin. Ses compétences et son expertise sont invalidées et non-utilisées par le chef de clinique. J'ai fait ce constat à plusieurs reprises, surtout lorsque les sages-femmes tentent de formuler des propositions qui concernent des décisions strictement médicales. Deuxièmement, la sage-femme n'insiste pas auprès du médecin. Alors qu'elle était très remontée en son absence, une fois que celui-ci est présent, elle reste respectueuse et formule des reproches à demi-mots et très calmement. Elle ne fera pas non plus de commentaires auprès de la hiérarchie médicale. Troisièmement, le médecin n'a pas remis en question sa pratique, bien qu'elle soit très contestable (par ailleurs, la parturiente ne semble pas avoir été informée de la situation).

²⁸¹ Elle fait référence au fait que si la dilatation avance et que le fœtus descend dans les voies vaginales en cours de césarienne, elle risque de devoir faire une « main vaginale », c'est-à-dire introduire sa main dans le vagin pour repousser la tête du fœtus vers le haut afin que l'obstétricien puisse le faire naître par césarienne.

²⁸² Les forceps peuvent aussi être utilisés dans l'extraction difficile des fœtus par césarienne.

2 Individualiser la prise en charge de l'accouchement par les transgressions : « un secret d'institution »²⁸³

Comme je l'ai montré, la standardisation des soins peut en partie être adaptée, une surveillance imparfaite peut être tolérée, et les protocoles personnalisés, pour autant qu'une argumentation légitime soit produite. Celle-ci n'est pas simple : il faut suffisamment bien maîtriser les codes attendus, être « courageuse », avoir du temps, et être expérimentée. De plus, la standardisation reste la règle, et la peur d'être blâmée, par les responsables hiérarchiques ou le juge, est élevée. Enfin, pour les professionnelles hiérarchiquement et symboliquement subordonnées, en particulier les sages-femmes, la production de ce discours est périlleuse. Si ces difficultés assurent un large respect des protocoles, des micro-stratégies dissimulées de contournement des protocoles se substituent régulièrement à des stratégies ouvertes de négociation.

Quand la standardisation semble inadéquate dans une situation, et pour se passer d'une justification coûteuse, des transgressions des règles sont réalisées, plus ou moins à couvert vis-à-vis des collègues, mais toujours cachées vis-à-vis de l'institution. Ces pratiques, c'est là leur caractéristique commune, sont faites pour échapper à la surveillance en n'étant jamais documentées ou évoquées dans les lieux de contrôle (colloque, tribunal). Ces pratiques sont donc le produit de la standardisation et du contrôle exercés sur les professionnelles. La citation de Erin ouvre ainsi cette section : « y a toujours ces petits jeux là et c'est l'effet un peu pervers de ces colloques et de ces protocoles, ça c'est sûr ». (Erin, CDC)

Comme j'ai surtout suivi les sages-femmes sur le terrain, et que ce sont elles qui s'occupent et interviennent dans les accouchements physiologiques, ceux où la transgression a plus de place, c'est principalement leurs pratiques que j'analyse ici, ce qui ne veut pas dire que les médecins sont étrangers à cette activité.

Ces pratiques transgressives ne me sont apparues progressivement que plusieurs mois après le début de mon terrain²⁸⁴. Une fois que j'ai appris le jargon, que j'ai compris les enjeux, que j'ai eu accès aux protocoles et que j'ai vu comment ils étaient appliqués, que les professionnelles me connaissaient et me faisaient confiance, j'ai commencé à découvrir des pratiques à la marge, des triches, souvent cachées, parfois dites à demi-mot, des pratiques transgressives de résistance à la standardisation et à la médicalisation, en somme.

Je vais analyser ici comment ces situations se produisent, qui en est à l'origine et comment ces personnes les justifient. Je montrerai que ces contournements de la règle sont significatifs pour penser les métiers et les champs de compétences ainsi que les enjeux autour de la construction du risque.

²⁸³ Amarande (sage-femme mat)

²⁸⁴ Mener une observation de longue durée par rapport à la conduite unique d'entretiens a été fondamental pour développer ces analyses. Si celles-ci sont principalement illustrées par des extraits d'entretiens ici, il s'agit toujours de ceux qui ont eu lieu après ou à la fin du terrain ethnographique. J'ai pu interroger les actrices sur ces pratiques parce que j'y avais assisté, que j'ai pu poser des questions sur ces pratiques et des situations concrètes, et aussi parce que les professionnelles me faisaient confiance.

2.1. *Transgresser pour défendre la physiologie*

Les pratiques transgressives des sages-femmes visent à éviter une intervention qu'elles estiment excessive et non nécessaire. Celles-ci se jouent autour des outils de surveillance principalement.

Premièrement, celles que j'ai le plus souvent observées concernent la surveillance manuelle, et plus spécifiquement, l'évaluation de la dilatation. De cette surveillance manuelle dépendent beaucoup d'interventions. Les sages-femmes ont donc tendance à sous-estimer la dilatation pour se créer des marges de manœuvre si la dilatation stagne et éviter la césarienne qui y est associée. Pour une primipare, les sages-femmes ont l'habitude de déclarer une dilatation de 9 cm sur le partogramme quand elle est à dilatation complète, afin de lui laisser du temps supplémentaire pour que le fœtus descende davantage. Nora (étudiante sage-femme) me dit en riant « il y a des centimètres qui sont un peu élastiques. Le nerf de la guerre, c'est toujours d'être un peu pessimiste sur l'évaluation pour pas aller en stagnation ». Dans le cadre d'une provocation, il peut s'agir de reporter un col plus défavorable que ce qu'il est afin de retarder l'utilisation de Syntocinon et laisser plus de temps au col pour mûrir (il sera ensuite plus favorable, ce qui permettrait d'éviter les échecs de provocation et donc une césarienne).

Deuxièmement, des pratiques transgressives également très courantes sont réalisées pendant les poussées. Pendant l'heure d'attente prévue par le protocole entre le moment de la dilatation complète et les poussées actives, les sages-femmes proposent parfois à la parturiente de pousser « gentiment », « doucement », « sans trop forcer », au moment de la contraction pour commencer à « accompagner leur bébé » (journal de terrain). Cela permet de commencer des poussées sans fatiguer trop la parturiente et le fœtus et d'obtenir un temps de poussées plus long, sans le reporter.

Au moment de la naissance, une technique du corps controversée est pratiquée (ce pourquoi on évite de la reporter), la manœuvre dite de Kristeller ou « expression abdominale » qui consiste à appuyer fortement sur le fond utérin à travers la paroi abdominale pour accélérer la naissance du fœtus et éviter une ventouse²⁸⁵. Le seul usage que j'ai identifié d'un petit escabeau sous le plan de travail du bureau des sages-femmes est celui de faciliter les appuis en permettant à la sage-femme de se placer au-dessus du corps de la parturiente afin d'avoir plus de force. J'ai vu cette manœuvre, visiblement douloureuse pour les femmes, utilisée à plusieurs reprises.

[l'appui] ça on ne marque pas [dans le dossier] [rire]. D'après les études c'est mauvais pour les organes du petit bassin. Tu fais une grosse poussée sur le ventre, tu as plus de risque d'avoir des problèmes de vessie et de descente des organes. Quand tu es vieille tu peux plus certainement avoir des incontinences. On ne doit plus le faire du tout. Après quand le bébé il ne sort pas au bout d'un moment il faut bien faire quelque chose. Aller en césarienne pour ça ce serait peut-être dommage. (Mylène, sage-femme mat)

Pendant les poussées, la sage-femme identifie plusieurs décélérations du rythme cardiaque fœtal. Au bout de 25 minutes, elle me demande d'appeler la référente. Elle entre. La sage-femme lui demande : « mais il est juste là [le fœtus]... oh non, allez il faut pousser ! ». A la référente : « tu me fais un appui ? ». (journal de terrain, salle d'accouchement)

²⁸⁵ En France, la pratique a été déconseillée par la Haute Autorité de Santé (HAS) puisqu'elle n'aurait « pas d'indications médicales validées », tout en comportant un risque de « vécu traumatique des patientes et de leur entourage » et de « complications, rares mais graves » (Laurence et Mlika-Cabanne 2007)

C'est en particulier dans les situations où la sage-femme considère « qu'il ne manque pas grand-chose » que cette intervention est pratiquée, montrant la frustration qui peut exister pour elle lorsqu'une intervention doit être pratiquée alors que la naissance s'annonçait bien.

Une autre technique du corps pratiquée au moment de la naissance par les sages-femmes est le fait de masser le périnée pour éviter les déchirures et l'assouplir, mais aussi de l'étirer, parfois assez violemment, pour faciliter le passage de la tête du fœtus²⁸⁶. La sage-femme estime que cet acte invasif l'est moins qu'un instrument qui risque d'être utilisé en cas d'échec d'expulsion. Dans une perspective de sociologie des professions, il s'agit aussi d'intervenir pour ne pas perdre la main sur l'accouchement au profit des obstétriciens.

Troisièmement, j'ai observé des pratiques transgressives autour de la surveillance outillée, en particulier autour de l'usage du CTG. Lorsque du Syntocinon est utilisé, le protocole prévoit que celui-ci soit stoppé s'il provoque trop de contractions, tandis que les sages-femmes considèrent que cela risque de conduire à une stagnation de la dilatation et des interventions. Des sages-femmes font alors en sorte que le CTG ne puisse pas capter toutes les contractions :

ne serre pas trop les capteurs pour les contractions! Elle en a beaucoup mais qu'elle ne ressent pas du tout, si tu serres trop, les médecins voient ces contractions ils vont lui sauter dessus ! il faut juste poser le capteur sur le ventre. (Journal de terrain, Amélie, La Maternité)

Le détournement de l'usage du CTG peut aussi permettre d'éviter de commencer trop tôt une provocation de l'accouchement si la sage-femme estime que le col de l'utérus n'est pas prêt : « je desserre la ceinture du monitoring pour qu'on voit pas bien les contractions parce que il y a plein de cas où j'estime que c'est casse-gueule de commencer à l'ocytocine » (Nadine, sage-femme mat).

Pour respecter les limites de temps prévues par le protocole pour les poussées, les sages-femmes augmentent parfois très rapidement la dilution du Syntocinon et la vitesse de diffusion pour augmenter rapidement le nombre et l'intensité des contractions et faciliter la naissance (les sages-femmes parlent de « stimulation » au moment de l'expulsion).

ça arrive qu'on en mette aussi en phase d'expulsion par exemple pour l'augmenter très rapidement et pas le noter. Parce que c'est pas très protocolaire mais que concrètement tout le monde en a constaté le bénéfice donc ça c'est aussi (...). On préfère lui mettre de l'ocytocine plutôt qu'elle ait une ventouse parce que son bébé n'est pas descendu (Nadine, sage-femme mat)

Ces pratiques transgressives, au sens qu'elles ne sont pas prévues par les protocoles, et surtout non reportées par les sages-femmes, sont pratiquées pour éviter des interventions estimées superflues. La conséquence pour les sages-femmes est qu'elles peuvent également rester autonomes dans la prise en charge de ces situations. J'ai listé ici quelques situations de transgressions les plus courantes en salle d'accouchement, je vais maintenant montrer comment le groupe les justifie, mais aussi les régule.

²⁸⁶ Le protocole précise qu'il faut « éviter les gestes douloureux tels que le massage et l'étirement du périnée ». Cette pratique va donc à l'encontre de la règle formelle.

2.2. Des transgressions sous conditions

Les pratiques transgressives s'inscrivent en marge des prescriptions institutionnelles. Pour autant, les pratiques transgressives n'échappent pas à tout contrôle. Elles sont encadrées par le groupe des sages-femmes par des règles tacites, explicitées parfois par les sages-femmes expérimentées. J'analyse ici les conditions qui entourent ces pratiques transgressives.

Premièrement, ces triches ne peuvent prendre place que dans des situations sans facteurs de risque, « tant qu'on reste dans la physiologie » (Kira, sage-femme mat). Pour Mylène (sage-femme mat), « la priorité c'est que le bébé aille bien », « tu peux prendre de la marge » seulement à cette condition selon elle. Elle souligne ainsi que « si tu as un mauvais tracé, tu ne t'amuses pas à ça parce que tu sais qu'il faut respecter les délais ». Roxane (sage-femme mat) décrit comment la triche utilisée pour donner plus de temps aux femmes prend fin quand elle estime que les risques augmentent : « on a bien conscience qu'à partir du moment où ça péclote, ok on rentre dans l'active management, rupture, syntonie, on touche, on y va, on continue ». Ces stratégies doivent donc être utilisées de manière modérées, et surtout elles constituent des adaptations plutôt mineures par rapport au travail prescrit. Amarande estime ainsi qu'elles ne « sorte[nt] pas complètement des protocoles mais qu'[elles] sont un pas à côté ». Pour Lyanna, si on peut « plus ou moins s'arranger », « il y a des limites à ne pas franchir. Parce qu'il y a quand même une idée de sécurité derrière [les protocoles] ». Amélie (sage-femme mat) pense que les sages-femmes sont « assez responsables et professionnelles pour se dire que la triche on la fait avec toujours beaucoup de prudence et de sécurité ».

Dans une situation où tous les « signaux sont au vert » pour reprendre leur expression, la triche vient apporter une petite marge de manœuvre supplémentaire, en particulier autour de l'évaluation de la dilatation, puisque celle-ci est de toute façon subjective selon les sages-femmes. Faire dépendre de cette évaluation des interventions à « un centimètre près » dans le contexte d'une standardisation de la prise en charge leur paraît ainsi absurde :

on n'est pas à un centimètre près... tout ce qui compte c'est que ça avance. On sait aussi que trois centimètres chez une sage-femme, ça peut être quatre ou deux chez une autre. On se dit c'est pas aussi précis que ça, c'est pas une science exacte nos touchers. (Roxane, sage-femme mat)

Deuxièmement, ce ne sont ainsi pas tous les protocoles qui sont transgressés. Ceux qui sont le plus concernés sont ceux qui ne sont pas reconnus comme valables par les sages-femmes. Les protocoles qui sont considérés comme n'étant pas médicalement nécessaires peuvent être soumis à transgression, pour autant que les autres conditions répertoriées ici soient remplies. Ils ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires d'une part quand la longue expérience de plusieurs sages-femmes ne va pas dans ce sens. Transgresser est un moyen de réhabiliter officieusement le feeling et l'expérience en tant que preuves légitimes, dans un contexte où les sages-femmes n'ont souvent pas la possibilité de mettre en forme un discours légitime tel qu'il est attendu par les médecins responsables. Nadine (sage-femme mat) trouve ça « rageant » que les preuves issues de l'expérience ne soient pas reconnues face aux preuves issues des recherches. D'autre part, les protocoles qui ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires par les sages-femmes sont ceux qui ne sont pas, selon elles, le reflet des preuves scientifiques mais qui constituent une réponse aux conditions matérielles, à un traumatisme institutionnel, ou à la peur du risque et/ou des procès par les médecins. J'ai déjà développé ces exemples dans

d'autres sections. J'ajouterai seulement le fait que les pratiques les plus courantes de transgression, à savoir le report de la dilatation lors des touchers vaginaux, sont réalisées dans un contexte où la courbe de référence pour déterminer si un accouchement ne progresse pas de manière physiologique, est jugée invalide car non mise à jour par de nombreuses sages-femmes : « les courbes de dilatation [ont été] faites dans les années 60, elles ne sont plus du tout evidence-based ! (Vanessa, sage-femme mat), et trop standardisées.

En relativisant certains protocoles, c'est ainsi la portée de la transgression que les sages-femmes minorent, elles insistent sur le fait que ne pas respecter des protocoles considérés comme n'étant pas animés par une nécessité médicale, ce n'est pas prendre de risques pour la parturiente ou le fœtus : « si on avait l'impression que c'était des bons protocoles (...) mais là ils nous paraissent absurdes, fondés sur des études des fois on se demande d'où elles sortent ! » (Nadine, sage-femme mat). Ces transgressions prennent place en réaction à la standardisation élevée des pratiques, et non pas à la nécessité de médicaliser quand c'est nécessaire, ce que les sages-femmes ne remettent jamais en question. Pour Marie (sage-femme mat), ces pratiques ne sont transgressives que par rapport à des règles institutionnelles, pas par rapport à des règles médicales universelles : « très clairement il y a les jeux sur les dilatations, mais ce qui est dommage c'est qu'encore une fois c'est pour rentrer dans les protocoles, et du coup on ment pour rentrer dans les protocoles ».

Le troisième élément est que l'expérience clinique est un impératif de la triche admise. Des sages-femmes inexpérimentées ne sont pas censées les pratiquer : « avec l'expérience on devient aussi plus malin (...) j'aime pas avoir une étudiante avec moi, parce qu'on doit rester dans le cadre du protocole pour qu'elles apprennent et pour qu'elles se rendent compte des risques(...) moi je le fais parce que je sais pourquoi je le fais. » (Kira, sage-femme mat). Le fait d'avoir « conscience des risques », afin de mettre des limites aux libertés que l'on se donne par rapport au travail prescrit, est fondamental. Le « sens clinique » développé est ce qui informe la sage-femme de ces limites d'une part, et de l'intérêt d'une personnalisation de la prise en charge en marge des protocoles d'autre part : « ça va aussi dans le ressenti, la dilatation, mais aussi comment il [le fœtus] se positionne, la manière dont il applique à la contraction, la manière dont le col s'œdématie d'un côté ou de l'autre, là on va lui donner plus de temps » (Roxane, sage-femme mat).

L'activité étant intense en salle d'accouchement, une expérience suffisamment solide pour que la triche soit admise peut cependant s'acquérir rapidement, en quelques mois seulement. Au bout d'un certain temps, les pratiques transgressives sont transmises et attendues de la part des collègues. Les internes sont aussi concernés : « même les internes on leur apprend nos tricheries(...) on les forme à ça pour essayer qu'ils ne soient pas formatés au protocole et qu'ils perdent toute logique et tout sens clinique » (Nadine, sage-femme mat). Cela montre à nouveau que les sages-femmes jouent un rôle initiatique dans le parcours de formation des médecins internes. Je précise que cette transmission a lieu par des sous-entendus car la triche est rarement formulée en tant que telle. Comme le dit Amarande (sage-femme mat) : « les jeunes internes très naïfs ils comprennent vite. C'est même dit 'je l'ai mise à 90'. mais je l'ai mise à 90... elle est à 90 ou elle l'est pas ? Je l'ai mise à 90 ça veut dire en gros, elle était à complète mais je l'ai mise à 90 ».

Le quatrième élément est que la transgression doit être faite pour le bien de la parturiente, ce qui passe le plus souvent par le fait de favoriser l'accouchement par voie basse

spontanée (sans instruments) pour les sages-femmes²⁸⁷. Les sages-femmes justifient d'ailleurs la triche comme une nécessité pour être au service de l'accompagnement des femmes et individualiser le suivi : « on est amené à tricher pour le bien-être des patientes » (Nadine, sage-femme mat). Pour plusieurs sages-femmes, la défense de la physiologie au service des femmes est inscrite comme le rôle historique du métier de sage-femme : « il y a plein de manières de jongler, et ça c'est vraiment notre métier de sage-femme, je le fais sans que personne ne me dise quoi faire » (Kira, sage-femme mat).

La transgression pour favoriser son confort personnel n'est par contre pas tolérée au sein du groupe. Par exemple, ne pas reporter une dilatation complète juste avant le changement d'équipe, afin d'éviter de commencer les poussées actives pour ne pas faire des heures supplémentaires, est mal vu, même en sachant que ces heures supplémentaires ne seront pas rétribuées à la sage-femme d'une part, et qu'elle est souvent très fatiguée au petit matin après une nuit de travail d'autre part : « il y a des filles, faire un accouchement à 6h40 elles veulent pas ! tu auras une heure de plus qu'on va pas te rendre et tu dois aller chercher tes gamins et tu es crevée... alors elles laissent la dame à 80 et voilà ! » (Carole, sage-femme mat).

Finalement, les sages-femmes ne considèrent pas que leurs pratiques constituent une tromperie face à l'institution. Transgresser les normes et la standardisation servirait en fait les intérêts de La Maternité : « le taux de césariennes serait différent si on ne faisait pas ça ! » selon Morgane (sage-femme mat). Or, je le rappelle les médecins responsables sont attachés au fait de contrôler les taux de césariennes et d'interventions pour éviter des effets iatrogènes. Ainsi, les pratiques des sages-femmes rentrent peu en collision avec la culture de service.

2.3. Pratiques clandestines ou secrets de polichinelle ?

Les pratiques transgressives ne sont pas répertoriées afin d'échapper à la nécessité de se justifier et protéger sa responsabilité individuelle. Je me suis toutefois demandé à quel point elles étaient strictement secrètes. Au sein du groupe des sages-femmes, ces pratiques sont très souvent sous-entendues. Amarande (sage-femme mat) m'a confié que quand elle a commencé à transgresser dans le report des dilatations, elle le faisait de manière complètement secrète vis-à-vis de ses collègues et s'est fait de « belles frayeurs » face à l'idée d'être démasquée. D'une part elle n'était pas complètement confiante au sujet de sa pratique professionnelle et de son évaluation clinique, et craignait que sa transgression ne corresponde pas aux règles implicites en vigueur. Elle n'avait d'autre part, pas encore compris qu'il s'agissait de pratiques courantes. Vanessa (sage-femme mat) est aussi dans ce cas : « je n'assume pas vraiment, mais même au sein de l'équipe. Je dis elle est à 90, voilà. Je vais pas vraiment assumer ce mensonge devant personne, je fais un peu mon binz dans mon coin ».

En ce qui concerne les parturientes, si ces pratiques sont faites « pour leur bien », elles en sont peu informées : « tu ne peux pas trop non plus les faire entrer dans cet espèce de complicité de mensonge (Amarande, sage-femme mat). D'une part pour éviter de les inquiéter, et d'autre part pour préserver sa responsabilité professionnelle: « t'as pas à leur dire ça, c'est comme si tu leur disais que t'as la possibilité de tricher, d'améliorer leur col

²⁸⁷ Ce n'est pas systématique cependant. J'ai assisté à quelques situations où les sages-femmes considéraient qu'une intervention aurait dû être pratiquée plus rapidement.

pour lui laisser une chance ... qu'est-ce que le couple il va penser? Il va se dire, ils magouillent » (Lyanna, sage-femme mat).

A quelques occasions, la pratique peut être semi-partagée pour faire alliance avec la femme : « On ment pas vraiment, on dit pas vraiment la vérité, on fait une espèce d'entre-deux où elle est quand même un petit peu complice » (Nadine, sage-femme mat). Comme une annonce d'une dilatation moins avancée peut risquer de décourager les parturientes selon les sages-femmes, il arrive qu'elles leur confient leur « vraie » dilatation, quand le « moral est bas » (Amélie, sage-femme mat) et qu'elles en consignent une autre par écrit. Cela doit être manié avec précaution pour éviter d'être découverte et d'engager sa responsabilité:

quand j'ai une patiente qui a envie de son accouchement voie basse, qui est motivée, je lui dis « je préfère qu'on aille doucement mais sûrement, vous êtes à dilatation complète mais je vous mets à 90 ». Après c'est un risque parce que si ça se passe pas bien et qu'elles disent, mais la sage-femme m'avait dit que... c'est un risque (Vanessa, sage-femme mat).

Lyanna (sage-femme mat) est la seule sage-femme qui m'a déclaré que pour être éthique, sa transgression devait être partagée avec la femme. Comme de celle-ci peut dépendre la suite de la prise en charge, il est fondamental de ne pas décider de ce qui est le bien pour cette personne, mais de l'évaluer avec elle : « La personne, c'est son corps, c'est quand même son vécu, et que si on a la possibilité de basculer d'un côté ou d'un autre, c'est quand même la première concernée ». Lyanna s'est fait reprendre plusieurs fois par des collègues qui lui auraient dit de ne plus en parler avec les patientes, évoquant le risque médico-légal : « À trop dire, tout ce que tu risques, c'est un procès ». J'ai constaté que ce secret a tendance à être davantage partagé avec les parents avec qui les sages-femmes se sentent proches, ce qui implique la plupart du temps une proximité sociale. Dans ce cas-là, ce partage renforce les liens avec les parents et conforte la sage-femme dans le fait qu'elle fait bien son travail (c'est une « une complicité de la proximité »). Avec les parturientes issues de classes supérieures par rapport à la sage-femme, cela doit être manié avec précaution : le partage peut être un moyen d'éviter les reproches en montrant sa volonté d'accéder aux demandes de la parturiente et de personnaliser les soins, mais les sages-femmes se méfient de celles qui pourraient utiliser cela contre l'institution (les avocates par exemple) (c'est une « complicité pour réduire la distance »). Les sages-femmes partagent moins ce secret avec les femmes de classes populaires, craignant d'induire de la confusion (même si cela se produit de temps en temps).

Les pratiques transgressives sont parfois connues de l'équipe médicale. Ce qui compte alors c'est que ce qui est mentionné dans le dossier soit conforme aux protocoles, par exemple en ce qui concerne les indications à la césarienne. Les médecins sont ici impliqués dans la transgression, ou en sont à l'origine. En cours de travail, une césarienne ne peut être justifiée que par une urgence médicale (césarienne urgence 0, 1 ou 2)²⁸⁸. J'ai assisté à une situation dans laquelle les médecins ont décidé de pratiquer une césarienne car la parturiente devenait difficilement « gérable » dans un contexte « psycho-social ». Ils se sont adressés à la référente, qui communique le degré d'urgence officiel aux autres intervenants

²⁸⁸ Les césariennes sont classées en degré d'urgence. Selon les protocoles, l'urgence 0 correspond à « un risque maternel et fœtal immédiat », « chaque minute compte ». Dans une urgence 1, la naissance du bébé doit avoir lieu « dans les 30 minutes ». Dans le cas enfin d'une urgence 2, la « naissance [est] à planifier dans les meilleurs délais pour toutes les équipes (naissance du bébé dans les deux heures) ».

en ces termes : « bon c'est une urgence 3 ou 4²⁸⁹ quoi mais on va mettre urgence 1 [rire] » [journal de terrain]. Lors d'un entretien informel, Maude (interne) me dit : « L'urgence 2 c'est une élective différée... par exemple une patiente qui demande une césarienne en cours de travail. Quand tu appelles tout le monde pour t'aider et que tu poses (une indication de) césarienne 2 'venez m'aider mais finalement c'est pas si urgent !'. Donc poser une (indication de) césarienne 1, c'est aussi pour se donner une contenance ».

Mélissa (interne) me raconte qu'elle a une fois « fait l'erreur » de laisser le Syntocinon couler à dilatation complète au lieu de le stopper, comme cela est prévu dans les protocoles. Il s'agissait de conserver un nombre suffisant de contractions pour que le fœtus descende dans le bassin et que les poussées soient efficaces. Pour elle, l'erreur n'a pas été de laisser le Syntocinon mais de l'« avoir dit » et que cela « ait été notifié quelque part » (probablement par la sage-femme):

quand tu suis pas le protocole ça porte un nom heu, juridiquement, c'est très - c'est grave en fait, si y a un souci (...) Donc ça c'est la dernière fois que je le fais, la prochaine fois j'en avertirai mon chef de clinique, s'il pense comme moi ben très bien, heu... Mais j pense que la plupart des chefs de clinique diront: 'Fais mais marque pas'. Tu te rends compte? (Mélissa, interne)

En ce qui concerne les pratiques transgressives menées par les sages-femmes, les internes savent qu'elles existent, voire soutiennent la pratique. Cela concerne surtout les internes plus expérimentées. Les débutantes ayant tendance à appliquer plus strictement les règles, ces pratiques de sage-femme les mettent mal à l'aise, et elles adoptent parfois des stratégies « l'air de rien » pour limiter la marge de manœuvres des sages-femmes acquise par la transgression :

tu sais que si tu vas examiner souvent avec elle, elle va pas te dire que ça dilate si ça dilate pas (...). Toi quand tu y vas, tu notes. Ou si elle n'a pas noté [la dilatation sur le partogramme], tu demandes « ah tu avais quoi ? » et tu notes ce qu'elle a, et comme ça c'est bon, c'est noté. (Michelle, interne)

Pour les médecins plus expérimentés la condition est que ces pratiques soient sans impact visible sur les outils de surveillance, c'est-à-dire que cela n'augmente pas les risques et que cela n'implique pas de devoir rendre des comptes à propos de la situation lors du colloque médical:

J'y suis tout à fait [favorable]. Les sages-femmes qui mettent la patiente à 90 alors qu'elle est à complète, ou qui montent le synto alors qu'elles devraient pas monter le synto... tant que ça se voit pas sur le tracé, on s'en fiche(...)Si ça se voit pas sur le tracé, si elle accouche bien, si le bébé va bien, fais ce que tu veux. (Maude, interne)

La pratique peut exister, tant qu'elle ne perturbe pas la surveillance observable et reportée, c'est-à-dire tant qu'elle n'entre pas dans la juridiction des médecins. Quand la sage-femme transgresse pour ce que le médecin estime aussi être de « bonnes raisons », le médecin fait l'économie d'un travail de justification autour de l'adaptation du protocole.

Comme le pensent aussi les sages-femmes, ces pratiques ne représentent pas une trahison institutionnelle, elles correspondent à la « culture de service » en cours à La Maternité :

Tu parlais des protocoles, des adjoints, moi je pense qu'ils sont parfaitement au courant. [le chef de service] il dira qu'il faut interpréter les protocoles intelligemment. Donc soit tu utilises les protocoles intelligemment et tu le notes

²⁸⁹ Ces degrés d'urgence n'existent pas : le médecin souligne par cette plaisanterie que la césarienne n'est pas motivée par une nécessité strictement médicale, et n'a pas de caractère urgent.

sur ta feuille, soit... tu prends des libertés avec ton examen clinique et tu notes exactement selon le protocole sur ta feuille (Maude, interne)

L'objectif commun de ces transgressions est donc de limiter la standardisation, de personnaliser la prise en charge en fonction du sens clinique, tout en évitant une argumentation engageante et coûteuse en temps et compétences : « je la mets à 90 au lieu de la mettre à complète et voilà, et personne ne va venir m'embêter et j'ai pas besoin d'écrire une tartine dans le partogramme pour le justifier » (Roxane sage-femme mat). Pour les sages-femmes qui maîtrisent moins le discours légitime et « l'argument imparable des études [scientifiques] » (Roxane sage-femme mat), ces transgressions sont encore plus importantes.

Finalement, ces pratiques semblent connues de toutes, Amarande me dit qu'elle a ainsi « vite compris que c'était une espèce de secret d'institution connu de tout le monde », ce que j'ai pu vérifier en entretien auprès de plusieurs médecins adjoints. « c'est archi connu, c'était déjà le cas quand j'étais interne ! » me dit Jade (adjoint) en riant. Pourtant, j'ai constaté que comme ces pratiques sont très peu dites, la plupart des professionnelles ne sait pas à quel point les autres les pratiquent, ni même à quel point les autres, et surtout les médecins plus expérimentés, savent qu'elles sont pratiquées. Pour Caroline (sage-femme mat) : « Tout en haut ils ne savent pas. Pour moi ils ne savent pas. Marc (adjoint), Claude (chef de service), ils ne savent pas c'est sûr ». Mélissa (interne) « croi[t] que [les médecins adjoints] savent un petit peu que les sages-femmes sont des finaudes et qu'elles jouent un petit peu, mais à ce point-là je crois pas, non, non ». Ces transgressions font ainsi figure de secret de polichinelle: tout le monde les connaît et les pratiquent, mais personne ne sait exactement ce que les autres savent ou font. C'est ce statut qui permet aux transgressions de perdurer.

Des sages-femmes ont eu ainsi des réticences à évoquer ces pratiques en entretien, notamment Caroline (sage-femme mat). Pendant tout notre entretien enregistré, elle m'a présenté un discours lisse, refusant clairement de parler des transgressions avec moi lorsque j'ai abordé la question. Une fois l'enregistreur éteint, celle-ci m'a immédiatement demandé :

Alors maintenant que tu as éteint. Je vais te dire parce que j'ai pas envie que ce soit enregistré dans ton truc. Quand tu me parles des mensonges autour de la dilatation, est-ce que tu vas l'écrire dans ton document ? parce que nous on risque que les médecins ne nous fassent plus confiance, qu'ils nous mettent tous dans le même panier ! (me répète cela plusieurs fois). Tu vas la distribuer ta thèse ? Ils vont la lire ? (Carole, sage-femme mat)²⁹⁰

²⁹⁰ Ma décision de rendre public ces analyses est liée au fait qu'il s'agit d'une dimension très importante de l'analyse des pratiques en salle d'accouchement autour de la catégorisation du risque/du normal, et de la place des différentes professionnelles. Des pratiques qui sont quotidiennes et qui ne sont pas liées uniquement au contexte de La Maternité, je le rappelle. Des données sensibles ne devraient être publiées à mon avis que si elles sont centrales pour l'analyse. Par sa portée critique, la sociologie peut amener à dévoiler des pratiques tabou, cachées, transgressives, voire illégales : « [le chercheur] va s'intéresser à des aspects qui contredisent l'image officielle, il va être témoin ou être mis au courant d'actes illégaux, de pratiques condamnables, de conflits de diverses sortes, il va entendre des propos susceptibles de provoquer des remous à l'intérieur et de susciter de l'indignation à l'extérieur » (Bizeul 1998, 758) . Celles-ci ne devraient pas renoncer à être exploitées, cela fait partie de la force de la discipline, pour autant que les répondantes soient suffisamment protégées en respectant leur anonymat d'une part, et en prenant soin de ramener ces pratiques à un contexte d'autre part. Finalement, même s'il est difficile d'évaluer l'impact véritable que pourrait avoir l'énonciation de ces pratiques par une sociologue, je présume qu'il est réduit, tant les professionnelles ont conscience de leur existence.

Si ces pratiques transgressives constituent un secret de polichinelle, elles n'en demeurent pas moins tabou, elles peuvent exister tant qu'elles demeurent non dites. Lorsque j'interroge Michelle sur les pratiques transgressives des sages-femmes, celle-ci ouvre de grands yeux, et sur un ton étonné me demande : « elles t'ont dit ?! ». Je me suis entretenue avec plusieurs sages-femmes autour des avantages et des inconvénients de maintenir une pratique à couvert. Plusieurs d'entre elles se sentent dans une impasse car elles aimeraient que les protocoles évoluent, que la standardisation diminue et que la catégorie du normal soit moins restreinte, ce qui impliquerait de rendre visible ces pratiques. Elles ont conscience que leurs transgressions participent au maintien du système, en mettant de « l'huile dans les rouages » en quelque sorte : Pour Morgane (sage-femme mat) « comme ils pensent tous qu'on suit les protocoles à la lettre, on continue comme ça mais en soi, ça serait tellement plus simple que les choses soient directement annoncées plutôt que d'essayer de magouiller ». Nadine (sage-femme mat) déplore une « situation absurde » dans laquelle les sages-femmes « sont amenées à tricher, à masquer certaines choses ou à omettre de les noter pour [favoriser] le bien-être des patientes ». Elle s'interroge sur les conséquences de ces pratiques : « c'est peut-être là où nous on se rend pas service c'est qu'en trichant et en jouant le jeu ils sont pas amenés à constater qu'en fait c'est parce qu'on a fait différemment que ça a marché ». Par ailleurs, Mylène (sage-femme mat) se questionne sur le fait que leurs transgressions peuvent même conduire à biaiser la recherche et donc ne pas permettre une remise en question des pratiques : « est-ce que les études qui ont été faites, elles ont été faites sur des femmes... enfin avec des sages-femmes qui trichaient ? ».

La difficulté principale pour les sages-femmes est que leur parole reste peu légitime dans le monde médical d'une part, et d'autre part, elles craignent que parler ouvertement du secret ne leur cause du tort :

On est dans une impasse, parce que du point de vue éthique et déontologique, c'est difficile d'admettre qu'il faut faire confiance à quelqu'un si elle te ment ouvertement. (Nora, étudiante sage-femme)

Comment tu veux dire : « Je sais que ça va mieux si on fait comme ça ». Ça veut dire que tu n'as pas suivi le protocole. (Mylène, sage-femme mat)

A ce jour, j'ai présenté ces résultats de recherche dans trois lieux différents en présence de sages-femmes. Deux fois en Suisse, à Genève et à Lausanne, et une fois en Australie, à Canberra. Lors de ces trois occasions, des sages-femmes présentes m'ont déclaré d'abord que si elles connaissent toutes ces pratiques et les pratiquaient ou les avaient pratiquées, c'est la première fois qu'elles entendaient quelqu'un les décrire et qu'elles considéraient que cela était important et intéressant pour elles, presque « un soulagement ». Elles m'ont ensuite très vite demandé ce qu'elles devaient faire pour que les choses changent afin de sortir de cette impasse.

Mon travail participe à éclairer leur situation, et les enjeux de pouvoir qui les sous-tendent. Les transgressions représentent cependant un gain d'autonomie et de pouvoir informel d'action par des sages-femmes qui maîtrisent des « zones d'incertitude » au sens de Crozier et Friedberg (2014) et n'ont ainsi pas forcément intérêt à ce que ces pratiques soient formalisées et intégrées²⁹¹. Pour Reynaud ce sont « des stratégies de réponses » aux

²⁹¹ Je précise cependant que ces zones d'incertitude ne sont pas des catégories stables, leur contenu évolue en fonction des situations de travail et de l'organisation, et sont redéfinis dans les processus de négociation. Pour Hatchuel et Weil (1992) les zones d'incertitude ne constituent pas « des cadres

« efforts de contrôle » de la hiérarchie qui permettent de conquérir des « positions de pouvoir contre ce contrôle » (Reynaud 1988, 12). Ceci est d'autant plus vrai que ces pratiques sont indispensables au fonctionnement de l'institution. Leurs démarches de contournement des règles ont en effet peu à voir, en tout cas dans l'immense majorité des situations, avec les pratiques de freinages en usine analysées par Donald Roy (2006). Dans une usine, on dirait que ces pratiques constituent « un élément du système productif » (Reynaud 1988, 8), il aide en tout cas à faire fonctionner La Maternité, y compris en termes de cadences. Ces « règles autonomes », c'est-à-dire celles implicites et créées par la base plutôt que par la hiérarchie²⁹² constituent selon Reynaud « une ressource précieuse à mobiliser, comme un gisement d'intelligence et de productivité (...) Elles ne sont pas nécessairement un repli du groupe sur lui-même et sont souvent sensibles à des impératifs de résultats » (Reynaud 1988, 8), et j'ajouterai, de sécurité et de bien être pour les femmes et les bébés (ce qui n'exclut pas des motivations en terme de défense du métier). En apportant de l'huile dans les rouages de l'institution par une défense à couvert de la normalité sans exposer les médecins ou l'institution à des représailles, les sages-femmes tendent à devenir irremplaçables.

Conclusion du chapitre 9

Dans la première section, j'ai mis en évidence le fait que la présence des sages-femmes est reconnue comme essentielle par les médecins qui ont besoin d'elles pour travailler. Le fait que les médecins soient maîtres des « savoirs faisant autorité » et qu'ils conservent la responsabilité de tous les accouchements, limite toutefois les possibilités pour les sages-femmes de négocier les prises en charge.

Les sages-femmes sont largement partie prenante de la médicalisation de la naissance, en rupture avec « la défense de la physiologie » comme valeur centrale du métier. Mes analyses rejoignent celles de Scamell et Alaszewski: «midwives who are committed in principle to normal childbirth are unable to articulate and defend normality. Instead, they often highlight the dangers of birth, creating the medicalisation of birth by categorising an increasing proportion of births as high risk» (Scamell et Alaszewski 2012, 210). Dans une autre contribution, Scamell (2016) montre également comment l'autonomie des sages-femmes a été directement entamée par la perspective du risque et le rétrécissement du normal. Celles-ci ressentent l'anxiété relative au risque, ce qui influence en retour leurs pratiques.

Je partage ces conclusions, mais mes analyses, basées sur un travail ethnographique de longue durée, me conduisent toutefois à nuancer la portée de cette affirmation très forte. J'ai montré dans la première section que les sages-femmes expérimentées peuvent parfois négocier avec les médecins pour retarder des interventions, mais surtout dans la deuxième section que des transgressions quotidiennes et cachées leur permettent de modérer la

stables qui rendent l'action intelligible » mais sont plutôt des « effets transitoires d'une régulation à l'œuvre » et qui s'établit entre professionnelles et entre formes de savoir (p.106).

²⁹² Reynaud insiste pour dire que ces règles ne sont pas « l'expression simple des convictions communes d'un groupe » mais constituent « une régulation, souvent très élaborée, qui est enseignée aux nouveaux venus et en partie imposée à ceux qui voudraient s'en écarter. (...) Elle est donc bien la construction, avec ce que cela comporte de contrainte et d'apprentissage, d'un ensemble de normes sociales » (p.10). Dans les situations que j'ai décrites, c'est bien de cela dont il s'agit : une transmission aux pairs de manières de faire réglées (la transgression obéit à des règles) et construites comme indispensables.

standardisation de la prise en charge et l'élargissement de la catégorie du risque, tout en gagnant des marges de manœuvre et d'autonomie qui échappent en partie au contrôle institutionnel²⁹³. Un certain nombre de situations qui, selon le protocole devraient être classées « à risques » et suivies par des interventions, ne sont qu'une variation de la physiologie pour ces sages-femmes : par leurs micro-pratiques transgressives et dirigées par leur expertise, elles redéfinissent en coulisse les frontières du normal et du pathologique.

En sociologie des organisations et/ou du travail, les transgressions aux règles prescrites peuvent être perçues d'une part comme des « déviances dangereuses » (Dupré et Le Coze 2014), à l'image du travail de la sociologue américaine Diane Vaughan à propos des accidents des navettes Challenger et Columbia (Vaughan 2001, 1996). Les transgressions peuvent d'autre part relever dans d'autres cas d' « adaptations nécessaires » (Dupré et Le Coze 2014) et positives (Bourrier et Bieder 2013; Besnard et Greathead 2003). Les chercheurs du groupe HRO (*High Reliability Organization*) de Berkeley ont montré comment la flexibilité est une qualité précieuse des organisations à haute fiabilité, la transgression des règles n'entraîne pas nécessairement d'accidents car les acteurs savent inventer d'autres garde-fous lorsqu'ils transgressent les règles, voire que cette activité peut être bénéfique en les habituant à être créatifs et réactifs, des qualités indispensables en cas de catastrophes (La Porte 1996). Les adaptations menées par les sages-femmes servent l'institution car d'une part, elles les pratiquent sans laisser de traces (notamment dans le dossier). En cas de complication, il sera ainsi difficile d'identifier ces transgressions, ce qui protège les responsabilités des professionnelles et de l'institution. D'autre part, elles permettent l'existence d'une flexibilité indispensable dans l'exercice de la médecine qui se base sur les « connaissances tacites » (« tacit knowledge ») (Prior et al. 2002) ou « connaissance incorporée » (« embodied knowledge ») (Flynn 2002), et que j'ai désigné sous le terme générique de « sens clinique », c'est-à-dire la capacité à utiliser des savoirs issus de l'expérience pratique.

C'est uniquement dans les situations à bas risques ou physiologiques que les sages-femmes se permettent d'ajouter du mou par rapport à la règle. La « souplesse du quotidien [et la] rigidité dans la crise » analysés par Saglio (2001) à propos du travail sur un bateau de guerre ne sont pas véritablement mis en œuvre à la Maternité, ce que les sages-femmes essaient de combler par leurs pratiques transgressives²⁹⁴. Ces micro-pratiques des sages-femmes donnent à voir que opposer « autonomie et liberté » et « prescription et contrôle » (Bourrier 1999, 262) est en partie stérile, y compris pour construire des modèles de fiabilité pour les organisations : l'un peut marcher avec l'autre, ils ne s'excluent pas. Les sages-femmes (mais aussi certains médecins expérimentés) savent tout autant suivre précisément des règles parfois très précises, qu'en contourner d'autres pour les adapter à une situation qui varie par rapport aux procédures.

²⁹³ Ce que Scamell reconnaît d'ailleurs dans un autre article, où elle et sa collègue rapportent certaines des pratiques transgressives analysées ici pour le cas anglais (Scamell et Stewart 2014).

²⁹⁴ D'autres chercheurs ont mis en évidence des pratiques similaires dans d'autres spécialités. Ruston a par exemple montré comment les infirmières changeaient l'algorithme du programme qui devait les aider à prendre des décisions en matière de prescription quand celui-ci indiquait une solution différente de ce qu'elles avaient prévu initialement : « respondents' behaviour was deceptive, giving the appearance of being controlled and standardized but in reality representing that of a professional working autonomously » (Ruston 2006, 257), la transgression représente un moyen pour ces professionnelles de résister à la standardisation des soins (et dans son cas à la bureaucratisation des soins).

Dans cette partie et la précédente, j'ai mis en avant le rôle central et stratégique des sages-femmes expérimentées pour d'une part affiner le risque dans les zones de gris (dans des situations peu compliquées en particulier) et donc les décisions en matière de surveillance et d'intervention, et d'autre part pour coordonner les différentes professionnelles issues parfois de différents services (pédiatres, gynécologues-obstétriciens, infirmières en anesthésie ou de bloc, sages-femmes, etc.) et les actions à réaliser (typiquement en cas de décision de césarienne en urgence). Les référentes sont les plus à même d'effectuer ce travail car elles ont une expérience professionnelle solide (reconnue par l'équipe médicale et des sages-femmes) et qu'elles disposent, par leur fonction, d'une vue d'ensemble de l'activité dans la salle d'accouchement et les autres services (grâce à l'utilisation du téléphone interne, et la consultation du tableau d'entrées du service des urgences). Leur expertise est à la fois organisationnelle, communicationnelle (vision d'ensemble, capacité à prioriser, capacité de coordination et d'organisation, rapidité, résistance au stress, etc.) et technique (affiner le risque et les décisions, guider les novices, éventuellement réaliser ponctuellement une intervention délicate tel qu'un appui ou une prise de sang difficile)²⁹⁵. Ce sont d'ailleurs elles qui, appelées par la sage-femme au moment où le bébé est prêt à naître, sont présentes à chaque naissance (et non pas les médecins, bien que leur présence soit impérative selon les protocoles).

Par ailleurs, leurs pratiques transgressives ne sont pas véritablement en opposition avec le travail prescrit. Les sages-femmes expérimentées font plutôt un travail de synthèse, de négociations, de compromis, entre les protocoles et les nécessités de leur activité. Ce travail ne se fait d'ailleurs pas uniquement du côté du contournement des règles, les sages-femmes expérimentées aident aussi au respect de certaines règles et participent parfois à alerter les médecins d'une situation qui devient risquée, voire rappellent les procédures prévues par les protocoles (ce que montrent aussi (Drach-Zahavy et Somech 2010) à propos des infirmières responsables [« head nurses »]).

En définitive, les sages-femmes expérimentées cherchent ainsi à définir « l'action qui convient » (Thévenot 1990) en combinant plusieurs critères décisionnels et en les pondérant en fonction de la situation singulière qui s'offre à elles. Elles prennent en compte : la défense de la physiologie (qui correspond aussi à une défense de leur autonomie professionnelle), le bien-être de la parturiente, la loyauté envers l'équipe et l'institution, la préservation de leur responsabilité et la possibilité de travailler dans une situation de travail donnée avec des contraintes spécifiques (temps et ressources limités). C'est en cela que les sages-femmes considèrent que leurs pratiques transgressives sont « justifiables » au sens de Boltanski et Thévenot (2008). Elles produisent en effet pour la sociologue et pour elles-mêmes, une justification basée à la fois sur la « relativisation » de ces actes et leur visée bienveillante et morale, c'est-à-dire au service du bien commun, ou d'un « principe supérieur commun »²⁹⁶.

²⁹⁵ Je m'inspire ici de la catégorisation proposée par Hatchuel et Weil (1992) qui distinguent trois types de savoir-faire : « les savoir-faire techniques », « les savoir-faire organisationnels » et les « savoir-faire communicationnels ». Je parle volontairement d'expertise car l'enjeu est justement la reconnaissance d'une compétence hautement valorisée, indispensable et détenue en propre par une profession : la détention d'une expertise, et ainsi l'obtention et la reconnaissance d'un statut d'expert (c'est d'ailleurs ce système-expert qui est au cœur des analyses produites par Hatchuel et Weil).

²⁹⁶ Ces pratiques transgressives ne semblent d'ailleurs pas nouvelles. Luisier rapporte les propos de sages-femmes qui racontent qu'elles étaient contraintes dans les années 1960-70 à faire des touchers rectaux plutôt que vaginaux (ces derniers étant réservés aux chefs de clinique) pour évaluer la progression du travail, mais qu'elles passaient outre cette interdiction. « On faisait toutes des touchers

L'action qui convient peut ainsi consister parfois à respecter strictement les protocoles – et à s'assurer qu'ils le soient par les autres – et d'autre fois à s'éloigner des règles afin de répondre à ces différentes missions et contraintes. Je suis ainsi Reynaud qui affirme que « le travail réel » est le « résultat d'un compromis entre les deux sources de régulation (de contrôle et autonomie) », il s'agit donc d'une « régulation de compromis » (Reynaud 1988, 15), et c'est bien ce qui fait qu'elle est acceptable (informellement bien sûr) aux yeux de la hiérarchie, et qu'elle peut perdurer.

L'expertise des sages-femmes n'est cependant pas véritablement reconnue par l'institution : la fonction de référente ne constitue pas une place fixe et attribuée à certaines sages-femmes (même si en pratique c'est le cas la plupart du temps), elles ne disposent pas officiellement de prérogatives plus larges en matière de décision et cette fonction ne leur donne accès à aucun avantage en nature ou en argent. Plus encore, cette fonction qui valorise au moins informellement leur place et la centralité de la profession de sage-femme est peu identifiée par la hiérarchie sage-femme qui a affaibli la fonction en décidant, quelques mois après la fin de mon terrain, de faire tourner l'ensemble des sages-femmes, y compris inexpérimentées, à ce poste. Ce mécanisme de non formalisation, non explicitation et non reconnaissance par les professionnelles elles-mêmes de la centralité de leurs compétences en matière de communication et d'organisation a été mis en évidence dans des travaux sur les infirmières. Pour Grosjean et Lacoste (2005) il est un « impensé du travail » : les infirmières ne mettent pas en avant le caractère stratégique de ces compétences qu'elles ont plutôt tendance à percevoir comme un à côté voire comme des tâches qui perturbent ce qui devrait constituer leur activité de soin. Les chercheuses citent le travail de Minvielle (1996) qui a identifié un processus similaire et souligne l'importance de « développer » et « reconnaître » ces compétences organisationnelles qui sont au centre des besoins pour prendre en charge les malades (Grosjean et Lacoste 2005, 173). Cela est certainement de plus en plus le cas avec le mouvement de spécialisation de la médecine qui augmente le nombre de professionnel.le.s différent.e.s autour d'une prise en charge d'un.e patient.e. A La Maternité, certaines situations, qui se produisent de plus en plus souvent, peuvent impliquer d'autres spécialités (chirurgiens pédiatriques par exemple), que la sage-femme référente doit prendre en compte dans la planification et la coordination de l'activité.

Le fait que le contournement des règles par les sages-femmes soit dissimulé montre par ailleurs que l'organisation ne veut ou ne peut pas assumer leur existence, bien qu'elles soient implicitement permises, voire encouragées. Cela vient du fait que La Maternité ne reconnaît pas suffisamment les sages-femmes comme des expertes de la physiologie et du bas risque et donc ne les autorise pas à participer à la création des règles, et surtout ne les autorise pas officiellement à manœuvrer dans les règles. Le rôle des sages-femmes dans les situations physiologiques ou à bas risque apparaît pourtant comme crucial puisqu'elles en sont les expertes.

Les pratiques transgressives des sages-femmes n'ont pas un impact révolutionnaire sur le dispositif obstétrical en place, ce « secret institutionnel » est au contraire au service du dispositif en mettant de l'huile dans les rouages.

vaginaux en cachette » confie ainsi Mme Rozant qui va exercer à l'hôpital en Suisse romande dès la fin des années 1960 (Luisier 2006). L'existence de cette continuité dans le temps étaye l'analyse d'un enjeu professionnel autour de l'accès à certaines pratiques.

Chapitre 10 Des parturientes à la marge de la construction des risques

J'ai mis en évidence comment le risque est construit au sein de l'institution, comment les décisions émergent, et comment les professionnelles agissent dans ces processus. C'est la place des parturientes (et le cas échéant de leur conjoint) qui est maintenant analysée. Le fait que cela vienne si tard dans le manuscrit n'est pas anodin : les femmes sont en effet peu impliquées dans les décisions qui sont prises en salle d'accouchement.

Je montre dans la première section comment les femmes peuvent participer aux décisions en salle de naissance. Dans la deuxième section, j'analyse le fait que la participation aux décisions et la personnalisation des soins varie en fonction du statut social des parturientes : les négociations sont stratifiées. Dans la troisième section, je montre finalement que l'autonomie des femmes est régulièrement perçue comme une menace. Si la documentation, voire la dénonciation, des « mauvais traitements » subis par les femmes en salle d'accouchement (les activistes utilisant plus volontiers le terme de « violences obstétricales »²⁹⁷) prend de l'ampleur dans les recherches internationales (Chadwick 2016; Freedman et Kruk 2014b; Jewkes et Penn-Kekana 2015; Swahnberg, Thapar-Björkert, et Berterö 2007), le gouvernement des comportements et des corps s'effectue le plus souvent en évitant le recours à la contrainte physique, mais en utilisant plus volontiers des stratégies douces et implicites. Ces cadrages sont justifiés par les professionnelles, et parfois par les femmes elles-mêmes puisque l'autonomie représente une menace d'une part pour l'exercice des professionnelles en ajoutant une incertitude qu'il est difficile de prendre en charge, et d'autre part parce que l'autonomie pourrait représenter une menace pour la santé des femmes et des fœtus.

1 Quand les parturientes négocient

1.1. *L'autonomie entre impératif éthique et valeur professionnelle*

Délivrer des interventions et communiquer autour des risques est une activité plus restreinte en salle d'accouchement que pendant la grossesse par exemple, les décisions étant prises dans un contexte d'urgence. En entretien, les sages-femmes et les médecins ont cependant toutes relevé combien les notions d'autonomie et de consentement éclairé sont importants aujourd'hui. Dans plusieurs protocoles, il est d'ailleurs indiqué qu'« il faut en discuter avec les parents avant » de réaliser l'intervention ou de prendre une décision importante²⁹⁸. Marc (adjoint) souligne que c'est aussi une exigence de l'Evidence-based medicine, mais qui est insuffisamment prise en compte selon lui :

L'EBM c'est les données valides de la littérature, et on oublie souvent les autres composantes qui sont de tenir compte des préférences du patient pour orienter la prise en charge. C'est particulièrement vrai en obstétrique. (Marc, adjoint)

²⁹⁷ Voir par exemple le CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance) en France : <http://ciane.net/2016/04/bibliographie-violence-obstetricale/>, ou le blog de la juriste et féministe Marie-Hélène La-Haye : <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/>

²⁹⁸ Les modalités de la discussion, ou le poids à attribuer aux réactions des parents ne sont toutefois jamais précisés.

Du côté des sages-femmes, « le côté social, relationnel, l'accompagnement des femmes » fait partie des éléments clés qui appartiennent à leur métier : « comme sage-femme, on est les guides de ce moment-là, donc faire attention de ne pas le gâcher et être attentif à ce que la femme veut » (Kira, sage-femme mat). Accompagner les souhaits des parturientes est aussi valorisant pour les professionnelles : « une femme qui veut prendre des décisions pour son accouchement, tant qu'on ne voit aucun risque pour la maman ou pour le bébé, nous on apprécie plutôt. Tu vois qu'elle prend en charge son accouchement, qu'elle y a réfléchi, c'est plus agréable d'avoir quelqu'un de comme ça en face pour arriver à un juste milieu » (Marie, sage-femme mat).

Dans les entretiens, les médecins et les sages-femmes m'ont affirmé qu'ils cherchent à connaître les souhaits des parturientes afin de les respecter, en particulier si une décision d'adaptation des protocoles est en jeu. Pour Maude (interne), le fait de donner « une demi-heure en plus pour les poussées » se fait si la parturiente est « motivée » (ce qui correspond aux règles formelles). Pour Andrea (adjoint), les professionnelles peuvent aller un peu plus loin que ce que prévoient les protocoles pour favoriser la voie basse en fonction « de ce que le couple veut ou pas ». Pour Marc (adjoint), la balance risques / bénéfices de l'accouchement par voie basse ou par césarienne ne doit pas être uniquement basée sur des critères médicaux, mais doit prendre aussi en compte « les attentes de la société » puisque pour lui « personne ne connaît le taux idéal de césariennes ». Ces attentes sociales sont notamment prises en compte à La Maternité à travers des initiatives qui font « venir la maison à l'hôpital » (Sophie, sage-femme mat) en répondant à des demandes de plus de personnalisation et de moindre médicalisation de certaines femmes (regroupées au sein d'associations locales). Il s'agit par exemple de la prestation de suivi global, celle des sages-femmes agréées, ou encore la présence de deux salles nature.

Les médecins considèrent que seule une décision éclairée de la parturiente pourra être prise en compte. Pour eux, leur devoir est ainsi de garantir la qualité des informations sur lesquelles se basent les femmes pour décider, surtout dans un contexte où elles ont accès, avec Internet « à une foule d'informations » (Marc, adjoint). Pour atteindre ce but, le médecin doit selon Erin (CDC), d'une part fournir des informations basées sur des résultats de recherches et non pas sur ses propres représentations (« il faut rester scientifique »), et d'autre part expliquer que les recherches donnent des risques pour une population donnée et non pas un risque individuel. Dans le cas de demande de césarienne par une femme, il faudrait dire selon elle « nos études ont montré qu'il y avait un taux de mortalité un peu plus élevé, etc. C'est de manière globale, c'est pas forcément personnel, c'est vraiment statistique, ça correspond pas à vous peut-être » (Erin, CDC). Pour elle, une fois que les femmes sont informées de manière honnête et qu'elles ont « leur capacité de discernement », « les risques que les femmes décident de prendre, elles peuvent les prendre » (Erin, CDC). Pour Erin, dans ces situations, la professionnelle doit respecter l'avis de la parturiente et se contenter de bien documenter le fait qu'« elle a compris les risques, mais elle ne veut pas », afin de protéger sa responsabilité professionnelle.

Pour certaines professionnelles, le fait de donner de l'information est d'ailleurs perçu comme un moyen de se protéger, et est donc impératif. Dans une situation, alors que l'anesthésiste qui vient de poser la péridurale commence à exposer les bénéfices et risques de celle-ci, la parturiente lui dit « je ne veux pas tout savoir, c'est bon », ce à quoi il répond « oui mais il faut quand même que je vous donne cette information », avant d'enchaîner avec les risques possibles (ceux qu'il évoque sont les risques non graves) (journal de terrain, La Maternité,

AMN transféré). Les documents de consentement éclairé à faire signer sont aussi présents à La Maternité, par exemple pour les césariennes électives ou les provocations de l'accouchement. Jade (adjoint) est ambivalente, elle souligne d'une part « le côté positif » de ces formulaires qui « obligent les professionnels à être très clairs sur leur prise en charge », mais d'un autre côté elle y voit le progrès de préoccupations « médico-légal », un « mouvement qui peut-être ne s'arrête plus » et qui peut conduire à devoir produire « des consentements pour tout et n'importe quoi », ce qui « a un impact très fort sur la relation de confiance ». Pour plusieurs médecins les formulaires de consentement sont ressentis parfois par les parturientes comme des documents de décharge de la responsabilité des professionnelles, plutôt que comme un avantage pour eux : « Il y a des gens qui disent 'ah vous voulez nous faire signer comme ça vous êtes protégés !' » (Andrea, adjoint). Pour Andrea, ces formulaires n'ont pas cette fonction puisque qu'ils n'ont « aucune valeur » médico-légale.

Pour Olivia, expliquer les interventions et partager des informations avec les parturientes est un moyen de diminuer leur anxiété, sans qu'il soit toujours facile de savoir comment procéder : « je montre la ventouse, qu'elle est vraiment petite, mais est-ce que ça fait plutôt peur et il ne faut pas la montrer ? Je trouve difficile de trouver l'approche qui est juste » (Olivia, CDC).

Les professionnelles ne communiquent pas toutes de la même manière. Plusieurs médecins adjoints et CDC soulignent que c'est l'expérience qui les a rendus meilleurs en communication des risques. Etant moins préoccupées par des aspects techniques mieux maîtrisés ou par la nécessité de rendre des comptes sur leur activité, elles peuvent s'investir plus dans le relationnel pour discuter des risques. Le parcours personnel et les événements rencontrés influencent également la manière dont les professionnelles délivrent l'information, en fonction de leurs propres peurs :

on a aussi des approches différentes, par exemple entre Marc et moi. Lui il pousse bien les femmes à l'accouchement vaginal [après césarienne], moi je suis beaucoup plus retenue par rapport à ça, peut-être ça vient aussi du fait que moi j'ai vécu [comme professionnelle] une rupture utérine ma première année ici. Et ça reste toujours au fond de moi cette rupture utérine, ça m'a traumatisée²⁹⁹ (Andrea, adjoint)

Du côté des femmes, celles-ci apprécient d'avoir eu le sentiment d'être écoutées et surtout informées. Malorie qui ne « voulai[t] pas être traitée comme un bout de chair sans savoir ce qui se passe », a eu « l'impression de prendre quand même part aux décisions pendant ce moment qui est quand même fort ». Elle a eu l'impression que la sage-femme « respectait ses choix » (Malorie, parturiente, 1 mat). Si seules les médecins adjoints ou CDC peuvent assumer de ne pas suivre un protocole à la demande des parents, les sages-femmes se font parfois les porte-paroles des parturientes pour négocier les décisions qui les concernent. La plupart du temps ce n'est d'ailleurs pas la parturiente qui revendique directement une adaptation des protocoles, mais la sage-femme qui rapporte aux médecins les sentiments de la parturiente, par exemple si celle-ci manifeste un grand désarroi à la perspective d'avoir une césarienne dans un contexte d'urgence relative : « j'ai tellement mal vécu [l'annonce de la césarienne] que la sage-femme m'a dit 'attends, je vais appeler le CDC, il va venir voir lui et puis on va voir ce qu'il en pense' » (Leonie, parturiente, 1 mat). Loris, le compagnon de

²⁹⁹ Le risque principal d'un accouchement par voie basse après césarienne est la rupture utérine, qui peut avoir de graves conséquences pour la mère et le bébé.

Leonie a ainsi eu le sentiment que les professionnelles « ont laissé plus de temps à Leonie parce qu'elle voulait vraiment accoucher par voie basse » ce qu'il a trouvé « cool » de leur part. J'ai observé des situations similaires dans le fait de laisser du temps supplémentaire à la parturiente pour pousser en retardant l'application d'une ventouse.

Favoriser l'autonomie des parturientes est donc un impératif éthique selon les professionnelles et la plupart des femmes apprécient d'être impliquées dans les décisions.

1.2. Quelques traces de négociation par les parturientes

Fainzang (2006) a mis en évidence l'existence de « mensonges par omission » et de rétention d'informations du côté des médecins comme des patient.e.s qui peuvent être déterminants sur les décisions médicales prises de part et d'autre. Pendant l'accouchement, les femmes ont une possibilité réduite de participer à de telles pratiques, ces quelques marges de manœuvre sont plutôt visibles pendant la grossesse. J'ai cependant observé quelques rares processus de rétention d'informations ou d'interprétations des signes utilisés comme un moyen de négocier la prise en charge.

Dans une situation, une parturiente qui souhaitait accoucher en maison de naissance (elle est par ailleurs médecin et donc au fait du risque infectieux), a été transférée en hôpital après avoir rompu la poche des eaux sans mise en travail après plusieurs heures. Assez vite, le liquide amniotique devient teinté et les médecins soupçonnent un début d'infection. La parturiente révèle alors au médecin qu'elle pense avoir eu une fissure de la poche des eaux il y a déjà plusieurs jours mais a minimisé la perte de liquide pour ne pas devoir renoncer à son projet d'accouchement en maison de naissance³⁰⁰ :

maintenant que je réfléchis, je me demande si c'était pas du liquide amniotique que j'ai perdu il y a quelques jours, peut-être que c'était fissuré, quelques gouttes... ça doit être pour cela qu'il est teinté et que je fais une petite infection... olalal... j'aurais pas dû minimiser. C'est à cause de ça (...) j'étais tellement accrochée à mon projet, j'ai pas fait un bon récit à ma sage-femme de l'écoulement. Maintenant que je le dis, oui je suis sûre que c'était une fissure... ohlala, Ah non, j'ai pas assuré (Journal de terrain, La Maternité)

Les souhaits formulés par les parturientes ou l'attitude qu'elles adoptent peuvent aussi être des éléments utilisés par les professionnelles pour décider d'une personnalisation des protocoles. A une femme qui dit à plusieurs reprises pendant l'accouchement être fatiguée et vouloir que cela se termine, les professionnelles ne proposeront pas un temps de poussées complémentaire par exemple. Si les femmes ne savent pas toujours que leurs attitudes peuvent influencer les décisions, certaines semblaient insister sur leurs douleurs ou leurs fatigues, dans l'espoir que la sage-femme utilise des produits pour accélérer le travail, voire que le médecin décide d'une césarienne (observé à trois reprises, journal de terrain).

A propos de l'accouchement, les décisions se prennent plutôt en amont, quand les femmes ont du temps et peuvent chercher de l'information sur Internet (forums, blog, pages spécialisées), discuter avec des amis, lire. Lors de mes observations, une femme non-francophone et sans papiers a vécu un accouchement compliqué suite à la découverte d'une

³⁰⁰ Lorsque la poche des eaux est rompue, le risque infectieux augmente. A La Maternité les protocoles prévoient qu'une provocation de l'accouchement soit entreprise après 12 heures de poche rompue (et 24 heures dans la maison de naissance concernée) afin de limiter ce risque. Cette situation a donné lieu à de nombreuses discussions entre les sages-femmes de la maison de naissance, et avec la parturiente. Il semblerait en effet que la sage-femme n'ait pas été suffisamment active dans la vérification de l'absence de fissures dans la poche des eaux.

infection. Croyant qu'elle avait eu une épisiotomie (en fait, il s'agissait simplement d'une déchirure spontanée), l'amie qui l'accompagnait s'est mise à chercher des informations à ce sujet sur Internet, grâce à un petit ordinateur portable qu'elle transportait avec elle. Un long échange s'en suivit entre les deux femmes, dans leur langue maternelle. Occupées à recoudre la déchirure et à prendre soin du nouveau-né, les professionnelles ne se sont rendues compte de rien, tandis que je voyais les lectures de ces femmes qui souhaitaient visiblement en savoir davantage. Internet peut ainsi être un outil pour les femmes, notamment dans les situations où la communication avec les soignantes est difficile.

Les professionnelles considèrent que favoriser le choix éclairé des parturientes est important et j'ai effectivement assisté à quelques négociations des protocoles par les femmes, souvent médiées par la sage-femme.

2 Inégalités face à l'autonomie

Analyser la propension des femmes à intervenir dans la construction des risques et des décisions m'a très vite conduit à constater des inégalités sociales entre les femmes. Les quelques femmes que j'ai rencontrées qui avaient rédigé un plan de naissance³⁰¹ étaient toutes éduquées et issues d'un milieu social favorisé. Ce sont aussi elles qui expriment le plus de souhaits pendant l'accouchement. J'ai constaté que les femmes moins favorisées formulent aussi parfois des demandes, mais ont des capacités souvent plus réduites de les défendre d'une part, et sont plus à même d'y renoncer d'elles-mêmes pour la sécurité de leur bébé d'autre part. La confiance envers le monde médical est plus large (même s'il y a des exceptions). Mes données qualitatives ne me permettent pas de quantifier ou de démontrer cet effet, il m'est apparu cependant de manière suffisamment flagrante et répétitive pour que j'en fasse mention. Les professionnelles les plus réflexives partagent ce constat, même si sur le terrain, elles n'ont pas toujours conscience de ces inégalités.

Les décisions auxquelles font face les parents en salle d'accouchement tournent principalement autour de la péridurale, et dans une moindre mesure de l'accueil du nouveau-né (allaitement par exemple). Pour plusieurs parents éduqués et de milieu social favorisé, les données de la recherche sont déterminantes pour prendre ces décisions. Ils peuvent les chercher par eux-mêmes, comme cet homme, en costume, qui interpelle la sage-femme lorsque celle-ci évoque en cours de préparation à la naissance le fait que le cordon sera rapidement coupé : « j'ai lu que les études disent que ce serait bien de ne pas couper le cordon trop tôt » (Journal de terrain, PAN). Ces personnes peuvent aussi demander aux professionnelles « quels sont les risques et bénéfices » connus d'une intervention, ici de réinjecter du produit anesthésique, avant de se décider (Journal de terrain, La Maternité, parturiente médecin). Roxane fait le constat suivant :

on a aussi une population multiculturelle, ils ne sont pas très cultivés, et dans leur culture c'est la parole du médecin c'est parole d'évangile. Il y a plus de discussions avec des gens qui ont un certain niveau scolaire et d'éducation, qui savent que le médecin n'a pas toujours raison et qui se posent leurs propres questions, qui demandent les risques, qu'est-ce qui se passe si on fait pas ça, et puis ok je vais décider. Ils ont conscience qu'ils ont leur avis à donner. C'est votre grossesse, c'est votre bébé, on leur explique les risques de le faire, les

³⁰¹ Le plan de naissance est un document écrit par la parturiente qui recense les demandes et souhaits de celle-ci pendant l'accouchement. Celui-ci peut être rédigé avec l'aide d'une sage-femme dans ou en dehors de l'hôpital.

risques d'attendre, et après ils ont le droit de prendre une décision en toute connaissance de cause. (Roxane, sage-femme mat)

J'ai déjà assisté à des remises en question des décisions par des personnes de milieux moins favorisés, mais dans ces situations, un conflit manifeste éclate parfois de manière violente, alors que je ne l'ai jamais constaté avec des couples de milieux plus favorisés. Mon hypothèse est que d'une part ces personnes ont moins la capacité de produire un discours légitime et argumenté et peuvent se trouver démunies devant les professionnelles, et d'autre part que les professionnelles vont se sentir plus légitimes d'adopter des mesures de type disciplinaire avec des personnes moins en mesure de se défendre.

La prise en charge est aussi variable en fonction de l'assurance dont dispose la parturiente (de base, semi-privée ou privée) qui lui permet d'accéder à des privilèges, officiels et non officiels. Le coût élevé en Suisse des assurances complémentaires fait que seules les femmes d'un milieu social favorisé peuvent y accéder. Je vais montrer cela dans la première sous-section, et dans les deux suivantes, j'analyserai comment l'étiquetage des femmes issues de classes sociales favorisées versus celles des classes défavorisées, participe de prises en charge à géométrie variable, et laisse la place à plus ou moins de participation des femmes à leur suivi.

2.1. Assurance privée : l'assurance de privilèges

Au sein de La Maternité les prises en charge en privé conduisent à une plus grande personnalisation des situations. D'une part parce que la professionnelle n'est pas soumise au fait de rendre des comptes (je l'ai montré), d'autre part parce que le fait de connaître la parturiente est considéré comme une possibilité de personnaliser la prise en charge tout en restant dans la sécurité : « [en privé, le chef de service] connaît la femme, c'est sa patiente (...) pour les autres on ne peut pas faire de la médecine spécifique pour les huit chambres, on ne les connaît pas déjà » (Sage-femme, Journal de terrain, La Maternité). Pour Marc (adjoint), la continuité des soins ne peut être offerte qu'aux personnes qui disposent d'une assurance privée. S'il le regrette, cela lui paraît presque incontournable dans une grande maternité (« ça serait un casse-tête pour organiser les horaires »), même si cela a des répercussions sur la possibilité d'une décision partagée et sur le niveau de satisfaction des parturientes :

A La Maternité, le morcellement de la prise en charge qui je pense ne favorise pas le dialogue et la mise en confiance des couples par rapport aux attitudes. Comme c'est une grande maternité avec beaucoup d'accouchements, on ne peut pas imaginer que les personnes fassent un suivi individualisé. (...) [un suivi continu par une même professionnelle] ça aide énormément à la prise en compte des particularités, des demandes de chacun. (...) on le retrouve avec les patientes qui ont une assurance privée. On a quand même l'impression que ça se passe mieux et qu'il y a plus de satisfaction de part et d'autre, et c'est pas parce qu'on est meilleurs à mon avis. C'est juste parce qu'il y a ce suivi et cette continuité. (Marc, adjoint)

Ce suivi continu permet aussi d'être plus performant au niveau médical selon Marc: « Quand on connaît bien un couple, on peut aussi mieux voir comment ils se sentent, voir l'évolution et définir les symptômes de manière plus fine que si on les voit pour la première fois ». Cela lui permet d'être moins rigide avec les protocoles selon lui « je connais bien les personnes, leurs préférences et leurs caractéristiques, et donc je me pique de savoir ce qui va probablement être le mieux pour eux, et puis c'est vrai que quand tout se passe bien, je

lâche plus volontiers la garde, parce que je sais que tout va continuer à bien se passer, parce que je reste alerte et aux aguets ».

Si cette personnalisation des soins se fait parfois vers une médicalisation plus grande de la naissance, qui peut être délétère pour les femmes, au niveau du confort de la prise en charge, celles-ci sont favorisées au niveau de la disponibilité du personnel. En général, quand une sage-femme s'occupe d'une situation privée, elle ne prend pas d'autres situations en parallèle. Ces femmes ne rencontrent pas non plus d'étudiantes et ne sont normalement pas incluses dans les recherches réalisées dans le service. Selon les sages-femmes, elles ne sont pas soumises au triage des urgences qui conduit par exemple des femmes à attendre un, deux, voire trois jours d'être appelées pour une provocation : « on va pas les faire attendre [les patientes privées], même si elles ne sont pas prioritaires (...). Le jour où c'est prévu, elles sont mises au tableau d'office quitte à repousser quelqu'un au prénatal ! » (Amarande, sage-femme mat).³⁰²

Certains actes seront réalisés de manière plus précautionneuse, les professionnelles auront tendance à plus vite appeler les spécialistes, par exemple dans le cas où la sage-femme a de la difficulté à poser une voie veineuse :

Une patiente privée est entrée, « elle est difficile à piquer » et les sages-femmes hésitent quant à la marche à suivre. Une dit « comme c'est une patiente privée, ils veulent pas faire de trous... ». La sage-femme essaie trois fois puis la sage-femme décide d'appeler les anesthésistes pour poser la voie : « c'est une privée, on va pas piquer partout ! non, j'ai essayé trois fois, maintenant c'est les anesth' » (Journal de terrain, La Maternité).

Les femmes qui bénéficient d'une prise en charge par une sage-femme agréée ont aussi accès à une prise en charge privilégiée puisqu'elles connaissent la sage-femme qui les a suivies pendant la grossesse et qui les suivra à domicile en suite de couche. Celle-ci est entièrement disponible pour la parturiente (elle n'a pas d'autres accouchements) et en général très investie auprès d'elle. Selon les sages-femmes agréées, c'est d'ailleurs ce suivi continu que les femmes recherchent auprès d'elle, plus qu'un accouchement forcément « naturel et sans péridurale » qu'elles aimeraient accompagner : « elles ont surtout envie d'avoir une personne de A à Z, qui veulent une seule personne. (...) Une m'a dit 'je ne suis pas en privé, donc je ne peux pas avoir mon gynécologue qui m'accouche, donc je viens vers vous' » (Evelyne, sage-femme agréée). Evelyne est un peu déçue par ce type d'accompagnement. Elle me confie avoir parfois l'impression de proposer une « prestation de luxe » qui n'est pas rétribuée comme telle³⁰³. Si cette prestation est ainsi théoriquement accessible à toutes, les sages-femmes agréées m'ont avoué accompagner généralement des femmes de milieux sociaux favorisés³⁰⁴.

³⁰² Lorsque des sages-femmes ont évoqué ce problème à leur responsable dans un colloque d'équipe sage-femme, celle-ci a dit que les patientes assurées en privé ne devraient théoriquement pas bénéficier d'un traitement de faveur étant donné le fait que l'accouchement est considéré comme un traitement ambulatoire.

³⁰³ Contrairement à ce que rapportent aux médecins adjoints un accouchement et un suivi de grossesse des femmes qui disposent d'une assurance complémentaire, les sages-femmes ne gagnent pas plus d'argent.

³⁰⁴ Contrairement aux médecins adjoints, les sages-femmes agréées sont cependant soumises aux instances de contrôle de La Maternité et sont « tenues de respecter les protocoles » comme le leur ont rappelé les responsables dans un email au cours de mon terrain. La plupart étant expérimentées et ayant travaillé à La Maternité, j'ai cependant constaté qu'elles peuvent se permettre de participer

Les inégalités ne sont pas uniquement liées aux prestations effectives que peuvent s'offrir les femmes. Leur identité sociale supposée peut influencer la prise en charge et la reconnaissance de leurs demandes.

2.2. Des « femmes natures » aux « cas psycho-sociaux » : de l'étiquetage ressource à l'étiquetage stigmaté

Ces inégalités face à la capacité à être autonome sont particulièrement bien illustrées dans le processus d'étiquetage des parturientes qui est mené par les professionnelles, et en particulier par les sages-femmes. En salle d'accouchement, celles-ci cherchent systématiquement à déterminer qui est la parturiente à laquelle elles auront à faire (en plus de la catégorisation médicale des situations), et plus exactement de quel « type de parturiente » il s'agit, principalement autour de trois critères : le milieu social et culturel, l'adhésion aux décisions de la professionnelle, la sympathie. Ce processus d'étiquetage est particulièrement visible lorsque les sages-femmes font les transmissions de situations lors du changement de garde, et que la parturiente sort de la norme : « la sage-femme de jour transmet le cas à celle de nuit : ' tu vas voir, elle est ... ', la sage-femme de nuit: 'quoi ? peace and love ? chiante ? Bizarre ?' » (Journal de terrain, La Maternité). Dans une autre situation, la sage-femme de jour transmet la situation à celle de nuit en ces termes : « patiente nature, peace and love, baba cool. Elle ne veut pas de blouse, elle veut rester nue » (Journal de terrain, LA Maternité). Dans une troisième : « un cas psycho-social, difficile [elle décrit la situation]. Mais quand on lui dit que c'est pour le bien de son enfant, elle fait tout de suite ce qu'on lui dit » (Journal de terrain, La Maternité).

Dans les cas jugés difficiles, la nouvelle sage-femme qui prend en charge la situation essaie d'obtenir davantage d'informations de la part de celle qui a suivi précédemment le couple puis cherche à « rentrer rapidement en contact » avec le couple par l'usage de la parole afin de les « situer » (Sophie, sage-femme mat) en ajoutant aux informations données par les collègues ses propres perceptions. Les deux étiquettes les plus courantes qui sont en jeu et qui sont révélatrices des asymétries dans l'autonomie, sont d'une part celle de « patiente nature », et d'autre part celle de « cas psycho-social ». Comme ce sont des situations qui introduisent de l'incertitude dans la potentialité de venir troubler le rythme du travail, étiqueter une femme et adopter un comportement stéréotypé permettent aux professionnelles de réduire le poids de ces situations.

2.2.1 Les femmes « natures » : une étiquette qui protège

A La Maternité, les professionnelles désignent fréquemment certaines parturientes comme étant des « femmes natures ». Ce sont celles qui ont des demandes pour un accouchement peu médicalisé. Ces demandes se réduisent souvent à celles de ne pas avoir de péridurale, d'être informée, et de ne pas être séparée de son bébé, des demandes donc basiques, mais qui font l'objet de l'étiquetage « nature ». Michelle (interne) reconnaît que les femmes avec un plan de naissance sont « facilement » décrites comme « nature[s] », « un peu hippie ». Vanessa (sage-femme mat) qui a elle-même accouché à domicile, commente « les gens qui essaient de lutter et veulent un truc un peu plus naturel, on est très vite [assimilés à] des babas-cool ».

aux pratiques transgressives (parfois en étant directement soutenues par la référente) que j'ai décrites dans le chapitre précédent.

Cette étiquette quasi idéal-typique est en fait associée aux femmes qui ont des demandes (parfois des revendications). Ces patientes sont qualifiées de « difficiles ». Interrogées sur une tentative de définition de la « femme nature », Olivia et Marie me disent :

Quand les sages-femmes mettent l'étiquette « nature » sur une patiente, c'est surtout quand c'est une patiente qui refuse les soins. Et que du coup elles s'approprient leur accouchement, mais elles se l'approprient tellement que du coup elles refusent les soins extérieurs. (Marie, sage-femme mat)

cette citation « elle veut tout naturel », elle cache une certaine autre manière de se comporter de la patiente. Ça veut plutôt dire que ça c'est une patiente qui fait un peu ce qu'elle veut et qui se laisse pas guider, ce qui est pas tellement facile pour la soignante (Olivia CDC)

Les femmes associées à cette étiquette sont éduquées et issues d'une classe sociale favorisée. Ces attributs constituent d'ailleurs la principale alerte des sages-femmes à se dire que la femme aura des revendications. Dans une situation qualifiée de « difficile » à prendre en charge où la parturiente demande à retarder des interventions, la sage-femme me précise « on voyait que c'était une femme instruite » (journal de terrain, La Maternité). Selon Michelle (interne) « souvent ce sont des couples extrêmement bien éduqués, ce sont des milieux sociaux favorisés. Et moi dans ce que j'ai vu c'était du corps enseignant ». Les sages-femmes et médecins critiquent le fait que ces parturientes qui disposent d'un capital culturel élevé et souvent d'informations s'arrogent le statut d'expertes, alors même que les sources d'information qu'elles utilisent ne seraient que partiellement valides, un effet accentué par la démocratisation de l'usage d'internet :

Les femmes ont l'impression qu'en ayant tout lu sur internet, elles ont fait leur formation de sage-femme ou de gynécologue-obstétricien ! (Roxane, sage-femme mat).

elle était consultante en politique, lui avocat. Donc clairement ils avaient dû faire des études, mais clairement c'est aussi des gens qui sont supers instruits dans un certain domaine, et complètement ignorants dans un autre domaine, mais qui ne vont pas du tout accepter le fait qu'ils sont complètement ignorants dans un autre domaine. Parce qu'ils savent tout, et ils ont lu des bouquins, donc ils savent comment ça se passe un accouchement. Le mec était insupportable, il cherchait chaque mot qu'on disait sur la tablette pour voir si on savait lui redonner la définition qui était donnée par Wikipédia. (..) les femmes qui sont hyper éduquées dans un certain domaine et qui acceptent pas leurs limites, c'est les pires des pires (Maude, interne)

Il s'agit tout autant d'inquiétudes relatives au fait que les parturientes disposent d'informations de qualité, que d'enjeux de pouvoir autour du statut d'experte et de détention de la possibilité de décider. Certaines parturientes utilisent leur position sociale et/ou leur expertise pour essayer de reprendre un certain pouvoir sur la situation. Lors d'une situation, une tension latente est présente entre la parturiente, elle-même médecin, qui utilise le vocabulaire médical afin d'asseoir sa position d'experte, et la sage-femme qui invariablement, utilise des termes simples pour ne pas rentrer en discussion avec la parturiente: Alors que la femme parle de « tête sur le thorax », « d'ocytocyne », « de vulve », « d'urètre », « de périnée », « de tensiomètre », la sage-femme dit « je vous met ça sur le doigt », « je stoppe le produit », etc. (journal de terrain, La Maternité). Ces parturientes ont tendance à mettre les professionnelles face à la limite de leur expertise :

une patiente était diabétique, elle voulait pas suivre le protocole [relatif à la prise en charge des patientes diabétiques en salle d'accouchement] (...) elle avait aussi une formation d'infirmière et le protocole lui semblait pas du tout

logique. Je ne suis pas non plus diabétologue, ou endocrinologue. Donc à un certain moment je trouvais aussi difficile d'argumenter de pourquoi nous on fait comme ça. (Olivia, CDC)

le mari était physicien, donc je me retrouve devant quelqu'un qui pense savoir comment ça fonctionne un STAN³⁰⁵, donc qui me demande au niveau électrique comment ça fonctionne... (...) je sais l'interpréter, je sais le principe de base, mais je peux pas donner tous les détails techniques, je les connais pas. (Michelle, interne)

Kira (sage-femme mat) dit ne pas ressentir de pression médico-légale « dans l'absolu », mais qu'elle peut survenir et provoquer en elle une attitude défensive quand des parents sont « méfiants » pour reprendre ses termes.

selon les couples qu'on a en face, je me sens menacée. Des gens très méfiants (...) qui viennent d'emblée avec une espèce d'exigence (...) comme ils pourraient avoir cette exigence au travail, pour le business. Je paie mon assurance maladie, ça doit être comme ça. Si on ne répond pas à ces critères c'est grave ! (Kira, sage-femme mat)³⁰⁶

Kira fait aussi référence à une autre étiquette qui est accolée à ces parents, c'est celle de la figure du « patient-consommateur de soins » (Lupton 1997b; Pierron 2007) qui est largement critiquée par les sages-femmes et obstétriciennes. Pour Louise (sage-femme mat), c'est le fait que ces parents formulent leurs demandes comme des « exigences » qui est « difficile » : « ils avaient un plan de naissance avec 'I want that... Je veux que ma femme n'ait pas de péridurale, je veux être là tout le temps, je veux pouvoir couper le cordon, je veux...' plein de trucs comme ça. ». Certaines sages-femmes rechignent ouvertement à prendre en charge ce type de couple³⁰⁷:

Solene : Tu m'as dit que tu avais pris cette dame que personne ne voulait prendre ? Qu'est-ce qui fait que personne ne voulait la prendre ?

La sage-femme des urgences quand elle est arrivée, elle nous a dit: « bon courage ! » Et en fait déjà aux urgences ils étaient super exigeants, super « on veut ça, on a demandé ça », tu vois? Donc quand on a eu le [passage de garde du] matin en disant heu... ils ont un plan de naissance comme ça [montre son bras]... (Louise, sage-femme mat)

Si les femmes étiquetées de « nature » sont craintes par l'équipe, voire moquées dans le secret du bureau des sages-femmes, cet étiquetage représente en fait un avantage pour les femmes la plupart du temps. J'ai en effet constaté que ce sont elles qui au bout du compte, bénéficieront le plus de « traitements de faveur », notamment en terme de personnalisation de la prise en charge, ou du temps que les professionnelles passent avec elles. Comme les sages-femmes prévoient à l'avance que ce type de femmes seront plus demandeuses, elles ont tendance à lui proposer d'emblée davantage de choix et se montrer plus disponibles afin d'éviter d'être soumises à des reproches : « tu as cette idée qu'elle [la femme « nature »] a réfléchi donc tu vas être mal vue si tu lui proposes pas des choses » (Journal de terrain, sage-femme, La Maternité). Pour Louise, il s'agit de répondre davantage à leur demande que pour les autres parents puisqu'ils sont considérés comme plus à risque de se plaindre :

³⁰⁵ C'est une machine utilisée pour affiner la surveillance du bien-être foetal pendant l'accouchement.

³⁰⁶ Lorsque les professionnelles identifient ces cas, elles transmettent aux collègues l'étiquette attribuée à la femme dans le but de « se protéger »: « on s'est passé le mot entre sages-femmes, médecins, anesthésistes, tout le monde. On a dit 'écrivez tout ce que vous faites et pourquoi, parce que ces gens sont procéduriers et puis ils vont porter plainte' ». (Nadine, sage-femme mat)

³⁰⁷ Les sages-femmes disposent d'une marge de manœuvre sur le choix des suivis puisque l'équipe est grande.

« J'ai essayé de respecter, hein! J'me suis dit: ces gens, si pas contents, ils seraient capables de porter plainte. Et tout bien, hein, j'ai essayé de tout bien faire, je suis partie de là, c'était sept heure et quart, je suis encore allée lui apporter à manger, je les ai laissés en peau à peau, lui et le bébé...» (Louise, sage-femme mat). Ces femmes bénéficient généralement plus que les autres d'aménagement des protocoles :

souvent tu vois des situations où tu as une dilatation depuis plusieurs heures que nous normalement on ne tolèrera jamais, et après la dame elle est transférée [de maison de naissance] et tu trouves un peu dans la situation où tu ne veux pas non plus faire la césarienne même si selon ton protocole tu devrais la faire... donc pour lui donner encore une chance. (Olivia CDC)

Celles-ci bénéficient ainsi de l'étiquetage qui leur est assigné, à savoir d'être des femmes qui veulent éviter des interventions, mais aussi qui sont revendicatrices. Le fait qu'elles soient la plupart du temps détentrices d'une position socio-culturelle plutôt élevée renforce la possibilité d'accéder à ces négociations. Cette personnalisation et ce soin à respecter les souhaits de ces femmes, quand c'est possible, sont considérés comme un privilège et non un dû par les professionnelles. L'une me dit qu'une femme « ne se rend même pas compte » que la décision de césarienne avait été repoussée pour correspondre à ses souhaits et ne montrait « aucune reconnaissance », alors qu'« une patiente lambda aurait été césarisée depuis longtemps » et n'aurait pas eu autant « de temps pour négocier » (sage-femme, journal de terrain, La Maternité). Louise (sage-femme mat) qui s'est beaucoup investie dans une situation pour que les choix des parents soient respectés se plaint que le père lui ait « à peine fait un sourire » pour la remercier. Ces situations relèvent bien de l'exception, d'une faveur : respecter les demandes des parturientes et adapter la prise en charge en fonction de celle-ci ne va pas de soi. De plus, le fait que la plupart des femmes qui sont étiquetées comme revendicatrices sont les femmes issues de classes moyennes à supérieures suggère que les autres sont moins en capacité de négocier les décisions, et parfois que les professionnelles les prennent moins au sérieux.

2.2.2 Les cas « psycho-sociaux » : une étiquette qui stigmatise

Le « cas psycho-social » est la deuxième étiquette la plus répandue. Autant celle de « femme nature » concerne les femmes positionnées sur le haut de l'échelle sociale, autant celle de « cas psycho-social » concerne le plus souvent les femmes défavorisées. A La Maternité, des consultations en réseau ont été créées pour identifier les situations « à risques psycho-social » et mieux les prendre en charge³⁰⁸. Ces situations sont identifiées par l'attribution d'une fourre violette qui renferme des documents relatifs à la synthèse de la situation et à l'historique de la prise en charge pluridisciplinaire dont ont fait l'objet ces femmes. Cette fourre violette est jointe au dossier médical. Si cet étiquetage peut certainement avoir des effets bénéfiques d'une part pour les femmes, notamment en termes de soutien et de ressources déployées avant et après la naissance, et d'autre part pour les professionnelles, notamment en termes de protection³⁰⁹, j'ai aussi constaté que cela peut porter préjudice aux femmes.

³⁰⁸ De nombreuses situations, en particulier de femmes très précarisées, sont néanmoins encore insuffisamment détectées et soutenues une fois franchies les portes de l'institution selon Perrenoud (2016).

³⁰⁹ Celles-ci sont parfois confrontées à des femmes qui ont des problèmes psychiatriques graves susceptibles de mettre en danger les professionnelles, Joana (sage-femme maternité) m'a par exemple rapporté le cas d'une parturiente schizophrène qui l'a insultée et tenté de la frapper. Le fait

Les sages-femmes redoutent en général de suivre ces femmes, et ces situations sont commentées lors du passage de garde, les sages-femmes essayant d'en savoir plus sur la parturiente avant de décider si elles se sentent « d'attaque » pour supporter une telle prise en charge (Journal de terrain, La Maternité). La sage-femme qui accepte le cas est remerciée abondamment par ses collègues. Lors d'un de ses passages de garde, le cas d'une femme sous méthadone, avec « une personnalité borderline et maniaco-dépressive » (« un cas psycho-social » selon la référente) et qui a eu deux enfants qui sont « placés » en foyer, est annoncée :

Beaucoup de discussions entre les sages-femmes pour savoir qui va la prendre. La référente dit « il va falloir du courage là pour celle qui prend le cas ! ». Amarande se propose, et les autres lui demandent « t'es sûre ? vraiment ? », « merci de la prendre, mais ça va aller t'es sûre ? », puis « on t'en doit une ! ». (Journal de terrain, La Maternité).

Je présente ici deux longs extraits de mon journal de terrain qui montrent comment le processus d'étiquetage opère sur les femmes et comment ils s'imposent aussi aux sages-femmes, par le groupe. Je précise qu'Amarande « aime bien » travailler avec des « femmes défavorisées » dans des situations compliquées, et qu'elle est la sage-femme la plus critique (avec Vanessa) des sages-femmes qui ont tendance à « trop stigmatiser ces femmes » :

ces trucs de préjugés me crispent beaucoup à La Maternité, c'est les sages-femmes qui prennent un dossier et qui voient marqué [lieu de consultation de premier recours, notamment pour les femmes précarisées] alors elles vont tout de suite avoir une autre manière de leur parler, de les prendre en charge(...) donc vraiment des choses qu'on entend un peu tous les jours, alors on s'habitue aussi à entendre des choses comme ça, et on saute moins au plafond que quand j'ai commencé mes études... mais ça reste un truc où... je pense que c'est important que des sages-femmes conservent des idéaux très fermes pour ne pas rentrer là-dedans, dans ce genre de considérations. (Amarande, sage-femme mat)

Pourtant, les rappels incessants de ses collègues pour qui cette situation est difficile et pour qui la femme est nécessairement inapte à prendre soin de son enfant vont la conduire à s'approprier l'étiquetage et à interpréter la situation de cette manière.

Une sage-femme commente pendant la remise de garde « c'est quand qu'on la stérilise ? » une autre lui répond « à la ménopause ! ». Elle est provoquée à 37 semaines pour « raisons psycho-sociales ». Une sage-femme raconte qu'elle devait venir la veille mais qu'elle ne s'est jamais montrée (...) « de toute façon, voilà, elle fait ce qu'elle veut cette dame, elle s'en fout ». La passation de garde en groupe est terminée et la sage-femme de nuit (intérimaire) commence à transmettre plus de détails à Amarande, dans le couloir : « c'est un cas compliqué, tu vas voir, c'est pas facile, c'est vraiment le gros cas psycho-social. Elle bouge tout le temps, elle a fait des allers-retours toute la nuit dehors, elle me disait 'je visite le quartier'. Alors le moyen que j'avais pour qu'elle soit tranquille c'est d'aller fumer avec elle, et puis de la laisser se balader. Tu vas voir, c'est pas facile, elle bouge tout le temps et n'est pas très compliante. Elle fait ce qu'elle veut quoi. (...) elle était super bizarre au retour de ces tours dans le quartier, je me demande si elle n'a pas pris d'autres trucs pendant la nuit. Elle était excitée et calme en alternance ». Amarande va se présenter à la dame. En entrant dans la salle, je suis très étonnée qu'elle ne corresponde pas à la description qu'on nous en a faite, elle m'apparaît très informée, sympathique, posée, intelligente. Elle pose des questions (notamment

de connaître les antécédents des parturientes lui permettant ainsi d'adapter sa prise en charge et notamment « le choix des mots » (Joana).

relatives à l'accueil du bébé), mais toujours avec délicatesse, en demande si c'est possible ou pas, en disant qu'elle fera ce qu'on lui demande, etc. On sort de la chambre, je dis à Amarande : « c'est dôle, vu comme on nous l'avait décrite, je m'attendais à ce que ce soit différent, elle me semble ok non ? ». Amarande : « tu sais ici, ils en font tout un plat des cas psycho-social ! Effectivement je trouve qu'elle est tout à fait gérable. Moi elle me touche cette dame. Après ben voilà, je suis aussi touchée par ce bébé qui va devoir aller en UD [unité de développement] et subir un sevrage [à la méthadone] » (...). [Le bébé naît très rapidement après plusieurs épisodes de décélérations importantes], assez vite après la naissance, la sage-femme l'emmène aux pédiatres qui attendent dans une salle prévue pour. La dame demande des nouvelles de sa fille plusieurs fois. Elle dit que son projet est de récupérer ses enfants et de s'installer tous ensemble. Elle se dit très heureuse de la naissance de sa fille qu'elle a « hâte de présenter à [sa] plus grande fille ». Elle dit plusieurs fois qu'elle « aimerai[t] lui donner son premier biberon, si c'est possible ». Elle demande le numéro du service où sera transférée sa fille, elle dit qu'elle ira « passer tout son temps là-bas ». Elle demande si c'est possible d'avoir sa fille un moment avant qu'elle y soit transférée. Les pédiatres donnent leur accord et la sage-femme ramène le bébé à sa maman. Elle lui dit de bien la stimuler, la toucher, lui parler, qu'elle ne doit pas s'endormir profondément. La mère se met à appeler sa fille, lui parle du fait qu'elle a une grande sœur, lui touche le corps, la caresse. La sage-femme regarde la petite de manière rapprochée, s'installe tout prêt pour faire ses papiers, régulièrement vient regarder et stimuler la petite (sous les pieds et frotte le corps énergiquement) (...). La parturiente commence à faire des calculs pour savoir quand sa fille va pouvoir sortir de l'hôpital et rentrer à la maison. Elle redit à la sage-femme qu'elle aimerait « beaucoup donner son premier biberon à sa petite », que ça lui ferait « très plaisir, si c'est possible bien sûr ». La sage-femme finalement lui dit qu'étant donné qu'il y a le sevrage à la méthadone et que le bébé est petit, elle doit lui donner elle le début du premier biberon pour s'assurer de combien la petite prend exactement. La dame est visiblement déçue. La sage-femme donne le biberon à la petite près du lieu de change (debout), la mère la regarde avec envie et ne lâche pas la scène du regard, tout en encourageant son bébé à boire. Quand la sage-femme estime que la petite a assez pris, elle dit à la mère qu'elle peut continuer. Déjà rassasiée, le bébé ne boit plus. (...) En parallèle de cette prise en charge, et pendant toute la matinée, dès que l'on sort de la chambre, les autres sages-femmes (et notamment la référente) vont demander à Amarande si ce n'est « pas trop dur » et si « elle tient le coup », ou encore « comment est la dame avec son bébé ? ». A un moment, la référente lui demande « elle est attachante ? elle est chou ? comment elle est ? ». Amarande : « ben oui, c'est clair elle est attachante quoi... je peux pas m'en empêcher, elle me fait de la peine... bon le bébé aussi quoi ». La référente : « oui mais on n'est plus les étudiantes naïves qu'on était hein ? on sait bien maintenant qu'il y a beaucoup de mensonges... voilà quoi elle va prendre sa dose et puis elle va oublier sa petite ! » Amarande : « oui c'est sûr ». Après la naissance, la référente et une autre sage-femme demandent à Amarande : « alors comment elle est avec sa petite ? elle lui a donné le biberon ? ». Amarande répond « ben non ! c'est moi qui le lui ait donné ! », les sages-femmes lèvent les yeux au ciel « pff... » Amarande : « j'ai donné au début pour m'assurer de combien elle prenait, et puis après je lui ai laissé. Mais on voit bien qu'elle ne peut pas s'en occuper quoi. Elle l'a dans les bras et elle envoie ses sms ! Bon elle l'a pas faite tomber mais voilà... tu vois que ça va pas quoi ». (Journal de terrain, La Maternité)

Cette situation m'a particulièrement marquée tant la description des sages-femmes était éloignée de ce que j'ai observé : la mère avait bien insisté et gentiment pour donner le premier biberon, de plus la plupart des mères passent des appels/sms après la naissance avec le bébé dans les bras. Dans cette situation, la mère avait pris soin de caler le bébé contre elle dans le coussin d'allaitement, il n'y avait aucun risque pour qu'il chute. Son

comportement était parfaitement adapté par rapport aux attentes habituelles des sages-femmes (s'inquiéter du bébé, lui parler, lui sourire, le toucher, le caresser³¹⁰, etc.). Le comportement des femmes identifiées comme « à risque psycho-social » fait d'ailleurs l'objet d'une surveillance documentée et analysée par les professionnelles, notamment à la naissance de l'enfant. Il s'agit de vérifier que les mères / les parents, se comportent de manière « adaptée » et d'évaluer le « lien avec le bébé » (journal de terrain, interne, colloque de l'équipe médicale, La Maternité) :

c'est important pour qu'on ait un œil plus vigilant, je trouve. (...) ces femmes-là, on les a plus à l'œil. On fait tout de suite dès qu'elle accouche. Qui est ce qui vient ? On regarde le comportement qu'ils ont avec l'enfant. (...) moi quand j'ai une fourre violette, j'avertis la sage-femme qui l'a vu avant : « Tu sais elle a accouché. Ça s'est passé comme ça. ». Dans les cibles, je mets beaucoup l'accueil du bébé : Comment ça s'est passé ? Est-ce que le monsieur a touché son bébé ? Est ce qu'il y a eu des mots gentils ? Est ce qu'il y a eu des mots méchants ? Je mets tout ça [par écrit] (Joana, sage-femme mat)

Dans la situation de la parturiente décrite plus haut, l'étiquetage fixé dès le début de la prise en charge et officialisé par la fourre violette, conduit à une réification de la personne toxicomane, qui devient plus définie par sa fourre violette que par son comportement. Elle est réduite à ce statut. Ses paroles et actes sont réinterprétés par Amarande, qui est elle-même soumise à la pression de ses collègues, pour se conformer aux comportements attendus d'une toxicomane. Il s'agit de ne pas passer pour une débutante « naïve », l'étiquetage servant à s'endurcir face à des personnes identifiées comme toxicomanes qui pourraient manipuler la sage-femme. Quand j'ai reparlé avec Amarande de cette situation plus tard dans la journée celle-ci me confie la difficulté pour elle de ne pas se faire influencer par ses collègues. S'il s'agit au départ de « jouer le jeu » face à l'équipe, il est difficile de ne pas « se laisser prendre » :

moi j'aime les cas psycho-sociaux, les tox', les cas. J'aime m'occuper de ceux qu'on rejette. Après pour l'équipe, pour être intégrée tu as besoin de jouer le jeu. On te la vend en 10 minutes comme une chiante, bizarre, alors tu joues le jeu, tu dis je prends la chiante ! et tout le monde est content que tu la prennes parce que personne ne la veut. Après c'est dur de ne pas se laisser prendre par ses collègues dans cet esprit. Surtout dans la situation qu'il y a en ce moment, où il y a beaucoup d'activités en salle et pas assez de personnel, par exemple des personnes qui ne sont pas remplacées... l'équipe fait corps, les gens se rassemblent pour faire front contre l'ennemi en quelque sorte. Du coup c'est difficile de pas se laisser entraîner là-dedans... parce qu'on a besoin de faire partie de l'équipe en quelque sorte. (Amarande, sage-femme mat)

Les sages-femmes font d'abord allégeance aux collègues et à l'institution avant de faire alliance avec les femmes, ce qu'elles considèrent être une obligation pour travailler dans les conditions actuelles.

Je précise enfin que si les psychiatres interviennent parfois en salle d'accouchement, la prise en charge de cas de parturientes avec des problèmes psychiques représentent une difficulté majeure. Lors d'une de mes observations, une césarienne a été décidée pour mettre fin à une situation qui devenait compliquée à gérer pour les professionnelles :

³¹⁰ L'évaluation basée sur la capacité des femmes à toucher leur enfant fait écho aux analyses de Memmi qui montre comment le corps est revenu au centre du gouvernement des conduites, en particulier autour de la naissance (incitation à allaiter, à faire du peau à peau, à toucher le corps des bébés, y compris morts, etc.) (Memmi 2004).

La cheffe de clinique dit « bon décision de césarienne pour stagnation, mais surtout pour troubles psychiatriques ! On va lui dire à la dernière minute la décision pour ne pas qu'elle s'échappe ». La sage-femme référente : « oh oui, ça c'est une bonne décision la césarienne ! elle devenait vraiment ingérable ! » (Journal de terrain, La Maternité, bureau des sages-femmes)

Au contraire, dans la situation que j'ai présentée plus haut, c'est la demande de péridurale de la parturiente qui a été évitée, de peur que celle-ci ne devienne « ingérable ». Lors de la transmission du cas, la sage-femme de nuit conseille à celle de jour de « demander aux anesth[ésistes] de poser le cathéter [de péridurale][mais sans rien injecter ». Elle considère d'une part que « cette dame quand elle aura mal ce sera ingérable » et donc que la pose risque d'être trop difficile à ce moment-là mais d'autre part que « si on lui met la péridurale [maintenant] elle sera clouée au lit et là ça va être vraiment compliqué de la gérer (...) il faut poser le cathéter et puis retarder au maximum l'injection pour qu'elle puisse continuer à bouger. Sinon ça va être l'enfer ! » (Journal de terrain, La Maternité). La sage-femme de jour va ensuite elle aussi tenter de dissuader la parturiente d'avoir une péridurale, mais devant son insistance va finalement accéder à sa demande. La parturiente se plaindra auprès de la sage-femme de jour de ce traitement qui lui a été réservé, en lui demandant à plusieurs reprises (y compris au médecin anesthésiste) : « mais pourquoi elle m'a laissé avoir autant mal la sage-femme de la nuit ? Pourquoi elle ne m'a pas donné la péridurale avant ? C'est vraiment pas sympa. Elle ne m'a pas prise au sérieux. Je lui ai dit pourtant, plusieurs fois que j'avais trop mal ! » (parturiente, journal de terrain, La Maternité).

Stengel (2014) a montré dans son étude par entretien auprès de femmes enceintes ou récemment devenues mère et utilisatrices de drogues au Canada, que le fait de détenir une identité stigmatisée représente la plus haute difficulté et le plus haut risque pour ces femmes. En salle d'accouchement, cette identité est très fortement stigmatisée et justifie des cadrages des comportements. Le fait de ne pas accéder à une demande de péridurale ne se serait pas produit avec une femme non étiquetée de « cas psycho-social ». Les ressources pour prendre en charge des situations plus compliquées étant limitées, les professionnelles déploient ces stratégies pour continuer malgré tout à travailler. Si Vanessa (sage-femme mat) pense qu'il est important que des « sages-femmes intelligentes travaillent à La Maternité », c'est-à-dire « qu'il n'y ait pas que des sages-femmes blasées par leur travail, à moitié racistes et pleines de préjugés », elle relève que « c'est lourd » et qu'elle « pense que ça va [la] fatiguer au bout d'un moment ». Au-delà des questions des valeurs et des trajectoires personnelles et professionnelles, cet étiquetage me semble constituer une condition pour travailler, à laquelle il est donc difficile de résister. L'analyse de la situation vécue par Vanessa met en évidence comment les interprétations d'une situation qui sont produites par les acteurs s'influencent les unes les autres et participent à élaborer du sens, et à déterminer l'action (voir les travaux de Weick et sa notion de « sensemaking » (Weick 2003, 1993; Weick et Roberts 1993)).

Face à une prise en charge pensée de manière standardisée, les situations « déviantes » représentent une charge de travail supplémentaire pour les sages-femmes, mais aussi un risque d'entrer en contradiction avec la prise en charge institutionnelle. Etiqueter en quelques minutes, c'est simplifier la réponse à apporter, la standardiser, en évitant de devoir repenser une prise en charge nouvelle et sur-mesure pour chaque femme (derrière l'étiquette « nature » et celle de « psycho-social » se cache évidemment une grande diversité de situations). Etiqueter c'est donc faire entrer dans un « script » et réduire l'incertitude qui peut être engendrée par ces cas déviants, hors-normes, une condition quasi-

indispensable dans le dispositif actuel. Cet étiquetage n'en est pas moins d'une violence symbolique, plus rarement physique, importante dans certaines situations, en particulier pour des parturientes à l'identité stigmatisée.

3 Quand l'autonomie menace : gouverner les comportements pour le bien des femmes et des professionnelles

Des stratégies de cadrage de l'autonomie des femmes sont déployées à La Maternité. Après avoir analysé comment elles se manifestent, je montre comment elles sont justifiées, principalement par les professionnelles, mais parfois par les femmes elles-mêmes.

3.1. Stratégies de cadrage de l'autonomie

3.1.1 Un service d'urgence

La salle d'accouchement a une temporalité spécifique de l'urgence et du risque immédiat, qui est beaucoup moins présent dans d'autres services. Le « statut à risque » est souvent un statut qui s'étire sur plusieurs semaines, mois voire années, alors qu'ici il court sur une période très limitée, ce qui fait que les parturientes sont des actrices très particulières du statut à risque. A la fois ce statut aura une empreinte réduite sur le long terme de leur trajectoire, et à la fois cela empêche de recourir à une diversité de sources pour décider dans l'action. Les négociations sont certainement plus courantes en ce qui concerne la grossesse. Les femmes ne sont pas physiquement contraintes dans un espace, et les décisions s'inscrivent généralement dans un temps plus long qui permet de recourir à un deuxième avis médical, de rechercher de l'information par soi-même, d'en discuter avec son entourage, etc.

Le fait que la salle d'accouchement soit un service d'urgence est utilisé comme argument pour justifier que son accès soit limité à la parturiente qui ne peut être accompagnée que d'une personne. Concrètement, celle-ci dispose donc d'un soutien social limité. Les professionnelles ont d'ailleurs laissé entendre à plusieurs reprises qu'une présence de plusieurs personnes pourraient les mettre en difficulté en leur demandant de se justifier davantage et à plus de personnes. J'ai assisté à plusieurs scènes où les femmes souhaitaient que leur mère et leur conjoint soit présents, parfois avec d'autres membres de la famille proches également, voire des amis. Si les sages-femmes font parfois des entorses en permettant à deux personnes d'assister à l'accouchement, la plupart du temps, les personnes sont appelées à tourner, et je rappelle que les professionnelles ont tendance à favoriser la présence du père. Cette situation favorise la compliance des parturientes, voire des couples.

3.1.2 Gouverner par l'espace, la parole, et la gentillesse : réguler en incitant

Pour Marie (sage-femme mat), comme on ne peut pas utiliser la contrainte physique (« on peut pas apporter la force »), les situations de refus de soins ou de demandes particulières sont « difficiles » et demandent aux professionnelles de faire usage d'autres stratégies plus « douces » d'incitations.

Premièrement, la suggestion par l'espace est utilisée pour pousser les femmes à s'allonger et à être peu mobiles. Seul un lit trône au milieu de la salle. Le petit tabouret à roulettes situé près des machines est associé aux professionnelles qui s'y assoient, et le fauteuil est prévu pour l'accompagnant. Le gros ballon qui est en général disponible dans les salles est caché

sous le plan de travail. Selon Kira (sage-femme mat) « quand on met une femme dans ces salles-là [salles natures], on accepte qu'elle nous demande des choses qu'elle nous demande pas dans les autres salles, et ça veut dire qu'on doit y répondre aussi ». Une solution est donc d'éviter ces salles. Gouverner par l'espace permet d'éviter d'avoir recours à un pouvoir disciplinaire. Face à une femme transférée de maison de naissance, Mylène (sage-femme mat) tend à restreindre progressivement ses possibilités par l'espace pour réguler son comportement, tout en évitant la contrainte explicite.

« elle se sent un peu bloquée, donc c'est le moment pour qu'on lui propose une douche, pour qu'elle ait l'impression qu'elle puisse bouger et pas qu'on va l'attacher au lit ». On rentre à nouveau dans la salle et la sage-femme dit à la parturiente : « vous pourrez bouger entre les moments où on captera votre bébé (...) ». La dame se balade dans La Maternité. Au bout de plusieurs heures, le Syntocinon doit être utilisé et la parturiente sera désormais monitorée en continu, ce que la sage-femme ne lui explique qu'au dernier moment. Elle semble visiblement très déçue par ces annonces successives. Elle demande s'ils ont un siège Maya³¹¹. La sage-femme lui dit qu'ils en ont un, qu'elle ira le chercher. (Journal de terrain, La Maternité)

La sage-femme me fera part de ses réticences à ce que la femme accouche sur ce siège. Elle ne sait d'ailleurs même pas où il est et va dans un premier temps ne pas le chercher. Quand la femme insiste, la sage-femme finira par trouver le siège, mais le laissera dans une housse et le rangera sous le bureau. Elle fait en sorte ainsi qu'il soit évident que l'utilisation de ce siège n'est pas bienvenue.

Plus largement, la mise en scène déployée à l'hôpital participe de la démonstration de son caractère indispensable : les machines sont visibles, les instruments et le matériel présents en grande quantité et bien rangés, la salle de césarienne est toute proche, les professionnelles, identifiées par leur blouse et leur badge sont nombreuses. Coxon et al. (2015) montrent que pour les femmes, le fait d'accoucher à l'hôpital renforce ainsi la perception de la naissance comme moment risqué et l'hôpital comme l'endroit le mieux équipé pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant. Une femme qui a fait l'expérience de la naissance à l'hôpital aura ainsi tendance à choisir à nouveau cette option.

Deuxièmement, la parole est utilisée comme un moyen doux de cadrer l'autonomie. Erin (CDC) me dit en riant que les pratiques de persuasion « l'air de rien » que les professionnelles « font toute la journée » relèvent « un peu de la manipulation » mais permettent de faire « adhérer » les parturientes à la prise en charge prévue par l'institution. Ces stratégies permettent de se passer de la force physique et d'un cadrage par la peur qui sont les outils privilégiés des soignantes moins expérimentés mais qui sont aussi moins efficaces selon Erin³¹². Pour Marc, l'usage de la parole et de la communication permet de conserver une bonne relation avec la parturiente et d'obtenir une adhésion volontaire aux soins, qui doit être privilégiée autant que possible. Il m'explique ainsi comment il s'agit

³¹¹ Une chaise maya permet à la femme d'accoucher accroupie tout en étant soutenue (voir le dessin de La Maison de naissance au début de la partie 4).

³¹² Je nuance toutefois le caractère instrumental du positionnement de Erin qui cherche aussi à respecter les souhaits et croyances des parents et qui s'oppose à l'usage de la peur, un instrument peu éthique selon elle : « on n'a pas besoin de leur dire qu'il y a un risque qu'ils perdent leur enfant à la naissance, n'exagérons rien, quoi [rire]. Y'en a [des médecins] qui le disent, je pense, hein? Ouais, mais ça c'est horrible, moi je pense que ça c'est faux, quoi! (...) essayer de CONVAINCRE en essayant de faire peur c'est pas bon ».

d'induire progressivement des contraintes, tout en prenant suffisamment en compte les demandes (mineures) des parturientes pour qu'elles se sentent reconnues et éviter le conflit :

je vais réussir à lui arracher plus d'interventionnisme, que je pense raisonnable, en allant dans son sens, et en reculant par la suite, qu'en lui disant « non c'est comme ça et je n'entre pas en matière ». Ça, ça veut dire je ne vous écoute pas. Là on a un bon lien, je sais ce qu'elle veut faire, elle sait ce que je veux faire, c'est relativement éloigné, mais je vais plus pouvoir l'amener vers moi que si je lui dis je suis bloqué là et je ne veux pas me rapprocher, si effectivement les choses vont très bien. (Marc, adjoint)

Pour Mélissa (interne), les femmes «sont raisonnables, enfin tout le monde est raisonnable, quand tu expliques que ben... tu vas devenir maman, et donc tu veux le meilleur pour ton enfant ». La parole peut donc être utilisée dans le présupposé que les femmes veulent le meilleur pour l'enfant, souvent compris par le fait qu'elles respectent les prescriptions médicales. Tout comme Grosjean (1993a, 1993b), j'ai constaté que les sages-femmes utilisent des voix et des intonations différentes auprès des femmes en fonction du but recherché : elle peut être douce et empathique pour reconforter, s'accélérer pour encourager, ou se durcir pour servir à signifier l'autorité. Comme le montre Grosjean, cette modulation fait référence à des processus de cadrage différents de la situation. J'ai observé que cette utilisation sert le plus souvent des processus d'incitations à un certain comportement.

La gentillesse constitue le troisième mode de gouvernement des conduites. La gentillesse est définie par les professionnelles comme la capacité à entrer en relation avec l'autre en adoptant une attitude empathique et agréable, tout en essayant de répondre à ses demandes. Ce comportement facilite la prise en charge : « si on montre qu'on est là, qu'on a une bonne relation, qu'ils voient qu'ils sont en sécurité, qu'on ne fait pas [une intervention] pour rien, je pense que ça passe. Simplement être aussi gentil avec les gens (Andrea, adjoint).

Dans les situations de refus de soin qui deviennent tendues, Joana (sage-femme mat) essaie de prendre davantage soin des parents : « j'ai fait un petit thé sucré, ça calme. Parce que [les parents] voient que tu fais beaucoup de choses pour eux donc ça – Moi je trouve les tisanes c'est magique. J'use et j'abuse des petits plateaux tisanes. Ça leur donne confiance, ils voient que tu t'occupes d'eux que t'es là pour leur bien et puis ça vouitt [ça passe] ». L'enjeu pour la plupart des professionnelles, est ainsi de faire un travail non disciplinaire, pour que d'une part les femmes se soumettent volontairement aux décisions sans que cela n'entache leur vécu, et d'autre part que cela ne risque pas de porter préjudice aux professionnelles. Dans une situation où la femme « pleurait comme une fontaine » après que le médecin lui ait annoncé qu'une provocation devait être agendée, Lou (sage-femme mat) me raconte comment elle lui a fait accepter la situation, d'abord en parlant beaucoup : « le travail qu'on doit faire c'est de prendre cet itinéraire bis parce que pour la sécurité de votre enfant et votre sécurité on n'a pas le choix. Se dire qu'est-ce qu'on va faire pour que le paysage soit tout aussi beau même si on n'est pas sur la route qu'on avait imaginée ? ». La sage-femme a ensuite négocié avec les médecins pour que la femme accouche quand même en salle nature et dispose d'une heure supplémentaire avant le début de la provocation. Elle a donc à la fois réalisé les interventions considérées comme nécessaires par l'institution, tout en accédant à des demandes de la femme qui n'entraient pas en contradiction avec les protocoles (« des petites choses »). Elle conclue « l'objectif c'est de

les amener à ce que le choix vienne d'elles et qu'il soit serein ». Ces pratiques s'inscrivent dans la perspective néolibérale du choix et dans la vision foucauldienne du pouvoir : ce sont les sujets qui prennent eux-mêmes les décisions qui encouragent certains types de comportements. Ceux-ci font cependant l'objet d'incitations (plus que de contraintes), ici par la parole, l'espace et la gentillesse, qui poussent les sujets à considérer qu'un comportement est plus désirable qu'un autre.

Ces stratégies de régulation par l'incitation sont perçues comme les plus efficaces. Bien qu'elles soient plus rares, elles cohabitent néanmoins avec des stratégies de régulation par la contrainte.

3.1.3 Gouverner par la peur et discipliner par la force : réguler en contraignant

Lorsque des contraintes en termes de temps se posent, quand les professionnelles sont peu expérimentées et/ou sont arrivées au bout de leur stratégie de négociation, ou que des situations sont qualifiées d'urgentes, la peur et la culpabilisation comme outils contraignants peuvent être utilisés sur les femmes. J'ai déjà montré comment elles sont utilisées par les sages-femmes comme des stratégies pour garantir des surveillances parfaites. Elles concernent aussi la réalisation d'interventions. Pour Sophie (sage-femme mat, suivi global), ces stratégies de cadrage par la peur relèvent d' « une mise sous tutelle des femmes par rapport au risque ». Pour elle, les médecins ont ainsi « un pouvoir énorme. De dire à la femme qu'elle prend un risque pour son enfant, aucune femme dit oui je prends le risque pour l'enfant, aucune ». J'ai en effet constaté qu'évoquer le risque, en particulier pour la santé des bébés, constitue un outil très puissant pour faire accepter les décisions médicales aux femmes (et des hommes).

Selon Hélène (parturiente, 1 AAD), les médecins l'ont poussée à accepter un déclenchement de son accouchement pour dépassement de terme et retard de croissance, argumentant du caractère « irresponsable » de son hésitation à accepter : « [les médecins] ont dit que c'[était] irresponsable de ma part de laisser le bébé dans le ventre ». A une femme enceinte assurée en privée qui a « un plan de naissance extrêmement précis », Marc (adjoint) a répondu que l'«on risquait fort de devoir s'en écarter, que l'objectif principal c'était que la maman et le bébé aillent bien ». Pour lui, les souhaits formulés par la parturiente, notamment de ne pas subir de provocation de l'accouchement alors qu'elle a un diabète gestationnel induisant des risques supérieurs à une complication qui nécessiterait une césarienne en urgence ; il en plaisante : « pour qu'on évite au maximum les complications, l'idéal serait qu'elle fasse une grosse complication à 37 semaines qui implique qu'on fasse une césarienne en urgence. Je pense que c'est comme ça qu'on prendrait le moins de risques ! ». Marie me rapporte une situation où les professionnelles ont dû faire usage de la menace de la mort de l'enfant auprès du père :

Ça m'est arrivé une fois, tu étais là non? on devait partir en urgence en césarienne pour une grosse bradycardie qui se prolongeait, la femme ne parlait pas français, on venait de commencer la provocation et le mari avait expliqué qu'elle ne voulait vraiment pas de césarienne, on avait dit pas de soucis, on prend note, mais c'est clair que si bébé va pas bien on partira en césarienne, mais on venait de sortir de la chambre en lui disant « mais pour l'instant pas de soucis », et là on ré-entre et on lui dit « monsieur, là ça va pas faut qu'on y aille ». Et là il s'est mis devant la porte et il a dit « non, non, non, ma femme ne veut pas de césarienne ». Mais le problème c'est que le bébé allait pas bien. Le médecin a dit « monsieur, il faut vraiment qu'on y aille ». Il y a eu un moment

de battement où on ne savait plus quoi faire. C'est ce genre de situation où on est obligé d'y aller assez fort, donc on a dit « monsieur, si vous ne nous laissez pas passer, votre bébé il va mourir ». Et je pense qu'il y a eu un peu cet électrochoc, et donc pour finir, il s'est poussé de la porte (Marie, sage-femme mat)

Marie justifie l'usage de la menace par le caractère d'urgence absolue et le sentiment d'avoir épuisé toutes les autres ressources à disposition pour négocier. Pour Marie, il doit s'agir donc de situations d'exceptions, mais qui quand elles sont brandies, assurent aux professionnelles de faire respecter leurs décisions. Selon plusieurs femmes que j'ai rencontrées ainsi que certaines de mes observations, si l'argument de la santé du bébé n'est pas utilisé d'une manière aussi violente que dans l'extrait ci-dessous, les allusions répétées pendant le travail quant à la nécessité de cadrer les comportements et le corps des femmes pour assurer cette sécurité est omniprésente.

L'usage de la force ou de la contrainte physique est effectivement rare et évitée, pour le bénéfice de toutes. Elle n'est cependant pas inexistante en salle d'accouchement. Dans une situation à laquelle j'ai assisté de loin (je n'étais pas directement présente dans la salle), un père paniqué qui refusait que sa compagne soit emmenée en césarienne d'urgence a dû être plaqué et maintenu au sol par des professionnelles, tandis qu'il hurlait, pour l'empêcher d'interférer avec les soins. Lorsque Marc évoque cet événement en entretien, son discours est révélateur du fait que ces situations sont exceptionnelles puisque les professionnelles arrivent normalement à assurer l'accord des parturientes / couple par la persuasion

J'ai été frappé l'autre jour que dans une urgence on a dû plaquer au sol un mari qui ne voulait pas qu'on fasse une césarienne à sa femme, ça paraît hallucinant de devoir en arriver à ces extrémités-là plutôt que d'y arriver par la persuasion. C'est quand même assez poignant de se dire que lors d'un accouchement aussi important pour le couple, d'avoir une telle violence. (Marc, adjoint)

Dans une autre situation d'un accouchement très rapide où la parturiente est arrivée en salle d'accouchement à peine quelques minutes avant la naissance du bébé, celle-ci a été maintenue sur le lit par deux sages-femmes. La parturiente, hurlait et se débattait tout en essayant de remonter dans le lit pour ne pas subir de toucher vaginal. L'une des sages-femmes craignait qu'elle chute et se blesse. La parturiente avec qui j'ai pu m'entretenir ensuite était en état de choc et était très préoccupée par son attitude à l'égard des professionnelles et ressentait de la « honte ». Elle n'a absolument pas remis en question l'attitude des sages-femmes. A deux reprises, j'ai assisté à une suture d'épisiotomie ou de déchirure par un médecin qui rouvrait les jambes d'une femme avec ses mains car celle-ci les fermait par réflexe à cause de la douleur de l'intervention, il dit : « Madame, ouvrez les jambes et ne reculez pas les fesses, sinon je n'arriverai jamais à suturer ! » (Journal de terrain, La Maternité). Mylène (sage-femme mat) a participé à contraindre une femme (qui ne parlait pas français) il y a quelques années puisqu'« elle bougeait trop [et que] le médecin ne pouvait pas suturer ». Elle affirme que « c'était comme un monstre cette femme. Elle s'agitait dans tous les sens (...) il y avait la gynéco qui essayait de faire les points. [la parturiente] avait les jambes qui se refermaient tout le temps sur la tête [de la gynécologue]. On lui tenait les jambes et la maman hurlait : 'Lâche mes jambes salope !' ».

Dans les situations d'opposition des parturientes ou de leur conjoint assez violentes (et très rares je le rappelle), dont celles présentées ici, les personnes sont le plus souvent issues de classes populaires. Elles peuvent être analysées, comme le fait Longchamp dans le contexte des rapports des parents aux infirmières scolaires, aux « armes du désarmé » (Longchamp

2009, 62). Il parle de « tactiques de désespoir » (p.63) usées par les parents des classes populaires, et qui le plus souvent, finissent par se retourner contre eux, comme c'est aussi le cas à La Maternité. Par ailleurs, les professionnelles ont plus tendance à user de tactiques coercitives qu'incitatives auprès des personnes qu'elles considèrent faire partie des classes populaires³¹³.

3.2. L'autonomie comme menace pour les femmes et les fœtus

3.2.1 S'en remettre aux professionnelles : une garantie d'être « sauvés »

Si les professionnelles font remonter leurs impressions d'être de plus en plus soumises aux revendications, voire aux plaintes de parents, j'ai constaté que l'immense majorité adopte une attitude dite « compliant », c'est-à-dire qui respecte strictement les demandes des professionnelles. Les femmes ont parfois des demandes en salle d'accouchement mais la majorité d'entre elles n'en formulent pas et préfèrent s'en remettre d'emblée aux professionnelles. La plupart du temps, les femmes témoignent d'une confiance élargie envers les professionnelles et sont convaincues que les décisions prises l'ont été pour de bonnes raisons : « s'ils m'ont dit qu'il fallait que ça parte en césarienne c'est qu'il y avait quand même une bonne raison ! » (Cynthia, parturiente, 1 mat). Pour Eve qui a subi une césarienne en cours d'accouchement pour son troisième enfant, « l'essentiel c'est que se ce soit bien passé, on est en vie, ça va. J'ai pas besoin de demander comment, pourquoi (...) c'est eux qui ont le plus d'expériences, des années de carrière, ils savent comment intervenir ».

Les parturientes peuvent même parfois réinterpréter leurs sensations par rapport aux informations perçues comme « objectives » qui sont transmises par les professionnelles. Dans une situation à laquelle j'ai assisté, la péridurale n'avait pas bien fonctionné pendant le travail et la femme souffrait encore, malgré des interventions de l'anesthésiste (réinjection de produit, repositionnement du cathéter de péridurale).

Lorsqu'une césarienne a été décidée, la femme hurlait dans le bloc pendant une partie de l'intervention en disant qu'elle souffrait (les professionnelles ont hésité à pratiquer une anesthésie générale). Revue en entretien, Cynthia me dit :

Malgré qu'on m'ait bien expliqué que j'allais rien sentir, qu'on m'ait tout bien expliqué, que la prise en charge au bloc a été tip top, la panique a pris le dessus et c'est à ce moment-là que j'ai commencé à très mal vivre l'accouchement. J'avais l'impression tout le long de sentir les douleurs, et je tremblais de partout, et je criais « aie aie aie », mais on avait beau me dire « mais vous sentez pas Madame ! », et au contraire, on me rassurait, on m'injectait des calmants. Ils m'ont même montré en me mettant de la glace au niveau des épaules et c'est vrai que je ne sentais pas, mais j'avais l'impression de sentir quand on m'a ouvert, quand... je crois que c'était vraiment la peur qui a pris le dessus, je crois que j'avais pas mal. C'était vraiment la peur. (Cynthia, parturiente, 1 mat)³¹⁴

³¹³ Les professionnelles connaissent la situation socio-économique des parturientes, et notamment leur profession, qui est mentionnée dans leur dossier.

³¹⁴ Dans son dossier médical ou dans le rapport d'accouchement, il n'est fait aucune mention de la manifestation importante de douleur pendant la césarienne.

Pour elle, c'est sa « panique » qui lui a fait croire qu'elle ressentait des douleurs, qui n'étaient objectivement pas présentes puisque les professionnelles lui démontraient le contraire.

Pour Emilie (parturiente 2 mat, privée), la douleur la rendait dépendante de sa sage-femme et il n'était pas stratégique de formuler des demandes à ce moment-là : « franchement ça fait tellement mal que si tu n'as pas la sage-femme qui t'aide et qui te dis, maintenant il faut faire comme ça [tu y arrives pas] (...) je n'aurais pas eu la force quelconque de faire autrement, la sage-femme qui est là, c'est la personne qui accompagne qui doit diriger un peu la chose ». A propos de la ventouse, Sandra (parturiente, 1 mat) dit elle aussi qu'elle n'était pas en mesure d'agir sur la situation : « j'aurais jamais pensé voir mon petit arriver par ventouse. Mais à un moment donné tu te laisses guider, il y a pas le choix... mais on est assez impuissants je trouve, à un moment donné, tu es tellement dans les vapes... tu veux juste que ton enfant soit en bonne santé et ne souffre pas trop ».

La plupart du temps, les femmes se soumettent volontiers aux décisions des professionnelles et offrent un accès élargi à leurs corps pendant l'accouchement. Les interventions, y compris douloureuses, sont ainsi acceptées par les parturientes qui les voient comme nécessaires. Lisa décrit ses sensations lorsque le médecin a dû recoudre sa « petite déchirure ». Elle souligne que la procédure est invasive, douloureuse et que ces éléments ont été très peu considérés par le médecin :

Limite je trouvais que je souffrais plus quand ils recousaient que quand le petit est né. (...) il était obligé de me tenir les lèvres écartées et c'est ça qui me faisait atrocement mal. (...) Il faut avoir les fesses contre la table, mais quand il touche tu contractes les fesses, c'est physique... et puis il me disait « non il faut pas reculer ! », non mais attends, si je viens avec un scalpel te toucher ton machin [pénis], tu crois pas que tu vas pas reculer ! Enfin, c'est vrai ! (Lisa, parturiente 1 mat)

Pour autant, elle a subi la procédure sans rien dire – « tu sers les dents et tu attends que ce soit fini » – puisqu'elle considère que celle-ci était « nécessaire, on est d'accord ». A propos d'une jeune femme qui ne voulait pas que Jade (adjoint) suture sa déchirure vaginale, celle-ci me dit « c'est rare parce que quand elles ont leur bébé, elles s'en foutent, c'est pas important pour elles [le fait qu'on recouse] » (Journal de terrain, La Maternité). Le fait d'avoir un bébé en bonne santé avec soi justifierait donc les interventions sur le corps maternel. Cela renvoie aussi au discours de Claude (chef de service) que j'ai déjà retranscrit dans la deuxième partie et qui disait que « les femmes qu'on a ici [à la maternité] seraient d'accord qu'on les coupe en rondelles pour sauver leur bébé ».

Quand les professionnelles lui conseillent une provocation pour dépassement de terme en disant que « le bébé n'a plus autant de protections », et que la situation « peut basculer d'un moment à l'autre », Eve (parturiente, 3 mat) a accepté la provocation : « j'ai préféré provoquer plutôt que d'attendre une surprise qu'on pouvait tous regretter ». Quant à Joëlle (parturiente, 1 mat), même si elle voulait éviter la césarienne, cela serait resté « un accouchement réussi, dans le sens que c'était ma santé, la santé du bébé avant tout et voilà ». Les femmes que j'ai rencontrées sont prêtes à beaucoup sacrifier pour que le bébé soit en bonne santé, et notamment à subir des interventions.

ils m'ont dit que si jamais ça se complique, ils vont pas hésiter à faire la césarienne si on est d'accord. On était d'accord. Ils ont dit au cas où. Pour sauver tout le monde, on était d'accord ! (...) Je me suis toujours dit, si au cas

où ça se passe mal, si on nous propose tout de suite la césarienne, oui. Pour être sauvée moi et mon bébé, là je suis d'accord. (Eve, parturiente 3 mat)

je pense que j'aurais pu décider [de ne pas avoir de césarienne en urgence pour stagnation de la dilatation], mais là je mets la vie de mon enfant en danger, ainsi que peut-être la mienne, donc je pense que dans les moments comme ça, on réfléchit pas et on y va. (Cynthia, parturiente 1 mat)

Le corps des femmes est mis à disposition de l'institution puisque l'enjeu est la sécurité du bébé. Les étudiantes sages-femmes sont très rarement refusées par les femmes³¹⁵, et je n'ai moi-même essuyé que deux timides refus de parturientes d'être présentes pendant leur accouchement sur les sept mois de terrain³¹⁶. A La Maternité, il y a le groupe des touchées et des toucheuses pour reprendre les mots (féminisées) de Pouchelle (2008), le second groupe gagnant en pouvoir par la détention de ce privilège. L'acceptation généralisée de ces intrusions (en particulier les touchers vaginales) par les femmes est frappant. Nora (étudiante sage-femme) s'étonne d'avoir constaté que les femmes « se coupent complètement du bas de leur corps » : « je trouve incroyable comme les femmes sont étonnées qu'on leur demande la permission de les examiner. (...) On les éduque aussi à ça, elles vont chez le gynéco une fois par an, elles se font examiner... on est vachement éduquées à rentrer dans le moule qu'on attend de nous en tant que patientes. [...]. Peu de femmes se rebellent ».

Sa réflexivité, associée à l'étonnement permis par son statut de novice, est en adéquation avec mes propres analyses. D'une part, le dispositif effectue un travail pour s'assurer de cet abandon dont les racines commencent bien avant l'accouchement, et d'autre part que les femmes abandonnent volontiers leur corps aux professionnelles et acceptent les interventions puisqu'elles sont convaincues qu'elles sont nécessaires pour « sauver l'enfant » (et/ou elle-même). Pourtant, la majorité des césariennes sont pratiquées de manière préventive (indication relative), sans que la vie de l'enfant soit concrètement déjà en jeu de manière imminente (indication absolue)³¹⁷. La peur du risque intolérable de la mort d'un enfant est donc particulièrement présente dans les esprits des femmes : refuser les interventions des professionnelles, c'est directement prendre ce risque de mort.

De plus, prendre soi-même des décisions nécessite d'avoir des souhaits et de négocier, ce qui peut mettre à mal le processus de l'accouchement, puisque selon les sages-femmes, pour bien accoucher « il faut lâcher prise » ou ne « pas intellectualiser ». Une idée répandue dans l'hôpital est que ce sont les femmes qui ont le plus de demandes, formulées notamment dans des plans de naissance, qui accouchent le plus difficilement³¹⁸ : « J'ai l'impression que ceux qui ont le plan [de naissance] le plus rigide c'est forcément ceux pour qui ça va aller à l'inverse alors que les gens qui viennent en disant bah on verra bien, on prend comme ça vient, finalement c'est là que ça se passe le mieux ». (Nadine, sage-femme mat). Pour Morgane (sage-femme mat), les femmes doivent se concentrer sur la santé de

³¹⁵ Je souligne au passage que les étudiantes sages-femmes et les internes ne travaillent que sur les corps des femmes qui n'ont pas d'assurance privée. L'institution leur garantit que seul le médecin adjoint qu'elles connaissent, ainsi que la sage-femme qui la suit interviendront sur leurs corps. Je n'ai pu accéder à ces situations qu'avec les médecins avec qui j'avais tissé des liens au préalable puisque ces femmes ne sont normalement pas incluses dans les recherches non plus.

³¹⁶ Je parle d'un timide refus car ces femmes se sont excusées et justifiées auprès de la sage-femme de ne pas accepter ma présence, et l'une a même proposé que je vienne, mais de manière intermittente (ce que je n'ai pas fait).

³¹⁷ Seules 10% des césariennes seraient effectuées selon une indication absolue selon une estimation faite en Allemagne (Hanselmann et von Greyerz 2013b)

³¹⁸ Je n'ai pas particulièrement fait ce constat sur le terrain.

leur bébé, et ne pas trop se focaliser sur le déroulement de l'accouchement : « quand tu es plus ouverte aux possibilités et que tu te dis que le principal c'est que ton bébé soit en bonne santé et que toi aussi, ça t'aide à accepter, quel que soit la manière dont ça se passe, finalement on ne peut pas tout maîtriser » (Morgane, sage-femme mat). De nombreuses femmes ont intégré cette idée : « je m'étais préparée à rien. Je me suis dit, ça peut finir en césarienne, tu peux demander la péridurale, et je crois que ça m'a beaucoup aidé. Ma plus grande préparation, c'était d'avoir un peu lâché » (Joëlle, parturiente, 1 mat).

S'en remettre aux professionnelles constituent ainsi, pour les femmes (et les professionnelles), une garantie de bénéficier des soins les plus adaptés, et ainsi d'éviter des risques intolérables.

Pour les professionnelles, certaines attitudes paternalistes se justifient ainsi pour protéger les femmes et les fœtus des risques. La définition des risques et la limite à fixer par rapport aux demandes acceptables et non acceptables des femmes sont soumis à la discrétion des professionnelles:

Quand j'étais interne, on n'entendait pas tellement ça « ah mais elle veut tellement accoucher par voie basse, ils veulent, ils veulent, ils veulent ». On est aussi tellement venu à cette médecine de l'autonomie des patientes, que des fois on oublie les critères médicaux. On n'est pas juste là pour faire ce qu'ils veulent, on doit faire [en sorte] que ça se passe bien ! (Jade, adjoint)

Pour plusieurs médecins, quand « les interventions sont vraiment clairement bénéfiques dans la balance, c'est vrai que là il faut peut-être tenter d'influencer au maximum les préférences de la patiente » (Marc adjoint). Pour celui-ci, « il faut éviter de se laisser emporter par les préférences du patient ». Comme injecter de l'ocytocine à toutes les femmes après l'accouchement « diminue d'un facteur trois le risque d'hémorragie », il considère que c'est une intervention « presque non-négociable ». Le chef de service adopte aussi cette attitude dans le cas où une parturiente a demandé une césarienne car elle a de fortes douleurs dans le dos : « il n'y a pas de bénéfice de la césarienne, il y a plus de risques. Pour un deuxième bébé, elle va accoucher comme une fleur. La césarienne peut aussi faire plus mal au dos. Il faut que quelqu'un avec de l'autorité lui dise cela, très sûr de lui, en consultation ». (Journal de terrain, colloque médical, La Maternité).

Lors d'un accouchement, la parturiente de 17 ans dit à Jade (adjoint) « est-ce que vous allez couper ? je veux pas, je veux pas... je veux pas que vous coupiez ! », juste avant la naissance, elle répète « non coupez pas ! coupez pas ! », « pour l'instant, il n'y a pas de raisons *a priori* pour que je coupe, les tissus sont souples, s'il n'y a pas besoin je ne fais pas ». Sous-entendu, elle pratiquera une épisiotomie si elle estime que c'est nécessaire, et même si la jeune femme s'y est opposée clairement. Elle considère en effet que l'épisiotomie pourrait constituer un bien pour la femme, en dépit de l'opposition qu'elle formule à plusieurs reprises³¹⁹. L'épisiotomie est une situation exemplaire pour analyser les pratiques réalisées « pour le bien des femmes », en l'absence de leur consentement. Le récit de Maé (parturiente, 3 AAD, 1 transféré) qui dit avoir eu « une épisiotomie en traître » montre que ce bien supposé par les professionnelles peut cependant avoir des effets dévastateurs sur les femmes :

³¹⁹ Le fait que cette parturiente soit jeune participe sans doute à expliquer cette situation, bien qu'elle ne puisse y être réduite, d'autres situations avec des femmes plus âgées le montrent.

elle m'a fait une épisio[tomie] la sage-femme quand j'étais à quatre pattes, du coup je voyais pas. Et vraiment... c'est mon mari qui a fait [crie] « non, non, elle [ne] veut pas ça ! », et tout. Il a vu au dernier moment et le temps qu'il réagisse c'était trop tard, elle avait... enfin, ils arrivent presque avec le truc [ciseau] dans les mains discrètement en tout cas. (...) par contre le traumatisme pendant les deux ans après, ça [n'a pas été pris en compte]. Ça a été très dur, surtout qu'en fait c'est resté une cicatrice hyper fermée et qui me faisait mal à chaque rapport [sexuel] (...). J'ai vraiment pris cela comme un traumatisme, comme une attaque personnelle... comme une agression (Maé, parturiente, 3 AAD, 1 transféré).

Maé qui a pu rediscuter avec la sage-femme, me dit que celle-ci s'est justifiée par le fait que « si on fait [l'épisiotomie] alors que les mamans ne sont pas prévenues, elles [ne] sentent pas ». Si elle a dit à la sage-femme qu'elle était « fâchée qu'elle ait fait ça en douce », elle ne pense pas avoir été « entendue » : « Genre, c'était pour votre bien, et puis ces mamans qui accouchent et qui ne sont pas contentes... enfin je sais pas. Elle croit que j'ai fait ma crise parce que c'était hormonal et je sais pas trop quoi, mais que c'était pour mon bien et qu'elle me protégeait en faisant [l'épisiotomie] ». Plusieurs sages-femmes de La Maternité m'ont dit elles-aussi ne jamais demander à la femme leur avis avant de pratiquer une épisiotomie afin de prévenir l'appréhension, voire les mouvements de recul. Je n'ai moi-même jamais entendu une professionnelle demander à une femme si elle était d'accord qu'elle réalise une épisiotomie, ou même la prévenir avant³²⁰. Pour sa part, Maé aurait voulu être informée et incluse dans la décision : « Elle aurait très bien pu me demander entre deux poussées, voilà ça se déchire un peu au niveau de l'anus (...) est-ce que vous voulez qu'on laisse comme ça au risque que ça déchire et puis que ça fasse un truc important ou est-ce que je coupe et puis c'est une petite cicatrice ? ».

Une sage-femme de La Maternité, elle-même chercheuse, avec qui j'ai parlé de ce cas me disait que selon elle, les professionnelles ne devraient pas pratiquer d'épisiotomies dans ces situations, puisque même si les avantages médicaux leur semblent indiscutables (des déchirures importantes peuvent avoir de graves conséquences sur la santé et la qualité de vie des mères, en entraînant par exemples des incontinences), les effets sur le vécu, y compris à long terme peuvent être catastrophiques. Cette dimension est de plus en plus prise en compte et des recherches se développent autour du syndrome post-traumatique développé après la naissance et pouvant avoir un lien avec les interventions médicales (McKenzie-McHarg et al. 2015; De Schepper et al. 2016; Ayers et al. 2016)³²¹.

³²⁰ Une enquête conduite par le CIAN (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance) en France montre que dans 85% des cas, le consentement n'est pas demandé. <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAte-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf>

³²¹ Dès 2014 un débat houleux sur la pratique dite « du point du mari » a émergé en France. Selon un article du journal *Le Monde*, il s'agit d'« un geste clandestin qui consiste à recoudre une épisiotomie par quelques points de suture supplémentaires, supposé accroître le plaisir de l'homme lors des rapports sexuels » (Source : Derrière le « point du mari », le traumatisme de l'épisiotomie, *Le Monde.fr*, 18 avril 2014, consulté le 4 avril 2016 : <https://lc.cx/JUEY>). Cette pratique a été dénoncée par des femmes et des sages-femmes sur les réseaux sociaux (voir par exemple : <http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/> <http://www.madmoizelle.com/gynecologie-consentement-245712;> <http://10lunes.com/2014/04/les-poings-serres/>) et dans la presse (par exemple : « Le point du mari, un vrai scandale ? », *Elle*, 24 juin 2014 : <https://lc.cx/JUEN>; « Faut-il en découdre avec le « point du mari » ? », *Libération*, 6 mai 2014 : <https://lc.cx/JUEX> ; « Point du mari: 'On ne peut pas remettre la parole des femmes en question', selon une sage-femme », *20 minutes*, 25 mars 2014 : <https://lc.cx/JUEL>). La réaction de Jean Marty, président du Syngof (Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de

La plupart des professionnelles se considèrent responsables du fœtus, sa sécurité pouvant parfois justifier de cadrer l'autonomie maternelle puisque « leurs intérêts » sont parfois « divergents »³²² (Jade, adjoint) :

L'obstétricien il a toujours deux patients, la maman et le bébé. (...) C'est le grand dilemme de savoir si par exemple la mère décide quelque chose où on sait qu'il y a un risque fœtal, qu'est-ce qu'on fait ? La réponse elle dépend des situations mais c'est hyper difficile. (...) dans la charge psychologique, le fœtus a un statut, maintenant c'est un peu un statut entre les deux. C'est pas un patient à part comme la mère, mais ça reste un patient quand même. Mais pour moi c'est assez clair que dans notre pratique on est responsable des deux. (Laura, CDC)

Pour le chef de service, c'est néanmoins l'autonomie de la parturiente qui doit primer, même si la question est épineuse : « C'est à la mère de décider, même si on peut se poser la question des droits du fœtus... mais *a priori*, jusqu'à preuve du contraire, c'est elle qui décide et se détermine. L'autonomie est très importante » (Claude, chef de service). Pour Olivia (CDC) c'est parfois « l'état » particulier de la mère, lié à la « douleur » qui l'empêche d'être lucide alors que « rétrospectivement tu vas lui dire que tu avais un souci pour le bébé » et « elle va te dire oui c'est clair » qu'elle voulait que les médecins interviennent :

On doit tenir notre rôle, on est des professionnelles. On doit aussi imposer des choses aux dames, leur dire là je dois faire ça, c'est comme ça quoi ! c'est mon rôle de faire cela (...) de mettre des limites. Après parfois il faut même se fâcher avec les gens, leur dire, non maintenant c'est comme ça ! Il faut se fâcher parfois. Parce qu'avec la douleur et tout, des fois les dames par exemple elles [ne] veulent pas qu'on les examine quoi... mais on doit le faire. (Journal de terrain, La Maternité, sage-femme)

Les normes en circulation à La Maternité instituent la nécessité que les femmes délèguent la gestion des risques et la surveillance aux professionnelles en leur offrant un accès presque total à leur corps. Ces normes sont construites dans la relation entre les professionnelles et les femmes, et la plupart d'entre elles participent à les faire vivre.

3.2.2 S'en remettre aux professionnelles : un rempart au sentiment de culpabilité

Accepter de se plier au dispositif en place, c'est aussi éviter d'être stigmatisées (ou responsabilisées) pour avoir formulé des choix qui s'éloignent de la prise en charge médicale standard. La plupart des femmes que j'ai rencontrées considèrent ainsi que si les conseils des professionnelles ne sont pas suivis, ce sera aux parents d'assumer la responsabilité des conséquences³²³. Au sujet de l'accouchement à domicile par exemple, Emilie dit « c'est un

France), a été très virulente dans la presse, notamment dans l'article du journal *Le Monde* cité plus haut. Il nie l'existence de cette pratique qu'il décrit comme « un fantasme (...) de femmes qui sont dans la victimologie ». Ce discours, qu'il a aussi tenu lors d'un documentaire radiophonique (Déchalotte et Teste 2015) diffusé sur France Culture en septembre 2015 (<https://lc.cx/JUEz>) à propos des touchers vaginaux réalisés sans consentement sur des patientes endormies au bloc, illustre la difficulté de certains médecins à prendre en compte la parole des femmes. A l'occasion de cette polémique, plusieurs de ces journaux (voir notamment l'article paru dans *Le Monde* cité ci-dessus) ont rappelé que l'épisiotomie est une pratique strictement liée au consentement des femmes.

³²² Dans la littérature biomédicale et/ou bioéthique, de nombreux chercheurs évoquent ainsi des situations de « conflits fœto-maternels » (L. H. Harris 2000; voir aussi F.A. Chervenak, McCullough, et Brent 2011)

³²³ Seule Maude me dit que ce serait la faute de « personne », si ce n'est du « hasard » si un événement grave survenait (parturiente 1 mat).

choix, mais il faut accepter les conséquences » (parturiente, 2 mat, privé). Pour Cynthia (parturiente, 1 mat) « chacun doit rester assez libre. Après c'est aux parents d'assumer s'il arrive quoi que ce soit, après c'est chacun supporte ces propres conséquences ». Tandis que pour elle, la « responsabilité est plus partagée » si on accouche en hôpital.

Pour Sofia (étudiante sage-femme), le fait que les femmes aient « tendance à se reposer sur les soignantes » est lié à leur volonté de déléguer la responsabilité des décisions, afin de ne pas endosser une trop lourde culpabilité. Pour elle, ces femmes se disent : « si jamais il se passait un truc je me le pardonnerai jamais puis alors du coup je vais faire plus confiance au médecin parce que c'est lui qui sait ». C'est en effet ce que j'ai constaté. Dans la partie suivante, consacrée aux femmes qui choisissent d'accoucher à domicile ou en maison de naissance, j'analyserai comment elles vivent le fait d'endosser cette responsabilité, et montrerai en effet en quoi prendre des décisions à contre-courant entraîne une responsabilisation individuelle accrue, et parfois lourde à supporter pour ces femmes.

Des professionnelles s'appuient sur le risque de culpabilisation des choix des mères pour faire de la rétention d'information³²⁴. S'il y a selon Maude (interne, journal de terrain) « un risque augmenté [d'accouchements] instrumentés » lorsque une péridurale est en place, elle s'abstient d'en parler : « je pense que devant quelqu'un qui a mal, cela peut être perçu comme culpabilisant, il y a un peu de ça ». Elle ajoute « on pourrait l'aborder plutôt en consultation prénatale, mais c'est hyper culpabilisant de dire ça, et on les culpabilise à longueur d'allaitement et de grossesse ces patientes. La salle d'accouchement, c'est en tout cas un mauvais moment pour en parler ». Il n'est pas anodin que ces questions de culpabilisation soient posées en particulier en ce qui concerne la péridurale, alors que l'attitude et les paroles des professionnelles envers les femmes qui renâclent à des interventions peuvent être très culpabilisantes. En pratique, j'ai constaté que les parturientes ont très peu accès, à moins qu'elles en fassent la démarche elles-mêmes (ce qui est plutôt rare et limité à des femmes de niveau social favorisé) de constater l'existence de controverses, ou de pratiques différentes d'un hôpital à l'autre, qui peut suggérer qu'une variété de prises en charge est possible, et donc qu'une marge de manœuvre existe. Augmenter le champ des possibles pour les parturientes risquerait selon les professionnelles de désécuriser les femmes qui pourraient faire moins confiance en une institution faillible et détentricrice d'un savoir en perpétuelle construction. Dans un contexte où la médecine et les soignantes cherchent à apparaître comme détenteurs d'un savoir stable et objectif qu'il faut respecter pour s'assurer de la meilleure grossesse, du meilleur accouchement et du meilleur

³²⁴ Cette discussion existe aussi autour de l'allaitement, en témoignent les débats houleux qui ont fait suite à la parution d'un numéro spécial du *Lancet* qui démontrait les bienfaits de l'allaitement au sein y compris dans les pays développés (Breastfeeding Series: 2016), un message que l'OMS défend depuis plusieurs années (voir <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>). Les médias ont largement repris ces informations en titrant, par exemple dans le journal *Le Monde* « Généraliser l'allaitement sauverait plus de 800 000 enfants par an » (Le Hir 2016). Délivrer de telles informations, relayées par les acteurs de santé publique internationaux tend à stigmatiser les femmes qui choisissent de ne pas allaiter (ou ne peuvent pas) selon des femmes, des chercheuses et des journalistes (voir par exemple la tribune publiée par un groupe de femmes dans *Libération* intitulée « Allaitement : cessons de culpabiliser les femmes » (de Closets et al. 2016), ou encore un article du *Temps* « ne pas allaiter, est-ce un péché ? » (M.-C. Martin 2016)). C'est également la position tenue par Elisabeth Badinter (quoique plus nuancée) dans son ouvrage « le conflit et la mère » (Badinter 2010b).

allaitement, il est peu étonnant que les femmes soient troublées lorsque cette image s'ébrèche.

La plupart du temps, il ne s'agit ainsi pas de contraindre les femmes mais bien d'inciter certains comportements, afin d'endiguer des risques intolérables. Le lien avec le travail de Michel Foucault à propos du gouvernement des comportements et le concept de biopouvoir (ou biopolitique) est ici établi : « cette prise en charge [par la sécurité] croissante de ce qui est peu à peu construit comme un risque ou comme un malheur socialement inacceptable est précisément ce qui définit pour Michel Foucault l'avènement de la biopolitique (par comparaison avec l'encadrement disciplinaire), acharnée à faire multiplier la vie contre les menaces et les risques qui l'entourent » (Memmi 2003, 83).

A La Maternité, la conception qui prévaut est que les femmes doivent prendre part à ce qui se trame dans un périmètre normé afin d'être protégées, ainsi que leurs bébés. Cette situation permettrait également de préserver la responsabilité des professionnelles.

3.3. L'autonomie comme menace pour les professionnelles

3.3.1 Des corps indisciplinés

L'autonomie des femmes représente une menace pragmatique pour les sages-femmes, mais aussi une menace symbolique. Les femmes très mobiles, avec des demandes, exposent davantage les professionnelles aux tabous de la naissance.

Un premier tabou à éviter est celui de la proximité entre accouchement et sexualité. La régulation des corps des parturientes permet que la professionnelle puisse voir la femme nue, être présente lors d'un moment de couple considéré comme intime (et qui a commencé par un acte sexuel), et accéder au sexe de la femme en l'observant et le touchant, sans que ces actes ne soient associés à la sexualité. Une sage-femme et chercheuse qui exerce à La Maternité m'a confié lors d'un entretien informel que lorsqu'elle a voulu faire une recherche sur la position quatre pattes pendant l'accouchement, elle a dû modifier la feuille d'informations qui comportait notamment une image d'une femme à quatre pattes, les sages-femmes s'étant bruyamment offusquées de l'utilisation de ce terme. Elle me dit que les sages-femmes ont eu « une réaction violente », qui associait la position à « l'animalité », mais qui était aussi en lien pour elles avec l'association à une suggestion « sexuelle ». « Pour ne pas choquer », elle a dû alors substituer le terme de « quatre pattes » par une longue explication « les genoux posés au sol, la femme est penchée en avant, ses mains touchant le sol ». Sophie admet que certaines positions peuvent être « évocatrices » :

Lors de ces postures à quatre pattes qui font beaucoup de bien au dos [des femmes], moi pour être mieux pour [ne] pas « me niquer » le dos parce que je me fais toujours mal, je m'assied sur le tabouret et je masse comme ça le dos, et puis du coup ça fait un peu position limite sodomie, on attend comme ça là derrière, ça c'est vrai que c'est une posture il faut que l'homme soit bien intégré, ou que ce soit lui qui le fasse, mais si par exemple il va quelque part et qu'il revient, l'image est assez frappante je trouve. (...) je pourrais imaginer qu'à un moment donné on puisse se dire « Oula je vais plus me mettre comme ça parce que ça me provoque des choses ». (Sophie, sage-femme mat, suivi global)

Roxane me rapporte une situation où elle a été « très mal à l'aise », parce qu'elle ressentait « la sexualité dans l'accouchement », ce qu'elle considère « malsain ». Etudiante lors de

cette prise en charge, elle décrit l'attitude du père, qui sera finalement cadrée par la sage-femme responsable :

les touchers [vaginaux], tu sentais qu'il y avait un truc où il lui disait, où il lui demandait si elle aimait bien les touchers, enfin... Et toi, t'es là, tu te dis, mais c'est juste pas le sujet. (...) des choses qui étaient un peu déplacées, où tu te dis, ça, ça appartient à leur intime à eux, et nous, on n'a juste pas à rentrer là-dedans. Et la sage-femme, au bout d'un moment, leur a dit « Stop, on n'est là pour la naissance de votre enfant, votre vie privée, sexuelle, nous ça nous regarde pas » (Roxane, sage-femme mat)

Sophie (sage-femme mat, suivi global) me dit être à l'aise avec les questions de sexualité pendant l'accouchement tout en reconnaissant « qu'il peut y avoir de l'embarras » lorsque « des maris font des gags grivois 'd'habitude c'est moi qui mets la main ah ah' ». Elle rapporte une autre situation dans laquelle elle était « embarrassée parce que je trouvais que [le papa] ne tenait pas son rôle » : « il voulait toujours voir et toucher. C'est tout juste s'il ne mettait pas les doigts avec les miens ». Lorsqu'en salle de pause une sage-femme raconte que le « papa voulait faire l'accouchement », un médecin s'exclame : « mais c'est un tordu ! c'est un malade, c'est un pervers quoi! » (Journal de terrain, La Maternité). Le partenaire est donc lui aussi soumis à un gouvernement du corps pour éviter d'évoquer la sexualité sous-jacente à l'accouchement.

Le deuxième tabou à éviter est celui de la souillure. La prise en charge standardisée et médicalisée permet « d'administrer les restes » (Memmi 2015) le plus efficacement possible, afin de protéger les corps des professionnelles de la femme et du conjoint, de l'exposition aux déjections considérées comme sales et impures que sont le placenta, le sang, l'urine, les selles, le liquide amniotique ou le vomis. Les corps qui se soumettent le plus à l'organisation institutionnelle permettent de garantir le mieux cela. En revêtant la blouse de l'institution, les vêtements de la femme restent intacts. En accouchant sur le lit prévu à cet effet, la professionnelle pourra utiliser tous les outils à disposition pour faire disparaître ces matières souillées. Un haricot pour le vomis disposé sous la table de chevet près du lit, un bac fixé au lit pour récupérer le sang et le placenta presque imperceptiblement, une alèse pour dissimuler et enlever discrètement les selles au moment des poussées, des poubelles spécifiques qui permettent d'incinérer les objets souillés, des vêtements, gants, blouses et lunettes spéciales pour se prémunir des éclaboussures pour la professionnelles, etc. Autant de déjections auxquelles la professionnelle est moins confrontée dans la position classique de l'accouchement à La Maternité. Si la femme accouche debout par exemple, il faut se représenter le fait que la sage-femme doit s'accroupir et placer sa tête en dessous du sexe de la femme, et être ainsi plus exposée aux fluides corporels.

Les professionnelles n'ont pas toutes la même propension à ressentir du dégoût face aux déjections du corps, certaines étant beaucoup plus à l'aise que d'autres et procédant moins à des cadrages. A La Maternité, un médecin expérimenté est réputé pour être « gêné » face au corps féminin ce qui le pousse à réaliser des ventouses plus rapidement selon les sages-femmes pour éviter que la proximité avec le sexe de la femme et les déjections se prolonge :

Il est super mal à l'aise ! Si la dame elle fait caca faut limite qu'on enlève nous car il a peur de toucher ! Il supporte pas ! Et quand il faut faire un toucher, il est super mal à l'aise, il se balance et tout... et il peut pas attendre. La dame elle pousse deux, trois fois et hop ventouse ! A chaque fois, il ne peut pas attendre (Nadine, sage-femme mat)

Au sujet du même médecin, je retranscris ici une discussion tenue par trois sages-femmes en salle de pause :

« il n'aime pas les positions de Gasquet ! » dit une sage-femme. Carole qui accompagne au même moment une patiente privée dont ce médecin est responsable dit « je me suis dépêchée de la mettre dans les positions avant qu'il arrive (pour faire tourner le bébé) parce que je sais qu'il aime pas ». Une autre sage-femme dit : « c'est pas les positions de Gasquet qu'il aime pas, c'est les positions tout court ! Une fois il est entré dans la salle, la dame était à quatre pattes, il a dit 'mais c'est quoi ça !' en fait il n'aime pas les positions qui soient pas gynécologiques quoi ! » (Journal de terrain, La Maternité).

Il est aussi plus difficile pour les sages-femmes de travailler sur des corps indisciplinés. Je rapporte une situation d'une jeune parturiente qualifiée d'« obèse morbide ». La sage-femme et les internes disent plusieurs fois au cours de la soirée que les touchers vaginaux sont « très difficiles » à réaliser. La sage-femme dit à une autre « pour la première fois de ma carrière, je ne savais pas dans quel trou j'étais ! ». Alors que la dilatation commence à stagner, l'interne dit dans le bureau des sages-femmes « pitié, pas une césarienne ! ça va être trop dur à faire ! » (Journal de terrain, La Maternité). Une césarienne sera finalement décidée et du personnel supplémentaire appelé pour déplacer le lit (pourtant sur roulettes et assez facilement manipulable).

Des corps non standardisés, « non disciplinés », presque « non civilisés » pour reprendre la terminologie de Norbert Elias, font désordre et sont redoutés puisqu'ils induisent une difficulté de prise en charge pour les professionnelles³²⁵. L'institutionnalisation des corps comme mode de régulation du dégoût et de la saleté, de la sexualité, et des corps indisciplinés, constitue un mode de gouvernement des tabous de la naissance.

3.3.2 Des habiletés professionnelles en voie de disparition

Les demandes des parturientes, même quand elles sont réduites, sont souvent vécues par les sages-femmes comme des remises en question de leur bienveillance et de leurs compétences. Dans ces situations, cela donne « l'impression que tu travailles moins bien » selon Louise (sage-femme mat). Dans leurs plans de naissance, les femmes inscrivent souvent des demandes qui sont déjà pratiquées par l'institution. Celles-ci n'entraînent ni surplus de travail, ni tension avec les protocoles, mais sont mal reçues par la plupart des sages-femmes et médecins. Celles-ci se sentent méprisées et mal jugées :

parfois ils [les parents] demandent des trucs complètement aberrants, dans le sens que c'est déjà ce qu'on fait ! Genre, j'aimerais qu'on me donne mon bébé tout de suite après l'accouchement... j'ai une cheffe qui disait «oui contrairement à tous les autres accouchements où on se barre avec ton bébé et où on te le rend au bout de 10 jours ! en l'ayant échangé avec un autre ! » [rire]. Donc c'est hyper bizarre. (Maude, interne)

Les professionnelles vivent ces demandes des femmes comme un second impératif de se justifier, en plus de celui apposé par l'institution :

³²⁵ Comme j'avais pu l'observer dans une autre recherche (Bourrier et al. 2009), le corps des personnes obèses est sujet au dégoût en milieu hospitalier; il fait autant l'objet de railleries qu'il alimente toutes sortes de fantasmes et de peurs : « Je ne supporte pas l'obésité (...) J'ai été strangulée par une obèse donc en plus j'en ai peur. Je suis toujours très à distance il y en a une qui m'a Griik strangulé ». (Joana, sage-femme maternité). L'obésité étant un stigmatte particulièrement répandu (Lupton 2012e), les professionnelles de La Maternité n'y échappent pas complètement.

Si tu as quelqu'un qui te fait confiance, [qui] se met entre tes mains, et puis te dit « moi tout ce que je veux c'est d'aller bien et que mon bébé aille bien », ça c'est facile. Parce que toi tu fais ce qui te semble être juste. Tu peux te planter, mais tu dois pas argumenter à chaque étape, risquer de te tromper à chaque étape et quand même devoir argumenter. (Maude, interne)

Les demandes sont d'autant plus mal vécues qu'elles peuvent rendre visibles le statut de débutante de la sage-femme, ou la limite de ses habiletés³²⁶. Selon Kira (sage-femme mat), certaines sages-femmes ont ainsi de la difficulté à accompagner des femmes qui souhaitent accoucher en dehors du lit médicalisé : « elles ont peur de se faire guider quelque part où elles arrivent pas à suivre. (...) Elles auraient peur qu'elles accouchent dans le lit parental, ou à côté du lit, où elles se sentiraient pas très à l'aise ». Un accouchement sur le dos est plus facile pour la professionnelle. Celle-ci dispose d'une meilleure vue sur la vulve, la présentation du fœtus est « classique », et la position lui permet de « protéger [son] dos » (Kira, sage-femme mat).

Plusieurs jeunes sages-femmes m'ont avoué éprouver de grandes difficultés à accompagner des accouchements à quatre pattes qui demandent d'inverser leur schéma mental de présentation de l'enfant. Autant d'habiletés qui sont peu entraînées, voire qui se perdent dans un contexte où l'immense majorité des accouchements qu'elles accompagnent se passent sur le dos (parfois sur le côté). Mylène, qui est diplômée depuis moins de deux ans est dans ce cas. Celle-ci suit une femme transférée de maison de naissance pour accouchement prématuré à qui les médecins ont refusé l'accès à la salle nature (puisque c'est un accouchement à risques), une décision contestée par ses collègues, mais qui « l'arrange » même si elle considère que « ce n'est pas très sympa » de sa part : « la salle nature invite plus à bouger dans la chambre (...). J'aimerais pas du tout qu'elle accouche sur le siège Maya ». C'est une situation qui la « stresse » car elle ne « pourra pas bien voir le périnée, le tenir et bien récupérer le bébé ».

Dans ces accouchements, c'est aussi l'habileté à ne rien faire, à ne pas intervenir, qui est difficile pour les sages-femmes. Joana, une sage-femme très expérimentée, me dit ainsi qu'elle n'est pas à l'aise dans les accouchements à quatre pattes où la sage-femme ne doit rien faire à part « freiner la sortie pour pas que le bébé valdingue » : « Tu regardes, tu ne fais rien. Et c'est dur de ne pas faire quand on a l'habitude de faire. Ça aussi il faut apprendre à ne pas faire quand il n'y a pas besoin ». Un risque de perte d'habiletés est aussi en jeu autour de la prise en charge des femmes algiques qui ne souhaitent pas de péridurale. Ces femmes sont craintes des sages-femmes (surtout les jeunes) qui n'ont par exemple pas l'habitude de faire des touchers vaginaux à des femmes qui ne sont pas sous analgésie en fin de travail, qui implique d'être beaucoup plus « douce » et « prudente » m'ont dit les sages-femmes plus anciennes.

³²⁶ L'habileté (« skill ») peut être définie par « les capacités motrices et sensorielles mises en œuvre par les artisans et les professionnel-le-s dans leur activité » (Perrenoud 2016). Les habiletés en tant que processus de construction de savoirs incorporés est un courant de l'anthropologie très développé (Marchand 2010a, 2010b, Ingold 2011, 2006; Downey 2010; En ce qui concerne le développement des habiletés pour les sages-femmes, voir Perrenoud 2016, 2014). Une recherche consacrée à l'analyse du processus de déclin de ces habiletés, de préférence en utilisant des méthodes auto-ethnographiques (Marchand 2010a), constituerait une étude très intéressante, autant pour l'anthropologie, que pour les professionnelles elles-mêmes. D'après mes analyses, ce processus est en effet en marche dans la prise en charge des accouchements, il pourrait s'accélérer si le pourcentage de césariennes continue à augmenter.

La perte des habiletés concerne aussi les médecins, et est directement en lien avec la médicalisation et la technicisation de l'accouchement. Ceux-ci apprennent moins à réaliser de « beaux forceps » (interne, journal de terrain, La Maternité) ou des accouchements podaliques (par le siège) qui demandent une technique manuelle spécifique, puisque à ces pratiques sont généralement préférées les césariennes. Plusieurs sages-femmes anciennes m'ont aussi rapporté que certains médecins pourtant très expérimentés n'étaient « vraiment pas bons » dans l'utilisation des techniques manuelles, par exemple en cas de dystocie des épaules. Si une nouvelle habileté est développée – la capacité à réaliser des césariennes rapidement et en laissant une cicatrice la mieux réussie possible – la diversité des habiletés à disposition se réduit et rend ainsi de plus en plus difficile de se passer de cette intervention, alors même que l'Organisation Mondiale de la Santé, par exemple, appelle à une réduction importantes des taux³²⁷.

3.3.3 « Si ça te convient pas, tu accouches ailleurs³²⁸ » : un contrat tacite

Les professionnelles invoquent leur responsabilité, voire la judiciarisation, pour cadrer les demandes des mères ou simplement justifier la standardisation de certaines pratiques de régulations des comportements et des corps. L'autonomie et la responsabilité individuelle peuvent entrer en contradiction avec l'autonomie et la responsabilité professionnelle, et c'est cette dernière qui a le plus de poids à La Maternité.

Certains refus de protocoles, on dit « bah nous on peut pas en fait ». Celles qui disent « je veux pas un monitoring continu » alors qu'elle a de l'ocytocine on peut pas le faire sinon c'est une erreur médicale donc forcément qu'on va s'opposer. (Nadine, sage-femme mat)

Elle a accouché sans péridurale parce qu'elle avait trop peur des aiguilles. Pas de pot, elle a déchiré et il fallait bien qu'on la suture. Elle ne voulait pas être anesthésiée. Elle ne voulait pas qu'on la pique. Elle ne voulait pas qu'on la touche. Le médecin lui a dit : « Maintenant c'est notre responsabilité. On est obligé de refermer. On ne peut pas vous laisser partir sans suture ». (Mylène, sage-femme mat)

Il y a la question de la responsabilité, on se mouille aussi. Si la dame veut pas quelque chose et que du coup on le fait pas, et que ça tourne mal, ben c'est aussi de notre responsabilité ! (Journal de terrain, sage-femme, La Maternité)

Les demandes des femmes qui mettent en porte à faux les sages-femmes face à l'institution sont difficiles. Comme je l'ai déjà mentionné, les sages-femmes ont tendance à faire alliance avec leurs collègues plus qu'avec les femmes et à défendre le discours institutionnel. Alors que les sages-femmes identifient la péridurale comme un risque, notamment de créer des chutes de tension maternelle qui peuvent favoriser des décélérations fœtales, ceci est très peu dit aux parents d'une part, et si les parents eux-mêmes font le lien d'autre part, les sages-femmes ont tendance à adopter le discours institutionnel et donc à les détromper :

³²⁷ Dans son travail sur la prise en charge de l'accouchement podalique, Carricaburu écrit : « certains d'entre eux [professionnels] ne risquent-ils pas de développer d'éventuelles stratégies d'anticipation ou d'évitement afin de favoriser la voie haute pour ne pas se retrouver confrontés à des actes qu'ils ne maîtrisent plus ou pas assez bien pour pouvoir les effectuer sans appréhension [lors d'un accouchement podalique] ? » (Carricaburu 2010, 45, voir aussi 2005). Carricaburu met en évidence un cercle vicieux : quand les accouchements podaliques sont de moins en moins pratiqués, les professionnels perdent cette compétence, et sont tentés d'en réaliser encore moins.

³²⁸ Laura (CDC)

Le père fait remarquer à la sage-femme : « mais c'est depuis la pose de la péridurale que le cœur ralentit », celle-ci lui répond : « oui c'est vrai, c'est depuis qu'on a posé la péridurale. Mais ça n'a pas de lien. La péridurale soulage la maman mais ne fait rien au bébé. Le cœur ralentit parce que les contractions ont beaucoup augmenté ». (Journal de terrain, La Maternité)

Amarande et Vanessa, des sages-femmes critiques de l'institution, me rapportent en entretien la situation d'une amie de Vanessa qui avait accouché à La Maternité et qui a dû attendre longtemps au prénatal avec une poche des eaux rompue car la salle d'accouchement était pleine et que des urgences devaient être prises en charges. Agacée, celle-ci a dit aux sages-femmes ; « ah c'est parce qu'il y a une patiente de Claude [chef de service] c'est ça ? » (Sous-entendu, qui passe avant moi car c'est la patiente du chef de service). Vanessa souligne que « tout le monde le sait que ça se passe, et toutes les sages-femmes critiquent [cette situation] ». Elle continue : « Mais là venant d'une patiente, c'est pas du tout accepté. C'est pas accepté qu'on dise les choses comme ça ! ». Amarande précise : « cette patiente-là tu peux la sentir comme une menace parce qu'elle attaque ton institution, et du coup tu vas te mettre du côté de l'institution ! C'est assez surprenant ».

Finalement, quand les femmes ont de trop nombreuses demandes, ou refusent des interventions, Marie n'a plus l'impression de faire vraiment son métier : « ce n'est plus du partage ou d'être là pour la femme, c'est de la négociation, et du coup c'est là où ça devient lourd, c'est que c'est de la négociation pour tout, pour les examens, les touchers [vaginaux] » (Marie, sage-femme mat). Son positionnement suggère que si les sages-femmes ont à cœur l'accompagnement des femmes et de leurs demandes, celles-ci doivent s'inscrire dans un périmètre restreint qui ne risque ni de déstabiliser le dispositif en place, ni de mettre à l'épreuve la responsabilité de la professionnelle, Marie continue ainsi : « C'est lourd de devoir argumenter sur tout et de négocier sur tout. Ça reste de l'accouchement de la femme, mais ça reste malgré tout sous notre responsabilité tant que c'est à l'hôpital » (Marie, sage-femme mat)³²⁹.

Un contrat tacite prévaut ainsi : les femmes qui viennent accoucher dans l'hôpital sont tenues de respecter les règles qui y prévalent. Dans une situation où le couple a refusé plusieurs interventions, le chef de service aurait commenté en riant lors du colloque médical d'équipe que le couple « aurait dû être transféré en maison de naissance ! » (Maude, interne, journal de terrain La Maternité). Pour Roxane (sage-femme mat) « on est obligé de dire 'nous on a des normes de sécurité, ça en fait partie si vous venez accoucher ici' ». Si les règles ne leur conviennent pas, les femmes ont la liberté de se rendre dans un autre lieu pour accoucher selon Laura (CDC) : « il y a des règles d'institution et si tu ne suis pas ces règles, tu es libre d'aller ailleurs ce n'est pas un problème ». Dans une situation où le couple refusait certaines interventions, la sage-femme critique le fait qu'ils aient choisi l'hôpital plutôt que la maison de naissance « pour être en sécurité », mais elle considère qu'« on ne peut pas garantir la sécurité si la patiente ne veut aucune intervention, nous laisse pas intervenir

³²⁹ Mes analyses font ainsi écho à celles de Scamell et Stewart (2014) qui ont montré que les demandes des femmes pour sortir des protocoles peuvent représenter un danger pour les sages-femmes anglaises qui risquent d'être disqualifiées, voire de perdre leur possibilité d'exercice.

et ne veut pas suivre le protocole ! On ne peut pas garantir la sécurité avec zéro intervention! » (Journal de terrain, La Maternité)³³⁰.

La plupart des femmes adoptent une attitude compréhensive à l'égard des professionnelles soumises à des obligations qui les contraignent. Lorsque Chloé a été transférée d'une maison de naissance vers La Maternité, elle a dû subir, comme toutes les femmes qui y entrent, un monitoring de 20 minutes qui a impliqué qu'elle reste allongée. Pour elle ce moment a été « horrible, j'avais des contractions toutes les quatre minutes à ce moment-là », pour autant, l'examen constitue selon elle une « obligation légale », et doit donc être respectée. Le contrat tacite est ainsi accepté par l'immense majorité des femmes.

Ces analyses ne doivent pas laisser entendre qu'aucunes négociations ne sont possibles mais révèlent plutôt l'existence de freins, importants, à ce que celles-ci se produisent. Je souligne que pour plusieurs professionnelles, « avec l'expérience, c'est plus facile » (Erin, CDC) d'accéder aux demandes des femmes : « j'ai moins peur, et j'assume aussi plus, voilà, les risques que les femmes décident de prendre, elles peuvent les prendre ». Du côté des médecins, les possibilités de négociation sont aussi plus grandes puisque je rappelle que ce sont eux qui peuvent endosser la responsabilité d'adapter les protocoles.

3.3.4 Les contraintes matérielles

Finalement, si l'autonomie apparaît comme une menace pour les professionnelles, c'est qu'elles ressentent fréquemment le fait que l'organisation du travail permet difficilement, et de plus en plus, d'y répondre. Informer et partager les décisions prend du temps, un temps qui est peu reconnu face à des logiques comptables qui valorisent davantage les gestes que les temps de parole :

il y a une activité en salle d'accouchement parfois tellement importante qu'il faut que ça avance, où je peux m'imaginer que les couples se sentent à la chaîne dans cet hôpital et pas forcément entendu là où ils en sont parce qu'on a des impératifs d'organisation, ou tout à coup de surcharge qui font qu'on va devoir gérer avec ça. Peut-être qu'ils en font « les frais », mais j'ai l'impression qu'il y a toujours le souci d'expliquer et de communiquer par rapport à ça. (...) Même au niveau de nos réunions cadres, ce souci existe, mais on est aussi dans un système politique et économique actuel où il y a des contraintes budgétaires et ça impacte aussi. (Jade, adjoint)

Pour les professionnelles il y a ainsi parfois un écart important entre la nécessité éthique (et juridique) d'une décision partagée et la réalité du terrain qui empêche d'offrir ce temps aux parents³³¹, leurs questions ou demandes de négociation étant alors vécues comme des contraintes supplémentaires :

on est toujours un peu en surcharge de travail, donc c'est là que c'est encore le petit plus ce point de discussion [avec les parents] et ça devient un peu trop. Même si, si on se retire de la situation un peu on voit que c'est tout à fait raisonnable et justifié que la personne ait aussi ses idées, et son droit de discuter (Olivia, CDC)

³³⁰ On peut imaginer que cette femme ait souhaité bénéficier d'un accouchement en maternité afin d'aller plus loin dans une certaine prise de risques, en sachant qu'en cas de complication grave et soudaine, les professionnelles sont mieux équipées pour rattraper la situation (par rapport à un accouchement extrahospitalier).

³³¹ Le manque de temps comme contrainte au partage des informations, notamment celles, complexes, qui concernent le risque, a été mise en évidence dans d'autres contextes, par exemple celui du dépistage prénatal (Vassy 2006)

c'est très bien de faire participer les gens à leur propre santé (...) mais pour faire émerger les préférences du patient, il faut du temps, et donc des moyens, et on n'en a pas toujours. (Laura, CDC)

Pour Joana (sage-femme mat), cela représente une « grosse frustration » : entre « [ne pas vouloir] imposer aux gens et en même temps tu n'as pas le temps de faire des débats ».

Si accompagner une femme sans péridurale constitue « l'essence du travail » de sage-femme, ce qu'il y a de « plus intéressant » (Sophie, sage-femme mat, suivi global), une femme sous péridurale permet à la sage-femme de disposer de plus de marge de manœuvre en n'étant pas tout le temps au chevet de la femme, et évite un corps à corps quotidien qui s'il valorise, « fatigue » aussi beaucoup, m'ont dit plusieurs sages-femmes : « il y a moins d'investissement personnel » (Vanessa, sage-femme mat), « tu la mets pas sur le ballon, tu vas pas la masser, tu peux la laisser deux heures sans intervenir sous péri[duurale] Tu as une femme sans péri, tu es dans la chambre tout le temps » (Amarande, sage-femme mat). Comme Katja est sage-femme agréée, elle accompagne beaucoup plus souvent des femmes sans péridurale et mobile par rapport à ses collègues me confie « finir régulièrement chez l'osthéo[pate] avec le dos en miettes » (Journal de terrain, La Maternité).

Les parturientes très demandeuses, que ce soit en soutien physique ou en termes de besoin d'informations représentent alors un poids quand les professionnelles manquent de temps : « Dix minutes après que l'on ait quitté la salle, la dame sonne. Nawel est en train de remplir le partogramme dans le bureau, elle râle : 'oh pfff elle ne peut pas rester seule celle-là !' » (journal de terrain, La Maternité). Nadine (sage-femme mat) me confie qu'elle « déplore la sur-activité parce que ça fait qu'on s'use plus vite et donc on est moins disponible émotionnellement, mentalement pour parler une heure et demie avec le couple ». Les demandes des femmes représentent une incertitude de plus et une désorganisation de la standardisation des soins qui permet d'être efficace. Si elle le regrette, Amarande sait être aussi concernée :

Si tu veux faire ton travail sans qu'on te remette en question parfois sur des prises en charge mais que tu veux faire ça comme une machine de manière efficace et productive, oui c'est plus compliqué. Tu as quelqu'un qui te pose des questions, déjà il faut l'écouter, lui répondre. Tu as quelqu'un qui a réfléchi sur les positions par exemple et qui te demande le ballon, le truc, il faut la changer de position (Amarande, sage-femme mat)

Andrea (adjoint) considère que le trop plein d'activité et le manque de continuité des soins participent à diminuer la communication et à crispier les relations entre les soignantes et les soignées : « Les gens veulent juste qu'on les considère comme quelqu'un (...) et je trouve que ça se perd un peu, autant des médecins que des sages-femmes, des fois il suffirait de plus parler, d'aller vers eux. Peut-être qu'on a trop de travail, trop de personnel qui tourne, toutes ces choses-là qui font qu'on n'y arrive pas ». Selon elle, les lettres de plainte concernent d'abord cette impression de ne pas avoir été assez pris en compte, plutôt qu'une attaque pour « erreur médicale ». Roxane (sage-femme mat) partage cette impression que les plaintes sont de plus en plus formulées pour « des raisons relationnelles », ce qui est directement lié « au manque d'effectif », les gens « sentant que les sages-femmes sont stressées » et se « plaignant du manque d'écoute ». Pour Nadine, l'augmentation des procédures est liée aux conditions structurelles de prise en charge et représentent parfois le seul moyen pour les femmes de « réagir », d'être entendues et de se « défendre » :

Si les gens se sentent pris en compte dans ce qui s'est passé, qu'ils se sentent considérés, qu'ils ont compris ce qui s'est passé, qu'ils ont l'impression qu'on a pris le temps de leur expliquer, de débrieffer, qu'on s'est montré disponible, je pense qu'ils seraient beaucoup moins virulents après coup, qu'il y aurait beaucoup moins de procès et de lettres de plaintes (Nadine, sage-femme mat)

Pour Erin (CDC), c'est la communication insuffisante autour des risques et le faible partage des décisions qui induit des risques médico-légaux. Ils seraient « mieux gérés » si les décisions étaient davantage partagées³³².

Il y a ici un paradoxe. Les professionnelles détaillent de plus en plus par écrit leurs faits et gestes pour se protéger du risque médico-légal. Le temps alloué à ce travail de documentation représente du temps en moins auprès des femmes, par exemple pour développer une relation de confiance ou pour communiquer autour des risques et partager les décisions. Pourtant, ces éléments sont perçus par les professionnelles comme des facteurs protecteurs du risque médico-légal. Si c'est l'option de formalisme qui est privilégiée, c'est que c'est celle qui correspond le mieux à la culture médicale en place d'une part, et que les soignantes reçoivent probablement des pressions de leur hiérarchie hospitalière pour le faire d'autre part.

Cette difficulté à discuter des prises en charge, notamment par manque de temps, induit un risque de rupture thérapeutique entre la parturiente et l'équipe, qui peut conduire à des situations périlleuses. Hélène (parturiente, 1 AAD) par exemple, devant la difficulté à communiquer avec les médecins au sujet du déclenchement de l'accouchement qu'ils lui enjoignaient d'accepter, a coupé toutes les relations avec La Maternité, non seulement en refusant la provocation, mais aussi tous les rendez-vous de surveillance foetale suivants.

L'autonomie des femmes, aussi bien leur liberté de mouvement, que celle de prendre part aux décisions, voire de décider, est perçue régulièrement par les professionnelles comme une menace de leur activité, dans un contexte où l'équilibre est déjà précaire face à l'incertitude du contenu et du flux de travail, et le sentiment de manquer de personnel.

³³² Finalement, dans quelques situations que j'ai observées, alors même que la sage-femme n'accompagnait qu'une seule parturiente et qu'elle disposait visiblement de temps pour accompagner et communiquer avec celle-ci, elle restait en retrait, fréquentant davantage la salle de pause que la salle d'accouchement. La sage-femme ne sait jamais si elle pourra continuer à offrir autant de disponibilités, une autre parturiente pouvant être admise à tout instant. Ne pas trop s'investir, même quand on a du temps, est un moyen d'éviter de décevoir les parturientes, mais aussi soi-même si soudain le temps vient à manquer. Les empêchements à passer du temps auprès des parturientes et accompagner leurs demandes, constitue régulièrement une souffrance pour les professionnelles.

VIGNETTE 3. FOCUS SUR UNE TRAJECTOIRE DE PARTURIENTE VERS LA PÉRIDURALE

La parturiente a été admise il y a une heure à La Maternité pour une provocation pour dépassement de terme. Elle a une petite trentaine d'années, est mariée, a déjà deux enfants. Elle est présentée dans le dossier comme « femme au foyer », et son mari est employé dans une administration publique. Ils sont originaires d'Afrique sub-saharienne. Il est à présent 19h et la sage-femme de nuit reprend la situation. Elle demande à la parturiente quelle est « sa position par rapport à la péridurale ». Elle dit qu'elle veut voir, que si ça va elle veut faire sans péridurale, « si c'est pas trop long, c'est surtout ça ». Elle explique qu'elle en a eu une pour son premier mais pas pour son deuxième. La sage-femme lui dit « donc on regarde, si c'est long on rediscute, et puis si c'est court on aura peut-être même pas le temps, on fait sans. Ça va pour vous? ». La parturiente acquiesce. (...)

A 19h30, la sage-femme décide de « percer la poche des eaux pour accélérer, Je pense que ça va aller très vite ». (...) 10 minutes après, on entre à nouveau dans la chambre et elle dit à la parturiente qu'elle va percer la poche des eaux dans 20 minutes. Celle-ci répond, sur un ton surpris « déjà ? », La sage-femme : « oui ça va accélérer les choses ». On sort à nouveau de la chambre et nous allons dans le bureau des sages-femmes. Le médecin anesthésiste demande : « elle veut une péridurale ta patiente », « non elle veut essayer sans, elle n'en a pas eu pour le deuxième. Mais bon après tout est possible, peut-être qu'on t'appellera ». L'anesthésiste dit « ok ». (...)

20h : Nous sommes à nouveau dans la chambre. La sage-femme dit : « ok on va percer la poche des eaux. J'y vais tout doucement, si je vous fais mal vous me le dites ». La femme geint par moment. (...) Elle lui dit que « ça va s'accélérer, que les contractions vont être plus longues, plus rapprochées et plus douloureuses ». Elle lui demande après quelques minutes si elle les sent plus. La parturiente lui dit que oui. La sage-femme la rassure : « votre bébé va très bien, vous gérez très bien, bravo ». Elle baisse l'intensité de la lumière, elle leur dit qu'elle revient bientôt. On sort. Dans le couloir elle me dit que « la dame gère trop bien, c'est super comme elle fait ». (...)

Pendant toute la soirée, elle fait des allers-retours entre le bureau des sages-femmes et la chambre. Elle reste peu dans la chambre, le moins possible. Juste le temps de remplir le dossier, d'échanger quelques mots avec la parturiente, de vérifier les machines, d'ajuster l'ocytocine. Depuis le bureau ou la tisanerie, elle surveille les tracés des contractions et du rythme cardiaque fœtal qui sont projetés sur un écran (il ne se passe jamais plus de cinq minutes sans qu'elle ne le fasse). Elle écoute et parle avec ses collègues, de cas antérieurs, de ses vacances. Elles critiquent également le travail d'autres collègues.

On retourne dans la chambre 30 minutes plus tard. La parturiente a plus mal. Elle gémit (fort par moment). La sage-femme va vers elle: « soufflez, détendez-vous au maximum entre les contractions, ça va ma belle, relâchez tout, pour reprendre des forces. Vous êtes une championne, vous faites ça très bien, votre petite va bientôt nous montrer sa petite frimousse ». Elle lui touche quelques fois le bras mais brièvement. Elle lui dit qu'elle va l'examiner dans 15 minutes pour voir où elle en est. On reste moins de dix minutes dans la chambre.

21h : On retourne dans la chambre. Elle l'examine, elle lui dit qu'elle est à trois centimètres de dilatation. Elle reste quelques minutes auprès d'elle : « ça va aller ma belle, vous êtes une championne, détendez-vous bien entre les contractions. C'est plus fort maintenant qu'on a rompu la poche des eaux ». Elle continue à dire qu'il y a beaucoup de liquide : « levez les fesses s'il vous plait, on va vous remettre au sec ». On sort à nouveau (...). La sage-femme me dit qu' « elle gère super bien la dame, que maintenant ça se voit, elle est dans son truc ».

21h30 : nous sommes dans la tisanerie avec les autres sages-femmes et l'interne. La dame bip, la sage-femme se précipite auprès d'elle. La parturiente dit qu'elle a « très mal ». Le père est visiblement inquiet, il a le visage tendu. La parturiente gémit. La sage-femme regarde le monitoring, note des choses dans le dossier. Elle s'approche de la parturiente: « respirez, vous êtes une championne, relâchez-vous bien entre les contractions... Est-ce que vous voulez qu'on change de position ? A quatre pattes, debout, sur le côté ? ». La parturiente ne veut pas: « je suis bien comme ça, j'ai trop mal pour bouger ». On sort à nouveau, pour revenir 15 minutes après. La dame gémit et respire très fort, le mari semble inquiet, plus agité. Il a les traits tirés. La sage-femme s'adresse à moi et aux parents: « finalement ça dure beaucoup plus longtemps que prévu, Ah là là, les troisièmes [bébés] c'est compliqué », puis « elle me fait des blagues cette petite, elle est coquine ».

L'interne entre dans la chambre, elle se présente à la parturiente puis regarde le monitoring. (...) En aparté (dans la salle mais un peu en retrait, parlent à voix basse), l'interne et la sage-femme discutent, l'interne dit : « mais là il ne faudrait pas une péridurale? », la sage-femme lui dit « elle veut pas ». Quelques secondes après la femme dit « j'ai trop mal, j'ai trop mal j'y arrive pas ». La sage-femme s'approche d'elle : « Madame, vous y arrivez très bien... qu'est-ce que vous voulez faire ? », « j'ai trop mal, aïe... », « qu'est-ce qu'on fait? Vous voulez la péridurale? Sinon on peut aussi se donner encore une demi-heure et puis je vous réexamine, on voit où on en est... ». Elle répond « non, non j'ai trop mal ». Le père dit : « maintenant, il faut la péridurale ». L'interne répond « Monsieur, ça doit venir d'elle. Je comprends que ce soit dur pour vous de la voir dans cet état, mais c'est elle qui doit la demander ». L'interne et la sage-femme sont comme suspendues aux lèvres de la patiente. Elle gémit et respire fort, dit qu'elle a trop mal mais ne demande toujours pas la péridurale. La sage-femme lui redemande ce qu'elle veut faire. Personne ne bouge, tout le monde regarde la femme qui se tord de douleur. Finalement elle dit : « oui je veux la péridurale ». Et la machine se met en route : la sage-femme dit « ok je vais appeler l'anesthésiste » (...).

L'anesthésiste arrive moins de cinq minutes plus tard. Il demande à la parturiente : « vous voulez une péridurale Madame? », elle dit que oui. Il lui explique le fonctionnement, pose des questions sur l'anamnèse et il pose finalement la péridurale (avec difficultés, cela prend deux fois plus de temps qu'habituellement, la parturiente a très mal et bouge et elle a probablement une scoliose). (...) Finalement, en quelques minutes, la parturiente est soulagée, n'a plus mal, ne sent « presque plus ». A partir de là, elle ne parle plus, sauf pour répondre aux questions, elle va dormir aussi la plupart du temps. [Elle accouchera ensuite par voie basse un peu plus de trois heures plus tard (à 1h30 du matin)]. (Journal de terrain, La Maternité)

Commentaire : Par ce long extrait de journal de terrain, je présente une situation de prise en charge d'une parturiente qui souhaite essayer d'accoucher sans péridurale. On peut observer la présence discontinuée de la sage-femme dans la chambre (qui ne suit pourtant pas d'autres situations), voire les incitations indirectes à ce que la parturiente opte pour une péridurale. L'hôpital comme organisation est institué autour du recours à la péridurale qui s'inscrit fortement dans le parcours de soin classique et dans des chaînes d'interventions et de dispositifs techniques (ocytocyne par perfusion, rupture induite de la poche des eaux, monitoring en continu, touchés vaginaux, etc.).

Conclusion du chapitre 10

En salle d'accouchement, les femmes tendent à accepter l'autorité médicale. Premièrement, la naissance se produit dans un espace clos, sans l'entourage social et pour un temps limité ; deuxièmement, la peur du risque intolérable et de la culpabilité est très ancrée ; troisièmement, l'expertise des professionnelles est reconnue et la confiance éprouvée envers ceux-ci est élevée ; quatrièmement, pour certaines femmes, l'objectif de l'accouchement est la naissance d'un bébé en bonne santé. Elles ne poursuivent pas nécessairement le projet d'un accouchement comme « moment magique ».

Certain.e.s chercheuses et chercheurs montrent que l'impératif à décider constitue une nouvelle contrainte pour les patient.e.s (Akrich et al. 2014; Samerski 2009). Pour Hélén (2002), le développement du dépistage prénatal a renforcé cette dimension pendant la période de la grossesse : « the implementation of advanced techniques of antenatal diagnosis in maternal care insinuate a tenet of responsabilization, i.e. a requirement for each pregnant women to become an individual capable of transforming uncertainties of her life into calculable options and of making the choice » (p.129). J'ai constaté que cet impératif à l'autodétermination n'existe pas dans la salle d'accouchement. Les femmes ont tendance à s'en remettre aux professionnelles et y sont incitées – et plus rarement contraintes – à travers différents processus de régulation.

Les femmes sont soumises à un impératif moral : celui d'utiliser la technologie médicale (McAra-Couper, Jones, et Smythe 2012) et de répondre aux propositions et demandes des professionnelles, afin de démontrer qu'elles sont des mères responsables qui font tout pour protéger la santé de leur enfant à naître (Martin 2001). Malacrida et Boulton (2014) évoquent ainsi un « punitive discourse of risk and choice concerning childbirth » (p.55) qui réduit le pouvoir des femmes dans leurs relations à la médecine et aux soignantes. Lorsque les médecins attribuent la montée des césariennes aux femmes, il faudrait ainsi regarder plus précisément dans quels contextes ces demandes sont effectuées. Bourgeault et al. (2008) ont montré que l'augmentation des césariennes est très peu liée aux demandes effectives des femmes. Cheng et al. (2015) analysent quant à eux comment des catégorisations du fœtus comme à risque (ici de macrosomie), peuvent induire des « demandes » de césarienne chez les femmes qui ont peur de conséquences sur leur bébé en cas d'accouchement par voie basse, des demandes qui n'existaient pas avant cette catégorisation médicale. Heimann (2010) a également mis en évidence le fait que face à un médecin qui leur propose une intervention pour protéger la vie de leur bébé, peu de femmes la rejettent. Par ailleurs, Memmi (2004, 2003) a analysé comment les médecins ont une grande capacité à influencer l'opinion des patientes en fonction des mots qu'ils choisissent d'employer, ou des attitudes encourageantes ou au contraire décourageantes qu'ils adoptent (ici à propos des décisions d'interruption médicale de grossesse). Mes résultats s'inscrivent eux aussi dans ces réflexions en montrant que la question du « choix » ne peut être étudiée sans prendre en compte le contexte spécifique dans lequel il s'inscrit, notamment en terme de normes en circulation et des pratiques incitatives.

Les femmes sont peu cadrées par la violence et la contrainte, des processus d'incitations par la parole, l'espace et la gentillesse étant à la fois plus subtiles et plus efficaces puisqu'ils permettent que les femmes reconnaissent, acceptent et participent à ces régulations. L'usage de la « persuasion », par exemple lorsque les médecins estiment qu'une césarienne est nécessaire mais que la parturiente la refuse, est d'ailleurs identifié comme la seule

pratique justifiable dans les publications bioéthiques (Deshpande et Oxford 2012; Cuttini et al. 2006). L'usage de la contrainte et de la violence physique et symbolique est ainsi plus tenu en salle d'accouchement mais souvent interprété comme « un mal nécessaire » par les parturientes.

J'ai cependant constaté que les parturientes mentionnent en entretien qu'elles ont apprécié être informées et avoir l'impression d'être considérées lors de la prise de décision (voir aussi: Waldenström et al. 2004). Si certaines d'entre elles formulent des demandes, rarement des revendications, elles sont en majorité socialement favorisées. Les conclusions de Beck et Giddens à propos de la fin de la toute-puissance de la science et l'avènement d'un individu informé et capable de négocier avec les experts doivent donc être nuancées, à l'image de la position de Coxon (2014) :

In Beck's (1992) and Giddens' (1991a) accounts of risk reflexivity, the individual in post-modernity is portrayed as confident, educated, affluent, informed and able to adopt a position of choice in relation to expert accounts of risk, but this imagined actor quite probably reflects these authors' own privileged status; discursive opportunities for those without privilege and voice continues to be lacking (Coxon 2014, 490).

J'ajoute par ailleurs, pour reprendre les termes de Memmi (2003), que le « dispositif de gouvernement des conduites n'est pas en état d'apesanteur sociale » (p.123): le traitement physique et verbal des femmes tend à être différent selon le travail d'étiquetage des parturientes par les professionnelles. Béhague et al. (2008) ont également montré qu'une identité sociale peu valorisée représente un risque augmenté pour les femmes d'être soumises à de la maltraitance, des contraintes, de bénéficier d'un soutien moins important ou des soins inadéquats ou insuffisants. Les femmes éduquées et qui occupent une position sociale favorisée ont à la fois plus de possibilités de négocier les règles, et sont plus à même de bénéficier de cette négociation rien que par l'étiquette qui leur est assignée³³³. Oria et Camus ont montré le décalage qui existe entre le discours des professionnelles de l'hôpital public qui « revendiqu[ent] un traitement uniforme des femmes qui deviennent mères » et la manière dont l'accompagnement médical et paramédical « s'exerce de manière fort différente selon les propriétés [sociales] des femmes auxquelles il s'applique » (Oria et Camus 2012, 53). Les auteurs soulignent que « ce sont les mères les plus modestes qui font l'objet des prescriptions les plus explicites » en ce qui concerne les soins à apporter à l'enfant (Oria et Camus 2012, 55). À l'opposé, les mères aisées font beaucoup moins l'objet de contrôles. L'étiquetage auquel elles sont soumises (et qui reste en fait sans vraiment d'effet sur leur prise en charge), est similaire à celle des « femmes nature » que j'ai décrites dans ce chapitre : « Les jugements officieux qui circulent alors à propos de ces mères qui semblent dénier à l'institution (ou tout du moins, à ces professionnelles) sa légitimité à les instituer, trahissent la dimension sociale qui sous-tend cette relation : entre les membres du personnel, ces mères sont souvent décrites comme ne suivant pas les conseils, telle femme

³³³ Dans leur recherche sur les pratiques tabac/alcool durant la grossesse, Hammer et Inglin (2014) montrent que les femmes aux statuts d'éducation plus élevés ont la capacité de prendre des libertés avec les recommandations en matière de « zéro alcool pendant la grossesse » et se permettent des écarts en consommant occasionnellement de l'alcool. Au contraire, les femmes moins éduquées ne se le permettent pas car elles ont intériorisé le fait qu'elles seront considérées comme irresponsables. Rothman qui a produit des analyses similaires conclut que « lower status women are not trusted and know that they are not trusted: abstinence is asked of them » (B. K. Rothman 2014, 4).

sera désignée comme faisant ‘un peu ce qu’elle veut’, ou comme appartenant à la catégorie des ‘chieuses’ » (Oria et Camus 2012, 55).

L’idée que la standardisation des soins est favorable au principe d’égalité est en partie mise en échec, puisqu’elle ne gomme pas les inégalités, tout en défendant le fait de proposer une prise en charge semblable pour toutes³³⁴. Prévoir d’offrir le même soutien à toutes est non seulement irréaliste, mais aussi incompatible avec le principe d’équité. La notion de « choix informé » peut aussi faire oublier les influences structurelles et sociales du choix (McAra-Couper, Jones, et Smythe 2012). Comme l’écrivent Gelly et Pitti, ce n’est pas que l’hôpital est forcément un endroit où les inégalités de traitement sont plus fortes qu’ailleurs, mais que comme les autres espaces sociaux, il n’y échappe pas: « ces rapports de classe, mais aussi de sexe ou de race, qui organisent et structurent l’espace social, ne s’arrêtent pas aux portes des hôpitaux ou des cabinets médicaux » (Gelly et Pitti 2016, 13).

Garantir l’autonomie des patientes en délivrant une information claire, honnête et complète, c’est-à-dire qui inclut les incertitudes, voire les controverses médicales, constitue un objectif pour les soignantes. Bien souvent, cet objectif n’est cependant pas véritablement atteint en salle d’accouchement et ne pourra certainement pas l’être sans un changement du paradigme médical actuel. Augmenter le personnel pour donner plus de temps aux soignantes pour expliquer les enjeux, répondre aux questions, accompagner les parturientes dans un suivi plus global apparaît comme une solution intermédiaire qui profiterait certainement aux femmes. Mais c’est une transformation des normes en circulation qui pourra vraiment changer la donne. Cela pourrait passer par une intégration des usagères aux décisions prises en amont, par exemple en matière de constructions des protocoles, par une transformation des rapports à l’incertitude, un questionnement autour du concept de risque, et par des interrogations sur la légitimité des interventions nombreuses et routinières qui sont faites sur le corps des femmes et justifiées – notamment – par la santé du fœtus. La prise en charge de l’accouchement comprend ainsi des enjeux politiques plus que strictement médicaux (pour autant que ces deux dimensions puissent être véritablement séparées) autour de la place de la médecine, des inégalités face à la santé, et de la liberté des femmes à disposer de leur corps.

Si ce sont les professionnelles qui exercent une régulation directe des corps et des comportements des parturientes, les professionnelles sont elles-mêmes prises dans ce processus de gouvernement. Il les dépasse et s’impose, en partie, à elles, entraînant aussi des difficultés pour les soignantes, voire des formes de violence. Dans un contexte où les impératifs éthiques, la vision du travail bien fait, les valeurs personnelles ou de métier, et les contraintes matérielles effectives s’entrechoquent, les sages-femmes et les médecins se retrouvent dans des situations de « dissonance cognitive » (Cooper 2007; Festinger 1962)³³⁵.

³³⁴ Voir aussi les conclusions similaires de Longchamp à propos des infirmières scolaires : « une offre standardisée a toutes les chances de renforcer les inégalités dès lors qu’elle s’adresse à une population inégalement prédisposée à cette offre. Et ce n’est qu’en adaptant leur offre à la composition sociale de la population à laquelle elles s’adressent que les infirmières scolaires pourraient contribuer, même modestement, à limiter cette accentuation des inégalités sociales » (Longchamp 2009, 64).

³³⁵ Marsh et al. ont analysé la dissonance cognitive produite lorsque les sages-femmes accompagnent des situations où les bébés sont retirés à leurs mères par les services sociaux

Des recherches ont montré que les taux élevés de burnout chez les soignantes (médecins, sages-femmes, infirmières) peut être directement mis en lien avec ces processus (de Vries and Timmins 2016; Timmins and Vries 2014). Les auteurs évoquent un phénomène d'« erosion of care » qu'ils définissent comme : « a gradual decline in the quality of care in vital sectors, a gradual increase in violations of standards and regulations, growing inconsistencies between values of health care and actual practice, and a decrease in levels of compassionate care delivery as demonstrated by health care workers » (J. De Vries et Timmins 2016, 5). Ces chercheurs constatent que face à des conditions d'exercice qui se dégradent progressivement, les professionnelles ont tendance à être moins compassionnelles dans leurs prises en charge. J'ajoute que la tendance à standardiser les prises en charge croit aussi dans ce contexte, en particulier concernant les professionnelles les moins expérimentées.

australien. Ils définissent ce concept ainsi : « Cognitive dissonance occurs when an individual must accommodate two contradictory beliefs, ideas or values at the same time or when their actions do not align with their beliefs or values » (Marsh et al. 2015, 69).

Conclusion de la quatrième partie

Dans cette partie, j'ai analysé comment se distribuent les possibilités de décider et/ou de négocier les décisions. Le tableau 4 synthétise les rôles spécifiques joués par les parturientes, les sages-femmes et les médecins.

TABEAU 4 : RÔLES DES DIFFÉRENTS GROUPES DANS LE DISPOSITIF HOSPITALIER

	Médecins	Sages-femmes	Parturientes
Règles formelles	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise et responsabilité médicales - Garantir la sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> - Sous délégation médicale - Garantir la sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> - Être informées et participer aux décisions (sous conditions)
Règles informelles	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter les territoires des sages-femmes - Protéger sa responsabilité - Maintenir un rythme de travail élevé - Éviter les complications 	<ul style="list-style-type: none"> - Représenter les parturientes - Expertises clinique, technique, expérientielle, organisationnelle et communicationnelle - Défendre la physiologie et personnaliser les règles formelles par des pratiques à couvert - Protéger sa responsabilité - Éviter les complications 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilités de décisions limitées et stratifiées - Protéger sa responsabilité - Respecter les décisions médicales - Éviter les complications
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Protocoles - Loi - Travail en équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Vue d'ensemble - Proximité avec la parturiente - Manque de temps des médecins - Sages-femmes expérimentées (référentes) - Travail en équipe (sage-femme / médecin) et reconnaissance des médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - Relation à la sage-femme - Projet d'accouchement écrit - Conjoint - Capitaux culturels, sociaux, économiques - Confiance envers le système obstétrical / compliance
→ Maintien d'un compromis			

J'ai montré que l'anxiété et la culpabilité sont des sentiments centraux et favorisés par la culture du risque (voir aussi : Helén 2002; Scamell 2016). Dans mon souci de ne pas «désincarner trop vite le monde social» (Memmi 2004, 152), j'ai ainsi mis en évidence comment les émotions, incarnées et ressenties dans les corps, peuvent participer du gouvernement des corps (Didier Fassin et Memmi 2004) et des comportements. A la suite de Douglas, Memmi rappelle que les interdits sociaux ne passent pas uniquement par l'esprit et la rationalité, mais aussi par les «sensations, les affects et les imaginaires » (Memmi 2004, 152). Suscitée par le registre de la peur, voire de l'effroi, et éprouvée dans le corps autour des risques « intolérables », l'anxiété participe ainsi de la transmission des comportements attendus ou à éviter, et renforce la place de l'institutionnalisation de l'accouchement, à laquelle les femmes comme les professionnelles échappent difficilement.

Les normes qui circulent autour de la maternité concernent avant tout le « faire vivre » en dirigeant les comportements des sujets ; bien que des contraintes – y compris physiques – continuent d'exister, elles sont le plus souvent inutiles. La régulation des corps par l'institution est vue comme souhaitable car elle permettrait de prendre en charge les tabous entourant la naissance, de protéger la responsabilité (et la culpabilité) des professionnelles et des parturientes, et de garantir la sécurité du fœtus et de la parturiente. Pour reprendre les termes de Scamell, le risque fait ainsi figure de discipline morale : « risk in the context of contemporary childbirth can be seen to operate more as a moral discipline, than a scientific calculation of probability » (Scamell 2014, 921). C'est en cela que le risque est politique (Lupton 2013b; Weir 2006; Dahlen 2016) et qu'il existe de forts enjeux autour de sa diffusion, de sa définition et de sa classification.

La détermination et la classification des accouchements en niveaux de risques comportent notamment un enjeu autour de la défense des juridictions professionnelles entre sages-femmes et médecins³³⁶.

J'ai montré que ce sont les médecins qui sont formellement responsables de définir le normal et le pathologique ainsi que la classification des risques et les décisions à prendre en fonction de cette définition. Les sages-femmes partagent la plupart du temps cette définition et ces décisions. L'importance de travailler « en équipe » pluridisciplinaire est mise en avant par les sages-femmes et les médecins. En particulier dans les situations de gris, les interactions permettent de faire sens des éléments à disposition et de décider en se sentant soutenues. Weick a bien montré comment c'est le collectif et les interactions qui s'y produisent en permanence qui permettent d'éviter un « effondrement du sens », qui peut être tragique, dans les situations complexes et imprévues (Weick 1993, 2003; Weick et Roberts 1993)³³⁷. Celui-ci met cependant en évidence le fait que dans certains cas, les interactions peuvent entraîner le collectif vers la catastrophe (Weick 1990). J'ai montré qu'à certaines occasions, les sages-femmes remettent en question les processus de discussion au sein de l'équipe en contournant les règles à couvert, ce qui révèle l'expertise qu'elles détiennent :

³³⁶ Cela conforte des résultats présentés à propos du suivi des grossesses en Suisse romande (Cavalli et Gouilhers-Hertig 2014).

³³⁷ Weick a développé cette thèse sur la base de son analyse de la situation de l'incendie de forêt du Mann Gulch. Il a montré comment les trois pompiers qui ont réussi à sortir vivants sont ceux qui ont continué à interagir, tandis que les treize autres qui ont périés avaient succombé à la panique, et sont sortis du collectif pour prendre des décisions individuelles, sans respecter les ordres prononcés par leur chef.

ces pratiques individuelles, mais néanmoins régulées, sont indispensables au fonctionnement du dispositif³³⁸.

La place des sages-femmes – et les compétences développées par les plus expérimentées – leur permettent de mettre en cohérence les activités et d'assurer une fluidité et une efficacité indispensables au fonctionnement de la salle d'accouchement. Dans une perspective de sociologie de la traduction (Akrich, Callon, et Latour 2012), les sages-femmes, en particulier les référentes, occupent un rôle de traductrices puisqu'elles amènent à faire « coopérer des acteurs dont les objectifs, les logiques d'actions, les intérêts et le langage ne sont pas identiques » (Grosjean et Lacoste 2005, 192)³³⁹. Dans mon cas, ces acteurs sont en particulier les parturientes (et éventuellement leurs conjoints), les internes, les chefs de cliniques, les adjoints et les sages-femmes. Les référentes non seulement participent à traduire les attentes des unes aux autres, notamment dans les langages adaptés (en fonction de l'acteur) qu'elles maîtrisent bien (jargon médical versus vulgarisation par exemple), mais font également en sorte (grâce à leur connaissance fine des positions occupées par les différents acteurs et les enjeux qui traversent cette position) que cette traduction permette la négociation entre ces acteurs. Grosjean et Lacoste définissent ainsi la traduction comme « une capacité à problématiser les situations, c'est-à-dire à mettre en mouvement chaque catégorie d'une position isolée à une position de coopération (...) la problématisation dans cette perspective, c'est l'art de formuler les questions en des termes qui rendent la négociation possible voire souhaitable aux partenaires qui y sont impliqués » (Grosjean et Lacoste 2005, 192). Elles défendent ainsi parfois les demandes des femmes auprès des médecins, et vice versa.

En ce qui concerne les pratiques transgressives des sages-femmes, le fait qu'elles soient partiellement connues, voire encouragées par les médecins et l'institution, révèle que des résistances à la logique du risque et à la standardisation sont présentes aussi dans le milieu médical. Les rapports et les pratiques face aux risques sont ainsi complexes et multifformes.

Les résistances des sages-femmes, si elles sont peu coûteuses, ne remettent cependant pas en cause le système plus global. Celui-ci est pourtant délétère si l'on en croit les publications qui s'accumulent à ce sujet et les positionnements d'un nombre d'acteurs internationaux reconnus tels que l'OMS ou le NICE, à propos par exemple de l'augmentation des taux de césariennes (WHO 2015b; Xie et al. 2015; Malacrida et Boulton 2014). Les conclusions de plusieurs recherches menées en particulier en Angleterre où le dispositif obstétrical consacre depuis longtemps un rôle élargi et autonome aux sages-femmes, consolident mes résultats. Dans les « pôles physiologiques », qui sont des espaces dans les maternités qui sont gérés par les sages-femmes et qui n'accueillent que des accouchements physiologiques et à bas risques, les indicateurs concernant la santé des mères et des bébés sont excellents et les taux d'intervention particulièrement bas (Sandall et al. 2009). Par ailleurs, ce sont des dispositifs moins onéreux par rapport aux dispositifs classiques (Bernitz, Aas, et Øian 2012).

³³⁸ Cela ne doit pas laisser entendre que les médecins n'ont pas de pratiques transgressives en propre (en plus du fait qu'ils ont des comportements transgressifs « par délégation »). Si j'ai moins documenté cet aspect, c'est que j'ai peu suivi en continu des médecins.

³³⁹ Grosjean et Lacoste attribuent ce rôle aux surveillantes infirmières (l'équivalent des référentes dont je parle) et surtout aux internes. C'est moins le cas dans le service de la salle d'accouchement.

Ces systèmes sont appelés à se développer pour autant que les obstétriciens reconnaissent véritablement une plus large place aux sages-femmes. Afin de maintenir une situation de compromis qui permettrait de stabiliser un nouveau dispositif, les obstétriciens devront identifier leur intérêt dans ces nouvelles configurations (concentration sur les cas à risques et développement des techniques obstétricales par exemple). Les femmes elles-mêmes ont probablement également un rôle à jouer dans cette transformation du paradigme biomédical et du dispositif de prise en charge. Dans certains pays, en Angleterre par exemple, les actions des associations de patientes / parents ont été déterminantes pour faire évoluer les prises en charge (Bourgeault, Declercq, and Sandall 2001; Benoit et al. 2005). Rivard (2016) met aussi en avant le rôle joué par les pères dans les années 1970/80 pour faire accepter leur présence et ainsi participer de la transformation des pratiques.

Si j'ai montré que les femmes sont généralement mises hors-jeu dans la capacité à négocier pendant l'accouchement (exception faite, parfois, des femmes qui disposent de capitaux culturels, sociaux voire économiques plus élevés), il ne faut ainsi pas sous-estimer leurs possibilités à faire évoluer le dispositif. A la lumière de mes résultats, ces possibilités existent probablement en dehors du temps restreint de l'accouchement, c'est-à-dire soit en amont de celui-ci, soit en aval de celui-ci. Akrich et ses collègues ont ainsi montré la vitalité des associations d'usagères autour de la naissance en Europe (Akrich et al. 2014; Rabeharisoa, Moreira, et Akrich 2014; Akrich et Rabeharisoa 2012). Par ailleurs, j'ai souligné dans la première partie que certaines mobilisations regroupant des sages-femmes et des usagères au niveau local ont permis de faire modifier certains protocoles, par exemple en poussant à la présence de baignoires – une en fait à ce jour – dans les salles d'accouchements. Bien que de nombreux freins subsistent actuellement, la plupart des professionnelles reconnaissent d'ailleurs qu'il est important que les femmes participent aux décisions. La situation n'est ainsi pas verrouillée, les normes bougent et les professionnelles comme les femmes participent à ces mouvements.

Certaines sages-femmes et des femmes décident d'accompagner des accouchements, ou d'accoucher, en dehors d'un hôpital. Renouent-elles ainsi avec d'anciennes pratiques ou participent-elles à créer une rupture et du renouveau par rapport aux pratiques passées et actuelles ? Comment ces pratiques s'émancipent-elle – ou pas – du système actuel ? Quelles constructions du risque sont observables ? Au niveau local, comment s'articulent-elles avec les pratiques de La Maternité et comment peut-on saisir les relations entre dispositifs, techniques et acteurs qui circulent entre l'hôpital, la maison de naissance et le domicile ? Je vais me saisir de ces questions dans la dernière partie de cette thèse.

Partie 5 Sortir l'accouchement de l'hôpital: « le meilleur que je pouvais donner [à mes enfants] »



DESSIN 4 : UNE SALLE DE NAISSANCE DE LA MAISON DE NAISSANCE

L'accouchement en milieu hospitalier aujourd'hui est la norme dans tous les pays développés³⁴⁰. Une petite partie des femmes choisit pourtant de s'en extraire en accouchant à domicile ou en maison de naissance accompagnées d'une sage-femme.

Adopter une perspective sociologique sur un objet implique d'analyser les processus à l'œuvre à l'intérieur des institutions officielles de prise en charge de cet objet, mais aussi à l'extérieur. Mon projet est de penser ensemble ces différents dispositifs et ces différentes pratiques et de mettre au jour la manière dont ils s'articulent dans un même espace, ici à l'échelle d'une région, que ce soit par des confrontations, des points de rencontre ou des recherches de compromis de part et d'autre.

Je vais décrire l'organisation concrète de ces accouchements aujourd'hui en Suisse romande et analyser les motivations et les pratiques des femmes qui accouchent chez elles ou dans des maisons de naissance ainsi que celles des sages-femmes qui les accompagnent. A l'hôpital, les risques médicaux intolérables justifient une surveillance omniprésente et un interventionnisme élevé et souvent préventif, qui impliquent des processus de régulation des corps des femmes et des fœtus. Les médecins sont responsables de construire les règles formelles qui encadrent les pratiques et les standardisent. Les sages-femmes peuvent parfois participer aux décisions ou agir à couvert pour défendre la physiologie ainsi que leur autonomie, mais restent formellement sous délégation médicale. Les parturientes interviennent peu dans la prise des décisions en acte. Un régime de maîtrise de l'incertitude prévaut et la logique du risque est omniprésente.

L'accouchement à domicile ou en maison de naissance représente-t-il un modèle transgressif et contestataire de résistance face au dispositif biomédical? Quels sont ses liens et ses mises à distance par rapport à celui-ci ? Les situations de travail qui prévalent dans l'hôpital sont différentes de celles qui sont observables à l'extérieur (par exemple : absence des médecins, continuité du suivi par une sage-femme connue de la parturiente, organisation de petite taille, nombre réduit de cas pris en charge, absence de bloc de césarienne, procéduralisation réduite³⁴¹, etc.). Quelles influences ont ces situations de travail spécifiques sur les pratiques ? Et en quoi les représentations de ce que doit être une bonne prise en charge influencent l'organisation des situations de travail ? Sachant que seules les situations physiologiques peuvent être prises en charge à domicile ou en maison de naissance, mais que la définition de la physiologie n'est pas précisément édictée par la loi ou les règlements cantonaux, comment la catégorisation des situations se fait-elle et quelle place occupent les sages-femmes et les parturientes dans cette définition en acte et dans les décisions qui en découlent ? Enfin, peut-on observer des formes de régulation des pratiques (internes et/ou externes au dispositif) des femmes et des professionnelles ?

Je vais montrer dans le chapitre 11 que les femmes et les sages-femmes qui choisissent l'accouchement hors de l'hôpital mettent à distance la logique du risque, l'intense surveillance et l'interventionnisme médical. Il s'agit pour elles de faire un travail d'acceptation de l'incertitude. Cependant, ces femmes et ces sages-femmes n'échappent pas à avoir recours à la logique du risque. Dans le chapitre 12, on verra que ces femmes et ces sages-

³⁴⁰ Il n'est même plus la modalité majoritaire d'accouchement aux Pays-Bas qui ont pendant longtemps fait figure d'exception au modèle dominant dans les pays développés (en 2012, seuls 17% des accouchements s'y sont terminés à domicile (Jacques 2016b)).

³⁴¹ Les sages-femmes de La Maison de naissance ont élaboré des protocoles auxquels elles se réfèrent, mais ceux-ci sont moins nombreux qu'à La Maternité. Celles qui font des accouchements à domicile suivent certaines procédures, mais d'une manière plus lâche. J'analyserai ces dimensions dans la partie.

femmes l'utilisent pour démontrer que l'accouchement à domicile ou en maison de naissance est la voie la plus sûre. Celles-ci mettent en place des actions pour éviter les complications. Dans le chapitre 13, je montrerai que les sages-femmes et les parturientes reconstruisent les risques définis par le monde médical en combinant des preuves scientifiques et en les adaptant à leurs valeurs personnelles. Elles font ainsi un travail sur le risque. Dans le chapitre 14, j'analyserai plus en détail les liens entre La Maternité et les maisons de naissance / l'accouchement à domicile. Je montrerai que les frontières sont poreuses : d'une part La Maternité, et la médecine en général, participent à façonner les décisions qui sont prises par les femmes et les sages-femmes à domicile ou en maison de naissance. D'autre part, La Maternité se transforme, intégrant certains des éléments présents dans le milieu extrahospitalier.

Chapitre 11 Mettre à distance la culture biomédicale du risque

Les femmes et les sages-femmes qui accouchent ou accompagnent des accouchements à domicile ou en maison de naissance disent qu'elles souhaitent mettre à distance la culture biomédicale. Elles veulent accepter l'incertitude de la naissance comme une composante inhérente de l'existence, plutôt que comme une dimension à contrôler par une mise en risques qui implique de trop intervenir de leur point de vue. Elles valorisent une conception de la naissance à la fois comme événement naturel et familial, et comme expérience extraordinaire qui leur appartient, plutôt que comme un « événement médical » (B. K. Rothman 1989) ou une « expérience médicale » (Parry 2008).

1 Accepter l'incertitude et repousser le concept anxiogène de risque : un système de valeurs

Ces parturientes et ces sages-femmes mettent en évidence le fait que même dans les situations très surveillées et technicisées, l'incertitude demeure. C'est sur la base de ce constat qu'elles essaient d'accepter l'incertitude et les risques associés à la naissance plutôt qu'y penser sans cesse et chercher à les maîtriser: « 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 » (Carole, parturiente, 1 AAD). Béatrice (parturiente, 3 AAD) refuse la perspective du risque qui revient à « faire des listes de tout ce qui pourrait arriver » et à calculer leur probabilité. Cette démarche risquerait de s'étendre à « tous les éléments de la vie », y compris à des décisions banales comme « sortir dans la rue » ou « prendre sa voiture », et finalement paralyserait le quotidien: « on ne pourrait plus rien faire, plus fonctionner » pour Julie (sage-femme AAD). Ne pas décider de tout en fonction d'une logique probabiliste est reconstruit comme une attitude rationnelle: peser les risques et les bénéfices de tout acte voire même prendre tout acte comme une décision rendrait impossible l'existence humaine. Pour ces femmes et ces sages-femmes, la culture dominante du risque est anxiogène. Si toutes disent ne pas être naïves et savoir que l'accouchement comporte certains risques, accepter l'incertitude sans trop y penser serait un moyen efficace de se protéger de l'angoisse, qui est une des composantes de la surmédicalisation pour elles.

Elles critiquent ainsi le monde médical qui conditionne les femmes au « système risque » (Natacha, parturiente, 1 AMN) dès la puberté, et surtout pendant la grossesse avec la succession des examens de dépistage. Après avoir reçu le résultat du dépistage du premier trimestre, le gynécologue-obstétricien qui suivait la grossesse de Natacha lui a suggéré de procéder à une amniocentèse. Dans un premier temps, convaincue de la bonne santé du fœtus, Natacha a refusé. Dans un second temps, face à l'anxiété qui la gagnait, elle a toutefois souhaité réaliser l'examen dans un besoin de mettre fin à l'incertitude. Elle a par la suite décidé d'être suivie par une sage-femme et d'accoucher en maison de naissance dans un effort de s'extirper de la logique du risque: « 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 [ne] retourne plus jamais, je sors de ce système. Et j'ai pris rendez-vous avec la sage-femme ».

Pour ces femmes et ces sages-femmes, accepter l'incertitude ne signifie pas renoncer à la technologie ou au savoir médical pour guérir, mais refuser un dépistage intensif dans le but

d'obtenir une garantie d'avoir un « enfant parfait »: « on n'est pas contre soigner notre enfant, on va soigner notre enfant, on est contre à faire 1000 tests pour être sûrs que c'est l'enfant parfait » (Jessica, parturiente, 4 AAD). Pour Julie (sage-femme AAD), si les techniques peuvent représenter « quelque chose de génial », c'est leur utilisation excessive au sein « d'un système » de surveillance étendu qui est problématique en faisant « perdre confiance aux femmes [envers] un processus qui n'est quand même pas une maladie ».

Ces femmes veulent s'ancrer dans le présent, et moins agir en fonction d'un possible futur. C'est aussi le rejet du projet santéiste qui s'exprime. A propos des couples qui assistaient au cours de préparation à la naissance avec Vincent (conjoint, 1 AAD) et sa compagne, celui-ci affirme qu' « il y en a qui pensaient que c'était même pas légal [d'accoucher à domicile]. Donc il y en a qui ont pu réapprendre que le risque était licite! ».

Danaé (sage-femme AAD) accuse le « système médical » de « soumettre une population par la terreur » et de lui faire « faire n'importe quoi après » : « [les femmes] sont tellement vulnérables dans cette période, dès qu'on leur met un petit doute, un petit stress, elles s'en remettent encore plus au système médical, elles sont encore plus soumises, donc pour moi c'est de la politique ». Pour ces femmes et ces sages-femmes, relativiser le savoir médical et les risques au travers d'une communication moins alarmiste est ainsi indispensable pour favoriser un accouchement serein et une auto-détermination des femmes:

la manière dont tu donnes le risque, selon quel chiffre tu mets en avant, évidemment le parent s'il a pas de recul, et forcément il en a pas vraiment, la décision elle est « tripale » [elle vient « des tripes »], tu veux protéger ton enfant (Inès, sage-femme AMN).

Nadia (sage-femme AAD AMN) pense ainsi qu'il faut contrer la peur inculquée par les médecins: « [les médecins] font une imprégnation pour conditionner [les femmes], à la péridurale, à leur système, à leurs protocoles, etc. (...) Vous pouvez persuader de tout et de rien, si vous y mettez les arguments, le ton, et si vous arrivez à terroriser au bon endroit ». Elle pense que son travail de sage-femme est de faire une autre « imprégnation » auprès des femmes, afin d'une part de les rassurer sur leur capacité à accoucher, et d'autre part de favoriser un rapport apaisé à l'incertitude.

Pour la plupart des femmes, cette mise à distance de la logique du risque ne va pas de soi. Elle est le résultat d'un travail de distanciation et de déconstruction des représentations dominantes de l'accouchement auxquelles chacun aurait été socialisé :

c'est tellement inculqué en nous qu'on doit accoucher à l'hôpital sinon on en meurt et notre bébé aussi, qu'il faut quand même avoir [fait] un sacré travail [et] avoir un sacré caractère pour que ce soit vraiment ancré dans les tripes, pour pouvoir se lâcher suffisamment pour être en confiance et y aller quoi (Maé, parturiente, 3 AAD, 1 transféré).

Pour Carole (parturiente, 1 AAD) son rapport à l'incertitude est lié à une « conviction » qu'elle a consciemment choisi d'adopter: « c'est ma manière de décider de voir les choses comme ça, plutôt que de voir le risque ». Aurélie (parturiente, 2 AAD) affirme: « lorsque j'ai décidé d'accoucher à la maison, j'avais comme un petit souci par rapport aux risques, au début mon obsession c'était le risque pour le bébé évidemment, et puis c'est quelque chose avec lequel j'ai dû, j'ai dû dealer ». Pour elles, accoucher en dehors de l'hôpital fait sens, cela donne « l'impression d'être vraiment juste avec [s]es convictions » (Armelle, parturiente 4 AMN). Pour Chloé (parturiente, 1 AMN transféré), en tant que « féministe », faire le choix de

l'accouchement en maison de naissance était « logique » dans sa remise en question du « pouvoir médical sur le corps des femmes ». Pour elle « malgré les peurs et angoisses, l'accouchement doit correspondre à qui on est ». Pour Maria (3 AMN, 1 transfert), accoucher en dehors d'un hôpital était une manière d'assumer ses engagements passés. Elle associe son parcours militant écologiste et sa critique de la médicalisation tout comme son parcours professionnel, elle est ostéopathe, à ce choix du lieu d'accouchement : « pendant des années j'ai prôné, on vaccine pas, on soigne pas, pas d'antibios (...) c'était aussi de mettre en pratique nos convictions. C'était attendre, on raconte ça depuis des années, maintenant on le fait ». Maya (parturiente 1 AMN transféré) inscrit son accouchement en maison de naissance dans son rapport à la médecine qui se traduit par sa volonté d'être « plutôt vers l'homéopathie que vers l'allopathie ». Pour Magali, accoucher à domicile a représenté une manière de se rapprocher des engagements écologistes militants de son compagnon et de leur groupe d'amis:

Les potes [de mon copain] ils vivent dans une forme quasiment en autarcie [ils produisent leur nourriture], ils se sont radicalisés, ils se soignent pas avec des médicaments. (...) Il y avait [le séduire] lui, mais il y avait aussi séduire un peu d'autres gens. Je dis que je veux pas du tout frimer avec ça, mais il y avait quand même une fierté [d'accoucher à domicile] dans ce milieu de gens. Surtout que moi souvent au milieu de ses potes (...) j'étais toujours un peu plus citadine et moins engagée (...). C'était un peu ma contribution (Magali, parturiente, 1 AAD)

Pour ces sages-femmes et ces parturientes, l'accouchement extrahospitalier fait partie d'une sorte de lot de pratiques, que l'on pourrait qualifier de « maternage naturel » ou « proximal ». Maria (parturiente, 3 AMN, 1 transfert) le décrit en ces termes: « si on dit on veut accoucher à domicile, c'est avec ce que ça implique tout autour, d'idéologie et de convictions... ça veut dire que les femmes elles vont allaiter plus longtemps, elles vont moins travailler, elles vont recommencer à faire à manger elles-mêmes... c'est tout un package ». Le fait d'inscrire l'accouchement dans un ensemble de pratiques alternatives est plus fréquent dans le contexte de l'accouchement à domicile que lors d'un accouchement en maison de naissance: « celles qui accouchent à domicile sont plus marginales, ça s'insère dans un tout, dans un mode de vie alternatif qui touche différents points de leur vie » (Journal de terrain, sage-femme, La Maison de Naissance).

Pour celles-ci, cet ensemble de valeurs qui se traduisent dans des pratiques et qui participent de leur identité s'articulent ainsi autour de l'écologie, du féminisme³⁴², de l'acceptation de l'incertitude et de l'imperfection, et d'une distance critique aux experts et à la médicalisation.

L'accouchement à domicile ou en maison de naissance, qui suppose la construction d'un rapport particulier à l'incertitude, aux risques et à la médecine est décrit par ces femmes comme une décision personnelle et réfléchie. Si celle-ci n'est pas uniquement le résultat d'un choix rationnel, sans lien avec leur trajectoire, leurs pratiques passées et leur milieu social –

³⁴² Il n'y a pas d'homogénéité dans les positions féministes tenues par les femmes et les sages-femmes. Quelques-unes revendiquent un retour des femmes à la sphère domestique pour garantir un « maternage proximal » (c'est surtout le cas pour les plus âgées), tandis que la plupart insistent quant à la nécessité de partager équitablement les tâches avec le conjoint et font ainsi plutôt référence à un « parentage proximal ». Ce qui rassemble leurs positions est la revendication que les femmes puissent décider pour leur accouchement et leur corps (en intégrant bien souvent l'avis du père), et ne pas déléguer les décisions aux professionnelles de santé.

autant de dimensions qui seront documentées au cours de cette partie – il rend compte de leur capacité d'action et du travail réflexif qu'elles entreprennent.

2 La naissance : un événement naturel, banal et familial...

Les parturientes et professionnelles qui choisissent l'accouchement extrahospitalier sont attachées à la catégorie de l'accouchement physiologique. Pour elles, l'accouchement doit être considéré comme *a priori* normal: « cette vision [des sages-femmes indépendantes] de l'accouchement comme quelque chose d'assez naturel, pour autant qu'il n'y ait pas d'alertes avant », a été déterminant pour Chloé (parturiente 1 AMN transféré) dans son choix du lieu d'accouchement.

La normalité du processus est associée à son caractère quotidien, banal à l'échelle de la planète. Pour Maé (parturiente, 3 AAD, 1 transféré): « 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 faite pour ça ». Le processus est naturalisé comme on peut le lire dans les propos de Maé, le corps des femmes a été créé pour accoucher et toute intervention systématique est donc inutile. Magali souligne avec joie la simplicité et la facilité du déroulement de son accouchement:

J'ai libéré le placenta vite, [le bébé] allait très bien, j'ai pas eu d'épisiotomie, j'ai pas eu de déchirure. C'était ok. Elle est sortie, toute peïnard. J'ai accouché, j'avais une monstre dalle, [mon copain] m'a fait des tartines (...) et voilà, [les sages-femmes] sont parties! c'était tout... tout simple ! [rit] (Magali, parturiente, 1 AAD)

En particulier dans le contexte de l'accouchement à domicile, la naissance souhaite être vécue comme une expérience familiale qui doit rester ancrée dans le quotidien du foyer et qui est associée à un renforcement des liens familiaux. Incrire l'évènement dans la continuité plutôt que dans la rupture du quotidien était « très précieux » pour Hélène (parturiente 1 AAD). Béatrice (parturiente, 3 AAD) raconte l'impression d'avoir été dans un « cocon » après la naissance de leur enfant: « une fois que le bébé était là, tout a été tellement naturel (...). On était dans notre chambre à coucher, il était là (...) on a pu découvrir cet enfant, on a pu vraiment se mettre dans une bulle chez nous ».

Dans quelques cas, les femmes avaient choisi de mettre au monde leur enfant en présence des aînés³⁴³, parfois de leur mère ou de leur sœur, voire d'une ou plusieurs amies, en plus du conjoint pour la quasi-totalité des femmes. Aurélie (parturiente, 2 AAD) a souhaité que son aîné rencontre sa petite sœur aussitôt à la naissance, pour ne pas « l'exclure » de ce moment important. Pendant l'accouchement, les enfants aînés de Géraldine (parturiente, 3 AAD) âgés de trois ans et un an et demi ont circulé dans la maison, fait des « siestes », « mangé » et « joué » sous la surveillance de leur père. Pour Gaëlle, l'accouchement au domicile alors que l'aîné dormait dans sa chambre a inscrit l'évènement dans un quotidien familial avec fluidité:

C'était super joli avec le grand qui s'est réveillé le matin, et le papa lui a dit ton petit frère est né dans la nuit... tout était hyper naturel ! j'ai trouvé que c'était vraiment chouette pour le vécu de la famille. Pour moi un accouchement c'est

³⁴³ Dans la recherche qualitative menée par Sjöblom et al. (2006) en Suède, la possibilité que les enfants aînés soient présents à la naissance a participé à ce que certaines femmes choisissent d'accoucher à domicile plutôt qu'à hôpital. Dans mon cas, cela semblait plus accessoire pour les parturientes.

un événement familial, intime, et je vois pas pourquoi, si tout va bien bien sûr, en déposséder la famille. (Gaëlle, sage-femme et parturiente, 1 mat, 2 AAD)

La médicalisation de la naissance a pris le pas sur le sens de l'accueil et l'intégration d'un futur citoyen à la société selon Claire (sage-femme AAD AMN). Elle s'oppose à « la domination très prononcée de la médicalisation », car l'accouchement n'est pas pour elle « un événement médical » mais « familial, culturel ». Julie adopte aussi cette position en critiquant, non pas la prise en charge médicale, mais l'excès des surveillances et des interventions qui détournent de ce qui est essentiel selon elle dans une naissance :

[à l'hôpital] ils se donnent beaucoup de moyens et de moyens qui coûtent cher aussi pour tendre vers le plus zéro de risque possible. Dieu sait si c'est bien de continuer de savoir des choses, mais cet aspect-là prend trop d'espace dans une grossesse, un accouchement, une suite de couches. Et du coup y a moins de place pour tout ce qu'il y a autour, qui est bien plus important: l'humain, la construction d'une famille, une femme qui se développe, qui devient mère et un papa la même chose, 'pis un bébé qui vient au monde, quoi, un nouvel être sur terre, donc c'est quand même... Et ça c'est dommage. (Julie, sage-femme AAD)

Pour ces personnes, sortir la naissance de l'hôpital et de la logique du risque qui y prévaut, c'est permettre à la famille au sens large de s'approprier l'événement, de lui redonner un sens social et culturel fondamental.

Pour les sages-femmes, accompagner des accouchements en hôpital était devenu trop confrontant par rapport à leurs valeurs personnelles et professionnelles. Julie (sage-femme AAD) avait « l'impression de cautionner quelque chose que finalement, dans [s]es tripes [elle] ne pouvai[t] pas cautionner ». Danaé (sage-femme AAD) qui travaillait en clinique a senti « très vite monter la colère », et a commencé à être « en rébellion » contre « tous ces trucs ahurissants que j'ai vu, que tout le monde voit en privé, qui sont juste insupportables pour quelqu'un qui respecte encore la nature et la physiologie ». Le seul moyen identifié par ces sages-femmes pour travailler en accord avec leurs valeurs professionnelles a été de quitter le milieu hospitalier. La posture que les sages-femmes peuvent adopter en dehors de l'hôpital est plus proche de ce qu'elles considèrent être l'essence de leur métier en intervenant le moins possible, ce que Perrenoud (2016) qualifie d'un « ethos de la moindre empreinte ».

3 ...ou une expérience extraordinaire et conjugale ?

Les pratiques révèlent cependant davantage de diversité voire relativisent la portée des discours présentés ci-dessus. La majorité des femmes et des sages-femmes valorisent la naissance comme très important pour les femmes, le couple, les bébés, s'y préparent beaucoup, investissent dans du matériel, ont des attentes. L'accouchement est préparé comme un moment davantage extraordinaire que banal³⁴⁴, il constitue une expérience.

Natacha (parturiente, 1 AMN) évoque ainsi une expérience « surnaturelle » qui se « passe dans le corps, dans les sensations ». Sortir l'accouchement de l'hôpital constituerait un moyen de « remettre la naissance un petit peu à sa place ! A sa juste place ! Toute sa grande place » (Nadia, sage-femme AAD). Aurélie (parturiente, 2 AAD) a accepté de prendre des risques pour pouvoir vivre, et offrir à ses enfants de vivre un moment à part. Quand je lui

³⁴⁴ Parfois, ces deux aspects peuvent se rencontrer, conférant à la banalité et à la simplicité de l'événement un caractère extraordinaire tant il est, du point de vue des femmes et des sages-femmes, différent de ce qui est vécu par la majorité des femmes au sein d'un hôpital.

demande ce qu'elle pense du discours des obstétriciens qui déclarent que « l'accouchement est un événement incertain, à risque qui justifie une prise en charge à l'hôpital », elle me répond « Ben je pense que c'est vrai, mais on y perd beaucoup quoi ». Elle cite « l'ambiance particulière » de son accouchement où « tout avait été décoré par [son] copain », le « silence » qui régnait, le plaisir d'accoucher « dans un endroit beau ». Avec émotion, elle me décrit l'arrivée de son second enfant: « c'était magnifique, ma fille elle est sortie au lever du soleil donc la seule lumière qu'y a eu c'est la lumière rouge sur le mur... c'était juste le bonheur. Et moi j'ai offert ça à mes enfants, c'est pour moi et pour eux ». Une part de risque médical est acceptée par Aurélie afin de vivre cette expérience « idyllique » selon ses termes.

Le discours des sages-femmes transmet également l'esthétisme de l'accouchement: « elle est sortie du bain, elle a délivré [son placenta], le jour s'est levé, c'était une magnifique journée d'été, super belle ambiance » (Danaé, sage-femme AAD). Cet esthétisme, qui m'a également frappée à plusieurs reprises lors de mon terrain à La Maison de Naissance, est performé par les parents et les sages-femmes. Les trois maisons de naissance que j'ai visitées ou dans lesquelles j'ai fait du terrain sont particulièrement soignées. Elles sont proches de la nature: des fenêtres on aperçoit des arbres et pour deux d'entre elles, on entre par un magnifique jardin très bien entretenu. L'espace est chaleureux, on trouve beaucoup de bois, des couleurs chaudes, des bougies, des tissus de bonne qualité. Les maisons sont assez anciennes, chargées d'histoires, mais les équipements sont de très bonne facture, souvent réalisés sur-mesure, propres et d'apparence neuve. Des lianes pour se suspendre sont disponibles et mises en avant, comme la baignoire d'accouchement. Un grand lit bas, généralement fait sur-mesure, et apparemment non médicalisé (des médicaments ou outils peuvent être installés dans des caches ou tiroirs dans le lit), est installé dans la pièce. Des espaces communs sont à disposition dans la maison de naissance la plus grande dans laquelle plusieurs femmes peuvent séjourner. L'espace est mis en scène pour offrir une sorte d'écrin à la femme et à son partenaire pour accueillir leur enfant. Le corps de la femme s'en trouvait sublimé. A La Maison de Naissance un univers familial, proche de celui du domicile, tend à être recréé, mais celui-ci est esthétisé et organisé entièrement autour de la naissance. Les femmes qui choisissent l'accouchement en maison de naissance plutôt qu'à domicile le font pour différentes raisons, mais l'une d'entre elles est d'accoucher dans un lieu consacré à cela, et séparé du lieu quotidien de vie, tout en évitant le contexte impersonnel et médicalisé de l'hôpital. Le fait de déplacer la naissance dans des locaux consacrés à cet effet, en le retirant de la vie sociale habituelle, renforce le caractère exceptionnel de celle-ci. Au domicile, le logement est d'ailleurs également préparé pour accueillir une naissance.

Pour la majorité des femmes que j'ai rencontrées, particulièrement celles accouchant en maison de naissance, l'accouchement est plus souvent un événement conjugal que familial: « l'accouchement est un moment que tu vis en couple, dans un cocon, j'aurais pas voulu qu'il y ait des copains, ou la belle-mère » (Sylvie, parturiente, 1 AMN). Pour Aurélie (parturiente, 2 AAD), l'accouchement a représenté un moment « fondateur pour le couple », facilité par la posture de la sage-femme qui est restée « très discrète », « en retrait », présente sans « prendre du tout l'espace du couple ». Cet équilibre à trouver est décrit par Patricia (sage-femme AAD AMN): « [il ne faut] pas être là tout le temps à observer, pas forcément être collée à la femme ou prendre la place du mari. Mais être juste là de donner les messages, les félicitations, les encouragements ».

L'accouchement extrahospitalier permet une plus grande implication du père, qui a renforcé ce choix pour plusieurs couples, par le simple fait qu'il n'ait pas à quitter les lieux après l'accouchement³⁴⁵: « [Mon conjoint] était là et il ne devait pas partir. Ça m'angoissait l'idée qu'il doive quitter la mat » (Magali, parturiente, 1 AAD). Magali est également « persuadée » que le fait « d'être chez lui » a permis à son conjoint « d'être plus à l'aise ». Pour Leo (conjoint, 3 AAD) « il y avait une envie aussi que ce soit un projet de couple, [ce] qui est beaucoup plus dur, ou dans nos représentations en tout cas, à vivre de cette façon-là en milieu hospitalier ». Selon Géraldine (parturiente, 3 AAD) c'est cette possibilité d'être plus « actif » qui a décidé son conjoint à soutenir son envie d'accoucher à domicile. A La Maison de Naissance, au moment du tour de table où les sages-femmes invitent les parents à commenter leur choix d'accoucher en maison de naissance, un futur père mentionne « la possibilité pour le papa d'être plus acteur, de plus participer » (Journal de terrain, La Maison de naissance, réunion de parents).

Chloé (parturiente, 1 AMN transféré) qui a vécu un transfert en cours d'accouchement rapporte la transformation de la place du père entre la maison de naissance et l'hôpital³⁴⁶. Elle a « trouvé assez violent pour le père » le manque d'attention et d'infrastructures à disposition pour celui-ci à l'hôpital. C'est aussi l'omniprésence des machines qui l'ont relégué à un rôle accessoire et passif selon elle. Alors qu'à la maison ils étaient « partenaires » et qu'« il était assez actif », son « rôle était minime [à l'hôpital] »: « il ne peut pas faire grand-chose, il reste là avec tous les trucs câblés partout ». L'omniprésence de la surveillance des machines renforcerait ainsi non seulement la passivité de la parturiente, mais aussi de son conjoint. La mise en scène de l'espace, à la Maison de naissance, favorise également une plus grande liberté de mouvement pour les pères, contrairement aux hôpitaux :

[les papas], je crois qu'on leur donne la place pour être plus présents et ils la prennent volontiers. A l'hôpital c'est un peu stéréotypé, déjà la salle d'accouchement, c'est un lieu qui est un peu stéréotypé, il y a le lit, le fauteuil, le monitoring, nanana. Donc quand tu rentres dans la chambre, la femme va dans le lit, et le papa dans la chaise. Il n'y a pas trop d'autres possibilités offertes comme ça à vue d'œil. (Cleo, sage-femme AMN)

J'ai en effet constaté que le père occupait généralement un rôle davantage étendu, varié et libre à la maison de naissance, et plus encore à domicile par rapport au milieu hospitalier. L'utilisation des outils non médicaux, tels que les massages ou l'homéopathie, favorise une posture active du conjoint qui peut avoir la responsabilité de ces pratiques. Dans un accouchement en maison de naissance, celui-ci mettait par exemple un réveil pour donner à sa partenaire l'homéopathie prescrite par la sage-femme pour aider à déclencher l'accouchement. La situation de travail spécifique favorise également son implication par rapport à l'hôpital où du personnel supplémentaire peut être appelé rapidement :

Le fait qu'à part la sage-femme il y ait eu que mon conjoint à la maison fait qu'il a mis la main à la pâte. Il était là en renfort, c'est-à-dire il n'y avait pas d'autres options ! (...) quand on est conjoint de quelqu'un qui accouche à la maison on n'est clairement pas les bras ballants, on est impliqué à fond. (Géraldine, parturiente, 3 AAD).

Dans l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, le père est généralement présent et impliqué et l'est ensuite auprès du nouveau-né. Cela relativise les thèses de

³⁴⁵ A La Maternité par exemple, les pères ne sont pas autorisés à passer la nuit dans le service de post-partum et sont soumis à des horaires de visite.

³⁴⁶ La question des transferts sera approfondie dans le chapitre 14, à la sous-section 1.1.1.

certaines féministes, notamment Elisabeth Badinter, qui associent le mouvement écologiste dont ferait partie l'accouchement à domicile à un renforcement des inégalités hommes-femmes et à une régression renvoyant les femmes au foyer.

Conclusion du chapitre 11

Par l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, les sages-femmes et les parturientes veulent prendre de la distance par rapport à un savoir médical qui place le risque au centre de son dispositif.

Face à une incertitude qui ne peut jamais être évacuée (Alaszewski et Brown 2007), elles considèrent qu'il vaut mieux l'accepter que s'engager dans des calculs incessants de risques qui sont angoissants et qui risquent de paralyser l'existence. Elles font ainsi référence à une incertitude existentielle, c'est-à-dire qui concerne « des questions relatives aux mystères de la vie et de la mort » (Fox 2000, 410, ma traduction).

La prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement s'est construite par ces calculs en termes de risques, et c'est ce qui maintient sa suprématie pour ces femmes : les surveillances et les interventions extensives sont légitimées par le risque et ainsi généralement acceptées par les patientes. Expliciter ce mécanisme est un moyen pour les sages-femmes et les femmes de mieux s'en détacher et d'entreprendre un travail sur elles-mêmes pour accepter l'incertitude et gagner en sérénité. Elles refusent « la culture de la peur » (Furedi 2002) qui est associée au monde obstétrical. Les sages-femmes considèrent que leur rôle est d'accompagner les femmes dans ce cheminement. Dahlen et al. (2010a, 2010b) ont d'ailleurs mis en évidence le fait que plus la relation à la sage-femme est bonne, moins les femmes qui souhaitent accoucher à domicile ont peur (notamment du risque de complications).

Si le risque est politique (Lupton 2013; Weir 2006; Dahlen 2016; Scamell 2014), la volonté de s'en détacher l'est tout autant. Comme d'autres chercheuses dans d'autres contextes nationaux (Viisainen 2001; Hildingsson et al. 2006) j'ai mis en évidence le fait que les parents font le choix d'accoucher en dehors de l'hôpital sur la base de valeurs personnelles: « this choice [is] based on values in life that go beyond the birth as an isolated event » (Sjöblom et al. 2012, e15). Les pratiques adoptées après la naissance de l'enfant sont souvent dans la continuité de ces valeurs et peuvent impliquer par exemple une sélection des vaccins qui seront réalisés, un attrait pour les médecines parallèles, un allaitement long, des pratiques de « maternage proximal » ou « maternage naturel » (voir aussi: Guignard 2015). Cet assemblage de valeurs et de pratiques ont surtout à voir avec l'écologie, le féminisme, la distance critique face aux experts et à la médicalisation, et avec l'acceptation de l'imperfection (du fœtus notamment). Certaines femmes, notamment parmi celles qui ont accouché en maison de naissance, sont cependant plus ambivalentes vis-à-vis de l'incertitude et n'inscrivent pas nécessairement leur choix d'accouchement dans l'assemblage de valeurs / pratiques présentées ici.

Toutes souhaitent vivre un accouchement peu médicalisé et revaloriser la place de la parturiente, du fœtus et du père dans l'accouchement. Elles veulent en faire un événement naturel et familial, autant qu'une expérience extraordinaire. Les situations de travail spécifiques (présence d'une seule sage-femme, et pour l'accouchement à domicile, prise en charge dans le territoire des parents plutôt que dans celui des professionnelles) favorisent l'implication active des pères et renforce de manière générale la centralité des usagères et

usagers plutôt que des professionnelles. Les parturientes et les conjoints rapportent également que la discrétion des machines de surveillance (limitées généralement à un Dopton portatif pour écouter le rythme cardiaque fœtal de manière intermittente) leur laisse davantage de place. De plus, les pères pourront prendre en charge des techniques non médicales comme les massages ou l'homéopathie³⁴⁷.

Accoucher à domicile n'est pas qu'un choix négatif, c'est-à-dire contre l'accouchement en maternité, mais bien plus un choix positif (Edwards et Kirkham 2013), c'est-à-dire en faveur de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance.

Par ailleurs, le cadre dans lequel est pris en charge l'accouchement tend à l'esthétiser. Cela s'inscrit dans un mouvement plus général d'idéalisation (voire d'érotisation) des corps des femmes enceintes ou qui accouchent. Des pratiques telles que les séances photos professionnelles lorsque la femme est enceinte (ou quand elle accouche), le moulage du ventre en plâtre (une pratique à laquelle j'ai assisté une fois sur le terrain) ou les photographies des stars enceintes qui s'exposent dans les médias depuis les années 1980 en sont le témoignage (Berthiaud 2013). Si ces pratiques concernent aussi une partie des femmes qui accouchent à l'hôpital, elles ont d'autant plus leur place en dehors, dans un contexte esthétisé et qui valorise la naissance comme expérience. Si des intérêts économiques sont en jeu et que cette mise en scène du corps des femmes enceintes est en partie récupérée par la publicité par exemple (Berthiaud 2013), les représentations et les pratiques d'esthétisation dans le contexte de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance sont aussi subversives dans un sens. Elles se placent ainsi en porte à faux des représentations du corps de la femme comme sale et suscitant le dégoût que j'ai analysées dans les parties précédentes.

Le fait d'explicitement leur volonté d'accepter l'incertitude, de mettre à distance la logique du risque, et de valoriser la naissance à la fois comme événement naturel, familial et comme expérience, n'est pas suffisant pour accepter l'incertitude.

Je vais montrer maintenant que les parturientes et les sages-femmes déploient des actions concrètes pour mener à bien leur projet de mettre à distance la logique du risque et de vivre l'expérience d'une naissance normale partagée avec leur conjoint (voire leur famille). On verra également que la logique du risque est loin d'être complètement évacuée de leurs discours et pratiques. D'une part les sages-femmes et les parturientes mettent en place des stratégies de protection pour éviter les complications, et d'autre part elles construisent et classent leurs propres risques d'une manière en partie différente vis-à-vis des pratiques hospitalières.

³⁴⁷ J'ai montré dans les parties précédentes que la « géographie des responsabilités » (Akrich 2012a, 162) entre professionnelles et entre professionnelles et parturientes est notamment organisée autour des machines. Ces résultats montrent que cela concerne également les accompagnants.

Chapitre 12 Accoucher en dehors de l'hôpital comme protection des risques iatrogènes

Dans le contexte de l'accouchement extrahospitalier, les femmes et les sages-femmes se défendent des accusations, formulées notamment par les médecins, qu'elles ne prendraient pas en compte les risques, en utilisant elles-mêmes la logique du risque.

Elles considèrent que leur choix constitue une protection contre des risques iatrogènes, c'est-à-dire des risques produits par la prise en charge médicale technicisée de l'accouchement. De plus, le travail de préparation qu'elles effectuent ainsi que la prise en compte des ressentis de la femme enceinte permettraient de maintenir la physiologie et éviter des complications. Elles insistent enfin sur le fait qu'elles ne sont pas dépourvues si ces complications survenaient puisqu'elles peuvent faire recours à un savoir et des techniques propres aux sages-femmes pour gérer et contenir les complications, et que des techniques médicales sont disponibles sur place, voire que la situation pourra être déléguée à un hôpital (transfert) si celle-ci devient trop compliquée.

1 Se protéger des effets iatrogènes: « c'était un risque d'aller à l'hôpital ! »³⁴⁸

Pour les parturientes et les sages-femmes qui les accompagnent, accoucher en dehors de l'hôpital constitue un moyen de se protéger des effets iatrogènes de l'environnement hospitalier.

1.1. Se protéger des « cascades d'intervention »

Toutes les femmes et les sages-femmes s'accordent sur la nécessité de disposer d'une maternité performante et accessible puisque une prise en charge hospitalière des situations à hauts risques ou pathologiques peut éviter de graves complications ou des décès. Ce n'est ainsi pas la prise en charge médicale qui est remise en cause par les parturientes et les sages-femmes, mais l'excès des surveillances et des interventions dans les cas physiologiques:

s'il y a un problème, c'est bien qu'il y ait un hôpital, des tas de médecins, des spécialistes (...) mais pour une femme où tout va bien, j'ai toujours l'impression qu'un gros hôpital c'est tellement lourd que ça va plutôt perturber le processus qu'autre chose. (Karen, sage-femme AAD).

Cleo (sage-femme AMN) considère que « l'introduction du monitoring a permis à beaucoup d'enfants de ne pas mourir, d'être sauvés » mais qu'il y a aujourd'hui « des abus » autour d'une surveillance excessive qui va « induire de la pathologie ». Iris (parturiente, 1 mat, 2 AMN) affirme ainsi qu'elle « irai[t] à l'hôpital comme tout le monde » si elle ne « pensai[t] pas que [l'accouchement y] était surmédicalisé ». Pour Julie (sage-femme AAD) l'accouchement en milieu hospitalier est devenu « iatrogène », il « créé un peu les pathologies ».

Mettre physiquement à distance les techniques médicales est considéré par ces femmes et ces sages-femmes comme un moyen de se prémunir du risque de « la tentation » (Magali, parturiente 1 AAD) d'y avoir recours. C'est l'accès immédiat des techniques en milieu hospitalier qui « empêche d'aller chercher notre limite », et pas leur existence, qui est importante pour ces femmes (Khadija (sage-femme AAD AMN) évoque la péridurale comme

³⁴⁸ Sylvie (parturiente 1 AMN)

un outil « précieux » dont l'accès est « une chance »). Le fait que la péridurale soit disponible dans un hôpital proche est considéré comme étant la distance idéale.

Carole (parturiente 1 AAD) est ainsi convaincue que le fait d'avoir été à la maison, sans accès immédiat aux outils médicaux l'a aidée à accoucher, à un moment où elle avait « peur de pousser ». Elle s'est dit: « personne ne va accoucher pour toi, il n'y a que toi. Là aujourd'hui il n'y a pas de césarienne, il y a rien. Tu vas le faire ». Pour Iris (parturiente 1 mat, 2 AMN), l'accouchement en maison de naissance représente une stratégie d'autocontrôle autour de l'accès à la péridurale: « je sais que si je vais à l'hôpital, de toute façon j'ai tellement mal que je vais la demander [rit] donc c'est par sécurité aussi... je sais que je vais pas [pouvoir l'avoir] ». Elle n'est « pas du tout convaincue de l'innocuité de la péridurale » mais a aussi très mal pendant ses accouchements, elle estime pourtant que c'est « la raison qui pour le moment heureusement prend le dessus », son envie de péridurale étant pour elle égoïste et fondée sur un ressenti (la douleur). Le discours sur la péridurale dépasse la seule envie de vivre l'expérience, de ressentir la naissance dans son corps et d'accompagner le fœtus. Il s'agit aussi pour la plupart des femmes de se protéger, et plus encore de protéger le bébé, contre des effets iatrogènes qui risqueraient d'être provoqués par la péridurale. Certaines femmes, fortes de cette conviction, sont ainsi allées loin dans la douleur, convaincues qu'elles protégeaient leur enfant. Comme de leur point de vue leur corps pourrait les trahir et leur volonté faire défaut, elles mettent en place des barrières contre elles-mêmes à l'avance, pour résister à la médicalisation³⁴⁹.

En montrant qu'elles ont pris leurs décisions pour le bien de leur enfant, ces femmes cherchent à ne pas apparaître comme de mauvaises mères qui mettent en danger leur enfant pour leur bien être personnel : « je voyais [l'accouchement en maison de naissance] comme le meilleur possible que je pouvais donner [à mes enfants]. Si c'était que pour moi, moi j'aime pas souffrir, là, je veux dire, je me fais pipi dessus, j'ai mon périnée foutu après quatre grossesses » (Armelle, parturiente, 4 AMN). Gaëlle (sage-femme et parturiente, 1 mat, 2 AAD) affirme aussi avoir fait ce choix d'abord pour protéger ses enfants :

Si on accouche à domicile et qu'il arrive quelque chose il y aura toujours un soignant pour dire (...) que si on était à l'hôpital, que si on avait accepté tel ou tel examen, les choses auraient été différentes. Que si on avait tout fait pour notre bébé... mais moi j'ai eu justement l'impression de tout faire pour mon bébé en faisant ce choix-là ! (Gaëlle, sage-femme et parturiente, 1 mat, 2 AAD)

La mise à distance physique des techniques serait également utile pour éviter que les professionnelles n'en fassent une utilisation excessive. Khadija (sage-femme AAD AMN) évoque la préparation du matériel qui s'inscrit dans « une routine » et incite implicitement à son utilisation: « quand on travaille en milieu hospitalier ben voilà il y a un chariot avec le matériel pour l'accouchement bien rangé dans tel ordre et machin. C'est un peu un enchaînement quoi, le bébé arrive, on prend le ciseau et tac et après on dégage ». Laisser les femmes libres de leurs mouvements sert aussi de garde-fou pour les professionnelles qui ont moins accès à leurs corps et peuvent ainsi moins intervenir: « tant que l'accouchement il se passe sur table avec la femme qui a les pieds dans les étrières, c'est facile de faire une épisiotomie. Une femme qui est dans le bain à quatre pattes en train de se tourner tout le temps, c'est plus difficile [rit] » (Khadija, sage-femme AAD AMN).

³⁴⁹ Le conjoint est aussi utilisé comme une contrainte externe. Chloé (parturiente, 1 AMN transféré) avait demandé à son conjoint, au cas où elle réclamait un transfert car elle avait trop mal, de « vérifier que c'est sérieux » pour éviter d'éprouver « des regrets ».

Géraldine (parturiente 3 AAD) est convaincue de s'être protégée de la « surmédicalisation » qui se traduit par « cette espèce d'escalade [d'intervention] » en accouchant à domicile. Son premier argument est que des interventions très courantes, comme le déclenchement de l'accouchement, sont banalisées alors qu'elles entraînent à leur suite d'autres interventions, de plus en plus invasives et dommageables pour les enfants et les femmes : « dès qu'on fait un petit truc on peut se dire 'c'est pas grand-chose d'avoir cette perfusion' et au final (...) le bébé ne supporte pas très bien et du coup voilà on crée un espèce de contexte où on va faire de plus en plus d'interventions. (...) au final on se retrouve avec la totale à partir de soi-disant quelque chose qui était anodin ». Son second argument est que les produits artificiels utilisés pour déclencher l'accouchement ne feraient que mimer les hormones naturelles en « donn[ant] de fausses contractions » qui sont « plus rapprochées (...) [et] plus fortes que les naturelles et du coup le bébé supporte moins bien la contraction ».

Inès (sage-femme AMN) partage ce raisonnement à propos de la « cascade d'interventions » qui conduit des situations physiologiques à « finir en 'vrille' grave ». Elle cite par exemple des « hémorragies où tout d'un coup l'utérus ne répond plus » suite à des injections répétées de Syntocinon. Les interventions multiples réalisées à l'hôpital ont tendance à « gâcher la subtile mécanique du corps » qui est « faite d'une manière tellement extraordinaire » pour elle. Julie (sage-femme AAD) évoque également le « cercle vicieux qui s'installe » à la suite d'interventions considérées comme banales au départ mais qui provoquent des « coup[s] de tonnerre dans un ciel bleu ». Le fait qu'à domicile ce soit « tout naturel » constituerait « un facteur protecteur » et fait que « les scénarios catastrophes qu'ils peuvent avoir à l'hôpital se produisent très rarement à domicile ». Elle n'a ainsi « pas l'impression d'être un danger public », « d'être inconsciente » mais estime « qu'au contraire, c'est presque plus sécurisé ce qu'on fait, que certains accouchements à l'hôpital! ».

Les parturientes / les couples mettent en avant les résultats de recherche qui soutiennent la présence d'effets iatrogènes dans l'accouchement à l'hôpital. Pour Géraldine (parturiente 3 AAD) et son compagnon, tous deux chercheurs et titulaires d'un doctorat, il était en effet important que leurs décisions soient « rationnelles » et fondées sur la recherche. Ils ont donc « repris [leurs] vieux réflexes pour faire une revue de littérature », en particulier autour « des risques et des bénéfiques, sur les chiffres ». Son mari surtout se demandait si « c'était raisonnable, rationnel, ou est-ce qu'on nage dans l'émotion ». Leo (conjoint, 3 AAD) qui est lui aussi titulaire d'un doctorat appuie ses choix par des études: « que ce soit l'étude qu'il y a eu à Aigle du Professeur Borel... Ou d'autres [études] qui ont été faites avant, on en avait lu certaines qui avaient été faites en Angleterre, qui montrent que tant la maman que l'enfant se portent mieux lors d'un accouchement à domicile ». Natacha (parturiente, 1 AMN) considère qu'« il y a rien de plus sûr au contraire que d'accoucher à la maison ou en maison de naissance, il y a des études qui le montrent ». Pour Coralie (sage-femme AMN), les chiffres parlent d'eux-mêmes : la médicalisation a atteint un seuil d'efficacité et n'a plus globalement d'effets positifs : « En dix ans, les césariennes ont doublé à l'hôpital et on n'a pas diminué de moitié la mortalité maternelle et infantile ! ». Maé (parturiente, 3 AAD, 1 transféré) pense, comme Coralie, que c'est la recherche qui va permettre au système obstétrical de changer et espère ainsi « que les chiffres vont continuer à parler d'eux-mêmes ». Pour Eva (sage-femme agréée), les recherches et les institutions nationales et internationales (elle cite l'OMS ou des études « nordiques ») alertent de plus en plus contre les effets iatrogènes d'une médicalisation qu'il faudrait raisonner. Pour elle il y a un « grand boum » de « questionnements » et de changements. Il y a donc un espoir de la part de ces

personnes d'une évolution favorable, qui serait soutenue par les recherches médicales, et les prises de position institutionnelles.

Plusieurs répondantes ont souligné le nombre de recherches insuffisantes pour soutenir leurs pratiques, et aimeraient que cela change bien que peu d'entre elles se sentent capables d'en entreprendre. Pour Danaé (sage-femme AAD), les statistiques sur les « hémorragies de la délivrance » ne s'appliquent pas à l'accouchement à domicile : « on ne peut pas comparer une femme qui subit l'active management³⁵⁰ avec une femme qui vit un accouchement normal, on ne peut pas comparer. Il y a pas la même ambiance. Pas les mêmes personnes, des personnes inconnues, ça rentre, ça sort. Il faudrait faire de vraies études ! ». Cleo (sage-femme AMN) souligne qu'« à part Michel Odent³⁵¹ qui a montré l'importance de la sécrétion des hormones dans un accouchement naturel, la nature a prévu quelque chose d'extraordinaire et combien la médicalisation contrecarrerait tout ça, il y a très peu d'études là-dessus ». Les sages-femmes affirment qu'elles rencontrent cependant des difficultés pour produire ou maîtriser les recherches scientifiques avec rigueur et systématisme. Elles mettent en avant leur manque de compétences et de temps. Julie (sage-femme AAD) avait « l'intuition » de l'existence d'effets pervers liés à la médicalisation quand elle travaillait à La Maternité « sans peut-être pouvoir le prouver » Elle dit qu'il « faudrait le prouver par des études ». C'est parce qu'elle « n'avait pas l'énergie pour [se] lancer » dans ce travail, qu'elle a décidé de « quitter ce milieu » qu'elle estimait de plus en plus « délétère » pour les femmes et les bébés. Inès (sage-femme AMN) est également frustrée de ne « pas être très forte » en recherche. Se mettre à jour « prend un temps fou » et si elle « essaie de lire les résumés, de se faire une idée », cela reste une démarche « subjective » selon elle. Il existe aussi une méfiance à l'égard de celles qui participent à des recherches. Les sages-femmes ont tendance à associer celles qui participent à des recherches à des personnes qui « ont des horaires de boulot » et sont « mieux payées », « sans jamais avoir les mains dans le sang » (Cléa, sage-femme indépendante). Pour éviter cet étiquette, Cléa affirme ainsi qu'il a été important de continuer « à se salir les mains » quand elle a commencé à s'intéresser à la recherche: « j'aime bien que ma voix sorte de là même si après elle n'a pas la légitimité de l'université mais enfin tant pis ». La recherche est ainsi identifiée comme un outil pour certaines sages-femmes, mais elles restent d'une part encore peu nombreuses à en produire, et d'autre part cette démarche peut être plutôt identifiée comme une stratégie personnelle permettant d'accéder à des activités socialement plus valorisées, plutôt qu'à une stratégie collective, un engagement qui pourrait profiter aux femmes et aux professionnelles de santé.

1.2. Se protéger d'un environnement hostile : des microbes toujours « plus costauds »³⁵²

Accoucher en maison de naissance ou à domicile représente également pour les répondantes une protection face à un environnement qualifié d'hostile. Les maladies nosocomiales sont une crainte fréquemment évoquée. L'hôpital est perçu comme un endroit sale, qui véhicule beaucoup de germes et facilite les infections. Carole (parturiente, 1 AAD) prend l'exemple d'une amie qui a « eu une septicémie pendant l'accouchement », soit pour elle « quelque chose que tu chopes que dans un hôpital ». Elle décrit un bébé « tout beau,

³⁵⁰ Lorsqu'elle parle d'« active management », Danaé fait référence à la présence de Syntocinon qui est injecté pour intensifier les contractions et accélérer la dilatation.

³⁵¹ Obstétricien français (né dans les années 1930) qui défend l'« accouchement naturel » et les vertus notamment du respect de l'intimité pendant la naissance.

³⁵² Julie (sage-femme AAD)

« tout frais » confronté « à un environnement bactériologique non propice ». Pour Danaé (sage-femme AAD) dans l'accouchement à domicile, l'enfant est au contraire en contact avec des germes familiaux dont il serait ainsi « immunisé »³⁵³. Pour Julie (sage-femme AAD), face à des microbes « plus virulents, costauds (...) [qui] deviennent résistants aux antibiotiques » ces facteurs protecteurs devraient être « beaucoup plus reconnus par le monde médical ».

L'environnement hospitalier est décrit également comme hostile car il serait soumis à des contraintes économiques et organisationnelles plus lourdes qu'à domicile ou en maison de naissance, ne serait-ce que par la taille de sa structure. Pour Patricia (sage-femme AAD AMN) la nécessité de « gérer le temps » pousse vers l'interventionnisme. La méfiance envers l'hôpital vient aussi du manque de disponibilité des sages-femmes du fait du « sous-effectif » qui pousse à la standardisation et à l'interventionnisme: « de suivre plusieurs dames en même temps, on a envie que ça avance, qu'elle dilate » (Gaëlle, sage-femme assistante AAD AMN). Pour Julie (sage-femme AAD) ce « n'est pas par hasard si [les accouchements] se passent bien » à domicile. Pour elle « cette connaissance sensible de la maman qu'on a suivie, qui va accoucher, c'est vraiment un facteur protecteur ». L'accompagnement global de la grossesse à l'accouchement jusqu'aux suites de couches réduirait ainsi les risques.

Enfin, l'ambiance des hôpitaux est perçue comme défavorable à un accouchement facile. Julie (sage-femme AAD) évoque « le stress ambiant » qui est « inhérent à un grand hôpital » et favorise l'anxiété: « on peut voir des médecins courir dans tous les sens, on peut voir une maman partir en césarienne en urgence, une femme qui crie à côté, ça peut faire peur! ». La présence des machines et la circulation d'un grand nombre de personnes sont citées par Iris (parturiente, 1 mat, 2 AMN): « toute l'ambiance à l'hôpital c'est peut être plus stressant donc ça empêche l'accouchement de se dérouler normalement (...) Tout ce monde qui me tourne autour, qui nous regarde sans arrêt, les appareils, les câbles qui traînent partout, les lits d'hôpitaux ». Cette non prise en compte de l'importance de l'ambiance à l'hôpital a « beaucoup fait souffrir » Cleo (sage-femme AMN) et a motivé son départ de la maternité: « on ne comprenait pas que quand on intervient le moins possible sur une femme qui accouche, moins on la parasite de l'extérieur par des entrées, des sorties, des questions, des bruits, la présence d'étrangers, mieux elle accouchera ».

Accoucher à domicile ou en maison de naissance protège ainsi, selon ces femmes et ces sages-femmes, à la fois de risques infectieux et d'un sentiment d'anxiété qui peut favoriser la survenue de complications.

1.3. Protéger la collectivité

En plus d'arguments individuels en faveur de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, des arguments pour le bien collectif sont avancés.

Le premier argument est que l'accouchement « hyper médicalisé » (Julie, sage-femme AAD) tel qu'il est pratiqué à l'hôpital, représenterait un coût économique trop important à supporter

³⁵³ Il est intéressant de constater que dans les témoignages publiés d'Aline Favre (2009), sage-femme qui a commencé sa pratique dans le canton du Valais dès la fin des années 1920, celle-ci insiste pour dire que les infections étaient rares à domicile par rapport à l'hôpital. Elle précise qu'elle avait « à cœur de n'employer que des instruments vraiment stériles pour éviter les ennuis. On nous l'avait enseigné à [la maternité de] Genève », mais affirme cependant « il faut dire que les femmes faisaient peu d'infections lorsqu'elles accouchaient à la maison ; elles étaient immunisées contre les microbes de chez elles » (Favre 2009, 90).

pour la collectivité. Une recherche réalisée en Angleterre a mis en évidence le fait que l'accouchement extrahospitalier est plus économique, notamment parce qu'il réduit le risque de réadmission (ou d'admission) à l'hôpital après la naissance (Schroeder et al. 2012). Il est d'ailleurs probable que le soutien du NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) au Royaume-Uni pour les accouchements extrahospitaliers ne soit pas totalement étranger à ce type de revendications. En Suisse, cet argument semble, selon les sages-femmes, difficilement entendu par les politiques et les caisses d'assurance maladie. Je souligne toutefois que bien que cette mesure soit très peu connue des femmes et des sages-femmes, certaines assurances complémentaires offrent une somme d'argent aux femmes qui accouchent à domicile³⁵⁴, signe d'une certaine incitation. Mon hypothèse est qu'en faire activement la promotion pourrait exposer les assurances à des pressions contre ce type de mesures de la part des médecins.

Le second argument est organisé autour des risques à très long terme de la médicalisation excessive, qui pourrait toucher l'évolution de l'espèce humaine en provoquant une transformation génétique du corps des femmes. Des effets concrets seraient déjà observables en l'espace de quelques générations:

Il y a une reprogrammation qui est en train de se faire, les femmes ne pourront plus accoucher sans péridurale, elles ne pourront d'ailleurs plus accoucher sans césarienne. Si ça continue comme ça, moi je ne donne pas 20 ans pour que le génome change, le corps des femmes change, mute. (Coralie sage-femme AMN)

Ces femmes et ces sages-femmes évoquent aussi un effet d'emballement de la médicalisation, d'ailleurs reconnu par les médecins adjoints avec qui je me suis entretenue. L'exemple de la césarienne est le plus parlant. Un accouchement par césarienne augmente à la fois les risques pour celui-ci, mais aussi pour les suivants, notamment en induisant des placentas mal insérés et des risques de rupture utérine. Une césarienne pour les enfants suivants sera alors décidée pour diminuer les risques induits par la première césarienne. Danaé (sage-femme AAD) évoque ainsi un risque d'être « piégés par notre médicalisation ».

2 Soutenir activement la physiologie

Les femmes et les sages-femmes mettent en avant le fait que l'accouchement extrahospitalier comporte des facteurs protecteurs de la physiologie.

2.1. Préparer l'espace

L'espace du lieu de l'accouchement et l'atmosphère particulière qui est créée par l'espace est central pour favoriser la physiologie selon les sages-femmes et les mères.

Premièrement, il s'agit de préparer le lieu de l'accouchement pour qu'il soit beau, chaleureux, intimiste. Lors du tour de table organisé pendant une réunion de parents à la maison de naissance deux femmes mentionnent le fait d'être « tombée amoureuse de l'endroit », ou encore d'être « tombée sous le charme », « c'est très beau, le jardin est magnifique, on s'y sent tellement bien. J'ai eu envie d'accoucher ici » (Journal de terrain, La Maison de naissance, réunion de parents). Lors d'une autre réunion, une femme enceinte félicite les sages-femmes: « moi quand je présente la maison de naissance, je dis que c'est comme une chambre d'hôte, une chambre d'hôte pour accoucher ! [elle sourit, plusieurs autres

³⁵⁴ La CSS offre par exemple une somme de 1'000 CHF aux femmes qui ont accouché à domicile (sur la base d'une attestation établie par leur sage-femme).

femmes et hommes sourient, celle qui est à côté de moi hoche la tête en signe d'approbation] il y a des couleurs, une bonne ambiance, je vous félicite pour le superbe aménagement que vous avez fait ici! » (Journal de terrain, La Maison de naissance, réunion de parents). Pour Chloé (parturiente, 1 AMN transféré) il s'agit de mettre à distance le « monde médical » qui n'est « pas sympathique, pas chaleureux, tout ce blanc, tout ce carrelage, tout ce côté propre, c'est chiant ». Elle décrit au contraire l'ambiance créée par la sage-femme en maison de naissance: « quand je suis arrivée à la maison de naissance le jour de l'accouchement, [la sage-femme] avait mis des bougies partout, il y avait une semi-obscurité, c'était super romantique, c'est carrément autre chose (...) un espace magnifique, pas comme à l'hôpital, c'était vraiment beau ».

Dans l'accouchement en maison de naissance, et encore plus à domicile, le conjoint occupe une place importante pour créer ou maintenir cette atmosphère. Le conjoint d'Aurélié (parturiente, 2 AAD) « a pris une place énorme dans le premier accouchement, c'est lui qui a repassé tous les draps, il repassait toutes les petites layettes, il a passé des heures à faire ça ». Le père se charge aussi de la musique, de la lumière, des bougies en général (Journal de terrain, La Maison de Naissance).

Les sollicitations adressées à la parturiente doivent être réduites à leur minimum: la lumière doit être douce, le nombre de personnes présentes limité, les bruits assourdis. Les femmes et les sages-femmes sont persuadées que cette atmosphère est indispensable pour que les hormones nécessaires à l'accouchement soient produites: « pour avoir cette belle chimie hormonale, il ne faut pas que les femmes se sentent observées, il ne faut pas de la lumière, il ne faut pas du froid » (Patricia, sage-femme AAD AMN)³⁵⁵. L'observation de la manière dont les autres « mammifères » accouchent rend évidente la nécessité que la femme dispose d'un espace « où elle se sent en sécurité, toute seule, dans le noir » pour Maé (parturiente, 3 AAD, 1 transféré). La nécessité de l'intimité pour être désinhibée et accoucher physiologiquement est donc décrite par ces répondantes comme une propriété biologique. L'importance de créer un « cocon » (Géraldine, parturiente, 3 AAD et Béatrice, parturiente 3 AAD) est suggérée par les sages-femmes, notamment par les documents qu'elles distribuent aux parturientes. La liste du « matériel nécessaire pour l'accouchement » qu'elles leur distribuent se termine ainsi : « BONNE PREPARATION DU NID ! » .

Deuxièmement, l'espace suggère la liberté de mouvement, et des déplacements dans l'espace. Dans les maisons de naissance, différents espaces sont aménagés suggérant la verticalité ou l'horizontalité : grand lit, lianes pour se suspendre, baignoire, tabouret maya d'accouchement, ballons, etc. La mobilité des femmes, à même de choisir les positions qui leur conviennent favorise à la fois la dilatation et l'expulsion du bébé selon les sages-femmes.

³⁵⁵ A La Maison de Naissance, le protocole concernant « la délivrance physiologique » définit « l'attitude de la sage-femme pendant la délivrance » en ces termes: « Tout au long de la délivrance, garder un environnement favorable au processus d'accouchement: pas de distractions, d'interruptions, garder le calme et l'intimité ». A La Maison de Naissance, j'ai constaté que les sages-femmes évitent en effet autant que possible de faire du bruit: « tout le monde chuchote et marche sur la pointe des pieds. L'ambiance est feutrée, paisible » (Journal de terrain, La Maison de naissance). La sage-femme qui prépare le matériel en vue de la naissance me dit en aparté qu'elle est « embêtée » car c'est difficile de « préparer les instruments en ouvrant les kits d'accouchement sans faire de bruit » (Journal de terrain, La Maison de naissance).

Troisièmement, ces personnes souhaitent une mise à distance de ce qui est assimilé au médical et qui démontre que la naissance est un événement dangereux et médical. Le matériel médical doit être dissimulé. Cela permettrait de redonner sa place à la fois normale et sociale plutôt que médicale à l'accouchement et ainsi de diminuer l'anxiété. Zora (parturiente, 1 AMN transféré) dit en parlant de la maison de naissance que « ça fait moins peur parce qu'il n'y a pas tous ces appareils, les chambres étaient hyper belles, ça fait moins peur parce qu'il y a pas tous ces appareils ». Magali (parturiente, 1 AAD) trouvait « bien d'être à la maison, hors des machines ». Dans les maisons de naissance, les médicaments et machines sont en général rangés (je dirais cachés) dans des tiroirs et placards répartis dans toute la pièce. Certains équipements sont plus visibles, comme le monitoring à La Maison de Naissance, mais restent discrets et minoritaires par rapport aux autres éléments.

Dans l'accouchement à domicile, les sages-femmes utilisent les objets à disposition autour d'elle. Par exemple, Carole (parturiente 1 AAD) raconte en riant que la sage-femme a recousu sa déchirure avec « des lampes de notre maison, la petite lampe de chevet ». Si les femmes qui accouchent en maison de naissance peuvent être rassurées par la présence de matériel professionnel, celles qui accouchent à domicile apprécient de constater que des objets ordinaires peuvent suffire dans un contexte de complication légère. Cela révèle aussi l'ingéniosité et la capacité d'adaptation des sages-femmes à domicile qui ne sont pas sur leur terrain, mais les invitées du couple.

Quatrièmement, des outils non médicaux sont préparés pour faciliter le processus de l'accouchement. Plusieurs femmes ont par exemple loué, à leurs frais, une piscine d'accouchement³⁵⁶. Les sages-femmes peuvent aussi apporter un siège Maya si la parturiente souhaite accoucher accroupie en étant soutenue.

2.2. Préparer et soutenir le corps

De nombreuses sages-femmes et parturientes insistent sur la nécessité de préparer le corps afin d'être capable d'accoucher soi-même, en l'absence de techniques médicales. Les femmes s'investissent dans un « projet-santé »³⁵⁷ afin de maintenir la physiologie du processus et garantir son déroulement hors de l'hôpital. Toutes ont participé à des cours ou ateliers (parfois plusieurs): yoga, préparation à la naissance, sophrologie, haptonomie, natation prénatale, etc. Certaines suivent des cours privés afin d'axer leur préparation sur un accouchement sans péridurale par exemple.

Maria (parturiente, 3 AMN, 1 transfert) a ainsi fait « pas mal de sport » comme « grimper le Salève », « faire de la danse africaine » ou « éplucher [s]es légumes accroupie ». Elle considère que « l'utérus c'est un muscle, il se prépare. Il faut arriver à un accouchement *fit* physiquement. C'est athlétique, c'est pas... docteur accouchez-moi! ». Plusieurs femmes ont « préparé leur périnée » (Maya, parturiente, 1AMN transféré) pour limiter les déchirures: massages et/ou entraînement à l'aide d'un Epi No³⁵⁸. Pour Nadia (sage-femme AAM AAD) cette préparation permet à la femme de « maîtriser » son corps. Magali (parturiente, 1 AAD) s'était « entraînée pour la respiration » avec un sifflet prêté par la sage-femme.

³⁵⁶ La location coûte environ 150 francs (CHF) qui ne sont normalement pas pris en charge par l'assurance maladie.

³⁵⁷ Terme emprunté à Caïata-Zufferey (2014, 53)

³⁵⁸ Il s'agit d'un petit ballonnet à introduire dans le vagin et que la femme gonfle de plus en plus au cours des séances, jusqu'à atteindre 10 cm de diamètre. Celui-ci coûte de 100 à 150 francs (CHF) non remboursés par l'assurance maladie.

Les femmes sont également nombreuses à consommer spécifiquement certains aliments, à avoir recours à des préparations homéopathiques, à des tisanes en fin de grossesse, à des huiles essentielles: « j'ai pris les huiles essentielles, j'ai pris tous les sets homéo, enfin, tout ce que je pouvais, la phyto, tout le chenil, les omégas trois pour le bébé, enfin, tout ça » (Armelle, parturiente 4 AMN). Un des protocoles de La Maison de Naissance prévoit d'ailleurs « une attitude préventive durant la grossesse » pour favoriser la « délivrance physiologique du placenta » qui consiste à consommer des « Infusions d'ortie/feuilles de framboisier », avoir une « alimentation riche en Vit[amine] K en fin de grossesse (p.ex. légumes verts) ». La sage-femme de Maya (parturiente, 1 AMN transféré), voyant que son bébé risquait d'être gros, lui a demandé de faire un « régime » pour limiter la prise de poids du bébé et « éviter que ça bloque aux épaules ».

Pendant l'accouchement, la parturiente est encouragée à utiliser ses sensations comme guide. Pour Nadia (sage-femme AAD AMN) suivre les femmes favorise la physiologie puisque « c'est elles qui vont trouver le rythme, si elles ont envie d'aller se promener, d'être dans l'eau, sortir, danser avec leur mari, ou autre, c'est elles qui choisissent ». Elle souligne les nombreuses « ressources et compétences des femmes » qu'elles déploient lorsqu'« on les laisse délibérément choisir leur mode d'accouchement ». Pour Sylvie (parturiente, 1 AMN) si le corps de la femme n'est pas entravé par des techniques, les poussées se font « toutes seules »: « c'est comme une force intérieure », et nécessitent ainsi peu d'aide médicamenteuse ou mécanique.

Finalement ces personnes considèrent que « la nature est bien faite et puis qu'il y a quantité de petits détails qui aident à la naissance » (Géraldine, parturiente, 3 AAD). La protection de la physiologie passe ainsi par le fait de ne pas trop intervenir afin de laisser la parturiente et l'enfant bénéficier de différents apports. Il ne faudrait par exemple pas « couper le cordon rapidement » ou « vite laver les bébés » puisque « le vernix a une fonction protectrice » par exemple. Certaines femmes, parfois encouragées par leur sage-femme, ont aussi consommé leur placenta après la naissance, sous forme de granules homéopathiques ou de gélules. Elles souhaitent profiter des éléments nutritifs contenus dans le placenta et ainsi récupérer plus rapidement de leur accouchement et assurer une bonne mise en place de l'allaitement.

2.3. Préparer et soutenir le psychique

Les femmes se préparent également sur le plan psychique. Elles s'engagent dans un processus de socialisation à un nouveau système de valeurs, différent de celui qui leur a été transmis depuis leur enfance et renforcé pendant la grossesse. Cela passe par un travail que j'ai analysé dans le chapitre 11 autour du rapport à l'incertitude et au risque.

C'est aussi un travail plus général, un entraînement conscient de l'esprit, y compris dans le but de contrôler son corps. Lors de la projection d'un film par une association de sages-femmes, l'une d'entre elles prend la parole pour mettre en avant la socialisation à la médicalisation de la naissance qui est à casser progressivement par un travail pendant la grossesse:

il y a des modèles culturels mis dans la tête depuis l'enfance par les films, les bouquins... ça a porté leurs fruits. Et même si on propose aux dames de changer de position pendant l'accouchement c'est pas quelque chose que tu expérimentes à ce moment-là, c'est quelque chose qui se voit avant, qui s'expérimente des mois avant! Et au moment de l'accouchement, tu fais ce

qu'on te dit, ou au moins ce que l'espace te suggère (Journal de terrain, projection).

Les femmes ont consulté de la documentation axée sur leur projet. Livia et son partenaire (1 AMN transféré) par exemple ont « regardé des films sur la naissance, lu des livres sur la naissance naturelle ». Sylvie (parturiente 1 AMN) a commandé un « CD de sophrologie » pour « travailler la visualisation » de l'accouchement. La plupart a utilisé la documentation disponible sur internet et certaines ont participé activement à des forums comme Iris (parturiente, 1 mat, 2 AMN) et Armelle (parturiente 4 AMN).

Dans leur optique que la femme sait accoucher, les sages-femmes perçoivent leur rôle comme préventif, mais la plupart du temps quasiment inutile, en retrait. La sage-femme fait « un travail de veilleuse » pour Cleo (sage-femme AMN) : elle doit « être là », avoir « beaucoup de sens en éveil » mais « l'idéal est de laisser faire [la parturiente] ». Pour Karen (sage-femme AAD), son travail principal est de « transmettre à la femme que son corps va être capable d'accoucher. (...) notre rôle, pour que tout se passe bien, c'est d'aider la femme à développer sa confiance en elle, et du coup elles trouvent elles-mêmes ce qui est bien pour elles ». Elle est « de plus en plus convaincue » que ce n'est pas « ce qui vient de l'extérieur », c'est-à-dire ce que pourrait amener la sage-femme, qui favorise la physiologie, mais « ce qui vient de l'intérieur, de la femme elle-même ». La sage-femme est là pour favoriser ce mouvement d'écoute de soi et de confiance en la physiologie et sa capacité. Pour Evelyne (sage-femme AMN), c'est « la femme qui a le savoir, pas la professionnelle ! ». L'idée est que si la femme s'écoute et est reliée à ses ressentis, la naissance se passera bien, ainsi que la délivrance du placenta. Le protocole de « la délivrance physiologique » de la Maison de Naissance indique ainsi que « l'attitude de la sage-femme » doit être d'« encourager la femme à se concentrer sur son bébé, sur son corps et sur le processus de la délivrance en cours » pour en favoriser le bon déroulement. Les sages-femmes poussent les femmes à vivre une expérience incarnée, qui favoriserait le déroulement d'un processus normal³⁵⁹.

Pendant l'accouchement, les sages-femmes pensent que leur rôle est de s'assurer que la femme soit dans un bon état psychologique. Pour Cléa (sage-femme indépendante) « l'environnement psychique est extrêmement important pour que les choses se déroulent sans complication. Je l'ai vérifié mille fois, c'est-à-dire l'accouchement je dis toujours c'est la tête. Il faut soigner là-haut et après ici et là ça marche [elle désigne son ventre et son sexe] ». Lorsque une parturiente a rompu les eaux sans mise en travail, la sage-femme de La Maison de naissance s'est demandée si cela « n'était pas lié à l'histoire du troisième [bébé] qu'on retient »³⁶⁰ ou à des « choses profondes », hypothèses qu'elle met de côté après s'être entretenue avec les parents qui disent « être peut-être okay pour un quatrième [bébé] ». Elle me dit être particulièrement attentive à l'impact du psychique depuis une situation qu'elle a accompagnée et qu'elle considère comme son « cas d'école », pendant lequel la femme est restée très longtemps en pré-travail, sans que la situation n'évolue. En

³⁵⁹ Memmi (2014) montre comment le corps dans toute sa matérialité est central dans la définition des identités contemporaines, et que les professionnelles de santé incitent les personnes à se connecter à leur corps. J'ai particulièrement observé cette dimension dans l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Comme le montre Memmi, cela est aussi en partie vrai pour l'accouchement à l'hôpital autour de pratiques telles que la favorisation du « peau à peau » entre la mère et le nouveau-né, ou l'encouragement à l'allaitement.

³⁶⁰ Quelques sages-femmes m'ont dit qu'elles pensent que parfois, quand la mère est sûre que celui qui va venir au monde est son dernier enfant, elle le retient inconsciemment dans son ventre.

fin de journée « désespérée », elle « décide d'avoir une discussion » avec la parturiente tout en la massant : « Parfois des choses à l'intérieur de nous fait que la situation reste bloquée. Je vais te raconter une histoire pour te l'illustrer ». Cette histoire est celle d'une sage-femme américaine confrontée à une stagnation de la dilatation, liée, comme elle va le découvrir, à un blocage psychologique de la mère. Une fois ce blocage levé, la mère a accouché. L'histoire est finie et la sage-femme de La Maison de Naissance « voi[t] que la dame pleure doucement ». La femme lui dit : « je sais ce qui se passe, j'ai fait une analyse intérieure, je me suis sondée je pense que c'est avec mon papa j'ai rompu la relation conflictuelle il y a deux ans. Mon premier enfant n'a jamais connu mon père, et il ne sait pas que je suis enceinte ». La sage-femme commente : « ce truc lui pesait trop lourd sur son cœur ça bloquait tout, ça prenait en otage ». La mère a ensuite appelé son père et a laissé un message sur son répondeur. Le travail de l'accouchement aurait alors commencé et la parturiente « a accouché comme elle voulait, facile, dans l'eau ». La sage-femme considère que c'est « le luxe total d'avoir le temps pour aborder ces discussions » et est « vraiment contente de travailler dans un lieu où on a du temps pour ces discussions », ce qui n'est pas le cas à l'hôpital selon elle. Une fois qu'elle a eu cette discussion avec la mère « et que rien ne se débloque » pour autant, c'est alors qu'elle considère qu' « il y a une vraie raison physique [comme] un bébé mal positionné » qui nécessite un transfert.

Si l'idée de l'impact du psychique sur le physique est présente également en milieu hospitalier, elle l'est davantage en dehors. Les professionnelles ont plus le temps et la globalité de l'accompagnement attentif, y compris ce qui n'est pas médical, est ce qui fait leur spécificité et légitimité. Pour Coralie (sage-femme AMN), le manque de sages-femmes en maternité met en péril leur proximité avec les parturientes qui permet d'éviter l'anxiété et de faciliter l'accouchement: « [A l'hôpital] la femme qui arrive, on la met dans une chambre toute seule avec son monitoring et elle bombarde de contractions, la pauvre elle panique ! (...) la sage-femme n'est pas là, elle fait de la paperasse où est avec une autre dame. Le col va se crisper ».

Le fait de connaître à l'avance la sage-femme, et pendant plusieurs mois avant la naissance est vu comme un élément central de la sécurité psychique. C'est une condition pour pouvoir « lâcher prise », « se laisser aller » et se « fier à la sage-femme » (Natacha, parturiente 1 AMN). Pour Béatrice (parturiente, 3 AAD), cela a permis à la sage-femme de savoir ce qui la « rassurait » pendant l'accouchement. A La Maison de Naissance, bien que les sages-femmes n'assurent pas complètement un suivi global, dans les réunions de parents le fait d'avoir « besoin d'être en confiance, de connaître les sages-femmes » (journal de terrain, La Maison de naissance, réunion des parents) était une dimension centrale pour se sentir bien pendant l'accouchement. Magali (parturiente, 1 AAD) est « persuadée qu'[elle] ne se serait pas autant lâchée à la mat", alors qu'elle a pu être dans une « sorte de non-pudeur totale » chez elle. Pour Karen (sage-femme AAD) « l'accompagnement et la continuité des soins, comme le fait d'être très à l'écoute » est ce qui constitue la particularité d'un suivi sage-femme, qui favorise le bien-être de la femme et donc la physiologie de son accouchement.

Les sages-femmes apposent parfois des interprétations rapides sur les situations qui sont potentiellement culpabilisantes pour les mères. Comme à La Maternité, la non-progression de l'accouchement peut être associée à des blocages psychologiques ou à une incapacité à lâcher prise, plutôt qu'à des caractéristiques physiologiques sur lesquelles les femmes n'auraient pas d'impact. Plusieurs femmes ont parfaitement intégré ce discours et se

culpabilisent en cas de complications³⁶¹: Maé (parturiente, 3 AAD, 1 transféré) pense qu'elle ne « serai[t] pas capable de [s]e dire c'est comme ça » en cas de complications, mais se demanderait « à quel moment je me suis mal préparée pour en arriver là ? ».

La responsabilisation individuelle pour se préparer et maintenir la physiologie de l'accouchement a ainsi un coût pour les femmes. En dehors de ces situations, les parturientes m'ont rapporté que la présence de la sage-femme était très précieuse pour les rassurer puisque la plupart rapportent avoir éprouvé un sentiment puissant de « peur » à la fin de leur accouchement. Pour Natacha (parturiente, 1 AMN), sa sage-femme a représenté « un point de repère » pour savoir que tout « allait bien », ce qui l'a rassurée.

La sage-femme a ainsi un rôle de soutien à la parturiente et le savoir de cette dernière est valorisé, ce qui participe à redéfinir les rapports de pouvoir entre la professionnelle et la parturiente.

2.4. *Préparer pour réguler ?*

Si dans le discours des sages-femmes et des mères, la préparation de l'espace, du corps, du psychisme est un processus nécessaire pour garantir le maintien de la physiologie, il constitue également un instrument de régulation des corps, et de reproduction de la manière dont doit se passer un accouchement en dehors de l'hôpital.

La préparation sous-entend que, bien que le processus soit normal et naturel, il faut agir pour qu'il se passe bien. Si la femme et le conjoint sont plus actifs que dans le contexte de l'hôpital, la sage-femme comme professionnelle de santé reste un élément central du dispositif. La valorisation de l'intimité, en excluant du moment les personnes extérieures au couple, renforce sa centralité (plusieurs sages-femmes sont d'ailleurs réticentes à ce que la parturiente soit entourée de nombreux accompagnants comme ses enfants aînés, sa famille voire des étudiantes sages-femmes³⁶²). La recherche d'intimité justifie pour elles que l'accouchement se joue de préférence entre les parents et des personnes initiées. Respecter l'intimité du couple fait d'ailleurs figure d'injonction³⁶³. Pour Julie (sage-femme AAD) « le bébé il a pas besoin tout de suite de voir tout le monde, c'est l'intimité du bébé aussi (...) Qu'ils découvrent eux [les parents] ce bébé avant que, progressivement bon ok ils le présentent, à d'autres gens, élargir le cercle, la famille, les amis ».

Certaines formes de régulation des corps sont visibles. Elles concernent celui des conjoints, à qui des attentes en matière de ce qui peut être dévoilé de ce qui ne doit pas l'être, sont transmises lors des cours de préparation à la naissance. Lors de toutes les séances auxquelles j'ai assisté, qui regroupent les parents dont le terme de la grossesse est proche

³⁶¹ D'autres parturientes ont tenté de résister à ces interprétations psychologiques, et les ont en tout cas critiqués lors de notre entretien.

³⁶² Patricia (sage-femme AAD AMN) par exemple redoute la présence de personnes extérieures au couple: « j'aime moins les beaux-parents, les familles où il y a une grande proximité et tout le monde est là, on observe tout ça, j'aime pas tellement, ça me gêne, je me sens vite envahie et puis surtout... je projette probablement, j'en sais rien, de me dire la pauvre femme elle va pas pouvoir être elle-même parce qu'il y a tout le monde qui la regarde, qui lui pose sans cesse des questions, aimerait savoir son état de santé ». Si la sage-femme avance l'argument de la difficulté à « lâcher prise » en présence d'autres personnes, c'est aussi le fait que ça risque de la gêner elle, comme professionnelle, qui est présent dans son discours.

³⁶³ L'injonction est tout de même moins forte qu'à La Maternité puisque les sages-femmes n'interdisent pas aux femmes de venir avec les personnes qu'elles souhaitent. Toutes ont déjà accompagné de tels accouchements.

ainsi que les sages-femmes, il est rappelé aux pères qu'ils sont « les bienvenus dans la baignoire [d'accouchement] » pour autant qu'ils « prennent leur maillot de bain ! » (Journal de terrain, La Maison de naissance).

La régulation concerne aussi le corps des femmes. La revendication de l'intimité participe du maintien à l'écart de la vie sociale de l'accouchement et du corps féminin « indiscipliné », au sens de Norbert Elias, de la femme qui enfante. Lors d'une communication dans le cadre de la journée internationale des sages-femmes, une sage-femme de l'équipe de La Maison de Naissance indique que certaines demandes des parents ne sont pas acceptées, comme celle « d'accoucher sous le cèdre » du jardin. La sage-femme le justifie par des questions « de matériel » à déplacer, « d'hygiène », mais surtout elle considère que « c'est plus adéquat d'être à l'intérieur vis-à-vis des voisins ». Institutionnaliser l'accouchement, en le prenant en charge dans un hôpital ou dans une maison de naissance, permet d'assurer la séparation avec l'extérieur la vie sociale habituelle, l'accouchement à domicile est aussi une tactique, bien que différente, de prise en charge des corps et des conduites.

Dans le secret du domicile, l'accouchement est encore plus à l'abri des regards. Les femmes disent que leur corps peut plus s'exprimer, être plus libre, mais il peut l'être dans ce cadre précis, défini, protégé et préparé. Géraldine (parturiente, 3 AAD) étant « très prude » et considérant l'accouchement comme « très intime », l'idée d'accoucher à l'hôpital la « gênait énormément », raison pour laquelle elle a « cherché une autre solution » pour garder « ça secret ». Armelle (parturiente 4 AMN) voulait elle aussi « être toute seule avec [s]on mari et [s]a sage-femme » car elle ne voulait « pas qu'on [la] voi[e] nue ». Elle a accouché en maison de naissance plutôt qu'à domicile car elle préférerait accoucher « dans une structure » qui lui permette de « crier comme [elle] veu[t] », sans crainte que ses voisins ne l'entendent. Hélène (parturiente, 1 AAD) « aimai[t] l'idée que ça se passe avec les gens où [elle a] la confiance de [s]e montrer comme ça. (...) de faire tout ça, hurler, déformer le visage, taper, d'être bête comme ça ». Pour Béatrice (parturiente, 3 AAD) également ce n'est qu'à cette condition qu'elle a pu « crier ou pleurer », « exprimer ce côté primaire », et éviter d'avoir à se demander si elle s'était « épilé les jambes » ou si elle risquait de « faire caca pendant l'accouchement ».

La préparation de l'espace est d'ailleurs directement en lien avec la nécessité de contrôler les déjections du corps. Chez Chloé (parturiente, 1 AMN transféré), « il y a de la moquette par terre, donc il fallait quand même 'faire gaffe' », avec « le sang ». C'est d'ailleurs ce qui a retenu son mari de choisir l'accouchement à domicile, elle l'imite en plaisantant « 'ça va pas être possible, déjà ça va tacher' [rit], c'est son gros souci, ça va tout salir ». Accoucher à La Maison de Naissance apparaît comme moins transgressif. Cependant, à domicile des préparations sont faites par le couple pour rendre ce lieu d'accouchement acceptable. Les femmes / couples qui ont fait ce choix ont préparé le matériel et équipé le lit et le canapé avec des bâches en plastique et des draps propres, ont retiré les tapis et tiré les rideaux. Une bassine (pour recueillir le placenta) et sacs poubelle sont aussi prévus, tout comme des alèses en quantité suffisante pour « mettre au propre » les femmes (c'est-à-dire retirer les protections souillées par du sang ou des selles au fur et à mesure). L'« administration des restes » (Memmi 2015) n'étant pas instituée, c'est aux femmes et à leur conjoint, souvent avec l'aide de la sage-femme, de s'en charger³⁶⁴. La prise en charge dans l'espace

³⁶⁴ Le placenta est soit détruit par la sage-femme, soit conservé par les femmes dans leur congélateur le temps de le jeter de manière adéquate, de l'utiliser sous forme de gélules, ou de le planter lors d'un

domestique retiré de la vie sociale permet de réaliser ces pratiques sans susciter le dégoût des autres³⁶⁵.

Si dans le contexte de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance les sages-femmes et les femmes considèrent que l'accouchement est un processus naturel qui ne nécessite aucune intervention la plupart du temps, l'analyse de leurs pratiques révèle qu'elles sont loin de rester passives. Les parturientes prennent ainsi en charge leur santé et s'investissent dans des pratiques préventives (souvent aidées de leur conjoint) : elles préparent l'espace du lieu d'accouchement, leur corps et leur psychisme afin de favoriser la physiologie. Cela passe, pour certaines d'entre elles, par des investissements financiers pour acheter du matériel, ou suivre des cours.

La préparation peut ainsi constituer une sorte de distinction sociale. Même si l'accouchement à domicile ou en maison de naissance est théoriquement accessible à toutes du fait qu'ils sont pris en charge par l'assurance maladie (ou presque, puisque accoucher en maison de naissance implique une participation à certains coûts), il est de fait apparemment majoritairement utilisé par des femmes d'un niveau social supérieur³⁶⁶. Jonathan (conjoint, 1 AMN transféré) reconnaît que l'accouchement à domicile correspond à un certain « profil », des « gens qui ont un niveau de vie à l'aise (...) qui ont les moyens financiers d'aller en maison de naissance ». Lui et sa compagne ont « dû déboursier 1500 francs entre l'hôtellerie et les cours de préparation à la naissance qui n'étaient pas remboursés ». Sylvie (parturiente, 1 AMN) qui vit en France et bénéficie de la sécurité sociale a accepté de prendre en charge une partie des coûts de l'accouchement pour pouvoir accoucher en maison de naissance en Suisse, l'option étant inexistante en France à l'époque. Celle-ci « a été remboursée à 80% de ce que la LAMAL rembourse », et affirme qu'elle « étai[t] prête à payer un peu pour ce qu' [elle] voulais[t] »³⁶⁷. Les sages-femmes craignent d'ailleurs que la sélection sociale se renforce tant les négociations avec les assureurs sont difficiles : « ce que je crains c'est qu'on ait de plus en plus une population de luxe. Ça veut dire que ce soit seulement ceux qui ont les moyens qui peuvent se permettre d'accoucher à l'extérieur [de l'hôpital] » (Khadija, sage-femme AAD AMN).

La prestation est de luxe par rapport à ce qui est proposé par le système hospitalier classique: chambre seule en maison de naissance (donc absence de mixité sociale de fait), possibilité d'avoir la même sage-femme pendant les consultations, et les suites de couche, ainsi que pendant l'accouchement dans le cas de l'accouchement à domicile et dans la plupart des maisons de naissance, possibilité de joindre sa sage-femme par téléphone en dehors des consultations, service hôtelier personnalisé (horaires flexibles, choix du menu),

moment rituel de célébration de la naissance de l'enfant (voir Memmi (2014) pour une analyse de ces pratiques). Les « restes » considérés comme déchets en milieu hospitalier sont souvent investis et valorisés (en tout cas le placenta et le cordon ombilical) par le couple. Prévoir des rituels autour de la transformation du placenta peut constituer des moyens de gérer le tabou.

³⁶⁵ Certaines femmes ont tout de même rapporté les sentiments de gêne et/ou de dégoût éprouvés par des membres de leur entourage lorsqu'ils se sont retrouvés accidentellement face à un placenta dans le congélateur.

³⁶⁶ Je ne dispose pas de données statistiques pour mesurer et confirmer cette hypothèse. Je relève qu'elle tend à être confirmée par d'autres travaux qui utilisent des méthodes qualitatives, comme ceux de Jacques (2007).

³⁶⁷ L'expérimentation des maisons de naissance en France étant pour le moment restreinte et inégalement répartie sur le territoire ne va pas nécessairement mettre fin à ce tourisme médical, uniquement accessible aux personnes disposant de ressources financières suffisantes.

possibilité pour les conjoints et les enfants aînés de rester dormir à La Maison de Naissance et d'y manger.

Des pratiques identifiées comme typiques des classes moyennes et supérieures par Le Breton (2010b) s'y pratiquent, issues des médecines parallèles ou s'y apparentant : médecine chinoise, homéopathie, yoga, autohypnose³⁶⁸ par exemple, ou issues des mouvements écologistes: couches lavables, utilisation de produits biologiques, etc. Le « bon goût » de la décoration et plus généralement du cadre que j'ai décrit précédemment marque aussi l'appartenance de classe des personnes qui fréquentent les lieux. La mise en scène de l'espace s'inscrit dans ce processus de distinction sociale décrit par Bourdieu ([1975] 2015). Il est possible que la mise en scène de ce « bon goût » freine des femmes à investir le projet de l'accouchement extrahospitalier qui a l'apparence d'une prestation réservée à une élite économique, et surtout intellectuelle.

Pour Cleo (sage-femme AMN), c'est toujours « la même frange de la population » qui a « réfléchi à quelle manière cet enfant pourrait naître », elle cite « les enseignants, les artistes », qu'elle oppose à « toute une partie de la population » qui « sont un peu comme des moutons ». Pour elle, il y a cependant une autre « frange de la population qui serait très ouverte à l'accouchement naturel » de « par leur culture » mais à qui il est beaucoup plus difficile d'accéder. Cleo aimerait que La Maison de Naissance « s'ouvre » beaucoup plus à ces femmes qui ne « savent pas que ça pourrait se faire ici », d'autant que « tout est remboursé par la Lamal ». Elle aimerait que ce type d'accouchement « ne soit pas réservé à une élite, à des gens qui ont de l'argent et qui peuvent se payer le projet qui leur tient à cœur ». Si Cleo aimerait que ces prestations soient plus accessibles (elle est d'ailleurs active dans plusieurs projets qui vont dans ce sens, notamment avec des femmes migrantes), ses propos attestent de l'accès limité de la Maison de Naissance à une population socialement favorisée.

Plusieurs femmes que j'ai rencontrées ont d'ailleurs hésité à accoucher en dehors d'un hôpital, en voulant se distancier du processus de distinction qu'elles voyaient à l'œuvre dans ce type de choix. C'est par exemple le cas d'Aurélie (parturiente 2 AAD) : « j'avais un peu l'impression que c'était un truc de bobos que d'accoucher à la maison [rire] et puis j'avais envie de faire comme les prolos ['prolétaires'] et puis tout le monde et puis d'accoucher à la mat' et puis de pas donner trop d'importance à moi et à mon confort, etc. ». Pour ces femmes, l'accouchement à domicile plutôt qu'en maison de naissance est tout de même un choix plus militant. Parmi les sages-femmes hospitalières que j'ai rencontrées, certaines approuvaient l'accouchement à domicile (plusieurs ont fait ce choix pour leur propre accouchement), mais tenaient à poursuivre leur engagement à l'hôpital auprès du « tout venant »³⁶⁹.

³⁶⁸ En Suisse, ces prestations sont couvertes (partiellement la plupart du temps) uniquement par des assurances complémentaires privées.

³⁶⁹ Je fais l'hypothèse que les effets de distinction ne sont pas uniquement visibles dans les interstices de l'accouchement extrahospitalier qui ne concernent qu'une minorité de femmes en Suisse, mais le sont aussi, et certainement davantage (même si l'enquête que j'ai conduite ne me permet pas de le déterminer), dans le contexte de l'accouchement en clinique privée. Des recherches ultérieures devraient ainsi être conduites pour analyser et confirmer que les processus de distinction, dans le cadre de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, se font aux deux extrémités de la technicisation de la naissance: la moindre technicisation de l'accouchement à domicile, et l'importante technicisation des cliniques. Ces deux extrêmes se rejoignent cependant et se distinguent de l'accouchement en hôpital public: même professionnel accompagnant la grossesse,

3 Construire la sécurité: « c'est pas que je me jette par la fenêtre sans cordes!³⁷⁰ »

Les parturientes et les sages-femmes insistent sur leur prise en compte consciencieuse des risques et sur les protections opérantes qu'elles mettent en place pendant la grossesse et l'accouchement pour construire et maintenir la sécurité. Jessica (parturiente 4 AAD) l'affirme, accoucher à domicile ce n'est pas se « jete[r] par la fenêtre sans corde[s] », c'est-à-dire sans protections face aux risques. Il s'agit d'une part de trier les risques et d'autre part de pouvoir agir en cas de complications.

3.1. Trier les risques

Le premier pilier de la construction de la sécurité passe par le tri des risques de la grossesse jusqu'au post-partum. Seules les grossesses et accouchements considérés comme physiologiques et simples pourront être pris en charge à domicile ou en maison de naissance: « notre sélection de départ doit être bien faite, ce sont des grossesses qui vont bien, et l'accouchement *a priori* se présente bien »³⁷¹ (Patricia, sage-femme AAD AMN). Ce tri des risques s'organise autour de trois dimensions intégrées et complémentaires: le dépistage et la surveillance qui passent par un savoir médical et l'utilisation de machines, l'expertise professionnelle de la sage-femme qui s'exerce grâce au sens clinique affûté et enfin les ressentis maternels. A La Maison de Naissance, les situations qui ne peuvent être prises en charge sont répertoriées dans un protocole³⁷². Par ailleurs, celui-ci mentionne que « chaque grossesse est discutée et acceptée par toute l'équipe de la maison de naissance », ou n'est pas acceptée du tout. C'est-à-dire que dans des situations « de gris » chaque membre de l'équipe doit être d'accord sur le tri des risques, et doit le rester tout au long du suivi, sous peine du transfert vers un médecin³⁷³.

La prise en charge médicale de la grossesse est utilisée pour trier et catégoriser les risques. Une anamnèse détaillée est réalisée par la sage-femme, des analyses de sang et d'urine sont faites régulièrement par la professionnelle ou déléguées au laboratoire, des appréciations cliniques et techniques sont effectuées par la sage-femme qui dispose de matériel (prise de la tension artérielle, occultation des bruits cardiaques fœtaux, mesure de la hauteur de l'utérus, estimation du poids du fœtus, contrôle de la prise de poids de la femme, vérification de l'absence d'œdème, etc.). Deux échographies³⁷⁴ sont faites au cours

l'accouchement, et suite de couches, chambre non partagée évitant la promiscuité avec d'autres mamans, suivi pouvant être davantage personnalisé, etc.

³⁷⁰ Jessica (parturiente 4 AAD)

³⁷¹ Je rappelle que les Règlements cantonaux qui encadrent la profession de sage-femme prévoient que celles-ci ne sont autonomes par rapport aux médecins que dans la physiologie.

³⁷² Sont mentionnées: les grossesses gémellaires, les présentations en siège, les excès ou insuffisance de liquide amniotique, les malformations fœtales, le diabète gestationnel, la césarienne antérieure (ce critère est actuellement rediscuté par les sages-femmes), l'hypertension artérielle et les « pathologies » sans que cette catégorie soit davantage précisée.

³⁷³ L'équipe étant hétérogène (niveau d'expérience et nature de l'expérience (pratique des accouchements à domicile ou pratique hospitalière)), des désaccords surviennent parfois sur la catégorisation des risques. Des discussions peuvent être organisées, mais en général le groupe se plie à l'avis de la personne qui estime que la situation est trop risquée pour faire l'objet d'une prise en charge extrahospitalière, puisque toutes les sages-femmes doivent pouvoir accompagner l'accouchement (je rappelle que La Maison de naissance fonctionne sur un système de garde).

³⁷⁴ Ces deux échographies correspondent à ce qui est prévu par la LAmal pour une « grossesse normale » Comme le rappelle le FAQ proposé par l'Office fédéral de la santé publique:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04114/11250/11263/index.html?lang=fr>
(consultée le 10 août 2016)

de la grossesse, parfois davantage en cas de suspicion d'un problème. Cet examen implique nécessairement un médecin. Julie (sage-femme AAD) considère que « c'est bien de pouvoir savoir plein de choses que nos grand-mères pouvaient pas savoir ». L'« échographie » en particulier permet d'éviter « de se retrouver avec des jumeaux à la maison », situation qu'elle n'aurait « pas les moyens de prendre en charge ». Toutes ces surveillances sont reportées dans le dossier médical de la parturiente.

Pour plusieurs femmes, le fait de vivre une grossesse dans laquelle « tout se passait bien », une impression confirmée par les résultats d'examens réguliers, a été un élément rassurant de leur choix d'accoucher en dehors d'une structure hospitalière: « en fait, comme chaque test se révélait super positif, j'avais encore moins de doutes » (Carole, parturiente, 1 AAD). La normalité de la grossesse est un critère obligatoire pour elles : ce n'est que « pour autant qu'il n'y ait pas d'alertes avant » que Chloé (parturiente, 1 AMN transféré) considère que l'accouchement peut avoir lieu hors de l'hôpital. Selon Jessica (parturiente, 4 AAD) « il n'y a personne qui dit on va faire un accouchement en siège à la maison (...) on n'est pas complètement folles ! ». Pour elle c'est parce que « nous [en Suisse] on a tout pour vérifier que tout va bien » (elle cite « échographie » et « le monitoring ») qu'elle « ne pense pas que la naissance c'est un moment à risques ».

Pendant l'accouchement, les sages-femmes considèrent que leur rôle est de détecter précocement les complications pour agir avant qu'elles ne soient graves. Pour Khadija (sage-femme AAD AMN) c'est indispensable « d'anticiper beaucoup plus les choses » puisque « on n'est pas dans un milieu hospitalier où le médecin est juste derrière la porte ». Cette détection est facilitée par leur présence en continu auprès de la parturiente et leur connaissance de celle-ci qui leur permet de mieux distinguer ce qui est anormal pour cette femme : « les besoins sont identifiés à mon avis plus tôt, la sage-femme sait tout de suite si y'a un problème qui se profile » (Géraldine, parturiente, 3 AAD). Cette détection passe par le recours à des outils médicaux de surveillance de l'accouchement: touchers vaginaux (même s'ils sont plus espacés qu'à l'hôpital), écoute régulière des battements cardiaques fœtaux à l'aide d'un Doppler portatif, prise de température de la parturiente, détection de la position et de la hauteur du fœtus et report des données dans un partogramme³⁷⁵. Juste après la naissance, du matériel est utilisé (ou peut l'être) pour diagnostiquer d'éventuels problèmes chez le nouveau-né: thermomètre (pour déceler une température anormalement élevée ou basse), stéthoscope pédiatrique (pour déceler par exemple un problème cardiaque), saturimètre (pour mesure l'oxygène dans le sang). Les sages-femmes ne font pas de Ph au cordon, mais attribuent un score d'APGAR comme à l'hôpital. Celui-ci peut être déterminant pour décider de passer la main (transfert).

Partager les données de ces surveillances avec les parents est parfois utilisé par les sages-femmes comme un moyen de leur confirmer la bonne santé du fœtus et le bon déroulement de l'accouchement, et ainsi les rassurer.

Quand la sage-femme utilise le Dotpon, elle tourne l'écran vers la parturiente pour qu'elle puisse lire le chiffre qui indique le rythme cardiaque fœtal. A un moment, elle lui dit « là on ne voit pas le chiffre car on n'entend pas assez fort les bruits, mais il va tout bien », puis, « voilà là on devrait voir les chiffres,

³⁷⁵ Certaines utilisent le modèle de partogramme de l'OMS, d'autres ont construit le leur, souvent sur le modèle de celui de La Maternité (j'ai constaté qu'ils sont similaires). Elles insistent sur le fait que « c'est obligatoire d'avoir un partogramme, c'est une pièce médico-légale » (Karen, sage-femme AAD).

c'est le cas. Bonnes accélérations à 150-160, c'est super, c'est parfait »
(Journal de terrain, La Maison de naissance)

Si certaines femmes qui accouchent à domicile négocient une utilisation restreinte des outils médicaux de surveillance, la plupart apprécient qu'ils soient utilisés. Géraldine (parturiente 3 AAD) par exemple a « idéalement toujours dit qu'elle ne voulait pas [de toucher vaginal] pendant l'accouchement » mais avoue que « chaque fois finalement j'aimerais bien savoir ».

Même si les sages-femmes sont globalement seules à suivre la grossesse et à accompagner l'accouchement, plusieurs ont développé des possibilités d'appeler une ou plusieurs collègues en cas de doutes sur la situation. Pour Julie (sage-femme AAD), un deuxième avis avec une sage-femme qui a « un regard neuf » sur la situation peut aussi constituer un « garde-fou » quand la première sage-femme est « prise affectivement » ou « fatiguée », elle ramène de « l'objectivité » dans la situation et peut poser des limites³⁷⁶. Par ailleurs, être deux au moment de la naissance est une pratique défendue par plusieurs sages-femmes pour permettre la sécurité: une pouvant s'occuper de la mère, l'autre du bébé en cas de problèmes³⁷⁷.

La parturiente fait également équipe avec la sage-femme pour trier les risques: ses sensations sont considérées comme un signal d'alerte efficace. Les femmes apprécient que leurs perceptions corporelles soient requalifiées par rapport à un contexte hospitalier qui les prend peu en compte, privilégiant les mesures objectivées effectuées par des machines ou des professionnelles : « Si quelque chose cloche, je le sentirai » assure Maé (3 AAD, 1 transféré) pour qui « l'intuition, c'est vraiment l'écoute des micro-signaux du corps ». Pour elle, c'est une des raisons pour lesquelles il faudrait éviter de multiplier « les machines de surveillance qui coupent la symbiose au corps ». Elle critique le dispositif obstétrical où les médecins « font trop confiance à l'externe, le toucher [vaginal], le monitoring, la prise de sang », sans « jamais prendre en compte le ressenti intérieur ». Danaé (sage-femme AAD) adopte la même position en critiquant des techniques « schizophrénisantes » qui « rassurent le mental » mais finalement « désécurisent » en créant de la « dissociation chez beaucoup de femmes » par rapport à « ce qui se vit à l'intérieur ». Cette posture est le signe d'une confiance accordée à la mère et ses sensations, socle d'une confiance mutuelle et d'un partenariat: « à l'hôpital la sage-femme elle ne questionne jamais la maman de comment ça se passe de l'intérieur. La sage-femme à la maison elle fait beaucoup plus confiance à la maman » (Malika, parturiente, 1 AAD). Le discours de Karen exprime bien la différence entre la situation à l'hôpital (la majorité de mes observations confirmant ces constats) et à domicile quant à la place respective des professionnelles et des parturientes :

A la maison, c'est la femme qui accouche, nous on est juste là pour aider un tout petit peu, encourager, contrôler que tout se passe bien, qu'il y ait pas de complications, on est là, assez discrètes et on laisse faire la femme. Parce qu'on part du principe que la femme c'est elle qui accouche et puis c'est elle qui

³⁷⁶ Pendant le suivi de la grossesse, recueillir d'autres avis est plus aisé puisque la sage-femme dispose de davantage de temps. Les sages-femmes ont un « répondant » à la Maternité, il s'agit d'un des médecins adjoints, avec qui elles peuvent communiquer par email ou téléphone si elles ont un doute sur la catégorisation des risques et le suivi à apporter.

³⁷⁷ La possibilité de travailler davantage en équipe est un argument important dans le choix d'exercer en maison de naissance pour les sages-femmes. Bien que les autres essaient de reproduire cette possibilité, elle reste limitée et cette solitude peut représenter un fardeau pour les sages-femmes accoucheuses à domiciles les plus isolées. Julie (sage-femme AAD) estime que cela l'a longtemps « freinée », le fait de « devoir aller seule au front », de ne « pas être soutenue par une équipe » dont les « collègues peuvent rattraper si on fait une 'connerie' ». Il lui a fallu acquérir « beaucoup d'expérience » avant de pouvoir « assumer cette solitude de l'indépendante ».

a la capacité, qui a la force, qui a l'énergie, qui a tout ça pour accoucher et puis on essaie de pas trop la déranger. A l'hôpital, c'est tout le contraire. La femme elle arrive : 'j'ai des contractions faites quelque chose, enfin voilà je veux mon bébé quoi!' Et puis elle veut pas avoir mal, elle est beaucoup plus assistée, elle va accoucher sur un lit, donc voilà c'est assez la grosse différence. (Karen, sage-femme AAD)

Les sens de la sage-femme contribuent enfin à la détection et au tri des risques. Les outils médicaux de surveillance, en particulier les touchers vaginaux, ne sont pas les seuls moyens pour repérer un accouchement qui évolue vers la pathologie. S'assurer qu'il progresse bien passe par une observation fine du comportement de la mère (et de ses modifications), puis du nouveau-né lorsqu'il est né, des appréciations qui échappent partiellement à une mise en chiffres. Certaines sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile font également très peu de touchers vaginaux en cours de travail. Karen (sage-femme AAD) par exemple me dit en faire « un au tout début quand j'arrive pour me faire une idée », puis n'en fait plus si elle « voit que tout va bien, que ça avance ». Elle en refait un si elle voit « que ça traîne », ou en fonction de la demande de la parturiente. Quand je lui demande comment elle détecte une stagnation d'un travail qui avance convenablement, en l'absence de touchers vaginaux elle me dit :

C'est difficile à expliquer ! C'est un feeling. C'est pas sûr à 100% mais ça se sent, ça se voit : il émane une grande force des femmes quand ça se passe bien. Quand je sens qu'il y a un grand découragement qui gagne la parturiente, mais qu'on n'est pas encore vers la fin et que ce découragement persiste, je sais qu'il y a quelque chose qui cloche. Je le vois à l'attitude générale de la femme (Karen, sage-femme AAD).

Pour Cleo (sage-femme AMN) il s'agit d'avoir « une attention très grande pour les moindres signes qui pourraient être détectés pour intervenir, mais sans être obnubilée par ça ». Cette surveillance dépasse la simple interprétation d'un monitoring, pour Cleo « cela demande beaucoup de sens en éveil », c'est-à-dire que la sage-femme agrège différents paramètres qu'elle récolte en utilisant plusieurs de ses sens, et en s'appuyant sur les ressentis de la parturiente. Les sages-femmes essaient ainsi de développer continuellement leur sens clinique et de s'y fier par rapport à l'hôpital, d'autant plus qu'elles considèrent que chaque accouchement est spécifique et donc qu'elles doivent être en mesure d'adapter leur prise en charge.

La surveillance et l'appréciation de la physiologie est ici moins médiée par les machines qu'à l'hôpital, et en tout cas ne s'y limite pas. La surveillance continue et intrusive (par des touchers vaginaux ou les machines) est moins présente et surtout moins visible. La sage-femme reste cependant concentrée en permanence et effectue une surveillance diffuse et complexe puisqu'elle combine différentes sources d'informations et d'outils (la technologie médicale, l'expertise professionnelle – qui passe par les sens –, les ressentis maternels).

Cette surveillance est d'autant plus importante que les sages-femmes considèrent qu'elles ne peuvent se permettre de manquer des signes annonciateurs d'une complication, puisqu'elles disposent de beaucoup moins d'outils qu'à l'hôpital pour les rattraper s'ils se produisent (pas de médecins, pas de médicaments puissants à disposition, pas de bloc de césarienne, etc.). La nécessité de cette surveillance complexe qui permet de trier efficacement les risques explique que la plupart des sages-femmes que j'ai rencontrées estiment qu'il est nécessaire d'être expérimentées pour accompagner des accouchements

extrahospitaliers et ainsi d'avoir travaillé plusieurs années en salle d'accouchement à l'hôpital³⁷⁸.

3.2. Agir en cas de complications: outils médicaux et outils de sages-femmes

Le second pilier de la construction de la sécurité est la capacité à agir en cas de complication. Si la surveillance et le tri des risques sont cruciaux, les sages-femmes et les parturientes veulent démontrer qu'elles ne sont pas complètement démunies si une complication parvenait tout de même. Elles sont en effet conscientes du fait que tout ne peut être anticipé. Elles ont développé une palette d'outils variés qui va des médecines parallèles à la médecine allopathique, en passant par une construction de techniques du corps, d'habiletés, et de pratiques propres au métier de sage-femme accoucheuse.

3.2.1 Une science de la maïeutique pour consolider l'indépendance

Les sages-femmes à domicile et en maison de naissance se sont appropriées de multiples moyens et techniques issus des médecines dites parallèles pour prévenir ou gérer les complications suffisamment en amont pour éviter de dépendre des médecins et de leurs outils. Il s'agit notamment de l'homéopathie, de la phytothérapie, des huiles essentielles, de l'acupuncture, de l'autohypnose.

Quand la sage-femme d'Hélène (parturiente, 1 AAD) a considéré que le rythme de dilatation n'était pas assez soutenu, elle lui a proposé un « boost homéopathique », qui va permettre d'intensifier les contractions utérines. Un « cocktail » est aussi régulièrement utilisé par les femmes, sur indication de la sage-femme, lors d'un dépassement de terme, afin de déclencher l'accouchement. Cela permet aux femmes de ne pas rompre avec leur projet d'accoucher en dehors d'un hôpital, mais révèle qu'elles ne sont pas complètement fermées à des interventions sur le corps. Cette « potion » (Armelle, parturiente 4 AMN) ou « cocktail magique » (Jessica parturiente, 4 AAD) a été utilisé pour « déclencher » plusieurs des accouchements de ces femmes. Jessica assure que c'est la prise de ce mélange qui lui a évité de « casser tous [leurs] plans » par un « déclenchement à l'hôpital après dix jours de retard ». Elle me donne la recette: « l'huile de ricin mélangée à plein d'autres choses, du champagne, du jus d'abricot, des huiles essentiels, verveine et autre ».

L'existence de cette préparation est connue par la majorité des femmes que j'ai rencontrées, et par toutes les sages-femmes. Celui-ci est cependant controversé puisque aucune recherche n'existe, ce qui ne permet pas de se prononcer sur son innocuité. Plusieurs sages-femmes m'ont signalé que ce mélange provoque régulièrement de violentes diarrhées et qu'elles ne sont pas rassurées par les possibles effets secondaires que celui-ci peut produire. Elles essaient de s'en passer au maximum. La sage-femme de Livia (parturiente, 1 AMN transféré) s'est ainsi contentée de faire « trois décollements »³⁷⁹, mais pas de lui proposer le mélange. Celui-ci fait cependant partie de la palette d'interventions dont

³⁷⁸ Une sage-femme de la Maison de naissance m'a même confié que cela constituait pratiquement une condition pour y être recrutée.

³⁷⁹ Un décollement (des membranes) consiste à ce que la sage-femme introduise un doigt dans le vagin de la parturiente et le fasse glisser entre l'entrée du col de l'utérus et la poche des eaux. Le but est de libérer des prostaglandines qui pourront aider à démarrer le travail de l'accouchement. Cet acte est aussi pratiqué par les médecins.

disposent les sages-femmes pour éviter un transfert vers l'hôpital et conserver leur indépendance sur la prise en charge de la situation³⁸⁰.

Du côté des femmes, je n'ai pas rencontré de réserve à l'égard du cocktail de ricin. Comme c'est un mélange considéré comme naturel, sans médicaments, il est pensé comme inoffensif, au pire inefficace. Les outils parallèles ne sont pas considérés comme comportant les mêmes risques que les outils de la médecine traditionnelle. Jessica (parturiente, 4 AAD) par exemple refusait un déclenchement de son accouchement par des médicaments à l'hôpital, tout en acceptant « un cocktail » préparé par sa sage-femme. Je lui demande la différence:

Ben déjà c'est naturel, donc je pense que si tu n'es pas prête à accoucher, tu [n'] accouches pas. (...) alors que l'ocytocine, c'est quand même une hormone très puissante, donc c'est quelque chose qui va forcément marcher, même si l'enfant [n'] est pas prêt à arriver. (Jessica, parturiente 4 AAD)

Des outils pour atténuer la douleur sont aussi utilisés comme les huiles essentielles, l'homéopathie, le recours à un sifflet spécial pour aider à souffler³⁸¹, l'acupuncture. Hélène (parturiente, 1 AAD) disposait même d'une machine composée de patches qui diffusent des « électrochocs très légers sur ces quatre zones où ça coupe l'information pour le cerveau. C'est un truc connu pour toutes les thérapies douloureuses, contre les douleurs ».

En plus de l'appropriation d'outils issus des médecins parallèles, dont certaines sages-femmes sont de véritables expertes, il existe des techniques propres aux sages-femmes. Celles qui travaillent à domicile depuis de nombreuses années en particulier, ont développé et affiné des pratiques manuelles ou des savoirs ne demandant pas ou peu de matériel et permettant de gérer des complications. Des sortes de compagnonnages se mettent en place entre les sages-femmes. Cléa (sage-femme AAD AMN) accepte ainsi régulièrement des sages-femmes comme « assistantes », c'est-à-dire qu'elles travailleront sous sa responsabilité pendant deux ans. Celle-ci a également le projet de mettre sur pied une formation continue pour transmettre ses savoirs et habiletés de sage-femme. Karen me rapporte le cheminement qui l'a conduite à accompagner des accouchements à domicile après avoir été formée par une sage-femme très expérimentée :

Dans ma tête je pensais aux accouchements à domicile, mais en sortant de ma formation je me sentais pas tout de suite de faire des accouchements à domicile, j'avais besoin d'avoir un peu d'expérience, je trouvais un peu tôt. Et en fait j'ai eu la chance de rencontrer une sage-femme qui faisait des accouchements depuis 20 ans (...) De temps en temps elle a eu des stagiaires, des sages-femmes intéressées et qui ne sont jamais restées trop longtemps. Et elle avait assez envie de transmettre ce qu'elle savait (...) J'ai à peu près assisté à dix accouchements avec elle et c'était super (...) c'était une année très riche. (Karen, sage-femme AAD)

³⁸⁰ Dans le protocole de La Maison de naissance, en cas de rupture de la poche des eaux sans mise en travail, de nombreux actes sont listés afin de favoriser/provoquer la dilatation. Celui-ci indique : « si pré-travail ou pas de CU [contractions utérines] : utiliser différents moyens pour déclencher l'accouchement ». Ceux-ci vont de gestes médicaux également pratiqués en milieu hospitalier et que la sage-femme peut elle-même réaliser: « compléter la rupture » [de la poche des eaux] si elle est seulement fissurée par exemple, ou faire un « décollement des membranes ». Le « cocktail ricin » est également mentionné, en plus d'un « massage HE [huiles essentielles] », le recours à « l'homéopathie », à « l'acupuncture », et la « marche ».

³⁸¹ Ce soufflet dit « Winner-Flow » a été développé par un kinésithérapeute français, voir: <http://www.abdo-mg.com/>

Ces formes de savoirs se transmettent ainsi oralement et par la coprésence, plutôt que par des manuels. Ceux-ci sont peu formalisés. Du point de vue des sages-femmes, l'expérience professionnelle, et dans une certaine mesure personnelle, est fondamentale et ne doit pas être sous-évaluée par rapport à la recherche. L'expérience permet de classer les risques et de prendre des décisions en matière d'intervention de manière optimale. Selon Gaëlle (sage-femme AAD AMN), « les médecins ils se basent aussi plus sur l'EBM, c'est standardisé, homogénéisé alors que nous c'est plus sur notre expérience, sur l'empirie, et aussi avec le rôle joué par le fait qu'on a nous-mêmes eu des enfants ».

Les « techniques du corps » ou habiletés qui sont développées permettent de suppléer certains outils médicaux. Par l'incorporation de manœuvres de facilitation de l'accouchement ou de réponses à une complication, les sages-femmes mettent à distance les outils qui sont détenus uniquement par les médecins³⁸². A la place d'une ventouse ou de forceps, ce sont des positions particulières qui sont proposées à la femme, ou des manœuvres externes qui sont prodiguées. La sage-femme peut par exemple utiliser un drap pour faciliter le changement de position d'un fœtus mal engagé³⁸³, ou pratiquer des massages spécifiques pour faciliter les contractions utérines. Dans une situation, la sage-femme considère au contraire qu'il y a trop de contractions et que cela « risque de trop stresser le bébé ». Elle propose alors à la parturiente « un massage, le bain ou les compresses chaudes sur le ventre » pour essayer de calmer la fréquence des contractions afin de ne pas risquer que cela ait une incidence sur le rythme cardiaque fœtal (Journal de terrain, La Maison de naissance). Quand le placenta ne se décolle pas, et en l'absence de possibilité (légale) d'effectuer certains gestes médicaux, les sages-femmes proposent à la mère de se mettre debout, de faire certains mouvements de bassin.

Comme les sages-femmes n'ont pas le droit d'utiliser du Syntocinon en cours d'accouchement (elles ne peuvent y avoir recours qu'après), des massages peuvent être faits pour détendre la femme quand le col de l'utérus est crispé, afin de débloquer le travail. Khadija (sage-femme AAD AMN) utilise une autre technique pour stimuler les contractions utérines pendant les poussées actives si elle constate une décélération pathologique et qu'elle souhaite hâter la naissance du bébé : « si vraiment le bébé a de la peine à récupérer [après une poussée], je propose à la femme de stimuler un peu ses mamelons pour donner une contraction pas trop lointaine pour qu'elle puisse repousser un peu. Juste pour le décoincer un coup ». Les changements de position sont souvent proposés à la parturiente quand le bébé n'est pas positionné de manière idéale. Face à une « expulsion un peu laborieuse », Danaé (sage-femme AAD) a dû « aider [la parturiente] avec différentes positions, différentes techniques » : « j'ai pu faire mes petites choses pour que ça se décoince et elle a pu accoucher dans l'eau ». Pour Karen (sage-femme AAD), il suffit souvent de « recentrer la femme sur le processus qui est en train de se passer » pour que le

³⁸² Les sages-femmes revendiquent très peu l'accès à davantage de médicaments ou de techniques médicales. Elles considèrent en effet d'une part que si leur utilisation est essentielle, c'est que la situation n'est plus physiologique et doit donc être transférée, et d'autre part que l'utilisation de ces outils peut entraîner des complications graves qui nécessitent la proximité de médecins, voire d'une salle de césarienne. Zora (parturiente, 1 AMN transféré) est la seule parturiente qui a exprimé le regret en entretien que les sages-femmes n'aient pas eu accès à une ventouse à La Maison de Naissance. Alors qu'avec la ventouse elle a « poussé trois fois et puis elle était dehors », elle a trouvé « frustrant et un peu bête » de ne pas avoir pu en bénéficier en maison de naissance.

³⁸³ Dans le documentaire « La Grange Rouge, histoire d'une naissance » réalisé par Laurence Stajic en 2011, qui a été tourné dans la maison de naissance romande du même nom, on peut voir la sage-femme utiliser cette manœuvre.

placenta « vienne ». Le protocole de La Maison de Naissance qui concerne une « dystocie des épaules » (situation dans laquelle la tête de l'enfant est dehors, mais que le reste du corps reste bloqué dans l'utérus, au niveau des épaules), prévoit « en première intention » de proposer des « changements de positions +++ » comme : « des mouvements du bassin, asymétrie, debout, 4 pattes, accroupie, etc. »³⁸⁴. En cas d'échec, les manœuvres obstétricales classiques sont réalisées (sans outils). Ces techniques du corps sont aussi possibles car l'anxiété de ces sages-femmes autour de l'anticipation de complications et du risque est réduite. Elles sont convaincues que de nombreuses complications peuvent se résoudre par de petits gestes.

De nombreuses sages-femmes ont cependant rappelé en entretien que ces techniques sont le plus souvent inutiles, le savoir et les habiletés venant avant tout de la femme, informée directement par les ressentis de son corps : « honnêtement j'ai jamais constaté d'effet magique avec l'homéopathie, de résultats flagrants (...) pour moi, ce qui est vraiment important c'est que la femme, quand elle est libre de ses mouvements, elle sait ce qui est bien pour elle et l'accouchement se passe tout bien en général (...). Dans ces accouchements-là, on est inutile à la limite ! » (Karen, sage-femme AAD).

L'ensemble des sages-femmes s'accordent sur le fait que se passer totalement d'outils médicaux n'est pas souhaitable. Elles ont légalement le droit d'en utiliser certains lors de l'accouchement, et ceux-ci font partie intégrante de leurs pratiques.

3.2.2 Savoirs et outils médicaux : de l'intervention à la délégation

La présence de machines, de médicaments, de connaissances médicales, et la possibilité d'un transfert, sont importants pour sécuriser l'accouchement selon les femmes et les sages-femmes. Cela permet d'éviter de graves complications ou au moins d'agir si elles surviennent afin d'en limiter les conséquences³⁸⁵.

En plus du matériel standard³⁸⁶ d'accouchement, les sages-femmes disposent de matériel d'urgence en maison de naissance³⁸⁷ et à domicile. Elles peuvent aspirer les mucosités du

³⁸⁴ Le fait que la parturiente adopte une variété de positions implique que la sage-femme apprenne à accompagner des naissances se présentant dans toutes sortes de schémas. Quand la femme est à quatre pattes, c'est toute la représentation mentale du périnée et de la présentation fœtale et donc la position des mains de la sage-femme qui doivent changer (Perrenoud (2014) propose une auto-ethnographie du développement de cette habileté). Si la femme est accroupie, ou debout, il faut savoir tordre son corps, en évitant de se blesser, pour suivre la femme dans ses besoins (Journal de terrain). J'avais montré qu'à La Maternité, ce sont des compétences moins développées. Une sage-femme de la Maison de naissance me confiait ainsi que lors de recrutements de sage-femme, elle privilégie les sages-femmes hospitalières qui ont eu des expériences d'accompagnements « d'accouchements physiologiques », soit en participant à des programmes comme « le suivi global », de « sage-femme agréée » ou venant de maternités françaises réputées pour leur « accompagnement physiologique » des naissances.

³⁸⁵ Des sages-femmes qui accompagnent des accouchements extrahospitaliers depuis longtemps, sur le canton de Vaud ou de Genève, m'ont dit que jusqu'à il y a une quinzaine d'années, une poignée de médecins (pédiatres notamment) acceptaient de venir à l'accouchement lorsque des complications se produisaient. Cela ne se pratique plus à ma connaissance. Les sages-femmes préfèrent transférer, signe peut-être qu'elles (et/ou les médecins) sont davantage prudentes, j'y reviendrai.

³⁸⁶ Le matériel standard dont les sages-femmes disposent pour l'accouchement est composé principalement des éléments suivants: Dopton, tensiomètre, thermomètres, mètre pour calculer la hauteur utérine, gants stériles, matériel de désinfection, stéthoscope pédiatrique, saturomètre, pinces cohères pour clamber le cordon et ciseaux pour le couper, gants, alèses, balance pour peser le bébé.

³⁸⁷ Le matériel caché dans des tiroirs est systématiquement présenté aux parents lors de la visite de la maison de naissance (Journal de terrain de trois maisons de naissance différentes).

nouveau-né pour dégager ses voies respiratoires, réaliser une épisiotomie et la recoudre (sous anesthésie locale), pratiquer une réanimation néonatale, donner de l'oxygène à la parturiente, poser une voie veineuse, administrer des médicaments³⁸⁸. Dans le cas de l'accouchement à domicile, ce matériel est entreposé au domicile de la parturiente deux à trois semaines avant le terme. Cela représente un sachet fermé placé au frigo pour les médicaments ainsi que deux à trois imposantes valises à roulettes. La sage-femme amène en plus avec elle au moment de l'accouchement un dopton, un tensiomètre, une balance pour le nouveau-né, des bandelettes pour réaliser des tests urinaires. Des check-lists qui comprennent la liste détaillée du matériel à avoir avec soi ainsi que la date à laquelle ils ont été contrôlés et le nom de la sage-femme qui s'en est occupée sont utilisés par les sages-femmes en maison de naissance et à domicile. Le matériel d'urgence est reconstrôlé par la sage-femme au début de l'accouchement. Il est également préparé puis testé. En même temps qu'elle s'affaire à tout vérifier, la sage-femme de La Maison de naissance que j'accompagne me dit : « Tout doit être prêt. Aussi les ciseaux, si t'as un cordon serré [qui retient le bébé et l'étrangle], tu dois pouvoir agir vite par exemple! (...) c'est important pour la sécurité ».

Magali (parturiente, 1 AAD) a été rassurée par la présence de ce matériel médical: « elles ont débarqué chez moi une semaine avant avec des valises de matos au cas où il y aurait un problème. Moi j'ai aussi dû acheter du matériel, des compresses, et tout³⁸⁹. Elles, elles amènent le gros matos, oxygène et tout. Tout ça, ça m'avait pas mal détendue ». Pour Chloé (parturiente, 1 AMN transféré) « c'est indispensable d'avoir tout le recours au médical s'il y a un pépin ». Pour Julie (sage-femme AAD), il y a de la « méconnaissance de la part des médecins » en ce qui concerne la préparation préventive du matériel médical et des médicaments: « Ils savent pas à quel point on a prévu quand même les choses, le matériel, qu'on y va pas juste comme ça à mains nues, on n'est pas que utopistes, c'est aussi très, très, très concret quoi ! ».

Lorsqu'une déviation de ce qui est habituellement observé survient, les sages-femmes augmentent leur niveau de vigilance mais s'abstiennent d'abord d'intervenir pour permettre à la situation d'éventuellement se stabiliser à nouveau. Pour elles, des variations de la physiologie sont courantes et n'alertent que si elles durent³⁹⁰. A l'issue de ce délai, et en fonction des signes concrets, elles vont agir, d'abord en utilisant les outils parallèles que j'ai décrits. Si la situation ne s'améliore pas elles vont intervenir médicalement, puis à l'issue

³⁸⁸ Cela peut être des antibiotiques pour éviter les infections, trois substances différentes pour prévenir/arrêter une hémorragie ou favoriser la délivrance du placenta, ou des médicaments à administrer en cas de pré éclampsie (complication chez la parturiente).

³⁸⁹ Dans l'accouchement à la maison, les parturientes sont très impliquées dans cette sécurisation puisqu'elles sont chargées d'acquiescer un certain nombre de médicaments (dans des cas spéciaux) et le petit matériel médical (dans des cas classiques, par exemple les alèses, les gants non stériles, etc.). La liste du « matériel nécessaire pour l'accouchement » tient sur une page A4 (elle comprend aussi les vêtements du bébé, des paquets de serviettes hygiéniques, etc. Ce matériel, qui est mis à disposition à La Maternité, doit être acheté par les parturientes dans ce contexte). Pendant la troisième grossesse de Béatrice (parturiente, 3 AAD), les médecins ont découvert une malformation du rein chez le fœtus. Si cela ne constituait pas une indication absolue à un accouchement hospitalier, des antibiotiques devaient être administrés dès la naissance, et des examens de contrôle devaient être effectués dans les jours suivants. En accouchant à l'hôpital, l'institution aurait pris complètement en charge cette organisation, tandis qu'en accouchant à domicile, ce sont les parents qui ont dû l'assumer.

³⁹⁰ Exception faite de situations pathologiques, urgentes et rares, comme par exemple une procidence du cordon.

d'un second délai, éventuellement transférer la parturiente et/ou le nouveau-né à l'hôpital. Karen rapporte la prise en charge récente d'une hémorragie du post-partum :

Elle commence à saigner... un peu trop... on voulait essayer de mettre ce bébé au sein (...) quand ils têtent ça fait contracter l'utérus, mais il ne voulait pas téter, donc on a un peu massé le mamelon (...) on a commencé, on a des huiles essentielles, alors voilà on a commencé à lui donner ça, et puis on la surveillait bien, et puis mmh... ça allait pas tellement quoi. Et puis finalement on a injecté du Syntocinon. (...) Finalement on a essayé de faire un piston³⁹¹, mais pff rien n'y faisait. On a appelé le 144. (Karen, sage-femme AAD)

A La Maison de naissance, cet enchaînement où se succèdent évaluation, interventions de médecines parallèles puis allopathiques est formalisé dans les protocoles, par exemple celui qui concerne l'hémorragie du post-partum. En première instance, il prévoit un « massage utérin », de « l'Huile Essentielle Aroma », de la « glace » à mettre sur l'utérus, de mettre « le bébé au sein » et « d'appeler un coupe-sang³⁹² ». La deuxième étape est d'effectuer un sondage (c'est-à-dire de vider la vessie), puis de donner de l'oxygène. Viennent ensuite les interventions médicamenteuses, d'abord à l'aide de comprimés, puis de Syntocinon par voie veineuse. A ce stade en l'absence « d'amélioration », le protocole prévoit d'« organiser un transfert 144 [par ambulance] et d'administrer » une dernière substance par voie veineuse en attendant les secours. Dans le cas où le placenta n'est pas sorti entier, le protocole prévoit un transfert immédiat par ambulance.

La sage-femme est une professionnelle de santé. Elle est garante d'un savoir médical acquis lors de ses études et renforcé par son expérience qui lui permet d'agir en cas de complications, y compris en utilisant des techniques ou des machines similaires à celles qui sont utilisées en hôpital. En cela, elle est une figure médicale³⁹³. Sa présence est indispensable pour les femmes que j'ai rencontrées et leurs conjoints. Zora (parturiente, 1 AMN transféré) considère ainsi que le fait d'accoucher hors de l'hôpital ne revient pas à démedicaliser complètement l'événement: « J'étais quand même avec des professionnelles, ce sont des sages-femmes, j'accouche pas seule dans la brousse ! ». La majorité des femmes attendent de la professionnelle une appréciation de l'avancée du travail de l'accouchement par des touchers vaginaux. Au moment de l'accouchement, le chiffre donné par celle-ci est utilisé comme un moyen prédictif par les femmes, alors même qu'avant et après l'accouchement, elles tiennent des discours à propos d'un temps impossible à prévoir. Le savoir médical, y compris en matière de normes de la physiologie (ici le rythme de dilatation) n'est donc pas invalidé par ces femmes. C'est par la sage-femme qu'il transite³⁹⁴.

³⁹¹ Il s'agit d'une manœuvre obstétricale pour décoller et aider à l'expulsion du placenta (qui peut être à l'origine du saignement).

³⁹² Le coupe-sang est une personne qui déclare détenir « un don » et être « guérisseur », au même titre que les « coupe-feu ». Ces derniers sont sollicités par certains hôpitaux, y compris universitaires dans les cas de brûlures. Je n'ai cependant jamais entendu parler de recours à des coupes-sang à La Maternité. Pour plus d'informations sur ces pratiques en Suisse romande, je renvoie au travail de Magali Jenny (2012).

³⁹³ Je rappelle d'ailleurs qu'historiquement, le métier de sage-femme est né sous l'impulsion des médecins qui en ont organisé la formation (Vuille 2009; Rieder 2007).

³⁹⁴ Lors d'un colloque scientifique pendant lequel était présente une sage-femme, celle-ci avait été appelée par une parturiente dont le travail de l'accouchement avait commencé à domicile. Elle m'avait alors dit : « elle est à six centimètres, je dois filer ! ». Surprise, je lui demande comment elle sait à combien la femme est dilatée. Elle me répond : « c'est une femme qui connaît très bien son corps, elle a déjà accouché, elle sait s'ausculter elle-même » (Journal de terrain). Cette pratique de transmission d'un savoir à la mère ou au père (un cas m'a été rapporté), ou d'une appropriation par la femme seule,

Pour plusieurs couples, le fait que les compétences de la sage-femme soient certifiées par un titre est important, mais pas suffisant. Une sélection de la sage-femme a été effectuée par celui-ci, ou du moins un travail de vérification de ses compétences médicales:

la sage-femme on la connaît. On sait quelles sont ses compétences. Tandis que quand on va à l'hôpital on [ne] tombe pas forcément sur un médecin qu'on connaît. Y'a plein de monde inconnu qui nous tourne autour, on [ne] sait pas de quoi ils sont capables, s'ils ont de l'expérience ou non. (Iris, parturiente, 1 mat, 2 AMN)

Pour Livia (parturiente, 1 AMN transféré), comme « il y a moins de garde-fous que dans les structures hospitalières » et que « la sage-femme est toute seule », sans personne pour « corrige[r] le tir », il est d'autant plus important de vérifier ses compétences. Magali (parturiente, 1 AAD) a « googlé » sa sage-femme et a appris qu'elle pratiquait les « arts martiaux » et avait « été longtemps sage-femme dans des missions humanitaires ». Elle s'est dit: « c'est une warrior, elle a tout vu, tout connu, et du coup j'étais hyper en confiance entre ses mains ». Jonathan (conjoint, 1 AMN transféré) qui est infirmier, était rassuré par le suivi médical fait avec « sérieux par la sage-femme » et qui a prouvé ses connaissances médicales. Il a constaté qu'elle « parlait de choses médicales [d'une manière] tout à fait pertinente » ce qui lui permet de « faire confiance à ses compétences de sage-femme » et sa capacité à prendre « une décision avec lucidité » si nécessaire. Il insiste que dans ce contexte, « ce n'était pas un accouchement dans la forêt, c'était très pro ». Pour être convaincu, le conjoint de Livia (parturiente, 1 AMN transféré) a eu besoin « d'arguments concrets », qui se réfèrent surtout aux modalités « des prises en charge en cas d'urgence », d'être « capable de faire face » à des complications, qui passait notamment par la capacité d'organiser rapidement et efficacement un transfert³⁹⁵.

Plusieurs femmes ou couples ont vérifié que la sage-femme n'adoptait pas une posture de rejet de la médicalisation. Le compagnon d'Aurélie (parturiente 2 AAD) a refusé qu'une sage-femme de la région accompagne l'accouchement car elle a « la réputation d'aller un peu loin dans la prise de risques » ce qui inquiétait son conjoint qui n'était « pas sûr qu'elle prenne la décision du transfert assez tôt ». Pour Livia (parturiente, 1 AMN transféré), c'était important de ne pas être suivie par des « professionnelles qui exagèrent, qui perdent de vue la réalité et qui partent en combat contre le monde médicalisé (...) ça peut être dangereux ». Zora (parturiente, 1 AMN transféré) ne voulait pas être « dans une maison de naissance radicale » à propos de la médicalisation mais voulait sentir « l'ouverture d'esprit, qu'il n'y ait pas de concurrence avec l'hôpital ». Le travail « en tandem » (Zora) / « en partenariat » (Béatrice, parturiente 3 AAD) des sages-femmes avec l'hôpital était important pour les femmes : « les sages-femmes ne faisaient pas fanatiques (...) dans un trip anti-hôpital ».

La possibilité d'être transférée vers un hôpital en cas de complications est une condition nécessaire à l'accouchement extrahospitalier pour ces femmes et ces sages-femmes: « [j'étais] consciente que c'est une chance d'avoir une maternité à côté, qu'on est en Suisse, qu'on a un système de santé qui marche bien, c'est sûr que si j'avais été dans la brousse, ça

est cependant minoritaire. La surveillance par toucher vaginal est un domaine réservé à la sage-femme. C'est un geste professionnel, médical, externe à la parturiente.

³⁹⁵ Dans l'expérience de Karen (sage-femme AAD), le besoin de connaître les moyens d'actions concrets et « détaillés » dont dispose la sage-femme en cas de complications est plutôt une question qui vient du conjoint: « la question [des risques] on est sûr qu'elle va être abordée par les papas en consultation: « qu'est-ce qui se passe s'il y a quelque chose qui va pas ? Comment vous faites, qu'est-ce que vous avez à disposition ? est-ce qu'on a des médicaments ? comment on intervient ? comment on va organiser le transfert ? » ».

aurait pas été la même histoire » (Magali, parturiente, 1 AAD). Julie (sage-femme AAD) me dit en riant qu'elle est « bien contente d'avoir un hôpital tout près (...) quand il y a un coup de tonnerre dans un ciel bleu ». Lors de l'Assemblée Générale de l'association de La Maison de Naissance, une sage-femme a insisté sur le fait qu'elles « essaient de dire et de faire » qu'elles ne sont « pas dans l'opposition » à l'hôpital. Cleo (sage-femme AMN) estime d'ailleurs que les femmes « sont très bien accueillies et très bien reçues » à La Maternité en cas de transfert³⁹⁶, une dimension sur laquelle les sages-femmes insistent lors des réunions des parents de La Maison de Naissance.

La distance du lieu de naissance à la maternité est un critère de sécurité pour plusieurs parturientes, et qui a participé pour certaines à déterminer le choix de la maison de naissance plutôt que le domicile³⁹⁷. L'ouverture d'une maison de naissance « à deux pas de la maternité » est ce qui a mis « tout le monde d'accord, même [s]on partenaire » qui était réticent au départ selon Livia (parturiente, 1 AMN transféré). Certaines femmes ont préparé aussi la possibilité d'un transfert par différents actes, comme Sylvie (parturiente, 1 AMN) qui a rempli une valise avec quelques affaires, ou comme Chloé (parturiente 1 AMN transféré) qui a fait un contrôle de fin de grossesse à l'hôpital afin que son dossier soit déjà enregistré. La sage-femme de Géraldine (parturiente 3 AAD) leur a « fait faire une espèce d'itinéraire pour rejoindre l'hôpital le plus proche, elle nous fait nous inscrire à la REGA³⁹⁸ pour si on doit être hélicoptéré, y'a tout un espèce de plan de secours qui est mis en place ».

La question du temps de transfert est aussi importante pour les sages-femmes qui n'acceptent en général pas d'accompagner des accouchements dans des lieux situés à plus de trente minutes d'une maternité. A La Maison de Naissance, les transferts sont systématiquement évoqués en ces termes lors des séances de rencontres avec les mères à terme et leur conjoint: « nous on ne souhaite pas prendre de risques, si on estime qu'il y a besoin d'un transfert, on le fait » (Journal de terrain). Pour Cleo (sage-femme AMN), la proximité de la maison de naissance avec l'hôpital est fondamentale: « être dans un lieu près de l'hôpital, c'est vraiment quelque chose d'important pour moi, ça donne aussi son sens à la maison de naissance, elle est plus mise dans un contexte de sécurité ».

Pour certains et certaines, la limite passe par le choix d'un accouchement dans une structure plutôt qu'à domicile. L'accouchement en maison de naissance fait ainsi figure de « compromis » acceptable: « je trouvais que c'était un bon compromis, c'est une structure faite pour accoucher, et surtout il y a la proximité avec l'hôpital, il y a la sécurité, et en même temps c'est plus naturel » (Journal de terrain, maison de naissance, séance de rencontre des parents à terme). Nadia (sage-femme AAD AMN) a constaté dans sa pratique que pour « celles qui n'auraient pas osé à domicile, la maison de naissance c'est un intermédiaire qui leur parle ». Le fait d'accoucher à domicile « sans plus aucune institution derrière » représente « un grand pas » tandis que « la différence entre maison de naissance et

³⁹⁶ Les sages-femmes ont cependant conscience que ce n'est pas toujours évident pour les professionnelles à l'hôpital qui « sont déjà pas mal stressées avec leur propres accouchements », de se voir « rajouter un stress supplémentaire » quand ils les voient « débarquer » avec un transfert (Cleo, sage-femme AMN). Une solution qu'elle a essayé de mettre en place est de prévenir l'hôpital qu'un accouchement à domicile a commencé, mais estimant qu'elle n'a été « pas très bien reçue » quand elles appellent, ses collègues et elles n'ont pas « concrétisé » l'idée.

³⁹⁷ Cette dimension revient dans toutes les recherches, notamment quantitatives, menées auprès de parturientes dans différents contextes nationaux (Lindgren et al. 2010; Borquez et Wiegers 2006)

³⁹⁸ La REGA est une fondation suisse à laquelle les individus peuvent souscrire afin de bénéficier d'une assistance médicale par les airs et/ou un rapatriement/un transfert à l'hôpital par hélicoptère ou avion dans des cas qui le nécessitent.

domicile est plus ou moins nulle » pour Leo (conjoint 3 AAD). La présence de l'institution, qui est faite pour accoucher, rassure les personnes qui font le choix de ce lieu qui paraît ainsi moins éloigné d'une démedicalisation de l'accouchement qui est associé au bâtiment physique. Cela concerne aussi les sages-femmes. Pour Coralie qui exerce à La Maison de Naissance, l'accessibilité du matériel et son organisation similaire à celle de l'hôpital est nécessaire pour garantir la sécurité :

A la Maison de Naissance, si je dois poser une voie veineuse je sais que mon matériel il est là, je suis vachement plus cadrée. Le risque est le même, c'est sûr, mais j'ai l'impression que je peux intervenir plus vite. (...) C'est quand même plus sécurisant à la MDN qu'à la maison. Et l'endroit est adapté pour. À la maison, si je dois faire une suture sur le bord du lit, c'est vraiment pas top. Là j'ai du matériel. Même la femme pour accoucher, j'ai plus de matériel de surveillance, un monitoring, je me sens plus en sécurité. Je sais que je prends les mêmes risques, mais pour moi c'est différent. (Coralie, sage-femme AMN)

Les sages-femmes ne sont d'ailleurs pas égales dans leur propension à utiliser plutôt les habiletés spécifiques aux sages-femmes accoucheuses et les médecines parallèles, ou la médecine allopathique. Celles qui ont exercé longtemps en milieu hospitalier, comme c'est le cas à La Maison de Naissance, ont moins développé les moyens de suppléer les médicaments, les machines, et les médecins. Une rumeur circulait d'ailleurs sur mon terrain, à propos du fait qu'une sage-femme recourait à certains outils médicaux pendant l'accouchement bien que cela lui soit interdit. Il s'agit du Syntocinon en cours d'accouchement pour stimuler les contractions. Je rappelle que cette pratique est très courante à La Maternité, et que cette sage-femme ne pouvait apparemment que difficilement s'en passer, même si elle avait effectivement quitté ce lieu.

Finalement, c'est parce que les parturientes peuvent bénéficier facilement des progrès médicaux et de technologies de pointe qu'elles envisagent d'accoucher en dehors de l'hôpital, et que les sages-femmes envisagent d'y exercer. Leo (conjoint, 3 AAD) considère que « c'est une des très grandes réussites de la médecine du XX^{ème}, en gros, d'avoir médicalisé l'accouchement, ce qui a fait baisser de façon drastique la mortalité à la naissance ». Pour lui il est cependant possible « d'allier (...) les effets très positifs de la médecine technique », il cite par exemple « l'échographie très précise », avec l'accouchement à domicile.

Ces femmes sont ainsi en quelque sorte des « passagères clandestines ». D'un côté elles bénéficient des progrès médicaux en termes de savoirs et de techniques ainsi que d'un personnel hospitalier formé et très bien entraîné, y compris probablement parce qu'il est confronté à de très nombreux cas, la plupart des femmes accouchant à l'hôpital. De l'autre côté, elles évitent les inconvénients du système obstétrical actuel et bénéficient d'un accompagnement global, personnalisé et peu médicalisé, dans un environnement agréable.

Conclusion du chapitre 12

Dans ce chapitre, j'ai montré qu'accoucher en dehors d'un hôpital est perçu comme une protection, ce qui n'empêche pas que les sages-femmes et les parturientes soient actives pour soutenir la physiologie, prévenir la pathologie et éviter les conséquences graves lorsque des complications se produisent.

Accoucher en dehors de l'hôpital a pour ces femmes et ces sages-femmes un effet protecteur *passif* constitué par l'évitement d'un environnement à risques. Elles considèrent qu'elles mettent à distance les effets iatrogènes produits par l'institution hospitalière,

notamment du fait de la vision de la normalité trop restrictive des médecins qui poussent à l'interventionnisme. Des chercheuses ont également mis en évidence ce résultat dans d'autres contextes européens (Viisainen 2001, 2000; Jacques 2007; Kornelsen 2005; Sjöblom, Nordström, et Edberg 2006), en Afrique du Sud (Chadwick et Foster 2014), en Australie (Jackson, Dahlen, et Schmied 2012; Dahlen, Jackson, et Stevens 2011) ou aux Etats-unis (Cheyney 2008) suggérant une proximité dans les discours. La naissance à domicile sans interventions et accompagnée d'une sage-femme représente ainsi « un gold standard » pour les accouchements a priori physiologiques pour ces femmes et ces sages-femmes (Malacrida et Boulton 2014, 44). Holten et Miranda (2016) montrent que l'effet protecteur du domicile est utilisé comme un argument central par les femmes qui accouchent à domicile sans sage-femme ou en dépit de la présence de facteurs de risques élevés, en Suède, aux Etats-Unis, en Australie, au Canada et en Finlande. La critique d'un univers hospitalier qui veut contrôler le processus de la naissance en intervenant et interférant sur celui-ci, et qui limite la femme dans l'expression de sa « puissance » est typique des arguments produit par les militantes de l'accouchement naturel à travers le monde (Malacrida et Boulton 2014; Mansfield 2008; Brubaker et Dillaway 2009). Parmi les femmes que j'ai rencontrées, toutes ne tiennent cependant pas un discours aussi fort, et certaines sont plus modérées vis-à-vis de la médecine (en particulier celles qui accouchent en maison de naissance).

L'effet protecteur est aussi *actif*. Il est constitué par une préservation de la physiologie par un travail intensif sur l'espace, le corps, et le psychisme. La place de la parturiente est centrale dans ce travail. Les rapports de pouvoir qui s'établissent entre les professionnelles et les parturientes sont retravaillés en dehors de l'hôpital : la sage-femme reconnaît un savoir à la femme et considère que son rôle doit être périphérique afin de laisser la parturiente libre d'accoucher comme elle le souhaite, un moyen principal pour garantir la normalité du processus. Au domicile, la place des femmes, et de leurs conjoints le cas échéant, est aussi plus large, notamment parce que l'espace leur appartient : « The midwife and other birth attendants are invited guests, whereas the reverse is true in the hospital » (Bortin et al. 1994, 143; voir aussi: Murray-Davis et al. 2012). J'ai montré dans les analyses des pratiques à La Maternité que l'espace, notamment par la mise en scène des techniques, sert une démonstration que l'accouchement est risqué et constitue le domaine des professionnelles spécialisées. L'organisation de l'espace à La Maison de naissance, en dissimulant les machines, sert à démontrer que la naissance est d'abord un processus normal et qui appartient aux parents. Cela est encore plus évident au domicile dans lequel c'est le matériel de base mis à disposition par les parents qui est utilisé en l'absence de complications sérieuses. Si à La Maternité, les femmes délèguent la plupart du temps aux professionnelles le soin de préparer les lieux, de surveiller l'accouchement et de prévoir des outils pour aider le processus, elles sont en maison de naissance, et surtout à domicile, des véritables entrepreneuses de leur santé. S'il y a moins de contrôles effectués par les professionnelles, notamment par l'intermédiaire des machines, par rapport à La Maternité, le besoin de contrôler est tout de même présent. Mais c'est un contrôle – en partie- délégué aux femmes.

Dahlen et al. soulignent l'importance pour les femmes de se préparer à la naissance afin d'avoir un sentiment de contrôle qui les rassure (Dahlen, Barclay, et Homer 2010b, 61). Sjöblom et al. établissent le même constat et évoquent le sentiment positif ressenti par les femmes qui accouchent à domicile d'être pleinement en possession de leur corps (Sjöblom, Nordström, et Edberg 2006, 353). Lindgren et al. utilisent aussi le vocabulaire du contrôle

vis-à-vis des personnes présentes : « Being in control of who is present at the birth » est important pour les femmes (Lindgren et al. 2010, 170).

Ces femmes cherchent à la fois à obtenir un fort contrôle sur le processus, tout en critiquant le contrôle exercé par la médecine. Ce n'est donc pas le contrôle et la surveillance qu'elles rejettent, mais un contrôle exercé de l'extérieur. Elles lui substituent des formes d'autocontrôle, d'auto surveillance et prennent en charge leur santé, une attitude typique des classes moyennes à supérieures dans un contexte libéral (Lupton 2012c). D'une part, les femmes s'informent beaucoup sur l'accouchement (et les hommes également, bien que la plupart investissent moins de temps), ce que Murray-Davis et al. ont également mis en évidence dans leur recherche : « Many women discussed the importance of educating oneself about home birth » (Murray-Davis et al. 2012, 579). D'autre part, les parturientes adoptent une « discipline de soi » particulièrement marquée en consommant dès la grossesse des aliments favorables au développement du fœtus et à une naissance physiologique, en buvant des tisanes spécifiques, en faisant du sport et de la relaxation, en suivant différents cours, etc. Ces pratiques préventives, typiques des classes sociales favorisées (Aïach 2010), entretiennent la bonne santé de ces femmes. Lingren et al (2010) ont également mis en évidence leur fréquence par l'analyse de données quantitatives récoltées en Suède.

Pour la plupart des femmes, l'accouchement à domicile a aussi représenté un investissement financier pour l'achat ou la location de matériel comme la baignoire d'accouchement dont elles ont souhaité disposer, ou de petit matériel demandé par la sage-femme. Elles s'acquittent volontiers de ce qui peut être assimilé à ce que Dujarier (2014) nomme « le travail du consommateur »³⁹⁹, puisqu'elles considèrent que mener elles-mêmes cette préparation constitue une prise de pouvoir sur l'événement, et participe de leur préparation psychique⁴⁰⁰.

Ces femmes ont ainsi particulièrement bien intériorisé les normes de la santé publique en matière de prévention (Peretti-Watel et Moatti 2009) et de contrôle de soi (Lupton 1997a). La surveillance est ainsi incorporée : elles s'auto-disciplinent et demandent à leur entourage, souvent leur conjoint, de participer à s'assurer du maintien de cette autodiscipline au cas où elles « flancheraient » (par exemple en demandant une péridurale). Elles prennent ainsi en charge leur santé et l'organisation de leur accouchement. Dans ce contexte, les femmes qui accouchent en maison de naissance, et encore plus à domicile, incarnent l'image de personnes réflexives typiques des sociétés modernes (Giddens 1994), qui assument leur responsabilité d'être en bonne santé (Lupton 1997a, 2006). Les discours et les pratiques des femmes et des sages-femmes sont ainsi en tension autour des notions de lâcher prise versus contrôler. Les préparations qu'elles déploient, comme l'utilisation d'outils tels que l'homéopathie ou le cocktail pour déclencher l'accouchement représentent un moyen de

³⁹⁹ La sociologue a analysé dans son ouvrage le processus par lequel de plus en plus de services sont délégués au consommateur lui-même (elle évoque une « externalisation des tâches productives vers le consommateur »).

⁴⁰⁰ Hildingsson et al. (2006) montrent que les femmes qui accouchent à domicile sont plus souvent mères au foyer par rapport à la population générale, malgré un niveau d'études supérieures. Je n'ai pas retrouvé cela dans mes données, mais des données quantitatives devraient être produites pour vérifier si ce constat peut être établi ou non pour le cas suisse. Cela pourrait indiquer que ces femmes ont plus de disponibilité pour investir ce projet, et cela pourrait également être lié à une volonté de favoriser un maternage proximal. Il faudrait cependant évaluer également l'activité professionnelle des conjoints qui sont très impliqués dans l'accouchement à domicile et en maison de naissance et qui peut supposer que ceux-ci diminuent leur temps de travail ou consacrent plus de temps de loisir à la préparation de l'accouchement puis à l'éducation des enfants.

prendre du contrôle sur l'événement et sur leur propre corps (M. Mitchell et McClean 2014), tout en se passant des médecins.

Dans leurs discours, il y a une différenciation entre des produits et des actes perçus comme « naturels » (le décollement des membranes, les huiles essentiels, les tisanes, etc.) et donc inoffensifs et des produits et des actes perçus comme « technologiques » et « artificiels », et donc potentiellement dangereux. Cela s'inscrit dans un mouvement plus large. Lupton (2012c) met en évidence le fait que ce qui est considéré comme « naturel » est récemment devenu culturellement valorisé. Le « naturel » est désormais associé à une valeur morale élevée : ce qui est « naturel » serait plus « authentique » (Conrad 2007). Lupton (2012c) cite les travaux de Coward (1990) pour souligner que les substances dites « naturelles » peuvent pourtant être hautement toxiques d'une part, et que des produits dits « chimiques » sont produits à partir de substances naturelles d'autre part.

Si j'ai montré que le domicile est préparé, calfeutré, pour prendre en charge le corps indiscipliné, ces processus sont plus lâches qu'à La Maternité : le placenta peut rester dans le congélateur et des amis peuvent le surprendre, le père peut participer à laver la baignoire pleine de sang après l'accouchement, etc. Il y a ainsi un certain travail sur les normes, notamment autour de la souillure, qui est effectué et qui est facilité par la revalorisation de ce qui est considéré comme « naturel » ou « biologique ». Dans ce contexte, les déjections du corps, comme les cris, sont plus admis par exemple⁴⁰¹.

Les femmes prennent en charge leur propre accouchement, notamment par des pratiques perçues comme « naturelles », mais le savoir et les techniques médicales ne sont pas pour autant rejetés, mais font partie intégrante des pratiques à domicile ou en maison de naissance. Les sages-femmes ont construit des ponts entre les outils des médecines parallèle(s) et allopathiques et ont développé des techniques du corps, des manœuvres, des habiletés, des formes de savoirs propres et fondées notamment sur leur expertise ou celles qui sont transmises par des sages-femmes expérimentées. Ce sens clinique affuté peut se déployer car elles échappent, en partie, à la standardisation et au contrôle médical qui existe en milieu hospitalier.

Certaines chercheuses ont mis en évidence le fait que les femmes se référaient surtout à des « formes de connaissances » « non intellectuelles » tels que « l'instinct, l'intuition et les connaissances incorporées » (Sjöblom et al. 2012, e15; voir aussi: Cheyney 2008). Si les femmes s'appuient en effet sur ces connaissances comme je l'ai montré, le savoir médical de la sage-femme et les surveillances externes qu'elle conduit, par exemple grâce au dopton, sont cependant également très importants pour les parturientes. Elles se sont toutes soumises à des surveillances, notamment par échographies durant leur grossesse, et c'est parce que celles-ci étaient normales qu'elles ont décidé d'accoucher à domicile (même si leur ressenti a joué un rôle pour consolider ce choix).

Elles critiquent les excès de la prise en charge médicale, qui impliquerait un niveau de surveillance et d'interventionnisme trop élevé pour les grossesses normales, mais ne la rejette pas complètement (voir aussi: Jacques 2007, 2016a; Kornelsen 2005). Tenir un discours modéré à propos de la médecine et des techniques est indispensable pour correspondre à l'image de la « bonne mère » et de la « bonne professionnelle ». Dans leurs

⁴⁰¹ Il faut en effet rappeler que comme le goût, le dégoût et la souillure sont des constructions sociales et historiques (Bourdieu 2015; Douglas 2005; Elias 1991).

discours, elles insistent sur l'importance d'accepter l'incertitude, mais leurs pratiques et certains autres de leurs discours montrent qu'elles font tout pour que la parturiente et le fœtus, puis le bébé, soient en bonne santé.

Comme l'ont montré également Borquez et Wieggers (2006) dans le cas néerlandais, pour les femmes et les sages-femmes, la proximité d'une maternité, la possibilité de s'y rendre et de bénéficier d'interventions médicales constituent d'ailleurs une protection indispensable, et plus encore, une condition, de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Le compromis entre professionnelles et parturientes et entre sages-femmes et médecins n'est ainsi pas complètement mis à mal dans ces accouchements puisque la médecine est toujours reconnue.

Finalement, ces sages-femmes et ces femmes ne veulent pas réduire l'incertitude à tout prix et éviter toute prise de risque, mais veulent éviter ceux qui ont des conséquences graves. Les protections des effets iatrogènes, les pratiques préventives, et les moyens d'agir (notamment par délégation à l'institution hospitalière) représentent autant de moyens pour atteindre ce projet. Celui-ci devient possible car l'organisation est de taille réduite, que les sages-femmes sont expérimentées et qu'elles peuvent se consacrer entièrement à la parturiente, que les parturientes se font les auto-entrepreneuses de leur santé. Ce sont ainsi, comme à La Maternité, les situations de travail qui participent à rendre possible des pratiques, tout en étant soutenues par des représentations, et notamment des rapports à l'incertitude, spécifiques.

Chapitre 13 Combiner preuves et valeurs pour reconstruire les risques médicaux

Ce que remettent fondamentalement en question ces parturientes et ces sages-femmes ce n'est pas la nécessité de distinguer le normal et le pathologique et d'y associer des pratiques différentes en terme d'interventions et de surveillance. C'est la construction de ces catégorisations qu'elles veulent remettre en question. Les situations sont *a priori* vues comme normales d'une part, et d'autre part une plus large définition de ce qu'est la normalité est défendue.

Ce que les femmes et les sages-femmes remettent fondamentalement en question, ce n'est pas à mon sens la logique du risque, mais d'une part sa catégorisation et sa classification (le contenu du risque), et d'autre part les mesures préventives à prendre en fonction du risque (les conséquences du risque)⁴⁰². Ces femmes et ces sages-femmes souhaitent mettre en discussion les risques construits comme prioritaires par le dispositif médical dominant. Sans rejeter l'intérêt de la technologie médicale ou des pratiques et savoirs scientifiques, elles veulent faire entrer dans leur réflexion individuelle leurs valeurs personnelles en laissant la place aux émotions et ressentis. Je parlerai ainsi d'une forme de *value-based medicine* (médecine basée sur les valeurs), bien que leurs pratiques et leurs savoirs soient en construction, et qu'elles transforment peu ce travail individuel en un travail collectif stabilisé.

Mes analyses sont originales par rapport à la production socio-anthropologique concernant l'accouchement à domicile ou en maison de naissance qui s'est plutôt centrée jusqu'à présent sur les processus de mise à distance de la médicalisation et du risque par ces femmes. Ces analyses vont permettre de mettre au jour des formes variées de rapports à la logique du risque, ainsi qu'à analyser l'appropriation de cette logique. Si dans le discours des femmes et des sages-femmes, chaque décision autour de l'accouchement est singulière puisqu'elle doit être personnelle et se faire en fonction des valeurs de la parturiente, observer et m'entretenir avec de nombreuses femmes et sages-femmes m'a permis de pointer les régularités, les cohérences et les convergences dans les différentes pratiques et discours singuliers.

1 A la recherche d'une « juste médicalisation »

Les sages-femmes et les femmes relativisent la construction des risques produite par le monde médical en se basant sur des éléments empruntés à l'épidémiologie et à la médecine.

1.1. « L'extrême urgence » : une situation trop rare pour déterminer le dispositif

Les femmes et les sages-femmes considèrent que les médecins traitent trop le risque comme un tout, sans produire suffisamment de différenciations entre des risques élevés et vitaux ou des pathologies graves, qui sont très rares, mais pour lesquelles il faut en effet agir et médicaliser immédiatement, et des risques modérés, qui n'impliquent *a priori* pas une possibilité de complication grave dans l'immédiat et qui peuvent être gérés par une médicalisation modérée.

⁴⁰² Quoique par leurs pratiques, elles participent à questionner aussi ce que le prisme du risque fait à l'accouchement.

A l'hôpital, dans les échanges avec les parents, c'est la vie de l'enfant ou de la mère qui est mise dans la balance des décisions, alors que ce risque est beaucoup moins présent dans les discours en extrahospitalier. Ce risque est relativisé. Malika (parturiente, 1 AAD) considère ainsi que certaines césariennes « sauvent la vie à des femmes et des bébés », mais que beaucoup d'entre elles ne remplissent pas cette indication aujourd'hui en Suisse: « ma vision a beaucoup changé, avant d'être enceinte, chaque césarienne je me disais 'wahou ils ont sauvé un bébé !' alors que ça s'est complètement retourné, je me dis il y a des abus du système ». Après avoir vécu une hémorragie du post-partum pour son premier enfant, Aurélie (parturiente, 2 AAD) craignait d'en faire une plus importante lors de son deuxième accouchement. Elle me dit qu'elle n'avait cependant « pas du tout peur d'y passer », mais « savai[t] si d'un coup ça tournait mal, [elle] allai[t] passer un sale moment ». Jessica (parturiente, 4 AAD) a vécu plusieurs complications différentes pendant la naissance de ses enfants mais précise que ces événements ne mettaient pas en jeu sa vie ou celle du bébé: «ça n'a pas été dangereux, je ne risquais ni ma vie, ni celle du bébé, c'était juste que ce n'était agréable pour personne ».

A La Maison de Naissance, les sages-femmes évoquent toujours lors de la rencontre avec les parents dont le terme de la grossesse est proche, la possibilité de transfert, mais insistent sur le fait que ces transferts se font le plus souvent via le véhicule du couple, dans des situations d'urgences relatives, ou de non urgence. Il est souligné qu'elles font rarement appel « au 144 », à l'ambulance pour faire le transfert (Journal de terrain, Réunion des parents, La Maison de Naissance)⁴⁰³. Lors d'un transfert auquel j'ai assisté, la sage-femme explicite auprès de la parturiente les limites de la maison de naissance pour prendre en charge cet accouchement. Celle-ci ne met pas en avant les risques graves et imminents encourus par la parturiente et le fœtus, mais la nécessité d'utiliser des moyens techniques dont elle ne dispose pas à la maison de naissance pour que l'accouchement se passe bien: « on a fait tout ce qu'on pouvait faire ici avec les moyens d'ici. On a fait beaucoup de choses, vous aussi, maintenant c'est peut être que le cordon est court, ou qu'elle n'est pas très bien positionnée et qu'elle n'arrive pas à bien à descendre » (Journal de terrain, La Maison de Naissance, sage-femme).

J'ai montré que les sages-femmes et les parturientes relativisent le risque et l'incertitude comme partie intégrante de la vie humaine, mais elles le relativisent également quant à sa probabilité d'occurrence, utilisant la logique probabiliste biomédicale du risque. Pour Leo, la décision de l'accouchement à domicile s'est prise en « évaluant (...) la quantité de risques que [l'accouchement à domicile] [com]porte ». Ces sages-femmes et ces femmes veulent ainsi déconstruire le discours hospitalier qui maintient, selon elles, les femmes dans la peur par le recours au risque, ce qui permet aux professionnelles à l'hôpital de disposer du corps des femmes.

Le risque de l'accouchement est également mis en relation avec d'autres risques qui sont moins construits comme tel, ou en tout cas moins visibles dans les discours publics et médiatiques selon ces femmes et sages-femmes :

prendre la voiture c'est un événement à risque, d'ailleurs si on comparait le risque d'un accident de voiture avec un accouchement... je suis sûre qu'il y en a

⁴⁰³ Selon le rapport d'activité de La Maison de Naissance, en 2015 sur les 13 transferts en cours d'accouchement qui ont été organisés, seulement trois l'ont été par ambulance (sachant que 52 accouchements ont commencé à la Maison de Naissance en 2015).

plus ! Qui m'avait dit une fois que le plus grand risque pour une femme enceinte aux USA c'est la mort par violence... après je pense qu'on a atteint un seuil [acceptable de risques à la maison de naissance] (Inès, sage-femme AMN).

Sylvie insiste aussi sur le fait que le risque est relatif à une perception située, dans d'autres contextes, l'accouchement à domicile est la norme :

ça paraît inconscient d'accoucher en maison de naissance (...) mais dans d'autres pays [développés], c'est ça la norme, ou la maison. L'hôpital c'est celles qui ont des problèmes. Ils se rendent pas compte les gens que c'est pas extravagant, ça dépend où on est c'est tout (Sylvie, parturiente, 1 AMN).

Les progrès historiques en termes de mortalité périnatale sont avant tout en lien avec l'amélioration de la santé des populations, et pas nécessairement liés au fait du transfert de tous les accouchements du domicile vers l'hôpital selon ces femmes et ces professionnelles. Zora (parturiente, 1 AMN transféré) cite le changement des « conditions d'hygiène », Hélène (parturiente, 1 AAD) évoque des « maladies en général et des épidémies » qui affaiblissaient la santé des femmes en amont dans les pays moins développés.

1.2. Une vision élargie et variée de la normalité

Comme ces femmes et ces sages-femmes considèrent que le risque de mort ou de complication grave est très rare, elles veulent élargir la catégorie de ce qui peut être considéré comme normal par rapport à ce qui est pratiqué en milieu hospitalier. Pour Khadija (sage-femme) la représentation différente de l'accouchement entre, d'un côté les sages-femmes qui considèrent qu'« un accouchement est physiologique à moins que la situation ne prouve le contraire », et de l'autre, des médecins qui considèrent que « l'accouchement est potentiellement pathologique jusqu'à ce que la situation ait prouvé le contraire » sont des « angles complètement différents » qui influent le traitement de l'accouchement. Ce « manque de confiance » (Cleo, sage-femme AMN) des médecins qui les poussent à identifier une situation comme à risques serait induite par leur formation et les expériences de situations difficiles qu'ils ont accumulées en milieu hospitalier :

Il y a très peu de sages-femmes qui ont fait leur cursus hors du milieu hospitalier ou de médecins en milieu hospitalier qui ont vu une naissance sans intervention. Et du coup ils ne savent pas que ça peut aussi bien se passer, enfin... Ils sont vraiment paralysés dans leur schéma. (Géraldine, parturiente, 3 AAD)

A La Maison de naissance ou à domicile, des processus de négociation, en situation de la frontière du normal et du pathologique établie par des médecins, se produisent ainsi régulièrement.

Les médecins avaient diagnostiqué un déficit de liquide amniotique à Hélène (parturiente, 1 AAD), transmis sous la forme d'un chiffre. La sage-femme a relativisé le diagnostic en disant « non je connais ce chiffre, c'est un chiffre assez bas, je sais pas vers 4 et demi ou quelque chose, elle a déjà accouché comme ça et c'était pas un problème »⁴⁰⁴. La sage-femme

⁴⁰⁴ Dans cette situation, c'est cependant la sage-femme qui a demandé au départ à la parturiente de faire un contrôle à l'hôpital. Adopter la logique du risque pour trier les situations qu'elles peuvent prendre en charge conduit parfois les sages-femmes à déléguer des contrôles aux médecins qui peuvent avoir pour conséquence un interventionnisme qu'elles réproouvent. Lors d'un entretien informel avec une sage-femme de la Maison de Naissance, celle-ci me rapporte le cas d'une parturiente provoquée à 38 semaines d'aménorrhée suite à une suspicion de macrosomie (fœtus trop gros). Cette sage-femme était « fâchée » que cette femme ait dû renoncer à son projet d'accoucher en maison de naissance, alors que dans « l'immense majorité des cas, il n'y a pas macrosomie, et donc pas

d'Hélène, en accord avec celle-ci, s'est distancée de la limite posée par l'hôpital, considérant, sur la base de ses expériences passées, que la quantité de liquide était suffisante pour classer la grossesse de normale et pouvant donc se dérouler à domicile. Elle a attribué le seuil bas de liquide amniotique, quoique non inquiétant pour elle, au fait qu'« il faisait chaud » et que la parturiente « n'avait peut-être pas assez bu », « plutôt qu'à quelque chose d'inquiétant », comme « un problème avec le cœur ». Hélène oppose deux « manières de parler », « subtile », entre la sage-femme et l'hôpital, soit entre « une approche assez naturelle » et la « perspective qu'il y ait un problème, un souci ». Pour Hélène et sa sage-femme, toutes les autres mesures étant normales, le manque de liquide n'était pas un argument suffisant pour requalifier le risque de sa grossesse et de son accouchement:

Il [n']y avait aucun signe qui montre qu'il y a un problème. Ils ont fait aussi des échos, voilà son cœur était normal, tout était normal. Et quand même [les médecins] ont conseillé fortement vers la fin de [déclencher l'accouchement] (...) si j'avais un diabète ok, ou un truc avec pas assez de fer ou je ne sais pas, un petit indice [mais là, je n'avais rien d'autre]. (Hélène, parturiente, 1 AAD)

Hélène a refusé la provocation qui était suggérée par les médecins au nom de la logique du risque épidémiologique et du principe de précaution, et a même décommandé les contrôles suivants qu'avaient fixés les médecins. Elle a donné naissance à un enfant en bonne santé à domicile avec sa sage-femme quelques jours plus tard.

Julie (sage-femme AAD) considère qu'à La Maternité, des surveillances intrusives sont utilisées trop régulièrement, et pour des cas qu'elles considèrent bénins, participant ainsi de la représentation de l'accouchement comme événement risqué. Sortir de l'hôpital lui a permis de revaloriser la physiologie de la naissance, et de ne transférer à l'hôpital que des cas compliqués, qui devraient être les seuls pris en charge dans cet environnement selon elle:

je peux comprendre toute cette machinerie et tout cet outillage, encore une fois en cas de pathologie, une grosse pathologie, il peut arriver des fois où on doit avoir toute cette technique, ma foi peut-être au détriment d'autres choses plus intimes, parce qu'il y a effectivement des gros dangers (...) c'est un hôpital de pointe, mais qui devrait être réservé justement aux gros cas, pointus, quand c'est - très rare - de pathologie, vraiment, réelle, hein: grande prématurité, heu... vraiment un problème d'éclampsie, etc.. Mais là, pour des accouchements finalement assez normaux, qu'il y ait tout cet outillage... (Julie, sage-femme AAD)

Julie exprime son désaccord avec la classification des risques de l'hôpital. Pour elle, il faut séparer les cas qu'elle désigne comme présentant une « pathologie réelle » et ceux « finalement assez normaux » qui étaient pourtant pris en charge comme à hauts risques à l'hôpital. Géraldine (parturiente, 3 AAD) affirme aussi cette nécessité de trier les grossesses et les accouchements pour n'offrir une prise en charge médicale et interventionniste à l'hôpital uniquement à celles qui sont à haut risque : « on n'est pas du tout contre l'hôpital, c'est évident que quand on est malade ou blessé, ou qu'il y a un élément médical où on a

d'indications à la provoc[ation] ! ». Quand je lui demande pourquoi la patiente a été en contact avec un médecin alors qu'elle devait accoucher en maison de naissance, elle me répond que sa sage-femme avait probablement dû l'envoyer faire un ultra-son de contrôle car elle estimait le bébé trop gros. C'est donc sa collègue de la maison de naissance qui a amorcé le processus qui a abouti à un diagnostic de macrosomie, en suspectant que le bébé sortait de la normalité. Elle a directement participé de la classification « à risque » de la situation en formant le premier maillon de la chaîne d'identification d'un risque. Ce bébé, né suite à la provocation, faisait à peine plus de trois kilos, alors que la macrosomie concerne ceux de plus de quatre kilos.

besoin de professionnels, on aurait été très reconnaissants [de pouvoir en bénéficier]. Ce qu'on ne voulait pas c'était avoir un apport médical alors que tout se passait bien ».

Les limites de la normalité sont également considérées comme trop restrictives par les sages-femmes quant au temps qui est considéré comme normal pour un accouchement. Cleo (sage-femme AMN) évoque son expérience professionnelle à l'hôpital où « tous les temps sont réglementés et protocolés », par exemple « la durée d'une dilatation, d'une poussée, d'une délivrance ». Si elle admet qu'« il n'y a pas des chronomètres qui sonnent [et qu'] il y a toujours une discussion possible de cas en cas (...) le souci d'aller de l'avant » dominait, ce que mes analyses soutiennent. Elle considère que poser des limites est important mais questionne la définition standardisée et restrictive de cette limite: « nous aussi on va transférer aussi si les choses prennent trop de temps, si ça dénote le fait que les choses ne sont plus physiologiques. Mais à l'intérieur de la physiologie, il y a quand même une marge qu'on peut donner au temps qui n'est pas assez prise en compte à l'hôpital ». Pour Patricia (sage-femme AAD AMN), un travail d'accouchement « normal » peut consister en des pauses, puis reprises de la dilatation, des situations qui n'ont « aucune chance » de se produire en milieu hospitalier: « l'expérience m'a montré qu'il y a certains travaux [d'accouchement] où ça s'arrête. J'en ai une le travail il s'est arrêté à cinq centimètres, elle a dormi pendant 12 heures et puis elle a repris son travail [d'accouchement] », sans que la sage-femme n'intervienne.

1.2.1 Des limites formalisées dans des protocoles ?

Deux modèles de classification du risque et de prise de décision coexistent en dehors de La Maternité. Celui de La Maison de Naissance s'organise autour d'un système basé sur une procéduralisation souple et participative. Celui du domicile s'organise autour de la figure de l'entrepreneuse basée sur l'expertise professionnelle individuelle.

A La Maison de naissance, les limites entre le normal et le pathologique et les interventions à réaliser, sont prévues dans les protocoles que les sages-femmes ont construits collectivement. Toutes les sages-femmes ont participé à leur élaboration, ou du moins à leur validation : pour être formalisée, une règle doit avoir fait l'objet d'un consensus. La formalisation des règles s'est ainsi faite de manière horizontale et démocratique. Du fait que l'organisation soit récente et que d'importants changements aient eu lieu dans l'équipe (départ de plusieurs sages-femmes et recrutement de plusieurs autres), le processus d'élaboration des règles est toujours en cours. Il est ainsi plus dynamique qu'à La Maternité.

Les protocoles de La Maison de Naissance ont été inspirés de ceux de La Maternité, mais définissent des limites plus souples. Par exemple, un dépassement de terme de 12 jours implique un transfert pour déclencher l'accouchement (qui est programmé après 7 à 10 jours à La Maternité). Dans une autre situation, si le placenta n'est pas sorti, des interventions médicales sont prévues au bout de 45 à 60 minutes à La Maison de Naissance⁴⁰⁵ : la sage-femme injecte du Syntocinon et réalise des manœuvres obstétricales comme un piston (forte pression sur l'utérus pour tenter de décoller le placenta). Ces interventions sont réalisées au bout de 15 minutes à La Maternité, et la prise en charge s'intensifie ensuite rapidement. Une intervention invasive est réalisée par le médecin : celui-ci introduit sa main dans le vagin et l'utérus de la parturiente pour aller chercher le placenta (c'est la « délivrance manuelle »). A La Maison de naissance, les protocoles prévoient qu'un transfert n'intervienne qu'entre 60

⁴⁰⁵ Avant cela le protocole prévoit que des positions soient proposées à la parturiente comme « la lambda », des huiles essentielles administrées, etc. Ce n'est pas le cas à La Maternité.

minutes à une heure 10 après la naissance si le placenta n'a pas été délivré (sachant qu'elles ne peuvent pas réaliser de délivrance manuelle). Un autre exemple de différence est la prise en charge des parturientes dont la poche des eaux s'est rompue à terme. A La Maison de naissance, en « l'absence de risque associé », 18 à 24 heures sont données pour que la parturiente se mette en travail avant qu'un transfert soit organisé. A La Maternité, un déclenchement médicamenteux de l'accouchement doit être enclenché après 12 heures de poche rompue sans mise en travail⁴⁰⁶.

Trois constats peuvent être établis sur la base de ces comparaisons de protocoles. Premièrement, la procédure à La Maison de naissance intègre déjà que l'ajustement à la règle soit faite en fonction de la situation : 6 heures sont laissées à l'appréciation de la sage-femme dans le cas de la poche rompue par exemple. Deuxièmement, la limite à partir de laquelle il faut intervenir est repoussée par rapport à La Maternité. Troisièmement, l'activité est moins protocolée qu'à La Maternité puisque certaines limites ne sont pas formalisées. Le temps admis de poussées actives n'est ainsi pas défini (certaines sages-femmes m'ont ainsi confié qu'elles laissent plus de temps qu'à La Maternité - au moins le double) et le rythme de réalisation des touchers vaginaux n'est pas standardisé.

La possibilité de travailler sur la base de protocoles plus souples est crucial pour les sages-femmes de La Maison de naissance. D'un côté Coralie (sage-femme AMN) trouve que « c'est un grand bonheur » de ne pas être contrainte par un temps standardisé de progression de l'accouchement comme à l'hôpital, tout en considérant « ne pas faire n'importe quoi, loin de là ». Ce n'est pas l'absence de limites qui est en jeu, mais bien à la fois une appropriation de la limite, et la possibilité de prévoir une place dans le protocole pour l'adaptation de la limite en fonction de la situation : « on a quand même des protocoles [mais] qu'on a assouplis par rapport à l'hôpital ».

A domicile, les sages-femmes se réfèrent peu à des protocoles. Karen (sage-femme AAD) travaille au sein d'un groupe de sages-femmes qui sont toutes inscrites dans une association de sages-femmes et qui font des accouchements à domicile dans la région. Ce groupe a créé quelques protocoles « à la suite de problèmes » (des hémorragies), mais précise qu'ils sont surtout à destination « des nouvelles sages-femmes » (c'est-à-dire des sages-femmes moins expérimentées dans l'accompagnement d'accouchements à domicile). La sage-femme qui l'a « formée » n'avait pas de protocoles et donc elle n'en utilise pas elle-même.

A domicile, la garantie de la sécurité repose ainsi sur l'expertise de la professionnelle, plutôt que sur le système. Contrairement au modèle de La Maternité, qui est également typiquement celui de l'aéronautique, l'expertise des professionnelles « capable[s] de performances exceptionnelles » (Amalberti 2012, 53) est ici central. Cependant, à la différence des systèmes qui fonctionnent ainsi (Amalberti (2012b, 53) cite les pilotes de chasse et les chirurgiens par exemple), les sages-femmes ont accès à un dispositif efficace pour rattraper les « worst case scenarios » (L. B. Clarke 2006), et y compris leurs éventuelles erreurs, puisqu'elles ont la possibilité de transférer la situation vers un hôpital de pointe. De plus, celles-ci accueillent des situations qui ont été triées : le haut risque n'est pris en charge qu'en maternité, et de fait, elles accueillent majoritairement des femmes qui prennent en charge leur santé et multiplient les comportements de prévention. Dans ce contexte, les sages-femmes considèrent que l'accouchement est d'abord un processus

⁴⁰⁶ Lorsque la poche des eaux est rompue, le risque infectieux augmente avec le temps qui passe.

physiologique et que les risques de complication sont bas et ne nécessitent ainsi pas de déployer un dispositif rigide de procédures. Ceci est en partie valable pour La Maison de Naissance puisque, comme je l'ai montré, les règles sont plus flexibles et admettent des limites plus lâches par rapport à La Maternité en ce qui concerne la définition d'une situation normale. Dans ce contexte, la formalisation des règles est notamment liée au besoin d'homogénéiser la pratique et de se coordonner entre collègues (Sennett 2000): huit sages-femmes différentes pourront prendre en charge l'accouchement pour une parturiente dont la grossesse a été suivie par une collègue. De manière générale, je constate que le fait de devoir établir des limites collectivement à La Maison de Naissance, produit une restriction des situations qui sont tolérées. Cela favorise l'adoption de règles plus rigides et plus contraignantes mais aussi une vision plus stricte de la normalité (je rappelle que La Maison de naissance a des taux de transferts supérieurs à ceux de l'accouchement à domicile par exemple). Les pratiques de La Maison de naissance sont ainsi plus proches de La Maternité : d'une part les sages-femmes bénéficient plus de la solidarité du groupe et du partage des risques par rapport au domicile, et d'autre part, elles ont des pratiques plus restrictives en matière de risques par rapport au domicile.

Malgré ces différences, les pratiques de La Maison de naissance et du domicile ont en commun une plus grande autonomie des sages-femmes dans les décisions, qui donne lieu à une vision davantage élargie et moins rigide de la normalité par rapport à La Maternité, dans le contexte d'une prise en charge de situations physiologiques.

1.3. Un savoir médical désenchanté

1.3.1 Une médecine sous influences

J'ai montré que certaines sages-femmes souhaitent utiliser la recherche pour faire changer les pratiques. Cette attente est cependant relativisée. Elles considèrent en effet que l'institution médicale résiste au changement, même en présence de preuves scientifiques en faveur d'une moindre médicalisation. De plus, les processus de construction des savoirs reconnus doivent être relativisés selon elles, puisque des enjeux politiques viennent troubler le processus d'application des preuves.

Inès (sage-femme AMN) met en avant le décalage entre le discours des médecins autour de l'accouchement à domicile comme pratique à risques alors que ce n'est « pas prouvé » selon ses recherches menées dans la littérature médicale. Par ailleurs, les médecins résistent à certaines pratiques, comme celle de l'accouchement dans l'eau, sur une base « totalement irrationnelle » et idéologique, et non « pas scientifique » : « plein, plein [d'études] montrent les avantages, le moindre risque ». Elle souligne d'ailleurs que la société suisse de gynécologie obstétrique a conclu que l'accouchement dans l'eau est possible⁴⁰⁷, tandis que le chef de service de La Maternité continue à le refuser. Pour certaines sages-femmes, peu importe les preuves qui seront présentées, puisque l'enjeu est ailleurs. Lors de la projection d'un documentaire organisée par une association qui défend « la naissance respectée », une sage-femme (AAD AMN) me dit: « Tu sais, [le chef de service de La Maternité] nous a dit plusieurs fois, il a dit devant nous, qu'il ne cautionne pas du tout les accouchements en maison de naissance, et peu importe les recherches qui montrent nos bons résultats au

⁴⁰⁷ Cette recommandation peut être consultée ici : http://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/1_Expertenbriefe/Fr/27_Accouchement_dans_l_eau_2010.pdf

niveau de la mortalité et du reste, pour eux, c'est juste pas possible ». Khadija décrit les sources de ce mécanisme :

du fait que c'est un hôpital universitaire ils ont les situations les plus 'merdiques' puisque c'est eux qui sont le plus compétents pour les gérer. (...) je comprends aussi qu'il y ait une part d'imprégnation de ce que l'on vit au quotidien. C'est comme quand on est sous le brouillard des fois même si intellectuellement on le sait, des fois on a de la peine à imaginer qu'on fait dix minutes en voiture et qu'on est au soleil. Le soleil est juste là mais quand on est dessous, on est dessous. (Kadidja sage-femme AAD AMN)

Pour cette sage-femme, c'est aussi la difficulté de changer des habitudes et d'apprendre à faire ou ne plus faire certains gestes qui freinent le changement. La pratique de l'épisiotomie est souvent avancée en exemple. Khadija (sage-femme AAD AMN) met en évidence une contradiction: « les études ont quand même prouvé qu'une épisiotomie à part pour sauver le bébé quand il est en souffrance aigüe, il n'y a pas d'intérêt de faire d'épisiotomie. Et les cas où le bébé il est vraiment en souffrance aigüe, ils sont quand même relativement rares ». Elle explique cependant que « les changements ne sont pas faciles » quand c'est devenu « un espèce d'enchaînement, aussi dans la gestuelle », comme « un réflexe »⁴⁰⁸. Elle estime alors qu'il est normal que des femmes vivent mal des épisiotomies : « une femme elle est prête à beaucoup de choses pour sauver son bébé même de se faire couper le ventre pour sauver l'enfant. S'il n'y a pas besoin de sauver l'enfant, pourquoi elle aurait besoin de se faire mutiler ? ». Sylvie met également en avant le rôle du confort du professionnel pour réaliser certains actes en dehors de toute justification médicale : « le médecin peut être pressé et [décider] bon césarienne », tandis qu'elle se sent protégée de ces effets pervers par la vocation et le dévouement des sages-femmes, et par leur attachement à la physiologie.

Au-delà du problème de l'application des preuves, elles estiment que le savoir médical en lui-même est biaisé. Gaëlle (sage-femme assistante AAD AMN) met en avant le rôle des lobbys pour « financer des recherches » qui démontrent l'intérêt de l'utilisation de produits comme le « Synto[cinon] ». Pour Cleo (sage-femme AMN), les recherches qui vont contre la culture biomédicale ne sont de toute façon pas financées: « Pourquoi il n'y a pas d'études pour montrer pourquoi les césariennes ont doublé, voire triplé ? Les médecins ne veulent pas voir »⁴⁰⁹.

Pour Inès, du fait de la difficulté à « être neutre » et de la complexité des études et de la pensée sous forme de probabilités, il faudrait la plupart du temps adopter une posture prudente et partager avec les parents l'incertitude de la logique du risque pour laisser ouvert le champ des possibles pour eux :

ces études si tu [ne] les présentes pas de la manière la plus juste, ou la plus neutre, [les parents] vont être influencés. C'est difficile d'être neutre cela dit, c'est toujours très, très difficile d'être réellement neutre, mais il faut déjà, assez souvent... comment te dire... là où on utilise trop l'argument scientifique, c'est

⁴⁰⁸ J'ai en effet constaté que ce mécanisme se joue en milieu hospitalier. Je renvoie à la troisième partie de la thèse dans laquelle je l'analyse.

⁴⁰⁹ Le cas des taux de césariennes élevés et variables est souvent convoqué pour interroger l'écart entre les évidences scientifiques et la pratique. Pour Jessica (parturiente 4 AAD), la preuve que des césariennes sont faites pour des raisons non médicales vient des différences entre maternités entre la maison et la maternité et entre pays: « sinon il y aurait le même pourcentage partout ». Cette situation amplifie la méfiance de ces femmes et sages-femmes à propos du monde médical, à laquelle le manque de recherches en Suisse contribue.

prouvé noir sur blanc, il faut se méfier, parce que voilà, tout est hyper relatif finalement dans ce genre de risques (Inès, sage-femme AMN).

Pour Julie (sage-femme AAD), son rôle est de « présenter les risques aux femmes » de l'accouchement à domicile tout en faisant la « contrebalance » en exposant aussi « les facteurs protecteurs » d'un tel choix. Il s'agit en somme, dans un contexte d'incertitude, de faire participer les parturientes à la construction des risques et aux décisions qui y sont relatives.

Une certaine méfiance est ainsi éprouvée par ces femmes et ces sages-femmes à propos de la recherche médicale qui ne serait pas suffisamment impartiale, ou du moins dont l'utilisation par les médecins ne serait pas neutre.

1.3.2 Epidémiologie contre estimation des risques en situation

Les sages-femmes et les femmes veulent mettre à distance des pratiques, notamment des interventions préventives, qui sont réalisées sur la base de données épidémiologiques et en l'absence de symptômes. Plusieurs des interventions de routine qui sont réalisées à l'hôpital parce qu'elles ont démontré selon les médecins, leur efficacité et leurs intérêts dans des recherches épidémiologiques, sont refusées dans le contexte de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Il s'agit en particulier de l'injection de Syntocinon réalisée systématiquement à l'hôpital (et selon de nombreuses recommandations internationales) au moment de la naissance de l'enfant pour éviter les hémorragies (les professionnelles parlent d'une « délivrance artificielle »):

Ce sont des gestes de routine qui se font à l'hôpital toujours pour prévenir même quand tout va bien, on le fait parce que peut-être qu'en faisant ça systématiquement, peut-être qu'on évite un cas d'hémorragie sur... j'en sais rien. Mais nous on n'a pas tellement envie de rentrer là-dedans parce qu'on est plus dans la physiologie, et puis la physiologie quand même est censée être bien faite. (Karen, sage-femme AAD)

Le point d'achoppement entre milieu hospitalier et extrahospitalier se fait notamment autour de la logique épidémiologique, dont l'injection de syntocinon est le marqueur le plus évident. Du côté des sages-femmes indépendantes il y a un refus de réaliser des interventions préventives et systématiques puisque cela revient à renoncer à la catégorie du « normal », c'est-à-dire à des situations qui peuvent se passer de toute intervention (elles sont en faveur d'une « délivrance spontanée » selon le terme consacré)⁴¹⁰. Les interventions médicales sont réalisées au cas par cas en fonction de la clinique : « on peut le faire [injecter du syntocinon aux épaules] s'il y a des [facteurs de] risques, troisième bébé, rapide, etc. (...) On n'est pas inconscientes »⁴¹¹. (Coralie, sage-femme AMN). Du côté des médecins hospitaliers, ce refus est incompréhensible, voire décrit comme « irrationnel » (journal de terrain, La Maternité) puisque la recherche a démontré qu'une telle intervention permet d'éviter des hémorragies.

⁴¹⁰ L'injection de syntocinon augmente l'ampleur des contractions utérines qui surviennent après la naissance et pendant plusieurs jours pour certaines femmes (surtout les multipares), et donc les douleurs. Pour les sages-femmes, cela représente un effet secondaire non négligeable : elles veulent d'autant moins réaliser systématiquement cette intervention.

⁴¹¹ Dans le protocole de l'« hémorragie de la délivrance » de La Maison de Naissance, il est précisé que l'injection de Syntocinon à la naissance « n'est pas systématique mais à considérer » en fonction de facteurs de risques hémorragiques tels que « l'antécédent d'hémorragie », ou « la multiparité dès 3 ».

La physiologie est considérée comme un état à définir en fonction de normes standardisées mais qui doivent être adaptées à la personne en fonction de son historique de santé et sa constitution « habituelle », qui est différente selon chacun, et empêche la référence à « un modèle » unique (Géraldine parturiente 3 AAD). Pour Géraldine (parturiente 3 AAD) « le corps médical a des espèces de valeurs prédéfinies et si [le rythme cardiaque] baisse trop selon ces critères, c'est un signe de détresse (...) et on intervient ». Pour elle, c'est délétaire puisque « ça ne prend pas en compte les différences individuelles »: « j'ai un rythme cardiaque de base qui est très haut et par conséquent mes enfants ils ont un rythme cardiaque qui est très haut et ça c'est dû à notre physiologie ». Livia (parturiente, 1 AMN transféré) qui est médecin, avait « un peu peur du milieu hospitalier, protocolaire ». A domicile ou en maison de naissance, la sage-femme adapte davantage la prise en charge en fonction de la personne particulière. Si cela est possible de leur point de vue c'est parce qu'elles connaissent depuis plusieurs mois la parturiente et savent quelle est sa tension habituelle par exemple, voire elles ont accompagné plusieurs des accouchements de la même parturiente. La sage-femme de Jessica (parturiente, 4 AAD) par exemple ne s'est pas inquiétée du fait que le début de la dilatation soit long car elle sait qu'elle « dilate beaucoup et très vite » une fois que le travail de l'accouchement a atteint un certain stade.

Il s'agit aussi de personnaliser le risque en fonction de l'anamnèse et de la clinique, et ne pas toujours se référer à des normes épidémiologiques. Par exemple, un âge supérieur à 40 ans n'est pas nécessairement considéré comme un facteur de risques par les sages-femmes en dehors de l'hôpital, puisque la parturiente « peut avoir un corps de jeune fille, elle peut avoir un esprit de jeune fille (...) Il y a les risques vrais, hyper-tension, diabète, on sait les conséquences... mais 40 ans pour moi c'est pas une femme à risque » (Patricia, sage-femme AAD AMN). Inès me rapporte une situation prise en charge à La Maison de naissance pour laquelle elles sont allées plus loin dans l'expectative par rapport aux pratiques de La Maternité. Cela était permis par l'observation clinique de la parturiente selon elle:

on a eu un cas pour toi hier soir: il y a eu quatre heures entre [dilatation] complète et l'accouchement ! A l'hôpital ça aurait fait longtemps qu'elle aurait eu une intervention ! Et après deux heures jusqu'à la délivrance [du placenta], ça, ça aurait même pas été possible ! Et tu vois tout allait bien. (...) tout allait bien, la maman allait super, elle [ne] saignait pas, pourquoi intervenir! (Journal de terrain, La Maison de naissance, Inès)

Le fait d'avoir été patiente et de s'être basée sur les signes cliniques plutôt que sur des données épidémiologiques⁴¹², et plus largement, d'avoir une vision de la physiologie moins restreinte qu'à l'hôpital, ont permis d'éviter des interventions inutiles selon Inès.

Ces professionnelles et ces parturientes 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 standardisée des risques. Comme cela a déjà été montré, notamment à propos des résistances à la vaccination, certains individus veulent

⁴¹² Selon les protocoles de La Maternité, le fait que le placenta ne soit pas expulsé au bout de 15 minutes constitue une situation à risque dans laquelle il faut intervenir puisque les recherches ont montré que le risque hémorragique augmente à partir de ce laps de temps, même en l'absence de symptômes comme des saignements ou un utérus qui ne se contracte pas. Dans le cas de Inès, elle a considéré qu'en l'absence de la présence de ces symptômes, il n'y avait pas de raisons d'intervenir médicalement (elle a simplement été plus attentive et a encouragé l'allaitement du bébé par la parturiente afin de stimuler la rétractation de l'utérus et favoriser l'expulsion du placenta).

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 » (Burton-Jeangros, Golay, et Sudre 2005, 343). En ce sens, les femmes interviewées privilégient une démarche active et individuelle de gestion des risques qui est faite en collaboration avec leur sage-femme.

2 Revaloriser d'autres risques en fonction des valeurs : vers une value-based medicine ?

Dans la continuité de leur effort pour rendre visible les aspects subjectifs de la construction du savoir médical et des décisions, les femmes et les sages-femmes revendiquent la possibilité d'intégrer leurs valeurs dans leurs décisions, dans un contexte d'incertitude que ne peuvent résoudre les recherches médicales et les outils à disposition.

Le concept d'Evidence-based medicine comprend trois volets je le rappelle : les données de la recherche, l'expertise professionnelle de la soignante, les préférences de la patiente (Straus et al. 2010). J'utilise cependant le concept de value-based-medicine pour montrer que la place qu'elles font à leurs valeurs dans la prise de décision est centrale, et assumée.

Elles souhaitent personnaliser les limites du normal et du pathologique et les décisions basées sur cette limite. Ce processus les conduit à redéfinir la pyramide des risques considérés comme à éviter. L'accouchement à domicile ou en maison de naissance permettrait alors non seulement de se protéger des risques médicaux tels qu'ils sont définis par le biomédical, mais aussi de se protéger contre des risques perçus comme secondaires par ce milieu. C'est ce processus qui concilie le double mouvement à l'œuvre dans leurs discours et pratiques: utiliser la logique du risque et les outils médicaux pour se protéger des risques identifiés par la médecine comme prioritaires, et critiquer la logique du risque d'un point de vue moral. La synthèse que ces parturientes et professionnelles propose est de combiner une approche objective et une approche subjective assumée pour se protéger de risques, définies par elles. Cela implique des processus de négociation des décisions et de la définition des risques à prendre en compte entre la femme et la sage-femme.

2.1. Les atteintes au corps maternel

Les atteintes au corps maternel (typiquement l'épisiotomie ou la césarienne) sont perçues par ces femmes et ces sages-femmes comme non accessoires. Les actes invasifs peuvent être représentés, ou avoir été vécus, comme très violents et veulent être évités pour la naissance. De nombreuses femmes et sages-femmes savent que les « études montrent aussi les avantages [de l'accouchement extra hospitalier », avec par exemple « moins de déchirures » (Inès, sage-femme AMN) ou d'épisiotomies (Maé, parturiente, 3 AAD, 1 transféré).

Maé qui a été transférée à l'hôpital pour son premier enfant a vécu son épisiotomie, réalisée sans son consentement, comme « un traumatisme, comme une attaque personnelle... comme une agression ». Elle 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 ». Pour elle, les conséquences de l'intervention ont été importantes: « pendant deux ans ça a été très dur (...) c'est resté une cicatrice hyper fermée qui me faisait mal à chaque rapport [sexuel]. Du coup ça reste parce que tu as toujours mal. Donc après tu es encore plus énervée ».

Les sages-femmes font également moins de touchers vaginaux, notamment car elles considèrent que c'est un acte invasif qui se joue dans l'intimité des femmes et qui doit donc être limité. Pour les sages-femmes, il faut toujours avoir à l'esprit la dimension « sexuelle (...) et très intime des voies vaginales » et donc éviter d'y « mettre les mains » autant que possible (Claire, sage-femme AAD AMN). C'est une dimension qu'a appréciée Magali (parturiente, 1 AAD): « [la sage-femme] avait une sorte de respect, elle n'était pas intrusive [avec les touchers vaginaux] ».

En milieu hospitalier, une injection de Syntocinon est faite à toutes les femmes au moment de la naissance pour prévenir le risque hémorragique. Le Syntocinon intensifie les contractions naturelles présentes après la naissance pour rétracter l'utérus (« les tranchées ») et amplifie donc la douleur. Pour Karen (sage-femme AAD) « les fameuses tranchées qui font mal », font que les femmes, surtout multipares, « dégustent un peu » avec l'injection systématique de Syntocinon. Pour elle, un nombre insuffisant de cas d'hémorragies sont évitées par rapport à la douleur induite pour toutes les femmes.

Finalement, la surveillance extensive des accouchements est décrite comme un moyen de « maîtriser les femmes », leurs corps. Patricia considère que le monitoring n'est pas assez proposé de manière intermittente, mais que même quand il est posé en continu, les professionnelles n'essaient pas de trouver des arrangements pour conserver la mobilité: « on pourrait coincer [le capteur du monitoring]. Moi j'ai eu fait ça avec le slip, on met par-dessus, on sert un peu plus les ceintures, ou la maman met la main sur le ventre, j'en sais rien c'est possible. C'est vrai qu'une femme qui bouge elle n'est pas maîtrisable quoi. Quand elle est couchée on sait bien où elle est. Ça m'énerve ». (Patricia, sage-femme AAD AMN). Julie (sage-femme AAD) a décidé de quitter l'hôpital pour faire des accouchements à domicile à l'arrivée du STAN en salle d'accouchement. Le capteur de cette machine qui est utilisée pour affiner les résultats de surveillance du bien-être fœtal, se « visse un tout petit peu sous la peau [du fœtus] en sous-cutanée », un geste que Julie décrit comme étant « assez agressif ». La présence de ce capteur « qui sort des parties génitales [de la parturiente] (...) faisait un appareil de plus dans cette petite salle d'accouchement ». Pour Julie, le déploiement des machines et la sous-estimation de l'effet de leur emprise sur le corps des femmes était devenue insupportable.

2.2. *Empowerment et risques psychosociaux*

Selon de nombreuses parturientes, l'accouchement en dehors de l'hôpital leur a permis de développer un sentiment « d'empowerment »⁴¹³, c'est-à-dire une capacité à agir, et dans notre cas, une émancipation face au pouvoir médical. L'empowerment était aussi bien intellectuel qu'incorporé, éprouvé et vécu dans l'esprit, le discours et le corps. Ce qu'elles décrivent à la fois comme une prise de pouvoir sur leur accouchement et une manifestation de la force de leur volonté et de leur corps de femme a rendu l'expérience de l'accouchement exceptionnelle et a renforcé leur confiance en elle et en leurs corps.

Accoucher en dehors d'une maternité demande un certain rapport avec l'incertitude, les risques, et la mort, mais le fait d'accoucher à domicile a aussi un impact en retour sur ces conceptions. Khadija (sage-femme AAD AMN) évoque la « puissance du corps féminin » qui est révélée lors de l'accouchement. Natacha (parturiente, 1 AMN) décrit son sentiment juste après la naissance : « voyez j'ai mis un enfant au monde. Tu te sens empowered, pleine de

⁴¹³ Ce terme a été utilisé directement par Natacha (parturiente, 1 AMN) et Chloé (parturiente, 1 AMN transféré)

pouvoir. Tu te sens forte quoi ! (...) j'avais une confiance en moi, j'ai mis un bébé au monde toute seule, j'étais hyper fière de moi !». Elle affirme avoir « adoré » son accouchement, tout comme Zora (parturiente, 1 AMN transféré). Ce « développement de pouvoir de femme » (Claire, sage-femme mat) aurait des bénéfices pour l'estime de soi qui aide par exemple à se faire confiance dans les soins apportés au bébé pour Natacha (parturiente, 1 AMN). Pour Hélène (parturiente 1 AAD), l'accouchement à domicile a représenté un moment « existentiel » qui lui a permis de relativiser « toutes les autres peurs de l'existence » et lui donner « une force énorme pour toute [s]a vie ». Carole (parturiente 1 AAD) lui a « donné une confiance en [elle], qu'[elle] n'avai[t] pas avant ». Magali (parturiente, 1 AAD) évoque une transformation dans le rapport à son corps:

Je me suis aussi réapproprié mon corps différemment qu'avant dans toute ma vie et je pense qu'il y a un lien avec [l'accouchement]. J'ai pas eu une histoire facile avec mon corps, de troubles alimentaires... et [l'accouchement] a vachement transformé les choses autant de moi par rapport à moi que de moi par rapport à [mon copain]. (...) tout d'un coup tu as traversé ça, et tu te présentes autrement. (Magali, parturiente, 1 AAD)

A présent, elle dit qu'elle « aurai[t] envie d'accoucher encore mille fois dans [s]a vie » tellement ça lui a « gonflé l'estime de soi ». Elle pense aussi que ça a changé quelque chose entre son conjoint et elle, en libérant leur sexualité.

L'épreuve initiatique qui comprend le fait d'avoir mal et de résister pendant plusieurs heures, est considérée comme étant la source de cette force par ces femmes, tout comme le fait d'avoir accouché sans outils ou médicaments. Certains de ces discours s'inscrivent dans un féminisme dit essentialiste ou différentialiste qui propose de reconnaître les différences entre les sexes et les qualités spécifiques des hommes et des femmes :

pour ma maman, les femmes ont pas de pouvoir, les hommes, ils ont tout ce qu'ils veulent, ils décident de tout, ils ont des beaux métiers (...) c'est vraiment un peu une revanche pour moi de me dire, ça, j'ai pu le faire [accoucher en maison de naissance]. Après, dans le métier de médecin, j'ai vraiment d'autres problèmes qu'en effet, je me sens toujours pas à ma place, je trouve que c'est beaucoup plus facile pour les hommes, que j'ai l'impression que j'assume pas, et tout ça. Mais au moins l'accouchement c'était mon domaine et j'ai pu en prendre possession (Armelle, parturiente, 4 AMN)

La reconnaissance de cette manifestation d'empowerment par l'entourage, c'est-à-dire le plus souvent par le père et la sage-femme, a représenté une dimension centrale du processus pour ces femmes. C'est le cas d'Armelle (parturiente, 4 AMN): « mon mari avait dit [à notre entourage] 'Armelle s'est battue comme un tigre', ah, ce que ça m'avait fait du bien! ».

Soit à travers leur activité professionnelle (sage-femme), soit par la comparaison avec l'expérience de leurs amies (parturientes), certaines font part des conséquences d'avoir vécu au contraire une expérience de passivité, parfois sous la contrainte des professionnelles à l'hôpital. Lors des visites postnatales conduites par Julie (sage-femme AAD) auprès de femmes qui ont accouché à l'hôpital, certaines lui rapporteraient régulièrement avoir eu « plutôt le sentiment d'avoir été accouchées », plutôt que « d'avoir accouché ». Cette « dépossession de l'accouchement » par l'utilisation de techniques a un impact selon Julie sur le vécu des mères et leur capacité à prendre soin de leurs enfants: « elles ont un peu perdu confiance en elles parce qu'il y a eu le besoin des forceps pour mettre le bébé au monde, et du coup l'allaitement est plus difficile (...) ça impacte sur le long terme, dans la

relation avec le bébé, sur l'allaitement, la dépression post-natale ». Pour elle, la médicalisation constitue un « facteur aggravant pour ce genre de dépression » et induit donc d'autres risques, à plus long terme, et peu reconnus par le milieu médical. Plusieurs femmes sont convaincues d'avoir diminué leur risque de vivre une dépression post-partum en accouchant chez elles puisqu'il n'y a pas eu de transition, de « rupture » (Béatrice, parturiente, 3 AAD) mais une continuité entre la grossesse, la naissance, et la vie avec le nouveau-né. Ce n'est pas ici l'impact sur le vécu de la mère qui est identifié, mais l'impact sur une catégorie construite, définie et prise en charge de plus en plus dans des consultations par le médical: la dépression post-partum. Evoquer directement le risque de dépression post-partum peut ainsi constituer un moyen pour ces personnes de légitimer leurs choix.

2.3. Le vécu de l'enfant et les atteintes corporelles

Les interventions médicales sont perçues comme pouvant altérer le bien-être de l'enfant au moment de la naissance. Les femmes et les sages-femmes citent le plus souvent la provocation de l'accouchement, la césarienne, les accouchements instrumentés. Ces actrices ne remettent pas en question la nécessité de réaliser ces interventions dans certains cas, mais souhaitent donner plus de poids dans les décisions à ce qu'elles peuvent représenter comme impact négatif. Au moment de choisir l'accouchement à domicile, Aurélie (parturiente, 2 AAD) a mis en balance les différents risques:

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. (Aurélie, parturiente, 2 AAD)

Les risques pour l'attachement mère-enfant dans les situations de césarienne où ils sont séparés sont également évoqués (Pour Julie (sage-femme AAD) cela constitue « un arrachement », une forme de « violence », voire « d'agression »), et pourraient notamment avoir des impacts sur l'allaitement selon les sages-femmes. Plusieurs femmes et sages-femmes associent l'accouchement à domicile avec la naissance d'enfants « très calmes » et « sereins » (Aurélie, parturiente, 2 AAD) par le fait du peu d'interventions médicales et de l'accueil dans un environnement familial et paisible. Leo (conjoint, 3 AAD) « associe volontiers à l'accouchement à la maison (...) la relation qui s'est bien construite » avec ses enfants.

Pour certaines parturientes et sages-femmes, accepter de prendre un risque vital mais rare en accouchant en dehors d'un hôpital permet d'éviter des risques jugés accessoires et plus acceptables, bien que courants, par le monde médical. Magali (parturiente, 1 AAD) par exemple ressentait des angoisses concernant la santé de son bébé avant son accouchement prévu à domicile, par exemple « le cordon autour du cou, l'accouchement trop long où le bébé souffrirait du cœur, des histoires de bébés qui respiraient mal ». Quand je lui demande si elle a l'impression d'avoir pris plus de risques, elle m'a répondu « 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 ».

Quelques femmes ont critiqué en entretien les mères qui choisissent la césarienne, considérant qu'elles sous-estiment les conséquences du point de vue du bien-être ou de la santé du bébé, ou même qu'elles font passer leurs intérêts avant ceux du fœtus:

la montée par exemple des césariennes de convenance, ça je trouve flippant, franchement. Et je trouve pathétique, pour le bébé c'est horrible, je trouve ça sordide en fait, j'avoue, franchement. C'est le genre de choses je trouve sordide. Sortir le bébé comme ça de sa bulle en une minute, ça me fait de la peine (...) Je peux entendre le discours de ces femmes, je comprends la peur, je comprends la peur aussi d'avoir des déchirures, je conçois, mais je trouve quand même violent de pas penser au petit, de ce qui se passe pour lui. (Chloé, parturiente, 1 AMN transféré)

Le milieu extrahospitalier n'est ainsi pas exempt de mécanismes de moralisation des mères pour les choix qu'elles font. J'ai cependant constaté que ce type de discours est moins présent qu'à l'hôpital. Une partie des femmes et des sages-femmes refuse en effet d'adopter de tels discours, continuant à valoriser le choix de la mère plutôt qu'un modèle particulier de naissance. Le respect de la personne en fonction de son histoire et ses souhaits personnels n'est pas seulement un discours, mais est aussi opérationnalisé, au moins en partie, dans les pratiques.

3 Des limites négociées entre sages-femmes et parturientes

3.1. *A la recherche d'une garantie d'auto-détermination : « rester maître des décisions »⁴¹⁴*

Une motivation centrale des femmes qui choisissent l'accouchement à domicile ou en maison de naissance est leur impression qu'elles pourront davantage prendre leurs propres décisions, par rapport au milieu hospitalier. La peur de « perdre leur autonomie » (Lindgren et al. 2010) constitue un risque important pour ces femmes, qui participent de leur choix.

Le manque de confiance envers le monde médical réside en premier lieu dans sa difficulté à accepter les décisions de femmes qui vont à l'encontre des procédures habituelles, et plus simplement à informer et partager les décisions.

Lors d'une réunion des parents organisée à La Maison de Naissance, une femme enceinte fait part de l'importance pour elle « de ne pas se laisser aux mains du corps médical », mais au contraire de « pouvoir être au centre et (...) prendre ses propres décisions ». Elle fait part de sa « peur de ne pas pouvoir participer pleinement aux décisions à l'hôpital » (Journal de terrain, Maison de Naissance). Armelle (parturiente 4 AMN) a assisté à des accouchements pendant sa formation de médecin. Celle-ci a été frappée par la « violence » du processus et la mise en passivité des femmes, qu'elle a voulu éviter en n'accouchant pas à l'hôpital elle-même.

Lors de son premier accouchement, Maé (parturiente, 3 AAD, 1 transféré) a vécu une épisiotomie « en traître ». Alors qu'elle était à quatre pattes, la sage-femme est arrivée « avec le truc [ciseau] dans les mains discrètement », et quand son mari s'en est aperçu et crié qu'elle ne voulait pas d'épisiotomie, il était « trop tard ». Selon Maé, la sage-femme s'est justifiée par le fait qu'elle « ne prévient jamais les mamans » avant de réaliser l'épisiotomie afin qu'elles « ne sentent pas » le geste. Elle lui a dit qu'elle était fâchée qu'elle ait fait cette intervention « en douce », alors même qu'elle aurait été en mesure de s'exprimer. Elle ne

⁴¹⁴ Malika (parturiente, 1 AAD)

pense cependant pas avoir été entendue puisque la sage-femme semblait convaincue d'avoir agi « pour son bien et qu'elle [la] protégeait en faisant cela ». Suite à cet expérience, Maé a refusé de retourner à la maternité pour la naissance de ses enfants suivants ne voulant plus être « infantilisée ». L'attitude paternaliste de la soignante, qui consiste à agir en fonction du bien supposé du patient ou de la patiente qu'on cherche à protéger contre lui-même ou elle-même, lui a été insupportable: « je me suis dit à l'hôpital on est maître de rien, quand on met les pieds là-dedans on perd tout pouvoir sur notre corps, sur nos idées, sur nos envies, sur notre accouchement, donc c'était hors de question pour moi de retourner là-bas ».

Malika (parturiente, 1 AAD) « voulais[t] absolument accoucher en dehors du médical, de peur qu'on fasse quelque chose qu'[elle] ne veuille pas ». Elle craignait de ne « pas être dans une position à avoir la tête froide pour [se] dire 'est-ce que vraiment c'est bien ou pas les actes médicaux [proposés]?' » Sylvie (parturiente, 1 AMN) considère que l'accouchement est « déjà suffisamment difficile pour pas qu'en plus on ait à se battre [contre les professionnelles] » pour éviter des interventions. Elle ne voulait pas que « ce soit la guerre ».

Certaines sages-femmes estiment néanmoins que si le projet d'accouchement de la femme est bien réfléchi, elle peut accoucher à l'hôpital et faire respecter ses choix. Elles considèrent que leur rôle est de préparer les parents, de leur donner des outils qui leur permettront d'exercer leur autonomie et de faire valoir leurs choix, peu importe la personne qui les accompagne ou le lieu dans lequel l'accouchement se déroule. Pour Khadija (sage-femme AAD AMN), il est important de réfléchir avec les parents « comment faire pour que le transfert ne soit pas le truc le plus horrible de leur vie, mais que ben okay, il y a des circonstances qui font que [c'est nécessaire], mais comment on peut encore rester un peu pilote du navire même quand on arrive en milieu hospitalier ». Aurélie (parturiente 2 AAD) décrit un cours de préparation à la naissance qu'elle a beaucoup aimé et dans lequel la sage-femme décrivait comment faire pour vivre la césarienne comme une vraie naissance, et conserver un bon vécu⁴¹⁵.

A l'hôpital, la continuité du discours est assurée par l'existence de protocoles et de manières de faire institutionnalisées et particulièrement bien implantées. Il y a peu de dissonances entre les discours des différentes professionnelles. Si cette standardisation existe moins dans la pratique extrahospitalière, elle est supplée par le fait que le suivi est conduit par la même personne, permettant une homogénéité et une cohérence du suivi. Géraldine (parturiente, 3 AAD) a ainsi apprécié d'avoir « un seul interlocuteur » pendant la grossesse et l'accouchement. Pour Leo (conjoint, 3 AAD) cela enlève de l'incertitude puisque « cet interlocuteur unique, avec qui on a une très bonne relation (...) on savait quel type de

⁴¹⁵ Lors des transferts, certaines sages-femmes interviennent pour que les décisions des parturientes soient respectées en milieu hospitalier et pour maintenir une continuité dans le respect des valeurs. Comme Maya (parturiente, 1 AMN transféré) redoutait la césarienne, sa sage-femme aurait sélectionné un hôpital pour le transfert dans lequel ils « n'ont pas le couteau facile ». Elle a même trouvé « une sage-femme qu'elle connaissait » pour s'assurer d'un suivi « cohérent ». Lorsqu'elle appelle la salle d'accouchement pour organiser un transfert, une sage-femme de la Maison de Naissance demande à « qu'ils gardent si possible une salle nature » pour la parturiente (Journal de terrain, La Maison de Naissance). Certaines femmes m'ont dit pourtant avoir regretté le manque de suivi de leur sage-femme qui semblait se dégager de sa responsabilité aussitôt le transfert décidé. Aurélie (parturiente, 2 AAD) par exemple me dit que: « elles sont vachement là 'ah bah en cas de transfert c'est plus notre responsabilité' et puis t'es là 'ouais mais moi ça va être quand même ce que j'ai à vivre !'. Et ça j'ai trouvé hyper rude ».

réponse elle allait apporter ». Il estime que c'est une « situation assez privilégiée ». A La Maison de Naissance, les femmes ne sont pas assurées d'être accompagnées pendant l'accouchement par la sage-femme qui a suivi leur grossesse. Les sages-femmes insistent cependant sur l'homogénéité des valeurs et de la manière de travailler au sein de l'équipe: « on est toutes égales, on a toutes la même philosophie de la naissance, on travaille toutes de la même manière » (Journal de terrain, La Maison de naissance, réunion des parents, Inès sage-femme). Cette différence implique cependant que davantage de standardisation des pratiques soit pratiquée à La Maison de Naissance, pour assurer une certaine « cohérence » des pratiques (Journal de terrain, La Maison de naissance), je l'ai montré.

Les sages-femmes ont aussi plus le temps de personnaliser le suivi selon ces femmes et ces sages-femmes. Cela fait que « c'était pas juste un bébé parmi un milliard d'autres » pour Magali (parturiente, 1 AAD), « qu'on n'était pas un numéro » pour Maya (parturiente, 1 AMN transféré). Pour Natacha (parturiente 1 AMN) « quand tu rentres en maison de naissance, tu rentres aussi dans un système, mais c'est toi qui es au cœur du système. A l'hôpital, tu rentres et tu dois te conformer au système en place ». Elle soulève aussi l'impression que la sage-femme s'intéresse en premier lieu à la femme comme « personne » et dépositaire du droit à décider, tandis qu'à l'hôpital elle se sentait mise de côté au profit de l'enfant, un simple « réceptacle », « un ventre ». Les sages-femmes sont nombreuses à évoquer le manque de temps en milieu hospitalier, qui les empêchait de prodiguer un accompagnement humain et respectueux, un élément déterminant dans leur choix de quitter l'environnement hospitalier. Pour Gaëlle (sage-femme AAD AMN) « ce qui est important, c'est parfois peu de choses, basique [comme] (...) écouter [la parturiente] pendant 10 minutes ». La difficulté vient du fait qu'« à la mat parfois on n'a même pas 10 minutes, dans un service débordé, parfois je voyais que j'étais crevée, affamée, j'arrivais plus à donner ces 10 minutes ».

Pour les sages-femmes, accompagner les femmes dans leur capacité à s'autodéterminer est une dimension qui est au cœur de leur métier. Selon elles, c'est l'exercice indépendant qui garantit le maintien de cette valeur et compétence professionnelle.

3.2. Une négociation en acte ou anticipée

A domicile ou en maison de naissance, la construction des limites entre la physiologie, la pathologie et la classification des risques est un processus ouvert et participatif. Femmes et sages-femmes dialoguent et négocient régulièrement pour trouver des équilibres entre leurs souhaits et impératifs respectifs.

Au contraire de l'hôpital comme service d'urgence où les décisions semblent régulièrement dépendre de secondes, le temps est plus extensible en maison de naissance. Rares sont les situations où la sage-femme agit sans faire participer la mère⁴¹⁶ :

Solène: « Ça arrive que des parents veulent pas partir [transfert] ? qu'ils ne comprennent pas pourquoi ? ». La sage-femme: « c'est rare, car il y a la confiance, les choses sont dites au fur et à mesure, d'abord... sans dire le mot 'mat[ernité]' et 'transfert'... puis un peu plus... ensuite dire que à telle heure on

⁴¹⁶ Les procédures de réanimations du nouveau-né font partie des quelques exceptions. Lors de celle à laquelle j'ai assisté en maison de naissance, j'ai toutefois constaté que d'une part la réanimation a lieu dans la même pièce, permettant à la mère et au père d'assister à la procédure. D'autre part, il apparaissait qu'informer les parents étaient une priorité pour les professionnelles. La première sage-femme a en effet très rapidement (en moins d'une minute) demandé à sa collègue de retourner auprès des parents pour leur expliquer ce qu'il se passait. L'enfant s'est rapidement stabilisé et aucun transfert n'a été entrepris.

devra transférer... puis vient la discussion concrète ». (Journal de terrain, La Maison de naissance)

Ces négociations peuvent aller dans le sens de retarder la classification à risques et les interventions. Hélène (parturiente 1 AAD) a vécu deux pneumothorax. Sa sage-femme lui avait conseillé d'accoucher à l'hôpital puisque le risque que l'accouchement provoque un troisième pneumothorax avait été mis en évidence par les médecins. Devant « l'insistance » d'Hélène de vivre un accouchement à domicile, la sage-femme a accepté de la suivre sous conditions. L'une d'entre elles « c'était qu'à aucun moment [pendant l'accouchement] je m'oppose, si elle dit 'on y va [à l'hôpital]', ou peu importe ce qu'elle dit [d'autre], je dois dire oui ». Du côté de Maé (parturiente, 3 AAD, 1 transféré) qui était porteuse d'un streptocoque B, la sage-femme était « d'accord de le faire à la maison quand même, à condition que je prenne l'antibiotique ». Danae (sage-femme AAD) suit une parturiente qui a décidé de changer de sage-femme car elle trouvait celle qui la suivait « trop stressante, trop cadrante », et a refusé le suivi de deux autres qu'elle trouvait « trop dirigistes ». Elle voit ce suivi comme un « challenge » face à une femme très « déterminée ». Elle me dit « ça va m'obliger à être vachement attentive à ce que je dis. Ça m'intéresse. Mais que s'il y a un retard de croissance, ou je ne sais pas quoi, que je puisse en parler quand même ». Ce suivi est autant intéressant que compliqué pour Danae qui doit pouvoir poser ses limites en tant que professionnelle face aux complications qui pourraient émerger, tout en respectant le plus possible les demandes et la posture de la parturiente. Lors d'un accouchement, Karen (sage-femme AAD) a vécu une « négociation » en acte avec une parturiente. Dans le contexte d'un accouchement « long » dans lequel la parturiente « avait très très mal » et qui était « fatiguée », après une « heure de poussée » à l'issue de laquelle « ce bébé était toujours pas là », Karen a dit à la parturiente: « bon, je crois qu'on va envisager de partir à l'hôpital ». Celle-ci s'y est opposée fermement selon la sage-femme: « Non, non, non, non, pas ça, me dis pas ça, je veux pas aller à l'hôpital. Attends, attends je vais y arriver, je vais y arriver, laisse-moi encore un petit peu de temps ». Karen aurait répondu : « Ecoute, une demi-heure mais pas plus ». Le bébé est né à l'issue de ce temps, la sage-femme admettant avoir été alors « soulagée ». Géraldine (parturiente, 3 AAD) a négocié la surveillance de l'accouchement. Selon elle, les « actes que la sage-femme » fait ont été ceux qu'elle a elle-même « demandé », comme le toucher vaginal pour connaître la progression du travail, ou ceux qui ne « la gênaient pas », car elle les considère comme « pas invasifs », tels que le « contrôle du cœur du bébé avec un doppler » ou « prendre le pouls et la fièvre ».

Une sage-femme de La Maison de naissance m'avait rapporté une situation d'une parturiente dont l'accouchement était très long. Elle décrit celle-ci comme « une warrior » [guerrière], « très résistante ». Quatre heures se sont écoulés entre la dilatation complète et la naissance de l'enfant. La sage-femme a accepté de donner ce temps à la parturiente car celle-ci ne voulait pas être transférée. Elle a cependant posé une dernière limite de temps, tout en attribuant à la parturiente la responsabilité d'accoucher à l'intérieur de cette limite. La sage-femme avait en effet constaté que la parturiente se retenait de pousser car l'avancée du bébé lui faisait particulièrement mal. La sage-femme lui aurait alors dit : « je te laisse encore un dernier quart d'heure. Tu as toutes les cartes en main : tu dois vraiment pousser, tu dois y aller c'est maintenant, il te reste un quart d'heure ! ». Elle raconte que la parturiente s'est mise à pousser efficacement et que le bébé est né trente à quarante-cinq minutes plus tard.

Au contraire, ces négociations peuvent aller vers une demande de classer comme plus à risques une situation et d'intervenir par un transfert ou une utilisation des outils médicaux. Aurélie (parturiente, 2 AAD) raconte son hémorragie du post-partum: Alors que « ça coulait comme un robinet [les pertes de sang] », Aurélie a dit à ses sages-femmes: « 'à part ça moi j'ai voulu accoucher à la maison mais je suis pas non plus une fanatique de la maison, si d'un coup vous n'arrivez pas à stopper vous appelez l'ambulance !' Attends l'Arnica, les petites graines ça va quoi !»⁴¹⁷. Magali (parturiente, 1 AAD) qui a elle aussi « commencé à saigner » après son accouchement a « moyennement aimé » que la deuxième sage-femme mette « de la glace » au lieu de lui administrer des médicaments: « l'Arnica ça va quoi! ». Elle ajoute que finalement « ce moment un peu bizarre » a rapidement cessé puisqu' « en l'occurrence ça a marché et l'hémorragie s'est arrêtée ». Une partie des femmes a donc un rapport aux risques plus restrictif que les sages-femmes et souhaitent que les professionnelles interviennent rapidement médicalement.

Lorsque je fais remarquer à Inès (sage-femme AMN) que leur taux de transfert est élevé par rapport à ceux des accouchements à domicile de la région, celle-ci me répond : « oui en effet, mais cela correspond à la demande des femmes que nous avons à La Maison de naissance. C'est ce qu'elles veulent. Ce ne sont pas les mêmes demandes qu'à domicile », sous-entendu les parturientes attendent ici des sages-femmes qu'elles prennent peu de risques et qu'elles transfèrent vers un hôpital sans attendre, contrairement à celles qui accouchent à domicile.⁴¹⁸

Enfin, certaines interventions sont proposées par la sage-femme et la parturiente est invitée à se positionner. Pour l'un des accouchements de Jessica (parturiente, 4 AAD), le travail de l'accouchement avait de la difficulté à vraiment commencer, et celle-ci avait très mal. Sa sage-femme lui propose alors de rompre la poche des eaux pour tenter d'accélérer le processus: « c'était à moi de prendre la décision, ou percer la poche des eaux et accoucher dans une demi-heure, donc ça voulait dire un travail intense, très rapide ». Dans le cas de Natacha (parturiente, 1 AMN) et de Béatrice (parturiente, 3 AAD), leur sage-femme leur a demandé si elles souhaitaient qu'elle recouse ou non la petite déchirure, en leur présentant les avantages et les inconvénients. Quand l'indication médicale est plus claire car l'intérêt des points est manifeste, j'ai constaté que les sages-femmes insistent davantage, mais attendent toujours l'accord de la parturiente avant de réaliser l'acte.

Ces négociations prennent place dans une situation de confiance mutuelle qui est au cœur de la relation entre la sage-femme et la parturiente. J'ai montré que cette confiance se développe sur la base d'une vérification des compétences, notamment médicales, de la sage-femme. Cette dimension ne suffit cependant pas, les femmes ont également besoin de s'assurer d'un certain partage des mêmes valeurs:

avec la confiance que j'ai avec [ma sage-femme], je sais que si à un moment elle me dit « là ça va pas, on y va » [à l'hôpital], je pose même pas de questions, j'y vais. Que une sage-femme à l'hôpital avec qui j'avais pas de lien, j'aurais tendance à dire « mais pourquoi ?, mais comment ?, qu'est-ce qui se passe expliquez-moi », machin.

⁴¹⁷ L'hémorragie a finalement été contrôlée par les sages-femmes et Aurélie s'est dite heureuse de ne pas avoir été transférée *a posteriori*, même si sur le moment elle considère que les sages-femmes ont été trop loin dans la prise de risque.

⁴¹⁸ Inès a accompagné autant des accouchements à domicile qu'en maison de naissance et à l'hôpital au cours de sa carrière et dispose donc d'une vue d'ensemble des attentes des parturientes.

Solène : Qu'est-ce qui fait que c'est comme ça avec ta sage-femme ?

Ben tout le lien qu'on a créé avant. Je la connais, je connais sa philosophie. Je sais que si elle me dit qu'il faut faire une épisio[tomie] parce que là il faut sortir le bébé, je dirais vas-y. Par ce que je sais que pour elle c'est qu'en dernier recours et que je sais que si elle me le demande, sachant qu'elle me connaît et qu'elle sait que pour moi c'est genre presque la fin du monde (...). Si elle me dit qu'il faut, c'est que je suis arrivée à un stade où c'est la vie de mon bébé, et donc là t'es ok. (Maé, parturiente, 3 AAD, 1 transféré).

La confiance ne s'établit pas que sur des processus de vérification, mais est aussi à la base de sensations, de « feeling » entre les deux parties pour reprendre un terme utilisé plusieurs fois par les répondantes. Cette confiance se renforce dans le cadre d'une relation proche, familière. Sages-femmes, parturientes et conjoints se tutoient et s'appellent par leur prénom, ils se font la bise⁴¹⁹. En devenant « quelqu'un de tellement proche », presque « une amie » (Géraldine, parturiente, 3 AAD), la sage-femme se sentirait liée à la parturiente et souhaiterait que l'expérience soit la plus proche possible de ses souhaits. La confiance est d'autant plus solide qu'elle s'est construite sur plusieurs mois, pendant le suivi de la grossesse. A

Maé (parturiente, 3 AAD, 1 transféré) qui a été traumatisée par son épisiotomie a pu bénéficier d'une prise en charge sur-mesure à domicile pour les accouchements suivants. Lors du deuxième accouchement, Maé et sa sage-femme ont conclu « un contrat de confiance » dans lequel Maé a accepté « de rester allongée pendant 24 heures pour que [la suture] prenne bien », sachant que la sage-femme avait accepté de faire peu de points de suture après la déchirure qui était survenue. Pour Maé, cela démontre les « bénéfices de l'accouchement à la maison, d'avoir une sage-femme qui te connaît et puis qui a confiance en toi (...) c'était un contrat de confiance que tu aurais pas à la mat', parce qu'ils n'ont pas l'histoire, ils [ne] savent pas comment tu es ».

Cette confiance nouée avec la sage-femme permet de ne pas avoir de regrets. Jessica (parturiente 4 AAD) n'est pas « sûre à 100% » de pouvoir faire « confiance à tous les médecins ou à toutes les sages-femmes » en milieu hospitalier pour décider de la limite entre physiologique et à hauts risques. S'ils avaient décidé d'une césarienne, une incertitude quant au bien-fondé de cette décision serait demeurée. Elle dit par contre faire « confiance à 100% » à sa sage-femme et aurait « été persuadée que c'était la bonne décision » si elle avait proposé une césarienne par exemple⁴²⁰.

La confiance développée entre la sage-femme et la parturiente permet à ces dernières de « lâcher prise » pendant l'accouchement comme elles l'ont dit et de s'en remettre en partie aux décisions de la sage-femme. La négociation peut ainsi être différée : une partie des décisions sont envisagées et anticipées pendant le suivi de la grossesse. Comme la femme qui accouche est considérée comme « fragile émotionnellement » pendant l'accouchement,

⁴¹⁹ Cela rappelle les témoignages d'Adeline Favre : « j'entretenais d'excellents rapports avec les familles chez qui j'allais (...). Je tutoyais les femmes. Pendant que je lavais le bébé, nous parlions de choses et d'autres, les contacts étaient très chaleureux, ce qui ne fut guère le cas à l'hôpital, où tout était plus anonyme » (Favre 2009, 93). Je rappelle qu'Adeline Favre a commencé à exercer en valais à la fin des années 1920.

⁴²⁰ La confiance accordée à la sage-femme peut conduire les femmes à prendre en compte les conseils de la sage-femme pour des domaines ne concernant pas directement l'accouchement, comme l'allaitement, le parentage, la vaccination (ou plus exactement son report). Magali (parturiente 1 AAD) admet ainsi que sa sage-femme est devenue « son mentor ».

elle serait donc « fragile dans les décisions qu'elle prend » à ce moment-là (Jessica, parturiente 4 AAD). Plusieurs femmes mentionnent également le rôle de la douleur comme frein à l'expression du consentement lors de la naissance. Sylvie (parturiente, 1 AMN) a « préfér[é] passer du temps à choisir une bonne personne et du coup lui faire totalement confiance que devoir (...) se battre » pendant son accouchement. Hélène (parturiente, 1 AAD) qui ne maîtrise pas parfaitement le français avait « peur de ne plus être capable de communiquer pendant son accouchement » et était donc soulagée d'être face à une professionnelle « qui la connaît », comme quelqu'un « de la famille », quelqu'un à qui elle faisait « confiance »⁴²¹.

L'exercice différé de l'autodétermination facilite également le travail des sages-femmes qui évitent les situations de confrontation: « avec cette relation de confiance, [les parents] savent que si nous on transfère c'est vraiment qu'il faut, qu'on est déjà allé beaucoup plus loin que ce qui se serait passé à la maternité » (Journal de terrain, sage-femme AMN). De plus, parce que les décisions sont clairement partagées et les limites du normal, du risqué et du pathologie co-construites entre la parturiente (/le couple le cas échéant) et la sage-femme, la responsabilité est aussi répartie entre ces différentes personnes. La responsabilité professionnelle de la sage-femme est en ce sens protégée, d'autant plus que le lien de confiance est fort et les relations en générales amicales. Selon Cléa (sage-femme indépendante) « tout ce qu'on a en confiance, on ne l'a pas en procès (...) [et] quand les décisions sont vraiment réfléchies ensemble (...) il ne peut pas y avoir de reproches [de la parturiente] »⁴²².

Cette dimension de la responsabilité partagée en milieu extrahospitalier était présente dans les discours de nombreuses professionnelles hospitalières. Pour Andréa (adjoint), ces sages-femmes se font « moins attaquer que nous » [professionnelles hospitalières] du fait que « le choix » est plus du côté des parents. Marie (sage-femme mat) considère également qu'en cas de problème, les parents « se sentiront plus responsables parce qu'ils auront plus l'impression que c'est peut-être eux qui ont choisi » et donc ne se « retourneront » pas contre la sage-femme, à moins qu'elle ait commis « une grosse erreur ». Tandis que cette attitude est plus probable à l'hôpital puisque elle a « l'impression qu'ils subissent peut-être un peu plus [les événements] ».

Cela n'empêche pas cependant que les sages-femmes posent certaines limites à ce qu'elles acceptent. Les sages-femmes sont, de plus en plus d'après elles, préoccupées par l'engagement de leur responsabilité professionnelle et la crainte d'un procès (bien qu'aucune

⁴²¹ Hélène a des ressources : elle bénéficie d'un solide cercle d'amis francophones, elle est éduquée et connaît le système de soin occidental (elle est allemande). De plus, j'estime que son niveau de langue est très bon. L'importance d'un suivi personnalisé dans ce contexte était pourtant ressenti comme très important pour elle. A La Maternité, les femmes migrantes avec peu de ressources et parfois une impossibilité totale de comprendre le français se retrouvent certainement dans des situations très difficiles. En l'absence d'interprètes, j'ai peu pu aborder cette question. Je constate cependant que les femmes qui en ont le plus besoin n'ont pas, ou très peu, concrètement accès à un suivi personnalisé comme en a bénéficié Hélène.

⁴²² Le fait qu'à La Maison de naissance les sages-femmes soient plus inquiètes vis-à-vis des risques médico-légaux et qu'elles prennent des mesures de protection qui passent par une plus grande rigidité et une certaine bureaucratisation des relations (formalisées dans des documents signés), est certainement en lien avec le fait que le suivi est plus éclaté. La parturiente rencontre des membres différents de l'équipe pour les cours de Préparation à la Naissance, et c'est la sage-femme de garde qui accompagnera son accouchement.

n'y a été confrontée d'après mes informations)⁴²³. Certaines limites qu'elles posent sont aussi en regard de ces craintes. A La Maison de naissance en particulier, les sages-femmes prennent de plus en plus de mesures pour s'en prémunir. Dans un contexte de refus de soins, non soutenus par les sages-femmes, l'une d'entre elles a écrit au pédiatre et au gynécologue de la parturiente en question pour expliquer la situation et se couvrir : « sachez qu'il y a eu un souci de compliance, voilà ce qu'il s'est passé. Le suivi a été interrompu, nous n'avons pas pu faire le suivi comme on aurait voulu le faire, et [les parents] ne voulaient pas prendre les rendez-vous recommandés » (Journal de terrain, colloque de remise de situations⁴²⁴, maison de naissance). Les sages-femmes considèrent que le père avait « basculé dans l'irrationnel », un registre qui vient justifier la limite que se donnent les sages-femmes, qui veulent apparaître comme des professionnelles. A cette occasion, une sage-femme a suggéré la mise en place d'un « document de décharge à faire signer par les parents », afin que les sages-femmes puissent « se protéger, surtout pour [les parents] qui refusent tout ». Cette peur du risque médico-légal et la nécessité de documenter les pratiques pour s'en protéger est en lien avec la socialisation des sages-femmes en milieu hospitalier, qui est particulièrement présente chez celles de La Maison de Naissance:

j'ai été formée à l'hôpital, alors je suis plus précise peut-être que certaines de mes collègues pour noter sur le parto[gramme] les choses, notamment je décris plus précisément ce qu'il y a sur le monito[ring]. Et c'est aussi important d'écrire sur le monito[ring] si on l'a changée de position, si elle a vomi, etc. c'est parce que c'est médico-légal, c'est indispensable pour interpréter [correctement] le monito[ring] (Journal de terrain, sage-femme, maison de naissance)

Selon une des sages-femmes de la maison de naissance avec qui j'ai eu plusieurs discussions informelles, une des responsables de la maison de naissance a souhaité à plusieurs reprises « resserrer les protocoles » (journal de terrain), c'est-à-dire les rendre plus proches, voire semblables aux pratiques de la maternité de référence⁴²⁵.

Katja qui exerce à l'hôpital comme sage-femme agréée a rencontré une femme qui voulait qu'elle l'accompagne pour un accouchement à domicile, celle-ci a refusé pour préserver sa responsabilité professionnelle face à une femme jugée inconsciente. Elle la décrit comme « une patiente à risques », non pas en raison d'un risque médical mais parce qu' « elle va pousser [la sage-femme] au-delà des [limites] », mettant en danger sa responsabilité professionnelle : « après la folle qui a laissé la maman et le bébé s'épuiser, c'est moi, eheh, c'est pas elle ! c'est aussi pour ça que non »⁴²⁶.

Bien que ce mouvement de crainte des risques médico-légaux se renforce dans le milieu de l'accouchement extrahospitalier, son ampleur n'a rien de semblable avec le contexte hospitalier. J'y ai décrit une « autonomie qui menace », la parturiente étant perçue comme

⁴²³ Le fait que les sages-femmes évoluent dans un contexte défavorable à l'accouchement à domicile ou en maison de naissance (les médecins de La Maternité ne soutiennent pas, voire critiquent fortement ces pratiques) participe aussi de leur peur de la faute : elles savent qu'elles seront alors peu protégées par une institution, ou par les médecins par exemple, j'y reviendrai.

⁴²⁴ Il s'agit d'un colloque organisé régulièrement entre les sages-femmes de La Maison de naissance pour débriefer des prises en charge qu'elles estiment avoir été compliquées.

⁴²⁵ Des changements importants dans l'équipe des sages-femmes ont cependant interrompu ce processus, plusieurs autres sages-femmes estimant cette crainte infondée et refusant de transformer la maison de naissance en « petit hôpital » (Journal de terrain).

⁴²⁶ La parturiente a prévenu Katja qu'elle accoucherait seule si elle ne trouvait pas quelqu'un qui l'accompagne, un risque que la sage-femme n'estime pas être de sa responsabilité.

risquant de mettre en difficultés la professionnelle qui tente alors par différents procédés de limiter ses demandes.

Certains des freins à l'autonomie des parturientes que j'ai mis en évidence dans le contexte de La Maternité sont aussi relatés par les sages-femmes et les parturientes dans le contexte de l'accouchement extrahospitalier. Cependant, les sages-femmes et les parturientes mettent en place des stratégies pour contourner ces difficultés, notamment par l'interconnaissance et la confiance qui se construisent sur plusieurs mois.

3.3. Les injonctions de l'alternative au biomédical : « être une vraie »

Si les sages-femmes disent accompagner les femmes dans leurs propres décisions d'une manière holistique, ce qu'elles font effectivement la plupart du temps, leurs postures n'échappent pas à transmettre certaines attentes, plus rarement des injonctions. L'ambivalence éprouvée par certaines parturientes face à leur projet d'accouchement est parfois mal acceptée par les sages-femmes.

Le besoin exprimé par certaines femmes de discuter des risques et des moyens pour les contenir est parfois évité par les sages-femmes qui considèrent que la femme ne doit pas trop entrer dans ces considérations :

j'avais pas des angoisses très précises, mais je me souviens que je disais, c'est chiant parce que ça paraît être une sorte d'évidence pour les gens qui ont décidé cela, ils refusent la mat... mais moi je suis pas dans ce mouvement-là, ça va pas de soi, il faut qu'on en parle plus ! (...) [la sage-femme] disait pas mal : 'il s'agit d'accepter ça, tu pourras toujours te fabriquer des angoisses, mais c'est pas pragmatique comme décision, c'est pas forcément rationnel, c'est autre chose, c'est un truc plus... métaphysique' (...). je luttais un peu parce que j'avais besoin d'en discuter, d'avoir des éléments un peu rationnels parce que je fonctionne un peu comme ça, après ok j'aurais pu foncer. (Magali, parturiente, 1 AAD)

La sage-femme renforce ici l'image du savoir rationnel et des décisions fondées sur les preuves du côté de l'hôpital versus le savoir irrationnel et des décisions tournées vers les valeurs du côté du domicile, alors que Magali cherchait à concilier ces dimensions qui ne lui semblaient pas nécessairement antinomiques. Au-delà d'une dimension idéologique, cet évitement traduit aussi le fait que certaines sages-femmes éprouvent des difficultés à manier les statistiques et les recherches scientifiques. Lors d'un cours de préparation à la naissance, une sage-femme répond à un père qui demandait des informations chiffrées : « les statistiques j'en sais rien, les statistiques c'est pas mon truc » (journal de terrain).

Pour certaines sages-femmes, être ambivalente risquerait de mettre en péril le projet, et donc de les mobiliser inutilement. A La Maison de Naissance, certaines périodes de l'année sont chargées et les sages-femmes peuvent refuser de prendre en charge des femmes par manque de personnel. Une des sages-femmes considérait alors que les femmes équivoques risquaient de prendre la place de femmes plus convaincues. Lors d'une réunion, une sage-femme annonce qu'une femme enceinte a finalement renoncé à son projet d'accoucher en maison de naissance, peut-être « à cause de son médecin » qui l'aurait découragée. Une autre sage-femme répond : « tant pis, ça laisserait de la place pour une autre femme plus motivée » (Journal de terrain, La Maison de Naissance).

Les sages-femmes ou les femmes attribuent parfois l'absence de progression de l'accouchement à l'ambivalence des femmes. Pour cette raison, Carole (parturiente 1 AAD)

affirme qu' « il faut y croire, il faut être décidée, pas avoir de doutes, il ne faut pas avoir de peurs, pour faire ça [accoucher à domicile] ». Pour Kahadija (sage-femme AAD AMN) « si on est déjà stressé de nature je pense qu'à la base c'est juste impossible [d'accoucher à domicile] ».

Lors d'un accouchement à La Maison de Naissance où la dilatation s'avère moins avancée que ce que les parents et les sages-femmes avaient pensé, et face à une douleur qui augmente, la parturiente décide de demander son transfert à La Maternité pour bénéficier d'une péridurale. La femme accouchera aussitôt arrivée à l'hôpital, en présence de la sage-femme. A notre retour à La Maison de Naissance, la sage-femme et moi débriefons la situation, elle me dit:

Pour moi elle avait déjà décidé qu'elle voulait aller à la mat', elle avait déjà cela en tête, donc je ne pouvais pas faire grand-chose à partir de ce moment-là. Je pense que vu la situation on a fait au mieux de ce qu'on devait faire. (...) Et je pense qu'ils sont très contents comme ça. Je veux pas commencer à chercher des raisons, à psychanalyser le truc, mais peut-être que voilà au fond, ils avaient peur, ils n'étaient pas prêts à accoucher à la Maison de Naissance, et il lui a fallu être à la mat' pour lâcher. (Journal de terrain, La Maternité, sage-femme)

L'équipe de sages-femmes a par la suite critiqué la décision de la sage-femme de transférer cette femme qui a accouché si peu de temps après son arrivée à La Maternité, et surtout de ne pas avoir revérifié l'avancée de la dilatation juste avant le transfert. Si l'on suit le raisonnement habituel des sages-femmes, cette sage-femme aurait pourtant agi dans l'intérêt des parents en respectant leurs souhaits et leurs craintes. Ceux-ci étaient d'ailleurs « ravis » après la naissance (Journal de terrain, La Maison de Naissance et La Maternité). Les sages-femmes de La Maison de Naissance peuvent ainsi elles-mêmes véhiculer des injonctions sur ce qu'est un accouchement réussi. Les transferts se répercutent sur leurs statistiques et rend visible leur dépendance envers l'hôpital.

L'accouchement à domicile ou en maison de naissance tirant sa légitimité de la personnalisation des soins et de la prise de pouvoir des femmes, une certaine injonction à l'autonomisation est présente. Pour Cléa (sage-femme indépendante), les parents doivent assumer clairement et complètement leur choix d'accoucher à domicile, avec ce qu'il comprend comme limite pour prendre en charge des complications rares et graves si elles surviennent. Son « attitude » est qu'il « faut dire aux parents » : « c'est le domicile et puis on est clair : c'est le domicile on fait ce qu'on peut. On sait qu'il peut se passer des choses épouvantables pour soi-même et pour le bébé et puis on se dit 'je me lance' ».

Maria (parturiente, 2 AMN, 1 AMN transféré) estime que « les femmes sont complètement déresponsabilisées », que de manière générale elles sont « ignorantes au possible » parce qu'elles ne se « renseign[ent] pas » suffisamment. Elle estime que c'est « de leur responsabilité si cela s'est médicalisé, c'est leur problème ». Pour Carole (parturiente 1 AAD), les femmes doivent « se prendre en charge ».

Les femmes sont à la fois soutenues et bénéficient d'un accompagnement proximal par les sages-femmes, mais pour une partie d'entre elles, l'objectif principal est de « rendre autonomes » les parturientes (Journal de terrain, La Maison de Naissance) et de les responsabiliser. Il y a donc une tension entre proximité et autonomie. A La Maison de Naissance, une personne de l'entourage de la mère doit obligatoirement rester auprès de celle-ci, les sages-femmes ne garantissant pas une présence la nuit. C'est à cette occasion

que Nathalie (parturiente, 1 mat, 1 AMN) a ressenti le fait qu'elle « prenait l'entière responsabilité (...) d'un choix plus lourd qu'à la mat » en terme d'implication et d'autonomie personnelle. Celle-ci a même « dû signer un document » qui atteste qu'elle « prend aussi la responsabilité des nuits »⁴²⁷.

Cette tension entre accompagnement et autonomie est centrale dans les débats en bioéthique. Si la notion de « décision partagée » fait de plus en plus consensus comme norme, dans un équilibre à trouver entre paternalisme et déresponsabilisation du professionnel de santé (Kon 2012; García, Timmermans, et van Leeuwen 2008; Weil 2003; Williams, Alderson, et Farsides 2002), sa mise en application reste épineuse pour les professionnelles⁴²⁸.

Finalement, les sages-femmes attendent des femmes qu'elles soient capables de produire un discours autour de leur choix. A la maison de naissance, lors des « réunions de parents » qui regroupent toutes les femmes bientôt à terme et leurs conjoints éventuels, les sages-femmes invitent les participants à exposer leurs motivations pour un accouchement en maison de naissance. Elles participent à renforcer l'idée que faire ce choix se justifie et doit pouvoir être transmis sous forme de discours intelligible et rationnel devant le groupe.

Conclusion du chapitre 13

Le dispositif obstétrical classique est basé sur l'anticipation du « worst case scenario » (L. B. Clarke 2006). Les risques rares, voire improbables, mais aux conséquences majeures façonnent la prise en charge de l'accouchement de toutes les femmes. Les sages-femmes et les parturientes qui soutiennent l'accouchement à domicile ou en maison de naissance n'excluent pas le « worst case scenario ». Si celui-ci implique d'organiser la prise de précautions, elles refusent cependant qu'il soit à l'origine de l'organisation de l'ensemble des modalités de prises en charge de l'accouchement *a priori* physiologique puisque de leur point de vue, les probabilités que ce scénario se produise sont minimales.

D'une part, elles reprochent au monde médical d'exagérer l'ampleur et la fréquence de ces risques par une construction et une utilisation partielle des recherches et une communication qui favorise la peur. Ces réticences rappellent celles formulées par les opposants à la vaccination (Streefland, Chowdhury, et Ramos-Jimenez 1999; Keck 2013; Senier 2008). Les résistances à la vaccination étant d'ailleurs particulièrement élevées en Suisse.

D'autre part, elles remettent en question les affirmations du monde médical qui considère que c'est la prise en charge à l'hôpital qui a historiquement permis une réduction drastique de la mortalité maternelle et néonatale pendant la naissance. Vuille (2016), Jacques (2016b) ou Morel (2016) ont rappelé récemment que le progrès médical dans son ensemble et l'amélioration des conditions de vie des populations ont en effet grandement contribué à l'amélioration de la mortalité des mères et des enfants, qui ne peut ainsi pas être attribué uniquement au « grand déménagement » des accouchements du domicile vers l'hôpital.

⁴²⁷ Les sages-femmes sont depuis revenues sur cette règle. La sage-femme de garde doit dormir à La Maison de naissance si une parturiente est présente. Lors d'une de ces discussions, une sage-femme revendiquait l'importance de « responsabiliser » les parents, tandis qu'une autre a contre-argumenté en insistant sur le rôle de soutien de la sage-femme : « on dit que notre accompagnement est proche, on le dit sur notre site internet, que c'est un accompagnement plus proche qu'à la mat, mais alors on doit le faire ! ».

⁴²⁸ Pour une analyse des difficultés rencontrées par les médecins et sages-femmes en Suisse romande dans le contexte du dépistage prénatal, voir Gouilhers Hertig et al. (2014).

Selon les répondantes, organiser toutes les prises en charge en fonction du « *worst case scenario* » induit un interventionnisme élevé à l'origine d'effets pervers et favorise la non-prise en compte des préférences des parturientes. Comme cela a été mis en évidence dans d'autres recherches, les femmes choisissent d'ailleurs d'accoucher en maison de naissance ou à domicile car elles craignent de ne pas pouvoir prendre leurs propres décisions en milieu hospitalier (Viisainen 2001; Cheyney 2008; Murray-Davis et al. 2012). Avoir le contrôle leur permet de mettre à distance l'interventionnisme médical. Comme l'écrit Inhorn : « The technological excesses of biomedicine in the face of ongoing medicalization require constant surveillance and vigilance to prevent unnecessary medical control over women's lives » (Inhorn 2006, 356).

J'ai montré dans les parties précédentes que pendant le moment de l'accouchement, les décisions étaient en effet peu partagées à La Maternité, ceci étant souvent justifié par les professionnelles par le risque de complication grave et imminente en l'absence d'une intervention rapide.

Pour les sages-femmes et les parturientes qui accouchent – ou accompagnent des accouchements – à domicile ou en maison de naissance, toute décision autour de la naissance doit cependant être prise en fonction des valeurs de la parturiente. Bien que l'Evidence-based medicine (EBM) comprenne trois volets : données de la recherche, expérience clinique, et préférences des patients, que c'est le premier qui est le plus valorisé et implicitement entendu par les médecins quand ils se réfèrent au concept d'EBM. Dans leur souci de faire figurer au premier plan les valeurs des parturientes – ainsi que leurs émotions et ressentis – pour prendre des décisions, c'est une forme de *value-based medicine* qui est revendiquée par ces professionnelles et ces parturientes.

La personnalisation des soins par les valeurs n'empêche pas des régularités dans les demandes de ces femmes, qui concernent un interventionnisme médical réduit, l'évitement des atteintes au corps maternel et la préservation du vécu de l'enfant. Selon les parturientes et les sages-femmes, ces démarches favoriseraient un meilleur vécu pour les bébés, les parturientes et leur conjoints, conforterait leur confiance en eux et constituerait une protection contre des risques psychosociaux. Dans une recherche menée en Suisse, Razurel et al. (2011) ont notamment mis en évidence le fait que les écarts entre la manière dont les femmes souhaitaient vivre leur accouchement et la manière dont il s'est effectivement déroulé représente un des éléments stressants qui peuvent contribuer à diminuer le « sentiment de compétences parentales » des mères. Pour Dahlen et al. (2010b), c'est le sentiment de perte le contrôle sur les décisions prises pendant la naissance qui peut causer un sentiment de mal-être chez les parturientes. Dans des travaux plus anciens, la sociologue féministe Oakley (1988) a souligné que les femmes qui ont subi des interventions médicales – notamment une césarienne – pendant leur accouchement éprouvent plus souvent des sentiments de mal-être pendant le post partum.

J'ai montré que la plupart des décisions prises lors d'une naissance à domicile et en maison de naissance sont faites dans la concertation entre les parturientes (parfois avec leur conjoint) et la sage-femme. Au moment de l'accouchement, les femmes délèguent également aux sages-femmes des décisions qui concernent des risques potentiels puisque l'autodétermination a été respectée en amont (exercice différé de l'autonomie) et que la confiance attribuée à la sage-femme est élevée. Les parturientes sont en effet convaincues que même en situation d'incertitude, les sages-femmes seront à même de prendre des

décisions qui respectent leurs valeurs et leurs souhaits puisqu'elles les connaissent bien. Cela correspond à la définition proposée par Boon et Holmes pour qui la confiance est une « confident expectations about another's motives with respect to oneself in situations entailing risk » (Boon et Holmes 1991, 174; cités par: Alaszewski et Brown 2007).

Le suivi global, c'est-à-dire celui qui s'inscrit dans une prise en charge de longue durée (plusieurs mois, parfois années) et qui prend en compte la situation de la parturiente de manière holistique⁴²⁹ (santé physique et psychique, environnement social, valeurs, croyances, etc.) permet, selon les parturientes et les sages-femmes, de remplir le projet à la fois de transmission des valeurs de la parturiente à la sage-femme, et de construction de la confiance.

Les parturientes ne veulent pas se contenter de faire confiance à l'institution, qui est représentée par l'hôpital, voire par le diplôme reconnu par l'Etat que détient la sage-femme. Elles souhaitent que cette confiance se renforce dans un processus interactionnel à un niveau individuel, avec la sage-femme qui les suit. Ces interactions entre la femme et la sage-femme, ainsi qu'avec le conjoint le cas échéant, réintroduisent du collectif là où la sage-femme n'a pas (ou peu) accès à d'autres collègues pour prendre les décisions. Celles-ci sont répétées sur de longs mois puis deviennent permanentes au moment de l'accouchement et favorisent ainsi l'élaboration de sens (sensemaking), qui favorise l'action (Weick 2001, 1993, 1995; Koenig 2003).

Par ailleurs, mes résultats sur le développement de la confiance entre la parturiente et la sage-femme s'accordent avec ceux de De Carlo (2014) qui a travaillé sur les processus de construction de la confiance dans une perspective configurationnelle. Celui-ci postule que « la confiance se crée dans une situation relationnelle: des informations, des émotions et des valeurs émergent dans l'interaction et se combinent à travers les cadres de l'expérience des individus, influençant ainsi la formation de la confiance » (De Carlo 2014, 229). Il montre par ailleurs que ce sont les individus qui détiennent le plus de ressources et qui occupent des positions sociales favorisées, qui cherchent à construire une confiance multiforme, en combinant un niveau personnel et institutionnel. C'est le cas des femmes qui accouchent à domicile ou en maison de naissance qui sont éduquées et disposent de capitaux sociaux et culturels élevés.

Alaszewski et Brown (2007) montrent ainsi que si aujourd'hui l'institution hospitalière considère que le développement de la confiance entre les professionnelles de santé et les patient.e.s se fait à travers la capacité à être objectif, à baser ses décisions sur des recherches, cela ne suffit pas pour les patientes. Les auteurs concluent au contraire sur le fait que ne pas prendre en compte les dimensions subjectives – voire affectives – de l'incertitude, introduit davantage de défiance : « Yet the failure of policies to recognize the affective dimensions of uncertainty is likely to create a 'trust deficit,' a system that may work better but is trusted less » (Alaszewski et Brown 2007, 9).

Finalement, la confiance établie entre la sage-femme et la parturiente (/ le couple) est très importante pour les deux parties : elle protège l'une des risques médico-légaux (puisque les

⁴²⁹ Les sages-femmes considèrent d'ailleurs que « l'approche holistique » du soin constitue une dimension centrale du métier, un des « concepts fondateurs » (Knibiehler 2007:57) de leur accompagnement, qui est spécifique par rapport à celui du médecin (Gouilhers 2009; Jacques 2007; Desaulniers 2003; Simonds, Rothman, et Norman 2006).

responsabilités sont partagées), et l'autre de subir des interventions qu'elle ne souhaite pas, tout en recevant du soutien pour décider dans une situation d'incertitude.

Pattaroni a mis en évidence que la notion de contrat a pris de l'ampleur dans les sociétés modernes et libérales, et c'est dans ce modèle que s'inscrivent les relations sociales entre sages-femmes et parturientes. Je l'ai montré, ce sont des relations choisies par des rencontres successives entre les deux parties. Pour Pattaroni « cette dimension élective est congruente avec un idéal d'autonomie » (Pattaroni 2007, 212). C'est cela qui favorise le projet d'une forme de « value-based medicine ».

Celle-ci est en soi une forme de politique de prise en charge de la naissance, et aussi une politique du risque qui s'inscrit dans des processus normés et qui favorisent la responsabilisation et l'individualisme. Dans le contexte de l'accouchement à domicile et en maison de naissance, les parturientes sont néanmoins activement soutenues par les sages-femmes. Afin de pouvoir formuler des conclusions plus générales sur la notion de choix durant l'accouchement, je vais montrer comment ceux des sages-femmes et des mères sont en partie dépendants de l'influence du monde médical, de l'entourage et des normes propres à « l'accouchement naturel ».

Chapitre 14 De l'accouchement à domicile aux « salles nature » de l'hôpital : un compromis ?

Dans ce chapitre, je mets en miroir l'accouchement en maison de naissance et à domicile, avec l'accouchement en milieu hospitalier. Ces dispositifs ne fonctionnent pas complètement en parallèle mais sont amenés à se rencontrer, en particulier lors des transferts. Quelles formes de régulation sur les pratiques, notamment en matière de construction des risques, sont exercées à ces occasions ? Quelles évolutions des dispositifs peut-on observer ? Les transformations de La Maternité, qui a construit récemment des « salles nature » et offre depuis quelques années un accompagnement global, sont-ils un des effets de cette proximité ?

Ce chapitre est aussi l'occasion d'insister sur le fait que la notion de « choix » doit être problématisée. Il ne peut être pensé sans analyser en même temps le contexte dans lequel celui-ci peut être produit (Malacrida et Boulton 2014, 2012), et les ressources nécessaires pour l'exercer (Lupton 2012c).

Les analyses concerneront dans un premier temps les pratiques et les discours de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Je montrerai en quoi les sages-femmes et les parturientes sont influencées par le monde médical qui conserve une autorité importante et une certaine propension à contrôler les pratiques. Ces dimensions sont également intériorisées par beaucoup de femmes et de sages-femmes, d'autant plus que leur entourage se fait le relai du discours biomédical en faveur de l'accouchement à l'hôpital. Les sages-femmes et les femmes ont ainsi tendance à faire « profil bas », notamment en privilégiant une rhétorique de défense du « libre choix » plutôt qu'une rhétorique de défense de « l'accouchement naturel ».

Dans un second temps, j'examinerai les initiatives récentes mises en œuvre à l'hôpital pour « faire venir la maison à l'hôpital », et éviter que des femmes ne sortent de l'hôpital au profit de la maison, pour accoucher. Peut-on parler d'une prise en compte d'une demande sociale ou d'une appropriation des démarches subversives ?

1 L'accouchement à domicile ou en maison de naissance : des pratiques sous contrôle ?

1.1. Une régulation externe : l'hôpital et l'entourage

Les pratiques de l'accouchement à domicile et de la maison de naissance ne se sont pas complètement affranchies de l'institution hospitalière. Le dispositif obstétrical représenté par la maternité de référence ne s'arrête pas aux portes de l'institution mais se diffusent, participant d'un gouvernement des pratiques de l'accouchement extrahospitalier. Par ailleurs, les femmes qui veulent accoucher à domicile ou en maison de naissance sont confrontées à un environnement qui globalement réprovoque leur choix : l'entourage se fait ainsi le relais de normes médicales qui sont particulièrement intériorisées.

1.1.1 Les transferts : entre dépendance et droit de regard

Si l'accouchement à domicile ou en maison de naissance fait partie du champ des possibles pour ces sages-femmes et ces femmes, c'est qu'un transfert vers l'hôpital est possible en cas de complications majeures. Le transfert constitue ainsi une interface de rencontre entre deux mondes apparemment distincts, voire en opposition.

Pendant les transferts, les sages-femmes font une transmission du cas qui implique d'évoquer le temps écoulé depuis la mise en travail, le rythme de la dilatation, les facteurs de risques, les éléments de surveillance du rythme cardiaque fœtal, etc. Au moment du transfert, la construction du normal, du risque et du pathologique qui a été déterminée par la sage-femme et la parturiente, se confronte à celle du milieu hospitalier qui est plus restrictive et standardisée. Par la possibilité de transfert, qui existe pour tout accouchement et est imprévisible, le dispositif médical classique imprègne les pratiques des sages-femmes puisque celles-ci savent qu'elles pourront être soumises à l'évaluation des médecins : « [les sages-femmes] sont vachement surveillées [rit]. Non mais c'est l'horreur, tout est surveillé par les grands chefs à l'hôpital » (Katja, sage-femme agréée).

Les normes sont en partie définies dans l'anticipation de la confrontation possible avec celles de La Maternité. Une sage-femme de La Maison de Naissance à qui j'ai demandé par écrit quelles étaient les normes autour de la stagnation de la dilatation me répond « pour stagnation on n'a pas de protocole je pense! Mais on essaie juste d'avoir en tête que quatre heures de stagnation à La Mat' c'est césarienne] donc on essaie de ne pas transférer trop tard afin qu'ils puissent avoir une marge de manœuvre à la mat (péri, synto, etc....) pour donner toutes les chances à la mère d'accoucher par voie basse ». Celle-ci me dit aussi que les sages-femmes prescrivent une échographie à terme à la parturiente parce que c'est le protocole de La Maternité : « on le fait parce qu'on est proche de La Maternité, alors que si on était proche de X [autre maternité universitaire], on [ne] le ferait pas parce que ça ne fait pas partie de leur protocole ! ».

Patricia (sage-femme AAD AMN) considère que les sages-femmes indépendantes sont ainsi « un peu coincées parce que si l'accouchement ne se déroule pas dans les temps, il va falloir transférer cette maman ». Elle se « sent très sous le joug de l'hôpital » qui va lui « demander des comptes: depuis combien de temps elle est à complète ? Depuis combien de temps elle a commencé son travail ? ». Les transferts sont des occasions de rencontre entre des catégorisations variables du risque qui s'entrechoquent: « c'est toujours un peu gênant quand on leur dit 'elle a arrêté ses contractions pendant trois heures, elle a dormi, puis elle a repris ses contractions'. 'Comment, quoi?! Il fallait la transférer et la déclencher!' ». Julie (sage-femme AAD) rencontre elle aussi ces difficultés: « on n'a pas les mêmes pratiques ou les mêmes protocoles, et très vite quand on explique la situation on a un peu les critiques ou des choses qui sont peut-être formulées: 'mais pourquoi vous [n'] êtes pas venus avant?!' ». Bien qu'une sage-femme de La Maison de naissance considère qu'elle bénéficie d'un « très bon accueil à la maternité », elle me dit « qu'elle est toujours un peu mal à l'aise de devoir appeler La Maternité pour leur dire [qu'une femme a rompu la poche des eaux depuis 24 heures] alors qu'elle sait que leur protocole est plus sévère [il accorde 12 heures] » (Journal de terrain, La Maison de Naissance, sage-femme).

Selon Danaé (sage-femme AAD), les dissimulations que j'ai observées en maternité se produisent aussi en milieu extrahospitalier (même si elles sont moins fréquentes), du fait de la possible surveillance qui sera exercée sur le dossier. Elle considère que ces pratiques sont en augmentation : « on est devenu super trouillardes ». Même si « avec l'accouchement à domicile on s'autorise plus de choses [qu'à l'hôpital] », elles le font en partie « en cachette », c'est-à-dire sans « le noter sur le partogramme ». Elle cite « les durées de dilatation » ou « quand est-ce que [la parturiente] se met à pousser ». Quand je lui demande pourquoi à domicile [elle est] obligée de se cacher et qui va contrôler, elles affirment que c'est pour se protéger en cas de transfert.

Ces pratiques de dissimulation ou d'évitement sont aussi observables dans le tri des risques, au moment des dépistages prénataux. Certaines femmes choisissent de ne pas faire des examens pour éviter la possibilité de passer dans une catégorie à risque que la sage-femme n'acceptera pas de suivre à domicile. Ce travail peut se faire à couvert, comme dans le cas de Livia (parturiente, 1 AMN transféré) qui a tenté de dissimuler à sa sage-femme, plus ou moins consciemment, une fissure dans sa poche des eaux ; ou se faire en négociation avec la sage-femme, comme dans le cas de Jessica (4 AAD). Celle-ci n'a pas fait le test du diabète gestationnel, en accord avec sa sage-femme et en sachant que les « tests de glycémie » étaient bons « parce que si on a du diabète, on ne peut pas accoucher à la maison. C'est comme ça, [les sages-femmes] n'ont pas le droit. Alors que si [la sage-femme] ne le sait pas, elle le sait pas ». Selon Maya (parturiente, 1 AMN transféré), sa sage-femme a indiqué une date du terme plus éloignée afin « de prévoir plus large » et éviter un possible déclenchement de l'accouchement à l'hôpital. Selon Géraldine (parturiente 3 AAD), la conséquence pour les parents est de se sentir « pressurisés par le système médical, malgré le fait qu'on a fait des choix totalement différents ». Pour cette parturiente les sages-femmes prendraient de moins en moins de risques pour éviter « de se faire taper sur les doigts » en cas de transfert.

Défendre leurs pratiques et leurs propres catégorisations des risques est difficile dans un contexte politique défavorable à l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Géraldine (parturiente 3 AAD) affirme ainsi que les sages-femmes seraient « de moins en moins confiantes puisqu'elles savent que d'une certaine manière elles risquent leur peau, parce qu'elles, elles font quelque chose qui n'est vraiment pas du tout bien vu par leur entourage médical. Et du coup elles prennent pas de risques [pour éviter] de se faire taper sur les doigts ».

Si les sages-femmes que j'ai rencontrées n'en ont pas fait l'expérience, un contrôle étatique – à travers la loi – est exercée sur leur pratique. Au-delà des règlements qui l'encadrent, certaines sages-femmes européennes ont dû faire face à des poursuites judiciaires et ont perdu leur droit d'exercer en accompagnant à domicile des accouchements jugés à risque, par exemple aux Pays-bas (Holten et Miranda 2016). En Suisse, le canton de Zürich aurait refusé de prendre en charge les frais liés à 20 accouchements effectués par des sages-femmes en maison de naissance en 2015, argumentant que ceux-ci étaient trop à risques et auraient dû faire l'objet d'une prise en charge à l'hôpital. Ces risques (accouchement par voie basse après césarienne, et dépassement de termes de 2 semaines) ont été fixés sur la base des recommandations des sociétés savantes de médecins⁴³⁰. L'existence de cette sanction – ici uniquement financière, les maisons de naissance devant prendre en charge les frais de ces 20 accouchements – révèle les formes de pressions qui sont exercés sur les sages-femmes et les parturientes qui ne sont pas complètement libres dans leur détermination des risques. Si cette situation ne s'est pas produite dans le canton de Genève, ce pourrait être le cas à l'avenir.

Si Patricia (sage-femme AAD AMN) dit qu'elle a « appris à encaisser avec les années (...) les convocations [des médecins chefs] » pendant lesquelles elle se faisait « hurler dessus »,

⁴³⁰ Source : « Accouchement trop risqué: le canton refuse de payer », *20 minutes*, 12 décembre 2016 : <http://www.20min.ch/ro/news/suisse/story/Accouchement-trop-risqu---le-canton-refuse-de-payer-27477700> (consulté le 20 décembre 2016).

elle reste « toujours sensible à ça »⁴³¹. Cette possibilité de mise en regard de deux normes différentes, sachant que l'une est minoritaire et peu légitime, et l'autre très diffusée et légitime, suffit à participer de la régulation des pratiques des sages-femmes, même quand le transfert ne se réalise pas, ni même que rien ne laisse à penser qu'il se produira. Face au gouvernement par l'argumentation qui est la règle à l'hôpital lorsque les professionnelles s'écartent des normes définies par l'institution dans les protocoles, les sages-femmes sont globalement peu armées puisqu'elles manient peu le langage et les preuves considérées comme légitimes dans le contexte de l'hôpital. Elles souffrent également d'un *a priori* négatif des professionnelles qui réprouvent l'accouchement extrahospitalier. Les sages-femmes se sentent minoritaires et régulièrement attaquées dans leur démarche, ce qui leur pèse.

Lorsqu'elle faisait part de son ambition de faire des accouchements à domicile pendant ses stages à La Maternité, Khadija (sage-femme AAD AMN) se serait fait « démolir ». Des sages-femmes auraient été « horribles sur les évaluations de stage parce qu'elles ne voulaient pas qu'[elle] passe la rampe: 'encore une folle qui va faire des accouchements extrahospitaliers' ». Elles subissaient des « pressions » par le biais des risques: « ils mettaient le doigt sur le risque, les risques d'hémorragie, les risques qu'il faut redémarrer un bébé qui ne démarre pas (...) si par hasard dans une situation j'étais pas efficace c'est clair que c'était BOUM: 'tu vois si tu avais été à la maison, il serait mort?' » (Khadija sage-femme AAD AMN)⁴³².

Ces mauvaises expériences et ces craintes du transfert et de la collaboration peuvent avoir deux effets pervers.

Le premier effet pervers est de limiter la collaboration avec l'hôpital en incitant les sages-femmes à retarder les transferts pour éviter l'expression de la désapprobation des médecins. Julie (sage-femme AAD) considère que les transferts ne sont pas « tellement faciles [et que] c'est pour ça qu'on n'a pas tellement envie de transférer aussi et ça c'est p'têtre pas une bonne idée, parce qu'il faut transférer quand il faut transférer, ça devrait plutôt être ça notre argument plutôt que de se dire: 'ouh j'ai pas envie d'aller à l'hôpital' (...) moi j'ai une appréhension quand j dois transférer à cause de l'accueil ». Elle avoue ressentir « une pression terrible sur les épaules » de la part des médecins. Dans un contexte où les sages-femmes accoucheuses à domicile « sont très marginalisées », elle estime que les démarches qui peuvent être entreprises par les sages-femmes pour améliorer la collaboration sont laborieuses :

je regrette aussi, j'trouve que les relations sont pas toujours idéales. Alors on essaie, on essaie des fois de prendre encore un petit peu de temps pour quand même aller voir les gens de la mat', pour essayer d'expliquer qui on est, comment on fonctionne, et puis voir comment on peut mieux collaborer! Parce que des fois on doit collaborer. Voilà, on sent toujours cette réticence, ça nous

⁴³¹ La plupart des femmes que j'ai rencontrées m'ont dit avoir été bien reçues lors d'un transfert. Si j'ai observé des critiques des professionnelles à l'égard de ces femmes, elles se font peu en leur présence. D'autres travaux ont au contraire mis en avant les difficultés rencontrées par les femmes. Bogdan-Lovis et de Vries (2014) affirment ainsi qu'aux États-Unis « les femmes qui sont transférées de la maison vers l'hôpital sont punies » [ma traduction, p.5]. Ils citent un cas où des médecins auraient délibérément attendu deux heures avant de Césariser une femme transférée pendant son accouchement à domicile. L'enfant est gravement handicapé physiquement et mentalement suite à cette négligence.

⁴³² Certaines sages-femmes qui travaillent à l'hôpital mais ont accouché à domicile pour leurs propres enfants dissimulent d'ailleurs leur choix à leur collègue pour ne pas être mal vues par l'équipe.

coûte aussi, hein, d'y aller, parce qu'on se sent vraiment quand même pas toujours les bienvenues (Julie, sage-femme AAD).

Erin (CDC) reconnaît que la peur d'être jugée lors du transfert peut amener les sages-femmes à retarder celui-ci, ce qui peut aggraver les complications. Pour elle « les relations doivent être bonnes » entre sages-femmes indépendantes et milieu hospitalier « pour ne pas diminuer la qualité » (Journal de terrain). Claudine est la seule que j'ai entendu tenir un tel discours du côté des médecins.

Le deuxième effet pervers pourrait être de transférer rapidement en se calquant sur le modèle des risques définis par l'hôpital, notamment en raison de l'anxiété éprouvée. Dans le contexte de La Maison de Naissance, une sage-femme qui a transféré une parturiente dont l'enfant est né spontanément peu de temps après l'arrivée à l'hôpital est quand même satisfaite de sa décision: « il est né par voie basse ce bébé, hein, et sans forceps, sans rien au final. Donc tant mieux, en fait je l'ai p'têtre transféré trop tôt, mais voilà, moi j'étais un peu... flippée, quoi. » (Journal de terrain).

L'influence de l'hôpital et la peur des transferts peut ainsi pousser les sages-femmes à renoncer à leur autonomie et restreindre leur vision du normal, dans une logique des risques et de la précaution qu'elles critiquent pourtant.

1.1.2 Des injonctions à entrer dans la norme

La majorité des femmes / des couples qui ont fait le choix de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance ont été confrontées à des critiques, ou l'expression de craintes, de la part de leur entourage par rapport à leur choix. Celles qui ont eu à faire à des médecins, soit au début de leur grossesse, soit en cours de grossesse dans le cas de complications, rapportent leurs tentatives pour les convaincre de renoncer à leur choix, ou du moins des manifestations de désapprobation⁴³³. Ce sont les femmes (plus que les hommes) qui sont les plus concernées par les critiques du lieu d'accouchement, principalement parce que les questions relatives à la naissance leur sont adressées en priorité : ce sont d'abord les mères qui sont considérées comme étant responsables de la santé du fœtus.

La prise de risque est injustifiée et moralement intenable pour de nombreuses familles. L'oncle de Magali (parturiente, 1 AAD) a estimé que son choix était « complètement barge » et qu'elle « imposait à son bébé de le mettre en danger ». Il considérait que c'est elle « qui a choisi ça, mais lui a rien choisi », ce qui rendait illégitime sa décision. L'entourage de Natacha (parturiente, 1 AMN) lui aurait dit: « s'il se passe quelque chose, qu'est-ce que tu fais ? ou tu es complètement malade ! il n'y a rien de plus sûr que l'hôpital ». Les parents d'Iris la « traitent toujours de folle » à cause de la « prise de risques » de l'accouchement en maison de naissance. Le père de Béatrice (parturiente, 3 AAD) a « essayé par tous les moyens de [la] faire changer d'avis jusqu'à la dernière [minute] » : « limite à aller chercher des études sur internet pour me montrer tous les dangers, tous les risques que je prenais ». Le fait d'être décrit comme des « marginaux, un peu inconscients » par son entourage a questionné Béatrice sur le bien-fondé de son choix: « il y a des moments où je me suis

⁴³³ Seule une minorité de personnes y a échappé. C'est le cas par exemple de Béatrice et Leo (parturiente et conjoint, 3 AAD) qui font part du « partenariat » qui s'est tissé entre le gynécologue et la sage-femme dès le suivi de la grossesse. Même si celui-ci ne soutenait pas le choix de l'accouchement à domicile il a « respecté le choix » du couple, tout en étant « honnête » sur ce qu'aurait été « sa décision » selon eux. Selon Leo, leur médecin voulait « juste [les] rendre conscients [des risques] », mais d'une « façon très professionnelles et humaine en même temps ».

demandé : est-ce que vraiment j'ai fait le bon choix ? ». A côté du spectre des risques, c'est le mépris qui est parfois déployé par l'entourage à propos du choix de l'accouchement extrahospitalier, dans une tentative de vider de son sens la décision: « ça peut même être la famille proche qui va dire non mais attends vous croyez quoi ? en 2012, 21^e siècle ? vous allez pas gagner de médaille ! » (Patricia, sage-femme AAD AMN)

L'entourage n'est cependant que rarement complètement opposé à la décision de ces femmes⁴³⁴, elles ont dans leurs amis ou familles des personnes qui ont fait un choix similaire, ou cherchent à en connaître (lors des réunions de parents, ou par le biais de forums internet). En inscrivant la décision dans une certaine normalité, les femmes se sentent renforcées. Le fait que le compagnon d'Aurélié (parturiente 2 AAD) soit lui-même né à domicile, comme sa belle-sœur a ainsi facilité leur décision. Maé (parturiente, 3 AAD, 1 transféré) voyait l'accouchement à domicile comme « utopique » avant de rencontrer sa belle-sœur qui avait elle-même accouché à domicile et se « dise que c'est possible de le faire ». Les sages-femmes pensent que les femmes ont besoin de rencontrer d'autres parents qui font le même choix et organisent régulièrement des rencontres : « ces réunions ça leur permet de voir les autres personnes qui ont fait le même choix qu'eux. Et de voir que ce ne sont pas des marginaux, que ce ne sont pas des punks qui vivent dans des squats, [ou que] des babas-cools et tout ça ». (Journal de terrain, La Maison de Naissance). L'enjeu est de casser l'image de la femme marginale, voire de la militante politique, pour faire ressortir le choix individuel parfaitement rationnel et raisonné, accessible à toutes.

Du côté des rapports avec le corps médical, Carole (parturiente 1 AAD) me dit que sa gynécologue a « vraiment bien travaillé pour [la] décourager » en lui disant qu'elle était « presque une mère indigne de prendre de tels risques pour son enfant ». Elle a « longuement insisté » sur les risques vitaux « il y a vraiment beaucoup beaucoup de choses qui peuvent se passer mal dans un accouchement, chaque seconde où l'enfant manque d'oxygène est cruciale ». Carole me dit que ce discours « l'a touchée », l'a « fait réfléchir ». La gynécologue de Zora (parturiente, 1 AMN transféré) lui aurait dit que « ça pouvait être la boucherie l'accouchement » et lui a « dépeint toutes les situations horribles qui pourraient arriver », une médecin qu'elle a ensuite décidé de quitter. La médecin échographiste de Sylvie était « désespérée » par son choix, en disant « non non il ne faut pas faire ça ! c'est inconscient ». Le médecin de Magali (parturiente, 1 AAD) lui a « tout de suite dit qu'il ne cautionnait pas (...) et qu'il n'allait pas vraiment [la] soutenir dans cette démarche ». Après une échographie passée à La Maternité, Chloé (parturiente, 1 AMN transférée) a été bouleversée par leur attitude « condescendante » et l'insistance sur les risques de son choix, alors qu'elle n'avait pas suscité la discussion: « ils n'en ont pas fait des tonnes, mais le truc c'est que ça te paraît des tonnes parce que tu es déjà sensible à ce stade-là, je veux dire tu es à neuf mois de grossesse à quelque chose près. On t'annonce que ton gamin il peut mourir ». Pour elle qui s'est sentie « comme un risque ambulante » à l'hôpital, les informations sur les possibles complications liées à son choix l'ont déstabilisée et fait « doute[r] ». Les informations sur le risque ont ainsi une portée très grande sur ces femmes, les médecins semblant jouer de la peur comme d'un levier pour faire adhérer les femmes à l'accouchement en milieu hospitalier.

⁴³⁴ Certaines femmes ont ressenti que leur entourage était « inquiet » par leur décision d'accoucher à domicile ou en maison de naissance, mais sans que personne ne se permette pour autant de critiquer leur choix (Carole, Héléne et Malika).

Les sages-femmes critiquent l'attitude non éthique des médecins. Julie (sage-femme AAD) comprend que le médecin « expose les risques », voire ne « félicite pas [les parents] d'avoir fait ce choix-là », mais les processus de « culpabilisation » par le risque lorsqu'ils « insistent plus fort que sur une femme normale », constituent « un abus d'autorité, ou du pouvoir du médecin », qu'elle ne trouve pas « normal ». Ceux-ci doivent « respecter le choix des parents » et ne pas « essayer de les détourner de leur projet initial » en « grossissant les risques ». Elles rencontrent souvent des parents qui ont « perdu confiance en leur capacités », sortent « ébranlés des consultations », voire « détroués (...) par la trouille ». Pour Julie, c'est un mouvement global, « une animosité générale de la société » qui met « une pression sociale sur les parents »: « c'est des idées reçues, l'accouchement à domicile c'est dangereux ».

Ces épisodes ont à la fois augmenté l'anxiété des femmes, ce qui montre une fois encore qu'elles ne sont pas hermétiques à la logique du risque – et renforcé leur méfiance envers les professionnelles hospitalières. Certaines rapportent par ailleurs que le rejet des médecins a posé problème pour le suivi de grossesse (lorsqu'il fallait une collaboration avec la sage-femme), voire le post partum, certains refusant de suivre les femmes. Plusieurs parturientes, comme Carole (parturiente, 1 AAD), rapportent également le « parcours du combattant » pour trouver un pédiatre qui accepte de venir à domicile faire le contrôle du nouveau-né dans les 24 heures après la naissance. Certaines lui auraient dit qu'il ne « soutiennent pas ces procédures ». Au-delà des questions éthiques, ces réactions peuvent ainsi produire des effets pervers en termes d'accès aux soins.

Le manque de soutien du corps médical pour ces choix, ou en tout cas les difficultés à respecter les perceptions des risques et les valeurs de ces femmes dans les discussions, peut ainsi contribuer à des renoncements de soins par les femmes (j'en ai observé quelques fois) et à exclure les professionnelles de santé de leur trajectoire, et notamment des discussions à propos des décisions (voir également: Ecker et Minkoff 2011; Skinner et Maude 2016). De plus, des recherches dans le champ de la psychologie ont mis en évidence le fait que cette situation peut participer à provoquer une forte anxiété chez les femmes pendant la grossesse ou le post partum (Darvill, Skirton, et Farrand 2010; Nelson 2003)

1.2. Une régulation intériorisée

La régulation n'est pas seulement apposée de l'extérieur, par l'entourage ou les médecins. Sages-femmes et parturientes n'évoluent pas dans une bulle : elles-mêmes ont intériorisé un certain nombre de normes, et pour les sages-femmes, des savoir-faire, qui participent à modeler leurs discours et pratiques.

1.2.1 Les sages-femmes : une socialisation hospitalière

Pendant leurs études, les sages-femmes ont toutes effectué des stages dans des hôpitaux, notamment universitaires. La majorité d'entre elles ont ensuite travaillé quelques années en milieu hospitalier avant de s'installer comme indépendantes⁴³⁵. Les sages-femmes indépendantes ont donc été socialisées⁴³⁶ aux pratiques médicales hospitalières.

⁴³⁵ Il est possible de ne pas passer par l'hôpital en début de carrière, mais cela implique légalement d'exercer comme sage-femme assistante pendant deux ans auprès d'une autre sage-femme, c'est-à-dire sous délégation de cette sage-femme, notamment pour la facturation. L'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) prévoit les dispositions suivantes à l'article 45 : « les sages-femmes doivent avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'une sage-femme admise en vertu de la présente ordonnance ou dans la division d'obstétrique d'un hôpital ou dans un cabinet médical

Les sages-femmes ont partiellement conscience que le développement d'un certain sens clinique dépend de la culture professionnelle à laquelle elles ont été et sont socialisées, tout comme le développement d'un savoir incorporé (habiletés ou techniques du corps). Les sages-femmes diplômées depuis peu de temps éprouvent un « formatage maternité », comme c'est le cas de Gaëlle (sage-femme assistante AAD AMN) qui se sent « très imprégnée par le médical », notamment du fait que « les stages avec les sages-femmes indépendantes » n'étaient « même pas possibles dans [sa] promotion ». Elle considère qu'elle « ne connaît[t] pas vraiment beaucoup la vraie physiologie »⁴³⁷.

Cette socialisation n'est cependant pas figée, et peut être en mouvement tout au long du parcours professionnel, en particulier lorsque les sages-femmes quittent l'hôpital et entrent en contact avec un nouveau milieu⁴³⁸. Khadija (sage-femme AAD AMN) exprime elle-même la conversion qui s'est faite en elle à propos du « monstre stress » qu'elle ressentait « pendant ses études » lors des décélérations (très courantes) du rythme cardiaque fœtal au moment des poussées. Son expérience dans la maternité parisienne des Lilas, historiquement en faveur de « l'accouchement naturel » lui a permis de désapprendre à catégoriser une situation comme étant anormale, un processus qui a été facilité par une transmission avec le personnel de cette maternité alternative. Ce contexte de travail lui a permis de « prendre conscience de cette phase où tant que [le fœtus] est à ce stade-là de l'engagement, il a souvent un rythme cardiaque qui n'est pas terrible »⁴³⁹, et sous-entendu, c'est normal.

J'ai cependant constaté que la première socialisation professionnelle, celle de l'hôpital, résiste à une complète conversion (Darmon 2011), surtout lorsque la sage-femme y a exercé plusieurs années et en est fraîchement sortie. Les sages-femmes restent marquées par des

spécialisé sous la direction d'une sage-femme ». Il est actuellement difficile de trouver une sage-femme qui accepte une assistante, la charge administrative étant lourde.

⁴³⁶ Le processus de socialisation est défini par Darmon comme « l'ensemble des processus par lesquels l'individu est construit, on dira aussi formé, modelé, façonné, fabriqué, conditionné, par la société globale et locale dans laquelle il vit, processus au cours desquels l'individu acquiert, apprend, intériorise, incorpore, intègre, des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement » (Darmon 2007, 6). Ici je l'utilise dans le contexte de la socialisation à une profession, celle de sage-femme (voir par exemple Zolesion (2013) qui a appliqué ce concept à la carrière de chirurgien).

⁴³⁷ C'est notamment pour éviter l'assimilation de la culture médicale hospitalière que certaines sages-femmes décident d'être assistantes plutôt que d'acquérir de l'expérience à l'hôpital: elles ne veulent pas que leur sens clinique soit façonné par la médecine hospitalière mais plutôt par les sages-femmes qui pratiquent depuis longtemps les accouchements extrahospitaliers. Elles cherchent une transmission particulière. Sandrine (sage-femme AAD AMN) fait partie des quelques sages-femmes qui ont travaillé tout de suite comme assistantes. Pour elle, le fait de ne pas avoir « été imprégnée assez longtemps » par l'univers hospitalier lui a permis de ne pas avoir « peur » des risques de l'accouchement extrahospitalier. Elle considère, en s'appuyant sur des exemples de collègues étudiantes en même temps qu'elle, que travailler trop longtemps à l'hôpital empêche de développer une pratique de sage-femme indépendante qui met à l'écart les pratiques interventionnistes qu'elle réprouve.

⁴³⁸ J'ai assisté à ce processus avec une sage-femme. Lors de notre premier entretien, celle-ci était devenue sage-femme agréée depuis peu. Elle a ensuite choisi d'exercer en maison de naissance. J'ai eu l'occasion d'échanger avec elle à plusieurs reprises tout au long de son parcours et j'ai constaté l'évolution de son discours à propos de la nécessité d'intervenir médicalement ou non dans certaines situations d'une part, et sur la sécurité de l'accouchement extrahospitalier d'autre part.

⁴³⁹ L'apprentissage qu'elle décrit fait écho aux travaux sur les habiletés, et le rôle central de réapprendre en faisant, pour que le cerveau et le corps puissent fixer cette nouvelle catégorisation. Perrenoud (2014) détaille ce phénomène de construction des habiletés à propos de l'épisiotomie, ou plutôt le fait de s'abstenir de couper.

habiletés et schémas de pensée hérités du milieu hospitalier. Desaulniers a analysé les discours des sages-femmes qui souhaitent disposer d'un « savoir médical » tout en ne se saisissant pas « d'une culture médicale » (Desaulniers 2003, 135). Si cette opposition fait sens pour les sages-femmes que j'ai rencontrées, leurs pratiques montrent qu'il est difficile de se construire comme sage-femme sans aucune incorporation de la culture médicale.

Par ailleurs, les protocoles et pratiques des sages-femmes sont souvent inspirés de ceux que produit La Maternité, en particulier dans le contexte de La Maison de naissance. Le fait que La Maternité mette à disposition sur internet ses protocoles permet leur appropriation par d'autres, leur négociation, ce que font les sages-femmes je l'ai dit. En étant des « expressions formelles des pratiques au travail » [« formal expression of work practices »] (Bourrier et Bieder 2013, 2), les procédures peuvent plus facilement être discutées, y compris à l'extérieur de l'organisation (Stinchcombe 2001). Pour autant, cela participe de la diffusion des pratiques de La Maternité qui deviennent des références : c'est en général par rapport à ces protocoles – que les sages-femmes connaissent toutes bien – que ces professionnelles se positionnent pour établir leurs propres pratiques.

Les sages-femmes qui exercent à domicile ou en maison de naissance ont plus ou moins été socialisées à l'hôpital : celles de La Maison de naissance y ont en général passé plus de temps et certaines ont quitté depuis peu cet environnement. Cela contribue au fait que leurs pratiques soient davantage standardisées qu'à domicile : travailler sur la base d'une activité réglée est ce dont elles ont l'habitude.

La formalisation des limites constitue d'ailleurs un point d'achoppement entre certaines sages-femmes du domicile et de la maison de naissance, comme avec celle de l'intérieur et de l'extérieur. Cette formalisation est une zone de friction de la profession. Des sages-femmes de La Maison de Naissance critiquent par exemple celles qui travaillent sans protocoles formalisés dans d'autres maisons de naissance ou à domicile. Une sage-femme de La Maison de naissance est convaincue de l'utilité de disposer de protocoles fondés sur les recherches. Elle signifie ainsi avoir une approche moderne et rationnelle car fondée sur les preuves, à la différence d'autres sages-femmes accoucheuses à domicile :

on voit qu'elles c'est beaucoup plus artisanal, il n'y a pas de protocoles, c'est pas vraiment fondé sur les études. J'ai toujours peur qu'il y ait un amalgame entre ces pratiques et les nôtres. Comme j'ai le même prénom qu'elle [une sage-femme en particulier] j'ai eu peur aussi pendant longtemps qu'on nous confonde et que ça me fasse du tort. (sage-femme, journal de terrain, La Maison de naissance)

On retrouve la différenciation qui était faite par les médecins à propos des pratiques « artisanales », voire irrationnelles, des sages-femmes. Les modalités de construction du savoir représentent un enjeu dans le contexte de l'accouchement extrahospitalier comme moyen de légitimer les bonnes pratiques. Il s'agit de se démarquer des sages-femmes qui « vont trop loin dans leurs pratiques » (journal de terrain, sage-femme, La Maison de naissance), c'est-à-dire qui sont considérées comme prenant trop de risques.

Ces frictions dépassent d'ailleurs la question de la procéduralisation de l'activité pour concerner également la catégorisation du risque en acte.

Les limites face au risque ne sont pas uniformes et créent des tensions entre les sages-femmes qui se positionnent régulièrement les unes par rapport aux autres, en s'accusant soit d'être trop interventionnistes et prudentes, soit pas suffisamment. Dans les discours des

sages-femmes, celles qui ne sont pas suffisamment prudentes risquent de « décrédibiliser » la profession. Cette crainte est en particulier présente chez les sages-femmes de La Maison de Naissance qui ont exercé longtemps en milieu hospitalier, ou chez les sages-femmes agréées qui soutiennent la pratique de l'accouchement extrahospitalier. Katja (sage-femme agréée) me dit : « tu te dis 'faites attention'. Une faute comme en mars [hémorragie non diagnostiquée transférée tardivement], c'est toute la profession de sage-femme indépendante qui en prend [un coup]. [Les médecins] sont tellement contre les accouchements à domicile, en maison de naissance, que [quand] il y a encore ça qui tombe, pfiou ». Une sage-femme de la Maison de Naissance me dit également que certaines sages-femmes « sont vraiment extrêmes, aussi dans leurs discours et jusqu'où elles vont avec les femmes et j'ai toujours peur que ça desserve notre travail » (sage-femme, Journal de terrain, La Maison de naissance).

A La Maison de naissance, les sages-femmes considèrent plus volontiers que le contrôle exercé par l'hôpital est souhaitable et que ne pas trop s'éloigner de leurs pratiques participe de leur légitimité et de leur pérennité. Le contrôle exercé lors des transferts a été intériorisé : les sages-femmes insistent toujours lors des réunions de parents sur cette possibilité et affirment qu'elles transféreront au moindre risque. Lors d'une séance de rencontre avec les parents dont l'accouchement est imminent, Inès annonce d'ailleurs aux parents qu'elles ont besoin que « tous les signaux soient au vert pour faire l'accouchement ». Elle prévient que « si même un seul voyant commence à clignoter en orange, on préfère transférer pour ne pas prendre de risques » (Journal de terrain). La plupart des sages-femmes qui travaillent à La Maison de Naissance ont exercé plusieurs années à l'hôpital et l'ont quitté récemment, elles sont imprégnées de ses normes et habitudes de travail : « elles sont encore dans les protocoles mat' en fait, un petit peu » (Katja, sage-femme agréée). Elles souhaitent éviter la confrontation et cherchent la reconnaissance de ce milieu, souhaitant faire la preuve de leur professionnalisme. La catégorisation du normal et du pathologique qui est faite par les médecins reste une référence importante pour les sages-femmes de La Maison de naissance.

Les professionnelles qui exercent à La Maternité considèrent d'ailleurs que les pratiques des sages-femmes à La Maison de Naissance sont les plus acceptables. Nadine (sage-femme mat) considère qu' « elles ont toujours transféré au bon moment ». Pour elle ce n'est « pas dans leur intérêt de prendre des risques inconsidérés parce qu'elles se décrédibiliseraient et puis que c'est déjà bien assez difficile pour elles de faire valoir ce qu'elles font auprès du corps médical et d'être respectées là-dedans et pas justement traitées de folles hippies ». Les sages-femmes qui exercent en maison de naissance ne sont pas non plus complètement protégées de mises en accusation et de méfiance. Une partie importante des sages-femmes indépendantes qui ne font pas d'accouchements ne soutiennent pas l'accouchement extrahospitalier. Danaé (sage-femme AAD) se sent ainsi d'autant plus « un saumon qui remonte le courant » que l'accouchement extrahospitalier est « défendu » seulement par « un tiers des sages-femmes indépendantes, à la louche ». Ce qui « fait le plus mal » à Julie (sage-femme AAD), c'est que ses « pairs, [s]es collègues sages-femmes elles n'aient pas beaucoup d'enthousiasme pour ce genre de projets ». « Le discours médical » étant « dominant », ses collègues l'ont aussi intégré et certaines « ne la saluent peut-être même plus dans la rue! ».

Le pouvoir du dispositif hospitalier qui se diffuse à l'extérieur participe de l'affaiblissement de la profession de sage-femme puisqu'elles sont en désaccord sur les décisions à prendre

autour de la catégorisation du risque et émettent des jugements régulièrement désapprouvateurs à l'égard de leurs collègues.

Je constate cependant une tendance au rapprochement des pratiques et un mouvement en faveur de plus de précaution, y compris dans l'accouchement à domicile. Karen (sage-femme AAD) s'interroge sur les causes de l'augmentation des transferts qu'elle a constatée :

quand tu as de plus en plus d'expérience tu devrais normalement être de plus en plus calme, et puis c'est pas que je sois pas calme, je suis encore assez calme quand je pars à un accouchement à domicile, mais on a eu beaucoup de problèmes quand même. Bon des problèmes plus ou moins importants, mais quand même certains problèmes assez costauds. Et j'ai l'impression, mais je ne sais pas si c'est une impression ou non, que ça arrive de plus en plus. Donc globalement je dirais que je suis un tout petit peu moins calme quand même. (...). Une année ça a fait un peu le déclic, j'ai fait dix accouchements, il y en a qu'un qui s'est passé où tout était nickel. Après les autres ben ça a été, enfin c'était pas tout le temps la catastrophe, mais il y avait tout le temps quelque chose, toujours quelque chose ! (Karen, sage-femme AAD)

Karen me fait ensuite la liste des dix cas qui se sont déroulés l'année précédente. A l'exception d'une naissance, elle a catégorisé les neuf autres comme risquées, voire pathologiques. Dans un cas, alors qu'elles « avaient écouté le bébé jusqu'à presque la sortie et que tout allait bien », il est sorti « tout flagada ». Les sages-femmes ont fait « plein de choses qu'on fait pas d'habitude », comme aspirer du liquide à l'intérieur de sa bouche et de son nez. S'il a « vite récupéré », elle et sa collègue étaient inquiètes. Un autre bébé avait « un petit gémissement respiratoire [même si] à part ça il était bien, bien coloré » et n'avait « pas l'air très inquiétant ». Au bout d'une demi-heure, elle a pris la décision de l'emmener à l'hôpital. Il y est resté quelques heures en observation avant de rentrer chez lui : « il [n']avait rien ». Un second bébé « respirait trop vite » mais cela n'a été finalement que transitoire et les sages-femmes ne l'ont donc pas transféré. Il y a eu enfin une femme « qui a perdu beaucoup de sang ». Elles n'ont pas transféré mais Karen considère que « c'était un peu limite quoi, donc un peu d'angoisse qui remonte quand même ». Aucun cas qu'elle a cité n'a entraîné une complication grave, et aucun n'a eu de conséquences pour la suite, pourtant cela a transformé le positionnement de Karen : « je suis quand même beaucoup dans la confiance en train de me dire que la femme elle doit pouvoir accoucher, et puis si tu veux cette année où on a eu que des problèmes tu vois ça m'a un peu ébranlé ma confiance ».

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées face au constat qu'elle exprime. La première est celle qui est avancée par les médecins pour expliquer l'augmentation de la médicalisation (césarienne et provocation en particulier) : la population n'est plus la même, les femmes font des enfants plus tard, le nombre de femmes obèses est plus élevé, la procréation médicalement assistée conduit à plus de grossesses gémellaires, par exemple. Ce sont les facteurs de risques qui auraient augmenté. Une deuxième hypothèse est que les sages-femmes, voire les femmes, catégorisent plus rapidement que par le passé une situation comme étant risquée ou pathologique, et sont plus promptes à intervenir ou à transférer l'accouchement. La culture du risque de l'hôpital pénétrerait ainsi les franges de l'accouchement à domicile, ce que mes données tendent à confirmer.

1.2.2 Les parturientes : le maintien de l'ambivalence

Les parturientes qui accouchent à domicile ou en maison de naissance ont en partie intériorisé la nécessité d'avoir recours au monde médical, je l'ai montré : toutes ont fait suivre leur grossesse (y compris par des échographies) et toutes acceptent la possibilité d'un

transfert. Cela se traduit également par le fait qu'elles mobilisent une rhétorique médicale sur la gestion des risques pour répondre aux critiques dont elles font l'objet. En dépit de cela, les parturientes restent ambivalentes dans leur choix d'accoucher en dehors d'un hôpital.

Lorsque les femmes sont amenées à parler de leurs choix et qu'elles se sentent attaquées, elles utilisent un discours rationnel et typiquement biomédical, en ayant par exemple recours à des probabilités et des recherches scientifiques, pour justifier leur choix auprès de leur entourage. « Se forger un peu le discours » par la lecture « de trucs altern[atifs] autour de la grossesse » a fait partie intégrante du travail de préparation de l'accouchement pour Magali (parturiente, 1 AAD). Elle a dû « construire toute une rhétorique » autour de l'objectivation de sa décision afin de résister aux critiques de son entourage. Face à « leurs amis médecins » qui avaient « des réactions de gens angoissés », Malika (parturiente, 1 AAD) dit qu'il « faut apprendre à les rassurer » en relativisant la prise de risques qu'ils imaginent : « on a fait un peu de l'éducation de médecin (...) je devais en permanence rassurer les gens et leur faire tout le topo de pourquoi c'était pas dangereux », sur la base d'informations médicales. Natacha (parturiente, 1 AMN) s'est défendue en disant « qu'il n'y a rien de plus sûr au contraire que d'accoucher à la maison ou en maison de naissance, il y a des études qui le montrent ». Face à l'« entourage proche » qui était « réticent », Géraldine (parturiente, 3 AAD) a décrit le matériel médical « à disposition », qui est l'argument qui a le mieux « convaincu » selon elle. Dans les discours défensifs des femmes, on trouve peu de références aux émotions, à ce qu'elles estiment avoir gagné en accouchant à domicile, en matière d'intimité ou de vécu par exemple. Elles anticipent le fait qu'un tel discours sera invalidé par leurs proches, voire qu'il risque d'alimenter la suspicion d'une décision irrationnelle. Elles déploient au contraire une argumentation autour de la prise en compte et du contrôle des risques médicaux. Présenter un discours rationnel, médical, informé et pointu sur les complications possibles, les protections à ces complications (notamment médicales), et les moyens d'y répondre, semble être crucial.

Au-delà de cette rhétorique, peu de femmes ne rencontrent pas de doutes quant à leur démarche d'accoucher à domicile ou en maison de naissance. Elles expriment, par leurs discours ou leurs actes, une ambivalence à l'égard des risques qu'elles prennent et de leur rapport avec le milieu hospitalier. La plupart ressent, par période, de l'inquiétude, voire de l'anxiété autour des risques qu'elles prennent en s'éloignant du dispositif obstétrical en accouchant à domicile ou en maison de naissance.

Dans les discours des femmes que j'ai rencontrées, le choix d'accoucher à domicile ou en maison de naissance s'est construit, il ne va pas de soi. Jessica (parturiente, 4 AAD) ne « savait même pas qu'on pouvait accoucher en maison de naissance », et pensait que l'accouchement à domicile était un « truc de paysan au fin fond d'une ferme ». Son choix a donc été un « chemin » qu'elle a fait progressivement pendant sa première grossesse, en se renseignant sur internet. Pour Magali (parturiente, 1 AAD) et Zora (parturiente, 1 AMN transféré) c'est la rencontre avec une sage-femme qui a été déterminante.

Même une fois le choix arrêté, l'ambivalence est demeurée chez beaucoup de femmes. Pour Hélène (parturiente 1 AAD) « tout le long il y avait plein de doutes parce que [ça concerne la] santé quand même, je me demandais si c'était ok de prendre cette responsabilité ou pas ». Magali (parturiente, 1 AAD) me dit ressentir « encore l'ambivalence de ce choix malgré tout » : « je ressens que ça ne va pas de soi, qu'il aurait pu y avoir un [pro]blème ». Pour Aurélie (parturiente, 2 AAD), l'accouchement à domicile « n'a jamais été un choix absolu ». Elle avait

une « obsession pour le risque pour le bébé » et a dû « dealer avec ça » tout au long de sa grossesse. Sa décision a été questionnée pour chacun de ses enfants et d'ailleurs pour un éventuel troisième elle n'est « pas du tout sûre » qu'elle accoucherait à la maison même si elle se dit « hyper contente d'avoir pu vivre » deux accouchements à domicile. Géraldine (parturiente, 3 AAD) qui est pourtant déterminée et sereine dans son choix, laisse poindre dans son discours des formes d'ambivalence. Elle ne souhaite pas avoir de quatrième enfant car « on connaît notre chance que tout se soit bien passé : on [ne] veut plus retenter cette chance ». Dans son discours, l'accouchement à domicile qui se passe bien est donc un privilège, une chance qu'il faut éviter de trop tenter sous peine d'éprouver une forte « amertume ».

L'ambivalence est alimentée notamment par le moindre accès aux techniques médicales. Bien que cela corresponde aux valeurs des femmes qui refusent de chercher à avoir un « enfant parfait » et veulent faire confiance à leurs sensations, la mise en pratique peut être parfois difficile. Pour Zora (parturiente, 1 AMN transféré), le fait de ne pas « avoir eu d'échographie pour connaître la position du bébé » lui a « quand même posé un problème » : « il y avait pas les appareils quoi pour vraiment vérifier, alors je devais faire un petit effort sur moi-même et me dire, c'est bon elle a sûrement raison, tout va bien. Je peux pas dire que ça allait vraiment de soi ». Chloé (parturiente 1 AMN transféré) dit avoir éprouvé une « ambivalence tout le long ». Lorsqu'elle était à l'hôpital après son transfert elle a trouvé que le monitoring en continu était « très anxiogène » : « tu te dis, c'est horrible, ça baisse, il meurt, je le savais! », mais elle a aussi été « flippée » par les mesures intermittentes en maison de naissance bien qu'elle aurait voulu ne pas ressentir ce sentiment : « j'avoue que ça fait un peu peur. Donc il faut être capable de supporter ça ». Cette situation explique pour elle l'issue de son accouchement, pour lequel elle a été transférée après une première partie de travail très lente : « ça [n'] a pas marché et c'est pas par hasard à mon avis. J'étais pas en paix, c'est clair. Pas complètement. (...) j'ai trouvé dur de... me sentir complètement en paix avec une décision qui était un peu marginale⁴⁴⁰ ». Elle « avoue » avoir « bien vécu le transfert » car elle était « quand même rassurée, réconfortée d'être [à l'hôpital] ».

Finalement, en l'absence de soutien de la famille et de l'entourage médical, le choix est renvoyé à la responsabilité individuelle des parents, qui devront faire face seuls, et porter le fardeau de la responsabilité en cas de complications graves, qui risquent alors d'être associées à leur choix, plutôt qu'au hasard ou à l'incompétence d'une professionnelle. Béatrice (parturiente, 3 AAD) décrit la différence dans l'attribution de la responsabilité : « en milieu hospitalier, on dira que c'est la faute des médecins, et à la maison, on dira que c'est la faute des parents, parce qu'ils auraient dû aller à l'hôpital ». Chloé (parturiente 1 AMN transféré) admet elle aussi que « prendre cette responsabilité-là pour son enfant c'est dur ». Aurélie (parturiente 2 AAD) considère que l'accouchement à domicile « n'est pas plus dangereux », mais que la question difficile est « comment tu te pardonnes » un décès ou une grave complication, alors que la décision ne respecte pas les recommandations médicales : « C'est ce que me disait mon pédiatre, il me disait moi je ne pense pas que si vous mettez [votre bébé] sur le ventre elle va avoir plus d'accidents que si vous la mettez sur le dos. Maintenant si elle a un accident et qu'elle était sur le ventre... »⁴⁴¹. Pour Leo (conjoint, 3

⁴⁴⁰ L'interprétation de Chloé est aussi le reflet de celle de sa sage-femme selon moi. Celle-ci lui a reproché après l'accouchement sa faible implication dans le projet.

⁴⁴¹ Les recommandations des pédiatres sont de coucher les bébés sur le dos afin de prévenir la mort subite du nourrisson.

AAD) « la culpabilisation [des parents] *a posteriori* » si une complication grave survient, remet en question « la réelle possibilité de choix ».

Tout indique que c'est la mère davantage que le père qui devra supporter la responsabilité de la décision, et les commentaires de l'entourage: « le plus pénible c'est se dire vous êtes responsable pour cet enfant qui est dans vous » (Hélène parturiente 1 AAD). C'est d'ailleurs elle qui prend souvent l'initiative des décisions relatives à l'accouchement, et notamment celle du lieu. Même si les partenaires « soutien[nent] » (Aurélié, parturiente 2 AAD) le choix, ils ont tendance à suivre la décision de la femme puisque ils considèrent que c'est de son accouchement dont il s'agit, qu'elle vivra elle dans son corps. Celui d'Hélène (parturiente 1 AAD) « disait toujours « ouais c'est toi qui sait » ». Le conjoint de Nathalie (parturiente, 1 mat, 1 AMN) la « soutient » mais la laisse choisir : « c'est vraiment mon histoire par rapport à mon corps, enfin c'est moi qui accouche, du coup il est vraiment ouvert à ce que je veux ». Le mari d'Armelle (parturiente 4 AMN) la « laisse choisir puisque c'est [elle] qui accouche ». Lors d'une séance qui regroupe les femmes à terme et leurs conjoints, deux des trois pères présents soulignent le fait qu'il « soutient avant tout la décision de sa femme », qu'il « la suit où elle avait envie d'accoucher » (Journal de terrain, La Maison de naissance). Certaines femmes ont toutefois eu besoin que le conjoint exprime son engagement dans la décision afin que la responsabilité soit partagée en cas de complications.

Pour les sages-femmes qui exercent à domicile depuis plusieurs années, l'ambivalence des femmes face à la médicalisation de la naissance a augmenté. Elles essaient de s'en détacher mais sont sans cesse rattrapées par la peur du risque:

Aujourd'hui, les gens sont très très formatés avec le risque. Il y a beaucoup plus d'ambivalences qu'à une époque: « Je ne veux pas faire le test du premier trimestre, mais quand même si je le fais pas, est-ce qu'il y a quelque chose d'équivalent mais de différent ? je le fais pas, mais est-ce que je fais une échographie plus tôt ? » il y a beaucoup plus d'ambivalence, de manque de confiance. Je pense que la médecine a bien fait son boulot de sabotage. Les gens sont plus fragiles, plus vulnérables qu'avant. (Danaé, sage-femme AAD)

Ce constat pousse certaines sages-femmes à produire un discours critique à l'égard de ces femmes équivoques par rapport à leur projet d'accouchement.

Ces éléments mettent en évidence la difficulté que représente pour les femmes le choix d'accoucher à domicile ou en maison de naissance. Les critiques auxquelles elles font face font régulièrement vaciller leur choix, d'autant plus qu'on leur signifie qu'elles devront en porter la culpabilité, si l'accouchement tourne mal.

1.3. Normaliser la déviance en faisant « profil bas »⁴⁴²

Face aux critiques essuyées par les femmes et les sages-femmes, j'ai constaté que la plupart ne se mobilisent pas, voire tentent de dépolitiser leur démarche en assurant que celle-ci n'est relative qu'à un choix personnel. En plus de l'incorporation à leurs discours et pratiques de la rhétorique médicale en matière de gestion des risques, du savoir et des techniques médicales que j'ai montrés dans les sections précédentes, faire « profil bas » (sage-femme. journal de terrain La Maison de naissance) constitue ainsi un moyen de maintenir une situation acceptable pour tous, c'est-à-dire de maintenir le système à l'équilibre par le compromis.

⁴⁴² Sage-femme de La Maison de naissance (journal de terrain).

De nombreuses femmes ont ainsi choisi de renoncer à parler de leur choix pour faire cesser les remarques de l'entourage: « je ne disais même plus forcément que j'allais en maison de naissance parce que chaque fois c'était des histoires » (Natacha, parturiente 1 AMN). Sylvie (parturiente, 1 AMN) « évite de le dire » pour ne pas « cherche[r] le conflit ». Jonathan (conjoint, 1 AMN transféré) qui est « entouré de collègues infirmiers » a « arrêté d'en parler [car] les réactions étaient assez violentes » et a « caché » le lieu de l'accouchement choisi par le couple ; « clairement on s'est créé une bulle, plutôt un peu défensif ». Plusieurs des sages-femmes de la maternité que j'ai rencontrées et qui ont accouché à domicile m'ont assuré éviter de le dire à leurs collègues. Katja, une sage-femme agréée, avait d'ailleurs dit en riant pendant une pause que c'était « drôle toutes ces sages-femmes qui n'ont pas le temps d'aller à l'hôpital et qui accouchent chez elles ! » (journal de terrain maternité), laissant entendre qu'elles n'assumaient pas leur véritable choix. Des étudiantes sages-femmes m'ont par ailleurs confié que si elles souhaitent pratiquer des accouchements à domicile, elles ne le disent jamais lors de leurs stages en milieu hospitalier, voire s'en cachent auprès de certaines de leurs professeures.

L'engagement militant des parturientes se résume ainsi souvent à informer d'autres femmes qu'elles connaissent, sur un registre neutre⁴⁴³ : « c'est chouette que les gens sachent que ça existe, que c'est possible, que c'est remboursé, ça ouais, si je peux militer pour quelque chose c'est ça(...) je trouve super que les gens savent que ça existe, mais convaincre les gens... je crois pas » (Magali, parturiente, 1 AAD). Géraldine (parturiente 3 AAD) ne souhaite pas « militer pour qu'on ferme les maternités et que tout le monde accouche à la maison, pas du tout », ce qu'elle souhaite, c'est que « chacun ait le choix », un choix « éclairé ». Jessica (parturiente, 4 AAD) a un point de vue similaire: ce n'est pas un lieu d'accouchement qui doit être privilégié et pour lequel il faut se battre, mais bien la possibilité de faire un choix qui doit être offert aux femmes: « que tu accouches à la maison, à l'hôpital, n'importe où, c'est complètement égal, mais c'est que c'est ton choix, c'est ton chemin et c'est toi qui dois décider de ce que tu veux ». Elle a au contraire « l'impression que c'est quelque chose qu'on impose aux femmes... il y en a plein qui disent 'ah mais je savais même pas qu'on pouvait faire ça'. C'est une info qu'on doit donner aux femmes, et les femmes doivent choisir ».

Selon les sages-femmes qui travaillent à domicile il s'agit d'un mouvement qui a une dimension historique. Selon Karen « le militantisme » des femmes s'est complètement essoufflé dans les années 1990:

il y a longtemps quand je faisais ces accouchements à domicile, il y avait un côté beaucoup plus militant chez les femmes. (...) Maintenant j'ai l'impression qu'à part quelques exceptions, les femmes elles sont plus tellement militantes : « on vient accoucher à la maison, oh oui c'est bien, oh j'aime pas trop l'hôpital, ouais ce serait bien quand même à la maison, oui et puis je pourrais quand même y arriver », enfin... tu vois mais je trouve que c'est plus aussi fort.

Solène : Avant qu'est-ce que c'était?

Alors déjà, elles avaient beaucoup plus d'envies, déjà pendant le suivi de grossesse. Elles voulaient pas que j'écoute avec le dopton : « non non pas le dopton, écoute avec la cornette⁴⁴⁴ ». (...) elles refusaient des examens, elles

⁴⁴³ Il y a des exceptions, quelques femmes sont investies dans des associations, mais elles sont minoritaires. Une poignée de sages-femmes sont aussi plus critiques, notamment en public.

⁴⁴⁴ La cornette (ou stéthoscope en bois « Pinard ») permet de surveiller le rythme cardiaque fœtal, sans recours à un outil électronique (il est seulement en bois)

voulaient pas d'échographie, enfin elles avaient comme ça des envies très précises (...) elles sont plus dans le moule [maintenant], même si elles veulent accoucher à la maison, elles sont pas complètement dans le moule, mais disons qu'elles acceptent les choses. (Karen, sage-femme AAD)

Karen met en avant la fin d'un certain radicalisme dans les choix que font les femmes dans le rejet de la médicalisation. Pour elle, le discours biomédical sur les risques a largement pénétré les pratiques de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance qui n'est plus vraiment subversif par rapport à l'autorité médicale de par l'incorporation importante, et croissante, de surveillances et d'interventions. Les femmes ont une envie de moindre médicalisation, mais tout en acceptant de nombreux examens. La forme de radicalité que Karen a pu connaître au « tout début de sa pratique », et qu'elle relie à « mai 68 » a presque disparu. Pour Danaé (sage-femme AAD) « c'est fini l'Ardèche avec les moutons et le fromage de chèvre. Ça peut être des squatters, mais ça peut être des personnes qui travaillent dans la finance, des couples américains dans le business, des enseignants ». Il s'agit de personnes socialement privilégiées qui n'inscrivent pas nécessairement leur accouchement dans un ensemble de pratiques contestataires.

Du côté des sages-femmes, l'accord tacite qui prévaut entre beaucoup d'entre elles, c'est que leur engagement militant doit se restreindre à un niveau interindividuel, par exemple en offrant une partie de leur temps aux femmes. Certaines de leurs activités sont ainsi bénévoles. Les conversations téléphoniques régulières et parfois longues avec les parents ne sont pas rémunérées par exemple. Khadija (sage-femme AAD AMN) ne souhaite pas « avoir une action politique », elle n'est « pas militante », n'a pas de « revendications ». Elle veut « faire son petit truc dans [s]on coin (...) en accompagnant les gens qui [la] sollicitent ». Patricia (sage-femme AAD AMN) se considère comme « quelqu'un d'assez discret » et préfère ainsi « que les gens viennent par le bouche-à-oreille et par motivation ». Elle n'est « pas quelqu'un qui aime faire de la publicité et de crier sur tous les toits [ce que je propose] ».

Coralie (sage-femme AMN) déplore le « manque d'informations » relatif aux différentes modalités d'accouchement ce qui met en péril « un libre choix ». L'information doit cependant, pour elles, rester la plus neutre possible, positive et peu critique de l'hôpital lorsque la sage-femme s'exprime en public. Danaé qui fait partie des sages-femmes qui ont un discours très critique envers la médicalisation considère pourtant qu'elle doit transformer son discours pour éviter d'imposer ses propres représentations aux femmes qu'elle accompagne:

il y a encore beaucoup de choses pour lesquelles j'ai du mal à lâcher, je veux convaincre les gens. C'est un peu ma problématique, j'ai certaines valeurs très importantes par rapport à la naissance, à la conscience, à l'implication des parents, et des fois je me rends compte que je suis un peu fermée finalement. Donc j'essaie de plus en plus d'accueillir l'autre dans sa différence (Danaé, sage-femme AAD).

Comme la décision d'accoucher en dehors de l'hôpital est basée, pour ces femmes et ces sages-femmes, sur les valeurs et les émotions, elle est difficile à partager : « c'est des décisions qui *me* paraissent courageuses mais que je peux pas défendre vraiment parce que c'est... pas rationnel. Alors c'est difficile de... ça va au-delà de ça. C'est essayer de refaire confiance à autre chose » (Magali, parturiente, 1 AAD).

De plus, parce que la responsabilité individuelle est élevée en cas de complications pendant l'accouchement extra hospitalier, la décision doit être libre de toute influence selon les parturientes. Pour Maya (parturiente, 1 AMN transféré): « Il faut que ce soit un profil de parents qui soient prêts à ça. Je ne vendrais pas la maison de naissance comme le lieu idéal pour tous ». Pour Carole (parturiente, 1 AAD) « tu dois vraiment te poser une question personnelle. (...) c'est pas mal par rapport à la responsabilité de ce que tu décides de faire ». Aurélie (parturiente, 2 AAD) me dit que si elle « parle hyper enthousiaste de [s]on expérience », elle « ne prend pas la responsabilité de conseiller l'accouchement à domicile [parcequ'] il y a trop d'enjeux »: « 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 peux pas dire « fais le » quoi [rit]. Je conseille à personne l'accouchement à domicile ». Si Aurélie considère qu'elle a « toujours été assez engagée politiquement », l'accouchement à domicile relève pour elle d'un choix purement individuel, et non pas politique.

Elles ne veulent pas produire un discours public en faveur de l'accouchement à domicile et critique de l'accouchement à l'hôpital car cela pourrait revenir pour elles à induire les mêmes types d'effets pervers qui sont produits par les médecins qui critiquent l'accouchement à domicile. Magali (parturiente 1 AAD) considère qu'elle a vécu une « expérience magique », mais pense qu'il faut faire attention à ne pas « culpabiliser les femmes » qui ont fait d'autres choix, ne pas « diaboliser ces choix », ce qu'un discours qui valorise trop l'accouchement à domicile risque de produire. Elle ne voulait « pas rentrer dans ce discours de propagande » qui reviendrait à « attaquer la décision des autres » et se « poser en prétentieuse » qui a pris une « décision plus noble que les autres ». Pour elle, choisir le lieu d'accouchement est « une décision hyper personnelle »: « c'était comment j'avais envie moi de traverser ça, et que j'avais l'impression que c'est ce qu'il y avait de mieux pour mon bébé, mais après je me rends bien compte que c'est différent pour tout le monde ».

Pour Béatrice (parturiente, 3 AAD), ce serait « arrogant de conseiller » à quelqu'un d'accoucher dehors de l'hôpital. Si elle s'est « sentie bien là », elle pense que « d'autres peuvent être rassurés » par le fait d'accoucher à l'hôpital. Pour elle, « il peut y avoir vraiment différentes façons de vivre ce moment-là », le principal était « de se poser, d'y réfléchir en couple ». Elle ajoute: « je partage volontiers mon expérience, mais tout en disant 'c'est une expérience parmi d'autres', il y a plein de femmes qui sont très contentes d'être à l'hôpital ». Elle refuse les injonctions du type « tout le monde devrait accoucher à la maison ou il faut un retour à la naissance naturelle » puisque cela constitue une attitude « pas très tolérante » pour elle. Béatrice clarifie ainsi sa position: « qu'il y ait des questions à se poser sur la surmédicalisation de l'accouchement, peut-être. (...) mais j'en ferais pas un credo. Enfin, pour moi, c'est pas important d'aller au marché pour me battre pour un retour à la naissance physiologique. Qu'on en parle, que les gens soient informés, oui, mais pas en conseil ». Ce que veut la plupart de ces femmes c'est de pouvoir, pour elles-mêmes, avoir la possibilité d'accoucher où elles le souhaitent: « je ne milite pas du tout pour l'accouchement à la maison, pour moi oui » (Géraldine, parturiente, 3 AAD). Elles ne s'engagent pas, ou peu, pour que toutes aient ce choix, ou plutôt ce droit, craignant à la fois d'apposer de nouvelles injonctions sur les mères, mais aussi pour moi de s'exposer, elle, aux attaques.

Finalement, si se borner à défendre un choix individuel et peut en faire la promotion permet probablement de limiter les critiques de l'entourage et du monde médical, garantissant ainsi le maintien d'un certain compromis en évitant les conflits, cela participe à affaiblir la portée collective du discours des sages-femmes en matière de *value-based medicine*. Pour Gaëlle,

la posture de sage-femme consistant à « respecter les choix des mamans et les accompagner là-dedans, y compris dans leur choix de césarienne », elle modère son discours :

certaines fois j'entends des discours de collègues peut-être hyper engagées et tout, mais je me demande pour qui on parle. Est-ce qu'on parle pour nous, parce qu'on est engagées, en colère contre ce système. Effectivement, il y a de quoi être en colère, je suis d'accord, moi aussi je suis en colère. Mais à la limite je le dis à la maison que je suis en colère, mais pas à la femme. Ça va rien lui changer. (Gaëlle, sage-femme assistante AAD AMN)

Pour Gaëlle, la sage-femme doit donc privilégier avant tout le vécu de la parturiente qu'elle accompagne, même si médicalement l'acte qui a été décidé n'était pas justifié (elle cite les césariennes réalisées en clinique). Elle conçoit cependant que cette posture risque d'affaiblir la possibilité d'une portée politique du message critique de la médicalisation qu'incarnent finalement peu les sages-femmes. Elle considère ainsi que les sages-femmes ont une « certaine part de responsabilité parce qu'on ne milite pas assez, on ne fait pas assez », ce qu'elle lie directement au fait qu'elles se positionnent au niveau de l'individu particulier, sans penser aux implications politiques/sociétales. Elle oppose cette attitude des sages-femmes à celle des médecins: « nous les sages-femmes on est peut-être trop gnagnagna l'importance du vécu, de chaque femme, du temps du respect, de l'adaptation à la femme, et on fait moins passer nos idées... alors que les médecins ils sont plus affirmés, ils disent des choses plus fortement, notre message passe peut-être moins du coup ».

Finalement, le « profil bas » idéal, dans un contexte d'accouchement extrahospitalier, c'est de faire celui qui se rapproche le plus de l'hôpital en choisissant une maison de naissance proche de l'hôpital, dans laquelle les sages-femmes utilisent des protocoles et collaborent avec la maternité, et dans laquelle le taux de transfert est plutôt élevé. Un profil qui correspond à La Maison de naissance, et sur lequel, parturientes comme sages-femmes, s'appuient pour échapper aux critiques. Il s'agit de maintenir la prise en charge institutionnalisée de l'accouchement. Pour une sage-femme de La Maison de naissance, « si un accouchement à domicile est bien préparé, près de la maternité, les risques sont les mêmes [que dans l'accouchement en maison de naissance], mais dans l'image c'est pas pareil! ». Elle ajoute que les sages-femmes à domicile « doivent encore lutter contre l'idée qu'elles sont des sorcières » (journal de terrain, La Maison de naissance, sage-femme). Inès (sage-femme AMN) a le même point de vue, pour elle la maison de naissance « est un cadre qui donne un crédit quelque part vis-à-vis aussi de l'extérieur », qui « déculpabilise » les parents. Même si les risques sont les mêmes que dans l'accouchement à domicile, « moralement, psychologiquement, ça joue beaucoup qu'il y a[it] une connotation beaucoup moins négative », notamment du fait que la maison de naissance « est reconnue par l'Etat [rit], c'est vraiment une institution ». Cela correspond à mes observations ou entretiens, l'accouchement en maison de naissance est globalement moins stigmatisé que l'accouchement à domicile par les médecins et l'entourage des femmes.

Dans les entretiens avec les médecins les plus ouverts en matière d'accouchement à l'extérieur de l'hôpital, l'alternative qui était acceptée, au moins partiellement, était la maison de naissance, le domicile restant très difficile à concevoir. Les maisons de naissance « dans l'hôpital » sont considérées comme étant un compromis « parfait » entre « un espace moins médicalisé » et l'accès à « des moyens [médicaux] » en cas de complications (Laura, CDC).

2 L'accouchement à l'hôpital : en voie de réformation ?

Je l'ai montré, les médecins sont très majoritairement opposés à l'accouchement en maison de naissance ou à domicile. La question des risques occupe évidemment une grande place dans leurs discours, mais pas uniquement. Ceux-ci considèrent que l'hôpital a su évoluer pour répondre à une certaine demande sociale d'un accouchement moins médicalisé, tout en restant très sûr. J'ai montré en quoi les approches des deux obstétriciens français Odent et Leboyer (on pourrait même ajouter Lamaze avec l'accouchement sans douleurs un peu plus tôt) ont été importées en Suisse dans le milieu des années 1970 (Luisier 2006; Favre 2009). Ces approches sont allées en direction d'une naissance moins médicalisée et ont valorisé le vécu de la mère et de l'enfant. Un certain héritage de celles-ci existe à La Maternité, où d'autres formes de pratiques, de prestations et de mises en scènes de l'espace, ont également été mise en place récemment (6 ans pour le suivi global, 3 ans et demi pour les « salles nature » et la possibilité de bénéficier d'une baignoire par exemple). Les médecins ne sont donc pas opposés à certaines pratiques dites « alternatives », pour autant qu'elles soient prises en charge en milieu hospitalier, ce qui témoigne d'un certain brouillage des frontières entre les pratiques dans et en dehors de l'hôpital.

2.1. « Une philosophie de la physiologie »⁴⁴⁵

La Maternité est considérée majoritairement comme un lieu tourné vers une « médicalisation raisonnée de la naissance » qui pratique peu l'interventionnisme jugé excessif d'autres hôpitaux. Selon Joana (sage-femme mat), « on a quand même une philosophie de la physiologie » dans ce service. Plusieurs des sages-femmes indépendantes, et même des mères qui voulaient accoucher en extra hospitalier partagent d'ailleurs ce constat : « A La Maternité, on est en dessous de la moyenne nationale pour toutes [les interventions], franchement pour une grande mat' (...) je pense qu'on est un peu privilégié » (Inès, sage-femme AMN). Lou (sage-femme mat) considère ainsi qu'« il n'y a pas qu'en maison de naissance qu'on peut accoucher physiologiquement ! ».

Michelle (interne) critique la tendance qui prend de l'ampleur autour du « retour au naturel » qui consiste à privilégier l'accouchement à domicile, tout en critiquant la médicalisation de la naissance. Elle se sent attaquée comme médecin, dans son métier, et dans les valeurs auxquelles elle croit alors qu'elle pense que l'hôpital est un endroit à la fois sûr, respectueux des parents et qui ne surmédicalise pas: « Si ça se passe bien, ben chez nous aussi ça se passera bien. Et si ça se passe pas bien, nous on est prêt à ce que ça se passe pas bien. Et on a le temps d'expliquer [aux parents] ». Andrea (adjoint) a une position similaire. Elle évoque ces femmes transférées « complètement déçues d'être là » et dit être « toujours attristée de me dire que je suis là pour les aider et ils me voient comme un échec ». Elle trouve cela « difficile, même pour nous [professionnelles] ». Elle aimerait dire à ces femmes qu'« on n'est pas là pour les médicaliser, pour leur nuire. Que nous *a priori* l'accouchement ça se passe bien dans la plupart des cas et c'est ce qu'on aime, mais que s'il y a quelque chose on est là pour eux, on peut vite sortir le bébé, on peut vite faire quelque chose pour eux ».

Certains médecins ont néanmoins témoigné de leur inquiétude à propos de certains effets négatifs qui sont induits par la médicalisation lors des entretiens. Cette préoccupation ne serait ainsi pas l'apanage du milieu extrahospitalier. Andrea signale que les risques iatrogènes des césariennes sont par exemple de plus en plus thématiques dans les

⁴⁴⁵ Joana (sage-femme mat).

publications et colloques médicaux et que les médecins essaient ainsi de faire évoluer les pratiques :

on se rend compte maintenant que la meilleure façon d'accoucher c'est la manière vaginale, on est un peu revenus en arrière. Il y a des rencontres de sociétés expertes, le message c'est toujours le même : « limitez la première césarienne, limitez la deuxième césarienne, proposez un accouchement vaginal si on peut ». (Andrea, adjoint)

Maude (interne) considère que le niveau de médicalisation est approprié à La Maternité. Elle s'interroge cependant sur l'effet boule de neige de la médicalisation à plus long terme, et surtout à propos des césariennes :

je pense que globalement on résout plus de problèmes qu'on en crée. Mais c'est vrai que tu te poses la question. C'est un peu comme tous les processus où tu sens que c'est en train d'aller dans l'autre sens. Si tu te dis, ok maintenant on fait plus de césariennes, mais dans 20 ans, on fera... ou dans 5 ou 10 ans on fera des césariennes pour antécédent de césarienne beaucoup plus souvent que ce qu'on fait maintenant, et on aura raison de les faire, et ce sera justifié, et finalement tout le monde aura une césarienne. (Maude, interne)

Plusieurs professionnelles m'ont dit qu'elles ont l'impression que les césariennes ne sont faites que pour des indications médicales à La Maternité, mais que pourtant le pourcentage reste trop élevé, sans en comprendre les raisons :

On a beaucoup de césariennes, on en a trop. Mais on [ne] sait pas trop comment l'expliquer parce qu'on essaie déjà vraiment de faire une césarienne qu'avec de bonnes indications médicales, on essaie déjà de limiter un maximum. On se demande vraiment pourquoi. (sage-femme, Journal de terrain, La Maternité)

Le fait que les alertes qui circulent dans la littérature médicale et dans les recommandations internationales à propos des risques d'un sur-interventionnisme médical [ou medical overuse] soient présentes dans les discours des médecins et des sages-femmes hospitalières témoigne ainsi d'un certain dynamisme à l'œuvre dans le dispositif.

2.2. Faire venir « la maison à l'hôpital »

Dans les entretiens, plusieurs soignantes de La Maternité affirment qu'elles ont comme priorité la sécurité mais que cela ne signifie pas pour autant qu'elles considèrent que la naissance est uniquement un événement médical.

Lou (sage-femme mat) réfute par exemple la vision trop caricaturale qui serait transmise par certaines sages-femmes indépendantes qui considèrent que seul un accouchement à domicile ou en maison de naissance permettrait de vivre une naissance naturelle et une expérience extraordinaire. Pour cette sage-femme, « on peut avoir une belle naissance même en césarienne ». Par ailleurs, elle rapporte que lorsque des « femmes viennent des maisons de naissance ou de l'extérieur, elles ont cette réflexion-là telle quelle : 'Ah mais vous êtes très sympas !' ». Cela viendrait selon elle des sages-femmes indépendantes qui ont transmis l'idée que « nous à l'hôpital on ne sait pas travailler et qu'on ne fait rien comme il faut ». Ces sages-femmes qui critiquent trop l'hôpital culpabiliseraient les parents, et surtout les femmes et attiseraient les tensions interprofessionnelles. Michelle (interne) est elle aussi agacée par ce phénomène, d'autant plus qu'elle estime que La Maternité est un lieu accueillant dans lequel le personnel est dévoué : « franchement je trouve qu'on a des salles qui sont confortables, on fait quand même des choses pour les gens, c'est pas horrible ».

Pour Marc (adjoint) le taux de transfert des accouchements extrahospitaliers est élevé et ceux-ci sont la plupart du temps très mal vécus par les parents. Etre transféré au milieu du travail est d'une part dangereux et implique d'autre part un stress très grand, ce qui rend ce choix doublement illégitime :

dans la balance plaisir versus risque, dans la maison de naissance je pense que les gens devraient réfléchir dans leur décision au fait qu'il y a un transfert dans un cas sur trois, un cas sur deux. Est-ce que le plaisir additionnel d'accoucher en maison de naissance vaut le risque de mauvais vécu dans 30 à 50 % des cas ? (Marc, adjoint)

Pour les sages-femmes qui travaillent dans l'enceinte de l'hôpital, notamment dans des programmes spécifiques (suivi global ou sage-femme agréée) le but est de « faire venir la maison à l'hôpital ». Sophie (sage-femme mat, suivi global), l'une des fondatrices de la prestation du suivi global m'explique son cheminement. Après ses études, elle a commencé à l'hôpital « juste pour avoir de l'expérience » puis pensait qu'elle exercerait ensuite à domicile. Pour plusieurs raisons, elle est cependant restée à l'hôpital⁴⁴⁶ et a alors entrepris de le réformer de l'intérieur : « au final, c'est ce que je disais par rapport à l'accompagnement global, mon job a été d'introduire plus d'humanité et plus de maison à La Maternité et puis j'y trouve mon compte pour un grand nombre de fois ». Katja apprécie de pouvoir faire des accouchements comme sage-femme agréée à l'hôpital, ce qu'elle estime être un bon compromis : « à la base j'aimais bien cette sécurité de La Maternité où tu peux faire quelque chose de très doux, de très soft sans les médecins, et si jamais tu as besoin, ils sont là ».

Les parents que j'ai rencontrés et qui avaient fait ce choix apprécient particulièrement ce compromis. Je rappelle d'ailleurs que des mouvements de revendications de parents ont concerné en particulier l'accouchement à l'hôpital. Depuis moins de dix ans, des pétitions ont ainsi été organisées pour demander par exemple que des baignoires soient construites dans les salles d'accouchements afin que les femmes puissent y accoucher (ou au minimum faire le travail dans l'eau). Celle-ci a été déposée au Grand Conseil du canton concerné par une association de parents en novembre 2007. Les demandes des représentantes de l'association sont consignées dans le rapport de l'audition qui a fait suite au dépôt de la pétition :

Elles aimeraient voir équipées de baignoire [les salles d'accouchement] pour offrir une autre alternative que l'accouchement traditionnel (...) Ces personnes mentionnent également qu'outre les baignoires, il existe d'autres systèmes (trapèzes, espaliers, etc.), le principe étant d'offrir à la patiente accouchant une posture agréable. Des lumières tamisées et de la musique créant une ambiance agréable sont aussi appréciées par les patientes. Le dossier de l'association se base sur une argumentation scientifique qui propose un aménagement alternatif avec un estimatif financier. (Rapport de l'audition par le Grand Conseil)

Il est précisé que « la qualité des soins offerts actuellement par La Maternité n'est absolument pas remise en question ». Face au 30% de salles équipées de baignoire qui était demandé par l'association, seulement une a été installée en salle de naissance. Lors de son audition, le chef de service a évoqué le fait que la demande sociale est très réduite pour ce

⁴⁴⁶ Ces raisons sont les suivantes : « Et puis c'est vrai que le parcours de vie fait qu'on se marie, qu'on a des enfants, que c'est beaucoup plus sécurisant d'être à La Maternité, et puis après un certain nombre d'années à La Maternité on se dit oui mais enfin c'est quand même à risque l'accouchement, parce qu'on voit des choses, on est quand même un hôpital qui traite pas mal de pathologies, et puis on commence à avoir un peu plus de ... peut-être de peurs de faire du domicile ».

type d'accouchement, et qu'il peut être plus risqué selon la littérature. Une autre pétition, suivie par le dépôt d'une motion au Grand Conseil du canton concerné, avait été lancée au début de l'année 2015 pour soutenir le maintien de la prestation de sage-femme agréée qui était menacée de disparition (le chef de service de La Maternité semblant ne pas souhaiter renouveler les contrats de travail des sages-femmes engagées). La prestation est à ce jour, maintenue. Le projet n'est ainsi pas de renoncer à La Maternité et au projet qui y est défendu, mais de partir de cette base pour demander des transformations, qui restent assez limitées.

Pour Vanessa et Amarande, qui ont-elles-mêmes accouché à domicile, continuer à exercer en milieu hospitalier est important puisqu'il n'y a pas de sélection des parturientes. L'accouchement à domicile ou en maison de naissance concerne une minorité de femmes bien informées et qui ont des ressources. Importer certaines des pratiques du domicile ou de la Maison de naissance dans La Maternité c'est les démocratiser et rendre accessible ce type de suivi à tout type de femmes :

Les accouchements à domicile, c'est un truc assez élitiste qui ne concerne pas tout le monde, et puis c'est quelque chose qui m'intéresse moins. C'est presque comme aller travailler en clinique. C'est des milieux différents, mais assez fermés comme ça (...). C'est aussi à ces femmes [qui viennent à La Maternité] que j'ai l'impression que je peux apporter des choses, plutôt qu'à des femmes qui ont déjà tout lu et qui savent tout sur l'accouchement, qui savent quelles petites plantes prendre...(Vanessa, sage-femme mat)

Pour Loïs (conjoint, 1 mat), qui est ingénieur et dont la compagne occupe un poste de fonctionnaire dans le milieu culturel, leur choix de La Maternité, qualifié de « super service public » est une position « idéologique » selon ses termes, c'est-à-dire qu'ils ont souhaité accoucher dans un lieu accessible à toutes et à tous.

Dans les discours de certaines sages-femmes et de femmes qui ont accompagné ou accouché à domicile, les transformations de l'hôpital qui s'est « humanisé » pour reprendre un terme fréquemment employé par les répondantes, et qui a intégré certaines des pratiques de l'accouchement à domicile ou de la maison de naissance (par exemple : salle nature, présence d'une baignoire et de lianes, possibilité d'avoir un suivi global, possibilité de rentrer chez soi quelques heures après l'accouchement, etc.) participe de la délégitimation de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Celles-ci ont d'autant plus de difficultés à défendre leur choix que La Maternité apparaît comme un lieu agréable – en plus d'être sûr – dans lequel donner naissance. La belle-mère d'Aurélie (parturiente, 2 AAD), qui a pourtant elle-même accouché à domicile n'était « pas favorable » à ce qu'Aurélie accouche à la maison. Son argument est que le milieu hospitalier aurait évolué favorablement du point de vue du « respect des patients-tes et des bébés » et de « l'écoute » des demandes des parturientes. Cela ne justifierait ainsi plus selon elle une prise de risques pour s'en protéger, comme c'était le cas auparavant : « maintenant la mat' c'est p[us] ce que c'était et maintenant c'est ok, nous on a accouché à la maison parce que la mat' c'était un cauchemar, mais vous, vous avez pas besoin et c'est plutôt un risque que vous prenez ».

Depuis quelques années, la pratique dite de « césarienne naturelle » tend à se développer dans certaines maternités (pas (encore ?) à La Maternité). Cette pratique, développée à Londres à la fin des années 2000, consiste à déplacer le regard de la césarienne comme acte médical, vers un événement familial et une expérience extraordinaire :

Le déroulement technique du geste est dans son ensemble comparable à celui d'une césarienne classique, mais ici, « l'extraction » du bébé est effectuée de façon à ce que les parents puissent voir leur enfant naître et ainsi, dans une certaine mesure, participer plus activement à cette naissance. (...) Le chirurgien n'extrait pas directement [le bébé] de l'utérus comme dans une césarienne classique où l'on appuie sur le fond utérin pour aider la sortie de l'enfant ; ici, on attendra l'effet des contractions ou de la respiration de la maman (à qui on peut éventuellement demander de pousser ou de souffler) pour tourner le visage de l'enfant vers ses parents et lui permettre de naître plus calmement, comme d'ordinaire. (...) Cette pression progressive lors de la sortie contribuerait à reproduire le phénomène de la pression exercée sur le thorax lors d'une naissance par voie naturelle, et permettrait de limiter les risques d'inhalation amniotique. (...) La procédure est aussi décrite comme une technique « centrée sur la femme », donc plus à son écoute ». (Briex 2016, 86)

Les arguments présentés en faveur de cette technique sont ainsi très proches de ceux des sages-femmes et des femmes qui veulent accoucher à domicile ou en maison de naissance : placer la parturiente au centre, respecter la physiologie (qui est ici imitée⁴⁴⁷ par le fait de laisser la parturiente pousser l'enfant en dehors de son ventre et favoriser ainsi un écrasement du thorax comme dans la naissance par voie basse), favoriser les liens d'attachements entre la mère (/les parents) et l'enfant, ne pas faire de la naissance qu'un moment médical⁴⁴⁸.

Ainsi, l'incorporation des pratiques alternatives aux pratiques médicales dans le dispositif obstétrical dominant semble l'avoir renforcé en affaiblissant la légitimité de celles qui lui étaient subversives.

Conclusion du chapitre 14

Le pouvoir biomédical s'étend au-delà des murs de l'institution hospitalière dans sa capacité à définir le normal et le pathologique. Comme dans le cas de La Maternité avec la possibilité que les décisions soient reprises et évaluées lors du colloque, la possibilité du transfert participe à réguler le travail des sages-femmes qui anticipent le regard qui sera potentiellement porté sur leurs pratiques. Celles-ci sont en situation de dépendance vis-à-vis de l'hôpital et des médecins puisque toutes considèrent qu'elles pourront avoir besoin de leur intervention en cas de complication. La difficulté à dialoguer autour de catégorisations différentes du risque et la position de pouvoir des médecins favorisent l'émergence de certaines dissimulations par les sages-femmes (et les femmes), voire de renoncements à certaines interventions médicales. Des chercheurs insistent pourtant sur l'importance de la communication et de la coordination entre les structures pour maintenir un haut niveau de sécurité. Dans une revue Cochrane, Olsen et Clausen écrivent ainsi : « collaborative medical backup in case transfer should be necessary these drawbacks are avoided while the benefit of access to medical intervention when needed is maintained » (Olsen et Clausen 2012, 2).

Une régulation externe est également exercée par l'entourage des femmes qui se fait le relais efficace des normes biomédicales. En tant que normes dominantes, elles sont transmises par les individus, y compris par ceux qui ne sont pas soignant.e.s. Les

⁴⁴⁷ L'imitation est aussi présente dans une pratique, encore à l'étude (Dominguez-Bello et al. 2016), qui consiste à déposer une gaze dans le vagin de la parturiente, puis la mettre dans la bouche de l'enfant né par césarienne pour favoriser la bonne colonisation microbienne. Il y a quelques mois, cette pratique avait été beaucoup relayé par les médias, voir par exemple cet article dans *Le Monde* (Dessibourg 2016a), ou dans *Le Temps* (Dessibourg 2016b).

⁴⁴⁸ Pour une déconstruction critique de cette pratique, je renvoie aux travaux de Maffi (2013).

parturientes qui font le choix d'accoucher à domicile ou en maison de naissance sont très souvent confrontées à des critiques et des tentatives de les faire renoncer à leur choix. Comme l'écrit Viisiainen (2000), les femmes qui accouchent à domicile ou en maison de naissance font ainsi face à un « risque moral », puisque leur décision est le plus souvent stigmatisée. Sjöblom et al. (2012) ont montré également que les femmes qui choisissent d'accoucher à domicile en Suède font face à des accusations d'être des personnes « irresponsables » et « égoïstes » (p.e13) et font ainsi principalement face à des comportements « hostiles » lorsqu'elles font part de leur choix (p.e15).

La nécessité d'un contrôle médical est en partie intériorisée par les sages-femmes et les parturientes. La première socialisation professionnelle est assurée par l'hôpital et conduit à transmettre la construction du normal et du pathologique qui se cristallise dans des habiletés spécifiques. Cette frontière est ainsi incorporée par les professionnelles dont les sens et les habitudes corporelles ont été façonnés par les expériences qu'elles ont menées dans ce lieu et les rencontres qu'elles y ont faites. C'est en étant embarquée dans les corps que la limite du normal et du pathologique est exportée en dehors de l'hôpital. Coddington et al. (2016) ont aussi mis en évidence la difficulté des sages-femmes qui ont travaillé longtemps en milieu hospitalier de modifier leurs schémas de pratique pour exercer à domicile.

Par ailleurs, sages-femmes et parturientes ont été socialisées dans un espace où le biomédical est reconnu comme le savoir dominant, et la maternité comme le lieu qui doit prendre en charge les accouchements pour éviter des risques intolérables. Si elles se sont engagées dans d'autres formes de socialisation secondaire, notamment auprès de collègues qui travaillent depuis longtemps à domicile, ou auprès de femmes qui avaient fait ce choix, par des lectures, etc., la « conversion » (Darmon 2011) est rarement totale. J'ai observé un maintien de l'ambivalence chez les femmes et les sages-femmes par rapport à leurs choix, qui est renforcée par les critiques de leur entourage face à leur décision d'accoucher – ou d'accompagner des accouchements – en dehors de l'hôpital.

En faisant « profil bas », les femmes et les sages-femmes essaient de naviguer dans ces critiques. Comme je l'ai montré, la profession de sage-femme est fragmentée entre l'hôpital et la pratique indépendante. Elle l'est également à l'intérieur de cette pratique indépendante puisque toutes les sages-femmes ne soutiennent pas l'accouchement à domicile ou en maison de naissance d'une part, et que la construction du normal, du risque et du pathologique ne fait pas consensus d'autre part. Les pratiques dans La Maison de naissance sont davantage procéduralisées et strictes concernant le risque (les sages-femmes transfèrent plus rapidement) par rapport au domicile. Le fait de travailler en équipe plutôt que seules, d'être davantage imprégnées des pratiques hospitalières et d'avoir à faire à des femmes moins radicales que dans l'accouchement à domicile participent à expliquer comment cette situation s'est construite. Cela fragilise ainsi l'émergence d'un discours commun et de contestations fortes en Suisse actuellement.

La plupart des parturientes et des sages-femmes communique peu autour de leur choix, voire le dissimule. Dans la recherche menée par Lindren et al. (2010) auprès de femmes qui ont accouché à domicile en Suède, nombre d'entre elles ont également menti ou omis volontairement de dire à leur médecin quel est le lieu d'accouchement qu'elles avaient choisi, ceci afin de ne pas devoir s'expliquer sur leur décision. Plus de la moitié des femmes de l'échantillon, évitaient également de parler de leur décision et des risques associés avec leur entourage (voir aussi: Miller 2009; Holten et Miranda 2016).

Sages-femmes et parturientes font peu la promotion publiquement du choix de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance. Elles veulent le dépolitiser en le faisant apparaître comme un choix individuel puisque dépendant de valeurs personnelles. L'engagement de certaines d'entre elles se borne ainsi souvent à énoncer cette possibilité pour que les femmes en aient connaissance, sans chercher à les convaincre. Pour Beckett et al. (Beckett 2005; Beckett et Hoffman 2005), la rhétorique du « libre choix » est ainsi l'outil principal qui est utilisé par les activistes pour promouvoir les accouchements « naturels ou alternatifs ». Sages-femmes et parturientes justifient cette limitation par le fait qu'elles veulent éviter de produire des formes d'injonctions sur les femmes, comme le fait déjà le médical. Le choix de l'accouchement extrahospitalier est ainsi peu défendu comme un choix radical par rapport à celui d'accoucher à l'hôpital. Cela est encore plus le cas de l'accouchement en maison de naissance qui fait figure de compromis par rapport à l'accouchement hospitalier.

Béatrice Jacques a récemment formulé la question suivante : « pourquoi les femmes, les couples (...) n'arrivent-ils pas à se rassembler autour d'un discours commun sur les méfaits de la surmédicalisation, d'une technologisation à outrance ? » (Jacques 2016a, 377). J'ai avancé plusieurs éléments tels que la fragmentation de la profession de sage-femme, ou encore la diffusion efficace des normes médicales. Les femmes et les sages-femmes ont néanmoins un intérêt à ne pas porter leur choix sur la place publique : cela les protège en maintenant une certaine situation de retenue et de compromis avec le monde médical. Ce discours commun n'est cependant pas totalement inexistant : certaines sages-femmes et femmes s'engagent aussi publiquement, notamment à travers des associations, pour faire la promotion de ce choix, en Suisse et ailleurs, en utilisant le savoir médical, mais aussi d'autres formes de preuves (Akrich et al. 2014; Rabeharisoa, Moreira, et Akrich 2014; Akrich et Rabeharisoa 2012). Enfin, ce n'est pas parce qu'elles sont peu dans la confrontation que leurs décisions et leurs pratiques ne constituent pas des formes de résistances et d'appropriations : les considérer comme « dominées » ne reflète pas complètement leurs actions qui participent à faire bouger les normes.

J'ai montré finalement que La Maternité a évolué pour inclure certaines des revendications en faveur d'un « accouchement naturel ». Des prestations comme le suivi global ou les sages-femmes agréées ont été mises en place, des « salles nature » ont été construites. Les médecins intègrent aussi à leurs réflexions les excès de la prise en charge médicale, et réfléchissent à des moyens de faire baisser le niveau de certaines interventions, en particulier les césariennes. Des médecins, et surtout des sages-femmes et des parturientes, s'engagent ainsi pour « faire venir la maison à l'hôpital ». Les critiques de l'accouchement hospitalier et la revendication à vivre une autre expérience pourraient ainsi être solubles dans l'hôpital, si celui-ci se transforme suffisamment. Des recherches publiées dans des revues médicales insistent d'ailleurs sur l'importance de modifier les prises en charge dans l'hôpital afin de répondre aux demandes des femmes qui choisissent pour l'instant d'accoucher en dehors : « the results suggest ways that in-hospital obstetrics can be adapted to meet the requirements of pregnant women. Individualized, family-oriented obstetrics with judicious use of medical technology should be possible in the clinical setting » (Neuhaus et al. 2002, 143). Chervenak et al. vont encore plus loin en affirmant que les transformations des hôpitaux rend complètement caduques l'accouchement en dehors de l'hôpital qui ne doit pas être soutenu : « We call on obstetricians, other concerned physicians, midwives and other obstetric providers, and their professional associations not to support planned home

birth when there are safe and compassionate hospital-based alternatives and to advocate for a safe home-birth-like experience in the hospital » (Frank A. Chervenak et al. 2013, 31).

Le développement de cette offre (qui comprend celle des pôles physiologiques et des maisons de naissance accolées aux maternités qui sont expérimentées actuellement en France par exemple), pourrait participer à répondre à une demande sociale, tout en délégitimant encore davantage les accouchements qui s'autonomisent le plus de l'autorité médicale et hospitalière. Pour Jacques, la question de l'accouchement à domicile a presque totalement été évacuée en France, sous prétexte que les maisons de naissance présentaient les mêmes avantages, tout en assurant plus de sécurité (ce qu'elle-même récuse) et garantissant de « porter la négociation sur un objet plus 'discutable', parce que peut-être moins passionné, en tout cas plus légitime du point de vue du corps médical » (Jacques 2007, 367). L'analyse de l'entretien mené avec Aurélie est aussi exemplaire à ce titre : la transformation des pratiques médicales ne justifierait plus de revendiquer d'accoucher en dehors de celui-ci.

Une telle représentation est aussi présente dans les écrits de chercheuses féministes. Dans la réédition parue en 2015 de « Sorcières, sages-femmes et infirmières », initialement publié au début des années 1970 aux Etats-Unis, Barbara Ehrenreich et Deirdre English, qui se prévalent de la « deuxième vague du féminisme » contextualisent cette première publication pour signifier à la fois son importance au moment où elle paraît, mais aussi le fait que ce qu'elles énoncent n'est aujourd'hui plus vraiment d'actualité :

Nous nous sentons également un peu embarrassées à la lecture de ce qui ressemble désormais à des exagérations et une manière excessivement militante d'affirmer les choses. Il y a eu beaucoup de changements en quarante ans, que ce soit historiquement ou dans notre conception de la recherche, aussi devons-nous nous remémorer que « Sorcières, sages-femmes et infirmières » a été écrit sous le coup de la colère et de l'indignation. Si certaines des sources de notre colère semblent désormais désuètes, c'est uniquement grâce à des travaux comme « Socières, sages-femmes et infirmières » et au mouvement dont il est issu. (Ehrenreich et English 2015, 15)

Dans le cas des transformations de l'hôpital, on pourrait parler de « critiques correctives à visées réformatrices » (Boltanski et Chiapello 1999, 77). L'hôpital comme lieu d'accouchement idéal, pour toutes, n'est ici pas remis en question. Cependant, certaines professionnelles et des parturientes demandent à ce qu'il évolue pour répondre aux objectifs de sécurité (et donc de limiter les effets iatrogènes produits par un interventionnisme excessif, ce qui est soutenu par l'EBM), de bien être (« moment magique ») et de respect de l'autonomie (principe éthique) qu'il s'est fixé. Il s'agit d'une critique interne qui a « pour justification les mêmes positions normatives que celles invoquées par la critique » (Boltanski et Chiapello 1999, 77). Ces critiques ont été partiellement intégrées à La Maternité (le dispositif se doit de répondre à la critique pour rester légitime selon Boltanski et Chiapello), mais en les amenuisant : concernant les demandes de baignoires, une seule a été installée par exemple. Le chef de service a ainsi tenté d'apporter des « preuves convaincantes » (Boltanski et Chiapello 1999, 77) pour montrer que cette critique était peu consistante. De plus, il a été considéré probablement que la légitimité de La Maternité n'augmenterait que peu en ajoutant davantage de baignoires, par rapport à la transformation que cela demandait (un contournement de la critique selon Boltanski et Chiapello, 78). De la même manière, les revendications de certaines sages-femmes pour avoir la responsabilité des suivis de grossesses et des accouchements physiologiques dans un accompagnement plus

personnalisé a été en partie reconnue : une prestation a été ouverte pour permettre à un groupe de sages-femmes de réaliser ce type d'accompagnement. La possibilité de bénéficier d'un suivi individualisé est ainsi possible à La Maternité, renforçant la légitimité de l'institution. Pour autant, les médecins n'ont pas reconnu l'appellation « accouchement physiologique », mais lui ont substitué le terme « bas risque », et cette prestation ne se fait que sur volontariat des femmes, le système de prise en charge n'ayant pas été réformé. Par ailleurs, les médecins ont tenté de supprimer la prestation de sage-femme agréée, qui sont plus indépendantes que les sages-femmes du suivi global, sous prétexte que leur prestation était peu différente de ce que propose déjà le groupe du « suivi global ».

La critique portée par l'accouchement à domicile est plus « radicale » (Boltanski et Chiapello 1999, 76-77) puisque l'hôpital est remplacé, dans les situations physiologiques, par une prise en charge de l'accouchement à l'extérieur de celui-ci. Dans la prise de décisions, le savoir médical est enrichi d'autres formes de savoirs et des valeurs de la parturiente, mais n'est cependant pas invalidé. Comme je l'ai montré, une partie des revendications portées par ce mouvement ont été intégrées à La Maternité, et la critique s'en retrouve ainsi partiellement « désarmée » (Boltanski et Chiapello 1999, 79) : « l'évolution des idées dominantes va dans un sens qu'elle réclame et qu'elle se retrouve en partie satisfaite » (p.80).

L'incorporation, voire la récupération, des critiques et des pratiques minoritaires de l'accouchement à domicile, dans La Maternité qui accueille un grand nombre de femmes aux profils socio-économiques variés, pourrait diffuser ces pratiques et ne pas les limiter à des femmes socialement favorisées.

Rutherford et Gallo-Cruz (2008) ont analysé la manière dont 59 maternités américaines se présentent sur leur site internet. Ils concluent que ces hôpitaux transmettent une vision idéalisée de la naissance, et adoptent en partie la rhétorique du mouvement de l'accouchement naturel alors que cela entre en contradiction avec la rationalisation et la standardisation de ces institutions bureaucratisées. Donner une image d'une naissance idéale, qui se rapproche du mouvement de la naissance naturelle, serait un moyen marketing d'attirer de nouvelles clientes potentielles. A La Maternité, cela constitue également un enjeu. Il s'agit de présenter des installations qui pourront faire concurrence aux cliniques privées. Les parturientes qui disposent d'une assurance privée sont celles qui rapportent le plus d'argent aux hôpitaux (y compris publics), tout en augmentant le revenu des médecins adjoints. Lors d'un colloque organisé à La Maternité, les médecins adjoints ont ainsi été encouragés à développer leur pratique privée par des membres de l'administration de l'hôpital (journal de terrain). Le fait de diversifier l'offre à l'intérieur de La Maternité, par exemple avec des « salles nature » pourrait permettre d'attirer une clientèle plus aisée. Ces salles constituent d'ailleurs un véritable marché. Des entreprises spécialisées dans la vente de matériel médical mettent en scène ces salles dans leurs catalogues publicitaires et proposent un service de livraison dans les maternités de « salles nature » clé en main⁴⁴⁹.

Rutherford et Gallo-Cruz (2008) précisent cependant qu'ils ignorent quelles sont les pratiques effectives en matière d'utilisation des « salles nature ». Mon travail a permis de documenter cet aspect, et notamment de mettre en avant les contraintes structurelles qui

⁴⁴⁹ Voir par exemple celui de cette entreprise française : http://sallenature.com/PDF/MVF_4VOLETS.pdf.

compliquent le recours à ces salles. J'ai constaté que de manière générale, les 'salles nature' sont peu utilisées tout comme les possibilités alternatives (je n'ai jamais vu utilisés la chaise Maya, très peu le ballon, très peu la baignoire ou les lianes, etc.). D'une part, peu de femmes répondent aux critères d'accès fixés par les médecins puisque la plupart bénéficie d'une péridurale par exemple. D'autre part, j'ai montré que les sages-femmes ont globalement besoin de travailler sur des corps standardisés et régulés. L'apparente ouverture de La Maternité vers des prestations dites « parallèles » a aussi pour visée de rapatrier les femmes qui accouchent en maison de naissance ou à domicile vers La Maternité et assurer un contrôle encore plus élargi, sans avoir véritablement les moyens d'utiliser ces espaces à pleine capacité. Les sages-femmes du suivi global ou agréé utilisent en revanche ces nouveaux objets et espaces. Bien que des études quantitatives doivent être conduites pour le confirmer, celles-ci touchent apparemment des femmes plutôt socialement favorisées, ce qui relativise la démocratisation de ces pratiques.

Comme l'a montré depuis longtemps la sociologie de la technique, si l'espace et les objets à disposition ont la capacité d'influencer l'activité, leur présence ne suffit pas à transformer les pratiques ; il n'est pas garanti que leur conception qui prévoit un usage spécifique (le « script » ou « scénario ») soit traduit en pratique (voir par exemple cet article publié pour la première fois en 1987 et réédité récemment: Akrich 2012a, voir aussi: 2012b; Akrich et Méadel 2004). Akrich écrit ainsi :

Par la définition des caractéristiques de son objet, le concepteur avance un certain nombre d'hypothèses sur les éléments qui composent le monde dans lequel l'objet est destiné à s'insérer. Il propose un « script », un « scénario » qui se veut prédétermination des mises en scène que les utilisateurs sont appelés à imaginer à partir du dispositif technique et des prescriptions (notices, contrats, conseils...) qui l'accompagnent. Mais tant qu'il ne se présente pas d'acteurs pour incarner les rôles prévus par le concepteur (ou en inventer d'autres), son projet reste à l'état de chimère : seule la confrontation réalise ou irrealise l'objet technique. (Akrich 2010, 208).

Les outils des maisons de naissance sont en ce sens utilisés comme ils le sont car ils prennent place dans une certaine représentation de la naissance, de la médecine, et des risques, qu'une « salle nature » n'a pas en soi la capacité d'importer. Les professionnelles et les parturientes s'approprient ainsi différemment l'usage des objets dans et en dehors de l'hôpital, et en fonction de leur place dans l'hôpital (suivi classique / global / agréé). L'organisation du travail, la présence d'autres technologies, et d'autres professionnelles contribuent aux usages différents des objets (par exemple à La Maternité où la péridurale est facilement accessible, l'usage de l'eau chaude dans la baignoire pour soulager les douleurs fera moins l'objet d'un usage intensif par rapport à La Maison de naissance où le nombre d'outils à disposition est réduit).

Les salles nature et les prestations comme le suivi global ou les sages-femmes agréées captent une partie des femmes qui souhaiteraient accoucher en maison de naissance (c'est moins le cas pour celles qui veulent accoucher à domicile). Selon le CIANE⁴⁵⁰, les maternités qui se sont transformées en ce sens ont vu leur clientèle augmenter. Cette évolution des maternités, à la fois réelle (décisions davantage partagées que par le passé, respect des nouveau-nés et de l'importance du lien précoce mère-enfant, prise en charge de la douleur,

⁴⁵⁰ <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/05/CPSallesNatures.pdf>, consulté le 2 janvier 2017.

etc.) et mise en scène (c'est en partie le cas pour les salles nature) participe d'un processus de délégitimation des choix des accouchements en dehors de l'hôpital.

Pour autant, la situation n'est pas figée et de nouvelles critiques, plus radicales, se font entendre, autour par exemple des revendications d'accoucher à domicile sans sage-femme (« free-births » ou « unassisted childbirth »), ou malgré une grossesse à hauts risques. Ce sont dans les pays anglo-saxons, notamment aux Etats-Unis que ces revendications sont les plus visibles (Jackson, Dahlen, et Schmied 2012; Dahlen, Jackson, et Stevens 2011; Feeley et al. 2015). Pour Jackson et al. (2012) et Holten et Miranda (2016) ces femmes accouchent véritablement « hors du système ». Elles représentent pour Miller (2012) « la marge de la périphérie » par rapport aux pratiques (périphériques) de l'accouchement à domicile et en maison de naissance et aux pratiques (dominantes) de l'accouchement à l'hôpital. S'il faudrait examiner plus en profondeur si des pratiques de régulation existent et si certaines sont importées de la médecine, le « freebirthing » est un signe que certaines parturientes ne se retrouvent pas dans le modèle de l'accouchement à domicile avec une sage-femme, qui est considéré comme trop proche des pratiques hospitalières (Feeley et al. 2015; Jackson, Dahlen, et Schmied 2012; Holten et Miranda 2016; Lynch 2007)⁴⁵¹.

Par ailleurs, l'accouchement à domicile continue à exister en Suisse romande, et même s'il concerne une toute petite partie des femmes⁴⁵², sa capacité à inventer des formes nouvelles de situations – entre utilisation et appropriation du savoir et des outils médicaux, utilisation d'autres outils, négociations entre les femmes et les sages-femmes – participe à faire bouger les normes. Les initiatives qui se dessinent à l'intérieur de l'hôpital pourraient aussi participer à alimenter ces inventions. Les pratiques et les représentations dans et en dehors de l'hôpital continuent ainsi à être en mouvement, et la construction du risque n'est pas figée et renvoie à des pratiques variées.

⁴⁵¹ Les auteur.e.s montrent que ces femmes font aussi ce choix parfois parce qu'elles n'ont pas trouvé de sage-femme qui accepte leur projet d'accouchement à domicile (souvent parce qu'elles considèrent que les risques sont trop élevés).

⁴⁵² Selon un communiqué de presse de la Fédération suisse des sages-femmes en avril 2015, les accouchements conduits par des sages-femmes en maison de naissance ou à domicile ont tendance à augmenter, bien que les auteurs évoquent une « timide progression » de ces accouchements. http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnld/MM_Zunahme_der_Hebammentaetigkeit_f.pdf (consulté le 29 mars 2017).

Conclusion de la cinquième partie

La prise en charge de l'accouchement dans le dispositif extrahospitalier est modélisée dans le tableau 5.

TABLEAU 5 : LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE DISPOSITIF EXTRA HOSPITALIER

	Dispositif extrahospitalier
Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> - Horizontal et égalitaire - Incertitude acceptée / maîtrisée par les parturientes
Régimes de justification	<ul style="list-style-type: none"> - Accouchement comme processus physiologique - Accouchement comme événement non-médical - Maintien de l'incertitude - Autodétermination des femmes - L'hôpital comme risque
Mise en pratique	<ul style="list-style-type: none"> - Value-based medicine pour construire les risques - Faible procéduralisation de l'activité - Confiance sages-femmes / parturientes - Autocontrôle / auto surveillance / pratiques préventives - Décisions et responsabilités partagées - Sources multiples d'expertises (médicale, professionnelle, profane) - Techniques multiples (médicaux, médecine naturelle, habiletés des sages-femmes) - Régulations externes et intériorisées

Les parturientes et les sages-femmes qui accouchent à domicile ou en maison de naissance veulent vivre un déplacement de l'accouchement en tant qu'événement médical vers un accouchement en tant qu'événement naturel et familial et comme expérience extraordinaire. Elles disent vouloir accepter l'incertitude en renonçant à prendre des décisions basées sur des calculs de risques incessants. Malgré ces discours, j'ai cependant constaté que le risque reste central dans leurs pratiques.

Accoucher à domicile ou en maison de naissance est ainsi perçu comme un moyen de mettre à distance le monde hospitalier qui serait producteur de risques médicaux (maladies nosocomiales, surinterventionnisme). Pour autant, parturientes et sages-femmes ne se contentent pas de vivre passivement la naissance : une pluralité de pratiques préventives, de surveillance et d'interventions sont déployées dès la grossesse. Elles s'engagent, investissant temps et souvent argent, pour leur santé et celle de leur bébé. L'objectif des parturientes est de maintenir la physiologie, tout en évitant à la fois un interventionnisme

excessif, et la survenue de complications graves qui les préoccupent. Elles engagent pour ce faire des outils multiples : les ressentis maternels aiguillent sur les positions à prendre pour favoriser la descente du fœtus par exemple, la médecine parallèle peut être utilisée pour renforcer le travail de l'accouchement, les savoirs et habiletés propres aux sages-femmes permettent de réaliser de petites interventions lorsque par exemple le travail de l'accouchement se prolonge, et enfin les techniques médicales (technologies, médicaments, etc) sont utilisées lorsqu'une complication survient. Le transfert de la situation vers l'hôpital constitue le bout de cette chaîne de pratiques qui vise à contrôler les risques et à réduire l'incertitude.

Les parturientes n'échappant pas à l' « obligation sociale très forte de réduire le risque et de faire un choix le plus sûr, le plus convenable et approprié moralement » décrit par Bryant et al. (2007, 1200), leurs discours – y compris ceux produit pour la sociologue – s'inscrivent dans une économie de la justification (Boltanski et Thévenot 2008). Il s'agit de légitimer leur décision d'accoucher à domicile ou en maison de naissance par une prise de risque limitée, maîtrisée voire moins conséquente que dans l'accouchement hospitalier. La norme sociale qui veut que les femmes enceintes soient responsables de la bonne santé du fœtus puis du bébé (Lupton 2011) est particulièrement intériorisée par ces femmes qui déploient un grand nombre de pratiques avant et pendant leur accouchement pour s'en assurer. Elles délèguent peu cette responsabilité aux professionnelles.

Les femmes qui critiquent le système biomédical dominant et font des choix dissidents, s'appuient sur le discours et les formes de savoirs qui émanent de ce système. Pour autant, elles ne sont pas complètement déterminées par ce mode de pensée, puisqu'elles ont recours à une pluralité d'évidences, certaines issues de recherches scientifiques, d'autres plutôt de leurs expériences et ressentis intimes⁴⁵³.

Les femmes veulent préserver la santé de leur bébé, mais interprètent différemment le risque et les décisions qui doivent en découler, comme l'ont également montré d'autres chercheuses dans d'autres contextes nationaux (S. Lee, Ayers, et Holden 2016; Alaszewski et Horlick-Jones 2003). Les risques qui inquiètent et que l'on veut prévenir ne sont pas seulement ceux qui sont définis par le médical : sages-femmes et parturientes reconstruisent les risques sur la base de leurs valeurs et co-construisent les décisions. J'ai évoqué une forme de *value-based medicine*. Des risques jugés accessoires par le milieu médical sont valorisés, et d'autres sont relativisés. Les sages-femmes essaient de trouver des moyens pour parler de « risques sans susciter la peur », en utilisant notamment les recherches pour les relativiser (Wagner 2016), ainsi que d'autres formes de savoirs qui relèvent notamment de l'expérience professionnelle ou personnelle. Elles souhaitent à la fois transmettre de l'information sur le risque mais en le mettant en perspective – par exemple par la comparaison entre différents risques – afin de relativiser la probabilité de survenue de complications et permettre aux femmes de faire des choix. Ces femmes et ces sages-femmes mettent particulièrement en évidence le fait que lorsque l'argument de la vie du bébé est en jeu, les femmes peuvent difficilement faire des choix, ce que confirment d'ailleurs mes données concernant l'accouchement à l'hôpital.

⁴⁵³ Akrich et al. (2014) décrivent l'articulation de ces différentes formes de savoirs au niveau des associations européennes qui s'engagent en faveur de « l'accouchement naturel » ou des « naissances respectées ».

Si les femmes et les sages-femmes affirment que ce travail sur le risque doit se faire au niveau individuel, j'ai mis en évidence l'existence de régularités dans cette construction des risques. Plus qu'un acte individuel, cette convergence témoigne qu'il relève davantage d'un fait social qui comprend un assemblage de pratiques, de représentations et de normes spécifiques. Il s'agit de prévenir les atteintes au corps maternel et à celui de l'enfant et les risques psychosociaux. Le vécu est aussi considéré comme très important, de même que la capacité à faire ses propres choix et à se sentir pleinement impliquée (« empowered »).

Ces décisions ne se prennent pas dans une bulle, bien que sages-femmes et parturientes fassent tout pour s'en créer une : elles le sont dans un contexte social, historique et géographique donné.

Les sages-femmes et les femmes sont ainsi soumises à des contrôles externes de leurs pratiques. Puisque toutes reconnaissent la validité du savoir et des technologies médicales, certains examens sont délégués aux médecins et un transfert sera mené en cas de complications. Les médecins conservent alors un droit de regard sur les accouchements extrahospitaliers. Ce contrôle externe est aussi exercé par l'entourage qui formule des injonctions à ce que les femmes entrent dans la norme en accouchant à l'hôpital.

Ce contrôle est également intériorisé par les sages-femmes et les femmes, même si c'est à des degrés variables (c'est davantage le cas en maison de naissance qu'à domicile).

Scamell (2011) a montré que les sages-femmes hospitalières, pourtant critiques de la culture du risque, n'y échappent pas mais participent elles-mêmes à la véhiculer et à la reproduire par leurs pratiques. J'ai montré que les sages-femmes indépendantes ont des moyens de mettre davantage à distance ces processus, mais qu'elles n'y échappent elles-mêmes que partiellement. Par rapport à la situation à l'hôpital, la définition des risques en milieu extrahospitalier est plus flexible et négociée, mais les sages-femmes (et les parturientes) ne sont pas complètement autonomes par rapport au rayonnement des règles édictées en milieu hospitalier. Si en Suisse, il n'existe pas comme aux Pays-Bas, une « liste des indications obstétricales » qui précise la distinction entre des situations physiologiques (qui peuvent faire l'objet d'un accompagnement par les sages-femmes à domicile ou en maison de naissance) et à risques ou pathologiques (qui doivent être prises en charge en milieu hospitalier) (Akrich et Pasveer 1996; Lindgren et al. 2010), dans les faits, les pratiques sont régulées, en priorité par les sages-femmes elles-mêmes, par rapport à ce qui est édicté par les médecins de La Maternité.

J'ai ainsi constaté que même dans les franges minoritaires de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, la logique du risque est pénétrante et les situations semblent de plus en plus définies comme anormales ou à risques. Elles continuent d'avoir une vision de la grossesse et de l'accouchement comme des événements davantage normaux, acceptant une plus grande diversité dans la normalité, et une normalité imparfaite, mais la peur, socle central dans cette vision parfaite de la normalité, a tendance à se diffuser aussi dans ces lieux et à resserrer les définitions de ce que l'on peut faire ou non en dehors d'un hôpital, et donc les définitions du normal. « La politisation de la peur » (« the politicization of fear », (Furedi 2005, 132)) les concerne également. Elle tend à rendre très difficile une résistance à « l'aversion du risque » comme « principe moral universel » (Furedi 2005, 137), qui doit orienter les décisions.

Dans la littérature, l'accouchement à domicile est présenté comme une « pratique alternative » (Jacques 2016b), voire « militante » (Jacques 2007) qui « met à l'épreuve les pratiques dominantes » (Cheyney 2008)⁴⁵⁴. Pour Brailey et al. (2015), les femmes qui font ce choix « nagent à contre-courant ». Pour Sjöblom et al. (2012) il s'agit d'un « choix provocateur » (« a provoking choice ») et qui marque une « résistance à la médicalisation » (Parry 2008; Shaw 2013).

Mes analyses relativisent ces affirmations en montrant les liens nombreux (y compris de dépendance) qui sont entretenus avec la médecine, ses savoirs, son organisation, ses outils. De plus, les femmes ne sont pas dans une résistance à la médicalisation mais en redéfinissent les contours. Elles veulent se l'approprier et décider de son utilisation. Des recherches ont d'ailleurs mis en évidence que lorsque les femmes demandent à pouvoir choisir et contrôler, il s'agit davantage d'être impliquées dans le processus que de se substituer aux professionnelles : « Choice and control was not about dictating care, but about having increased involvement in decision-making and communication » (Murray-Davis et al. 2012, 580; voir aussi: Cheyney 2008; Andrews 2004).

Il est d'autant plus difficile pour les sages-femmes et les parturientes de s'opposer à la médecine et à l'hôpital que ceux-ci se sont en partie transformés pour intégrer certaines des critiques qui lui sont adressées. Les contraintes externes et les menaces - qui font usage de la peur - ne sont pas les seuls instruments pour faire entrer à l'hôpital. Des effets incitatifs, telles que les « salles nature » en sont un exemple, bien qu'il s'agisse d'une adaptation qui ne se substitue pas aux pratiques des accouchements à domicile ou en maison de naissance.

⁴⁵⁴ Le titre de son article est le suivant: « Homebirth as systems-challenging praxis ».

Conclusion générale

L'ambition principale de cette thèse a été d'analyser les modalités spécifiques de prise en charge et de régulation des risques liés à l'accouchement dans des dispositifs institutionnels – et des situations⁴⁵⁵ – variés. L'abondante littérature scientifique sur le sujet montre que le risque est central dans l'organisation et la justification du dispositif obstétrical moderne. Plutôt que de vérifier cette affirmation, il s'agissait d'analyser comment ce risque est construit et négocié par les professionnelles et les parturientes dans le quotidien des lieux d'accouchement, et quelles normes et pratiques en découlent, avec quelles conséquences pour les parturientes, leur conjoint, le fœtus et les professionnelles. Le projet était aussi de regarder en quoi le risque est évacué, reconfiguré, ou simplement importé dans le contexte de l'accouchement extrahospitalier. Une fois ces jalons posés, la question de l'articulation des différents dispositifs est devenue centrale : comment fonctionnent-ils en parallèle au sein d'un même dispositif obstétrical local et quels sont leurs liens ?

Ces questions ont émergé dans un contexte où l'accouchement fait l'objet de controverses croissantes, que ce soit au cœur du dispositif hospitalier – autour par exemple des « épidémies de césariennes » dont les médecins et les organisations internationales se saisissent –, ou à l'extérieur avec des critiques portées par des femmes autour par exemple de la thématique des violences obstétricales. Par ailleurs, la prise en charge de l'accouchement dans le dispositif institutionnel principal – l'hôpital – a connu des changements, avec par exemple le développement de nouvelles prestations, comme les « salles nature ».

La littérature récente qui est consacrée à la naissance apporte davantage d'informations sur les discours que sur les pratiques, et adopte rarement une perspective comparative (entre professionnelles et femmes, entre dispositifs, etc.). Les recherches ont par ailleurs tendance à présenter une situation très polarisée entre un « accouchement médicalisé » à l'hôpital et un « accouchement naturel » à domicile, et les techniques médicales sont principalement décrites comme néfastes pour les femmes, dont l'« empowerment » pourrait mieux se libérer en accouchant loin de celles-ci. Quelques recherches ont pris de la distance avec ces perspectives pour d'une part mettre en évidence une construction « romantisée » de l'accouchement à domicile, qui serait également à l'origine de formes d'injonction sur les femmes et d'autre part pour revendiquer le droit des femmes à l'autodétermination. Ces travaux ont cependant davantage emprunté une approche théorique plutôt qu'empirique sur la question.

L'ancrage théorique général de la thèse s'inscrit dans une perspective foucauldienne du pouvoir, et en particulier dans le concept de gouvernement. Il s'agissait de voir comment les normes sont produites, comment elles circulent et quels sont leurs effets sur les pratiques et comportements, en fonctionnant davantage sous la forme d'une incitation, et par la subjectivation, que par la contrainte et la répression. Comme je l'ai montré, la plupart des professionnelles, des parturientes et de leur entourage, se font les relais des normes dominantes, et si certaines professionnelles ou parturientes se les approprient et les transforment, ces normes ne disparaissent pas pour autant. L'objectif de ce travail était de

⁴⁵⁵ Plusieurs situations de travail peuvent se dessiner au sein des différents dispositifs de prise en charge de l'accouchement (maternité, maison de naissance, domicile).

comprendre les modalités de régulation des pratiques dans les différents dispositifs, en d'autres termes, d'analyser les différents régimes de gouvernement à l'œuvre en situation et ce qu'ils produisent comme effets. Le concept de risque a été central dans ma thèse. J'ai adopté une perspective socio-culturelle (Douglas 1982, 1992, Lupton 2013b, 2006; Tulloch et Lupton 2003; Lupton et Tulloch 2002b; Zinn 2008, 2006) pour le travailler. Je suis ainsi partie du principe que les risques sont des entités qui existent parce qu'ils sont fabriqués, nommés, classés et qu'ils donnent lieu à un ensemble de pratiques spécifiques que j'ai analysées par un travail ethnographique dans différents types de dispositifs institutionnels.

Mon approche méthodologique a consisté à être « embarquée » (Bourrier 2013, 2011) dans l'hôpital, et dans une moindre mesure dans la maison de naissance, afin de pouvoir récolter des données et produire des analyses en prenant en compte les situations de travail, le cadre prescrit de l'activité, les négociations, les compromis, etc., c'est-à-dire, en étant « au plus près » des acteurs, des dispositifs et des pratiques (Bourrier 2013, 24). La dimension ethnographique a ainsi été centrale dans mon travail. La comparaison entre différentes situations qui sont présentes à l'hôpital, en maison de naissance, à domicile a été également fondamentale pour rendre compte des contraintes et des ressources spécifiques, étudier la circulation des normes, analyser les possibilités d'échanges ou de contrôles des différents dispositifs. Les entretiens ont permis de recueillir la parole des personnes rencontrées, capter leur point de vue sur leurs situations, obtenir des précisions sur leurs pratiques et le sens qu'elles leur attribuent. Les entretiens ont aussi constitué un moyen, indirect, de faire dialoguer les dispositifs et les différents protagonistes, en confrontant par exemple les sages-femmes ou les femmes aux discours et pratiques observées des médecins.

Le fait de ne pas avoir eu accès aux pratiques à l'intérieur des cliniques privées représente une limite de ce travail de recherche. Cette situation a été explorée à la marge, et uniquement par des données de seconde main, c'est-à-dire sur la base de ce qu'en ont dit des femmes, des sages-femmes et des médecins qui n'y exercent pas. L'accès aux cliniques privées est particulièrement difficile, notamment parce que l'activité y est éclatée, de nombreux médecins se succédant pour accompagner l'accouchement de « leur patiente » (selon l'expression employée sur les terrains), et aussi certainement parce que les prestations offertes à cette population de milieu social favorisé sont davantage marchandes. Même si observer des accouchements et faire des entretiens dans le contexte de l'accouchement « privé » à l'hôpital m'a permis d'atténuer cette limite, l'accouchement en clinique devrait faire l'objet de travaux futurs pour explorer si et comment les femmes peuvent participer à la construction du risque, quelles relations elles entretiennent avec leur gynécologue (en sachant que le suivi commence dès la grossesse), quelles justifications de leurs choix sont produites (sachant par exemple que la clinique ne peut pas gérer les situations qui se compliquent sérieusement), etc. L'autre limite est que j'ai assisté à peu d'accouchements en maison de naissance, et aucun à domicile. J'ai cependant récolté d'autres types de données en multipliant les entretiens informels avec des professionnelles, en observant des manifestations organisées pour défendre l'accouchement à domicile, des réunions de parents organisées à La Maison de naissance, etc. Par ailleurs, cette thèse s'est concentrée sur la Suisse romande, ce qui a permis de rendre compte de l'imbrication et de l'articulation des différents dispositifs. Il serait à présent pertinent d'établir des comparaisons avec d'autres régions en Suisse et à l'étranger, notamment pour rendre compte de l'influence des différentes cultures locales, des types d'organisation du travail, voire des bases légales.

Les conclusions des chapitres et des parties ont déjà permis de synthétiser les résultats principaux produits à partir de l'analyse des différentes situations d'accouchements, relatives à des dispositifs institutionnels spécifiques. Dans la première partie, j'ai présenté l'évolution historique de la prise en charge de l'accouchement, j'ai situé mon travail dans les recherches et les controverses existantes, et j'ai présenté l'ancrage théorique et méthodologique. Dans la deuxième partie, j'ai montré en quoi les représentations de l'accouchement des professionnelles et des parturientes s'organisent sur un continuum entre une perception de l'accouchement comme moment magique, et comme moment comprenant des risques intolérables. Dans la troisième partie, je me suis concentrée sur l'accouchement à l'hôpital en analysant comment la prise en charge était organisée et déployée au quotidien. Dans la quatrième partie, j'ai complété ces résultats en m'intéressant spécifiquement aux groupes qui étaient en mesure d'influencer les décisions et la construction du risque. Dans la cinquième partie, j'ai rendu compte de mes analyses qui concernent la maison de naissance et le domicile, en montrant notamment quels sont les liens d'interdépendance et les résistances face à la pratique hospitalière.

Cette conclusion générale est l'occasion de synthétiser les résultats d'une manière transversale et globale. Celle-ci sera ainsi organisée autour des quatre thématiques principales qui ont traversé cette thèse. Je vais d'abord aborder la question du risque et de la peur comme modes de régulation de pratiques plurielles. Je reviendrai ensuite sur les pratiques des professionnelles et des femmes pour agir sur et par le risque, dans une construction du sens et une reconstruction des normes. J'évoquerai ensuite la question de l'autodétermination, en regard des normes en circulation et des possibilités effectives des parturientes de faire des choix. Finalement, j'ouvrirai la discussion sur les enjeux auxquels ces dispositifs obstétricaux devront se confronter dans le futur en rappelant quelles ont été leurs évolutions récentes et comment celles-ci pourraient se poursuivre pour faire face aux nouvelles controverses qui animent le champ de l'obstétrique et de la santé plus globalement.

1) Le risque et la peur comme modes de régulation de pratiques plurielles

Mes analyses ont mis en évidence que le risque comme cadre d'interprétation de l'accouchement s'est diffusé de l'hôpital vers l'extérieur, faisant sens aussi pour les accouchements à domicile ou en maison de naissance, et participant ainsi à structurer l'ensemble des pratiques.

Des normes sociales circulent et sont relayées par les professionnelles, l'entourage, et les parturientes elles-mêmes, autour de la nécessité que les femmes endossent la responsabilité du maintien de la bonne santé du fœtus, notamment en respectant les recommandations médicales. J'ai montré dans la deuxième partie de la thèse que l'impératif est d'autant plus prégnant lors de l'accouchement et de la naissance car les risques de mort et de complications d'une parturiente et/ou du fœtus en train de naître sont construits comme socialement intolérables. Ces analyses corroborent celles d'autres chercheuses dans des contextes nationaux variés (Lupton 2011, 2012b; Helén 2002; Bessett 2010; Viisainen 2000).

A partir de ces constats, d'une part d'omniprésence de la logique du risque, et d'autre part d'injonctions à agir pour prévenir les complications, j'ai exploré comment ce projet est mis en place dans les pratiques au sein de différents dispositifs institutionnels.

A L'hôpital, cela passe le plus souvent par une délégation des décisions aux professionnelles. J'ai montré que les catégories médicales de risque tendent à être acceptées et relayées par les parturientes, de même que les surveillances et les interventions menées par les professionnelles. L'activité est procéduralisée par des protocoles construits par les médecins. La logique de standardisation est au cœur de ce projet visant à gérer le haut risque (Bourrier 2008; Bourrier et Bieder 2013; Hale et Borys 2013), à favoriser les « bonnes pratiques » conformes à l'état actuel des connaissances médicales (Timmermans et Angell 2001; Timmermans et Berg 2003) et à gérer la contingence des situations de travail particulières (flux élevé et incertain d'activités, présence de médecins peu expérimentés, etc.). Face au constat que la catégorie du normal tend à se réduire et le nombre d'interventions à augmenter (Skinner et Maude 2016), j'ai montré en quoi la logique du risque a créé un effet d'emballement des interventions, notamment auprès des sages-femmes. Celles-ci participent de la surveillance omniprésente, omnisciente et rationalisée du corps des femmes et des fœtus, qui incitent à la recherche de résultats de surveillance « parfaits » par des interventions d'anticipation et la régulation des corps.

J'ai montré qu'à la maison de naissance et à domicile, les normes médicales ne sont pas rejetées. Les femmes et les sages-femmes affirment par exemple la nécessité de certains tests médicaux (notamment par échographie) pour identifier les risques et trier les situations qui peuvent être prises en charge par une sage-femme. Les compétences des médecins en cas de risques élevés ou de graves complications sont également perçues comme indispensables et décrites comme indiscutables. Ceux-ci disposent d'un droit de regard sur ces pratiques, notamment en matière de construction des risques, ne serait-ce que du fait de la possibilité permanente d'un transfert. Cette surveillance indirecte et potentielle plane en permanence lors des accouchements, influençant les décisions qui sont prises par les sages-femmes, et participent à rendre visible en quoi le monde médical est détenteur des « savoirs faisant autorité » (Jordan 1997), y compris dans les accouchements extrahospitaliers lors desquels les médecins sont pourtant physiquement absents. Si les pratiques sont moins (en maison de naissance), voire pratiquement pas (à domicile) procéduralisées, les protocoles de La Maternité participent d'une certaine homogénéisation de l'activité qui se déroulent pourtant à l'extérieur de ses murs.

L'anxiété et la peur sont des émotions favorisées par le risque – en ce sens d'une part qu'il met en évidence des dangers, et d'autre part qu'il favorise la recherche de coupables (Douglas 1992; Scamell 2016). J'ai ainsi montré en quoi le risque constitue un mode de régulation diffus et puissant des comportements et des pratiques. Susciter la crainte que des complications graves surviennent peut être utilisé par les professionnelles comme un levier pour faciliter l'intériorisation des normes médicales et la nécessité des interventions pendant l'accouchement auprès des parturientes (voir aussi: Dahlen 2016, 2010). Les effets du risque dépassent cependant une instrumentalisation par les professionnelles, puisque j'ai montré comment les parturientes, et leur entourage, s'en faisait un relais efficace. Par ailleurs, les professionnelles sont elles-mêmes soumises à cette émotion qui influence leurs pratiques et favorise l'interventionnisme. Les professionnelles s'autocontrôlent largement pour éviter la déviation à la règle, et éviter complications graves et éventuels procès. Le risque est ainsi un concept moral au sens où il produit des effets de régulations des pratiques des médecins, des sages-femmes et des femmes.

Plus largement, la peur du risque et la conviction que la prise en charge médicale de la naissance est celle qui permet le plus efficacement d'éviter les complications graves limitent considérablement les possibilités de débats sur cette prise en charge, par exemple à propos

de l'usage des technologies ou la construction sociale des risques, et y compris dans le champ de la recherche scientifique. Ainsi, dans les colloques auxquels j'ai participé ou assisté, j'ai constaté que la chercheuse prend soin généralement d'annoncer en début de présentation à quel point la médecine est importante pour protéger la vie des mères et des enfants, et qu'elle ne remettrait pas en question cette évidence dans sa présentation, même si elle visait à déconstruire la construction des risques et le paradigme biomédical. Malgré ces précautions, il y avait toujours quelqu'un dans la salle pour s'indigner du traitement critique réservé à la médecine qui « sauve des vies », conduisant la chercheuse à rappeler sa posture initiale. En définitive, tout ce qui semble s'opposer à la sécurité et à la limitation de l'incertitude, par une remise en question du médical, tend à être délégitimé. Ces constats illustrent en quoi le risque et la prise en charge médicale comportent des enjeux politiques importants.

En ce qui concerne le moment précis de l'accouchement, ce sont les mêmes processus qui viennent justifier la moindre participation des femmes aux décisions, en particulier dans le contexte de l'accouchement à l'hôpital. Comme celles-ci sont considérées comme relevant de situations d'urgence, les parturientes sont incitées, voire contraintes, à déléguer les décisions aux professionnelles, pour leur bien.

Si ce gouvernement de l'accouchement par le risque a des effets puissants, un apport important et original de mon travail a aussi consisté à montrer en quoi la construction du risque n'est pas homogène et comment des processus de distanciation et d'appropriation des risques, des techniques et du savoir médical existent dans le contexte de l'accouchement à domicile, en maison de naissance et à l'hôpital.

2) Agir sur et par le risque : construire le sens, reconstruire les normes

La centralité du risque dans les représentations et les pratiques autour de la naissance ne signifie pas que celles-ci sont uniformes d'une part, et que le risque n'est que contraignant d'autre part. Il est aussi habilitant (Tulloch et Lupton 2003). Dans l'accouchement à domicile, en maison de naissance, et même à l'hôpital, j'ai montré que des processus de reconstruction des normes en matière de risque, telles qu'elles sont édictées par les protocoles médicaux, sont à l'œuvre.

A domicile et en maison de naissance, les femmes et les sages-femmes ne rejettent pas le concept de risque et sont influencées par le modèle médical de construction des risques, mais j'ai mis en évidence une certaine réappropriation de celui-ci. Les procédures (quand elles existent) qui définissent la limite entre le normal et la pathologique tendent à être plus flexibles : la catégorie du normal est plus large et des adaptations à la règle sont prévues par la règle elle-même. La catégorie du normal et l'interprétation de la surveillance est davantage adaptée à chaque situation que fixée au préalable. Le savoir médical, les ressentis de la parturiente et l'expertise professionnelle développée par la sage-femme sont combinés pour reconstruire les risques médicaux, et en particulier pour élargir la catégorie de la normalité. Des variations de celles-ci sont ainsi plus volontiers tolérées par rapport à la situation à l'hôpital, notamment parce que les normes sont travaillées en regard de la situation individuelle, ce que les sages-femmes sont en mesure de faire car elles suivent depuis plusieurs mois la parturiente et que lors de la naissance, elles peuvent se consacrer entièrement à elle. Les sages-femmes tendent ainsi à différencier finement l'anormalité de

l'anomalie au sens de Canguilhem (1966). Klein (2010a) synthétise la position de Canguilhem en ces termes :

une donnée biologique différant de la norme n'est pas nécessairement une anomalie, mais peut être une simple variation individuelle (anomalie) (...). Ainsi, la santé ne peut plus être considérée comme une norme biologique, en tout cas, pas totalement, ni essentiellement. Il est possible de se situer en marge de la norme biologique sans pour autant être malade. Ce qui distingue l'anomalie de l'anormalité doit donc être recherché dans la vie individuelle elle-même. Le glissement du normal vers le pathologique, de la santé vers la maladie se situe au niveau de la vie globale de l'organisme, de l'individu (Klein 2010a, 17).

C'est bien ce que défendent ces sages-femmes, et les femmes qui souhaitent bénéficier de ce suivi : une définition du normal et du pathologique qui prenne en compte les données de surveillance de manière plurielle et individualisée.

A La Maternité, j'ai montré que les sages-femmes expérimentées adoptent tous les jours des pratiques à la marge des protocoles pour les cas physiologiques ou à bas risque, élargissant ainsi à couvert la catégorie de ce qu'elles estiment être « normal », et permettant le report de certaines interventions médicales. Leurs pratiques s'inscrivent selon moi dans les « adaptations nécessaires » des règles décrites par plusieurs auteur.e.s (Dupré et Le Coze 2014; voir aussi: Bourrier et Bieder 2013; Besnard et Greathead 2003). Si la situation de ces sages-femmes leur permet moins d'établir une distinction sur la base de données globales et individuelles (elles ne connaissent pas la parturiente à l'avance, elles ont peu de temps, etc.), leur expertise professionnelle leur permet cependant d'adapter les normes en compilant les différentes données de surveillance pour construire une prise en charge (et un risque) plus individualisée et par là même trier les situations différemment de ce que prévoient les règles formelles. Elles établissent une distinction, informelle, à l'intérieur du protocole : celui-ci sera appliqué strictement pour les situations à haut risque, et de manière flexible pour les situations physiologiques, en fonction de la situation concrète (compilation de l'anamnèse, des informations des surveillances, de la situation de travail, etc.), afin de déterminer « l'action qui convient » (Thévenot 1990). Lorsqu'elles font cela, elles produisent aussi du sens en se justifiant, auprès de la sociologue, d'elles-mêmes, parfois entre elles, et rarement auprès de la parturiente (celle-ci est globalement peu impliquée dans ce processus qui reste aux mains des sages-femmes).

A l'hôpital, mais surtout en dehors, il s'agit par cette reconstruction des normes d'éviter un interventionnisme excessif et donc des effets iatrogènes. Les critiques des excès de la médicalisation sont donc formulées à partir du risque. Les instances internationales telles que l'OMS ou le NICE, ou des acteurs locaux, tels que certains médecins, sages-femmes et parturientes, considèrent ainsi que le risque peut constituer un outil pour transformer les pratiques et diminuer les effets iatrogènes dû à l'interventionnisme excessif.

Au-delà du déploiement de ces expertises pour affiner la frontière entre le normal et la pathologie, à domicile et en maison de naissance, les valeurs des parturientes sont également embarquées dans la construction des risques. Dans un contexte d'incertitude, elles revendiquent l'accès à une « value-based medicine ». Globalement, elles souhaitent que les impacts des interventions et des surveillances sur le corps des femmes et des fœtus, sur le sentiment de bien-être ressenti par le fœtus/bébé et elles-mêmes, et sur leur sentiment d'empowerment soient revalorisés dans la pesée des risques. Leur perception de ce que signifie être en bonne santé s'apparente à la définition de l'OMS qui stipule que : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas

seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁴⁵⁶. Cette représentation multiforme et globale de la santé est typique des classes sociales plus favorisées (Longchamp 2009). Elle se traduit d'ailleurs dans des pratiques, notamment préventives, qui sont nombreuses comme je l'ai montré. Il s'agit également d'entreprendre « un travail sur soi » pour accepter, ou plus précisément, normaliser, l'incertitude de la naissance. Ce n'est pas le dispositif obstétrical qui tente ici d'être modifié, mais avant tout ses propres représentations, grâce à un exercice réflexif individuel, qui est soutenu par les sages-femmes.

La théorie « Exit, Voice, Loyalty » proposée par Hirschman (1970) à propos des « réactions individuelles au mécontentement » (Bajoit 1988, 325) peut être utile pour décrire les différents types de stratégies déployés par les sages-femmes et les parturientes lorsque celles-ci sont insatisfaites du dispositif obstétrical actuel. Une minorité d'entre elles décident de sortir de l'institution (« Exit ») pour accoucher ou accompagner des accouchements à domicile ou en maison de naissance. En accord avec les analyses de Hirschman, ce sont les personnes qui disposent de ressources économiques et informationnelles (et j'ajouterai socio-culturelles) plus élevées qui sont en mesure de se tourner vers cette option. La défection dépend également de situations spécifiques et des interactions qui sont nouées par les femmes (interactions qui ont le plus souvent lieu au sein d'un même milieu social) : rencontrer une autre famille qui a choisi l'accouchement à domicile peut être déterminant pour emprunter une voie similaire par exemple.

La protestation (« Voice ») est plutôt la voie empruntée par les sages-femmes qui veulent faire évoluer les situations à l'intérieur du dispositif institutionnel, en exprimant leur mécontentement par des propositions de changements. Cela a été le cas lors de la mise en place de la prestation de « suivi global » par exemple. Pour ces sages-femmes, la difficulté à quitter l'institution et être en prise à un revenu fluctuant, une moindre protection sociale et des horaires élargis, a contribué à ce qu'elles s'engagent dans cette voie plutôt que de quitter l'hôpital. Les femmes regroupées en association qui ont milité, par le dépôt de pétitions, pour le maintien de la prestation du suivi par une sage-femme agréée s'inscrivent aussi dans cette démarche.

La voie la plus courante est cependant celle de la loyauté (« Loyalty ») à l'institution, dans laquelle se combinent des sentiments de résignation, de confiance envers la capacité de changement de l'institution et de conviction qu'aucune autre option alternative valable n'est disponible. J'ai cependant mis en évidence que dans cette option, les sages-femmes ne sont pas nécessairement passives. Je fais référence ici aux transgressions des règles pour défendre la physiologie qui sont considérées par les sages-femmes comme s'inscrivant dans une forte loyauté à l'institution. Elles estiment en effet ne pas transgresser la culture de service tout en permettant de favoriser la réalisation des buts portés par les responsables (un interventionnisme modéré) en transformant les pratiques de l'intérieur et à couvert.

Par ailleurs, ces différentes voies représentent plutôt un continuum. La défection, la manifestation du mécontentement et la loyauté ne sont jamais totales, du fait par exemple de l'acceptation de l'éventualité d'un transfert, ou de l'existence de pratiques discrètes de transgressions. Elles forment plutôt un continuum de positionnements, qui sont directement

⁴⁵⁶ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Consulté ici : <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html> le 15.01.2017

liés à des situations particulières. Les sages-femmes expérimentées, dans un contexte où elles entretiennent une relation de travail jugée satisfaisante avec le médecin de garde, pourront par exemple faire entendre leur voix et négocier, alors que d'autres fois, elles privilégieront l'action à couvert, voire de ne rien faire, même quand les décisions leurs paraissent peu pertinentes. De la même manière, les parturientes vont plus ou moins refuser des interventions et quitter l'hôpital, négocier, ou suivre les décisions, en fonction de leurs ressources, mais aussi des interactions et des situations qui se jouent en acte.

A l'hôpital et en dehors, les décisions, et notamment les modalités de construction du risque, représentent ainsi un processus itératif qui passe par une élaboration verbale et interactionnelle du sens par la confrontation et le partage des interprétations. Les travaux de Weick (2003, 2001, 1995, 1993) sur la question du « sensemaking » ont ainsi été éclairants. Les médecins, les sages-femmes et les parturientes, construisent du sens à partir du risque. Du côté des professionnelles, il s'agit de justifier leur activité, la renforcer et construire les règles informelles (au sens de Reynaud 1988) qui les encadrent (la « culture de service »). A l'hôpital, le colloque est en particulier le lieu de cette « élaboration rétrospective de sens » (Weick 1995, 1979), notamment autour de la construction du risque, dans lequel les médecins jouent un rôle central. Du côté des parturientes, il s'agit de justifier leurs choix (en particulier dans l'extrahospitalier) ou faire sens des interventions auxquelles elles ont été soumises (en particulier dans l'intra-hospitalier).

En maison de naissance et à domicile, sages-femmes et parturientes sont embarquées ensemble dans cette création du sens avant, après et en cours d'action. Par ailleurs, les femmes sont amenées à justifier leurs décisions, notamment concernant le lieu d'accouchement, dans un contexte où d'une part l'accouchement extrahospitalier représente une minorité, et est souvent associé à un choix déviant, et où d'autre part les normes en circulation et les possibilités effectives sont plurielles, voire contradictoires. Comme l'ont montré Caiata Zufferey (2006, 2005) dans le contexte des parcours de sortie de la toxicodépendance, ou Bugnon (2014) dans le contexte des mesures alternatives à l'emprisonnement de mineurs, la capacité à être réflexif est nécessaire pour légitimer ses actions. Dans le contexte de l'accouchement extrahospitalier en particulier, il s'agit de faire émerger un sens qui soit socialement acceptable, autant pour soi-même qu'auprès des autres. Celui-ci se construit en regard de la norme sociale qu'elles ont intériorisée, selon laquelle il est de leur devoir et de leur responsabilité de tout faire pour sauvegarder la santé du fœtus. Toutes répondent ainsi à l'« exigence morale » de la santé (Klein 2008) même si elles font des choix différents pour y parvenir. Les parturientes cherchent à apparaître comme des individus responsables et censés : leurs pratiques s'inscrivent dans une volonté de protéger leur enfant, et de revaloriser des dimensions mises de côté, à tort selon elles, par le monde biomédical. Lorsque les femmes reconstruisent les risques, elles le font ainsi en étant réflexives, c'est-à-dire en construisant du sens autour de leur choix, et en justifiant ce choix pour le légitimer.

Le risque constitue un concept moral et politique qui participe de la régulation des comportements et des corps, il est en partie flexible, sujet à négociation et à construction par la parole. Cette parole est à la fois contraignante (puisqu'on vérifie par là même l'adéquation des interprétations avec le modèle médical dans le contexte de l'hôpital, ou le modèle alternatif en dehors, bien que ce soit moins contraignant), et habilitante (puisqu'elle est – en partie – appropriée et donne lieu à des pratiques variées). Les professionnelles et les parturientes participent à forger le modèle biomédical ou le modèle alternatif et à en dessiner les contours au niveau local. Ces modèles donnent lieu à des incorporations sous la forme

d'habiletés et de comportements spécifiques (positions adoptées pendant l'accouchement par exemple). Le concept de risque constitue un support majeur de la production du sens, y compris dans les processus de mise à distance et de réappropriation : c'est par rapport à lui qu'on se situe. Les scripts de la naissance, inscrits dans différents dispositifs et présents dans les représentations, s'écrivent en particulier à partir du risque.

Il faut rappeler, pour clore ce point, que la contrainte physique n'est pas nécessaire dans l'immense majorité des cas pour que les normes, en particulier de prise en charge de sa santé et de préservation de la vie du fœtus par l'application des recommandations médicales, se transmettent et soient incarnées dans des pratiques. Dans le contexte de la naissance, que ce soit dans ou en-dehors de l'hôpital, on est face à une biopolitique telle qu'elle est définie par Foucault, en ce sens que « son but » est de protéger et de favoriser la vie, et que toutes participent de sa diffusion. Le biopouvoir s'exprime ainsi sur et à travers les corps. Il est d'autant plus efficace, qu'il entend, par l'emprise sur les corps, permettre un « bien-être », ou un « mieux être » (Angeloff et Gardey 2015, 34), et dans le cas de la naissance, protéger la vie – socialement construite comme précieuse – des femmes et des fœtus. Si lorsque l'accouchement est institutionnalisé, un contrôle plutôt externe aux femmes est exercé (quoiqu'il soit largement accepté, voire recherché par les parturientes), il est davantage interne quand l'accouchement se déroule à la marge de l'institution obstétricale dominante. Ces parturientes s'inscrivent pleinement dans la perspective néolibérale qui implique l'émergence d'un sujet réflexif et autonome, capable de prendre en main sa vie et de faire ses propres choix (Rose 1999). Ces femmes s'investissent dans leur santé, déploient de nombreuses pratiques préventives, achètent du matériel, etc., afin de prévenir les risques. Elles incarnent en ce sens les individus modernes décrits par Giddens (1994) qui sont réflexifs et capable de s'autocontrôler pour rester en bonne santé (Peretti-Watel et Moatti 2009; Lupton 2006, 1997a; A. E. Clarke et al. 2003; Robert Crawford 1994). Il s'agit, encore davantage à domicile et en maison de naissance par rapport à l'hôpital, de prévenir, d'inciter, de responsabiliser, d'agir et de faire agir sur les corps pour éviter la mort, voire favoriser le « bien-être ». Une forme d'autocontrôle s'ajoute, voire se substitue, au contrôle externe mené par l'Etat et les professionnelles, un mouvement généralisé si on en croit Elias (1991), et qui s'inscrit pleinement dans le concept de gouvernement.

3) Déconstruire la notion de « choix individuel » en considérant la structuration sociale des choix

Un autre projet central de mon travail, je le rappelle, était de questionner l'usage de la médecine et des techniques, et les possibilités de décisions – en particulier pour les femmes – qui entourent ces usages. J'ai mis en évidence, en particulier à l'hôpital, la présence de normes qui participent à structurer les décisions d'une part, et de contraintes matérielles et de situations spécifiques (mise en scène de l'espace, disponibilité des professionnelles, etc.) qui influencent voire restreignent les possibilités de faire des choix, d'autre part.

Comme je l'ai montré, les normes médicales sont omniprésentes, très bien relayées et intériorisées. Un certain nombre de situations qui sont attribuées à un choix de certaines femmes, par exemple les césariennes de confort (c'est-à-dire demandées par les femmes en l'absence d'indication médicale), correspondraient ainsi à une forme d'incorporation du discours médical par les femmes (Hopkins 2000; Weaver, Statham, et Richards 2007; Latham et Norwitz 2009; E. Declercq et al. 2007; de Vries et al. 2013) dans le contexte d'un

rapport de pouvoir qui structure ce « choix » (McAra-Couper, Jones, et Smythe 2012; Davis-Floyd 1994; Rothman 1989).

Si ces effets de structure ne doivent pas être occultés, il est cependant problématique de concevoir que les représentations et pratiques des femmes sont totalement dominées et déterminées par ceux-ci. A la suite de McCallum, je ne considère pas que les choix des femmes sont façonnés par une culture médicale hégémonique en tant que « conscience collective abstraite » (McCallum 2005, 234), comme c'est le cas dans la plupart des recherches citées plus haut. J'ai plutôt montré qu'ils le sont par des interactions quotidiennes entre les femmes et leur environnement (entourage, médecins, sages-femmes, etc.) et en fonction de situations particulières. A domicile et en maison de naissance par exemple, la responsabilité partagée entre parturientes et sages-femmes donne à voir des processus de codécision et de construction commune de sens.

Certaines chercheuses et/ou auteures féministes ont cependant mis en avant la nécessité de ne pas « romantiser » la naissance naturelle (Crossley 2007, 45) qui comporte ses propres « impératifs moraux » (Malacrida et Boulton 2014, 44; voir aussi: Brubaker et Dillaway 2009, 2008; Wolf 2003), qui peuvent même parfois être transmis par les chercheuses. Brubaker et Dillaway écrivent ainsi : « In Davis-Floyd's (2003 [1992]) and Simonds et al.'s (2006) work, it is clear that the authors still uphold feminist ideals of 'natural' being intervention-free, non-hospital births that somewhat color their analysis of how individual women may define their own experience » (Brubaker et Dillaway 2009, 43). Se concentrer sur l'analyse de discours et de micro-pratiques, qu'elles soient produites dans le contexte intra ou extrahospitalier, plutôt que de s'engager dans une critique (au sens d'une évaluation et d'une dénonciation) du système obstétrical, m'a permis d'éviter cet écueil. Dans mon travail, j'ai montré que des normes singulières sont en circulation dans les espaces d'accouchements extrahospitaliers et que les parturientes sont parfois soumises à quelques rappels à l'ordre de leur sage-femme si elles ne sont pas « des vraies », c'est-à-dire si elles éprouvent des doutes par rapport à leur choix, et qu'elles demandent un recours accru aux techniques médicales. Ces processus restent cependant plutôt minoritaires par rapport aux injonctions qui proviennent du monde médical hospitalier.

Par ailleurs, d'autres chercheuses ont mis en évidence que les femmes peuvent ressentir un sentiment d'échec si leur accouchement fait finalement l'objet d'une prise en charge médicale à l'hôpital et/ou sont amenées à subir des interventions (Crossley 2007; Clift-Matthews 2010). Si certaines femmes que j'ai rencontrées ont fait part de ce sentiment lors des entretiens, j'ai constaté sur le terrain que les sages-femmes ont plutôt tendance à les soutenir et à tenter de les accompagner pour qu'elles acceptent cette situation et ne s'en sentent pas coupables. Plusieurs femmes étaient d'ailleurs soulagées d'être finalement prises en charge à l'hôpital et ne percevaient pas nécessairement le transfert comme un échec, considérant qu'elles avaient, ainsi que leur sage-femme, fait tout ce qu'il était possible d'essayer avant d'en arriver là, surtout qu'elles avaient été impliquées dans l'ensemble du processus de décision.

Dans la lignée de Foucault, je ne considère pas que les individus, ici les femmes, puissent se libérer d'un pouvoir qui s'imposerait à elles et les empêcheraient de vivre leur « véritable accouchement ». Les pratiques des femmes qui accouchent à la maison ont un impact sur les normes dominantes en matière d'accouchement et les relations de pouvoir qui en découlent. Mais cela les conduit à développer d'autres normes, qui participent aussi d'un certain gouvernement de la vie, notamment en incitant à prendre en charge sa propre santé.

Les femmes ne se sont donc pas « libérées » en accouchant hors de l'hôpital, mais cet acte participe du travail sur les normes biomédicales dont « l'entreprise de vérité » est celle qui reste aujourd'hui la plus efficace.

L'injonction à l'autonomie et à l'autodétermination est particulièrement présente dans la perspective de la naissance « naturelle /alternative », comme le soulignent Malacrida et Boulton (2014). En voulant dépolitiser leurs pratiques, c'est-à-dire en évitant de produire des discours publics ou militants en faveur de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance et en insistant sur le caractère strictement individuel des décisions qui concernent la naissance, ces femmes et ces sages-femmes formulent une injonction à la responsabilisation individuelle des femmes. En cela, leur positionnement constitue déjà une forme de politique, même si elle est diffuse, discrète. J'ai montré que les parturientes se constituent en entrepreneuses de leur santé et de celle du fœtus en s'auto-disciplinant et en déployant de nombreuses pratiques préventives dans le but de contrôler leur corps et d'atteindre la naissance peu technicisée qu'elles souhaitent. Un transfert d'une partie de la responsabilité des sages-femmes vers les parturientes est d'ailleurs observable. En cas de complications, celles-ci considèrent ainsi qu'elles devront davantage en supporter la responsabilité – et la culpabilité associée – que si elles avaient accouché à l'hôpital.

Cependant, contrairement à d'autres contextes, par exemple le dépistage prénatal, dans lequel certains médecins se désengagent des décisions (Gouilhers Hertig et al. 2014), les décisions sont ici plutôt partagées entre parturientes et sages-femmes que complètement déléguées aux parturientes. Les sages-femmes apportent du soutien aux femmes/ aux couples et s'investissent, y compris dans des activités qui ne sont pas rémunérées. Les femmes ne sont ainsi pas seules face aux décisions à prendre. Autonomie et accompagnement/soutien peuvent donc fonctionner ensemble. L'exercice de la décision a parfois été anticipé au moment de la grossesse. La parturiente a en effet eu l'occasion de partager ses valeurs et souhaits avec la sage-femme à qui elle porte une grande confiance : elle est la plupart du temps persuadée que celle-ci ira dans ce sens si une décision se présente en cours d'accouchement. Si les décisions sont co-construites en Maison de naissance et à domicile, les sages-femmes posent cependant des limites (qui sont notamment relatives à des normes médicales incorporées et à la pression exercée par La Maternité) à la marge de manœuvre des femmes. Celles-ci sont donc en partie dépendantes des décisions de la sage-femme, d'autant plus que les parturientes ne possèdent pas le savoir professionnel dont dispose les sages-femmes pour évaluer les risques notamment. Le processus de décision est ainsi varié et multiforme dans le contexte de l'accouchement extrahospitalier.

Par ailleurs, le discours du choix tend à occulter la structuration socio-économique qui sous-tend les décisions des parturientes en matière de lieux et type d'accouchement. Ainsi, comme le soulignent à juste titre Malacrida et Boulton (2014): « The natural/alternative birth perspective assumes that women have the ability to plan and achieve their birth choices » (p.9). Ce discours du choix ramène au niveau individuel les décisions qui sont perçues comme relevant d'un choix rationnel (Lupton 2012c), et a tendance à peu thématiser les aspects structurels, et notamment les inégalités sociales en matière de choix. McAra-Couper et al. (2012) critiquent aussi la notion de choix personnel, d'autonomie et de consentement éclairé présentés comme la panacée en médecine : « the concept of informed choice and consent can seduce us into believing that choice exists as an independent, value-neutral entity that is not influenced or constructed by the surrounding context and culture » (p.94). Mes résultats mettent à jour cette structuration socio-économique des décisions des

parturientes. Ainsi, dans le contexte de l'accouchement extrahospitalier, si les femmes sont effectivement soutenues par leur sage-femme pour prendre des décisions en cours d'accouchement, je constate une forte homogénéité socioéconomique des femmes concernées.

Toutes les femmes ne sont donc pas égales dans leur capacité à faire des choix en matière d'accouchement. Cette capacité est en bonne partie déterminée par leurs capitaux économiques et culturels, puis elle se précise et se cristallise au cours des interactions avec les professionnelles. Lupton (2012c) souligne que la notion d'autodétermination s'inscrit dans une idéologie typique des classes moyennes qui consiste à insister sur le contrôle du processus de la naissance et la possibilité de faire des choix éclairés, mais qui n'est pas accessible à toutes puisqu'elle nécessite, pour être mise en œuvre, un certain niveau de capital social, économique et culturel. Le discours à propos de l'autonomie a tendance ainsi à favoriser celles qui détiennent davantage de possibilités de s'en saisir, ce qui est généralement le cas des femmes qui accouchent à domicile ou en maison de naissance. Comme le montre Lupton (2012c), le fait d'insister sur la responsabilisation individuelle, l'autonomie et l'autodétermination contribue à masquer les rapports de pouvoirs, les asymétries entre soignantes et soignées, et j'ajouterai entre soignées (par exemple femme blanche ou racisée, d'un milieu social favorisé ou défavorisé, etc.). Je m'accorde ainsi avec Charrier qui analyse que dans le contexte français, si la diversification des lieux de naissance « correspond aux attentes d'une partie des parents, [cela] participe paradoxalement à un processus de construction de nouvelles inégalités sociales » (Charrier 2015, 71)⁴⁵⁷. Par ailleurs, les représentations de l'accouchement, les priorités et souhaits des femmes sont variés. Toutes les femmes ne souhaitent pas ou ne peuvent pas, s'engager dans un « projet santé » (Caiata-Zufferey 2014, 53) et chercher par exemple à vivre une « naissance magique », rien que par le fait que certaines ont d'autres priorités et sont face à des contingences différentes, notamment du fait de leur position sociale.

Il faudrait ainsi non pas parler de choix individuel, mais de choix qui s'exerce dans un champ des possibles, qui est structuré par les capitaux culturels, sociaux et économiques, et par les interactions en situation. La notion de choix individuel ne peut ainsi être considérée sans prendre en compte le contexte dans lequel il est produit, qui participe à le structurer. Le choix n'est en ce sens jamais « libre », il est toujours situé. Insister uniquement sur le choix, notamment celui du lieu d'accouchement, freine la possibilité de mener des débats collectifs à propos de la naissance et des normes sociales en circulation à propos de celle-ci d'une part, et des possibilités socialement stratifiées de faire effectivement des choix d'autre part. Les possibles transformations des dispositifs de prise en charge de l'accouchement ne peuvent être pensées en faisant l'économie de ces questionnements qui articulent à la fois un niveau théorique et macrosociologique, voire philosophique autour des normes, et un niveau microsociologique prenant en compte la voix des femmes, les pratiques concrètes de celles-ci et des professionnelles et l'organisation effectives des dispositifs institutionnels.

⁴⁵⁷ Il faut d'ailleurs signaler que les inégalités face à la santé ont plutôt tendance à augmenter qu'à se réduire dans les pays à revenu élevés (Mackenbach 2012; 2003). Burton-Jeangros (2016) signale que la Suisse est également concernée par les inégalités face à la santé et le gradient social de santé (Meyer 2008; Villiger et Knöpfel 2009; Stamm et Lamprecht 2009) bien qu'elles soient apparemment moins importantes que dans d'autres pays (Holly et Benkassmi 2003).

4) Stabilité et évolutions des dispositifs : renouveler le compromis au sein du système

L'ethnographie comparée de différents dispositifs institutionnels de prise en charge de l'accouchement dans un même espace géographique (une même région, souvent une même ville), m'a permis d'analyser les points d'achoppements, les critiques, voire les conflits (souvent latents) qui existent d'une part à l'intérieur de ces dispositifs, et d'autre part entre ceux-ci.

Un apport important de cette thèse a été d'analyser comment ces différents dispositifs coexistent et s'interpénètrent, et de mettre en lumière le fait qu'ils font système. Le chef d'orchestre de ce système est médical : ses savoirs, ses techniques, les normes qu'il produit et les professionnelles qui le représentent sont impliqués dans la prise en charge de toutes les grossesses et de tous les accouchements, et dans les décisions qui sont prises (construction du risque, interventions, surveillances, etc.), même si c'est à des degrés variables. Les cadres de références pour penser l'accouchement sont intériorisés d'une part par les professionnelles pendant leurs études et lors de leurs premières expériences professionnelles et d'autre part par les femmes, et leurs conjoints, notamment lors du suivi de la grossesse. Ces cadrages favorisent certaines pratiques, notamment sous la forme d'habiletés incorporées. Penser que la médecine constitue une entité homogène et de domination est cependant peu utile pour penser la situation de la prise en charge de l'accouchement. Selon Boltanski « le monde social n'apparaît pas comme le lieu d'une domination subie passivement, mais plutôt comme un espace traversé par une multitude de disputes, de critiques, de désaccords et de tentatives pour réinstaurer localement des accords toujours fragiles » (Boltanski 2009, 51).

J'ai ainsi montré comment des « dispositifs de compromis » (Boltanski et Thévenot 2008, 33) sont présents au sein des dispositifs institutionnels et des situations. Ils favorisent la coexistence des différentes modalités de « justification », pour reprendre les termes de Boltanski et Thévenot. La définition de limites à la pratique, qui sont fondées sur une catégorisation du normal, du risqué et du pathologique inspirée par l'hôpital de référence local, en constitue la manifestation la plus représentative. L'existence des maisons de naissance, d'autant plus quand elles sont accolées aux hôpitaux, représente une autre manifestation significative d'un « dispositif de compromis ». Enfin, ces compromis ne concernent pas uniquement les dispositifs à l'extérieur de l'hôpital mais se manifestent également à l'intérieur (et en relation avec l'extérieur) : ce sont par exemple les transgressions aux règles menées par les sages-femmes pour préserver la physiologie, les « salles nature », les prestations de suivi global, les pôles physiologiques, etc. Ces compromis font tenir ensemble le système, en rendant les différents dispositifs suffisamment acceptables pour perdurer.

L'existence de « dispositifs de compromis » n'évacue pas pour autant les enjeux de pouvoir qui existent à l'intérieur de ces dispositifs (entre professionnelles, par exemple sages-femmes et médecins, entre professionnelles et parturientes, etc.), entre ces dispositifs, et au-dessus de ces dispositifs, au niveau de l'Etat. Les efforts de compromis concernent davantage les dispositifs institutionnels (et les individus qui les incarnent) qui sont les plus alternatifs par rapport au dispositif de référence et des « savoirs faisant autorité » (Jordan 1997). Pour certaines chercheuses et certains chercheurs, le développement de compromis incorporés dans l'hôpital (« salle nature », pôles physiologiques) sont des alternatives très partielles, presque de façades, par rapport au modèle dominant (Rutherford et Gallo-Cruz

2008). Dans cette même perspective, ces initiatives viseraient à évacuer du débat public les autres possibilités plus radicales à l'accouchement à l'hôpital et à la technicisation avancée de la naissance, telles que l'accouchement à domicile, en s'assurant un certain consensus, une forme de paix sociale (Charrier 2015; Jacques 2016b). Je partage en partie ces analyses et considère que cette appropriation de pratiques de l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, sans que soient nécessairement mobilisées le sens et les valeurs qui y sont associées (ou sans que les actrices en aient la possibilité) constitue une prise de pouvoir sur les pratiques alternatives en les faisant apparaître comme surnuméraires et injustifiées, devant disparaître de l'agenda politique puisqu'elles ont été « incorporées » par le dispositif de référence, dominant.

Ces analyses doivent cependant être nuancées car elles ne rendent pas justice aux processus observables dans les micro-pratiques et les interactions, puisqu'une partie des professionnelles remettent en question leurs pratiques et tendent vers une moindre technicisation, plus de liberté et d'intimité pour les femmes pendant l'accouchement. Ce sont des changements que l'on ne peut réduire à des évolutions de façade. De plus, ces analyses ne rendent pas compte du mouvement plus global, international, de remise en question du dispositif dominant qui est aussi produit par les médecins et les sages-femmes elles-mêmes. Par ailleurs, ces compromis mis en place dans les hôpitaux répondent effectivement à une partie des demandes des femmes elles-mêmes qui souhaitent une proximité immédiate de l'hôpital, des médecins et des techniques médicales, tout en demandant des adaptations des pratiques et un interventionnisme modéré. Toutes les femmes et toutes les professionnelles ne se reconnaissent cependant pas dans ces compromis qui sont parfois difficiles à mettre en œuvre dans les hôpitaux (par résistance idéologique ou manque de personnel notamment). De plus, ces stratégies d'ajustement ne répondront certainement pas complètement à la nécessité de réformer le système à la suite des controverses croissantes qui le traversent.

Bien que le concept de risque puisse être utilisé comme levier de changement des pratiques, penser les modalités de prise en charge de l'accouchement uniquement à partir de celui-ci a tendance à cadrer les discussions et les pratiques à partir d'une perspective biomédicale et à faire passer au second plan les dimensions politiques de ces décisions, et à limiter la place des femmes, leurs savoirs, leurs valeurs. Ainsi le débat, et la portée critique de l'accouchement à domicile notamment, ne doivent pas être sous-estimés, en ce sens qu'un travail sur les normes, sur les rapports à l'incertitude, sur les rapports de pouvoir entre professionnelles et parturientes et sur le lien entre décisions et valeurs y sont davantage thématiques.

Dans l'éditorial d'un numéro spécial du journal *Midwifery* paru en juillet 2016 (Coxon et al. 2016), les auteures montrent que les chercheuses, également sages-femmes, qui ont contribué à cette publication semblent toutes « déclencher une alerte » (Coxon et al. 2016, 3, ma traduction) concernant la prédominance du risque dans toutes les décisions et sa capacité à façonner les expériences de l'accouchement, comme les relations entre parturientes et professionnelles. Dans ce même numéro spécial, Bisits recommande par exemple que « any discussion of risk should start with the acknowledgement that childbirth has never been safer » (Bisits 2016, 12). Les sages-femmes dont les recherches et les publications sont plus nombreuses que par le passé, surtout dans le monde anglo-saxon,

participent ainsi activement au mouvement à la fois interne et externe de controverses du dispositif obstétrical qui domine actuellement. Ce mouvement invite au changement⁴⁵⁸.

Face à ces critiques, qui concernent aussi bien les effets iatrogènes, que les relations de pouvoir entre professionnelles et entre professionnelles et parturientes, et les difficultés de faire émerger des décisions qui soient négociées (autant de dimensions abordées par exemple dans ce numéro spécial), de nouvelles situations de compromis vont probablement se construire.

D'après mes résultats, une des voies qui pourrait être empruntée assez rapidement (puisque'elle n'impliquerait pas un total bouleversement du système actuel), est une redéfinition de la « géographie des responsabilités » (Akrich 2012a, 162) entre sages-femmes, médecins et parturientes.

Premièrement, j'ai montré qu'à La Maternité, il existe peu de différenciation entre les règles qui s'appliquent aux cas à risques, et celles qui s'appliquent aux cas à bas risque ou physiologiques (à part quelques exceptions). Le système de prise en charge de tous les accouchements est fondé sur la gestion du risque, et plus exactement sur la gestion du haut risque. Les sages-femmes, qui sont les professionnelles qui se trouvent au plus près des parturientes pendant l'accouchement d'une part et qui sont les expertes de la physiologie et du bas risque d'autre part, ne sont pas à l'origine de la création des procédures de sa prise en charge, en tout cas dans le dispositif majoritaire, et elles n'ont pas la possibilité formelle de négocier les règles et de les adapter. Je rappelle qu'elles n'ont pas la responsabilité médicale (et médico-légale) des situations qui restent toujours sous celle du médecin de garde. Elles n'ont ainsi pas la possibilité de décider de l'adaptation d'un protocole, peu importe le degré de complexité de la situation ou de la décision d'un point de vue médical. De plus, les sages-femmes ne sont pas présentes au colloque médical pour argumenter de l'intérêt d'adapter des procédures dans des situations précises. L'expertise des référentes en matière d'organisation et de coordination de la salle d'accouchement n'est pas non plus reconnue officiellement ; être référente n'est pas un statut officiel et la sage-femme responsable de la salle d'accouchement a ouvert ce rôle à toutes, y compris aux plus inexpérimentées, vidant de son sens cette fonction. Par ailleurs, l'expertise de la normalité qui est développée par les sages-femmes indépendantes, et qui est plus large que celles des sages-femmes hospitalières, n'est pas prise en compte et utilisée à La Maternité, notamment pour fonder les procédures qui concernent ces prises en charge.

A partir de ces résultats, mon hypothèse est que si les sages-femmes accédaient à plus de responsabilités, en particulier celles qui sont les plus expérimentées, et étaient intégrées à la chaîne des décisions et aux procédures de contrôle des décisions (notamment lors du colloque) pour les situations à bas risques, le système pourrait produire moins d'effets iatrogènes qu'actuellement. Une première transformation du dispositif pourrait impliquer d'une part une plus large participation des sages-femmes hospitalières et indépendantes à la construction des procédures encadrant l'activité (protocoles) et qui définissent le physiologique, le risque, et le pathologique, et d'autre part l'introduction de marges de manœuvre dans ces règles, comme c'est le cas à La Maison de naissance par exemple. Par

⁴⁵⁸ Dans la conception du « dispositif » de Foucault, cette notion de mouvement est d'ailleurs très présente : « tout dispositif se définit ainsi par sa teneur en nouveauté et créativité, qui marque en même temps sa capacité de se transformer, ou déjà de se fissurer au profit d'un dispositif de l'avenir, à moins au contraire d'un rabattu de force sur ses lignes les plus dures, les plus rigides ou solides ». (Deleuze 1989, 190)

ailleurs, les pratiques transgressives des sages-femmes qui favorisent une perception plus large de la normalité (concernant par exemple la progression de la dilatation), pourraient faire évoluer les normes formelles. Les déviations peuvent en effet constituer, selon Hale et al. « an opportunity to learn and improve rule systems, which should be devised and negotiated in the working groups, within boundaries set by the organisation » (Hale, Heijer, et Koornneef 2003, 6). Pour de Terssac et Mignard (2015), « la fabrique de la sécurité » passe par des règles écrites (sécurité réglée), mais aussi par un consensus de tous sur la manière dont on applique ces règles et sur l'écart toléré à l'application de ces règles (sécurité gérée).

Cela pourrait également impliquer une transformation du dispositif en matière de traitement des risques, comme le propose Amalberti, pour qui « la sécurité doit aujourd'hui accepter cette exposition [aux risques] et non la refuser » (Amalberti 2012, 61) et plus précisément miser sur la résilience des organisations (Mörel, Amalberti, et Chauvin 2008) à rattraper les catastrophes, ou ici les pathologies importantes, plutôt qu'intervenir systématiquement sur toutes les situations de manière préventive. Amalberti souligne d'ailleurs que « l'approche traditionnelle de la sécurité du patient passe à côté de plusieurs points essentiels du contrôle du risque, en étant trop centrée sur la prévention et l'évitement des problèmes et pas assez sur la récupération des problèmes déjà existants. C'est une véritable relecture et un repositionnement de l'approche de sécurité qu'il faut accepter de réaliser » (Amalberti 2012, 37).

Les parturientes pourraient également être impliquées et des instances démocratiques pourraient ainsi être développées pour favoriser ces processus de discussions, dans lesquels différentes formes de savoirs (scientifiques, expérientiels, philosophiques, etc.) seraient combinés (Akrich et Rabeharisoa 2012), et reconnaissant ainsi le caractère politique de ceux-ci, comme cela a été fait dans le contexte du VIH/SIDA, des maladies chroniques, de la psychiatrie (Klein 2015, 2010b; Bureau et Hermann-Mesfen 2014; Letourmy et Naïditch 2009; Berlivet 2004)⁴⁵⁹. Cela s'inscrirait dans une forme de démocratie sanitaire en matière de définition des risques, de ce que signifie être en bonne santé, des régimes de gestion de l'incertitude, de l'importance à donner aux corps des femmes par rapport à la santé du fœtus, de la place de la médecine, etc. C'est-à-dire que cela impliquerait de reconnaître qu'il n'y a jamais d'enjeux médicaux qui ne soient pas en même temps politiques. Comme l'écrit Amalberti il est possible de « changer rapidement un climat de sécurité », qui est lié avec l'organisation du travail par exemple, « mais on ne sait pas changer rapidement une culture de la sécurité » car elle concerne les valeurs (Amalberti 2012, 112) ; or ces deux aspects ne peuvent être séparés. Le modèle de démocratie sanitaire pourrait élargir une forme de « value-based medicine » telle qu'elle est défendue à domicile et en maison de naissance, mais qui concernerait ici toutes les femmes.

Deuxièmement, sur la base de cette définition concertée, un tri des situations pourrait être effectué en réservant les cas pathologiques et à haut risques aux médecins, et les cas physiologiques et à bas risques aux sages-femmes qui auraient la responsabilité de ces situations, dans ou en dehors de l'hôpital. Cela impliquerait une redéfinition des juridictions professionnelles (A. D. Abbott 1988; 2003) des sages-femmes et médecins. Des instances

⁴⁵⁹ Ce projet de redéfinition de la place des citoyens et citoyennes face au pouvoir médical est d'ailleurs présent dans les écrits de Freidson, même si c'est en d'autres termes : « Je soutiens donc que l'autonomie de la profession pour déterminer en quoi consiste son travail n'a pas de justification : il est peut-être bon de lui accorder son autonomie pour développer le savoir concrétisé dans son activité, mais non pour déterminer les modes d'applications pratiques de ce savoir » (Freidson 1984, 13).

de concertation pourraient être créées pour fluidifier la circulation des informations et permettre des transferts rapides des parturientes en cas de complication. Généraliser un suivi global d'une même professionnelle de la grossesse à l'accouchement pourrait favoriser l'individualisation des décisions et de l'évaluation des risques, tout en facilitant le dialogue et le partage des décisions, en prenant en compte la situation socio-économique de la parturiente, ses valeurs, etc.

Trois commentaires finaux vont permettre de conclure ce travail et de l'ouvrir vers de nouvelles pistes de réflexions.

Le premier commentaire est que la médicalisation de la vie, et notamment du corps des femmes, n'est pas un processus linéaire et qui peut être compris uniquement sous l'angle de la domination. La recherche d'une prise en charge médicale et technique modérée, qui permette à la fois aux femmes de bénéficier des avancées scientifiques et techniques, tout en évitant une aliénation par la médecine et une prise de pouvoir externe sur leur corps n'est pas nouvelle. Cela rappelle par exemple certains mouvements sociaux féministes autour des luttes en faveur de la médicalisation de l'avortement afin qu'il soit fait dans la sécurité, mais en faveur néanmoins d'une médicalisation modérée et maîtrisée par les femmes (privilégier une anesthésie locale plutôt que générale ainsi qu'un traitement ambulatoire, faciliter l'accès à la contraception, etc.) (Burgnard 2015; Nissim 2014). Il y a donc une origine historique à la recherche d'une prise en charge médico-technique modérée qui servirait le droit des femmes sans les subordonner à une autorité médicale. Ce sont des normes en mouvement, qui s'articulent en fonction des pratiques et des usages de la médecine, des savoirs et des techniques en situation.

Le deuxième commentaire concerne le fait que les différentes transformations exposées plus haut pourraient contribuer à répondre à des défis touchant le système de santé actuel : la nécessité de faire des économies, de favoriser l'autodétermination des individus, ou encore de diminuer les effets iatrogènes. Les transformations que j'ai proposées restent cependant basées sur un modèle biomédical, et sur le concept de risque. D'autres scénarios pourraient être envisagés : un renforcement du pouvoir médical et de la technicisation de l'accouchement, vers une société sans accouchement par voie basse, voire qui délègue l'engendrement des enfants à des machines ; une technicisation de l'accouchement appropriée et revendiquée par les femmes pour mettre fin à l'inégalité avec les hommes autour de la reproduction ; ou encore, une reconceptualisation du risque, vers d'autres cadres de références et de modalités décisionnels à inventer. Les avancées technologiques dans le domaine de la reproduction, de même que les débats politiques autour des usages de celles-ci, ne manqueront pas d'alimenter des évolutions, voire des révolutions dans ce domaine ces prochaines années.

Le troisième commentaire, qui fait le lien entre les différents résultats exposés dans cette thèse est que le scénario d'une démocratie sanitaire qui irait de la conception des normes (guidelines) de référence jusqu'aux modalités de leur application ne va pas de soi et nécessite d'être analysé d'un point de vue critique, la perspective foucauldienne étant une nouvelle fois particulièrement utile dans ce contexte. La liberté du sujet, comme je l'ai rappelé plus haut, peut constituer un outil de gouvernement d'une part, et peut conduire, d'autre part, à détourner l'attention sur les inégalités structurelles face à la santé. De plus, il faudrait étudier qui a la capacité d'édicter le script de la démocratie sanitaire, c'est-à-dire les instances de décision, les modalités d'expression, etc. Klein met ainsi en garde sur le fait que « faire participer le 'public', le 'citoyen', 'l'utilisateur' », peut revenir à « les intégrer dans un

cadre opératoire construit d'avance, à leur faire jouer une partition que la puissance publique attend d'eux, non à les inciter à revendiquer des moyens d'action pour transformer les politiques publiques. C'est l'éducation comme apprentissage à participer au mieux à un système établi » (Klein 2010b, 11).

Les relations de pouvoir ne peuvent pas être évacuées, peu importe les situations. L'exercice de la réflexivité en matière d'usage de la liberté d'une part et les capacités à faire évoluer les relations de pouvoir et les normes en circulation d'autre part, permettent cependant d'envisager le champ de la santé comme un champ en mouvement, un champ des possibles. Le regard sociologique peut participer, comme j'ai souhaité le faire dans cette thèse, à l'analyser, en produisant des descriptions et des outils critiques pour penser les modalités de résistances et de changements à l'intérieur de ce champ des possibles, voire à inventer de nouveaux champs des possibles.

Bibliographie

- Abbott, Andrew. 2003. « Ecologies liées. A propos du système des professions ». In *Les professions et leurs sociologies: modèles théoriques, catégorisations, évolutions: actes du colloque de la Société française de sociologie - Paris, octobre 1999*, édité par Pierre-Michel Menger, 29-50. Colloquium 3. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Abbott, Andrew. 1988. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago ; London: The Univ. of Chicago Press.
- Adam, Philippe, et Claudine Herzlich. 2007. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: A. Colin.
- Adams, John. 2003. « In Defence of Bad Luck. A Society which can't Accept that Accidents Happen is Destined to be Governed by a Stifling Culture of Blame. » *Spiked-Essays*. www.Spiked-Online.Com.
- Adler, Patricia A., et Peter Adler. 2000. « L'autocensure dans les sujets sensibles ». In *L'éthique dans la pratique des sciences humaines: dilemmes*, par Jacqueline Feldman et Ruth Canter Kohn, 163-80. Paris: L'Harmattan.
- Affolter, Tabea. 2010. « Les hormones de l'accouchement ». *Hebamme.ch*, n° 4: 28-33.
- Agier, Michel. 2015. « Le dire-vrai de l'anthropologue. Réflexions sur l'enquête ethnographique du point de vue de la rencontre, des subjectivités et du savoir ». *ethnographiques.org*, n° 30-Mondes ethnographiques. <http://www.ethnographiques.org/2015/Agier>.
- Aïach, Pierre. 2010. *Les inégalités sociales de santé*. Paris: Economica.
- Akrich, Madeleine. 2007. « Accoucher à domicile? Comparaison France/Pays-Bas ». *La santé de l'homme*, n° 391 (octobre): 45-47.
- . 2010. « Comment décrire les objets techniques ? » *Techniques & Culture. Revue semestrielle d'anthropologie des techniques*, n° 54-55 (juin): 205-19.
- . 2012a. « La description des objets techniques ». In *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*, édité par Madeleine Akrich, Michel Callon, et Bruno Latour, 159-78. Paris: Les presses de l'école des mines.
- . 2012b. « Les objets techniques et leurs utilisations. De la conception à l'action ». In *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*, édité par Madeleine Akrich, Michel Callon, et Bruno Latour, 179-99. Paris: Les presses de l'école des mines.
- Akrich, Madeleine, Michel Callon, et Bruno Latour. 2012. *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*. Paris: Les presses de l'école des mines.
- Akrich, Madeleine, Máire Leane, Celia Roberts, et João Arriscado Nunes. 2014. « Practising Childbirth Activism: A Politics of Evidence ». *BioSocieties* 9 (2): 129-52.
- Akrich, Madeleine, et Cécile Méadel. 2004. « Problématiser la question des usages ». *Sciences sociales et santé* 22 (1): 5-20.
- Akrich, Madeleine, et Bernike Pasveer. 1996. *Comment la naissance vient aux femmes: Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Le Plessis-Robinson: Synthélabo.
- Akrich, Madeleine, et Vololona Rabeharisoa. 2012. « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire ». *Santé Publique* 24 (1): 69-74.
- Alaszewski, Andy, et Patrick Brown. 2007. « Risk, uncertainty and knowledge ». *Health, Risk & Society* 9 (1): 1-10.

- Alaszewski, Andy, et Ian Harvey. 2002. « Health technology and knowledge ». In *Health and disease: A Reader*, édité par Basiro Davey, Alastair Gray, et Clive Seale, 302-7. Buckingham: Open University Press.
- Alaszewski, Andy, et Tom Horlick-Jones. 2003. « How can doctors communicate information about risk more effectively? » *BMJ: British Medical Journal* 327 (7417): 728-31.
- Alban, Bensa. 2008. « Conclusions. Remarques sur les politiques de l'intersubjectivité ». In *Les politiques de l'enquête, épreuves ethnographiques*, par Dider Fassin et Bensa Alban, 323-28. Paris: La Découverte.
- Alfirevic, Zarko, Declan Devane, et Gillian ML Gyte. 2013. « Continuous Cardiotocography (CTG) as a Form of Electronic Fetal Monitoring (EFM) for Fetal Assessment during Labour ». In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, édité par The Cochrane Collaboration. Vol. 11. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allcock, C., A. Griffiths, et R. Penketh. 2008. « The Effects of the Attending Obstetrician's Anxiety Trait and the Corresponding Obstetric Intervention Rates ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28 (4): 390-93.
- Allemand, Sylvain. 2002. « Les paradoxes d'une « société du risque » ». *Sciences humaines* 2 (124).
- Almendrala, Anna. 2015. « U.S. C-Section Rate Is Double What WHO Recommends ». *Huffington Post*, avril 17.
- Althabe, Fernando, José M. Belizán, José Villar, Sophie Alexander, Eduardo Bergel, Silvina Ramos, Mariana Romero, et al. 2004. « Mandatory Second Opinion to Reduce Rates of Unnecessary Caesarean Sections in Latin America: A Cluster Randomised Controlled Trial ». *Lancet (London, England)* 363 (9425): 1934-40.
- Amalberti, René. 2001. « The paradoxes of almost totally safe transportation systems ». *Safety Science* 37 (2-3): 109-26.
- . 2009a. *La conduite de systèmes à risques*. 2e éd., 2e tirage. Le Travail humain. Paris: Presses Universitaires de France.
- . 2009b. « 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): 456-58.
- . 2012. *Piloter la sécurité: théorie et pratiques sur les compromis et les arbitrages nécessaires*. Paris: Springer.
- Andrews, Alison. 2004. « Home birth experience 2: births/postnatal reflections ». *British Journal of Midwifery* 12 (9): 552-57.
- Angeloff, Tania, et Delphine Gardey. 2015. « Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud ». *Travail, genre et sociétés*, n° 34 (novembre): 31-38.
- Anim-Somuah, Millicent, Rebecca MD Smyth, et Leanne Jones. 2011. « Epidural versus Non-epidural or No Analgesia in Labour ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews* Dec 7;(12):CD000331.
- Annandale, Ellen, et Judith Clark. 1996. « What Is Gender? Feminist Theory and the Sociology of Human Reproduction ». *Sociology of Health & Illness* 18 (1): 17-44.
- Arborio, Anne-Marie. 2001. *Un personnel invisible: les aides-soignantes à l'hôpital*. Sociologiques. Paris: Anthropos.
- . 2007. « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier ». *Recherche en soins infirmiers* 3 (90): 26-34.
- Arborio, Anne-Marie, et Pierre Fournier. 2010. *L'observation directe*. Paris: Armand Colin.
- Arborio, Sophie. 2003. « Variation des savoirs et des pratiques, à propos de la transmission de l'épilepsie au Mali ». In *Les maladies de passage. Transmission, préventions et*

- hygiènes en Afrique de l'Ouest*, édité par Yannick Jaffre et Doris Bonnet. Paris: Karthala.
- Armstrong, David. 1995. « The rise of surveillance medicine. » *Sociology of Health and Illness* 17 (3): 393-404.
- Armstrong, Elizabeth M. 2008. *Conceiving Risk, Bearing Responsibility: Fetal Alcohol Syndrome and the Diagnosis of Moral Disorder*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Atlan, Henri. 2007. *L'utérus Artificiel*. Paris: Ed. du Seuil.
- Ayers, S., R. Bond, S. Bertullies, et K. Wijma. 2016. « The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework ». *Psychological Medicine* 46 (06): 1121–1134.
- Badinter, Elisabeth. 2010a. *L'amour en plus: histoire de l'amour maternel (XVIIe-XXe siècle)*. Paris: Flammarion.
- . 2010b. *Le conflit: la femme et la mère*. Paris: Flammarion.
- Bajoit, Guy. 1988. « Exit, voice, loyalty... and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement ». *Revue française de sociologie* 29 (2): 325-45.
- Barbot, Janine, et Emmanuelle Fillion. 2006. « La « médecine défensive »: critique d'un concept à succès ». *Sciences sociales et santé* 24 (2): 5-33.
- Baszanger, Isabelle. 1991. « Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale. » *Sciences sociales et santé* 9 (2): 31-78.
- Beaud, Stéphane, et Florence Weber. 2010. *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*. Paris: La Découverte.
- Beaulieu, Alain. 2005. *Michel Foucault et le contrôle social*. Presses Université Laval.
- Beck, Ulrich. 2003. *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.
- Becker, Howard. 1985. *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*. Paris: Métailié.
- Becker, Markus C. 2005a. « The Concept of Routines: Some Clarifications ». *Cambridge Journal of Economics* 29 (2): 249-62.
- . 2005b. « A Framework for Applying Organizational Routines in Empirical Research: Linking Antecedents, Characteristics and Performance Outcomes of Recurrent Interaction Patterns ». *Industrial and Corporate Change* 14 (5): 817-46.
- Becker, Markus C, Nathalie Lazaric, Richard R Nelson, et Sidney G Winter. 2005. « Applying organizational routines in understanding organizational change ». *Industrial and Corporate Change* 14 (5): 775-91.
- Beckett, Katherine. 2005. « Choosing Cesarean Feminism and the Politics of Childbirth in the United States ». *Feminist Theory* 6 (3): 251-75.
- Beckett, Katherine, et Bruce Hoffman. 2005. « Challenging Medicine: Law, Resistance, and the Cultural Politics of Childbirth ». *Law & Society Review* 39 (1): 125-70.
- Béhague, Dominique P., Lydie G. Kanhonou, Véronique Filippi, Solange Lègonou, et Carine Ronsmans. 2008. « Pierre Bourdieu and Transformative Agency: A Study of How Patients in Benin Negotiate Blame and Accountability in the Context of Severe Obstetric Events ». *Sociology of Health & Illness* 30 (4): 489-510.
- Benoit, Cecilia, Eugene Declercq, Susan F. Murray, Jane Sandall, Edwin van Teijlingen, et Sirpa Wrede. 2015. « Maternity Care as a Global Health Policy Issue ». In *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*, édité par Ellen Kuhlmann, Robert H. Blank, Ivy Lynn Bourgeault, et Claus Wendt, 85-100. Palgrave Macmillan UK.

- Berger, Zackary. 2015. « Navigating the Unknown: Shared Decision-Making in the Face of Uncertainty ». *Journal of General Internal Medicine* 30 (5): 675-78.
- Bergeron, Henri, et Patrick Castel. 2015. *Sociologie politique de la santé*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Berlivet, Luc. 2001. « Déchiffrer la maladie ». In *Critique De La Santé Publique: Une approche anthropologique*, édité par Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, 75-102. Paris: Balland.
- . 2004. « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention ». In *Le gouvernement des corps*, édité par Dider Fassin et Dominique Memmi, 37-75. Paris: Edition de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Bernitz, Stine, Eline Aas, et Pål Øian. 2012. « Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial ». *Midwifery* 28 (5): 591-99.
- Berthiaud, Emmanuelle. 2013. *Enceinte : Une histoire de la grossesse entre art et société*. Paris: Editions de la Martinière.
- . 2016. « Accoucher à la maison aux XVIII^e siècle et XIX^e siècles ». In *Naître à la maison: D'hier à aujourd'hui*, édité par Marie-France Morel, Erès, 49-78. Villematier.
- Besnard, Denis, et David Greathead. 2003. « A cognitive approach to safe violations ». *Cognition, Technology & Work* 5 (4): 272-82.
- Bessett, Danielle. 2010. « Negotiating normalization: The perils of producing pregnancy symptoms in prenatal care ». *Social Science & Medicine* 71 (2): 370-77.
- Betran, A. P., M. R. Torloni, J. J. Zhang, A. M. Gülmezoglu, et WHO Working Group on Caesarean Section. 2016. « WHO Statement on Caesarean Section Rates ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 123 (5): 667-70.
- Birthplace in England Collaborative Group. 2011. « Perinatal and Maternal Outcomes by Planned Place of Birth for Healthy Women with Low Risk Pregnancies: The Birthplace in England National Prospective Cohort Study ». *BMJ* 343 (novembre): d7400.
- Bisits, Andrew. 2016. « Risk in Obstetrics – Perspectives and Reflections ». *Midwifery* 38 (juillet): 12-13.
- Bitouzé, Véronique. 2001. *Le Foetus, un singulier patient: espoirs et doutes chez les soignants de médecine foetale*. Paris: Seli Arslan.
- Bizeul, Daniel. 1998. « Le récit des conditions d'enquête: exploiter l'information en connaissance de cause ». *Revue française de sociologie* 39 (4): 751-87.
- . 2007. « Que faire des expériences d'enquête ? » *Revue française de science politique* 57 (1): 69.
- . 2008. « Les sociologues ont-ils des comptes à rendre ? » *Sociétés contemporaines*, n° 70 (juin): 95-113.
- Bochatay, Naïke. 2013. « Émergence d'une nouvelle culture de la naissance au Québec: entre autonomie et dépendance ». Mémoire de Bachelor en sociologie, Genève: Université de Genève.
- Bogdan-Lovis, Elizabeth, et Raymond G. De Vries. 2013. « Ethics and the architecture of choice for home and hospital birth ». *Journal of Clinical Ethics* 24 (3): 192-97.
- . 2014. « The Baddest Births in Town ». *Atrium, the Report of the Northwestern Medical Humanities and Bioethics Program*, n° 12: 3-5.
- Boltanski, Luc. 2009. *De la critique: Précis de sociologie de l'émancipation*. Paris: Gallimard.
- Boltanski, Luc, et Ève Chiapello. 1999. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Essais. Paris: Gallimard.

- Boltanski, Luc, et Laurent Thévenot. 2008. *De la justification: les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Boon, Susan D., et John G. Holmes. 1991. « The dynamics of interpersonal trust: Resolving uncertainty in the face of risk ». *Cooperation and prosocial behaviour*, 190-211.
- Borquez, Heather A., et Therese A. Wieggers. 2006. « A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands ». *Midwifery* 22 (4): 339-47.
- Borrillo, Daniel. 2010. « Le droit en matière de reproduction: une approche critique ». In *Reproduire le genre*, édité par Elsa Dorlin, et Eric Fassin, 25-33. Rennes: Bibliothèque publique d'information du Centre Pompidou.
- Bortin, Sylvia, Marina Alzugaray, Judy Dowd, et Janice Kalman. 1994. « A feminist perspective on the study of home birth ». *Journal of Nurse-Midwifery* 39 (3): 142-49.
- Bourdieu, Pierre. 2015. *La distinction: critique sociale du jugement*. Paris: Ed. de Minuit.
- Bourgeault, Ivy, Eugene Declercq, et Jane Sandall. 2001. « Changing Birth: Interest Groups and Maternity Care Policy ». In *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*, édité par Raymond G. De Vries, Hilary Marland, Edwin van Teijlingen, Sirpa Wrede, et Cecilia Benoit, 51-69. London: Routledge.
- Bourgeault, Ivy Lynn, Eugene Declercq, Jane Sandall, Sirpa Wrede, Meredith Vanstone, Edwin van Teijlingen, Raymond G. De Vries, et Cecilia Benoit. 2008. « Too Posh To Push? Comparative perspectives on maternal request caesarean sections in Canada, the US, the UK and Finland ». In *Patients, Consumers and Civil Society*, 10:99-123. *Advances in Medical Sociology* 10. Emerald Group Publishing Limited.
- Bourrier, Mathilde. 1999. *Le nucléaire à l'épreuve de l'organisation*. Paris [etc.]: Presse universitaires de France.
- . 2008. « La fiabilité est une question d'organisation ». In *Organiser la fiabilité*, 9-38. Paris: L'Harmattan.
- . 2011. « "No admittance except on business". Les enjeux de la négociation de l'entrée dans les organisations ». *SociologieS*, avril. <https://sociologies.revues.org/3483>.
- . 2013. « Embarquements ». *Socio-anthropologie*, n° 27 (juin): 21-34.
- Bourrier, Mathilde, Aristoteles Aguilar, Ekaterina Dimitrova, Solène Gouilhers, Marius Lachavanne, Mélinée Schindler, et Marc Venturin. 2009. « *Nous, on soigne rien sauf des machines* ». *Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en Anesthésie*. Édité par Mathilde Bourrier. Sociograph. Vol. 8. Genève: Université de Genève.
- Bourrier, Mathilde, et Corinne Bieder. 2013. « Trapping Safety into Rules: An Introduction ». In *Trapping Safety into Rules: How Desirable or Avoidable is Proceduralization ?*, édité par Mathilde Bourrier et Corinne Bieder, 1-9. Farnham, Surrey, England; Burlington, VT: CRC Press.
- Brailey, Sue, Patricia Jarrett, Ans Luyben, et Angela Poat. 2015. « Swimming against the tide: women's experience of choosing a homebirth in Switzerland ». *British Journal of Midwifery* 23 (11): 780-88.
- « Breastfeeding series »: 2016. *The Lancet* 387 (10017).
- Briex, Michel. 2016. « Césarienne naturelle ». *Spirale*, n° 76 (février): 86-89.
- Brubaker, Sarah Jane, et Heather E. Dillaway. 2008. « Re-examining the Meanings of Childbirth: Beyond Gender and the "Natural" v. "Medical" Dichotomy ». In *Advancing Gender Research from the Nineteenth to the Twenty-First Centuries: Advances in Gender Research*, édité par Maria Texler Segal et Demos Vasilikie, 12:217-44. Bingley: UK: Emerald Group Publishing Limited.

- . 2009. « Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences ». *Sociology Compass* 3 (1): 31-48.
- Brunswic, Henri, et Michel Pierson, éd. 2002. *Initiation à l'éthique médicale: Ouvrage collectif*. Paris: Vuibert.
- Bryant, Joanne, Maree Porter, Sally K Tracy, et Elizabeth A Sullivan. 2007. « Caesarean birth: consumption, safety, order, and good mothering ». *Social Science & Medicine* 65 (6): 1192-1201.
- Bugnon, Géraldine. 2014. « Gouverner par la liberté: normalisation des subjectivités et contrôle contractuel dans la mesure de Liberté Assistée au Brésil », Thèse de doctorat en sociologie : Université de Genève.
- Bureau, Eve, et Judith Hermann-Mesfen. 2014. « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 8 (mai).
- Burgnard, Sylvie. 2015. *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe: une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*. Berne: Peter Lang.
- Burton-Jeangros, Claudine. 2007. « Des risques épidémiologiques aux pratiques sociales de santé ». In *Face Au Risque*, édité par Claudine Burton-Jeangros, Christian Grosse, et Valérie November, 183-203. Chêne-Bourg: Georg.
- . 2010. « Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques ». In *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales*, édité par Dominique Manaï, Claudine Burton-Jeangros, et Bernice Elger, 177-212. Berne: Stämpfli.
- . 2011. « Surveillance of risks in everyday life: The agency of pregnant women and its limitations ». *Social Theory & Health* 9: 419-36.
- . 2016. « Trajectoires de santé, inégalités sociales et parcours de vie ». *Swiss Academies Communications* 11 (8).
- Burton-Jeangros, Claudine, Samuele Cavalli, Solène Gouilhers, et Raphaël Hammer. 2013. « Between tolerable uncertainty and unacceptable risks: How health professionals and pregnant women think about the probabilities generated by prenatal screening ». *Health, Risk & Society* 15 (2): 144-61.
- Burton-Jeangros, Claudine, Muriel Golay, et Philippe Sudre. 2005. « Adhésion et résistance aux vaccinations infantiles: une étude auprès de mères suisses ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 53 (4): 341-50.
- Burton-Jeangros, Claudine, Raphaël Hammer, et Irene Maffi. 2014. « Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande ». Lausanne : BSN Press.
- Burton-Jeangros, Claudine, Raphaël Hammer, Dominique Manaï, et Ghislaine Issenhuth-Scharly. 2010. « Introduction générale. Droit, médecine et société ». In *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit et pratiques sociales*, édité par Dominique Manaï, Claudine Burton-Jeangros, et Bernice Elger, 9-38. Berne: Stämpfli.
- Butler, Judith. 2006. *Trouble dans le genre*. Paris: La Découverte.
- . 2009. *Ces corps qui comptent: De la matérialité et des limites discursives du sexe*. Paris: Editions Amsterdam.
- . 2012. *Défaire le genre*. Paris: Editions Amsterdam.
- Bydlowski, Monique. 2008. *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Caiata-Zufferey, Maria. 2005. « Les sorties de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques ». *Déviance et Société* 29 (4): 423-43.

- . 2006. *De la toxicomanie à la conventionalité: sociologie des sorties de la drogue à l'époque de la réduction des risques*. Zurich: Seismo.
- . 2014. « Droits, devoirs et dilemmes des femmes à risque génétique de cancer ». *Socio-anthropologie*, n° 29: 53-70.
- . 2015. « Genetically at-risk status and individual agency. A qualitative study on asymptomatic women living with genetic risk of breast/ovarian cancer ». *Social Science & Medicine* 132 (mai): 141-48.
- Calvert, Irene, et Cheryl Benn. 2015. « Trauma and the Effects on the Midwife ». *International Journal of Childbirth* 5 (2): 100-112.
- Calvez, Marcel. 2014. « La négociation du soin et la situation de maladie. Questions pour la sociologie médicale ». In *Les négociations du soin: Les professionnels, les malades et leurs proches*, par Simone Pennec, Françoise Le Borgne-Uguen, et Florence Douquet, 41-50. Rennes: PU Rennes.
- Canguilhem, Georges. 1966. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Cardi, Coline. 2010. « La construction sexuée des risques familiaux. » *Politiques sociales et familiales* 101 (1): 35-45.
- Cardi, Coline, et Chiara Quagliariello. 2016. « Corps maternel ». In *Encyclopédie critique du genre*, par Juliette Rennes, 170-82. Paris: La Découverte.
- Caron-Leulliez, Marianne. 2009. « L'accouchement sans douleur: une révolution culturelle au milieu du xxe siècle ». *Spirale*, n° 47 (janvier): 21-26.
- Carricaburu, Danièle. 1994. « Les sages-femmes face à l'innovation technique ». In *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, édité par Pierre Aïach et Didier Fassin, 281-308. Paris: Anthropos.
- . 2005. « De la gestion technique du risque à celle du travail: l'accouchement en hôpital public ». *Sociologie du Travail* 47 (2): 245-62.
- . 2007. « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical: les enjeux d'une définition ». *Sociologie et sociétés* 39 (1): 123-44.
- . 2010. « Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique ». In *Risques et pratiques médicales*, édité par Danièle Carricaburu, Michel Castra, et Patrice Cohen. Rennes: Presses de l'ENSP.
- Cartwright, Elizabeth, et Jan Thomas. 2001. « Constructing Risk. Maternity Care, Law and Malpractice ». In *Birth By Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*, édité par Raymond De Vries, Cecilia Benoit, Edwin van Teijlingen, et Sirpa Wrede, 218-28. New York: Routledge.
- Casper, Monica J. 1998. *The Making of the Unborn Patient: A Social Anatomy of Fetal Surgery*. New Brunswick, N.J: Rutgers University Press.
- Castel, Robert. 1991. « From Dangerousness to Risk ». In *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, édité par G Burchell, C Gordon, et P Miller, Chicago University Press. Chicago.
- . 2003. *L'Insecurité sociale: Qu'est-ce qu'être protégé?* Seuil. Paris: Seuil.
- Cauchie, Jean-François, et Gilles Chantraine. 2005. « De l'usage du risque dans le gouvernement du crime. Nouveau prudentialisme et nouvelle pénologie ». *Champ pénal/ Penal field* II. <http://champpenal.revues.org/80>.
- Cavalli, Samuele, et Solène Gouilhers-Hertig. 2014. « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse, une complémentarité sous contrôle médical? » In *Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*, édité par Irene Maffi, Claudine Burton-Jeangros, et Raphaël Hammer. Lausanne: BSN Press.
- Cayla, Olivier, et Yan Thomas. 2002. *Du droit de ne pas naître*. Paris: Gallimard.

- Cecilia Benoit, Sirpa Wrede, Ivy Bourgeault, Jane Sandall, Raymond G. De Vries, et Edwin R. van Teijlingen. 2005. « Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone ». *Sociology of Health & Illness* 27 (6): 722-37.
- Cesbron, Paul, et Yvonne Knibiehler. 2004. *La naissance en Occident*. La cause des bébés. Paris: Albin Michel.
- Chadwick, Rachelle Joy. 2016. « Obstetric violence in South Africa ». *South Africa Medical Journal* 106 (5): 423-24.
- Chadwick, Rachelle Joy, et Don Foster. 2014. « Negotiating risky bodies: childbirth and constructions of risk ». *Health, Risk & Society* 16 (1): 68-83.
- Chantraine, Gilles, et Jean-François Cauchie. 2006. « Risque(s) et gouvernementalité ». *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n° 1 (mars). <http://socio-logos.revues.org/13>.
- Charmaz, Kathy. 2010. « Grounded Theory as an Emergent Method ». In *Handbook of Emergent Methods*, édité par Sharlene Nagy Hesse-Biber et Patricia Leavy, 155-72. New York: The Guilford Press.
- Charrier, Philippe. 2011. « Les sages-femmes en France ». Lyon: Université Lyon II, Centre Max Weber - CNRS.
- . 2015. « Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance ». *Recherches familiales*, n° 12 (juin): 71-83.
- Charrier, Philippe, et Gaëlle Clavandier. 2013. *Sociologie de la naissance*. Collection U. Sociologie. Paris: A. Colin.
- Chautems, Caroline. 2011. « Accoucher à l'hôpital ou hors de l'hôpital. Regards anthropologiques sur les choix de naissance de femmes enceintes en Suisse romande. », Mémoire de master en sciences sociales: Université de Lausanne.
- Cheng, Erika R., Eugene R. Declercq, Candice Belanoff, Naomi E. Stotland, et Ronald E. Iverson. 2015. « Labor and Delivery Experiences of Mothers with Suspected Large Babies ». *Maternal and Child Health Journal* 19 (12): 2578-86.
- Cheng, Yvonne W., Brian L. Shaffer, James M. Nicholson, et Aaron B. Caughey. 2014. « Second Stage of Labor and Epidural Use: A Larger Effect than Previously Suggested ». *Obstetrics and Gynecology* 123 (3): 527-35.
- Chervenak, F.A., L.B. McCullough, et R.L. Brent. 2011. « The professional responsibility model of obstetric ethics: avoiding the perils of clashing rights ». *Am J Obstet Gynecol* 205: 315e1-315e5.
- Chervenak, Frank A., Laurence B. McCullough, Robert L. Brent, Malcolm I. Levene, et Birgit Arabin. 2013. « Planned Home Birth: The Professional Responsibility Response ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 208 (1): 31-38.
- Cheyney, Melissa. 2008. « Homebirth as Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace ». *Qualitative Health Research* 18 (2): 254-67.
- Cheyney, Melissa, Marit Bovbjerg, Courtney Everson, Wendy Gordon, Darcy Hannibal, et Saraswathi Vedam. 2014. « Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 ». *Journal of Midwifery & Women's Health* 59 (1): 17-27.
- Clarke, Adele E. 2010. « From the rise of medicine to biomedicalization. U.S. healthscapes and iconography, CIRCA 1890-present. » In *Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the US*, édité par Adele E. Clarke, Jennifer Fosket, Laura Mamo, Janet Shim, and Jennifer Fishman. 104-46. Durham: Duke University Press.
- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, et Jennifer R. Fishman. 2003. « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine ». *American Sociological Review* 68 (2): 161-94.

- . 2010. « Biomedicalization. A theoretical and substantive introduction ». In *Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S.*, édité par Adele E. Clarke, Jennifer Fosket, Laura Mamo, Janet Shim, and Jennifer Fishman. 1-44. Durham: Duke University Press.
- Clarke, Lee. 2008. « Thinking about Worst-Case Thinking ». *Sociological Inquiry* 78 (2): 154-61.
- Clarke, Lee Ben. 2006. *Worst cases: terror and catastrophe in the popular imagination*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Clerc, Sophie. 2004. « De la naissance à la maison à l'accouchement à l'hôpital: la situation professionnelle des sages-femmes vaudoises face à la médicalisation de la naissance (1874-1939) ». Mémoire de licence en histoire, Faculté des lettres, Lausanne: Université de Lausanne.
- Clift-Matthews, Victoria. 2010. « Vaginal birth as a rite of passage ». *British Journal of Midwifery* 18 (3): 140-140.
- Closets, Sophie de, Marlène Schiappa, Delphine Manivet, Titiou Lecoq, Alix Girod de l'Ain, Alexandrine Duhin, Nadia Daam, Laurent Bastide, Elisabeth Bost, et Pénélope Bagieu. 2016. « Allaitement : cessons de culpabiliser les femmes ». *Libération*, février 3.
- Coddington, Rebecca, Christine Catling, et Caroline S. E. Homer. 2016. « From Hospital to Home: Australian Midwives' Experiences of Transitioning into Publicly-Funded Homebirth Programs ». *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, septembre.
- Cohen, Louis, Lawrence Manion, et Keith Morrison. 2009. *Research Methods in Education*. London: Routledge.
- Collectif. 2008. *Le savoir infirmier : Au coeur de la discipline et de la profession*. Édité par Clémence Dallaire. Montréal, Québec: Gaetan Morin.
- Collin, Françoise, et Françoise Laborie. 2013. « Maternité ». In *Dictionnaire critique du féminisme*, édité par Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier, 109-14. Paris: Presses universitaires de France.
- Commaille, Jacques. 2007. « La justice entre détraditionnalisation, néolibéralisation et démocratisation : vers une théorie de sociologie politique de la justice ». In *La fonction politique de la justice*, édité par Jacques Commaille et Martine Kaluszynski, 295-321. Paris: La Découverte.
- Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cooper, Joel M. 2007. *Cognitive Dissonance: 50 Years of a Classic Theory*. Los Angeles: SAGE Publications Ltd.
- Coste, Florent, Paul Costey, et Lucie Tangy. 2008. « Consentir: domination, consentement et déni ». *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 14 (mai): 5-27.
- Cova, Anne. 1997. *Maternité et droits des femmes en France, XIXe-XXe siècles*. Paris: Anthropos-Economica.
- . 2005. « Où en est l'histoire de la maternité ? » *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 21 (avril): 189-211.
- Coward, Rosalind. 1990. *The Whole Truth: The Myth of Alternative Health*. London ; Boston: Faber & Faber.
- Coxon, Kirstie. 2014. « Risk in pregnancy and birth: are we talking to ourselves? » *Health, Risk & Society* 16 (6): 481-93.
- Coxon, Kirstie, Caroline Homer, Andrew Bisits, Jane Sandall, et Debra Bick. 2016. « Reconceptualising Risk in Childbirth ». *Midwifery* 38 (juillet): 1-5.

- Coxon, Kirstie, Jane Sandall, et Naomi Fulop. 2015. « How Do Pregnancy and Birth Experiences Influence Planned Place of Birth in Future Pregnancies? » *Birth (Berkeley, Calif.)* 42 (2).
- Coxon, Kirstie, Jane Sandall, et Naomi J. Fulop. 2014. « To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions ». *Health, Risk & Society* 16 (1): 51-67.
- Cranley, Lisa, Diane M. Doran, Ann E. Tourangeau, André Kushniruk, et Lynn Nagle. 2009. « Nurses' Uncertainty in Decision-Making: A Literature Review ». *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 6 (1): 3-15.
- Crawford, R. 1977. « You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming ». *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 7 (4): 663-80.
- Crawford, Robert. 1980. « Healthism and the Medicalization of Everyday Life ». *International Journal of Health Services* 10 (3): 365-88.
- . 1994. « The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflections on health, culture and AIDS ». *Social Science & Medicine* 38 (10): 1347-65.
- Crémieux, Francis. 1955. *L'accouchement sans douleur : reportage de Francis Crémieux*. La voix de son maître, FELP 120.
- Crossley, Michele L. 2007. « Childbirth, Complications and the Illusion of 'Choice': A Case Study ». *Feminism & Psychology* 17 (4): 543-63.
- Crozier, Michel, et Erhard Friedberg. 2014. *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris: Points.
- Cuttini, Marina, Marwan Habiba, Tore Nilstun, Silvia Donfrancesco, Micheline Garel, Catherine Arnaud, Otto Bleker, et al. 2006. « Patient Refusal of Emergency Cesarean Delivery: A Study of Obstetricians' Attitudes in Europe ». *Obstetrics and Gynecology* 108 (5): 1121-29.
- Czarniawska, Barbara. 2007. *Shadowing: And Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*. Malmö, Sweden : Herndon, VA : Oslo: Copenhagen Business School Press.
- Dahlen, Hannah. 2010. « Undone by fear? Deluded by trust? » *Midwifery* 26 (2): 156-62.
- . 2016. « The Politicisation of Risk ». *Midwifery* 38 (juillet): 6-8.
- Dahlen, Hannah, Lesley Barclay, et Caroline S. E. Homer. 2010a. « 'Reacting to the unknown': experiencing the first birth at home or in hospital in Australia ». *Midwifery* 26 (4): 415-23.
- Dahlen, Hannah, Lesley M. Barclay, et Caroline S. E. Homer. 2010b. « The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia ». *Midwifery* 26 (1): 53-63.
- Dahlen, Hannah, M. Jackson, et J. Stevens. 2011. « Homebirth, Freebirth and Doulas: Casualty and Consequences of a Broken Maternity System ». *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 24 (1): 47-50.
- Daniellou, François, Marcel Simard, et Ivan Boissières. 2009. « Facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art ». Toulouse: FonCSI.
- Dardel, Julie de. 2007. *Révolution sexuelle et mouvement de libération des femmes à Genève (1970-1977)*. Lausanne: Antipodes.
- Darmon, Muriel. 2005. « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain ». *Genèses* n° 58 (1): 98-112.
- . 2007. *La socialisation*. Paris: A. Colin.

- . 2011. « Sociologie de la conversion. Socialisation et transformations individuelles ». In *Identité et transformation des modes de vie*, édité par Claudine Burton-Jeangros et Christophe Maeder, 64-84. Zürich: Seismo.
- Darvill, Ruth, Heather Skirton, et Paul Farrand. 2010. « Psychological Factors That Impact on Women's Experiences of First-Time Motherhood: A Qualitative Study of the Transition ». *Midwifery* 26 (3): 357-66.
- David, S., N. Mamelle, et O. Rivière. 2001. « L'évaluation des pratiques en périnatalité. Estimation d'un taux attendu de césarienne adapté au niveau de recrutement d'une maternité (analyse à partir du Réseau sentinelle Audipog) ». *Rev Med Ass Maladie* 32: 319-25.
- Davis-Floyd, Robbie. 1994. « The technocratic body: American childbirth as cultural expression ». *Social Science & Medicine (1982)* 38 (8): 1125-40.
- . 2001. « The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth ». *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75 (Supplement 1): S5-23.
- . 2003. *Birth as an American Rite of Passage*. 2nd ed. Berkeley: University of California Press.
- . 2009. *Birth Models That Work*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, Robbie, et Elizabeth Davis. 1996. « Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth ». *Medical Anthropology Quarterly* 10 (2): 237-69.
- Davis-Floyd, Robbie, Debra Pascali-Bonaro, Rae Davies, et Rodolfo Gomez Ponce de Leon. 2010. « The International MotherBaby Childbirth Initiative: A Human Rights Approach to Optimal Maternity Care ». *Midwifery today*, n° 94.
- Davis-Floyd, Robbie, et Carolyn Fishel Sargent, 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- De Carlo, Ivan. 2014. « Les interdépendances de la confiance: une approche configurationnelle des liens sociaux ». Thèse de doctorat en sociologie, Université de Genève.
- De Schepper, Sarah, Tinne Vercauteren, Jolein Tersago, Yves Jacquemyn, Filip Raes, et Erik Franck. 2016. « Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study ». *Midwifery* 32 (janvier): 87-92.
- De Vries, Jan, et Fiona Timmins. 2016. « Care erosion in hospitals: Problems in reflective nursing practice and the role of cognitive dissonance ». *Nurse Education Today* 38 (mars): 5-8.
- De Vries, Raymond G. 1996a. « The Midwife's Place: An International Comparison of the Status of Midwives ». In *Midwives And Safer Motherhood*, édité par Susan F. Murray. London; Baltimore: Mosby.
- . 1996b. *Making Midwives Legal: Childbirth, Medicine, and the Law*. Columbus: Ohio State University Press.
- De Vries, Raymond G., et Trudo Lemmens. 2006. « The social and cultural shaping of medical evidence: Case studies from pharmaceutical research and obstetric science ». *Social Science & Medicine* 62 (11): 2694-2706.
- De Vries, Raymond G., Yasaswi Paruchuri, Kathleen Lorenz, et Saraswathi Vedam. 2013. « Moral science: Ethical argument and the production of knowledge about place of birth ». *Journal of Clinical Ethics* 24 (3): 225-38.
- Dean, Murphy. 1999. « Risk, calculable and incalculable ». In *Risk and Sociocultural Theory*, édité par Deborah Lupton, Cambridge University Press, 131-59. Cambridge.
- Déchalotte, Mélanie, et François Teste. 2015. « Collection Témoignages: Maltraitance gynécologique ». *France Culture*. Sur les Docks, France culture.

- Declercq, Eugene, Mary Barger, Howard J. Cabral, Stephen R. Evans, Milton Kotelchuck, Carol Simon, Judith Weiss, et Linda J. Heffner. 2007. « Maternal Outcomes Associated with Planned Primary Cesarean Births Compared with Planned Vaginal Births ». *Obstetrics and Gynecology* 109 (3): 669-77.
- Declercq, Eugene R., Carol Sakala, Maureen P. Corry, Sandra Applebaum, et Ariel Herrlich. 2013. « Listening to Mothers III: New Mothers Speak Out ». New York: Childbirth Connection.
- Deleuze, Gilles. 1989. « Qu'est-ce qu'un dispositif ». In *Michel Foucault philosophe: rencontre internationale, Paris, 9,10,11 janvier 1988*, édité par Association pour le Centre Michel Foucault (Paris), 185-95. Des travaux. Paris: Ed. du Seuil.
- Delphy, Christine. 1991. « Libération des femmes ou droits corporatistes des mères ». *Nouvelles Questions Féministes*, n° 16/18: 93-118.
- Denzin, Norman K. 1988. « Triangulation ». In *Educational Research, Methodology, and Measurement: An International Handbook*, édité par John P. Keeves. Oxford: Pergamon Press.
- Denzin, Norman Kent. 1989. *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Englewood Cliffs N.J: Prentice Hall.
- Des usagères de la Maternité. 1977. « Accoucher à la maternité: ce que nous refusons, ce que nous voulons ». Genève: Fonds MLF-Genève, MLF-GE/S4/SS23.
- Desaulniers, Marie-Paul. 2003. « La naissance de la profession de sage-femme et la crise d'identité ». In *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, édité par Georges Legault, Presses de l'Université du Québec. Sainte-Foy.
- Descarries, Francine, et Christine Corbeille, éd. 2002a. *Espaces et temps de la maternité*. Montréal: Remue-ménage.
- . 2002b. « La maternité au coeur des débats féministes ». In *Espaces et temps de la maternité*, 23-50. Montréal: Remue-ménage.
- Deshpande, Neha A, et Corrina M Oxford. 2012. « Management of Pregnant Patients Who Refuse Medically Indicated Cesarean Delivery ». *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 5 (3-4): e144-50.
- Dessibourg, Olivier. 2016a. « Comment corriger la flore intestinale des bébés nés par césarienne ». *Le Monde*, 1^{er} février.
- . 2016b. « Rectifier le microbiote des bébés nés par césarienne avec un acte simple ». *Le Temps*, 1^{er} février.
- Diederich, Nicole, et Danielle Moyses. 2006. *Vers un droit à l'enfant normal?: L'arrêt Perruche et l'impact de la judiciarisation sur le dépistage prénatal*. Ramonville: Erès.
- Dien, Y. 1998. « Safety and application of procedures, or 'how do 'they' have to use operating procedures in nuclear power plants?'1 ». *Safety Science* 29 (3): 179-87.
- Dodier, Nicolas. 1993. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Métailié.
- . 1995. *Les Hommes et les machines: La Conscience collective dans les sociétés technicisées*. Paris: Métailié.
- Dodier, Nicolas, et Isabelle Baszanger. 1997. « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique ». *Revue française de sociologie* 38 (1): 37-66.
- Dominguez-Bello, Maria G., Kassandra M. De Jesus-Laboy, Nan Shen, Laura M. Cox, Amnon Amir, Antonio Gonzalez, Nicholas A. Bokulich, et al. 2016. « Partial Restoration of the Microbiota of Cesarean-Born Infants via Vaginal Microbial Transfer ». *Nature Medicine* 22 (3): 250-53.
- Douglas, Mary. 1982. *Risk and culture: an essay on the selection of technical and environmental dangers*. Berkeley ; Los Angeles: Univ. of California Press.

- . 1992. *Risk and blame: Essays in cultural theory*. Routledge. London, New York: Routledge.
- . 2005. *De la souillure: essais sur les notions de pollution et de tabou*. Paris: La Découverte.
- Downe, Soo. 2004. *Normal Childbirth: Evidence and Debate*. Churchill Livingstone.
- Downe, Soo, et Fiona Dykes. 2009. « Counting time in pregnancy and labour Berghahn Books ». In *Childbirth Midwifery and Concepts of Time*, édité par Christine McCourt, Berghahn Books, 61-83.
- Downey, Greg. 2010. « 'Practice without Theory': A Neuroanthropological Perspective on Embodied Learning ». *Journal of the Royal Anthropological Institute* 16 (mai): S22-40.
- Drach-Zahavy, Anat, et Anit Somech. 2010. « Implicit as Compared with Explicit Safety Procedures: The Experiences of Israeli Nurses ». *Qualitative Health Research* 20 (10): 1406-17.
- Draper, Jan. 2002. « 'It Was a Real Good Show': The Ultrasound Scan, Fathers and the Power of Visual Knowledge ». *Sociology of Health & Illness* 24 (6): 771-95.
- Dujarier, Marie-Anne. 2014. *Le travail du consommateur*. Paris: La Découverte.
- Dupré, Michèle, et Jean-Christophe Le Coze. 2014. *Réactions à risque : regards croisés sur la sécurité dans la chimie*. Cachan : Lavoisier.
- Durand, Anne-Aël. 2016. « Accoucher en maison de naissance : « On apprend à se faire confiance » ». *Le Monde*, 1^{er} avril.
- Ecker, Jeffrey, et Howard Minkoff. 2011. « Home Birth: What Are Physicians' Ethical Obligations When Patient Choices May Carry Increased Risk? » *Obstetrics and Gynecology* 117 (5): 1179-82.
- Edwards, N., et M. Kirkham. 2013. « Birth without midwife: a literature review ». *MIDIRS Midwifery Digest* 23 (1): 7-16.
- Ehrenreich, Barbara, et Dreide English. 2015. *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une Histoire des femmes soignantes*. Paris: Cambourakis.
- Eichholzer, Monika, Esther Camenzind-Frey, Judith Amberg, Kurt Baerlocher, Ulrich Moser, Barbara Rosé, et Ottmar Tönz. 2008. « L'acide folique: indispensable au développement normal de l'embryon ». Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Elger, Bernice. 2010. « L'autonomie des patientes entre le droit, l'éthique et les pratiques sociales ». In *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit et pratiques sociales*, édité par Dominique Manaï, Claudine Burton-Jeangros, et Bernice S Elger, 283-304. Berne: Stämpfli.
- Elias, Norbert. 1991. *La civilisation des moeurs*. Paris: Calmann-Lévy.
- . 1993. *Engagement et distanciation: Contributions à la sociologie de la connaissance*. Paris: Fayard.
- Evers, Annemieke C C, Hens A A Brouwers, Chantal W P M Hukkelhoven, Peter G J Nikkels, Janine Boon, Anneke van Egmond-Linden, Jacqueline Hillegersberg, et al. 2010. « Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 341: c5639.
- Ewald, François. 1996. *Histoire de l'Etat providence: les origines de la solidarité*. Paris: Librairie générale française.
- Fainzang, Sylvie. 2006. *La Relation médecins - malades: Information et mensonge*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Fassin, Dider. 2008a. « Introduction. L'inquiétude ethnographique ». In *Les politiques d'enquête : épreuves ethnographiques*, édité par Alban Bensa et Dider Fassin, 7-15. Paris: La Découverte.
- . 2008b. « L'inquiétude ethnographique ». In *Les politiques de l'enquête, épreuves ethnographiques*, édité par Dider Fassin et Bensa Alban, 7-15. Paris: La Découverte.
- Fassin, Dider, et Dominique Memmi. 2004. « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi ». In *Le gouvernement des corps*, édité par Didier Fassin et Dominique Memmi, 9-33. Paris: Ed. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Fassin, Didier, et Dominique Memmi. 2004. *Le gouvernement des corps*. Paris: Ed. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Fassin, Eric. 2010a. « Anthropologie de la reproduction ». In *Reproduire le genre*, édité par Elsa Dorlin et Eric Fassin, 45-51. Rennes: Bibliothèque publique d'information du Centre Pompidou.
- . 2010b. « L'anthropologie de la reproduction ». In *Reproduire le genre*, édité par Elsa Dorlin et Eric Fassin, 45-52. Rennes: Bibliothèque publique d'information du Centre Pompidou.
- Favre, Adeline. 2009. *Moi, Adeline, accoucheuse*. Sierre; Lausanne: Monographic.
- Fédération suisse des sages-femmes, Rebekka Erdin, Irina Iljuschin, Susanne van Gogh, Monika Schmid, Jessica Pehlke, et Pehlke-Milde. 2015. « Recensement des activités des sages-femmes indépendantes de Suisse. Rapport sur le recensement 2014. » Winthertur: Fédération suisse des sages-femmes.
- Feeley, C., E. Burns, E. Adams, et G. Thomson. 2015. « Why do some women choose to freebirth? A meta-thematic synthesis, part one ». *Evidence Based Midwifery* 13 (1): 4-9.
- Festinger, Leon. 1962. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press.
- Flamant, Nicolas. 2005. « Observer, analyser, restituer ». *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, n° 44 (mars): 137-52.
- Flick, Uwe. 2004. « Triangulation in qualitative research ». In *A Companion to Qualitative Research*, édité par Uwe Flick, Ernst von Kardoff, et Ines Steinke, Sage publ. London [etc.].
- Floris, Lucia, et Philip Rieder. 2007. « Le service d'accouchements du Dispensaire des médecins ». In *A l'orée de la vie*, édité par Philip Rieder (dir.), p.22. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène, Hôpitaux Universitaires de Genève.
- Flynn, Rob. 2002. « Clinical governance and governmentality ». *Health, Risk & Society* 4 (2): 155-73.
- Fortino, Sabine. 1997. « De filles en mères. La seconde vague du féminisme et la maternité ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 5 (avril).
- Foucault, Michel. 1963. *Naissance de la clinique*. Paris: PUF.
- . 1972. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gall.
- . 1975. *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Bibliothèque des histoires. Paris: Gallimard.
- . 1978. « Qu'est-ce que la critique?, bulletin de la société française de philo, 84 (2): pp.33-63 ». *Bulletin de la société française de philosophie* 84 (2): 35-63.
- . 1985. « La vie : l'expérience et la science ». *Revue de Métaphysique et de Morale* 90 (1): 3-14.
- . 1994a. « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? » In *Dits et écrits, vol. 3*, édité par Daniel Defert et François Ewald, 40-58. Paris: Gallimard.

- . 1994b. « La gouvernementalité, cours du 1/2/1978 ». In *Dits et écrits: 1954-1988*, vol 3, édité par Daniel Defert et François Ewald, 653-57. Bibliothèque des sciences humaines. Paris: Gallimard.
- . 2001a. « Entretien avec Michel Foucault [Intervista a Michel Foucault] ». In *Dits et écrits*, vol.2, 1976-1988, édité par Daniel Defert et François Ewald, Entretien réalisé par A. Fontana et P.Pasquino en juin 1976, 140-60. Manchestcourt: Gallimard.
- . 2001b. « Le jeu de Michel Foucault ». In *Dits et écrits*, vol. 2, 1976-1988, par Michel Foucault, édité par Daniel Defert et François Ewald, 298-329. Manchestcourt: Gallimard.
- . 2001c. « Pouvoir et savoir [Kenryoku to chi] ». In *Dits et écrits*, vol.2, 1976-1988, par Michel Foucault, édité par Daniel Defert et François Ewald, Entretien réalisé par A. Fontana et P.Pasquino en juin 1976, 309-414. Manchestcourt: Gallimard.
- . 2008. *Dits et écrits: 1954-1988*. Édité par Daniel Defert. Quarto. Paris: Gallimard.
- Fournier, Pierre. 1996. « Des observations sous surveillance ». *Genèses* 24 (1): 103-19.
- Fox, Renée. 2000. « Medical Uncertainty Revisited ». In *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, édité par Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick, et Susan C. Scrimshaw, 1 edition, 409-25. London: SAGE Publications Ltd.
- Freedman, Lynn P., et Margaret E. Kruk. 2014a. « Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: Challenging the Global Quality and Accountability Agendas ». *The Lancet* 384 (9948): e42-44.
- Freedman, Lynn P, et Margaret E Kruk. 2014b. « Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas ». *The Lancet* 384 (9948): e42-44.
- Freedman, Lynn P, Kate Ramsey, Timothy Abuya, Ben Bellows, Charity Ndwiga, Charlotte E Warren, Stephanie Kujawski, Wema Moyo, Margaret E Kruk, et Godfrey Mbaruku. 2014. « Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda ». *Bulletin of the World Health Organization* 92 (12): 915-17.
- Freidson, Eliot. 1984. *La profession médicale*. Médecine et sociétés. Paris: Payot.
- Friedman, Emanuel. 1954. « Graphic analysis of labour ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n° 68: 1568-75.
- Fucks, Isabelle, et Yves Dien. 2013. « No Rule, No Use? The Effects of Over-Proceduralization ». In *Trapping Safety into Rules*, édité par Corinne Bieder et Mathilde Bourrier, 27-39. Farnum, Surrey, England ; burlington, VT: Ashgate.
- Furedi, Frank. 2002. *Culture of fear: risk-taking and the morality of low expectation*. Rev. ed. London ; New York: Continuum.
- . 2005. *Politics of fear*. Bloomsbury Publishing PLC. London.
- . 2009. « Precautionary culture and the rise of possibilistic risk assessment ». *Erasmus L. Rev.* 2: 197.
- Fussinger, Catherine, Séverine Rey, et Marilène Vuille. 2006. « S'appropriier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim. » *Nouvelles Questions Féministes : Santé !* 25 (2): 98-116.
- García, Elisa, Danielle R M Timmermans, et Evert van Leeuwen. 2008. « Rethinking autonomy in the context of prenatal screening decision-making ». *Prenatal Diagnosis* 28 (2): 115-20.
- Gardey, Delphine. 2005. « Procréation, corps, sciences et techniques au XXè siècle ». In *Femmes, genre et sociétés*, édité par Margaret Maruani, 131-38. L'état des savoirs. Paris: La Découverte.

- . 2016. « Cyborg ». In *Encyclopédie critique du genre*, édité par Juliette Rennes, 192-203. Paris: La Découverte.
- Gardey, Delphine, et Iulia Hasdeu. 2015. « Cet obscur sujet du désir ». *Travail, genre et sociétés*, n° 34 (novembre): 73-92.
- Gardey, Delphine, et Ilana Löwy. 2000. « Introduction. Pour en finir avec la nature ». In *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, édité par Delphine Gardey et Ilana Löwy, Editions des archives contemporaines, 9-28. Paris.
- Garnault, Diane. 2015. « Le ventre des femmes entre guerre et soin: les enjeux fantasmatiques de la gynécologie envisagés à partir de la transplantation d'utérus ». Thèse de doctorat en Recherche en psychopathologie et psychanalyse, Paris: Université Paris 7.
- Gawande, Atul. 2011. *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*. Reprint. Picador USA.
- Gélis, Jacques. 1988. *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*. Fayard. Paris.
- . 2008. *L'arbre et le fruit: la naissance dans l'Occident moderne (XVIe-XIXe siècle)*. Paris: Fayard.
- . 2016. « Un accouchement à la maison en 1761 ». In *Naître à la maison: D'hier à aujourd'hui*, édité par Marie-France Morel, Erès, 23-47. Villematier.
- Gelly, Maud, et Bibia Pavard. 2016. « De la fabrique des militant-e-s à la fabrique des patient-e-s ». *Genèses*, n° 102 (mars): 47-66.
- Gelly, Maud, et Laure Pitti. 2016. « Une médecine de classe? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins ». *Agone*, n° 58 (juin): 7-18.
- Geltzer, Anna. 2009. « When the standards aren't standard: Evidence-based medicine in the Russian context ». *Social Science & Medicine* 68 (3): 526-32.
- Giddens, Anthony. 1991a. *Modernity and self identity: Self and society in the late modern age*. Vol.1. Redwood City: CA: Stanford University Press.
- . 1991b. *Modernity and self-identity: self and society in the late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- . 1994. *Les conséquences de la modernité*. Paris: Ed. L'Harmattan.
- Gilbert, Claude. 1992. *Le pouvoir en situation extrême: catastrophes et politique*. L'Harmattan.
- Gisquet, Elsa. 2010. « Cas de conscience et loyauté du chercheur dans des terrains émotionnellement difficiles. Le cas des décisions d'arrêt de vie en réanimation néonatale ». *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, n° vol. 12, n° 1 (décembre): 165-78.
- Glaser, Barney G, et Anselm L Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Goffman, Erving. 1968. *Asiles: Etude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Les Editions de Minuit.
- . 1975. *Stigmate: [les usages sociaux des handicaps]*. Paris: Les Editions de Minuit.
- . 1988. *Les moments et leurs hommes*. Paris: Seuil-Minuit.
- Good, Byron J. 1994. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge; New York [etc.]: Cambridge University Press.
- Gottlieb, Alma. 2000. « Where Have All the Babies Gone? Toward an Anthropology of Infants (and Their Caretakers) ». *Anthropological Quarterly* 73 (3): 121-32.

- Gouilhers Hertig, Solène, Samuele Cavalli, Claudine Burton-Jeangros, et Bernice Elger. 2014. « "Doctor, what would you do in my position?" Health professionals and the decision-making process in pregnancy monitoring ». *Journal of Medical Ethics* 40 (5).
- Gouilhers, Solène. 2009. « "Le bébé c'est pas à un code-barres! On ne peut pas voir tout ce qu'il y a dedans". Enjeux identitaires pour les sages-femmes autour du suivi de la grossesse ». Mémoire de master en sociologie, Genève: Université de Genève.
- . 2010. « Le suivi de la grossesse par les sages-femmes: vers une "autonomie raisonnée" des femmes enceintes ». In *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit et pratiques sociales*, édité par Dominique Manaï, Claudine Burton-Jeangros, et Bernice Elger, 213-42. Berne: Stämpfli.
- Gould, Debby. 2000. « Normal Labour: A Concept Analysis ». *Journal of Advanced Nursing* 31 (2): 418-27.
- Groddeck, Georg. 1976. *Le Livre du Ça*. Paris: Gallimard.
- Grosjean, Michèle. 1993a. « Changement de voix, changement de position dans le travail de la sage-femme ». *Cahier*, n° 5: 29-47.
- . 1993b. « Polyphonies et positions de la sage-femme dans la conduite de l'accouchement ». In *Soins et communication. Une approche interactionniste des relations de soins*, édité par Jacques Cosnier, Michèle Grosjean et Michèle Lacoste. Lyon : Presses universitaires de Lyon, 121-58.
- Grosjean, Michèle, et Michèle Lacoste. 2005. *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gross, Sky E. 2010. « "The alien baby": Risk, blame and prenatal indeterminacy. » *Health, Risk & Society* 12 (1): 21-31.
- Grutter, Max, Laura Inderbitzi, Dora Fitzli, Gian-Andrea Egeler, et Kathrin Koebel. 2015. « Répartition par sexe dans les spécialités gynécologie et l'obstétrique ainsi que la chirurgie ». Office fédéral de la santé publique, Econcept.
- Guignard, Florence Pasche. 2015. « The In/Visibility of Mothering Against the Norm in Francophone Contexts: Private and Public Discourses in the Mediation of "Natural Parenting" ». *Canadian Journal of Communication* 40 (1).
- Hale, Andrew R, et David Borys. 2013. « Working to Rule, or Working Safely ». In *Trapping Safety into Rules: How Desirable or Avoidable is Proceduralization?*, édité par Mathilde Bourrier et Corinne Bieder, 43-68. Farnum, Surrey, England ; Burlington, VT: CRC Press.
- Hale, Andrew R, Tom Heijer, et Floor Koornneef. 2003. « Management of safety rules: the case of railways ». *Safety Science Monitor* 7 (1): 1-11.
- Hale, Andrew R, et PHJJ Swuste. 1998. « Safety rules: procedural freedom or action constraint? » *Safety science* 29 (3): 163-77.
- Hallgrimsdottir, Helga Kristin, et Bryan Eric Benner. 2014. « 'Knowledge is power': risk and the moral responsibilities of the expectant mother at the turn of the twentieth century ». *Health, Risk & Society* 16 (1): 7-21.
- Hamer, Bent. 2003. *Kitchen stories*. Bulbul Film [prod.].
- Hammer, Raphaël. 2010. « Le devoir d'information des gynécologues-obstétriciens et le risque médico-légal ». In *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit et pratiques sociales*, édité par Dominique Manaï, Claudine Burton-Jeangros, et Bernice Elger, 245-79. Berne: Stämpfli.
- Hammer, Raphaël, et Claudine Burton-Jeangros. 2013. « Tensions around risks in pregnancy: A typology of women's experiences of surveillance medicine ». *Social Science & Medicine* 93: 55-63.

- Hammer, Raphaël, Samuele Cavalli, et Claudine Burton-Jeangros. 2009. « Quand le médecin se tire une balle. De la face sombre de la judiciarisation aux transformations sociales de la médecine ». *Carnets de bords en sciences humaines*, n° 16: 9-22.
- Hammer, Raphaël, et Sophie Inglin. 2014. « 'I don't think it's risky, but...': pregnant women's risk perceptions of maternal drinking and smoking ». *Health, Risk & Society* 16 (1): 22-35.
- Hanselmann, Verena, et Salome von Greyerz. 2013a. « Accouchements par césarienne en Suisse. Rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935) ». Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- . 2013b. « Accouchements par césarienne en Suisse. Rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935) ». Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Haraway, Donna. 2007. *Manifeste cyborg et autres essais: Sciences - Fictions - Féminismes*. Paris: Exils Editeur.
- . 2009. *Des singes, des cyborgs et des femmes: La réinvention de la nature*. Paris; Arles: Actes Sud.
- Harcourt, Bernard E. 2009. « Repenser le carcéral à travers le prisme de l'institutionnalisation: Sur les liens entre asiles et prisons aux Etats-Unis ». *Champ pénal/ Penal field*, octobre. <https://champpenal.revues.org/7562?lang=fr>.
- Harris, Gillian, Linda Connor, Andrew Bisits, et Nick Higginbotham. 2004. « "Seeing the Baby": Pleasures and Dilemmas of Ultrasound Technologies for Primiparous Australian Women ». *Medical Anthropology Quarterly* 18 (1): 23-47.
- Harris, L. H. 2000. « Rethinking Maternal-Fetal Conflict: Gender and Equality in Perinatal Ethics ». *Obstetrics and Gynecology* 96 (5 Pt 1): 786-91.
- Hatchuel, Armand, et Benoît Weil. 1992. *L'expert et le système*. Paris: Economica.
- Hatem-Asmar, Marie, et William Fraser. 2004. « La sage-femme du Québec: de la renaissance à la reconnaissance ». *Santé, société et solidarité* 3 (1): 105-15.
- Heimann, S. 2010. « La césarienne sur demande maternelle: quelle est la vraie demande de la mère ? » *Revue de médecine périnatale* 2 (1): 8-11.
- Helén, Ilpo. 2002. « Risk and anxiety: Polyvalence of ethics in high-tech antenatal care ». *Critical Public Health* 12 (2): 119-37.
- . 2004. « Technics over life: risk, ethics and the existential condition in high-tech antenatal care ». *Economy and Society* 33 (1): 28-51.
- Helman, Cecil G. 2001. *Culture, health and illness*. London: New York, NY: CRC Press.
- Helmlinger, Laurence, et Dominique Martin. 2004. « La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité ». *Les Tribunes de la santé* no 5 (4): 39-46.
- Heyman, Bob. 1988. *Risk, Health and Health Care: A qualitative approach*. London: Arnold.
- . 2009. « Values and health risks ». In *Risk, Safety and Clinical Practice Health Care through the Lens of Risk*, édité par Bob Heyman, Monica Shaw, Andy Alaszewski, et Mike Titterton. Oxford: Oxford University Press.
- . 2013. « Health care through the 'lens of risk': reflections on the recent series of four special issues ». *Health, Risk & Society* 15 (8): 615-623 9p.
- Heyman, Bob, Andy Alaszewski, Monica Shaw, et Mike Titterton. 2009. *Risk, Safety and Clinical Practice: Health care through the lens of risk*. Oxford: Oxford University Press.
- Hildingsson, Ingegerd M., Helena E. Lindgren, Bengt Haglund, et Ingela J. Rådestad. 2006. « Characteristics of women giving birth at home in Sweden: A national register study ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 195 (5): 1366-72.

- Hirschman, Albert O. 1970. *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Hirschmann, Nancy J. 2003. *The subject of liberty: toward a feminist theory of freedom*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Hoerni, Bernard. 1998. *Le consentement: information, autonomie et décision en médecine*. Paris [etc.]: Masson.
- Hohlfeld, Patrick. 2011. *Obstétrique*. Lavoisier.
- Holly, Alberto, et Mohamed Benkassmi. 2003. « Health and health care inequalities in Switzerland: a brief review of the literature ». Geneva: The United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). http://www.ruig-gian.org/ressources/comelieu-health_ineq-CH-Holly-Benkassmi.pdf [accessed 7.11.16].
- Holten, Lianne, et Esteriek de Miranda. 2016. « Women's Motivations for Having Unassisted Childbirth or High-Risk Homebirth: An Exploration of the Literature on 'birthing Outside the System' ». *Midwifery* 38: 55-62.
- Homer, Caroline, et Alex Broom. 2012. « Evidence-Based Paradigms and Contemporary Midwifery ». In *Evidence Based Healthcare in Context: Critical Social Science Perspectives*, édité par Alex Broom et Jon Adams, Ashgate, 155-76. Surrey.
- Hopkins, K. 2000. « Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? » *Social Science & Medicine*, 51 (5): 725-40.
- Hutton, Eileen K., Adriana Cappelletti, Angela H. Reitsma, Julia Simioni, Jordyn Horne, Caroline McGregor, et Rashid J. Ahmed. 2016. « Outcomes Associated with Planned Place of Birth among Women with Low-Risk Pregnancies ». *Canadian Medical Association Journal*, 188 (5): E 80-90.
- Hutton, Eileen K., Angela H. Reitsma, et Karyn Kaufman. 2009. « Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: A Retrospective Cohort Study ». *Birth* 36 (3): 180-89.
- Hyde, Matthew James, et Neena Modi. 2012. « The Long-Term Effects of Birth by Caesarean Section: The Case for a Randomised Controlled Trial ». *Early Human Development* 88 (12): 943-49.
- Iacub, Marcela. 2004a. *L'empire du ventre: Pour une autre histoire de la maternité*. Paris: Fayard.
- . 2004b. « Naître sous X ». *Savoirs et clinique* no4 (1): 41-57.
- Ingold, Tim. 2006. « Walking the Plank: Meditations on a Process of Skill ». In *Defining Technological Literacy*, édité par John R. Dakers, 65-80. New York: Palgrave Macmillan US.
- . 2011. *Being Alive: Essays on Movement, Knowledge and Description*. Taylor & Francis.
- Inhorn, Marcia C. 2006. « Defining Women's Health: A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies ». *Medical Anthropology Quarterly* 20 (3): 345-78.
- Irion, Olivier. 2009. « Risques à long terme de l'accouchement par césarienne ». *Revue médicale Suisse* 5 (octobre): 2097-2101.
- Iriye, Brian K., Wilson H. Huang, Jennifer Condon, Lyle Hancock, Judy K. Hancock, Mark Ghamsary, et Thomas J. Garite. 2013. « Implementation of a Laborist Program and Evaluation of the Effect upon Cesarean Delivery ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 209 (3): 251.e1-6.
- Issenhuth-Scharly, Ghislaine. 2010. « Les fondements de la responsabilité médicale en droit français interrogés par l'arrêt "Perruche" ». In *Risques et informations dans le suivi de*

- la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales*, édité par Dominique Manaï, Claudine Burton-Jeangros, et Bernice Elger, 139-68. Berne: Stämpfli.
- Jackson, Melanie, Hannah Dahlen, et Virginia Schmied. 2012. « Birthing Outside the System: Perceptions of Risk amongst Australian Women Who Have Freebirths and High Risk Homebirths ». *Midwifery* 28 (5): 561-67.
- Jacques, Béatrice. 2007. *Sociologie de l'accouchement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- . 2016a. « L'accouchement à la maison comme pratique alternative en 2015 ». In *Naître à la maison: D'hier à aujourd'hui*, édité par Marie-France Morel, Erès, 305-19. Villematier.
- . 2016b. « Où en est-on en 2015 de la reconnaissance de l'accouchement à la maison comme pratique alternative ? ». In *Naître à la maison: D'hier à aujourd'hui*, édité par Marie-France Morel, Erès, 365-86. Villematier.
- Janssen, Patricia A., Lee Saxell, Lesley A. Page, Michael C. Klein, Robert M. Liston, et Shoo K. Lee. 2009. « Outcomes of Planned Home Birth with Registered Midwife versus Planned Hospital Birth with Midwife or Physician ». *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 181 (6-7): 377-83.
- Jeffcott, Shelly, Nick Pidgeon, Andrew Weyman, et John Walls. 2006. « Risk, Trust, and Safety Culture in U.K. Train Operating Companies ». *Risk Analysis: An Official Publication of the Society for Risk Analysis* 26 (5): 1105-21.
- Jenny, Magali. 2012. *Guérisseurs, rebouteux et faiseurs de secret en Suisse romande*. Lausanne: Favre.
- Jewkes, Rachel, et Loveday Penn-Kekana. 2015. « Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women ». *PLoS Medicine* 12 (6). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488340/>.
- Johnson, Sophia Alice. 2014. « "Maternal Devices", Social Media and the Self-Management of Pregnancy, Mothering and Child Health ». *Societies* 4 (2): 330-50.
- Johnston-Robledo, Ingrid, et Joan C. Chrisler. 2013. « The Menstrual Mark: Menstruation as Social Stigma ». *Sex Roles* 68 (1-2): 9-18.
- Johnston-Robledo, Ingrid, et Margaret L. Stubbs. 2013. « Positioning Periods: Menstruation in Social Context: An Introduction to a Special Issue ». *Sex Roles* 68 (1-2): 1-8.
- Jonge, A de, B Y van der Goes, A C J Ravelli, M P Amelink-Verburg, B W Mol, J G Nijhuis, J Bennebroek Gravenhorst, et S E Buitendijk. 2009. « Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116 (9): 1177-84.
- Jonge, Ank de, Jeanette A J M Mesman, Judith Manniën, Joost J Zwart, Jeroen van Dillen, et Jos van Roosmalen. 2013. « Severe Adverse Maternal Outcomes among Low Risk Women with Planned Home versus Hospital Births in the Netherlands: Nationwide Cohort Study ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 346: f3263.
- Jordan, Brigitte. 1997. « Authoritative knowledge and its construction ». In *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, 55-79. Berkeley: University of California Press.
- Jordan, Brigitte, et Robbie Davis-Floyd. 1992. *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Prospect Heights, Ill: Waveland Pr Inc.
- Katz, Mitchell H., Deborah Grady, et Rita F. Redberg. 2014. « Developing Methods for Less Is More ». *JAMA Internal Medicine* 174 (7): 1076-1076.
- Kaufman, Sharon R., et Lynn M. Morgan. 2005. « The Anthropology of the Beginnings and Ends of Life ». *Annual Review of Anthropology* 34: 317-41.

- Kaufmann, Jean-Claude. 2000. *La trame conjugale: analyse du couple par son linge*. Paris: Nathan.
- Keck, Frédéric. 2013. « Vaccinés comme des bêtes ? » *Genèses*, n° 91 (décembre): 96-117.
- Kiefer, Bertrand. 2013. « "Less is more", le moment de vérité ». *Revue médicale Suisse*, n° 406: 2136-36.
- Klein, Alexandre. 2008. « La santé comme norme de soin ». *Philosophia Scientiæ. Travaux d'histoire et de philosophie des sciences*, n° 12-2 (août): 213-27.
- . 2010a. « "Les sensations de santé". Pour une philosophie des pratiques corporelles du sujet de santé ». In *Les sensations de santé: Pour une épistémologie des pratiques corporelles du sujet de santé*, édité par Alexandre Klein, 15-48. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.
- . 2010b. « Quel sujet pour l'éducation en santé ? » *Recherches & éducations*, n° 3 (septembre): 47-75.
- . 2015. *Aux prémices de la démocratie sanitaire. La révolution des normes sociales dans la médecine du peuple du Dr Tissot (1728-1797)*. Centre pour la communication scientifique directe.
- Knibiehler, Yvonne. 1997. *La Révolution maternelle: femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Paris: Perrin.
- . 2001. *Maternité, Affaire Privée, Affaire Publique*. Paris: Bayard.
- . 2007a. *Accoucher: Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe Siècle*. Rennes: Ed. ENSP.
- . 2007b. « Féminisme et maternité ». *La revue lacanienne* 2 (2): 11-17.
- . 2012. *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Que sais-je ?. Paris: Presse universitaires de France.
- . 2015. *La revanche de l'amour maternel ?* Toulouse: Erès.
- Kobelinsky, Carolina. 2009. « Les situations de retour ». In *Les politiques de l'enquête*, par Alban Bensa et Dider Fassin, 185-204. Paris : La Découverte.
- Koenig, Gérard. 2003. « L'organisation dans une perspective interactionniste ». In *Le sens de l'action: Karl Weick: sociopsychologie de l'organisation*, édité par Bénédicte Vidaillet, 15-34. Paris: Vuibert.
- Kon, Alexander A. 2012. « Difficulties in Judging Patient Preferences for Shared Decision-Making ». *Journal of Medical Ethics* 38 (12): 719-20.
- Kornelsen, Jude. 2005. « Essences and imperatives: an investigation of technology in childbirth ». *Social Science & Medicine* (1982) 61 (7): 1495-1504.
- Kukla, Rebecca. 2005. *Mass hysteria: medicine, culture, and mothers' bodies*. Explorations in bioethics and the medical humanities. Lanham, Md: Rowman & Littlefield.
- . 2010. « The ethics and cultural politics of reproductive risk warnings: A case study of California's Proposition 65 ». *Health, Risk & Society* 12 (4): 323-34.
- Kumar, R. Siva. 2015. « WHO : Avoir The "Caesarean Epidemic" ». *News Everyday*, avril 13.
- La Porte, Todd R. 1996. « High Reliability Organizations: Unlikely, Demanding and At Risk ». *Journal of Contingencies and Crisis Management* 4 (2): 60-71.
- Laborier, Pascale, et Pierre Lacoumes. 2005. « L'action publique comprise comme gouvernementalisation de l'Etat ». In *Travailler avec Foucault: retours sur le politique*, 37-62. Cahiers politiques. Paris [etc]: L'Harmattan.
- Lahire, Bernard. 2002. « Objectivation sociologique, critique sociale et disqualification ». *Mouvements* no24 (5): 46-52.

- Lamoureux, Diane. 2011. « Y a-t-il une troisième vague féministe ? » *Cahiers du Genre* HS n° 1 (3): 57-74.
- Lane, Karen. 1995. « The medical model of the body as a site of risk: a case study of childbirth ». In *Medicine, Health and Risk: Sociological Approaches*, édité par Jonathan Gabe, 53-72. Oxford: Blackwell.
- Lankshear, Gloria, Elizabeth Ettore, et David Mason. 2005. « Decision-making, uncertainty and risk: Exploring the complexity of work processes in NHS delivery suites ». *Health, Risk & Society* 7 (4): 361-77.
- Lansac, Jacques, et Michel Sabouraud. 2004. « Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale ». *Les Tribunes de la santé* no 5 (4): 47-56.
- Lascoumes, Pierre. 2004. « La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir ». *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, n° 13-14 (septembre).
- Latham, Stephen R., et Errol R. Norwitz. 2009. « Ethics and "Cesarean Delivery on Maternal Demand" ». *Seminars in Perinatology* 33 (6): 405-9.
- Latour, Bruno, et Steve Woolgar. 1979. *Laboratory Life : The Construction of Scientific Facts*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Latour, Bruno, Steve Woolgar, et Michel Biezunski. 2008. *La vie de laboratoire: la production des faits scientifiques*. Paris: La Découverte.
- Laughon, S. Katherine, D. Ware Branch, Julie Beaver, et Jun Zhang. 2012. « Changes in labor patterns over 50 years ». *American journal of obstetrics and gynecology* 206 (5): 419.e1-419.e9.
- Laurence, Michel, et Najoua Mlika-Cabanne. 2007. « L'expression abdominale durant la 2^e phase de l'accouchement. Recommandations professionnelles ». France: Haute Autorité de Santé.
- Le Breton, David. 2010a. *Expériences de la douleur: entre destruction et renaissance. Traversées*. Paris: Métailié.
- . 2010b. *La sociologie du corps*. Paris: Presses universitaires de France.
- . 2012. « Les passions du risque ». *Que sais-je ?*, janvier, 105-18.
- . 2013. *L'adieu au corps*. Paris: Editions Métailié.
- Le Hir, Pierre. 2016. « Généraliser l'allaitement sauverait plus de 800 000 enfants par an ». *Le Monde*, janvier 29.
- Leavitt, Judith Walzer. 1984. « Birthing and Anesthesia: The Debate Over Twilight Sleep ». In *Women and Health in America: Historical Readings*, édité par Judith Walzer Leavitt, 175-84. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- . 1986. « Under the Shadow of Maternity: American Women's Responses to Death and Debility Fears in Nineteenth-Century Childbirth ». *Feminist Studies* 12: 129-54.
- Leboyer, Frédérick. 1974. *Pour une naissance sans violence*. Paris : Seuil.
- Lee, Ellie, Jan Macvarish, et Jennie Bristow. 2010. « Risk, health and parenting culture ». *Health, Risk & Society* 12 (4): 293-300.
- Lee, Suzanne, Susan Ayers, et Des Holden. 2016. « Risk Perception and Choice of Place of Birth in Women with High Risk Pregnancies: A Qualitative Study ». *Midwifery* 38 (juillet): 49-54.
- Leftwich, Heidi K., Mary N. Zaki, Isabelle Wilkins, et Judith U. Hibbard. 2013. « Labor patterns in twin gestations ». *American journal of obstetrics and gynecology* 209 (3): 254.e1-254.e5.
- Lemay, Gloria. 2000. « Pushing for First-Time Moms ». *Midwifery today*, n° 55.

- Lemos, Andrea, Elizabeth Dean, et Armèle Dornelas de Andrade. 2011. « The Valsalva Maneuver Duration during Labor Expulsive Stage: Repercussions on the Maternal and Neonatal Birth Condition ». *Revista Brasileira De Fisioterapia (São Paulo, Brazil)* 15 (1): 66-72.
- Leneveu, M. -C. 2013. « Définition d'un concept : approche anthropologique du rite de passage ». *Éthique & Santé* 10 (2): 66-69.
- Letourmy, Alain, et Michel Naïditch. 2009. « L'émergence de la démocratie sanitaire en France ». *Santé, Société et Solidarité* 8 (2): 15-22.
- Lindgren, Helena E., Ingela J. Rådestad, Kyllike Christensson, Kristina Wally-Bystrom, et Ingegerd M. Hildingsson. 2010. « Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth ». *Midwifery* 26 (2): 163-72.
- Liu, Shiliang, Maureen Heaman, K. S. Joseph, Robert M. Liston, Ling Huang, Reg Sauve, Michael S. Kramer, et Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. 2005. « Risk of Maternal Postpartum Readmission Associated with Mode of Delivery ». *Obstetrics and Gynecology* 105 (4): 836-42.
- Lomba, Cédric. 2008. « Avant que les papiers ne rentrent dans les cartons : usages ethnographiques des documents d'entreprises ». In *Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées*, par Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba, et Séverin Muller, 29-44. Paris: La Découverte.
- Longchamp, Philippe. 2009. « Des infirmières scolaires dans l'espace social ». *Carnets de bord en sciences humaines* 16: 45-66.
- Longhurst, Robyn. 2001. *Bodies: Exploring Fluid Boundaries*. Psychology Press.
- . 2012. *Maternities: Gender, Bodies and Space*. New York, London: Routledge.
- Longworth, Heather L., et Carol K. Kingdon. 2010. « Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study ». *Midwifery*, 27 (5) : 588-94.
- Lothian, Judith A. 2000. « Questions from our readers. Why natural childbirth? » *Journal of Perinatal Education* 9 (4): 44-46 3p.
- Lothian, Judith A., et Ann Grauer. 2003. « "Reality" Birth: Marketing Fear to Childbearing Women ». *The Journal of Perinatal Education* 12 (2): vi-viii.
- Lowe, Pam. 2016. *Reproductive Health and Maternal Sacrifice: Women, Choice and Responsibility*. London: Palgrave Macmillan.
- Luisier, Viviane. 2006. *Sages-Femmes: la cornette sous le paillason?: évolution de la profession entre 1960 et 2000 à Genève: contribution au débat sur la naissance*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène.
- Lupton, Deborah. 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): 425-35.
- . 1995. *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London ; Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications Ltd.
- . 1997a. *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage Publications.
- . 1997b. « Consumerism, reflexivity and the medical encounter ». *Social Science & Medicine* 45 (3): 373-81.
- . 1999. « Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment ». In *Risk and Sociocultural Theory*, par Deborah Lupton, 59-85. Cambridge: Cambridge University Press.
- . 2006. « Sociology and risk ». In *Beyond the risk society: critical reflections on risk and human security*, édité par Gabe Mythen et Sandra Walklate, 11-24. Maidenhead: Open Univ. Press.

- . 2011. « 'The best thing for the baby': Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development ». *Health, Risk & Society* 13 (7-8): 637-51.
- . 2012a. « Configuring Maternal, Preborn and Infant Embodiment ». *Sydney Health & Society Group Working Paper*, n° 2.
- . 2012b. « "Precious cargo": foetal subjects, risk and reproductive citizenship ». *Critical Public Health* 22 (3): 329-40.
- . 2012c. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. Los Angeles: SAGE Publications Ltd.
- . 2012d. « M-Health and Health Promotion: The Digital Cyborg and Surveillance Society ». *Social Theory & Health* 10 (3): 229-44.
- . 2012e. *Fat*. New York: Routledge.
- . 2013a. « Quantifying the body: monitoring and measuring health in the age of mHealth technologies ». *Critical Public Health* 23 (4): 393-403.
- . 2013b. *Risk*. Abingdon: Routledge.
- . 2013c. « The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring and Self-Care in the Digital Health Era ». *Social Theory & Health* 11 (3): 256-70.
- . 2014. « Precious, Pure, Uncivilised, Vulnerable: Infant Embodiment in Australian Popular Media ». *Children & Society* 28 (5): 341-51.
- . 2016. *The Quantified Self*. Polity.
- Lupton, Deborah, et Gareth M. Thomas. 2015. « Playing Pregnancy: The Ludification and Gamification of Expectant Motherhood in Smartphone Apps ». *M/C Journal* 18 (5).
- Lupton, Deborah, et John Tulloch. 2002a. « 'Risk Is Part of Your Life': Risk Epistemologies Among a Group of Australians ». *Sociology* 36 (2): 317-34.
- . 2002b. « "Life would be pretty dull without risk": Voluntary risk-taking and its pleasures ». *Health, Risk & Society* 4 (2): 113-24.
- Lynch, Elizabeth. 2007. « Do-It-Yourself Delivery ». *Nursing Standard*, 22 (11): 22-23.
- Lyng, Stephen. 2004. *Edgework: The Sociology of Risk-Taking*. New-York: Routledge.
- Mackenbach, Johan P. 2012. « The Persistence of Health Inequalities in Modern Welfare States: The Explanation of a Paradox ». *Social Science & Medicine* (1982) 75 (4): 761-69.
- Mackenbach, Johan P., Vivian Bos, Otto Andersen, Mario Cardano, Giuseppe Costa, Seeromanie Harding, Alison Reid, Orjan Hemström, Tapani Valkonen, et Anton E. Kunst. 2003. « Widening Socioeconomic Inequalities in Mortality in Six Western European Countries ». *International Journal of Epidemiology* 32 (5): 830-37.
- MacLennan, Alastair, Karin B. Nelson, Gary Hankins, et Michael Speer. 2005. « Who Will Deliver Our Grandchildren?: Implications of Cerebral Palsy Litigation ». *JAMA* 294 (13): 1688-90.
- Maffi, Irene. 2012a. « Géographie du corps féminin et pratiques de la naissance en Jordanie. Une ethnographie du milieu obstétrical ». *Genre, sexualité et société*, n° 8: 1-17.
- . 2012b. « L'accouchement est-il un événement? Regards croisés sur les définitions médicales et les expériences intimes des femmes en Jordanie et en Suisse ». *Mondes contemporains*, n° 2: 53-80.
- . 2013. « Can caesarean section be 'natural'? The hybrid nature of the nature-culture dichotomy in mainstream obstetric culture ». *Journal for Research in Sickness and Society*, 10 (19): 5-26.
- . 2014. « Les cours de préparation à la naissance dans une maternité suisse. Entre logiques institutionnelles, postures des sages-femmes et autonomie des couples ». In

- Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*, édité par Claudine Burton-Jeangros, Raphaël Hammer, et Irène Maffi, 175-98. Lausanne: BSN Press.
- . 2016. « The Detour of an Obstetric Technology: Active Management of Labor Across Cultures ». *Medical Anthropology* 35 (1): 17-30.
- Malacrida, Claudia, et Tiffany Boulton. 2012. « Women's Perceptions of Childbirth "Choices": Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness ». *Gender & Society* 26 (5): 748-72.
- . 2014. « The Best Laid Plans? Women's Choices, Expectations and Experiences in Childbirth ». *Health*: 18 (1): 41-59.
- Manai, Dominique, Claudine Burton-Jeangros, et Bernice Elger. 2010. *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales*. Berne: Stämpfli.
- Mansfield, Becky. 2008. « The social nature of natural childbirth ». *Social Science & Medicine* 66 (5): 1084-94.
- Marchand, Trevor H.J. 2010a. « Making Knowledge : explorations of the indissoluble relation between minds, bodies and environment ». *Journal of the Royal Anthropological Institute*, n° 1: 1-21.
- . 2010b. « Embodied Cognition and Communication: Studies with British Fine Woodworkers ». *Journal of the Royal Anthropological Institute* 16 (mai): S100-120.
- Marchive, Alain. 2012. « Contrôle et autocensure dans l'enquête ethnographique. Pour une éthique minimaliste ». *Les Sciences de l'éducation*, 45 (4): 77-94.
- Marcus, George E. 1995. « Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography ». *Annual Review of Anthropology* 24 (1): 95-117.
- . 1998. *Ethnography through Thick and Thin*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Mardon, Aurélia. 2011. « Honte et dégoût dans la fabrication du féminin ». *Ethnologie française* 41 (1): 33-40.
- Markens, Susan, C. H. Browner, et Nancy Press. 1997. « Feeding the Fetus: On Interrogating the Notion of Maternal-Fetal Conflict ». *Feminist Studies: FS* 23 (2): 351-72.
- Marsh, Christine A., Jenny Browne, Jan Taylor, et Deborah Davis. 2015. « Guilty until proven innocent? – The Assumption of Care of a baby at birth ». *Women and Birth* 28 (1): 65-70.
- Martin, Emily. 2001. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martin, Marie-Claude. 2016. « Ne pas allaiter, est-ce un péché? », février 4, *Le Temps*.
- Massé, Raymond. 2001. « Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (dir.), Critique de la santé publique. Une approche anthropologique ». *Bulletin Amades*, 48, n° 48 (décembre).
- Mauss, Marcel. 1921. « L'expression obligatoire des sentiments ». *Journal de psychologie*, n° 18: 2-7.
- . 1936. « Les techniques du corps ». *Journal de psychologie* XXXII (3-4).
- . 2012. *Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris: PUF.
- McAra-Couper, Judith, Marion Jones, et Liz Smythe. 2012. « Caesarean-Section, My Body, My Choice: The Construction of 'informed Choice' in Relation to Intervention in Childbirth ». *Feminism & Psychology* 22 (1): 81-97.

- McCallum, Cecilia. 2005. « Explaining Caesarean Section in Salvador Da Bahia, Brazil ». *Sociology of Health & Illness* 27 (2): 215-42.
- McCarty, Niall. 2016. « Which Countries Have The Highest Caesarean Section Rates ? » *Forbes*, janvier 12.
- McCourt, Chris, Jane Weaver, Helen Statham, Sarah Beake, Jenny Gamble, et Debra K Creedy. 2007. « Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature ». *Birth* 34 (1): 65-79.
- McKenzie-McHarg, Kirstie, Susan Ayers, Elizabeth Ford, Antje Horsch, Julie Jomeen, Alexandra Sawyer, Claire Stramrood, Gill Thomson, et Pauline Slade. 2015. « Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research ». *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 33 (3): 219-37.
- Meidani, Anastasia, Emilie Legrand, et Béatrice Jacques. 2015. « Introduction ». In *La santé : du public à l'intime*, par Anastasia Meidani, Emilie Legrand, et Béatrice Jacques, 5-14. Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Memmi, Dominique. 2003. *Faire vivre et laisser mourir : Le Gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : La Découverte.
- . 2004. « Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort ». In *Le Gouvernement Des Corps*, 135-54. Paris: Ed. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- . 2011. *La seconde vie des bébés morts*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- . 2014. *La revanche de la chair: essai sur les nouvelles formes de l'identité*. La couleur des idées. Paris: Seuil.
- . 2015. « La dure administration des restes ». In *La seconde vie des bébés morts*, édité par Dominique Memmi, 155-80. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Memmi, Dominique, Gilles Raveneau, et Emmanuel Taïeb. 2011. « Introduction. La fabrique du dégoût ». *Ethnologie française* 41 (1): 5-16.
- Meyer, Katharina (dir.). 2008. « La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008 ». Genève: Médecine et Hygiène.
- Miller, Amy Chasteen. 2009. « "Midwife to Myself": Birth Narratives among Women Choosing Unassisted Homebirth* ». *Sociological Inquiry* 79 (1): 51-74.
- . 2012. « On the Margins of the Periphery: Unassisted Childbirth and the Management of Layered Stigma ». *Sociological Spectrum* 32 (5): 406-23.
- Minvielle, Etienne. 1996. « Gérer la singularité à grande échelle ». Thèse de doctorat en gestion, Paris: Ecole Polytechnique.
- Mitchell, Lisa M. 2001. *Baby's First Picture: Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects*. Toronto: University of Toronto Press.
- Mitchell, Mary, et Stuart McClean. 2014. « Pregnancy, risk perception and use of complementary and alternative medicine ». *Health, Risk & Society* 16 (1): 101-16.
- Monjaret, Anne. 2001. « La fête, une pratique extra-professionnelle sur les lieux de travail. » *Revue Cités*, n° 8: 87-100.
- Mörel, Gaël, René Amalberti, et Christine Chauvin. 2008. « Articulating the Differences between Safety and Resilience: The Decision-Making Process of Professional Sea-Fishing Skippers ». *Human Factors* 50 (1): 1-16.
- Morel, Marie-France. 2002. « Histoire de la douleur dans l'accouchement ». *Réalités en gynécologie obstétrique*, n° 67 (janvier).

- . 2014. « Naître sans violence: les mutations de l'accueil du nouveau-né dans les années 1970 ». XXIV^e Rencontres de Béziers: Premières séparations, premières socialisations Béziers: Béziers Périnatalité.
- . 2016. « Introduction ». In *Naître à la maison: D'hier à aujourd'hui*, par Marie-France Morel, Erès, 9-20. Villematier.
- Morgan, Lynn M., et Meredith W. Michaels. 1999. « Introduction:the fetal imperative ». In *Fetal subjects, feminist positions*, édité par Lynn M. Morgan et Meredith W. Michaels, 1-10. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Mucchielli, Alex, éd. 2009. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Murphy-Lawless, Jo. 1992. « Reading Birth and Death through Obstetric Practice ». *The Canadian Journal of Irish Studies* 18 (1): 129-45.
- . 1998. *Reading Birth and Death. A History of Obstetric Thinking*. Bloomington et Indianapolis: Indiana University Press.
- Murray-Davis, Beth, Patricia McNiven, Helen McDonald, Anne Malott, Lehe Elarar, et Eileen Hutton. 2012. « Why Home Birth? A Qualitative Study Exploring Women's Decision Making about Place of Birth in Two Canadian Provinces ». *Midwifery* 28 (5): 576-81.
- Nadot, Michel. 2006. « La profession infirmière au XXI^e siècle: Défis et réalités ». présenté à 1st International Conference of the Scientific Association of the Arab Nursing Faculties, Beyrouth (Liban), mai 4.
- Nakano, Andreza Rodrigues, Claudia Bonan, et Luiz Antônio Teixeira. 2015. « The normalization of c-section as a way of birth: material culture of birth in private hospitals in Southeastern Brazil ». *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 25 (3): 885-904.
- Nelson, Antonia M. 2003. « Transition to Motherhood ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN* 32 (4): 465-77.
- Neuhaus, W., C. Piroth, P. Kiencke, U. J. Göhring, et P. Mallman. 2002. « A psychosocial analysis of women planning birth outside hospital ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 22 (2): 143-49.
- NICE. 2014. « Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies during Childbirth ». Guideline CG190.
- . 2015. « Safe midwifery staffing for maternity settings (guideline) ». National Institute for Health and Care Excellence.
- Nisand, Israël. 2016. « Qu'est ce qu'un "accouchement naturel" et quand devient-il "médicalisé?" » présenté à Medicalized Childbirth as a Public Problem, Paris, EHESS, septembre 29.
- Nissim, Rina. 2014. *Une sorcière des temps modernes: Le self-help et le mouvement femmes et santé*. Carouge: Mamamelis.
- Oakley, Ann. 1984. *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell.
- . 1988. *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. New York: Schocken Books.
- . 1993. *Essays on Women, Medicine and Health: Essays on Women, Medicine & Health*. 1 edition. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- OCDE. 2009. « Panorama de la santé 2009 :les indicateurs de l'OCDE ».
- . 2013. « Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE ». Editions OCDE: Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr.

- O'Connell, Rhona, et Soo Downe. 2009. « A Metasynthesis of Midwives' Experience of Hospital Practice in Publicly Funded Settings: Compliance, Resistance and Authenticity ». *Health*: 13 (6): 589-609.
- Odent, Michel. 1976. *Bien naître*. Paris: Seuil.
- . 2001. *L'amour scientifié*. St Julien-en-Genevoix: Editions Jouvence.
- Office fédéral de la statistique. 2007. « Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse. Séjours hospitaliers durant la grossesse et les accouchements ». *StatSanté* 1/2007. Neuchâtel. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/dos/02.html>.
- Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas d', Simone Grilo Diniz, et Lilia Blima Schraiber. 2002. « Violence against Women in Health-Care Institutions: An Emerging Problem ». *Lancet (London, England)* 359 (9318): 1681-85.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 1995. « La politique du terrain ». *Enquête. Archives de la revue Enquête*, n° 1 (octobre): 71-109.
- . 2008. *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant.
- . 2012. « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest ». *Autrepart*, n° 20 (janvier): 61-73.
- Olsen, Ole, et Jette A Clausen. 2012. « Planned hospital birth versus planned home birth ». *Cochrane Database Systematic Review* 9.
- Olson, Rebecca E., et Sudeepa Abeysinghe. 2014. « None of the above: uncertainty and diagnosis ». In *Social Issues in Diagnosis: An Introduction for Students and Clinicians*, par Anne-Marie Goldstein Jutel et Kevin Dew, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 47-60.
- Oria, Nathalie, et Jérôme Camus. 2012. « Avoir un premier enfant: un rite d'institution ». *Recherches familiales*, n° 9 (mars): 49-59.
- OSSIPow, Laurence, Marc Berthod, et Gaëlle Aeby. 2014. *Les miroirs de l'adolescence: anthropologie du placement juvénile*. Regards anthropologiques. Lausanne: Antipodes.
- Oudshoorn, Nelly. 1994. *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*. London: Routledge.
- . 1998. « Hormones, techniques et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940) ». *Annales HSS*, n° 4-5 (octobre).
- Paillet, Anne. 2007. *Sauver la vie, donner la mort: une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris: La Dispute.
- Panese, Francesco, et Vincent Barras. 2008. « Médicalisation de la "vie" et reconfigurations médicales ». *Revue des sciences sociales*, n° 39: 20-29.
- Parry, Diana C. 2008. « "We Wanted a Birth Experience, Not a Medical Experience": Exploring Canadian Women's Use of Midwifery ». *Health Care for Women International* 29 (8): 784-806.
- Pascali-Bonaro, Debra. 2008. *Orgasmic birth. The best kept secret*. Seedsman Group.
- Pattaroni, Luca. 2007. « Le sujet en l'individu: La promesse d'autonomie du travail social au risque d'une colonisation par le proche ». *Action publique et subjectivité*, 203-18.
- Patterson, Ashly. 2014. « The Social Construction and Resistance of Menstruation as a Public Spectacle ». In *Illuminating How Identities, Stereotypes and Inequalities Matter through Gender Studies*, édité par D. Nicole Farris, Mary Ann Davis, et D'lane R. Compton, 91-108. Springer Netherlands
- Peneff, Jean. 1992. « Annexe méthodologique ». In *L'Hôpital en urgence. Étude par observation participante*, 231-53. Paris: Éditions Métailié.

- Peretti-Watel, Patrick. 2003. *Sociologie du risque*. Paris: A. Colin.
- . 2004. « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque ». *Revue française de sociologie* Vol. 45 (1): 103-32.
- . 2005. « La culture du risque, ses marqueurs sociaux et ses paradoxes ». *Revue économique* 56 (2): 371.
- . 2010. *La société du risque*. Paris: Ed. La Découverte.
- Peretti-Watel, Patrick, et Jean-Paul Moatti. 2009. *Le principe de prévention: le culte de la santé et ses dérives*. Paris: Seuil.
- Peretz, Henri. 2004. *Les méthodes en sociologie: l'observation*. Paris: Ed. La Découverte.
- Perin, Constance. 1993. « The dynamics of safety: The intersection of technical, cultural and social regulative systems in the operation of high hazard technologies ». Paper to the 11th NeTWork Workshop on « the use of rules to achieve safety », Bad Homburg MIT, Sloan School of Management, mai 6.
- Perrenoud, Patricia. 2014. « Naissance et évolution des pratiques: entre Evidence Based Medicine, expérience et intuition ». In *Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande*, édité par Irene Maffi, Claudine Burton-Jeangros, et Raphaël Hammer. Lausanne: BSN Press.
- . 2016. « Construire des savoirs issus de l'expérience à l'ère de l'Evidence-Based Medicine: une enquête anthropologique auprès de sages-femmes indépendantes ». Thèse de doctorat en anthropologie, Lausanne: Université de Lausanne.
- Pierron, Jean-Philippe. 2007. « Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins ». *Sciences sociales et santé* 25 (2): 43-66.
- Poliak, Claude. 2002. « Manières profanes de «parler de soi» ». *Genèses*, n° 2: 4-20.
- Politis Mercier, Maria-Pia. 2015. « Dotation en personnel: aperçu de la littérature sur les rations Sage-femme / Femmes ». présenté à Journée scientifique HES-SO: Sécurité et qualité en milieu intra et extra hospitalier: le rôle de la sage-femme., Hôpitaux Universitaires de Genève, mai 29.
- Possamai-Inesedy, Alpha. 2006. « Confining risk: Choice and responsibility in childbirth in a risk society ». *Health Sociology Review* 15 (4): 406-14.
- Pouchelle, Marie-Christine. 2008. *L'hôpital ou le théâtre des opérations: Essais d'anthropologie hospitalière 2*. Paris: Seli Arslan.
- Pourtois, Jean-Pierre, et Huguette Desmet. 1988. *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège: P. Mardaga.
- Prins, M, J Boxem, C Lucas, et E Hutton. 2011. « Effect of Spontaneous Pushing versus Valsalva Pushing in the Second Stage of Labour on Mother and Fetus: A Systematic Review of Randomised Trials ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 118 (6): 662-70.
- Prior, Lindsay, Fiona Wood, Jonathon Gray, Roisin Pill, et David Hughes. 2002. « Making risk visible: The role of images in the assessment of (cancer) genetic risk ». *Health, Risk & Society* 4 (3): 241-58.
- Quéniart, Anne. 1989. « Prévention des risques et contrôle social: l'exemple de la maternité ». *Déviance et société* 13 (4): 327-37.
- Rabeharisoa, Vololona, Tiago Moreira, et Madeleine Akrich. 2014. « Evidence-Based Activism: Patients', Users' and Activists' Groups in Knowledge Society ». *BioSocieties* 9 (2): 111-28.
- Rapp, Rayna. 1999. *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York [etc.]: Routledge.

- Razurel, Chantal, Huguette Desmet, et Catherine Sellenet. 2011. « Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? » *Recherche en soins infirmiers*, n° 106: 47-58.
- RCM, et RCOG. 2007. « Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives Joint Statement ». *Home birth*, n° 2 (avril).
- Reason, James. 1993. *L'erreur humaine*. Paris: Presses universitaires de France.
- . 2000. « Human Error: Models and Management ». *BMJ: British Medical Journal* 320 (7237): 768-70.
- . 1997. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot, Hants, England ; Brookfield, Vt., USA: Ashgate.
- . 2008. *The human contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries*. Aldershot: Ashgate.
- Redaction (The Lancet). 1999. « Michel Odent ». *The Lancet* 353 (9154): 764.
- Reiger, Kerreen. 2008. « Domination or Mutual Recognition? Professional Subjectivity in Midwifery and Obstetrics ». *Social Theory & Health* 6 (2): 132-47.
- Reissman, Catherine Kohler. 1983. « Women and Medicalization: A New Perspective ». *Social Policy* 14 (1): 3-18.
- Revault-d'Allones, Claude. 1976. *Le mal joli*. Paris: PLoN.
- Reynaud, Jean-Daniel. 1988. « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome ». *Revue française de sociologie* 29 (1): 5-18.
- . 1995. *Le conflit, la négociation et la règle*. Toulouse: Octares Ed.
- . 1997. *Les règles du jeu - L'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin.
- Rich, Adrienne. 1976. *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. Norton Pbk. Ed edition. New York: W. W. Norton & Company.
- Rieder, Philip (dir.). 2007. *A l'orée de la vie*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène, Hôpitaux Universitaires de Genève.
- Rivard, Andrée. 2016. *De la naissance et des pères: une histoire de la paternité au 20e siècle*. Editions du Remue-Ménage.
- Roome, S, D Hartz, S Tracy, et Aw Welsh. 2016. « Why Such Differing Stances? A Review of Position Statements on Home Birth from Professional Colleges ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 123 (3): 376-82.
- Rose, Nikolas. 1999. *Powers of Freedom*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rothman, Barbara Katz. 1982. *Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York: W W Norton.
- . 1989. *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal society*. New York: W.W. Norton & Co.
- . 2014. « Pregnancy, birth and risk: an introduction ». *Health, Risk & Society* 16 (1): 1-6.
- Rothman, David J. 1971. *The Discovery of the Asylum: Social Order and Disorder in the New Republic*. Little Brown. Boston.
- Roy, Donald. 2006. *Un sociologue à l'usine: textes essentiels pour la sociologie du travail*. Paris: La Découverte.
- Ruston, Annmarie. 2006. « Interpreting and managing risk in a machine bureaucracy: Professional decision-making in NHS Direct ». *Health, Risk & Society* 8 (3): 257-71.
- Rutherford, Markella, et Selina Gallo-Cruz. 2008. « Selling the ideal birth: Rationalization and re-enchantment in the marketing of maternity care ». In *Patients, Consumers and*

- Civil Society*, 10:75-98. Advances in Medical Sociology 10. Emerald Group Publishing Limited.
- Sage Pranchère, Nathalie. 2016. « Au coeur des familles. Les matrones auprès des mères en France au XIX^e siècle ». In *Naître à la maison: D'hier à aujourd'hui*, par Marie-France Morel, Erès, 79-101. Villematier.
- Saglio, Jean. 2001. « Souplesse du quotidien et rigidité dans la crise: l'organisation du travail sur un bateau de guerre ». In *Organiser la fiabilité*, édité par Mathilde Bourrier, 161-82. Paris: L'Harmattan.
- Samerski, Silja. 2009. « Genetic Counseling and the Fiction of Choice: Taught Self-Determination as a New Technique of Social Engineering ». *Signs* 34 (4): 735-61.
- Sandall, Jane, Marie Hatem, Declan Devane, Hora Soltani, et Simon Gates. 2009. « Discussions of Findings from a Cochrane Review of Midwife-Led versus Other Models of Care for Childbearing Women: Continuity, Normality and Safety ». *Midwifery* 25 (1): 8-13.
- Sandall, Jane, Caroline Homer, Euan Sadler, Caroline Rudisill, Ivy Bourgeault, Susan Bewley, Pauline Nelson, Luke Cowie, Chris Cooper, et Natasha Curry. 2011. « Staffing in maternity units. Getting the right people in the right place at the right time ». London: The King's Fund.
- Sargent, Carolyn. 1984. « Between death and shame: Dimensions of pain in Bariba culture ». *Social science & medicine* 19 (12): 1299-1304.
- Sarradon-Eck, Aline. 2009. « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique ». *ethnographiques.org*, n° 17.
- Sartwelle, Thomas P., et James C. Johnston. 2015. « Cerebral Palsy Litigation Change Course or Abandon Ship ». *Journal of Child Neurology* 30 (7): 828-41.
- Savage, W., et C. Francome. 2007. « British Consultants' Attitudes to Caesareans ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* 27 (4): 354-59.
- Saxell, Lee. 2004. « Risque : théorie ou réel ? » In *Le nouvel art de la sage-femme: science et écoute mises en pratique*, édité par Lesley Ann Page, Patricia Percival, et Sheila Kitzinger, 85-103. Paris: Elsevier.
- Scamell, Mandie. 2011. « The Swan Effect in Midwifery Talk and Practice: A Tension between Normality and the Language of Risk ». *Sociology of Health & Illness* 33 (7): 987-1001.
- . 2014. « Childbirth Within the Risk Society ». *Sociology Compass* 8 (7): 917-28.
- . 2016. « The Fear Factor of Risk – Clinical Governance and Midwifery Talk and Practice in the UK ». *Midwifery* 38 (juillet): 14-20.
- Scamell, Mandie, et Andy Alaszewski. 2012. « Fateful moments and the categorisation of risk: Midwifery practice and the ever-narrowing window of normality during childbirth ». *Health, Risk & Society* 14 (2): 207-21.
- Scamell, Mandie, et Mary Stewart. 2014. « Time, risk and midwife practice: the vaginal examination ». *Health, Risk & Society* 16 (1): 84-100.
- Schindler, Mélinée. 2014. « Avoir raison de la souillure : l'observance de l'hygiène des mains en milieu hospitalier ». *Sciences sociales et santé* 31 (4): 5-28.
- Schmied, Virginia, et Deborah Lupton. 2001. « The Externality of the inside: Body Images of Pregnancy ». *Nursing Inquiry* 8 (1): 32-40.
- Schroeder, Elizabeth, Stavros Petrou, Nishma Patel, Jennifer Hollowell, David Puddicombe, Maggie Redshaw, et Peter Brocklehurst. 2012. « Cost Effectiveness of Alternative

- Planned Places of Birth in Woman at Low Risk of Complications: Evidence from the Birthplace in England National Prospective Cohort Study ». *BMJ* 344 (avril): e2292.
- Schwartz, Olivier. 1993. « L'empirisme irréductible, postface de l'ouvrage ». In *Le hobo: sociologie du sans-abri*, par Nels Anderson, 265-308. Paris: Nathan.
- Schweyer, François-Xavier. 1996. « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste ». *Sciences sociales et santé* 14 (3): 67-102.
- Seear, Kate. 2009. « The etiquette of endometriosis: Stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay ». *Social Science & Medicine* 69 (8): 1220-27.
- Senier, Laura. 2008. « "It's Your Most Precious Thing": Worst-Case Thinking, Trust, and Parental Decision Making about Vaccinations* ». *Sociological Inquiry* 78 (2): 207-29.
- Sennett, Richard. 2000. *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. New York; London: W. W. Norton & Company.
- Sevelsted, Astrid, Jakob Stokholm, Klaus Bønnelykke, et Hans Bisgaard. 2014. « Cesarean Section and Chronic Immune Disorders ». *Pediatrics*, novembre, peds.2014-0596.
- Shaw, Jessica C A. 2013. « The Medicalization of Birth and Midwifery as Resistance ». *Health Care for Women International* 34 (6): 522-36.
- Sheen, Kayleigh, Helen Spiby, et Pauline Slade. 2015. « Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout ». *International Journal of Nursing Studies* 52 (2): 578-87.
- Sheth, S. S., et A. N. Malpani. 1997. « Inappropriate use of new technology: impact on women's health ». *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 58 (1): 159-65.
- Shiloh, Shoshana. 1996. « Decision-making in the context of genetic risk ». In *The troubled helix*, édité par Theresa Marteau et Martin Richards, 82-103. Cambridge: Cambridge University Press.
- Siddique, Haroon. 2014. « Low-risk pregnant women urged to avoid hospital births ». *The Guardian*, décembre 3.
- Simonds, Wendy, Barbara Katz Rothman, et Bari Meltzer Norman. 2006. *Laboring On: Birth in Transition in the United States*. New York: Routledge.
- Sjöblom, Ingela, Ewa Idvall, Ingela Rådestad, et Helena Lindgren. 2012. « A provoking choice—Swedish women's experiences of reactions to their plans to give birth at home ». *Women and Birth* 25 (3): e11-18.
- Sjöblom, Ingela, Berit Nordström, et Anna-Karin Edberg. 2006. « A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden ». *Midwifery* 22 (4): 348-55.
- Skinner, Joan, et Robyn Maude. 2016. « The Tensions of Uncertainty: Midwives Managing Risk in and of Their Practice ». *Midwifery* 38 (juillet): 35-41.
- Smyth, Rebecca M. D., Carolyn Markham, et Therese Dowswell. 2013. « Amniotomy for Shortening Spontaneous Labour ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 6: CD006167.
- Sng, Ban Leong, Wan Ling Leong, Yanzhi Zeng, Fahad Javaid Siddiqui, Pryseley N Assam, Yvonne Lim, Edwin SY Chan, et Alex T Sia. 2014. « Early versus Late Initiation of Epidural Analgesia for Labour ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 10 (octobre).
- Snowden, Jonathan M., Ellen L. Tilden, Janice Snyder, Brian Quigley, Aaron B. Caughey, et Yvonne W. Cheng. 2015. « Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes ». *New England Journal of Medicine* 373 (27): 2642-53.
- Soutoul, Jean Henri. 1991. *La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique*. Paris: Maloine.
- St-Amant, Stéphanie. 2016. « Déconstruire le paradigme obstétrical / Revendiquer une science sage-femme authentique ». Conférence donnée dans le cadre du congrès

- annuel de l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF), Montréal, le 6 novembre 2015. <http://stephaniestamant.com/2016/01/14/deconstruire-le-paradigme-obstetrical-revendiquer-une-science-sage-femme-authentique/>.
- Stamm, Hanspeter, et Markus Lamprecht. 2009. « Inequality and Health ». Zurich: Health Promotion Switzerland.
- Stengel, Camille. 2014. « The risk of being 'too honest': drug use, stigma and pregnancy ». *Health, Risk & Society* 16 (1): 36-50.
- Stinchcombe, Arthur L. 2001. *When formality works: authority and abstraction in law and organizations*. Chicago [etc.]: University of Chicago Press.
- Straus, Sharon E., Scott W. Richardson, Paul Glasziou, et Brian R. Haynes. 2010. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach It*. 4 édition. Edinbourg: Churchill Livingstone.
- Strauss, Anselm L. 2014. *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Édité par Isabelle Baszanger. Paris: L'Harmattan.
- Strauss, Anselm L., Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek, et Barbara Wiener. 1985. *Social Organization of Medical Work*. Chicago, London: The University Chicago Press.
- Streefland, P., A. M. Chowdhury, et P. Ramos-Jimenez. 1999. « Patterns of Vaccination Acceptance ». *Social Science & Medicine*, 49 (12): 1705-16.
- Swahnberg, Katarina, Suruchi Thapar-Björkert, et Carina Berterö. 2007. « Nullified: Women's perceptions of being abused in health care ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 28 (3): 161-67.
- Takehita, Chikako. 2015. « Biopolitique du stérilet ». *Travail, genre et sociétés*, n° 34 (novembre): 109-27.
- Tanner, Martine. 2001. « Début d'une profession: obstétrique et formation des sages-femmes dans le Pays de Vaud au 18ème siècle ». Thèse de doctorat, Faculté de médecine, Lausanne: Université de Lausanne.
- Terressac, Gilbert de. 1992. *Autonomie dans le travail*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Terressac, Gilbert de. 2012. « La théorie de la régulation sociale : repères introductifs ». *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, n° 45 (juin).
- Terressac, Gilbert de. 2013. « De la sécurité affichée à la sécurité effective : l'invention de règles d'usage ». *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, n° 111 (septembre): 25-35.
- Terressac, Gilbert de, et Jacques Mignard. 2015. *Les paradoxes de la sécurité. Le cas d'AZF*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Thévenot, Laurent. 1990. « L'action qui convient ». In *Les formes de l'action*, édité par Patrick Pharo et Louis Quéré. Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Raisons pratiques 1, 39-69.
- Thomas, Gareth M., et Deborah Lupton. 2016. « Threats and thrills: pregnancy apps, risk and consumption ». *Health, Risk & Society* 17 (7-8): 495-509.
- Thompson, Carl, et Dawn Dowding. 2001. « Responding to Uncertainty in Nursing Practice ». *International Journal of Nursing Studies* 38 (5): 609-15.
- Thompson, Charis. 2005. *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge MA and London: MIT Press.
- Thomson, Di, et Anne-Marie Hassenkamp. 2008. « The Social Meaning and Function of Food Rituals in Healthcare Practice: An Ethnography ». *Human Relations* 61 (12): 1775-1802.

- Timmermans, Stefan, et A. Angell. 2001. « Evidence-Based Medicine, Clinical Uncertainty, and Learning to Doctor ». *Journal of Health and Social Behavior* 42 (4): 342-59.
- Timmermans, Stefan, et Marc Berg. 2003. *The Gold Standard: The Challenge Of Evidence-Based Medicine*. Philadelphia: Temple University Press.
- . 2010. *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Temple University Press.
- Timmins, Fiona, et Jan M. A. De Vries. 2014. « Nurses Are Not Bystanders: A Response to Paley ». *Nurse Education Today* 34 (10): 1269-71.
- Torres, Jennifer, Raymond G. De Vries, et Lisa Kane Low. 2014. « Consumer Information on Fetal Heart Rate Monitoring during Labor: A Content Analysis: A Content Analysis ». *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 28 (2): 135-43.
- Tulloch, John, et Deborah Lupton. 2003. *Risk and everyday life*. London [etc.]: Sage Publ.
- Turner, Barry, et Nick Pidgeon. 1997. *Man-Made Disasters*, Boston: Butterworth-Heinemann.
- Turner, Victor W. 1995. *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. New York: Aldine Transaction.
- Van der Schueren, Béatrice. 2003. « La maternité est-elle sexuée ? » Université de Genève, Certificat de formation en sexologie clinique.
- Van Gennep, Arnold. 2011. *Les rites de passage. Etude systématique des rites*. A. & J. Picard. Paris.
- Van Loon, Joost. 2002. *Risk and technological culture: towards a sociology of virulence*. International library of sociology. London [etc.]: Routledge.
- Vassy, Carine. 2006. « From a genetic innovation to mass health programmes: the diffusion of Down's syndrome prenatal screening and diagnostic techniques in France ». *Social science & medicine* 63 (8): 2041-51.
- Vaughan, Diane. 1996. *The Challenger launch Decision*. Chicago: Chicago Press.
- . 2001. « La Normalisation de la déviance: une approach d'action située ». In *Organiser la fiabilité*, édité par Mathilde Bourrier, 201-34. Paris: L'Harmattan.
- Vega, Anne. 2000. *Une ethnologue à l'hôpital: l'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris: Ed. des archives contemporaines.
- Verdier, Yvonne. 1994. *Façons de dire, façons de faire: la laveuse, la couturière, la cuisinière*. Paris: Gallimard.
- Viisainen, Kirsi. 2000. « The moral dangers of home birth: parents' perceptions of risks in home birth in Finland ». *Sociology of Health and Illness* 22 (6): 792-814.
- . 2001. « Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland ». *Social Science & Medicine* 52: 1109-21.
- Villemain, Aude, et Patrice Godon. 2015. « Construction de la fiabilité organisationnelle en environnement extrême à partir de la sécurité réglée et gérée : étude de cas du raid Concordia ». *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n° 17-1 (avril).
- Villiger, Simone, et Carlo Knöpfel. 2009. *La pauvreté rend malade. Pourquoi les conditions sociales influent sur la santé*. Lucerne: éd. Caritas.
- Vouilloz Burnier, Marie-France. 2010. « Naissance ». *Dictionnaire historique de la Suisse*.
- Vozari, Anne-Sophie. 2015. « « Si maman va bien, bébé va bien. » La gestion des risques psychiques autour de la naissance ». *Recherches familiales*, n° 12 (juin): 153-63.
- Vuille, Marilène. 1998. *Accouchement et douleur: une étude sociologique*. Lausanne: Ed. Antipodes.
- . 2000. « Les sages-femmes face à "l'accompagnement global": quels enjeux professionnels et sociaux ? » *Perspective soignante*, n° 7: 125-43.

- . 2008. « Le travail de mise au monde ». In *Laboratoires Du Travail*, 67-79. Lausanne: Ed. Antipodes.
- . 2009. « Les sages-femmes vaudoises face à l'accouchement sans douleur (ASD) (1959-1989) ». Rapport de recherche. Lausanne: Haute Ecole de la Santé La Source (HELS).
- . 2014. « Le désir sexuel des femmes, du DSM à la nouvelle médecine sexuelle ». *Genre, sexualité & société*, n° 12 (décembre).
- . 2015. « L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980 ». *Travail, genre et sociétés*, n° 34: 39-56.
- . 2016. « Naître à la maison en Suisse ». In *Naître à la maison: D'hier à aujourd'hui*, par Marie-France Morel, Erès, 281-90. Villematier.
- Vuille, Marilène, Séverine Rey, Catherine Fussinger, et Geneviève Cresson. 2006. « La santé est politique ». *Nouvelles Questions Féministes* 25 (2): 4-15.
- Wagner, Vicki Van. 2016. « Risk Talk: Using Evidence without Increasing Fear ». *Midwifery* 38 (juillet): 21-28.
- Waldenström, Ulla, Ingegerd Hildingsson, Christine Rubertsson, et Ingela Rådestad. 2004. « A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample ». *Birth* 31 (1): 17-27.
- Walsh, Denis. 2006. *Improving Maternity Services: The Epidemiologically Based Needs Assessment Reviews, Vol 2: Small Is Beautiful - Lessons from a Birth Centre*. CRC Press.
- Walsh, Denis J. 2010. « Childbirth Embodiment: Problematic Aspects of Current Understandings ». *Sociology of Health & Illness* 32 (3): 486-501.
- Wax, Joseph R., F. Lee Lucas, Maryanne Lamont, Michael G. Pinette, Angelina Cartin, et Jacquelyn Blackstone. 2010. « Maternal and Newborn Outcomes in Planned Home Birth vs Planned Hospital Births: A Metaanalysis ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 203 (3): 243.e1-8.
- Weaver, Jane J, Helen Statham, et Martin Richards. 2007. « Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications ». *Birth* 34 (1): 32-41.
- Weber, Max. 2014. *Le savant et le politique: une nouvelle traduction: la profession et la vocation de savant, la profession et la vocation de politique*. Paris: La découverte.
- Weick, Karl E. 1979. *The Social Psychology of Organizing*. New York: McGraw.
- . 1987. « Organizational Culture as a Source of High Reliability ». *California Management Review* XXIX (2): 112-27.
- . 1990. « The Vulnerable System: An Analysis of the Tenerife Air Disaster ». *Journal of Management* 16 (3): 571-93.
- . 1993. « The collapse of sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster ». *Administrative science quarterly*, 628-52.
- . 1995. *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- . 2001. *Making sense of the organization*. Malden MA [etc.]: Blackwell Publ.
- . 2003. « L'effondrement du sens dans les organisations: l'accident de Mann Gulch ». In *Le sens de l'action: Karl Weick: sociopsychologie de l'organisation*, édité par Bénédicte Vidaillet, 51-87. Paris: Vuibert.
- Weick, Karl E., et Karlene H. Roberts. 1993. « Collective Mind in Organizations: Heedful Interrelating on Flight Decks ». *Administrative Science Quarterly* 38 (3): 357-81.
- Weil, J. 2003. « Psychosocial genetic counseling in the post-nondirective era: a point of view. » *J Genet Couns.* 12 (3): 199-211.

- Weir, Lorna. 2006. *Pregnancy, risk and biopolitics: On the threshold of the living subject*. New York: Routledge.
- Wertz, Richard W., et Dorothy C. Wertz. 1977. *Lying In: A History of Childbirth in America*. New York: The Free Press.
- White, David Manning. 1950. « The "Gate Keeper": A Case Study in the Selection of News ». *Journalism & Mass Communication Quarterly* 27 (4): 383-90.
- White, Gillian. 2007. « You cope by breaking down in private: fathers and PTSD following childbirth ». *British Journal of Midwifery* 15: 39-45.
- WHO. 1994. « World Health Organization partograph in management of labour ». *The Lancet*, n° 343: 1399-1404.
- . 1996. « Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in Normal Birth: a Practical Guide ». (WHO/FRH/MSM/96.24). Geneva: World Health Organization.
- . 2015a. « The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth ». WHO Statement WHO/RHR/14.23. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1.
- . 2015b. « WHO statement on caesarean section rates. » WHO/RHR/15.02. Geneva: WHO, Department of Reproductive Health and Research. Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf, Accessed 7.11.16.
- Williams, Clare. 2003. « The personalization of the fetus, or, 'He looks just like his father!' » *MIDIRS Midwifery Digest*, n° 13: 47-49.
- . 2005. « Framing the Fetus in Medical Work: Rituals and Practices ». *Social Science & Medicine* 60 (9): 2085-95.
- Williams, Clare, Priscilla Alderson, et Bobbie Farsides. 2002. « Is nondirectiveness possible within the context of antenatal screening and testing? » *Social Science & Medicine* 54 (3): 339-47.
- Wolf, Naomi. 2003. *Misconceptions: Truth, Lies, and the Unexpected on the Journey to Motherhood*. New York: Anchor.
- Woliver, Laura R. 2002. *The political geographies of pregnancy*. Urbana: University of Illinois Press.
- Wolomy, Jean-José, et Rahma R. Tozin. 2009. « Amniotomie pour raccourcir la durée du travail spontané : Commentaire de la BSG ». Bibliothèque de Santé Gésésique de l'OMS. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Wolpe, Paul Root. 1998. « The Triumph of Autonomy in American Bioethics: A Sociological View ». In *Bioethics and Society: Constructing the Ethical Enterprise*, édité par Raymond G. De Vries et Janardan Subedi, 38-59. Upper Saddle River N.J: Prentice Hall.
- Xie, Ri-Hua, Laura Gaudet, Daniel Krewski, Ian D. Graham, Mark C. Walker, et Shi Wu Wen. 2015. « Higher Cesarean Delivery Rates Are Associated with Higher Infant Mortality Rates in Industrialized Countries ». *Birth* 42 (1): 62-69.
- Ye, Jiangfeng, Ana Pilar Betrán, Miguel Guerrero Vela, João Paulo Souza, et Jun Zhang. 2014. « Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery ». *Birth* 41 (3): 237-44.
- Zhang, Jun, James F. Troendle, et Michael K. Yancey. 2002. « Reassessing the labor curve in nulliparous women ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 187 (4): 824-28.
- Zinn, Jens. 2006. « Recent Developments in Sociological Risk Theory ». *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 7 (1).

- .2008. *Social theories of risk and uncertainty: an introduction*. Malden, MA: Blackwell Pub.
- Zolesio, Emmanuelle. 2013. « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle ». *Sociologie* 3 (4): 377-94.

Annexes

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : LES RÉGIMES DE GESTION DE L'INCERTITUDE	131
TABLEAU 2 : CARACTÉRISTIQUES DE LA SURVEILLANCE EXERCÉE À L'HÔPITAL SUR LES FEMMES ET LES FŒTUS	173
TABLEAU 3 : LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE DISPOSITIF HOSPITALIER : PROCÉDURES ET PRATIQUES	227
TABLEAU 4 : RÔLES DES DIFFÉRENTS GROUPES DANS LE DISPOSITIF HOSPITALIER	309
TABLEAU 5 : LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE DISPOSITIF EXTRA HOSPITALIER	417

Liste des dessins

DESSIN 1 : LE BUREAU DES SAGES-FEMMES DE LA MATERNITÉ	137
DESSIN 2 : UNE SALLE D'ACCOUCHEMENT DE LA MATERNITÉ	137
DESSIN 3 : UNE « SALLE NATURE » DE LA MATERNITÉ	229
DESSIN 4 : UNE SALLE DE NAISSANCE DE LA MAISON DE NAISSANCE	313

Réalisation : Manuel Riou

<http://crealps.fr/>

Liste des vignettes

VIGNETTE 1 : FOCUS SUR UN MOMENT DE CONSOLIDATION DE LA COHÉSION DE L'ÉQUIPE DES SAGES-FEMMES	220
VIGNETTE 2 : FOCUS SUR UNE INTERACTION ENTRE UN MÉDECIN ET UNE SAGE-FEMME.....	251
VIGNETTE 3 : FOCUS SUR UNE TRAJECTOIRE DE PARTURIENTE VERS LA PÉRIDURALE	303-304

Entretiens : tableaux récapitulatifs

TABLEAU 1. LES MÉDECINS

Pseudo	statut	Date entretien	Lieu entretien	Durée entretien (minutes)
Maude	interne	oct.13	maternité	120
Mélissa	interne	oct.13	café	70
Erin	CDC	nov.13	skype	90
Jade	adjoint	nov.13	maternité	100
Marc	adjoint	déc.13	maternité	70
Laura	CDC	déc.13	café	80
Olivia	CDC	févr.14	Université	110
Andrea	adjoint	mars.14	maternité	100
Michelle	interne	mars.14	café	110
Claude	chef de service	août.12	maternité	40

TABLEAU 2. LES ÉTUDIANTES SAGES-FEMMES

Pseudo	Années d'étude	Date entretien	Lieu entretien	Durée entretien (minutes)
Lola	en 1 ^è année	mai.12	Université	115
Nora	en 3 ^è année	sept.13	par téléphone	140

TABLEAU 3. LES SAGES-FEMMES QUI EXERCENT EN MAISON DE NAISSANCE OU À DOMICILE

Pseudo	Lieu d'exercice actuel	années d'expérience	Date entretien	Lieu entretien	Durée entretien (minutes)
Claire	AMN AAD	> 20 ans	juin.12	maison de naissance	80
Cléa	sage-femme indépendante	> 20 ans	juin.12	domicile	85
Cleo	AMN	11- 20 ans	mai.12	maison de naissance	90
Coralie	AMN	11 - 20 ans	mai.12	domicile	75
Danaé	AAD	> 20 ans	oct.12	cabinet	90
Gaëlle (1)	AMN AAD (assistante)	< 5 ans	janv.13	domicile	115
Inès	AMN	11 - 20 ans	nov.12	maison de naissance	90
Julie	AAD	> 20 ans	nov.12	cabinet	90
Karen	AAD	> 20 ans	déc.12	cabinet	80
Khadija	AMN AAD	5 - 10 ans	nov.12	cabinet	80
Patricia	AAD AMN	11 - 20 ans	mai.12	cabinet	90

(1) Je l'ai interviewée comme sage-femme, mais des éléments concernant ses propres accouchements (1 mat, 2 AAD) ont été utilisés dans mon travail.

TABLEAU 4. LES SAGES-FEMMES QUI EXERCENT À LA MATERNITÉ

Pseudo	Lieu d'exercice actuel	années d'expérience	Date entretien	Lieu entretien	Durée entretien (minutes)
Amarande (1)	mat (CDD)	< 5 ans	sept.13	café	150
Amélie	mat (CDD)	< 5 ans	nov.13	domicile	170
Caroline	mat (CDI)	> 20 ans	oct.13	Université	90
Eva	agrée	11-20 ans	oct.12	domicile	100
Evelyne	agrée	< 5 ans	oct.12	cabinet	120
Joana	mat (CDI)	> 20 ans	juil.13	maternité	140
Katja	agrée	11-20 ans	janv.13	cabinet	120
Kira	mat (CDI)	5 - 10 ans	nov.13	café	90
Lou	mat (CDI)	> 20 ans	janv.13	domicile	125
Louise	mat (CDI)	11- 20 ans	nov.13	café	100
Lyanna	mat (CDI)	< 5 ans	nov.13	café	100
Margot	sage-femme responsable de la salle d'accouchement	< 5 ans (à ce poste)	janv.13	maternité	40
Marie	mat (CDI)	< 5 ans	juil.13	café	110
Morgane	mat (CDI)	< 5 ans	août.13	café	110
Mylène	mat (CDD)	< 5 ans	août.13	café	120
Nadine	mat (CDI)	< 5 ans	sept.13	café	110
Oriane	infirmière responsable des soins du Département de gynécologie obstétrique	< 5 ans (à ce poste)	oct.16	maternité	50
Roxane	mat (CDI)	5 - 10 ans	sept.13	maternité	105
Sophie	maternité suivi global (CDI)	> 20 ans	mai.12	domicile	105
Vanessa (1)	mat (CDD)	< 5 ans	oct.13	café	150

(1) entretien de groupe

TABLEAU 5. LES PARTURIENTES (ACCOUCHEMENT EXTRAHOSPITALIER)

Pseudo	Lieu(x) accouchement(s) choisis	âge	métier	Date entretien	Durée entretien	Lieu entretien
Armelle	4 AMN	38	médecin généraliste (spécialisée homéopathie)	janv.13	130	son cabinet
Carole	1 AAD	32	danseuse professionnelle	juin.13	95	domicile
Chloé	1 AMN transféré (en cours d'accouchement)	30	travailleuse sociale	avr.12	90	domicile
Géraldine	3 AAD	32	Chercheuse en psychologie	déc.12	120	skype
Jessica	4 AAD	31	Propriétaire d'un magasin (spécialisé puériculture)	mai.12	105	Université
Livia (1)	1 AMN transféré (au début de l'accouchement)	34	médecin	déc.13	90	Café
Maé	3 AAD, 1 transféré (1er, en cours d'accouchement), enceinte	?	vendeuse magasin de puériculture, doula en formation.	mai.12	135	domicile
Malika	1 AAD	29	physiothérapeute	mai.12	90	
Maria	3 AMN, 1 transféré (3è, au début de l'accouchement, prématurité)	43	osthépate	avril 2012	90	Domicile
Natacha	1 AMN	29	Doctorante	juin.12	80	café
Nathalie (2)	1 mat, 1 AMN (enceinte)	34	osthépate	avr.12	75	domicile
Sylvie (3)	1 AMN	27	Kinésithérapeute	juin.12	90	domicile
Aurélie	2 AAD	32	Etudiante (master)	oct.12	105	domicile
Iris	1 mat, 2 AMN	28	mère au foyer	janv.13	60	domicile
Magali	1 AAD	27	travailleuse sociale	janv.13	180	café
Hélène	1 AAD	35	réalisatrice	juil.13	90	domicile
Zora	1 AMN transféré (en cours d'accouchement)	38	doctorante, comédienne	juil.13	90	café

(1) Entretien à la suite d'une observation

(2) Présence du conjoint par intermittence, il participe par moment à l'entretien.

TABLEAU 6. LES PARTURIENTES (ACCOUCHEMENT INTRA-HOSPITALIER)

Pseudo	Lieu(x) accouchement(s) choisis	âge	métier	Date entretien	Durée entretien	Lieu entretien
Sofia (1)	2 mat avec sage- femme agréée	32	étudiante sage-femme	mai.12	120	domicile
Lisa (2)	1 mat	26	employée société de transport	mai.12	90	domicile
Joëlle (3)	1 mat	28	travailleuse sociale	mai.12	85	domicile
Cynthia (3)	1 mat	30	auxiliaire éducatrice	août.13	55	café
Eve (3)	3 mat	32	mère au foyer	nov.13	40	domicile
Malorie (3)	1 mat	34	chercheuse (biologie)	janv.14	75	domicile
Myriam (3)	2 mat	30	auxiliaire éducatrice	janv.14	45	domicile
Emilie (3)	2 mat, privée	30	ingénieure (actuellement mère au foyer)	janv.14	60	domicile
Sandra (3)	1 mat avec sage- femme agréée	30	directrice de crèche	mars.14	115	domicile

(1) Interviewée à propos de son expérience de parturiente, j'ai également utilisé des éléments concernant sa pratique de sage-femme en formation

(2) Présence du conjoint par intermittence, il participe par moment à l'entretien.

(3) Entretien à la suite d'une observation.

TABLEAU 7. COUPLES (ACCOUCHEMENT EXTRA HOSPITALIER)

Pseudo	Lieu(x) accouchement(s) choisis	âge	métier	Date entretien	Durée entretien	Lieu entretien
Béatrice et Leo	3 AAD	30 et 29	enseignante à l'école primaire et enseignant au collège	janv.13	130	domicile
Maya et Jonathan	1 AMN transféré (en cours d'accouchement)	28 et 33	musicienne et infirmier	sept.13	180	domicile

TABLEAU 8. COUPLES (ACCOUCHEMENT INTRA-HOSPITALIER)

Pseudo	Lieu(x) accouchement(s) choisis	âge	métier	Date entretien	Durée entretien	Lieu entretien
Léonie et Loïs (1)	1 mat	30 et 33	fonctionnaire, ingénieur	nov.13	90	domicile
Linda et Bertrand (1)	1 mat	33 et 32	médecin, ?	déc.13	120	domicile
Maeva et Liam (1)	1 mat	25 et 30	femme de ménage, sans emploi	déc.13	35	domicile
Elisa et Goefroy (1)	1 mat	32 et ?	secrétaire, chauffeur de bus	mars.14	90	domicile

(1) Entretien à la suite d'une observation.

Guides d'entretiens

1. PARTURIENTES (GÉNÉRIQUE)

DONNÉES SOCIO-DÉMO

Pouvez-vous présenter ? (âge, statut marital, nb enfant, profession)

CHOIX PRÉCÉDENTS L'ACCOUCHEMENT

Comment s'est passé le suivi de votre grossesse ? (où, avec qui, satisfaite ?)

Vous êtes-vous préparée à la naissance (cours/préparation du corps)? Indispensable ?

Comment s'est pris le choix du lieu d'accouchement? Réaction entourage ?

Quelles sont vos envies et demandes éventuelles pour l'accouchement ? et celles du papa ? sera-t-il présent à la naissance ?

Aviez-vous des envies particulières pour cet accouchement ? Quels choix étaient importants pour vous ? Aviez-vous rédigé un plan de naissance ?

[pour celles qui ont accouché AAD/AMN] : Conseillez-vous l'AAD à vos amies? Militez-vous pour l'AAD? Faut-il le faire? Comment on le fait? Une augmentation de l'AAD serait-il souhaitable ?

Certains femmes disent qu'elles veulent réussir leur accouchement. Qu'en pensez-vous ? Pour vous, ce serait quoi ?

VOTRE ACCOUCHEMENT: Pourriez-vous me raconter votre dernier accouchement ?

Recours aux techniques? Quelles interventions? Péridurale, épisiotomie, instruments, césarienne, etc.

- Qui est à l'initiative de chacune ?
- Vécu techniques ? donnent liberté ou la restreignent ?

Comment vous vous êtes sentie durant votre accouchement ? Sentiments/sensations?

Pouvez-vous me raconter la manière dont vous avez été accompagnée par les professionnels ? Qu'en avez-vous pensé ? Sentiments de soutien ?

Vos attentes ? et finalement ?

- Différences avec les précédents?
- Si vous pouviez changer des choses? Pour un prochain?
- Respect de vos choix ?
- Changement de vos *a priori* ? Etonnement ?

RISQUE ET TECHNIQUE

Les médecins disent que la naissance est un moment risqué qui doit se passer à l'hôpital : qu'en pensez-vous ?

Quand on parle de médicalisation de la naissance, qu'est-ce que cela vous évoque?

Connaissez-vous quelqu'un qui a choisi l'AAD ou MDN?

Lors d'un AAD qui est responsable du déroulement et des issues? Et à l'hôpital?

POST-PARTUM

Vécu post-partum? Emotions ? et dans votre corps ?

SEXUALITÉ, SENSUALITÉ ET ACCOUCHEMENT

L'accouchement est-il un moment intime? Vécu comme tel?

Le fait d'accoucher par sexe, sens/difficultés particulier ? Lien sexualité et accouchement ?

2. SAGES-FEMMES (GÉNÉRIQUE)

DONNÉES SOCIO-DÉMO ET ÉVOLUTION DU MÉTIER

Vous présentez ? Comment en êtes-vous venue à devenir sage-femme? et à exercer dans cette maternité / à domicile / en maison de naissance ?

Évolutions métier ?

Satisfactions, ce que vous aimez faire? Difficultés? Si pouvoir de changer des choses?

Spécificités du lieu d'exercice?

Changement déroulement des accouchements ? Evolution des demandes/envies parturientes?

Femmes parlent de réussir/louper accouchement. Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Différences similitudes entre sages-femmes ? (selon expérience, perception de la naissance, enfant ou pas...) ? avec médecins ?

VOTRE PRATIQUE

Raconter un accouchement particulièrement aimé / détesté. Puis creuser.

Le père de plus en plus présent. Qu'est-ce que ça change ?

Ce serait quoi un accouchement idéal, une naissance parfaite ?

DÉCISIONS

Raconter le dernier transfert ? Ou la dernière césarienne non programmée?

- Place de sage-femme, médecin, parents dans les décisions ?
- situation classique, habituelle ?
- Place des négociations ?
- Place du protocole ?

Comment un protocole est créé / qu'est-ce qui fait qu'un protocole est modifié, donner des exemples

Protocoles comme ressource ou comme contrainte ? Quid des écarts au protocole ? Alliance avec la femme dans cet écart au protocole ? A quel point secret de polichinel ?

Relations aux médecins ? Différence sages-femmes/médecins dans la prise de décision ?

Les médecins chefs qui font leur obstétrique → commenter

Patientes et négociations des décisions. Souvent observé que difficile, commentez ?

RISQUE

L'accouchement, une activité à risque ? Quels sont les risques ?

- Y a –t-il des accouchements à risques/sans risques? Différence ?
- Est-ce qu'on prend plus ou moins de risques aujourd'hui ? on va plus ou moins loin qu'avant ?
- Moyen pour diminuer les risques? maîtriser complètement risque est possible? On pourrait imaginer des accouchements plus du tout risqués dans le futur ?

TECHNIQUE

Médicalisation et technicisation accouchement ? Et dans votre pratique ? Instrument de liberté/de contrainte pour les mères?

Si j'observai un accouchement avec et un sans péridurale, je verrai quoi ?

Commentez augmentation rapide taux péridurale (pourquoi, qui ?)

Commentez augmentation taux césarienne (rôle de qui?)

GO et SF hospitalière: Femmes choisissent d'accoucher hors hôpital. Pourquoi et qui ? Rôle du professionnel dans cette demande ? Peut-on la cautionner? Responsabilité ` ?

Comparaison Pays-Bas, que pensez-vous des modalités de naissance dans ce pays? 1/3 AAD, Taux césa bas, Taux péridurale bas. Possible en Suisse? Est-ce qu'on va vers ce modèle ou on s'en éloigne?

RESPONSABILITÉ

La notion de responsabilité est souvent évoquée. Crainte médico-légal présente ? Quelles sont vos expériences de cela ? Quelle influence sur votre pratique? "

SEXUALITÉ

Accouchement comme moment intime ?

En tant que professionnel, l'accouchement par le sexe de la femme, ça change qqchse?

Avez-vous vu Docu Orgasmic Birth, qu'en pensez-vous? Plaisir possible pendant l'acc?

FIN : Si pouvoir de changer des choses? Comment tu vois la suite de ta carrière ?

3. MÉDECINS (GÉNÉRIQUE)

DONNÉES SOCIO-DÉMO ET ÉVOLUTION DU MÉTIER

Vous présentez ? Comment en êtes-vous venue à vous spécialiser en obstétrique ?

Spécificités du lieu d'exercice? Différences avec les autres lieux où tu as travaillé ?

Changement déroulement des accouchements? Evolution des demandes/envies parturientes?

Raconter une journée/une semaine type pour toi ? Comment tu vois ton rôle auprès des autres professionnels? Et des parents ?

VOTRE PRATIQUE

Ce serait quoi un accouchement idéal, une naissance parfaite ?

Différences similitudes entre médecins ? (selon expérience, perception de la naissance, etc.) ? avec sages-femmes ?

DÉCISIONS

Quelle place des sages-femmes / de l'interne / du chef / patiente / père dans les décisions ? Qui est le plus interventionniste entre débutants et avancés ?

A quel moment tu intervies pour reprendre la main sur un accouchement ? Qu'est-ce que tu crains dans le déroulement d'un accouchement ?

Comment un protocole est créé / modifié ? Exemples ?

Protocoles représentent une contrainte ou une ressource pour toi ? Raconter situation

Place de l'interprétation / du sens clinique dans le protocole ? Jeux autour des dilatations

Comment on gère les demandes des parents qui s'éloignent des protocoles ? Souvent observé que difficile → commentaire ?

Le père de plus en plus présent. Qu'est-ce que ça change ?

Retour sur rôle et déroulement du colloque

Les médecins chefs qui font leur obstétrique → commenter

RISQUE

L'accouchement, une activité à risque ? Quels sont les risques ?

- Y a-t-il des accouchements à risques/sans risques? Différence ?
- Qu'est-ce que tu crains dans le déroulement d'un accouchement ?
- Est-ce qu'on prend plus ou moins de risques aujourd'hui ? on va plus ou moins loin qu'avant ?
- Moyen pour diminuer les risques? maîtriser complètement risque est possible? On pourrait imaginer des accouchements plus du tout risqués dans le futur ?

TECHNIQUE

Médicalisation et technicisation accouchement ? et dans votre pratique ? Instrument de liberté/de contrainte pour les mères?

Commentez augmentation rapide taux péridurale / césarienne / provocation ? Quid des recommandations OMS ?

Certaines femmes choisissent d'accoucher hors hôpital. Pourquoi et qui ? Rôle du professionnel dans cette demande ? Peut-on la cautionner? Responsabilité ? As-tu déjà été confronté à de telles personnes ?

RESPONSABILITÉ

La notion de responsabilité est souvent évoquée. Crainte médico-légal présente ? Quelle influence ? Quelles sont vos expériences de cela ?

SEXUALITÉ

Accouchement comme moment intime ?

Lien avec la sexualité ?

FIN : Si pouvoir de changer des choses? Comment tu vois la suite de ta carrière ?

Photos / images des outils de surveillance

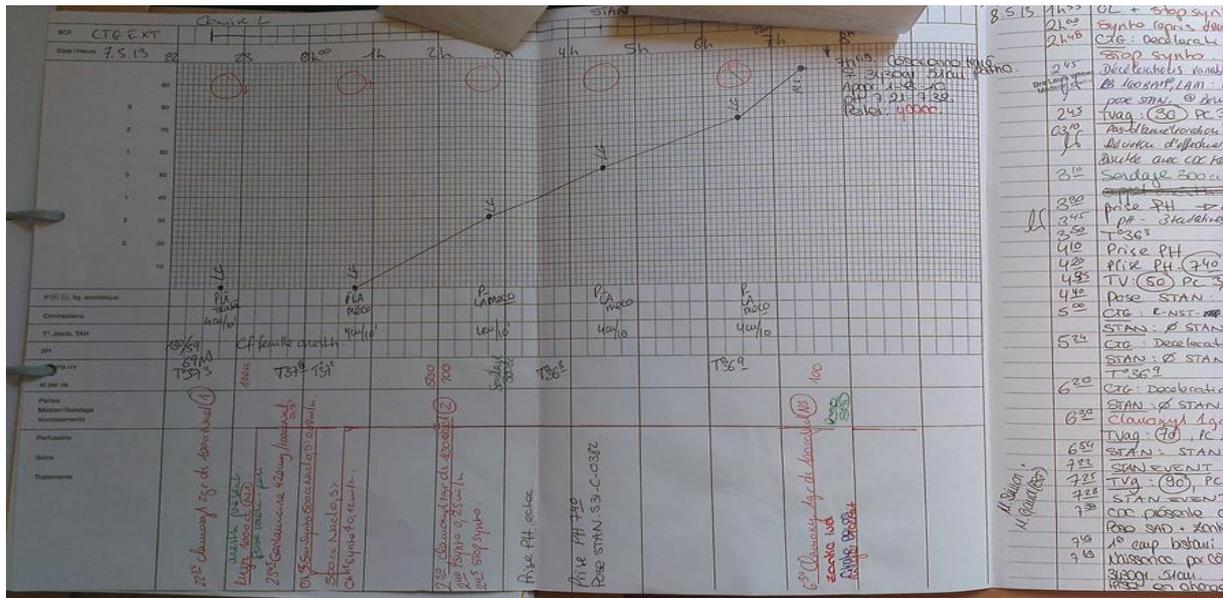


IMAGE 1 : UNE PARTIE DE PARTOGRAMME (MA PHOTO)

La partie quadrillée sert à reporter les résultats des touchers vaginaux (évolution de la dilatation) sous forme de points. Ils sont reliés pour former une courbe. Les ronds rouges au sommet de la page représentent la tête du fœtus et sa présentation (dans quel sens il est tourné). En bas de page, d'autres éléments de surveillance sont rapportés (prise de température par exemple), ainsi que les interventions réalisées (pose de péridurale par exemple). Sur la droite de l'image, la sage-femme a détaillé le déroulement de l'accouchement, sa progression, les surveillances et les interventions réalisées en fonction de leur avancement dans le temps.

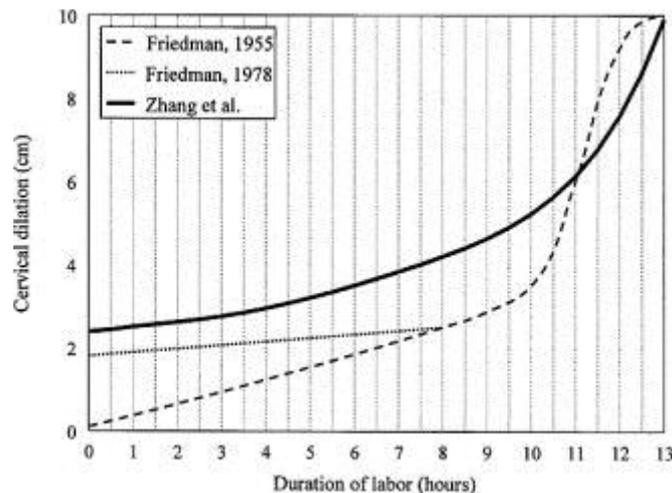


IMAGE 2 : REPRÉSENTATION DE LA COURBE DE FRIEDMAN⁴⁶⁰

Progression attendue de la dilatation du col de l'utérus. La courbe de Friedman fait toujours référence actuellement pour décider d'éventuelles interventions.

⁴⁶⁰ Source : (Zhang, Troendle, et Yancey 2002)

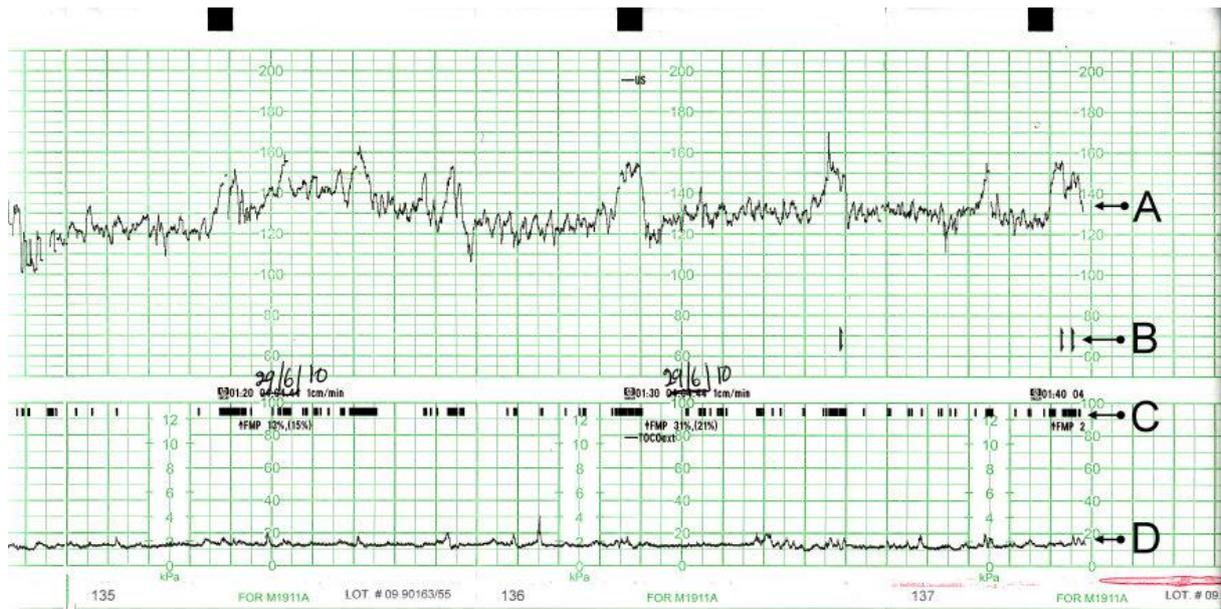


IMAGE 3 : IMPRESSION D'UN TRACÉ DE MONITORING

A: Battement du cœur foetal; B: Indicateur de mouvements ressentis par la mère (activé par une touche); C: Mouvement foetal; D: Contractions de l'utérus⁴⁶¹

⁴⁶¹ Source: PhantomSteve/talk|contribs (Original téléversé par Phantomsteve sur Wikipedia anglais) (-PhantomSteve/talk|contribs\),CCBY-SA3.0,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=19780765>